



Det du ikke ved får patienten ondt af

Tværkulturel klinik og kommunikation
i mødet med etniske minoritetspatienter

Morten Sodemann

Forfatter: Morten Sodemann

Grafik, illustrationer og fotos: Morten Sodemann

Enhver hel eller delvis kopiering på tryk, elektronisk eller på anden måde, må kun ske efter udtrykkelig forudgående aftale med forfatteren

Tryk: ISBN 978-87-972683-0-8

Elektronisk udgave: 978-87-972683-1-5

Forlag: eget

Trykkeår: 2020

Tak til følgende for vejledning, redaktionelt input og sproglige kommentarer:

Morten Thinning, Laura Norn Hammen

Tak til følgende for fagligt input, ideer og sproglige kommentarer:

Naila Bozo, Christian Wejse

Tak til alle medarbejdere, nuværende og tidligere, i Indvandrermedicinsk klinik for Jeres cases, tanker og frygtløshed.

Tak til alle de modige patienter, der lånte os deres livshistorier.

Indholdsfortegnelse

1: INTRODUKTION	9
2: KROP OG SJÆL I EKSIL	11
EKSILETS BAGAGE OG GRUNDEVILKÅR	11
SUNDHED OG SYGDOMSRISIKO BLANDT INDVANDRERE, FLYGTNINGE OG MIGRANTER.....	12
LÆGENS ROLLE I FORSKELSBEHANDLING.....	16
STØJKANALEFFEKTEN	18
COPY-PASTE FORTÆLLING OG CROSSTALK	19
AT FORSTÅ MENNESKER DER FLYTTER SIG MELLEML KULTURER.....	19
3: BEGREBER OG DEFINITIONER	22
MIGRATIONSFASER	22
GENERATIONS FORSKELLE I SYGDOMSOPFATTELSE, COPING OG DIAGNOSER	28
TVÆRKULTUREL SÅRBARHED	29
BØRN OG FAMILIE.....	30
DEN KRONISKE FLUGT	33
EKSILETS BLINDE VEJE	33
4 KLIP I DET MENTALE KØREKORT	34
DET SOCIALE SELVMORD.....	35
POST TRAUMATISK STRESS OG SYGDOMSFORNEMMELSE	35
STEREOTYPIER SPÆNDER BEN FOR SAMTALEN	38
SPROGET I KLINISK SAMMENHÆNG	40
OPSKRIFTEN PÅ MISFORSTÅELSER: DEN TOLKEDE SAMTALE	40
DET KULTURELLE RØNTGENBLIK	42
LIVSHISTORIEN SOM KLINISK VÆRKTØJ.....	43
STIGMA OG DET UPERFEKTE MENNESKE	43
NEED TO KNOW BASIS.....	44
SUNDHEDSKOMPETENCER: GOD MAD TIL DE SYGE	44
DET ALMENE I DET FREMMEDE: DET KULTURELLE RØNTGENBLIK	46
ETNISK HOSTE	47
INDVANDRER INERTI OG STATISTISK ULIGHED	47
DET SLØRER I DET KLINISKE RUM	48
PROFESSIONEL DISKVALIFICERING	48
4: TVÆRKULTURELLE KLINISKE PROBLEMFELTER	50
BAGGRUND	50
DØDELIGHED	50
SYGELIGHED	50
KRÆFTSYGDOMME.....	52
GRAVIDITET OG FØDSEL	52
HOSPITALSINDLÆGGELSER	52
DISKRIMINATION OG HELBRED.....	52
HELBREDSVURDERING AF NYANKOMNE FLYGTNINGE	53
PROBLEMFELTER I INDVANDRERMEDICINSK KLINIK	55
ULIGHED I BEHANDLINGSKVALITET	55
ULIGHED I KLINISKE BESLUTNINGER.....	57
BØRN OG BARNDOM	58
BLINDE KLINISKE VINKLER	58
SYMPTOMER DER HYPPIGT OVERSES ELLER FEJLFORTOLKES	59
DIAGNOSTISK USIKKERHED.....	61
UHENSIGTMÆSSIGE PATIENT FORLØB	63
EKSEMPLER PÅ HYPPIGE KLINISKE MISFORSTÅELSER I HVERDAGEN	66
<i>Lægen som absolut autoritet</i>	66
<i>Bærer eller syg</i>	66

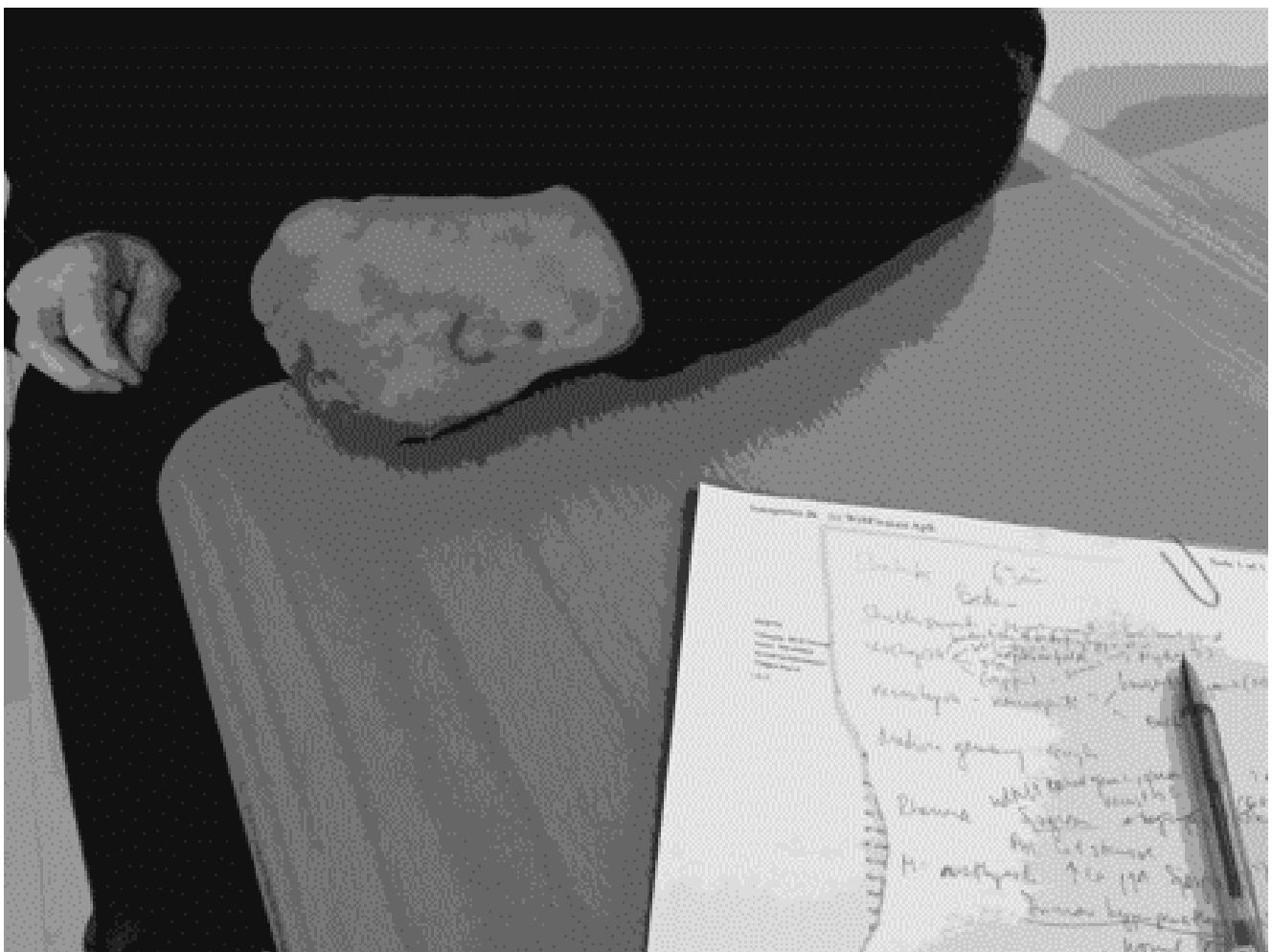
<i>Brækket ribben</i>	66
<i>Hvem ordinerer medicin og hvorfor (sagsbehandler, egen læge, nabo, familien)</i>	67
<i>Grimme og dårlige bryster</i>	67
FEJL SOM FØLGE AF MANGLENDE TOLK	68
<i>Hvor er hans navle?</i>	68
MANGLENDE BRIEFING AF PATIENT OG TOLK	69
<i>De har taget en luns kød af mit underlige liv</i>	69
FORKERTE ANTAGELSER	70
FEJLOPFATTELSE, SLADDER OG RYGTER	70
KOMPLEKSITETS- OG PROBLEMKATEGORIER	71
CASES	74
SOMATISKE SYMPTOMER: KLINISKE CASES OM KLINISK TVETYDIGHED, FEJLFORTOLKNINGER OG FORSINKET DIAGNOSTIK	77
CENTRALE TVÆRKULTURELLE KLINISKE KOMPETENCER	85
5: SMERTER, SYMPTOMER OG SOMATISERING I TVÆRKULTURELT PERSPEKTIV	87
SMERTESPROG	88
<i>Smerter som social konstruktion</i>	95
TILGANG.....	99
KULTURBÅRNE SYNDROMER	99
<i>Betydningssystemer og menneskesyn</i>	99
<i>Kulturelle syndromer</i>	100
<i>Somatisering</i>	106
6: HELBREDSVURDERING AF FLYGTNING: KLINISKE OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER OG HUSKELISTE	113
SYGEHISTORIE OG FYSISK UNDERSØGELSE	113
POTENTIELT TRAUMATISERENDE OPLEVELSER OG POST TRAUMATISK STRESS SYNDROM	116
PARAKLINISKE UNDERSØGELSER VED MISTANKE OM SOMATISK SYGDOM	118
7: PTSD OG SOMATISKE SYMPTOMER.....	120
OM POST TRAUMATISK STRESS SYNDROM.....	120
<i>Migration, læsefærdighed og patientkommunikation</i>	126
PTSD-CASES	128
BEHANDLINGSMULIGHEDER.....	136
8: ANDRE PSYKISKE SYGDOMME BLANDT FLYGTNINGE.....	137
DEPRESSIVE TILSTANDE	137
PSYKOTISKE TILSTANDE	137
DEMENS.....	138
SELMORD OG SELVMORDSRISIKO	138
ANDRE PSYKO-SOCIALE UDFORDRINGER	139
9: MEDICIN ADHERENCE	142
ANERKENDELSE OG LYDHØRHED	143
10: SÆRLIGE SOMATISKE OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER	147
HUDSYGDOMME	147
ANÆMI	147
HANDICAP	147
SYFILIS, HEPATITIS B.....	147
HIV	148
MALARIA	148
TUBERKULOSE.....	148
ØRE-NÆSE OG HALS	148
THORAX	148
GYNÆKOLOGISK	148

NEUROLOGISK.....	149
PSYKISK OG KOGNITIVT	149
ALDER	149
11: TERMINAL SYGDOM OG PALLIATION	150
PATIENTFORTÆLLING.....	155
DØDEN OG DEN DØENDE.....	157
12: TVÆRKULTUREL PATIENTSIKKERHED	161
<i>Undersøgelse: Utilsigtede hændelser involverende sprogbarrierer i Danmark</i>	<i>165</i>
<i>Hvilken betydning har helbredsbedømmelse af nyankomne flygtninge i patientsikkerhed?</i>	<i>169</i>
<i>Hvordan styrkes patientsikkerhed?.....</i>	<i>169</i>
13: KLINISKE TVÆRKULTURELLE KOMPETENCER.....	171
HALV MEDICIN UDEN HELE HISTORIEN	171
PATIENTENS STEMME: TVÆRKULTUREL NORMALITET	172
ULIGHED I SAMTALEN: DISKORDANS & FORKLARINGSMODELLER	173
DET TVÆRKULTURELLE <i>BLIND SPOT SYNDROME</i>	174
KULTUREL YDMYGHED OG DIVERSITETSFØLSOMHED	176
DIAGNOSTISK FORSKELSBEHANDLING	177
<i>For sen eller forkert diagnose</i>	<i>177</i>
<i>Forskelsbehandling i klinisk samskabelse & patientinddragelse</i>	<i>178</i>
TVÆRKULTUREL SAMSKABELSE.....	181
REDUCÉR ANTALLET AF SPROG I RUMMET	181
GRÅZONEORD	182
SYGDOMSTOLKNING	182
KROPSSPROG OG SKJULTE VÆRDIER	183
STEREOTYPIERS BETYDNING I KLINISK PRAKSIS	183
FALDGRUBER I KULTURELLE KOMPETENCER	189
STRUKTURELLE KOMPETENCER.....	191
STRUKTURELLE OVERGREB	191
14: KLINISKE BESLUTNINGSPROCESSER MED ETNISCHE MINORITETSPATIENTER.....	192
EN SIMPEL STRATEGI.....	193
DEN SØDE KOMPETENTE PATIENT	193
DEN INFORMEREDE BESLUTNING	195
DEN DIAGNOSTISKE SAMTALES AFSÆT	196
DEHUMANISERING	197
DEHUMANISERING	197
LÆGENS OPGAVER FØR EN SAMTALE	198
EN STRATEGI FOR SAMTALEN	199
NÅR ALT GLIPPER	201
15: PATIENTENS NARRATIV SOM KLINISK REDSKAB.....	202
FORTÆLLINGER OG FORTOLKNINGER	202
LIVSHISTORIEN DER IKKE VIL HÆNGE SAMMEN	205
ET NARRATIVT EKSEMPEL: MANDEN MED DE RØDE ØJNE	206
<i>Gæld og røde øjne</i>	<i>206</i>
<i>Forkert navn med forkert næse</i>	<i>206</i>
<i>Hullet i gulvet</i>	<i>207</i>
<i>Jagten på det normale liv</i>	<i>207</i>
<i>Hjernen siger stop.....</i>	<i>207</i>
<i>Nervøsiteten styrer</i>	<i>208</i>
<i>Ikke kommet for at være syg.....</i>	<i>208</i>
<i>Du må ikke se nyhederne</i>	<i>208</i>
<i>Fortiden banker på døren.....</i>	<i>209</i>

<i>Papegøje i bur</i>	209
<i>Måske er livet alligevel værd at leve</i>	209
<i>Kommentar</i>	210
ET NARRATIVT EKSEMPEL: JEG VIL GERNE FLYTTE IND TIL MINE MEDMENNESKER	210
16: SPROGET I IDENTITET, HELBRED OG INTEGRATION	213
POST TRAUMATISK STRESS, SPROGTILEGNELSE OG INDLÆRINGSPROBLEMER	215
17: BLINDE VINKLER I SAMTALEN MED INDVANDRERPATIENTEN	220
EKSILETS GRUNDVILKÅR: FRAVÆR AF HISTORIEN	220
TVÆRKULTURELLE VÆRKTØJER	222
<i>Opbygning af relationen</i>	222
<i>Vurdering af patientens problem</i>	223
<i>Patientens sociale og helbredsmæssige kapital</i>	223
<i>Forhandling</i>	223
<i>Samskabel af løsning/behandling af patientens problem</i>	224
18: TVÆRKULTUREL SUNDHEDSKOMMUNIKATION: KROPPEN I SPROGET, SPROGET I KROPPEN	226
JEG LYTTET IKKE TIL DIG.....	228
LÆGERS OG PATIENTERS KULTURELLE FØLSOMHED OG TILPASNINGSEVNE	235
OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER I TVÆRKULTURELLE KOMMUNIKATIONSOPGAVER MED PATIENTER	235
<i>Generelle opgaver</i>	235
<i>Rammer og samtale indledning</i>	236
<i>Samtalen</i>	236
<i>Særlige situationer</i>	237
19: SEXOLOGI I TVÆRKULTURELT PERSPEKTIV	238
SKJULTE FAKTORER	240
REPRODUKTIVT EKSIL.....	242
ALDER OG GENERATION	243
FAGPERSONEN OG RELIGIONERNE	244
SÆRLIGE VAGINALE PRAKTIKKER.....	244
SEKSUEL VOLD	244
MIGRANT KVINDERS OG UNGES SÆRLIGE UDFORDRINGER	244
EKSIL OG INTEGRATION.....	246
KULTURBÅRNE TILSTANDE: KORO OG DHAT.....	247
MEDIER, ETNICITET OG STIGMA	247
ANBEFALINGER	247
CASES	248
20: DEN TOLKEDE SAMTALE	252
SPROG OG TOLKNING	252
VIRKER TOLKE?	253
SKJULTE MEKANISMER I TOLKEDE SAMTALER	257
<i>Problematiske omfortolkninger og udeladelser</i>	260
GENERELT	262
TEKNISKE OG PRAKTISKE BEMÆRKNINGER:	262
<i>Telefon tolkning</i>	262
<i>Fremmøde tolk</i>	263
<i>Tosprogede kolleger</i>	263
<i>Familie eller venner som tolke</i>	263
<i>Google translate, apps og software</i>	263
<i>Forberedelse af tolkede samtale</i>	263
<i>Hvis samtalen ikke forløber normalt eller som forventet:</i>	265
<i>Andre råd</i>	266

<i>Eksempler på situationer, som tolkene finder særligt vanskelige</i>	266
21: TVÆRKULTURELLE KONFLIKTER OG MISFORSTÅELSER*	268
SYGDOM ELLER LIDELSE, ÅRSAG OG VIRKNING	269
FRA KULTURSAMMENSTØD TIL RUTINESAMMENSTØD	269
HYPPIGE UDFORDRINGER MED ETNISCHE MINORITETSPATIENTER OG -PÅRØRENDE	271
HVAD STRESSER PATIENTERNE (OG DERMED ØGER RISIKO FOR UENIGHEDER)?	272
SYGDOMSTOLKNING	273
SAMTALENS KULTURELLE TURTAGNING	273
STEREOTYPER STARTER KONFLIKTER	274
ÆNDRERE BESLUTNINGSMØNSTRER I FAMILIER	274
AKUT TELEFON KOMMUNIKATION MED PATIENTER UDEN TOLK	274
ANDRE FORMER FOR KONFLIKTER	275
GENERELLE RÅD OG VEJLEDNING	276
PATIENT/PÅRØRENDE FAKTORER DER SKAL ADRESSERES TIDLIGT OG SYSTEMATISK:	277
HUSK	277
22: KILDER	279
23: OM INDVANDRERMEDICINSK KLINIK	333
Tabeller	
Tabel 1. Definitioner af forskellige kategorier af etniske minoriteter	22
Tabel 2. Faktorer, der i forskellige faser påvirker flygtninges fysiske og psykiske helbred	22
Tabel 3. Forskellige typer af kulturel tilpasning og kulturel eksklusion	24
Tabel 4. Stadier i integration og de psykologiske mønstre	25
Tabel 5. Post-migrationsudfordringer blandt 104 flygtninge i Schweiz 10 år efter første opholdstilladelse	28
Tabel 6. Problemfelter i Indvandrermedicinsk Klinik 2008-2018	55
Tabel 7. Lægelige fund i Indvandrermedicinsk klinik. Patienter henvist med langvarige uafklarede helbreds og/eller compliance problemer	59
Tabel 8. Eksempler på sygdomme og helbredsproblemer, hos flygtninge/indvandrere, som særligt hyppigt volder læger diagnostiske problemer.	60
Tabel 9. Eksempler på oversete eller fejlfortolkede symptomer og sygdomme. 134 patienter henvist til Indvandrermedicinsk Klinik med langvarige uafklarede helbreds og/eller compliance problemer. Henvisningsårsag og efterfølgende diagnose i IMK (i parentes)	60
Tabel 10. 3 forskellige metoder til at vurdere hvor enig eller tilfreds patienten er med en beslutning og dens konsekvenser	62
Tabel 11. Nøglepunkter i sygehusforløb, hvor etniske minoritetspatienters udrednings- eller behandlingsforløb hyppigt ikke påbegyndes, afbrydes for tidligt eller er resultatløse. Erfaringer fra Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital 2008-2013.	64
Tabel 12. Diagnoser og procedurer der hyppigt anvendes i Indvandrermedicinsk klinik	74
Tabel 13. Kliniske cases: Læringspunkter	85
Tabel 14. Barrierer i smerteforståelse mellem læger og patienter (baseret delvist på erfaringer fra Indvandrermedicinsk Klinik og på	91
Tabel 15. Stigmatiserende sygdomsbetegnelser	96
Tabel 16. Kulturbårne syndromer i henhold til DSM-IV	101
Tabel 17. Oversigt over udvalgte kulturbårne syndromer	103
Tabel 18. Eksempler på blinde pletter i to-sprogede læge-patientsamtaler	107
Tabel 19. Huskeliste til voksne flygtninge/indvandrere ved helbredsbedømmelsen	114
Tabel 20. Potentielt traumatiserende oplevelser blandt 145 ex-jugoslaviske flygtninge henvist til en tysk klinik for psyko-somatiske sygdomme.	121
Tabel 21. Symptomer der indgår i PTSD screeningsværktøjet HTQ-5 PTSD (591)	123
Tabel 22. Udvalgte religioners holdning til forskellige beslutninger omkring livets afslutning.	154
Tabel 23. Spørgsmål i palliative og terminale patientforløb	154

Tabel 24. De kulturelle domæner og deres kliniske betydninger (baseret bl.a. på (721)).....	155
Tabel 25. Gode spørgsmål og overvejelser i tværkulturelle samtaler, der involverer vanskelige, værdiladede eller potentielt traditionsbundne helbredsmæssige forhold (modificeret efter (724)).....	157
Tabel 26. Eksempler på hændelses temaer, identificeret under hver af 4 fejlkategorier. Baseret på 198 utilsigtede hændelser blandt 147 patienter henvist til Indvandrermedicinsk klinik.	166
Tabel 27. Typer af lægelig forskelsbehandling af patienter (832).....	180
Tabel 28. Hypotetiske mekanismer, der fører til forskelsbehandling af etniske minoriteter, modificeret efter Van Ryns oprindelige model (69).....	184
Tabel 29. Eksempler på patientmetaforer fra forskellige områder af livet og livet med sygdom. Indvandrermedicinsk klinik.	204
Tabel 30. Ældre kollegers rollemodellering af yngre kolleger opfattelsen af samtaler med patienter hvor der er en sprogbarriere. (Baseret på erfaringer fra Indvandrermedicinsk klinik og (1000)).	229
Tabel 31. Eksempler på studier, der påviser negative effekter ved manglende adgang til tolkebistand for patienter med sprogbarrierer i sundhedsvæsenet.....	255
Figurer	
Figur 1. Emotionelle faser i migrationsprocessen. Figuren er baseret på og videreudviklet fra, en oprindelig model af Salman Türk (119).....	26
Figur 2. Forskelle og ligheder mellem identitetsudviklingen (individuation) i hjemlandet og i modtagerlandet.....	26
Figur 3. Veje til vegetativt liv i eksil	34
Figur 4. Faktorer der kan påvirke om og hvordan et psykisk traume kan komme til udtryk.	38
Figur 5. Potentielle barrierer i tværkulturelle samtaler	39
Figur 6. Fordele ved tolkebistand.....	42
Figur 7. Grundværktøjer til fælles beslutningstagning i komplekse patientsamtaler med tværkulturelle problemstillinger.....	43
Figur 8. Mekanismer der kan skabe ulighed i sundhed blandt etniske minoriteter	58
Figur 9. Forståelsesramme for flygtning/indvandrere, og andre sårbare patientkategorier, i Indvandrermedicinsk klinik.	72
Figur 10. Sygdomme og deres afledte helbredsproblemer	72
Figur 11. Typer af kompleksitet blandt patienter henvist til Indvandrermedicinsk Klinik.....	73
Figur 12. Patientkategorier. Indvandrermedicinsk klinik.	73
Figur 13. Smerters sociale betydninger og deres komplekse tilblivelse.....	87
Figur 14. Værktøjer til at undgå de mest almindelige misforståelser og tilgange til uvante symptomer og komplekse problemstillinger	109
Figur 15. Væbnede konflikter, fordrivelse og psykisk helbred	122
Figur 16. Pre- og postmigrationsfaktorer der påvirker psykosocialt stressniveau. (Videreudvikling af Hollfield et al: Mental health effects over the lifespan of refugees. J Clin Med, 7.2 (2018):25.	126
Figur 17. Helmans model for opfattelsen af social adfærd i en given etnisk kontekst	172
Figur 18. Fordomme i læge-patientsamtaler jævnfør 3 svenske praktiserende læger med pakistansk baggrund	186
Figur 19. 12 forslag til at facilitere multikulturelle kompetencer.....	190
Figur 20. Lægens oplevelse af patientens personlighed og kompetencer	194
Figur 21. Dynamiske patientkarakteristika og deres indflydelse på egenomsorg	194
Figur 22. Eksempel på genogram (navne og visse stednavne er slettet)	199
Figur 23. Eksempel på problemliste (59-årig mandlig flygtning).....	200
Figur 24. En patients håndskrevne problemliste. Patienten talte ikke dansk og anvendte Google Translate til at oversætte fra modersmålet.....	200
Figur 25. Eksempler på blinde vinkler i den tværkulturelle læge-patientsamtale.	221
Figur 26. Kompleks samskabelse og beslutningstagning	225
Figur 27. Informationsmængdens sammenhæng med samtalelængde, sprogbarriere og skolegang	234
Figur 28. Anbefalinger til samtaler om seksuel sundhed (Efter (1190)).	248



1: Introduktion

Mennesker er bygget ens. Mest består vi af vand, fedt, protein og så bærer vi alle sammen på 39 billioner bakterier. Vi har 99 % af vores DNA til fælles med hinanden, så der er meget lidt plads til variation. Man plejer at sige at generne "lader pistolen", men levevilkårene afgør om pistolen skal fyres af. Der hvor vi adskiller os er på opvækst og sociale levevilkår, miljø og omfanget af kollektive forebyggende foranstaltninger mod sygdom og sociale katastrofer. I de senere årtier er vores viden om miljøets indflydelse på hvordan og hvor meget gener udtrykkes, epigenetik, blevet større og større. Bedsteforældres opvækstvilkår påvirker børnebørnenes sygdomsrisiko. Negative oplevelser i barndommen øger risikoen for kronisk sygdom, psykisk sygdom og tidlig død som voksen.

Det vigtigste er ikke hvilken sygdom personen har, men hvilken person der har sygdommen. Når man møder en ny patient for første gang som sundhedsprofessionel, så starter der automatisk en hurtig proces, der har til formål at sætte patienten ind i en kendt forståelsesramme:

Hvad er det for en patient? Kan jeg lide patienten? Mærkværdig patient? Dygtig oplyser? Kompetent? Irriterende? Har jeg respekt for patienten? Kan jeg have tillid til patienten? Hvad er det for en sygdom patienten forsøger at beskrive?

Til det formål trækker vi som sundhedsprofessionelle på en broget hybrid erfaringssamling stykket sammen af fordomme, stereotyper, implicit bias, egne sygdomserfaringer, erfaringer med tidligere patienter, sygdomsteori og det skjulte lærestof tilegnet fra kolleger gennem årene. Erfaringssamlingen sorteres afhængigt af overskud, humør og blodsukker på det pågældende tidspunkt og der udvælges blandt vores erfaringer afhængigt af førstehåndsindtrykket af patienten.

Modellen kommer imidlertid til kort i nutidens sundhedsvæsen, for de fleste sundhedsprofessionelle, udviklet og forfinet primært baseret på et liv levet i Danmark og på patienter født og opvokset i Danmark. Sundhedsprofessionelle kommer derfor i problemer, når de f.eks. møder patienter som har været nomader i ørkenen mellem Irak og Kuwait hele livet, når de møder voksne patienter, der startede med at arbejde i rismarkerne i Vietnam som 5-årige, var syersker fra 10-års alderen og sejlede i kano gennem liv der flød i vandet som 13-årige eller når de møder en atomfysiker fra Iran, der ikke kan huske hvad han selv hedder efter 8 år i fængsel med daglig tortur. "Man skal forstå hvordan det er ikke at blive forstået for at kunne forstå det", sagde en patient fra Vestafrika til en sygeplejerske der prøvede at forstå hvorfor patienten ikke ville have tuberkulosemedicin. For Indvandrermedicinsk klinik har det derfor været et mål at prøve at beskrive hvad det er sundhedsprofessionelle "skal forstå for at forstå det".

De interkulturelle dilemmaer i tværkulturel medicin er mangfoldige, og løsningerne er sjældent enkle:

- Migranters og flygtninges retfærdige behov for kulturel næring og anerkendelse bliver sjældent opfyldt – måske endda afvist.
- Konkrete erfaringer med diagnostiske problemer, fejl diagnoser og misforståede symptom manifestationer påvirker tillid til- og brug af sundhedsvæsenet ("Etniske smerter" etc.)
- Symptomer kan muligvis være udtryk for et interkulturelt ubehag eller kronisk hjemve/sorg over det tabte eller ligefrem være forårsaget af dybereliggende uopfyldte forventninger til Danmark – forventninger, der aldrig har været drøftet eller afstemt med patienten.
- Det er svært at forstå betydningen af den ekstreme belastning der er at have oplevet voldsomme traumer – og samtidig at skulle leve alene med dem i et land hvor man hverken taler eller forstår sproget.
- Complianceproblemer, der i betragtelig grad kan begrænse behandlingsmuligheder, skyldes ofte uerkendte lægmandsforståelser af sygdomme eller misforståede informationer om sygdom eller behandling.
- Den elendige økonomi som migrantfamilier ofte er underlagt, påvirker sekundært en lang række valg, der har konsekvenser for helbred og sygdomsbehandling. Sundhedsprofessionelle manglende forståelse af sammenhængen mellem fattigdom og sygdomskontrol begrænser reelt patientens handlemuligheder.

- En anderledes, mange vil sige patriarkalsk-, opfattelse af forholdet mellem kønnene, mellem generationerne og i forhold til lægen kan sætte rutiner i sundhedsvæsnet ud af spil og få sundhedsprofessionelle til at opgive.
- Den ofte meget vidtrækkende ansvarsfrihed for sundhedsprofessionelle i patientmøder med migranter/flygtninge står i modsætning til de generelle krav om patientinvolvering og fælles beslutningstagning og fører til mindre hensigtsmæssige (eller holdbare) kliniske beslutninger.
- Manglende muligheder for sorgbearbejdelse efter et dødsfald, f.eks. gennem besøgsaftaler eller rettidig afvaskning af den afdøde i hospitalsregi.
- Det (aktuelt) tårnhøje gebyr for tolkebistand på sygehus begrænser vigtig information og spørgsmål og fører til, forståelig, mistro.
- Sundhedsprofessionelle reagerer med stress og utilstrækkelighedsfølelse i mødet med stærke emotionelle udtryk, voldsomme traumer, uforståelige symptomer eller åbenlyst håbløse situationer. Faglig utilstrækkelighed kan føre til irritation og vredesudbrud, der forværrer forholdet til patient og pårørende.
- Komplicerede familiebaggrunde og uigennemskuelige beslutningsprocesser besværliggør vanlige patientforløb. Familiens rollefordeling og hvem der reelt påvirker beslutninger (f.eks. ældre familiemedlem i hjemlandet) er kun delvis synligt.
- Flygtninge oplever mere kritiske sociale begivenheder end sundhedsprofessionelle er vant til og de fører hyppigere til voldsomme identitetskriser, tvivl om fremtidsperspektiver, rodløshed og tomhedsfølelse på grænsen af skizofrenitilstand.
- Usikre og usunde boligforhold og skrøbelig arbejdssituation med høj ulykkesrisiko påvirker og fastholder en høj sygelighedsrisiko.
- Stramninger på udlændingeområdet og usikkerhed om fremtidigt opholdsgrundlag demoraliserer egenomsorg, øger sygdomsrisiko og nedsætter compliance (f.eks. i forhold til sprogskole, rygestop, vægttab eller medicinsk behandling). Den konstante vaklen mellem at rejse hjem til usikkerhed eller forblive i usikkerhed: sjælen er i hjemlandet, kroppen er i Danmark.
- Sproglige udfordringer og sociale segregeringsprocesser påvirker sygdomsrisiko og sundhedsadfærd på måder som sundhedsprofessionelle ikke kender.
- Børn af voksne krigsflygtninge har særlige skjulte udfordringer, der overses i sundhedsvæsnet, fordi de på mange måder er mere sprogligt og kulturelt tilpassede.

Denne bog er ikke en erstatning for medicinske eller Kirurgiske lærebøger. Denne bog handler om alt det vi ikke ved vi ikke ved om patienter med en anden baggrund end den vi kender, om alt det vi glemmer, overser, ignorerer, fejlfortolker, bagatelliserer eller simpelthen giver op overfor. Og så er der lidt med småt, det sjældne, mærkelige og uvante. Se det som en bog der måske nok primært handler om erfaringer opsamlet ved at undersøge og behandle patienter med migrationsbaggrund, men som i bund og grund handler om at meget bliver forståeligt, når man forstår patienten og dennes baggrund – uanset om vedkommende er født i Sønder Omme eller i Somalia. For det meste af kroppen har vi til fælles, de fleste sygdomme har vi tilfælles, men, det er livshistorien, sociale begivenheder, ressourcer, traumer, handlinger, den hjælp man modtager og de sociale konsekvenser, der bestemmer om vi bliver syge, hvordan vi bliver syge, hvordan vi lever med sygdom og hvor længe vi lever med den.

Det tværkulturelle møde er et uhyre kompliceret krydsfelt mellem på den ene side fascinationen af det fremmede og anderledes og på den anden side står den åbenlyse trussel mod fagligheden, på den tredje side idealisering af offerrollen og på den fjerde side dehumaniseringen/devalueringen af mennesket. Krydsfeltet lysreguleres desuden af konstant skiftende lovgivning, komplicerede krav fra sociale myndigheder, dårlig økonomi, sprogkrav og den offentlige retorik. Så udover at skulle forstå den enkelte patients liv, så skal man også forstå de, ofte mindre synlige, eksterne faktorer der påvirker livet, kroppen og sjælen i eksil.

2: Krop og sjæl i eksil

Eksilets bagage og grundvilkår

Antallet af væbnede konflikter er stigende og antallet af FN-flygtninge nåede i 2013 sit hidtil højeste niveau. De fleste flygtninge er ofrene for kriser som brutale regimer, borgerkrig, anarki og hungersnød. Ofte har de været i fare på grund af deres etnicitet, politisk overbevisning eller religion. De kan have udholdt forfølgelse, tortur, voldtægt eller bortførelse, eller har været vidne til drab. Mange ankommer efter farefulde rejser og tilbageholdelse i flygtningelejre, der har mistet deres nærmeste, det sociale netværk, hjem, ejendele og arbejde. Mellem 30 og 70 % af flygtninge har haft svære traumatiske oplevelser og har udviklet tegn på kronisk Post Traumatisk Stress syndrom med varierende sværhedsgrad og udtryksform. Der er mange typer af grunde til flugt og det kan være vigtigt i visse sammenhænge, at kende de mest almindelige årsager og typer. Grundlæggende er der to typer af flygtninge, som bør kendes da de kan have implikationer for forståelse af den enkelte flygtning: A) den foregribende flygtning, der fornemmer faren og forlader området mens det stadig kan ske i ro og orden, hvor det ofte er hele familien der flygter samtidigt og man når at få væsentlige ejendele med sig. Denne type flygtninge er typisk veluddannede og mere velbeslåede med et funktionelt netværk der kan hjælpe og de kan betale sig til en sikker flugtvej. B) den akutte flygtninges flugt er sjældent særlig velforberedt og de er typisk flygtet når faren er størst og de må efterlade de få ejendele de har mens de må se sig nødsaget til at følge usikre og farlige flugtveje uden beskyttelse. Ofte er det under flugten at flygtninge kan opleve den største hjælpeløshed og sårbarhed. Denne gruppe er ofte helt uforberedte, chokerede og desorienterede når de ankommer til værtslandet og har ingen fremtidsstrategier uden over at slippe væk fra krig og usikkerhed (1-3). Det er for denne gruppe flygtninge ofte først når roen sænker sig i værtslandet at deres tab og endegyldigheden i deres beslutning for alvor går op for dem og det er i den situation mange flygtninge bliver apatiske og får en hjælpeløs holdning til tilværelsen, mens andre bliver maniske eller aggressive i frustration over magtesløsheden og den manglende evne til at handle og kommunikere (4). For en omfattende gennemgang af flygtningetyper og flugtveje, henvises til Kunz: *The refugee in flight; kinetic models and forms of displacement* (5, 6).

Mange børn, der flygter fra krig, oplever multiple traumer, herunder eksponering for væbnet konflikt, fordrivelse, tab af nære voksne, tab af sikkerhed og fortsatte betydelige psykiske belastninger (7). Nye sociale kontekster i modtagerlandet kan frembyde nye risici for børn, både fysisk og følelsesmæssigt. De senere år har der været en stadigt stigende anerkendelse af den tætte sammenhæng mellem børns fysiske/mentale sundhed og negative oplevelser i barndommen med senere sygdomme i voksenalderen, der ses som udviklingsforstyrrelser der i virkeligheden har deres oprindelse tidligt i livet (8). Et omfattende review og lanceringen af en biologisk model skabte en plausibel sammenhæng mellem tidlig modgang i barndommen og øget sårbarhed for senere sygdom og for tidlig død (9). Forståelse af modellernes betydning for flygtninges helbred, er kun ét af mange argumenter for interventioner for at reducere langvarig skade af væbnede konflikter. For eksempel er øget årvågenhed, forhøjet alarmberedskab og mistillid typiske adfærdsmæssige og kognitive reaktionsmønstre, når børn står over for høje trusselsniveauer (10). Selv om reaktionerne er rationelle tilpasninger til trusler og usikkerhed, så øger de risikoen for at udvikle negative relationer med andre mennesker, herunder mennesker der kunne hjælpe dem (11). Dermed begrænses muligheden for at skabe potentielt gavnlige interventioner overfor børnene og deres senere risiko for kronisk sygdom voksne ved at øge sandsynligheden for impulsiv adfærd, belønnings orienteret personlighed og usunde livsstils valg, som kan føre til fedme og misbrug af alkohol og narkotika (12). Et review om migrantbefolkningers sundhedsrisici fra 2015 af Rook et al., fandt at migrationsprocessen i sig selv ser ud til at øge risikoen for sygdom - for eksempel type 1 diabetes eller multipel sklerose (13).

Ingen mennesker er i stand til at forestille sig hvordan livet som flygtning vil blive i værtslandet. Strategien er at komme væk fra utryghed, forfølgelse og krig, ikke at leve som minoritet i et fjernt land. Det betyder at mange situationer i værtslandet vil være første gangs oplevelser og uvante problemer som kun kan bidrage til usikkerhed og stress. At være flygtning er lig med at gennemleve

massive og omfattende tab. Det er en sorgproces, der afhængig af den pågældendes kultur, kan udtrykke sig på mange måder. Hyppigt er den eksistentielle smerte, der er tale om, udtrykt i et kropsligt sprog/symptomer, fordi det er det eneste, der er tilgængeligt, forståeligt eller accepteret af ens omgivelser. Den rigtige historie er forfærdelig og kan ikke deles med andre, så der konstrueres op til flere, mindre smertefulde, livshistorier som der skal holdes regnskab med i forhold til sig selv, ægtefælle, børnene, familien, vennerne og myndighederne. Den samtidige oplevelse af at ens sprog, kultur, livshistorie og person diskvalificeres er der kun én vej: isolation og skærpelse af den kulturelle indpakning. Værdier fra hjemlandet får større betydning, klæder, højtideligheder og begivenheder fylder mere i hverdagen og i et forsøg på at gen etablere en identitet forstærkes også de indre værdier og forsvarsmekanismer. Det betyder at i situationer, hvor der kunne have været kontakt eller en reel samtale med fagpersoner, så er der alle mulige andre dagsordner der skal på plads før kerneydelsen kan komme til. Hvis fagpersonen ikke er vidende om de mange identitets og sikkerhedsskabende processer der er i spil, så bliver samtalen kort, upræcis og resultatløs.

Sundhed og sygdomsrisiko blandt indvandrere, flygtninge og migranter

For 43 år siden beskrev lægerne Klebak og Kabel i 1974 i Ugeskrift for Læger 4 alvorlige cases, hvor fremmedarbejderbørn (spædbørn) blev indlagt med svær dehydrering og infektion efter flere gange tidligere, forgæves, at have forsøgt kontakt med sundhedsvæsnen. Tre af børnene døde mindre end 12 timer efter indlæggelsen mens den tredje blev rask efter senere at have fået påvist glutenallergi. Lægerne anbefalede i artiklen, at fremmedarbejdere tilbydes adgang til sociale ydelser på samme vilkår som andre danskere, at der uddannes, og anvendes, professionelle sundhedstolke og at der skabes målrettede sundhedstilbud til befolkningsgruppen (14). Socialdommer Fanny Hartmann kommenterede senere sagen i samme tidsskrift, at "Alle fire fremmedarbejderfamilier...har fået ganske god information...og har udnyttet denne information på den foreskrevne måde. De har henvendt sig til læge, men det har ikke reddet deres liv. I tre af tilfældene svigtede lægevagten totalt. De ville være blevet behandlet anderledes, hvis de boede på Østerbrogade eller på Strandvejen. De fremdragne sygehistorier viser, at det københavnske sundhedssystem har nogle frygtelige huller, som de socialt svageste af systemets brugere, herunder mange fremmedarbejdere, risikerer at falde ned i" (15). I en kritisk artikel i avisen Land og Folk fra 1974 konfronteres Sundhedsstyrelsen med forløbet, men en kontorchef konkluderer at "Artiklen i Ugeskrift for Læger ikke egnet til at danne grundlag for sensationsartikler...forløbet afslører kommunikationssvigt på grund af sprogvanskeligheder mere end svigt i sundhedsvæsnen" (16). Sprog og kommunikation opfattes ikke som en ydelse sundhedsvæsnen er ansvarlig for – nærmere som et irriterende vilkår som sundhedsvæsnen ikke har indflydelse på. Forløbet og kommentarer fra læger og embedsmænd beskriver meget rammende de udfordringer etniske minoritetspatienter står overfor: sprogbarrierer, manglende information og social ulighed skaber et meget uheldigt samspil, hvis konsekvenser ingen vil påtage sig ansvaret for. Sprogbarrierer opfattes ikke som en fejl i sundhedsvæsnen. Og det gør de stadig ikke.

Der er ikke sket meget i de mellemliggende 43 år, for i 2017 døde to børn af congolesiske flygtningeforældre af akut leversvigt, efter at familien efter al sandsynlighed havde spist giftige svampe. Familien havde søgt læge flere gange, alligevel konkluderede Styrelsen for Patientsikkerhed og Region Sjælland, i to uafhængige undersøgelser, at der ikke var sket lægefejl i sagen (17). Dette til trods for at der, ligesom i 1974, ikke var blevet anvendt tolkebistand i den akutte situation og at familien havde søgt læge flere gange før børnene endelig blev indlagt, og desværre døde ganske få timer efter.

Der er social ulighed i sundhed, men sprogbarrierer og minoritetsvilkår forstærker de negative effekter af kort uddannelse, svagt netværk og social eksklusion og fører til en form for social ulighed i sundhed der er mere kompleks end vi ellers ser. Læger må ofte arbejde med tvetydighed og usikkerhed og er i et vist omfang uddannet til det, men ikke alle læger er lige begejstrede for det og mange læger udfordres langt ud over hvad deres kompetencer rækker til og deres personlighed kan rumme (18). Mødet med flygtninge/indvandrerpatienter er i høj grad præget af tvetydige eller usikre symptomer, der ofte yderligere kompliceres af sprogbarrieren mens patientens angst for ikke at blive forstået kan

skævvride sygehistorien. Traditionelt har man talt om et kultursammenstød og at der er behov for kulturelle kompetencer for at afbøde modsætninger, men der er formentlig snarere tale om sammenstød mellem rutiner. Rutiner og ritualer omkring sygdom er dybt forankrede i mennesker, men indlæres som barn og er dermed kodet på modersmålet. Det kræver både professionel nysgerrighed, kulturel sensitivitet og en god tolk at opnå en fælles forståelse i læge-patientsamtaler med migranter. Vi har som læger en tendens til at begrænse vores opfattelse af flygtninge/indvandreres liv og livsvilkår til deres danske liv: deres liv starter i Danmark, når de får et sygesikringskort. Dermed siger vi også at livshistorien, sociale begivenheder, fysiske og psykiske traumer, krigsoplevelser, arbejdsulykker, svære sygdomsforløb og misrøgt i barndommen i hjemlandet er uinteressante i en dansk kontekst. Vi gør det sandsynligvis fordi vi enten ikke tror vi vil kunne forstå patientens oplevelser eller fordi vi ikke tror vi kan bruge oplysningerne i en klinisk beslutningsproces – at de måske vil forstyrre diagnostik og behandling. Måske er vi ligefrem tilbøjelige til at opfatte det ”det kulturelle” som vildledende og irrelevant i lægens objektive vurdering af patientens symptomer. Ved at fjerne ”det kulturelle” kan lægen udføre en neutral sagsbehandling til patientens, og lægens, gavn. Men netop ved, bevidst eller ubevidst, at ignorere betydningen af patientens liv før livet i Danmark, lægger vi kimen til mange misforståelser mellem lægen og patienten. Når vi ikke forstår patientens præmisser, vilkår og bevæggrunde, så bliver symptomer mærkelige, tvetydige og irrationelle og patienten bliver endnu mere fremmed for os. Hvis vi derimod prøver at forstå patienten ud fra et komplet livshistorisk perspektiv, bliver det fremmede og irrationelle forståeligt. Alle mennesker er rationelle på deres egne præmisser. For at forstå patienter må vi forstå deres præmisser. For at forstå flygtninge/indvandrerpatienter må vi forstå deres liv før de kom til Danmark, forstå migrations årsager og risici, samt hvordan livet som minoritet i Danmark påvirker sprog, krop og sjæl.

Migration har meget forskellige årsager og der er mange faser i en migrationsproces. Hver migrations årsag er forbundet med et særligt sæt sundhedsmæssige styrker og risici. Præ-migrations fasen, selve migrationen, integrationsfasen og post-integrationsfasen er ligeledes hver især forbundet med sygdoms risici og ofte også helbredsmæssige langtidskonsekvenser. Migranternes sundhed formes af deres erfaringer og vilkår i deres oprindelsesland, under transit/migration/flugt, i modtagerlandet og som situationen ser ud i skrivende stund, i nogle tilfælde også under tilbagesendelsen til hjemlandet (19, 20). Gennem migrationsfaserne ændres vilkårene for egenomsorg, selvrespekt, identitet og fremtidsperspektiver. De strukturer, der normalt beskytter de fleste mennesker mod alvorlig fysisk eller psykisk sygdom, forsvinder eller genopstår med nye aktører og nye sociale regler i uvante rammer, hvor man både som menneske og som patient må genforhandle sin rolle i sociale sammenhænge. Tvetydige krav stresser og fører let til lavt selvværd, angst og depression: man skal være ekstremt svag for at opnå asyl, men man skal være stærk for at holde sammen på en fragmenteret familie. Man skal være stærk for at samarbejde med sproget og det danske arbejdsmarked, men svag for at få forlænget sin opholdstilladelse eller søge førtidspension.

Man har i mange år haft den opfattelse at der eksisterede en ”Healthy migrant” effekt. Begrebet opstod da man undrede sig over at sydamerikanske migrantarbejdere i de amerikanske Sydstater var ved relativt godt helbred i forhold til baggrundsbefolkningen. Senere blev fænomenet studeret i Europa, i første omgang teoretisk, ud fra den forestilling at det var de raske der flygtede eller migrerede til Europa, samtidig med at man antog at syge, fortrinsvis ældre, flygtninge/migranter rejste tilbage til deres hjemland (21). Men en stor dansk registerundersøgelse fra 2014 fandt ikke nogen ”healthy migrant” effekt (22). Og man fandt ingen tendens til at dem der migrerer til hjemlandet igen skulle være særligt syge (23). Man fandt derimod store sociale forskelle, samt forskelle mellem forskellige sygdomsgrupper, mellem de etniske grupper og mellem årsagerne til migration. Flere danske undersøgelser har påvist at ikke-vestlige flygtninge/indvandrere i Danmark har længere middellevetid end etniske danskere og at forskellen primært skyldtes kræftsygdomme, alkoholrelaterede sygdomme og sygdomme der skyldes rygning (24, 25). Samme er vist i andre europæiske lande (26). Den såkaldte ”healthy migrant” effekt siger derfor meget mere om baggrundsbefolkningens sundhedsmæssige profil end om migranternes sundhed (27). Det viste sig desuden i senere undersøgelser, at migranternes sygdomsrisiko for både kræft, diabetes og hjerte-kar-sygdom øges meget hurtigt og i nogle tilfælde overstiger etniske danskeres (28, 29).

En større europæisk registerundersøgelse påviste at samme etniske minoritetsgruppe har meget forskellig overlevelse efter hjerte-kar-sygdom og cerebralt infarkt i de europæiske lande. Og her er det danske sundhedsvæsen ikke i topklasse (30). Social ulighed i adgang til forebyggelse, behandling og genoptræning rammer også etniske minoriteter, men forværres af manglende viden, manglende information, sprogbarrierer, negative professionelle relationer og sundhedsvæsnets manglende tilpasningsevne og sparsomme råderum (31). Efteruddannelse af læger i tværkulturelle kompetencer forbedrer den fælles læge-patient forståelse og i et vist omfang den patientoplevede kvalitet i behandlingen (32). Publicerede studier rapporterer positive fordele ved professionelle tolke i forhold til at styrke kommunikation (undgå fejl og bedre forståelse), brug af sundhedsvæsen, behandlingsresultater og patienttilfredshed (33). Andre studier har vist at tolke kan øge compliance, reducere hospitalsindlæggelsestiden og forhindre medicinfejl (34). Med stigende krav om patientinddragelse og fælles beslutningstagning og om øget patientsikkerhed, er det bekymrende sjældent der anvendes tolke i sundhedsvæsnets (35-37). Der er mere og mere evidens for at migration er en selvstændig social determinant for sygdom og sundhed. Det er bemærkelsesværdigt at migration i sig selv er en risikofaktor for kronisk sygdom som hjerte-kar-sygdom og diabetes udover de kendte socioøkonomiske faktorer (38). Men migration er samtidig en risikoforstærker, der potenserer effekten af andre sociale faktorer. For eksempel har palæstinensiske flygtninge i Danmark en 3 gange højere risiko for diabetes end samme etniske gruppe i Libanon. Der indtræder ret hurtigt en vægtøgning ved migration fra land til by og ved transnational migration (f.eks. til Europa). Det har prof. Charles Agyemang undersøgt i et beundringsværdigt studie af BMI-hyppighed blandt ghanesere på landet, efter de er flyttet til hovedstaden Accra og blandt ghanesiske migranter i Holland (39).

Udover sproget som social barriere, er der mange andre hæmmende (magt-) faktorer i spil i læge-patientsamtalen, som kan påvirke samtaleens resultat negativt (40). Resultatet er, at på trods af at ikke-vestlige flygtninge/indvandrere har en højere middellevetid, så har denne befolkningsgruppe et dårligere selvrapporeret helbred end majoritetsbefolkningen i de europæiske lande og den forstærkes af sociale faktorer (41, 42).

Spørger man migranter om hvilke barrierer de møder i sundhedsvæsnets, så er svaret globalt set ret ensartet: adgang til sundhed, dårlig relation til lægen, uforståelig behandling/rådgivning og manglende indfrielse af forventninger.

Med hensyn til adgang, så er barriererne bla. at migranter ikke kender familielægesystemet som en indgangsport til sundhedsvæsnets og ventetiden på at blive set af en speciallæge er uforståelig når man i hjemlandet kunne blive set direkte af en speciallæge fra dag til dag (mod betaling). Det kan være svært at finde ud af hvor man skal henvende sig med et givent problem, herunder udenfor normale åbningstider (43). Transport kan være en udfordring for især PTSD-patienter og udgifter til transport kan optage en stor del af en integrationsydelse. Det kan være stressende at lave en aftale med lægen over telefon med sprogbarriere og lægebesøg er ofte afhængigt af at familiemedlemmer kan/vil hjælpe til. Udsigten til en recept med medicin som økonomien ikke rækker til, kan ligeledes være en barriere (44). Sprogbarrierer er i sigens natur en udbredt hindring (45-47). Det er stressende og suboptimalt at skulle anvende familiemedlemmer som tolke, fordi læger sjældent vil bestille tolk, men samtidig kan der være emner som patienten ikke ønsker at drøfte med en fremmed, tolken, tilstedet (48, 49). Efter 7 år føler 15 % af flygtninge i Danmark at de stadig har behov for at anvende tolk, men det er erfaringen fra Indvandrermedicinsk klinik at andelen, der har behov for tolk, er betydeligt højere, da mange patienter enten ikke er klar over de misforståelser der opstår, eller skammer sig over deres sprogkunderskaber (31, 50, 51).

Mødet med, og navigation i, sundhedsvæsnets kan være en stor udfordring, men flygtninge/indvandrere møder også mere subtile forhindringer. Læger varierer i høj grad deres interaktionsstil og informationsniveau afhængigt af patientens uddannelsesniveau, socialklasse, udseende, køn og sprogniveau. I samtaler med etniske minoritetspatienter udviser læger mindre empati og er mindre patientinvolverende end i forhold til andre patienter (52).

Flygtninge/indvandrere er i nogle europæiske lande omfattet af særlige lovkomplekser, der begrænser og styrer sociale og helbredsmæssige forhold. Rangordner man europæiske lande efter et *Migrant Integration Policy Index*, der beskriver integrationspolitik og sociale og helbredsmæssige vilkår

for migranter, fandt man at migranter i Europa oplever mindre ulighed i sundhed i lovgivningsmæssigt og i social mobilitet i lande der måtte anses for at være multikulturelle lande (Højest score: UK, Spanien, Italien, Sverige) end i monokulturelle europæiske lande (Lavest score: Østrig, Danmark) (53). Socialt udsatte ender let med at bo i samme boligområde dels af økonomiske, dels af sociale årsager og dels fordi de socialt er blevet ekskluderet alle andre steder. Familiernes til de 4 svært syge børn, i sagen fra 1974 hvor 3 døde, boede således alle i Københavns mest saneringsmodne boligområde og fædrene var alle ufaglærte arbejdsmænd. Belastede boligområder er kendetegnet ved manglende offentlig infrastruktur som f.eks. praktiserende læge. Sociale strukturer i belastede boligområder medfører både uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, multimorbiditet og sociale epidemier af symptomer og sygdomme, samtidig med at boligområder med "homogen" minoritetssammensætning beskytter psykisk skrøbelige beboere (54).

Den forholdsvis nye skelnen mellem indvandrere/migranter og flygtninge er interessant både, fordi den hjælper med at sikre beskyttelse og begrænse overgreb på befolkningsgrupper i meget usikre situationer, men også problematisk fordi vægten på sårbarhed har en tendens til at minimere flygtnings faktiske styrker, fleksibilitet (resiliens) og handlekraft, og en skelnen beskriver ikke i tilstrækkelig grad diversiteten på tværs af migrant - og flygtningegrupper. Traditionelt er flygtninge per definition enkeltpersoner flygtet fra væbnede konflikter eller forfølgelse, mens migranter antages hovedsageligt at migrere for at forbedre deres liv gennem bedre jobmuligheder/uddannelse. Virkeligheden er mere kompleks, og de to grupper overlapper: migranter flytter i stigende grad til et andet land på grund af politisk og social uro, og et betydeligt antal har oplevet forfølgelse, kroniske væbnede lokalkonflikter eller været vidner til organiseret vold. På den anden side flygter mange flygtninge fra meget ugunstige økonomiske forhold, kollaps af infrastruktur, lovløshed, fravær af livsperspektiver, og (i stigende grad) klimaforandringer, der spreder sult og fattigdom (55).

Mellem hver tredje og hver anden flygtning fra krigsområder har alvorlige krigsoplevelser bag sig. For de fleste er det oplevelser, der med mellemrum får afgørende betydning i deres hverdag: søvnløshed, hukommelsesbesvær, angst, højt alarmberedskab og indlæringsvanskeligheder. I perioder påvirker det arbejdsliv, sprogindlæring, familieliv og egenomsorg. Krigstraumer sætter sig i kroppen og virker som en støjsender, der forvrænger kroppens signaler og forstyrrer kommunikation med omverdenen. Følger af psykiske traumer hos forældre kan smitte børnene, der adapterer angst, stress og isolationsadfærd (56). Der er sågar evidens for at krigstraumer kan smitte over flere generationer, så børnebørn af jødiske - og Vietnamesiske bedsteforældre har symptomer der ligner dem der kendetegner Post Traumatisk Stress Syndrom.

De fleste flygtninge flygter *fra* noget snarere end *til* noget. Men i Danmark møder flygtninge tit den modsatte holdning: flygtninge forlader deres hjemland for at komme til Danmark. De vurderes ikke gennem deres beskyttelsesbehov, men gennem et postuleret velfærdsbehov. Man skal som flygtning gøre sig fortjent til almindelige rettigheder, man skal som patient og social klient være ydmyg og taknemmelig. I skrivende stund har et større lovkompleks til hensigt at omdefinere beskyttelsesbehovet til en permanent midlertidighed, hvor alle tiltag og ydelser er hjemsendelsesorienterede. Socialøkonomiske stramninger som tolkegebyr, kontanthjælpsloft, loft over børnepenge og indførelse af en hjemsendelsesydelse har medført en historisk fattigdom, der hovedsageligt rammer flygtninge og indvandrere (57). Men stik imod hensigten, så forbliver flygtninge i Danmark, da alternativet i hjemlandet er meget værre end fattigdommen i Danmark. Samtidig er udlændingeloven strammet så meget at tiden går med enten at søge om forlængelse af opholdstilladelsen eller nervøst at vente på svaret. Samfundets uklare krav om taknemmelighed overfor velfærdssamfundets velgørenhed kommer til at præge flygtnings anvendelse af social- og sundhedsvæsenet på uhensigtsmæssige måder. Sprog, opholdsgrundlag, identitet, økonomi og sygdom skaber en ny kompleks klinisk virkelighed for læger og patienter: patienter adopterer en intelligent compliance adfærd, hvor lægelige råd balanceres med familiens økonomiske formåen, patienter prioriterer lægesamtaler, der er særligt vigtige fordi der ikke er råd til transport og patienter aflyser operationer fordi de ikke har råd til en tolk.

Selvom økonomisk sammenbrud, krig, uro eller naturkatastrofer rammer alle på én eller anden måde, så har det ikke samme effekt på alle. På samme måde er det ikke alle der vælger at flygte eller at blive og "slås" med omstændighederne. Noget tyder på at valget mellem migration/flugt eller at blive

også er et personlighedsudtryk (58). Det er heller ikke helt tilfældigt hvem der migrerer af egen fri vilje eller hvem der vælger at flygte i stedet for at blive. Migrationsforskere har undersøgt hvilke danskere, der migrerede til Amerika fra 1850-1900, hvor næsten hver 10. dansker søgte nye græsange på den anden side af Atlanten. De var mere skuffede end sultne. Men de var fattige og havde elendige fremtidsudsigter som daglejere. Der var dog også andre mekanismer i spil. Forskere har klassificeret alle danske fornavne efter hvor meget individualitet og hvor meget kollektiv tankegang deres fornavne afspejlede på daværende tidspunkt. Dem der migrerede til Amerika, havde mere individualistiske navne, mens de kollektivistiske blev i Danmark.

Sociologen Zygmunt Bauman taler om et "mobilitetshierarki", hvor der er to forskellige måder at migrere på. Den ene er den tvungne kosmopolit, vagabonden (migranten), og den anden er den frie rige globale verdensborger. Kommer man fra vesten og er velstillet, har man ret til at krydse landegrænser og være mobil uden at skulle retfærdiggøre sig eller stå i kø. Hvis man er fattig afrikaner, er situationen en helt anden: man skal snige sig rundt i verden, man skal forsvare sin eksistens og man må stå i kø ved skranken. Bauman mener, at "nogle bebor hele kloden; andre er lænket til stedet".

"Kultur er det din slagter ville have, hvis han var læge", er det blevet sagt engang. Læger vokser op med evidens, biomedicinske forklaringsmodeller, skrappe retningslinjer og strenge guidelines. Desværre er der ikke nogen manual for samtaler med patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Det er fordomsfuldt og meningsløst at tale om en manual til somaliere med sukkersyge eller bosniere med Bacterew. Den norske professor i antropologi Thomas Hylland Eriksen forklarer hvorfor kulturbegrebet i sig selv er meningsløst og kun skjuler den mangfoldighed, der er vigtig når man skal forstå et andet menneske: "Verden består ikke af afgrænsede kulturer. Den består af over fem milliarder mennesker som i varierende grad er præget af forskellige kulturelle former og traditioner, der både overlapper og udviser stor individuel variation. Renhed og entydige grænser er fantasifostre skabt af ofre for streng pottetræning. Verden er uren og består af et mylder af gråzoner" (59).

Kulturbegrebet er en hindring for forståelse. Det er ikke etniciteten, der skaber de barrierer læger og patienter står overfor. Barrierer opstår fordi den faglige nysgerrighed blegner, når læger møder noget vi ikke tror vi kan forstå og vores opmærksomhed over for menneskers diversitet i vilkår og livsforløb, er sløret af den sprogbarriere vi stædigt nægter at formindske ved at bruge professionelle tolke. Resultatet er dårligere sygdomskontrol, oversete og misforståede symptomer, unødvendige bivirkninger og komplikationer, der kunne være undgået. Men resultatet er også at livsvigtig information om rygestop, mammografi og livsstilsændringer undlades og at læger undlader at henvise patienter til rehabilitering efter blodprop i hjertet og kræft fordi det er for besværligt at forklare eller fordi lægen tænker patienten vil komme til genoptræning.

Lægens rolle i forskelsbehandling

Professor Raj Bhopal satte etnicitet, migration og xenofobi i perspektiv i the Lancet forud for den første verdenskongres om *Migrant Health* i Edinburgh i 2017: 'Racisme & Xenofobi er mere dødelige end verdens farligste mikrober og slår lige så mange ihjel som klimaforandringer' (60). Forskelsbehandling på grund af etnicitet er en sygdomsårsag vi nægter at se i øjnene (61). Selvom over 10 % af jordens befolkning er, frivillige eller tvungne, migranter, så er migration en selvstændig social determinant for sundhedsrisiko, selv når man tager højde for vanlige socioøkonomiske risikofaktorer. Stereotypier, antipatier, samt implicit og eksplicit bias flyver under radaren i lægers kliniske beslutningsprocesser, men evidensen er tydelig: forskelsbehandling er en del af migranternes hverdag, også i sundhedsvæsenet (62). Men når læger ofte f.eks. skriver at "det har været svært at få en grundig anamnese, hvilket også har været en udfordring på hospitalet" og det bagefter viser sig at der aldrig er brugt tolkebistand og at den dokumenterede sygehistorie var meget langt fra sandheden, så er der rigelig plads til forbedringer, der kunne reducere uligheden. Når dét er sagt, så er der byområder, der præges af "super-diversitet", et begreb der understreger et niveau og en slags kompleksitet, der overstiger noget, man tidligere har oplevet. Super-diversitet er kendetegnet ved et dynamisk samspil mellem mange variable blandt et stigende antal nye, små og spredte, etniske grupper med divergerende oprindelse, transnationalt forbundne, socioøkonomisk differentierede og juridisk forskelligt stillede indvandrere, der er ankommet i løbet af det sidste årti (2008-

2018) (63). I nogle byer er der over 80 forskellige nationaliteter, så der kan være behov for at udvikle en forståelse og nogle teknikker, der er uafhængige af specifikke viden om de enkelte etniciteters forhold til sygdom og sundhed.

De fleste, men ikke alle, klinikere læner sig generelt op ad en etik, der foreskriver at patienter skal have behandling uanset etnicitet, social status eller opholds grundlag. Læger føler ikke nødvendigvis at love og politik, der definerer indvandreres rettigheder, er relevante for klinisk praksis. Mange læger føler heller ikke at livshistorier, krigstraumer og flygtninges psykosociale levevilkår er nødvendige for undersøgelse og behandling af banale sygdomme. Alligevel har migrant status og eksil vilkår en enorm indflydelse på indvandreres fysiske og psykiske helbred, fordi det påvirker alle livets forhold, og ikke bare sundhed direkte, men også skolegang, arbejde, uddannelse, familieliv, basale rettigheder, sikkerhed og fremtidsudsigter og derigennem påvirkes egenomsorg, motivation og overblik (64). I mange tilfælde, kan flere traumatiske hændelser have forstyrret persons daglige liv over en forlænget periode (65). En nylig metaanalyse af 181 studier, der involverer mere end 80.000 voksne flygtninge og andre personer, der har været berørt af omfattende væbnede konflikter, viste at kumulativ udsættelse for traumer var en stærk prædikator for PTSD og depression, især sidstnævnte (66). Personer tildelt sikker, permanent status i et andet land havde lavere PTSD-risiko end personer, der ikke havde et sikkert opholds grundlag, hvilket tyder på at et positivt og sikkert miljø kan bidrage til at afbøde virkningerne af traumer og fremme helbredelse. Dette er i overensstemmelse med en anden metaanalyse om flygtninges mentale sundhed som viser, at gunstige betingelser i modtagerlandet, såsom adgang til beskæftigelse og passende bolig begrænser de negative virkninger af krigstraumer (67). En canadisk undersøgelse har vist, at de fleste voksne og børn med et sikkert permanent opholdsgrundlag som flygtning tilpasser sig godt på trods af selv meget omfattende krigstraumer (68, 69). Modsat kan negative postmigrations vilkår påvirke flygtninges helbred i uhensigtsmæssig grad, af og til uopretteligt. Kendte stressfaktorer der kan påvirke integration og helbred blandt ny ankomne flygtninge omfatter sprog vanskeligheder (70), oplevelsen af store kulturelle forskelle (71), manglende anerkendelse af personlige/faglige kvalifikationer, tab af social støtte (72), oplevet diskrimination (73), eller kombinationer af faktorerne(74).

Læger har mange spidskompetencer, hvoraf mange tilegnes under deres uddannelse, men i takt med patienterfaring lægges der nye kompetencer til, som imidlertid har et mere vilkårligt og individuelt præg. Det kan ofte være en fordel at finde ud af hvilken person der har sygdommen før man finder ud af hvilken sygdom patienten har, men for nogle læger bliver det til en gættekonkurrence, der af lægen forveksles med en kompliceret kognitiv diagnostisk proces baseret på ”lægelig erfaring”. Det lægen i virkeligheden har lært at gøre er at gætte hvad patienten er for en type, hvad patientens behov er og hvad patienten kan forstå eller tåle eller vil være med til. Her bygger lægen på en værktøjskasse bestående af fordomme, stereotyper, egne værdier, sproglig og uddannelsesmæssig konkordans og sociale koder. Eller bare: en kulturel diagnose, der indgår i den kliniske beslutningsproces på lige fod med den teoretiske og kliniske viden. Den mekanisme er nok et vilkår patienter må leve med og forhandle på plads med lægen. Men læger har et professionelt ansvar som patienter ikke har og det er lægens opgave at kunne bruge kulturel viden netop til at få kulturen ud af konsultationsrummet.

Man skal som læge vide hvordan egne værdier, fordomme og kulturelle analyser udspiller sig i interaktion med patienten. Lige så vigtigt er det at beslutningstagere, ledere og planlæggere i sundhedsvæsenet er i stand til at inddrage kulturelle og etniske sammenhænge i modeller for strukturelle ændringer eller indførelse af nye teknologier (75). Hvis struktur og vilkår for de ansatte i sundhedsvæsenet er hensigtsmæssig, så vil kultur og etnicitet ikke fylde så meget i de enkelte læge-patientsamtaler (76). I det hele taget er *the science of human factors* i klinisk sammenhæng et ekspanderende og nødvendigt forskningsfelt i tilpasningen af arbejdsgange, teknologier og processer til menneskelig adfærd på begge sider af lægens bord (77). Denne artikel beskriver de mangeartede måder patienters værdier og baggrund kan forvirre lægen og omvendt.

Sammenlignet med patienter uden sprogbarrierer har flygtninge et anderledes forløb i sundhedsvæsenet og mindre godt udbytte af sundhedsvæsenets undersøgelses- og behandlingstilbud (78-80). Der sker flere medicinfejl og patientproblemer, bekymringer og behov tages ikke altid alvorligt, hvorved sundhedsvæsenet mister værdifuld tillid (81-83). Adgangen til sundhedsvæsenet er ofte skævt

enten via lægevagt/skadestue eller primær indlæggelse på forkert afdeling. Indlæggelser er ofte mere akutte, varer længere og der er flere genindlæggelser (84). Der sker flere lægefejl og komplikationer er mere alvorlige, smertestillende behandling er mindre optimal og der anvendes hyppigere mere sløvende psykofarmaka behandling (85). Der bestilles flere unødvendige undersøgelser og rutine undersøgelsesprogrammer tager længere tid end vanligt mens relevante undersøgelser hyppigere undlades (80, 86). Spædbørns- og mødre dødeligheden er højere og dødsårsagerne har, i mange etniske grupper, et helt andet mønster end baggrundsbefolkningens. Læger får sjældnere indhentet informeret samtykke og bestiller kun tolk i 1 af 3 samtaler hvor det er nødvendigt (87, 88). Selv ved sygdomme, hvor behandlingen og rehabiliteringen ligger i meget faste og veldefinerede rammer som diabetes og blodprop i hjertet har etniske minoritetspatienter dårligere sygdomskontrol, højere dødelighed og mindre udbytte af rehabilitering (89). I et studie af mindre kirurgiske rutine indgreb (f.eks. galdeblærefjernelse) blev etniske minoriteter hyppigere udsat for at indgrebet blev foretaget af en læge under kirurgisk uddannelse end andre patienter (90).

Ikke sjældent påvirker stereotyper og bias lægens kliniske dømmekraft og det går ud over behandlingskvaliteten og rehabiliteringspotentiale i et omfang som mange læger ikke er klar over (89). Læger er ofte helt uvidende om hvordan fundamentale kognitive mekanismer kan påvirke deres dømmekraft og kliniske beslutningsproces (91). I et moderne sundhedsvæsen er der mange faktorer der påvirker lægens kognitive ressourcer, eller muligheder for at anvende dem, såsom tidspres, guidelines, informations "overload" og uhensigtsmæssige arbejdsgange. Etniske minoriteter deltager kun sjældent i patient tilfredshedsundersøgelser og ekskluderes som hovedregel fra forskningsprojekter pga. forventede sprogvanskeligheder. Det bidrager til at fastholde en kulturbarriere i læge-patient samtaler.

Der er plads til forbedring og kulturelle kliniske kompetencer er én af hjørnestenene i at udligne de uligheder der opstår ved flygtninge/indvandreres møde med sundhedsvæsenet (92). Det påpegede Kleinman allerede i 1978, i sin banebrydende artikel om lægers mangel på viden om "moral and existential values" og at biomedicinsk praksis burde bygge mere på "the moral world of human experience", men på trods af at litteraturen på området siden 1978 er omfattende får læger stort set ikke viden om flygtninge og indvandreres grundvilkår og hvordan de udspiller sig i klinisk praksis.

Støjkanalseffekten

Wiesentahl sagde at "En flygtning er en person der har mistet alt undtagen sin accent". En accent kan forhindre flygtninges forsøg på at leve et anonymt liv, også selvom det kun er 2-3 ord der volder kvaler. Men en accent og hybridsprog kan også være en slags "støjsender", der kan snyde lytteren. Sprogforskeren Edward Gibson kalder det "Støjkanals effekten" (93). Gibson fortæller, lidt overraskende, at Henry Kissinger (den tidligere amerikanske statsminister og en ikke-indfødt engelsktalende, oprindeligt fra Tyskland) fortalte Arianna Huffington (den græske immigrant og iværksætter / forfatter, som senere startede The Huffington Post) ikke skulle bekymre sig om [hendes] accent, "fordi du aldrig i det amerikanske offentlige liv kan undervurdere fordelene ved fuldstændig og total uforståelighed". Ved anvendelse af "støj kanals effekten" til at forstå tosprogede "højttalere", kan man opfatte "fejlene" i ikke-etniske danskeres sprog som en mere støjende sprogmodel end en indfødt højttaler model. Lytteren forventer flere fejl og er derfor mere tilbøjelig til at tro, at tosprogs-højttalere siger noget fornuftigt, når de siger noget usammenhængende, upassende eller tvetydigt. Men hvis en etnisk dansker siger noget uhensigtsmæssigt, er lytteren mere tilbøjelige til at tage det bogstaveligt, fordi de ved, at deres sprogmodel har mindre støj. Kissinger rådede Huffington til, at lyttere og læsere sandsynligvis ville give hende tvivlens fordel i betragtning af hendes accent. For lægen kan der være tale om en ubevidst bias, hvor man går ud fra at patientens sygehistorie er mere meningsfyldt end den faktisk er – og dermed kommer til at handle på en "støjende" patient historie. Læger kan med andre ord stille sig tilfreds med en fragmenteret upræcis sygehistorie fordi de forestiller sig at historien nok "et eller andet sted" giver mening. Dermed kommer lægen til at agere på en mangelfuld eller helt forkert sygehistorie, uden at patienten opdager det, da de sjældent inviteres til at redigere sygehistorien.

Copy-paste fortælling og crosstalk

Det sundhedsfaglige arbejde med at gøre flygtninge/indvandreres fremlægning af deres sygehistorie til en sammenhængende og let forståelig fortælling der kan "forstås" i en bredere dansk sundhedsfaglig sammenhæng, er meget mere omfattende end processen med at gøre en enkelt samtale til tekst, der kan adskilles fra den lokale kontekst hvor den er oplevet. Læger/sygeplejersker, der oplever flygtninge/indvandreres fremmedhed, mangler viden og kompetencer og gør sig dermed afhængige af den "fælles", men ufuldstændige fordomsfulde viden, vi kender som folkevid og implicit bias om sociale, kulturelle og sproglige værdier. I mangel på relevante værktøjer skabes en fortolket sygehistorie hvor lægefaglige værdier omkring f.eks. gyldigheden og betydningen af flygtningens sygehistorie kan påvirke hvilke symptomer, der dokumenteres i journalen og dermed bliver "patientens sygehistorie". Patientjournaler bygger derfor i høj grad på procedurer der er præget af alment accepterede, men udokumenterede antagelser om sprog, national identitet og kommunikative kompetencer, hvilket kan føre til overtrædelser af patientrettigheder, fejlbehandlinger og unødvendige konflikter. Den forarbejdede udgave af patientens fortælling spredes som personens narrativ og bliver ved hver fortælling simplet, mere bearbejdet gennem andre fagpersoners personlige fordomme og ender med at blive forvansket historie (på samme måde som det sker med en kort sætning der ændres hvis den hviskes to-og-to i en skoleklasse på 25 elever, så den ender med at give en helt anden og lettere bizar, mening for den sidste elev). Processen påvirkes løbende sprogligt, indholdsmæssigt og begrebsmæssigt af de skiftende tolke der, gennem deres forskellige dialekter, sparsomme indlevelsessevne, vekslende kendskab til den oprindelige kulturelle kontekst og stærkt varierende sprogkunderskaber, får givet den oprindelige fortælling et særegent, uvirkeligt og ulogisk præg der for altid vil klæbe til flygtningen. Man skaber et kunstigt meningsløst abstract af flytningens, som derved bliver let at huske og genfortælle, men som dybest set aldrig giver mening (94). Den problematiske karakter af disse samtaler kan spores til karakteren af senmoderne kommunikation, karakteriseret af asymmetrisk styrkeforhold (stor forskel i viden mellem afsender og modtager), flere samtidige kommunikatører hver med deres konkurrerende dagsordner, flersprogethed (fagsprog, jargon, talemåder, gråzonesprog, dialekter) og hybridiseret tale og interaktion (blanding af begreber fra flere sprog). Andre har kaldt den komplekse kommunikation for crosstalk (95).

Det ulykkelige er at flygtninge/indvandrerpacienter tilegner og tilpasser sig i en blanding af sproglig afmagt og uvidenhed om fortællingens indhold, efterhånden den dokumenterede fortælling. Patienten bliver med andre ord den sygehistorie som sundhedsvæsenet har givet dem. Fordi det er lettere og fordi det er det eneste patienterne kan gøre.

At forstå mennesker der flytter sig mellem kulturer

Processen fra flygtning til immigrant er en indviklet proces, der påvirkes af mange forventelige faktorer, men en betydelig andel af barriererne er organisatoriske, administrative og lovgivningsmæssige (96). At flygte er forbundet med massive sociale forandringer samt forskellige risiko- og stressfaktorer. Nogle af disse er fx usikkerhed omkring fremtiden, sociale og økonomiske problemer, sproglig isolation, diskrimination og omdefinering af det psykologiske selv billede. Disse faktorer kan påvirke flygtninges psykiske befindende, ved at øge risikoen for re-traumatisering og for at udvikle stress, angst og depression (97-99). Migranternes sundhed påvirkes af deres pre-migration socioøkonomiske og etniske baggrunde, sundhedstilstand, historie og kvaliteten af og adgangen til sundhedsvæsenets tilbud. Omstændighederne for migration og sociale og sundhedsmæssige faktorer ved gen bosættelse har yderligere indflydelse på sundhed og post migrations determinanter omfatter type af arbejde, som flygtninge forventes at udføre i værtslandet, deres levevilkår, deres sprogkunderskaber, forbliver i kontakt med familie, erhverve nye sociale netværk og deres adgang til sundhedsydelser og sociale ydelser. Det "økologiske rum" som flygtninge rejser gennem øger kompleksiteten i deres sundheds risiko. Migrations tilværelsen er ofte fyldt med frygten for det ukendte, angst for den efterladte families skæbne og en følelse af et truende tab, en tilstand der er blevet betegnet som en form for kulturel død (100). Andre vælger at tackle omverdenens krav og pres ved at lægge hele deres energi i at sikre familiens trivsel, som en form for alternativ overlevelsesstrategi (101). Kronisk angst, hjemve og isolation hindrer psykosocialt velvære og fører til depression, migræne og

invaliderende neurogene smerter. Det komplekse forhold mellem fysisk og mental sundhed forstyrres af at forskelle i holdninger og ideer omkring sygdomsopfattelse ikke italesættes og ”forhandles” mellem læge og patient. Familierelationer forstyrres pga forskelle mellem familiemedlemmer i adaptations hastighed, sprogtilegnelse og helbredsforhold.

Case 1

39-årig mand fra Mellemøsten henvises med kroniske knæ- og rygsmerter, ukarakteristiske føleforstyrrelser i benene og brystsmerter. Der er desuden complianceproblemer med patientens hypertensionsbehandling. Undersøges samtidigt for søvnapnoe. Trods vejledning er det ikke lykkedes patienten at opnå et vægttab. Ved første samtale i Indvandrermedicinsk klinik kommer det frem at patienten er meget ambitiøs på sine egen vegne, men han dels temmelig ordblind og har derudover hukommelses- og koncentrationsbesvær. Ægtefællen lider af svære angstanfald og vredesudbrud og er meget anklagende over deres dårlige økonomi. Manden oplever det intime samvær som en udfordring. Patienten føler skyld og skam over ikke at kunne forsørge familien i Danmark sådan som han lovede ved familiesammenføringen. Patienten har mareridt, flashbacks og tør hverken tage telefonen eller se TV. Han er bange for vand, strøm, mørke, is og høje lyde. Han mistede sin far som 13-årige hvorfor han blev taget ud af skolen og blev sendt ud at finde et job. Pt. har været fængslet i længere tid - det var det mest modbydelige han nogen sinde har oplevet. Patienten mener det er det værste sted man kan være i verden. De torturerer mennesker og slipper dem ud igen, men de uden at de kan leve livet, fordi de udsætter fanger for ting der er så grænseoverskridende at ingen ville tro dem hvis de fortalte om det. Pt. har været ophængt i armene, fået sat strøm til kønsdelene, være blændet med gaffatape i flere døgn i en kælder, oplevet svært degraderende psykisk tortur, sovet i isvand og blev udsat for nærdrukning flere gange. Han fik arbejde på en byggeplads, men for at få lov til at blive der, måtte han er stille sig til rådighed seksuelt for de andre mænd. Han fik det indtryk at det var det voksne mænd gjorde og at det var normalt at ældre mænd havde seksuelt samvær med drengebørn. Han er nødt til hver morgen at se sig i spejlet og sige til sig selv at han er helt normal, men han føler skyld og skam over det der skete og føler at det var hans egen skyld. Nu er han bekymret for sine børn i Danmark, og har set nogle af de samme typer mænd i Danmark. Han har hørt at det er meget udbredt i Danmark med seksuel misbrug af børn. Patienten henvises til traume- og torturbehandling, som giver ham større kontrol over sine symptomer samt en bedre forståelse af sine følelser og hvordan han kan undgå at de tager magten fra ham. Patienten MR-scannes af ryggen og den viser at han har flere diskusprolaps i nakke og lænd samt spinalstenose i nakken. Pga. PTSD har patienten svært ved at give et ensartet smertebillede og man vurderer at patienten næppe vil have gavn af operation da smerterne er præget af langvarig hypersensibilisering og neurogene smerter. Patienten er tilfreds med forklaringen på sine smerter og føleforstyrrelser. Det udeblevne vægttab skyldes at patienten trøstespiser sig gennem natten og det er håbet at patienten med bedre indsigt i sin tilstand kan reducere behovet for selvmedicinering med mad. Patienten har ikke søvnapnoe og nattesøvnen bedres efter at et skævt næsesseptum korrigeres med en næseoperation. Patientens ægtefælle henvises til behandling. Der sendes i samarbejde med patienten og ægtefællen en underretning til kommunen om støtte til ægtefællen og børnene i hjemmet. Ægtefællen kendte hverken til de seksuelle overgreb i barndommen eller til patientens fængselsophold, men ændrede sin adfærd i hjemmet efter at være blevet informeret om det i overordnede beskrivelser.

Kommentar: en meget typisk case hvor regulære somatiske symptomer forvrænges af en forandret smerteoplevelse pga. PTSD og forværres af hjemlig stress, dårlig økonomi, ringe fremtidsudsigter, lavt selvværd og seksuelt misbrug i barndommen. Informationer deles ikke nødvendigvis i familier, især ikke hvis de er ubehagelige, selvom de kan have afgørende betydning for sundere familierelationer.

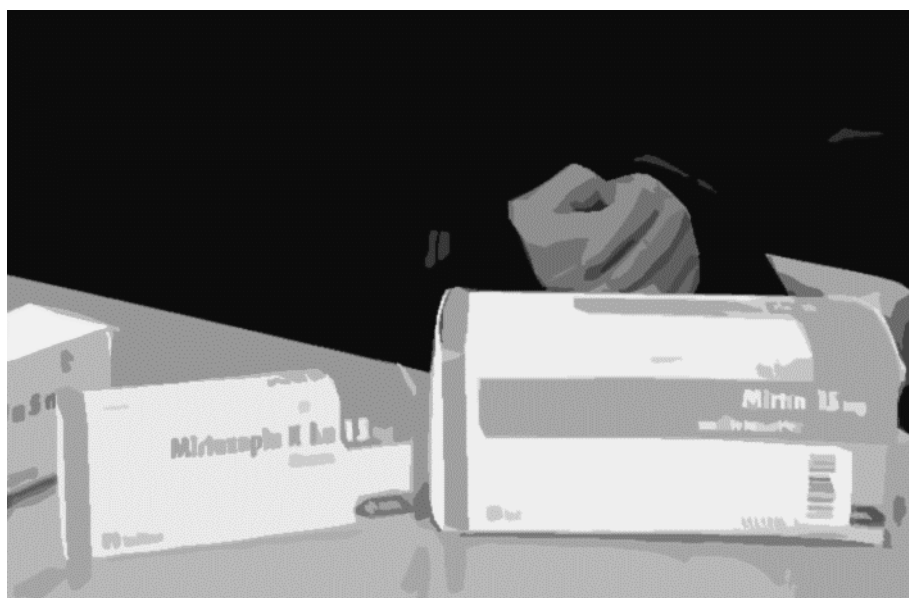
Begrebet ”kulturmøde” bruges oftest bruges om situationer, hvor magtforholdet er meget skævt. Om mere ligeværdige møder mellem mennesker bruges begreber som interaktion, udveksling, samskabelse etc. I postkoloniale studier er begrebet ’oversættelse’ meget anvendt om kommunikation mellem kulturer fordi det bedre formår at åbne op for minoriteters vilkår og præmisser, samtidig med at

det sætter fokus på hybrid samskabelse, kreativitet, forhandling og forvandling snarere end på integration og assimilation (102). Der er en 'rest', som altid bliver tilbage, når man oversætter. Den er det element af modstand eller uoversættelighed, som gør, at den oversatte tekst aldrig bliver en helt tro kopi af originalen, men altid rummer et foruroligende element af noget omskrevet eller forandret. Med andre ord noget nyt. I litteraturens verden skaber dette kreative element verdenslitteratur, fordi en tekst løftes ud af sin egen sammenhæng og ind i stadig nye rammer, i en endeløs kæde af nye fortolkninger, nye tider, nye steder. I migranternes verden er der tale om en helt elementær overlevelseshæder. Migranten overlevelse afhænger af denne evne til at forny eller genfortolke hele sin eksistens, herunder sin fortid og fremtid (102).

De persisterende uligheder i sundhed for etniske minoriteter er et alvorligt sundhedsproblem der kræver en broget og multidisciplinær tilgang. Meget tyder på at uligheden for en stor dels vedkommende er betinget af sociale forhold og at forbedringer i økonomi, levevilkår og lovgivning, men der er tiltagende evidens for at en uforholdsmæssig stor del af uligheden skabes og fastholdes af sundhedsvæsenet. Træningen af ansatte i sundhedsvæsenet, herunder sygehusejere og ledere, i kulturelle klinisk relevante dokumenterede kompetencer kan afbøde mange af de ulighedsskabende faktorer som er indbygget i det omkring liggende samfund (103-105).

Når dagen er omme, så er lægens eneste værktøj, og patientens eneste redning, sproget. Alt andet er sekundært. Vi bliver som mennesker medlemmer af et fællesskab gennem sproget, der gør verden forståelig og meningsfuld – ikke mindst ved sygdom (106). Vores liv og vilkår bliver virkelige gennem sproget. Vi bliver selv synlige og meningsfulde som personer gennem sproget, både som læger og som patienter. Vi lader os meget nemt distrahere og forstyrre af uventede signaler. Det vi ikke forstår, forsøger vi at give mening gennem fordomme og bekvemme antagelser om patienten. Generaliseringer opleves af den enkelte som en umyndiggørelse og umenneskeliggørelse (107). Sprogbeherskelse er vigtigt for den enkeltes mulighed for at tale op imod/nuancere den oplevede generalisering og dét er de færreste flygtninge/indvandrere beskåret. Hvis patienten ikke magter at tale sig ud af generaliseringen, føler patienten afmagt og demoraliseres. Generaliseringer får mennesket til at forsvinde fysisk og psykisk ud af samtalen. "En rigtig læge higer efter mennesket", sagde Franz Kafka. Men hvordan higer man efter mennesket, når man ikke taler samme sprog og samtidig har meget divergerende rutiner omkring sundhed og sygdom? Det er dét denne bog handler om.

Bogen bygger i høj grad på kliniske erfaringer fra Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital. Det er en lærebog om lægers blinde pletter og tillærte faglige fordomme – om alt det vi ikke ved vi ikke ved om flygtninge/indvandreres helbred og hvordan man som læge forbereder sig på det uventede og tvetydige på en professionel og inkluderende måde. Det er en lærebog, der gerne skal vække den faglige nysgerrighed over for livshistorien som klinisk værktøj og skærpe lægens motivation for at ville forstå patienters mangeartede præmisser og derigennem at skabe holdbare løsninger sammen med patienten.



3: Begreber og definitioner

I denne bog opfattes selvoplevet identitet med en etnisk minoritet som den overordnede kategori for patientmålgruppen. Herunder er der en række mere eller mindre veldefinerede kategorier, som fremgår af tabel 1.

Tabel 1. Definitioner af forskellige kategorier af etniske minoriteter

Gruppe	Definition
Internt fordrevne (IDP)	Presset til at flygte, men har ikke krydset en landegrænse for komme i sikkerhed. Bor i hjemlandet.
Asylansøgere	En person der søger beskyttelse og hvis sag er under behandling
Flygtninge	Mennesker, der ufrivilligt er flygtet fra en konflikt eller forfølgelse og som har opnået formel flygtningestatus af en regering eller FN's flygtningeprogram UNHCR
FN anerkendt flygtning	Flygtninge der har opnået flygtningestatus under FN's mandat via UNHCR
Migrant (tidligere "indvandrer")	Ingen formel definition, men en international migrant anses oftest for at være en person, der flytter fra sit vanlige land til et andet land med henblik på at bosætte sig i kortere eller længere tid, uanset årsag eller opholdsgrundlag. I andre sammenhænge omtalt som en "tilflytter". Efterkommere anses ikke for at være migranter (men tilhører den etniske gruppe de identificerer sig med).
Udokumenteret migrant	Person der pga. uautoriseret indrejse, afvisning af asyl eller udløb af visum ikke har et dokumenteret legal tilladelse til sit ophold.
Etnisk minoritet	Den sociale gruppe en person selv angiver et tilhørsforhold til eller identificerer sig med som følge af kultur, sprog, religion, herkomst eller fysiske karakteristika forbundet med gruppen. Alle mennesker tilhører en etnicitet.
Majoritetsbefolkning ("baggrunds befolkning")	Populationen der sammenlignes med, uden etniske minoriteter.
Nydansker	Barn af en migrant (efterkommer). Tidligere kaldet andengenerationsindvandrer.
Bindestregsideidentitet	Opfattes som et forsøg på samtidigt at identificere sig med to forskellige etniciteter, for eksempel: dansk-somalier, dansk-arabisk, dansk-tysk

Migrationsfaser

Man plejer at opdele de faktorer der påvirker flygtninges helbred og livskvalitet i 3 faser: præ-migration, transit/flugt og post-migration, men efter vores erfaringer bør der i dansk sammenhæng tilføjes en integrationsfase, fordi den er lovbehaftet og dens forløb har betydning for det senere liv i Danmark. I følgende tabel ses de væsentligste faktorer i hver fase:

Tabel 2. Faktorer, der i forskellige faser påvirker flygtninges fysiske og psykiske helbred.

FASE	FAKTOR
Præ-migration (hjemland)	<p>Potentielt traumatiske oplevelser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enkeltstående, multiple • Diskrete eller kontinuerte <p>Levevilkår</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socioøkonomiske forhold • Familiesituation • Position og tilhørsforhold (etniske, religiøst, socialt, politisk) <p>Personlig historie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skrøbelighed, sårbarhed • Beskyttende faktorer, resiliens
Transit/flugt	<p>Direkte flugt til modtagerland vs. Transit ophold</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flygtningelejr (internt/mellemland) ▪ Transit land <ul style="list-style-type: none"> ○ Udokumenteret ("illegalt") vs. Officielt vs. Familie/venner ○ Økonomi, adgang til sundhed, skole

	<p>○ Tilbageholdelse som følge af flygtningestatus</p> <p>Officielle/uofficielle rejsedokumenter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udgifter til smuglere, økonomiske følger <p>Traumer under flugt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familie adskillelse, forsvinden • Flugt med spædbørn/små børn, graviditet • Udnyttelse af smuglere • Ekstrem fattigdom • Ekstrem hjælpeløshed • Længerevarende oplevelse af marginalisering, fastlåsthed, tvivl, usikkerhed • Hunger, indespærring • Overgreb fra myndighedspersoner (grænsevagter, vogtere i flygtningelejre) • Voldtægt, røveri, overfald
Integration & tilpasning	<p>Samlet familie ankomst vs. Delvis vs. Ene</p> <p>Oplevelse af interview/forhør</p> <p>Modtagelse af andre fra samme etniske gruppe</p> <p>Kontakt med danske samfund, integrationsmedarbejdere</p> <p>Helbredsproblemer</p> <p>(Funktionel) analfabetisme</p> <p>Fysisk-psykiske handicaps</p> <p>Usikkert opholdsgrundlag, tvivl om grundlag for dele af familien</p> <p>Sprog</p> <ul style="list-style-type: none"> • PTSD, angst, usikkerhed med kognitive effekter • Uens sprogtilegnelse • Familiestruktur påvirkes • Forælderrolle ændres • Sprognederlag <p>Børns trivsel</p> <p>Uens tilpasnings/integrations hastighed</p> <p>Høje eller forkerte forventninger, skuffelser</p>
Post migration	<p>Forlænget usikkerhed om opholdsgrundlag</p> <p>Gentagne politi interview/forhør styrker angst og usikkerhed</p> <p>Frygt og usikkerhed</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frygt for hjemsendelse • Krav om sprogtilegnelse • Krav om job, aktivering, arbejdsprøvning • Vedvarende usikkerhed om sikkerhed for pårørende i hjemlandet eller i tredjelande • Problemer med tilpasning til egen etnisk gruppe i modtagerland, skærpede eller uvante kulturelle krav • Frygt for at tilhørsforhold til tidligere sociale netværk, religiøs/politisk gruppering ophører <p>Levevilkår</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tab af social identitet på flere områder (forsøger, familie, forælder, ressourceperson) • Begrænser adgang til arbejde, uddannelse, sundhedsvæsen, sociale myndigheder • Ingen familie, familiesammenført, fraskilt, enlig

	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen funktionelle netværk • Fattigdom • Ekstrem privat gæld • Vedvarende oplevelse af marginalisering og diskrimination internaliseres • Generelle integrations udfordringer: sprog, arbejde, forsørgelse, identitet, kulturbarrierer, skjulte koder, navigationsproblemer, systemkompetencer, strategi vanskeligheder
--	---

I flygtningedebatter kan der være en tendens til at politikere, medier og meningsdannere kan være meget konkrete og fokuserer på modsætninger, holdninger og fordomme. Viden er ikke altid det der præger forståelsen af migranter og flygtninge. Men oftest er årsager til migration og flugt mere komplekse og sammenvævede. De mange konkrete ”visuelle” ideer om migration kan sammen med de mange teorier om migration medføre en overforklaring, som ikke holder vand overfor den enkelte flygtning. Hverken Marx’ økonomiske teorier eller klimaforandringer kan selvstændigt forklare hvorfor en congoleser vælger at flygte til Europa i en hullet gummibåd efter et dødeligt væddeløb gennem Sahara (108). Der er ofte samtidigt både individuelle og strukturelle faktorer i spil, sammen med flugtmuligheden, politiske forhold og familiært pres.

Ofte er stress og traume faktorer i eksiltilværelsen lige så kraftige som stress faktorer der udspillede sig i hjemlandet (1). Kuldsejlede sprogforløb, splittede familier, skilsmisser, børn der mistrives, manglende uddannelse, terrorangreb, mediefokus og uopfyldte ideer om flygtninge tilværelsen i værtslandet kan rangere på højde med svære oplevelser i hjemlandet – i hvert fald i bevidstheden – og øger risikoen for demoralisering og depression (109-113). I tabel 2 (Efter Berry (114)) skitseres de forskellige typer af reaktion på møder mellem minoritets- og majoritetskulturer.

Tabel 3. Forskellige typer af kulturel tilpasning og kulturel eksklusion

		Vigtighed i at bevare kulturel identitet og karakteristika	
		Ja	Nej
Relation med det omgivende samfund er vigtigt	Ja	Integration Kulturel sensitivitet Diversitets accept	Assimilation Ensidig adaptation
	Nej	Separation Påtvunget eller selvvalgt	Marginalisering Eksklusion og diskrimination

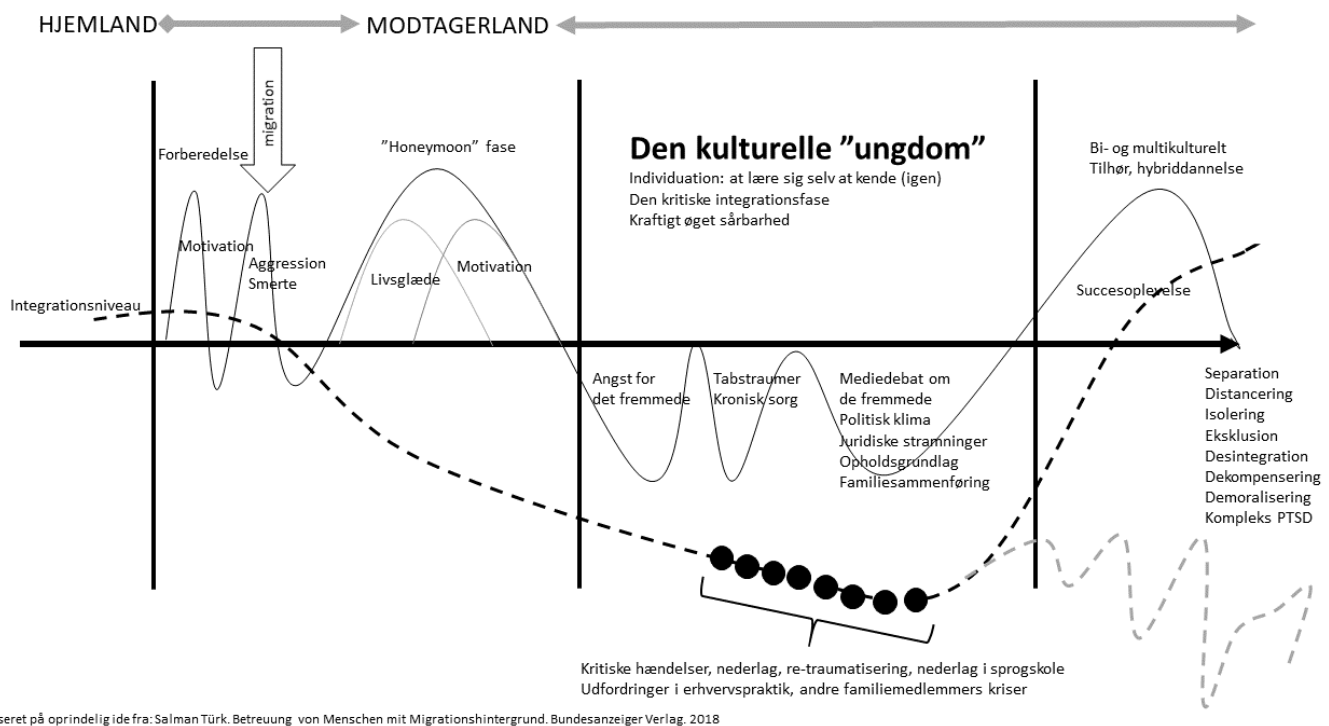
Flere har kritiseret Berry’s opdeling som firkantet og uanvendelig. Andre mener at kulturel tilpasning er en løbende kamp & forhandling mellem fortid og nutid, mellem oprindelsesland og hjemland, hvor identitet udfordres konstant ændrer sig til en hybrid identitet der ikke nødvendigvis er den bedste udgave af mennesket (115). Mange flygtninge vælger forskellige fremtrædener afhængigt af kontekst, hvor det etniske arvegods kan tones op og ned afhængigt af hvad der erfaringsmæssigt giver mest effekt (116). Migranternes tilpasning har mange psykologiske facetter, som igen hænger sammen med en broget vifte af sociale, materielle og kulturelle faktorer (117). Det, ofte politisk drevne, forsimplede fokus på ”integration” forhindrer i virkeligheden en konstruktiv forståelse af den enkelte flygtninge/indvandreres tanker og handlinger. Ved at begrænse betydningen af etnisk identitet til rene demografiske egenskaber (barrierer) reduceres identitet til stereotyper, der skjuler den enkeltes grundlæggende værdier omkring sygdom & sundhed for omverdenen dvs. også i mødet med sundhedsvæsenet (118). Flygtninge er som gruppe gjort til ét samlet objekt: en overflødig befolkningsgruppe & reduceres til en samlet patientgruppe med afvigende, uforståelig sygelighed, der forhindrer integration. Som flygtning mærker man generaliseringen og typiseringen, men mangler det kommunikative beredskab til at tale op imod tendensen – i stedet internaliseres det: man udvikler de symptomer, der forventes og man isolerer sig på den måde det forventes.

Integrationspresset fra samfundet besvares af flygtningen ved en selektiv udvælgelse af visse aspekter af landets skik og brug og samtidig i modstand mod forandring, fordi der er tale om betydningsfulde og værdiladede aspekter af vedkommendes identitet. Man føler sig fortabt, ensom og usikker i modtagerlandet og identitetstabet kompenseres ved at søge sikkerhed og mening i hjemlandets rutiner, skikke og værdier (119). Det giver anledning til konstante værdisammenstød, ”kultur-shock” og tilbagetræknings forsøg. I værste fald fører det til social og psykisk de-kompensering. De manglende sprogværktøjer forstærker fornemmelsen af inkompetence og manglende handlefrihed. I nogle tilfælde er det ligefrem sådan at den sociale og personlige identitet ikke harmonerer. I visse fællesskaber kan flygtningen opretholde en positiv personlig identitet, mens vedkommende i andre tilfælde oplever en nedvurderet, forkert eller usynlig social identitet (119). I bogen *The psychology of culture shock* beskrives en lidt pudsigt vinkel på akkulturation baseret på ideen om at der eksisterer forskellige kulturelle syndromer, der i mødet enten faciliterer eller forhindrer integration: kulturel kompleksitet, stramme versus løse kulturer og individualistisk versus kollektivistisk kultur (120). F.eks. lægger mennesker i stramme kulturer stor værdi i sikkerhed og forudsigelighed og det vil give integrations problemer for flygtninge fra løsere kulturer: de vil, uretmæssigt, blive opfattet som upålidelige og udisciplinerede. Flygtninge fra mindre komplekse samfund vil blive opfattet som ubehøvlede, dovne og respektløse i mere komplekse samfund. Brydningsfladerne mellem kollektive kulturer og individualistiske kulturer er mere komplicerede men giver ligeledes anledning til psykologiske reaktioner der har helbredsmæssig betydning.

Tabel 4. Stadier i integration og de psykologiske mønstre

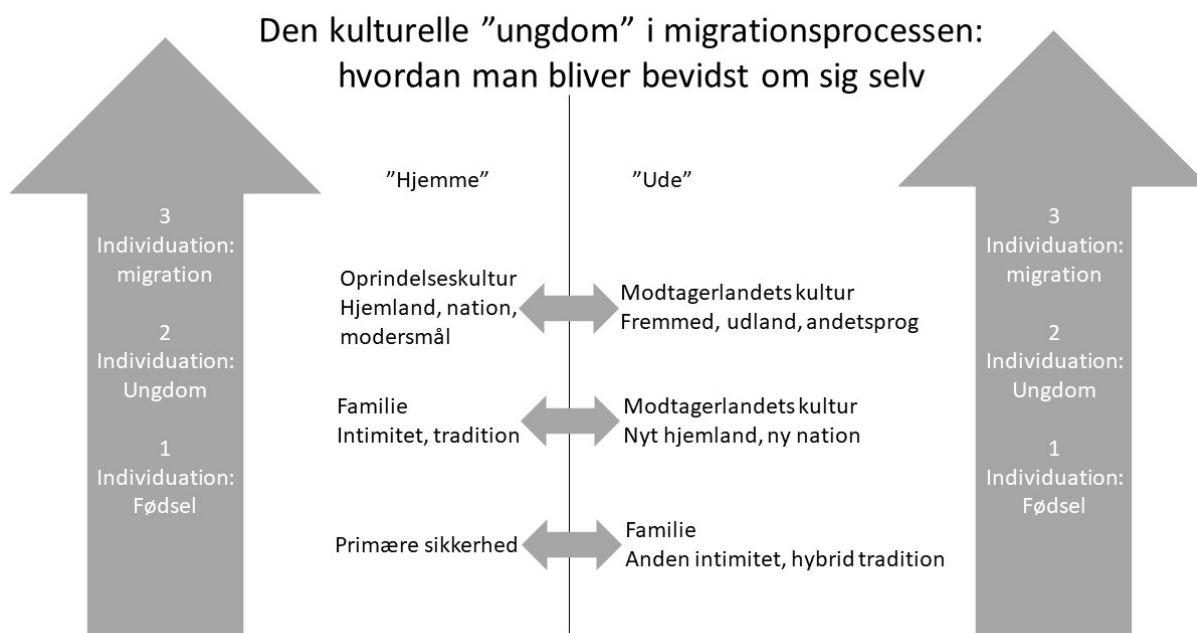
Stadie	Professionelles/støttepersoners roller	Flygtningens opgaver	Behandlingsaspekter
Tidlig fase, 1-6 måneder efter ankomst	Lærer, vejviser, ressourceperson	Lære omgivelser at kende, kontakt med hjemland, mød andre flygtninge	Desorientering, nedtrykthed, vrede, skyld, skam
Destabilisering (6 mdr- 3 år)	Lærer, psykisk støtte, ressourceperson, psykoedukation	Tilegne sig overlevelsesredskaber, lær sproget, tilpas sig nye værdier om forventninger, køn & relationer, udvikle netværk	Fjendtlighed, modstand, afvisning, stress
Eksperimentering, stabilisering	Rådgiver, psykoedukation	Vælge fleksibel kulturel tilpasning, ægteskabelig tilpasning, bevare relationer, ny forælderroller	Frygt for at fejle, isolation, nederlagsfølelse, identitetskrise, autoritetskrise
Tilbage til normalt liv 5-7 år	Rådgiver, psykoterapeut	Fastholde fleksibel kulturel tilpasning, udvikling af realistiske mål og forventninger, styrke selvtillid, varige personlighedsændringer	Stivhed, konservatisme, konflikter mellem generationer, stress, håbløshed
Dekompensering 7-12 år	Krise intervention	Overlevelsesstrategier, ændrer identitet, forhindre isolation, udvikle nye strategier, forbinde fortid nutid og fremtid	Psykose, personlighedsforstyrrelser, re-traumatisering, eksistentiel krise, familieopløsning

I en nyere model fra 2018 beskriver Salman Türk de emotionelle faser i migration ud fra Jungs individuationsbegreb (processen hvor man lærer sig selv at kende i ungdommen). Türk sammenligner migrantens integrationsproces som en gentagelse af ungdommens gradvise blotlægning og formning af ”jeg ‘et” (121). Modellen er interessant fordi mange flygtninge i Indvandrermedicinsk klinik er kede af, nogle ligefrem trætte af, den hybride ”udgave” af dem der er blevet skabt efter de kom til Danmark – se fig. 3 (kilde: (122)). Bemærk at der er flere mulige udfald af integrationsprocessen.



Figur 1. Emotionelle faser i migrationsprocessen. Figuren er baseret på og videreudviklet fra, en oprindelig model af Salman Türk (119)

De elementer der er i migrantens "ungdom", hvor de endnu engang skal lære sig selv at kende (bevidstgørelse) i en ny social sammenhæng er beskrevet i figur YY



iseret på oprindelig ide fra: Salman Türk. Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund. Bundesanzeiger Verlag, 2018

Figur 2. Forskelle og ligheder mellem identitetsudviklingen (individuation) i hjemlandet og i modtagerlandet. Den kulturelle dannelsesproces har en række fællestræk med de processer, der præger ungdommen og hvor identiteten formes:

- At turde tage en ny begyndelse
- Erstatning af familierelationer og kulturelle forhold
- Betydelige ændringer i fortidens forståelse af kultur, værdier og kønsrelationer
- Afgørende ændringer i betydningen af personen, arbejde, hierarkier, religiøsitet og autoritet
- Trang til at flytte eller overskride sociale grænser/normer

- Forskellig opfattelse af jeg'et overfor andre mennesker
- Stressudholdenhed i forhold til spændingen mellem jeg'et og de fremmede i modtagerlandet
- Udholdenhed i forhold til konstante nye læringsprocesser
- Øget sårbarhed overfor psykiske problemer
- Udholdenhed og coping i forhold til store følelser som kærlighed, trang, umættelighed, eksistentiel angst, frigørelse, sorg, tab, fascination og eufori
- Opløsning af den psykiske ego-struktur
- Gendannelse af selv billede, ny identitet (bi- eller multikulturelt)
- Omdefinering af roller og handlemuligheder
- Tøjling af omnipotens fantasier (visioner, utopier, længsler, ønsker – falske minder), aggressive urealistiske tanker om selvrealisering
- Den sociale (gen-)fødsel gennem omnipotensfantasier (at være "stærkere, kønnere, klogere end alle andre") som narcissistisk regulativ der beskytter mod truende fiasko, skuffelser, skyld, skam, nederlags-/katastrofetænkning, lavt selvværd og meningsløshed – en voldsom drift mod selvrealisering. "Drømmen om at gå fra aviddreng til millionær"
- Skabe og fastholde klar afgrænsning mellem fantasi og realitet (selvreflektion)
- Modsætning mellem familien og kultur som et integrationsincitament og udfordring

Som for unge, må migranten (delvist) bryde forholdet til familien og forældre for at finde nye venner. Det giver den, sjældne, mulighed for at tage ens fortid op til revidering (hvad vil jeg tage med mig og hvad vil jeg undgå) og fremtiden kan ses fra en ny, mere individuel, synsvinkel hvor en kulturel og værdimæssig re-orientering er en mulighed. Der kan ske ændringer i relationelle bånd, kønsrelationer, religiøsitet, arbejde og beslutningsprocesser. Migranter kan, ligesom unge, have behov for at forny, ændre, prøve grænser af, flytte grænser og prøver at navigere i ukendte sociale sammenhænge, hvor de skal lære nye regler, sprog og roller. Migranter lever, ligesom unge, i konstant tilpasnings (akkulturations-) stress mellem jeg'et og de(t) fremmede/nye, udvikler langsomt et nyt tredje jeg og deres endelige identitet i de nye rammer. Store følelser skal både udfoldes, afprøves, formes og kontrolleres i relationer, ligesom frygten for kollaps, fiasko og social eksklusion konstant truer identiteten. Separationsangsten, sorgen over det tabte (den trygge familie, hjemlandet) lurer i kulissen. De nye mere åbne relationer og handlerum udenfor familien styrker muligheden for at kunne skabe et nyt selv billede i takt med at ens selv billede nuanceres. Men faren er at der i euforien og angsten for fiaskoen skabes en "forkert" hybrid identitet, som hverken personen selv eller omverdenen kan affinde sig med (121).

Integrationsprocesser knyttes synergistisk sammen med migrations/flugts processens stress faktorer i begrebet "Akkulturativ stress" (123). Når man rejser til et nyt land, er der ofte dramatiske og overvældende tværkulturelle brudflader og kontaktoplevelser, der fører til psykologiske reaktioner. Klima, sprog, mad, tøj, religion og værdier udfordrer alle, ofte på én gang, flygtningen og afkræver et eller andet psykologisk/adfærdsmæssigt svar. Disse kulturelle forskelle kan accepteres, forstås, fortolkes eller afvises og flygtningen kan enten leve med dem eller blive kørt helt over af dem (124). Særligt den sidste mekanisme synes at være tilfældet hos flygtninge med traumer, kronisk sygdom, store tab eller kronisk sorgen. Der er tale om truende kollaps af handlekraft, overblik, *coping* strategier, moral, motivation, livsnerve Opleves af de fleste flygtninge, men kun få de-kompenserer helt. Ifølge Gonsalves er der 4 trin i et kognitivt/adfærdsmæssigt sammenbrud: Forfejlet personlig integration / tilpasning, familiær desintegration, Isolation og eksistentiel krise med demoralisering & Identitetsforfald. Følgende er faresignaler:

- Overvældes af virkelighedens (små) krav
- Tanke/handle/ vakuum udfyldes med gamle problemer der uhæmmet får nyt liv
- Føler sig splittet ad mellem eksilets valgmuligheder og store miljøskifte
- Spirende nær-psykotiske oplevelser, stemmehøring, total vegetativ isolation
- Tab af arbejde, kuldsejlede sprogskolforløb, skilsmisse, kommunestress
- Opbrudte familiestrukturer med nye kommandoveje og uvante generations problemer

- Misbrug, amputerede selvmordstanker, absolut ligegyldighed

I en Schweizisk undersøgelse af 104 flygtninge 10 år efter de fik opholdstilladelse fandt man at en stor del af dem havde problemer med at finde fæste i modtagerlandet bedømt på en lang række integrationsmål. I gennemsnit havde hver flygtning knap 10 post-migrations udfordringer (se tabel 4, (adapteret efter (125)). Det var primært psykiske problemer, som PTSD, angst og depression, der var associeret med integrationsudfordringer. 87 % af flygtningene havde oplevet tortur eller andre traumatiske overgreb og 80% havde været i umiddelbar livsfare. Der gik i gennemsnit 7,7 år før flygtninge med PTSD kom i behandling.

Tabel 5. Post-migrationsudfordringer blandt 104 flygtninge i Schweiz 10 år efter første opholdstilladelse

Post-migrations udfordring	Procent (N=104)
Ensomhed, kedsomhed, isolation	84.3%
Bekymringer om familien i hjemlandet	80.6%
Ude af stand til at rejse hjem i tilfælde af familiær katastrofe i hjemlandet	79.4%
Besvær med at lære andetsproget	75%
Adskillelse fra store dele af familien	72.1%
Beskæftigelsesproblemer	69.6%
Problemer med at kommunikere/gøre sig forståelig/blive hørt	63.1%
Frygt for at blive sendt tilbage til hjemlandet	56.7%
Ingen muligheder for at låne penge	56.7%
Midlertidig eller dårlig bolig	52.9%
Ikke penge nok til mad, husleje og tøj	52.4%
Diskrimination	49.0%
Angst for ikke at få behandling ved sygdom	44.7%
Konflikter med sagsbehandler eller myndighed	39.4%
Problemer med interview i forbindelse med forlængelse af opholdstilladelse	36.5%
Frygt for ikke at blive anerkendt som flygtning	33.7%
Etniske konflikter i modtagerlandet	25.5%

Generations forskelle i sygdomsopfattelse, coping og diagnoser

Der er meget store forskelle i om, hvordan og hvornår de forskellige etniske grupper adapterer sig til modtagerlandets sygdomsforståelse, adfærd ved sygdom og diagnostiske billede: effekten af integration, assimilation, separation, eller marginalisering gælder også på sundhedsområdet (41, 126-129). Hvem der først flygter/ankommer til modtagerlandet, kan også have en betydning for det videre forløb, selvom de helbredsmæssige konsekvenser er komplekse (130, 131) (132). Nogle etniske grupper ligner majoritetens sygdomsmønster efter én generation (f.eks. bosniske flygtninge til andre europæiske lande) mens andre først tilnærmer sig efter adskillige generationer i modtagerlandet (enkelte afrikanske, nogle asiatiske og mellemøstlige til europæiske lande) (24, 133-137). Der er forskelle i selvoplevet helbred imellem etniske minoritetsgrupper og mellem generationer i Danmark, men meget tyder på at socioøkonomiske forhold spiller en stor rolle – igen dog mere i nogle end i andre etniske grupper (42). Samme indflydelse af socioøkonomisk status på selvoplevet helbred over flere generationer blandt etniske minoriteter, er bl.a. fundet i Sverige og England (138, 139).

Et tysk studie så nærmere på hvad der sker med sygdomsopfattelse, adfærd ved sygdom og coping strategier over 4 generationer af tyrkiske indvandrere (140). I dette studie var 4. generation defineret som personer født i Tyskland af forældre der migrerede til Tyskland inden de var 12 år. Blandt psykiske sygdomme fandt man flere med psykosomatiske diagnoser og klinisk depression i 1. generation end 4. generation, mens der var flere med personlighedsforstyrrelse, spiseforstyrrelser og skizofreni i 4. generation. Første generationstyrkere i Tyskland tillagde oftere eksterne årsager til sygdom end 4. generation, lige 1. generation hyppigere følte at de ikke havde kontrol over sygdommen og ikke havde indflydelse på behandlingen af den i forhold til 4. generation. Første generation havde desuden betydeligt mindre overordnet forståelse af deres sygdom. Begge generationer tillagde i lige høj grad stress, udmattelse

og problemer i familierelationer som årsag til sygdom i modsætning til den tyske majoritetsbefolkning. Fjerde generation tænkte mere over strategier i forhold til deres sygdom og handlede mere på egen hånd i forhold til at søgehjælp, egenomsorg etc, men i forhold til tålmodighed med sygdommen var der ingen generationsforskelle. Første generation valgte hyppigere religiøse løsninger på deres sygdom end 4. generation. Copingstrategier som humor og afvisning var begge hyppige hos 4. generation, der også hyppigere valgte alkohol- og anden misbrug som *coping* sammen med mental blindhed og undgåelsesadfærd.

Tværkulturel sårbarhed

I Indvandrermedicinsk klinik er ca. 25 % af patienterne mænd. At mænd er underrepræsenterede, betyder ikke at de er mindre sårbare eller at der er færre patienter i den gruppe – tværtimod – de lever kortere end kvinderne og de går ikke til læge selv om de burde. Mandlige patienter i klinikken har en anden og mere kompleks sårbarhed end kvindernes, som typisk er tydelig og derfor nemmere at adressere end mændenes. Der er mange professionelle erfaringer med kvinders sårbarhed, men meget få der kender mænds sårbarhed i klinisk sammenhæng og det er et stort problem i indsatsen for lige og retfærdig behandling. Det vi ser i klinikken, er at der i denne patient gruppe er tale om meget skjulte sårbarheder, som læger og socialrådgivere ikke opfanger, og det er tit *afdækningen* af netop den skjulte sårbarhed der forklarer og bidrager til løsningerne i klinisk sammenhæng. Det må også betyde at evnen til at finde og italesætte den skjulte sårbarhed er en kompetence som de fleste læger, sygeplejersker og socialrådgivere kan forbedre.

Sproget er et kapitel for sig og spiller en skjult, men helt særlig rolle for flygtninge. Sproget er tæt forbundet med kulturen og styrker evnen til at navigere i en kultur uanset om det er hjemlandets eller værtslandets kultur (141, 142). Sprog og kultur er svære at adskille og sprog er blevet beskrevet både som kulturens styrke og dens værktøj. Forstår man ikke stimuli omkring én, som fx sproget, kan man ikke læse kulturens koder. Uden sproglig sikkerhed og bredde kan oplevelsen af begribelighed svækkes og selv hverdagsbegivenheder kan blive uforståelige (143). Når hverdagens koder er uforståelige forstærkes angst, usikkerhed og samhørighed. Det kan få betydning for om man kan navigere i f.eks. sundhedsvæsenet og hvordan flygtningen tackler symptomer eller forstår lægens råd. Der er ret få undersøgelser af patienters faktiske sprog og læse kundskaber, men de får der er tegner et tydeligt billede af at op mod halvdelen af adspurgte føler de har behov for tolkebistand i visse situationer og lige så mange er utilfredse med den måde får information hos lægen (78, 87).

Selvom flygtninge ofte peger på nogle af de samme barrierer og vilkår, så får de forskellig betydning for dem hver især. De vigtigste betydninger, som betingelserne får, er sproglig isolation, komplikationer med opholdstilladelse og finansiering af familie og hverdagsliv, diskrimination samt eksklusion fra socialt liv og adgang til arbejdsmarkedet. Disse faktorer fører til ensomhed, frustration, overbelastning og en følelse af manglende medbestemmelse, at være uretfærdigt behandlet samt at føle sig fastlåst i Danmark. Det ofte denne fastlåshed, der får afgørende sundhedsmæssig betydning fordi den demoraliserer og fratager patienter håb og motivation i forhold til egenomsorg, undersøgelse og behandling. De betingelser flygtninge må forholde sig til og overleve i, og de betydninger de tillægger dem, giver en følelse af meningsløshed og mangel på sammenhæng og mening – oplevelser der er gift for personer der i forvejen har høj risiko for angst og depression og det er gift for PTSD-patienter. Udfaldet afgøres af patientens egen mestrings strategier, om der er et funktionelt og handlekraftigt netværk, deres sociale kapital og hvordan samfundet møder dem.

Undersøgelser viser, at påvirkningen af psykisk helbred afhænger af de ressourcer immigranten har til rådighed og hvordan risiko- og stressfaktorerne håndteres (98). Det er en gængs forestilling at mennesker bedømmer risiko på samme måde uanset etnicitet, men studier viser at det langt fra er tilfældet og endnu mere vigtigt: etniske minoritetsmigranter er meget mindre villige til at tage en risiko eller våge sig ud i situationer der rummer lille risiko, end majoritetsbefolkningen (144). At have en oplevelse af kontrol over eget liv og en sammenhængende tilværelse er fx vigtige modstandsressourcer i forhold til, hvorvidt immigranterne udvikler kulturel tilpasnings stress eller andre symptomer (99). Når man taber alt det der gør livet sikkert og trygt og derefter mister sprog, navigationsevne og handlekraft så mister man kontrollen over sit liv. Et kerneelement i posttraumatisk stress syndrom er at opleve ekstrem

hjælpeløshed. Følelsen af ekstrem hjælpeløshed kan være voldsommere og mere langstrakt når man ender i et helt andet land, lang tid efter de traume- og flugtudløsende oplevelser. Det er én af de mest alvorlige og betydende grundvilkår for flygtninge – og desværre både et problem der overses af værtslandet og et problem der kommer til at præge om flygtningen finder en tålelig rolle i modtagerlandet. Hvordan immigranternes mentale sundhed påvirkes, afhænger derfor både af de betingelser og udfordringer de møder, men også af hvilke ressourcer de kan trække på for at håndtere disse. Human kapital bliver i hjemlandet og rejser ikke, modsat traumer, med flygtningen (145, 146). Migrations stress kan være så forstyrrende at migrations processen kommer til at tillægge et helt nyt niveau til livscyklus i form af multiple samtidige kriser. Følelsen af store tab, manglende sprog og kultursammenstød, kan føre til alvorlige tilpasningsproblemer og kaste flygtninge, og familien, ud i kaos, uhensigtsmæssige impulsive beslutninger og konstant uligevægt (147). Det er bl.a. i dette minefelt lægen og sundhedsvæsenet skal møde den enkelte indvandrerpatient og lære at tilrettelægge sundhedsfremme og sygdomsbehandling.

Børn og familie

Mange flygtninge kommer fra lande og kulturer, hvor der er en stærk familiebundethed og vægt på familiebaserede værdier, hvilket kan gøre det meget svært senere at skulle navigere i et samfund der lægger vægt på individets uafhængighed og beslutningsdygtighed (1).. Det kan skabe grobund for at forstærke angst og visse former for personlighedsforstyrrelser kan blive problematiske udenfor familiens trygge rammer og håndteringsstrategier. I mange kulturer er det utænkeligt at tænke ”jeg synes....” før man er ældre og selv har fået børn og forsøg på at inddrage patienten i behandlingsbeslutninger kan være direkte angstprovokerende.

Børn af indvandrere er ofte fanget på skillevejen mellem andetsproget og forældrenes modersmål og de værdier der samtidig brydes. Etniske unge fanges i en dobbeltild med usunde vaner fra deres minoritetskulturer og erhvervede usunde vaner i forældrenes værtsland. Sødsmælk opfattes af forældrene som sundt og tegn på rigdom, mens de unge er glade for Coca-Cola. Resultatet bliver et meget højt energiindtag og fedme.

Børn udgør en særlig udfordring i tværkulturelle kliniske sammenhænge. Ikke alene er mange af dem vokset op i urolige områder med fattigdom, kroniske konflikter og vold, de udsættes efter flugten for lange ophold i asylcentre med uklare fremtidsudsigter. I en dansk undersøgelse af asylbørn fandt man at 35 % af børn i alderen 4-15 år havde tegn på psykisk sygdom. Samme undersøgelse fandt at børnene også havde adskillige fysiske symptomer, ringe selv vurderet livskvalitet og skrøbeligt socialt netværk (148).

I Sverige har man beskrevet et populært kaldet ”Opgivenhedssyndrom” blandt asylbørn hvis familie afventer en afgørelse om opholdstilladelse. Børn, der lever under uudholdelige livsbetingelser, kan udvikle livstruende depression-abstinens reaktioner, der er kendt som gennemgribende afvisningssyndrom (*Pervasive Refusal Syndrome, PRS*). Dette gælder også børn i traumatiserede asylsøgende familier. Børnene bedres, når familiens underliggende frygt og håbløshed af en permanent opholdstilladelse og deres traumer behandles (149).

Udfordringerne stopper dog ikke her. Efter at have opnået opholdstilladelse starter en lang og modstandsfyldt integrationsproces hvor de både skal finde deres egen nye identitet, skabe sociale relationer og bevare hjemlandets sociale normer og værdier. Alligevel er det ofte børnene der hurtigst tilegner sig sprog og systemkompetencer og de får dermed en ny tvetydig rolle i familien. Mange migrantbørn kan som unge voksne beklage sig over at de sprang barndommen over. Se kapitel om krop og sjæl i eksil.

Konklusionen på en undersøgelse af 46 migrantbørn undersøgt på skolepsykiatrisk center i København i 1992, var at flertallet af børnene havde store psykosociale problemer. Undersøgelserne fandt at det oftest var vigtigere at se på systemet rundt om barnets problem end selve barnets umiddelbare problem. Kulturelle forhold er vigtige, men man skal passe på med at komme til at overvurdere betydningen af kulturelle faktorer, da kulturelle pseudoforklaringer let kommer til at overskygge de reelle problemer – og dermed forhindrer en korrekt diagnose og passende behandling (150). Det er vigtigt at

inddrage de personer, som er involveret i problemerne, i behandlingen. Det kan dreje sig om barnet, dets familie, dets lærere, skolepsykologer og andre involverede. Det kunne tyde på, at man i mange tilfælde bør fokusere på det samlede system, der er omkring barnet, og ikke kun forældre og barn og evt. kulturelle værdier. Gretty Mirdal konkluderer dog i et kapitel om indvandrerbørn, i en lærebog om børnepsykiatri fra 1988, at ”.....familieterapier, hvor den åbne, direkte og krystalklare kommunikation tilstræbes, i mange tilfælde ikke er attråværdig for indvandrerfamilier” (151). Gretty Mirdal forklarer endvidere, at ”indvandrerbørns identitetsdannelse vanskeliggøres af dårlige sprogkunderskaber, kulturel isolation, lavstatus forældre og til tider en fjendtlig indstilling fra omgivelsernes side overfor udlændinge. Dette kan medvirke til, at barnet overtager samfundets negative syn på minoritetsgrupper som en del af sin egen selv vurdering”. En svensk socialpædiater fandt i 1984, at indvandrerbørn oftere end svenske børn havde ”nervøse symptomer, kontaktvanskeligheder og en for lav eller urealistisk selvopfattelse” end svenske børn (152). Der er ikke sket meget på dette område i de 30 år siden da.

Der er langt fra den danske forstadskernefamilie med far, mor, to børn, hund og bil, til den udvidede multigenerations indvandrerfamilie, der bor under samme tag. Børn fra andre samfund kan være resultatet af monogame forhold, polygame forhold, polyandriske forhold eller sammensmeltede familier, udlånte børn eller bortadopteret børn. Begreber som i en dansk sammenhæng kan have ret veldefineret betydning, så som brødre, søstre, fætre, onkler, tanter og bedsteforældre, har i andre samfund ganske mangfoldige betydninger. I nogle samfund er de døde stadig en del af familien. Psykiatere, familieterapeuter, pædagoger og socialrådgivere kan nemt få det indtryk at fremmede familiestrukturer er patologiske, afvigende og skadelige for børn, fordi de ikke kender dem.

De tætte bånd mellem generationer i udvidede familier betyder at ”familiefortællinger” og ”familietraumer” kan sendes videre til yngre generationer som myter, der kan have en negativ indflydelse på helbred, egenomsorg og sygdomsopfattelser. F.eks. kan symptomer ”nedarves” som social arv fra generation til generation – man har f.eks. fundet at børnebørn har arvet bedsteforældrenes traumer i Japan og Israel. Nogle familiefortællinger er koblet til bestemte familietyper, der medfører en højere risiko for psykosomatiske lidelser, spiseforstyrrelser eller personlighedsforstyrrelser (153).

Den udvidede familie favoriserer adfærd der knytter familien sammen hos familiemedlemmer på bekostning af adfærd hvor det enkelte familiemedlem søger egne veje. Det betyder at børn opdrages til at blive tæt på familien, konformitet, samarbejde, pligter, tætte bånd, taknemmelighed og stærk afhængighed. Opdragelsen kan kollidere med de værdier som etnisk danske børn opdrages efter og mange børn vakler hele livet mellem to uforenelige familieliv og må ofte leve tavse dobbeltliv. Værdisammenstød mellem generationer er uundgåelige og skyld og skam er centrale udfordringer blandt børn og unge i migrantfamilier. Problemet, og dermed løsningen, ligger i familien. Den mindste enhed er familien og den enkelte ses som en del af et fællesskab og ikke som et stærkt ego, der motiveres til at gå egne veje mod autonomi. Den danske CPR-nummer tilgang til en patient kolliderer med at helbredsproblemer sjældent er CPR-nummer relaterede, men familierelaterede.

Magtpyramiden i familien forstyrres hurtigt efter ankomsten til modtagerlandet. Nogle familiemedlemmer tilegner sig hurtigt sprog, mens andre er længere tid om det. Nogle opnår hurtigere systemkompetencer end andre og bliver dermed til naturlige familieadvokater, socialrådgivere, tolke og koordinatore – processerne respekterer ikke traditionelle familiestrukturer: pigerne overtager lederrollen mens de ældre bliver afhængige af deres børn og mister deres naturlige autoritet, der kun opretholdes som en proforma struktur af børnene.

Ofte skaber det en kløft mellem indvandrerforældre og deres børn, at børnene bedre evner både at tilpasse sig og tillære sig værtslandets sprog og kultur. Børnene oplever mange konflikter i begge sfærer og må i nogen grad leve opslidende dobbeltliv. Deres indvandrer forældre frygter, at børnene distancerer sig fra deres indfødte værdier og adfærdsmønstre. Sprogtilegnelse foregår med forskellige hastigheder og det kan ændre familiedynamikken hvis magt strukturen forrykkes af, at nogen i familien behersker dansk bedre end andre: roller skifter og hierarkiet vakler (1). De ældre må typisk forlade sig på de yngste børns hurtigt udviklede navigationsevne og at de har fanget mange af de sociale koder. Det kan være meget svært at opretholde en forælder rolle med et så skævt og omvendt afhængighedsforhold og den manglende erhvervstilknytning forværrer isolationen (101, 154). Familiær stress og generationskonflikter

kan være forstadier til lavt selvværd, tiltagende skyldfølelse og psykosocial sygelighed blandt børn af indvandrere (12). Hvis de voksne samtidig ikke er klar over vigtigheden af at kunne "læse" non-verbal kommunikation, kan selv hverdags samtaler i kommunen eller på sygehuset blive en håbløs gættekonkurrence for alle parter (1). I svensk migrationsforskning har man siden 2007 forsøgt at definere en gruppe flygtninge børn/unge med hvad der er blevet kaldt opgivenessyndrom som følge af uafklaret opholdsgrundlag efter lang asyl proces (apatiiske flygtningebørn) (155-157). Der er store forskelle mellem de europæiske lande i forhold til hvor negativ værtslandets adfærdsmønstre og vilkår påvirker flygtningshelbred, men der er ingen tvivl om at vestlig levevis for de fleste flygtninge vil være et, helbredsmæssigt, særdeles usundt møde (158). Der er sandsynligvis en vis selektion i hvem der migrerer, men ideen om "*the healthy migrant*" (de mest raske, der migrerer) er absurd i denne sammenhæng (159, 160). "*Healthy*" effekten giver ikke mening i en sammenhæng hvor sagesløse flygtninge skal finde rodfæste i en kulturel sammenhæng præget af alkohol overforbrug, ensomhed, tobaksrygning, trafikulykker og individcentrering. I Danmark lever flygtninge/indvandrere længere end etniske danskere, men glæden er kort, for ser man på dødsårsagerne er de eneste grunde til dette paradoks, at flygtninge ryger mindre, drikker mindre alkohol og kun sjældent begår selvmord ifht. etniske danskere. Flygtninge/indvandrere har en 2-3 gange overdødelighed af infektioner og kræftformer der skyldes infektioner og der er en overdødelighed blandt spædbørn ligesom der er en højere mødre dødelighed blandt etniske minoriteter. Desuden er der store forskelle i dødsårsager mellem forskellige etniske minoriteter (137). Flygtninge/indvandrere er ikke specielt "*healthy*", men træder ind i en meget "*unhealthy*" kontekst når de ankommer til værtslandet. I Frankrig er situationen anderledes fordi baggrundsbefolkningen har en anden risikoadfærd og der er meget lidt forskel i dødelighed mellem indvandrere og etniske franskmænd (161, 162).

Flygtnings identiteter skal genskabes i værtslandet, men i modsætning til f.eks. hjemvendte soldater der alene skal finde tilbage i samfund, sociale netværk og familie, så skal alle familiemedlemmer i flygtningefamilier samtidigt genforhandle deres identiteter i et helt nyt land i nye rammer og med nye værdier og koder de ikke alle har fået aflæst endnu (163). Det forventes af kvinder, at de ikke viser sig svage, for så er der ikke nogen til at sørge for børn og mad. Mænds mere eller mindre udtalte "*machismo*" værdier fører til forsinket lægekontakt og hurtig afvisning af forsøg på at tale om eller bearbejde følelser og oplevelser (97).

Den sociale modtagelse i værtslandet har betydning for helbredet. Dem der har "tid" til at modtage nye flygtninge er i første omgang "dem der er betalt for det" (integrationsmedarbejdere, sagsbehandlere) og sekundært "dem der har tid" til det og det vil typisk være andre flygtninge og der ser ud til at belæg for at kunne sige at de "flygtninge der har tid" oven i købet er de flygtninge, der selv har mistet deres netværk i værtslandet som følge af fattigdom, ægteskabsproblemer, sygdom eller etniske uenigheder (154). Det kan i nogle sammenhænge føre til en skæv socialisering i en relativt isoleret subkultur eller i et miljø hvor systemkompetencer og sprogkundskaber ikke er gode nok til at støtte en integrationsproces. Den ufrivillige og ikke-intenderede sociale isolation kan desuden øge risikoen for depression (1). Et andet aspekt som peger tilbage mod de sundhedsprofessionelle, er at vi på et knap så bevidst plan samtidig kan rumme empati, barmhjertighed og forståelse for flygtnings situation i hjemlandet, mens vi samtidig formår at se flygtninge som en utålelig byrde for sundhedsvæsen og samfund: de er stakler i nød i hjemlandet og irriterende dyre problempatienter i værtslandet. Det så man allerede i forbindelse med hungersnøden i Irland, hvor irere, bosat i Amerika, i første omgang så deres landsmænd som ofre i deres hjemland og sendte rundhåndede mængder af mad og penge, men da de samme irere krydsede Atlanten for at fortsætte hungersnøden i Boston nu blev opfattet som horder af utålelige snyltende skattebyrder, der skyldede ind fra Europa (164).

Post migrations faktorer har afgørende betydning for udviklingen af PTSD og symptomernes alvorlighed. Manglende socialt netværk, tab af kulturelle bånd og manglende adgang til professionel støtte er kraftigere risikofaktorer end traumer for udviklingen af depression (112). Søvnforstyrrelser er næsten 4 gange hyppige blandt flygtninge end blandt andre og påvirker koncentration, hukommelse, indlæringssevne og nedsætter selvvurderet helbred (165).

Desværre vælger mange ansatte i social og sundhedssektoren at diskvalificere patientens sprog, etnicitet og livshistorie fra den faglige vurdering af helbredsproblemer, behandlingsbehov og støtte.

Den kroniske flugt

Mange flygtninge har under en time til at pakke og flygte og deres bagage er ofte let, men udover deres sprog, accent og livshistorie bærer de også på et liv fyldt med ubehagelige eller direkte forfærdelige oplevelser. De fleste har flygtet mere end én gang, måttet gemme sig i månedsvi sammen med fremmede og mange husker kun et liv på flugt. Ikke flugt mod noget, men flugt væk fra kaos, krudt og kugler. For nogle flygtninge bliver flugten, flugttanken og flugten som løsning internaliseret. Det betyder at første reaktion på usikkerhed, tvetydighed eller nederlag er flugt – også i Danmark.

Man cannot stand a meaningless life, sagde psykoanalytikeren Carl Jung. At flygte er at gøre noget, og at gøre noget giver mening. I en dansk sammenhæng bliver det opfattet som en skidt nomade strategi at ”shoppe rundt” eller at flytte rastløst fra lejlighed til lejlighed, fra by til by og tages som udtryk for at familien er ”ressourcefattig” eller ligefrem en nomade familie. Der kan dog ofte være tale om et menneskeligt udtryk for et liv i flugt: verden er et usikkert sted hvis man bliver for længe det samme sted.

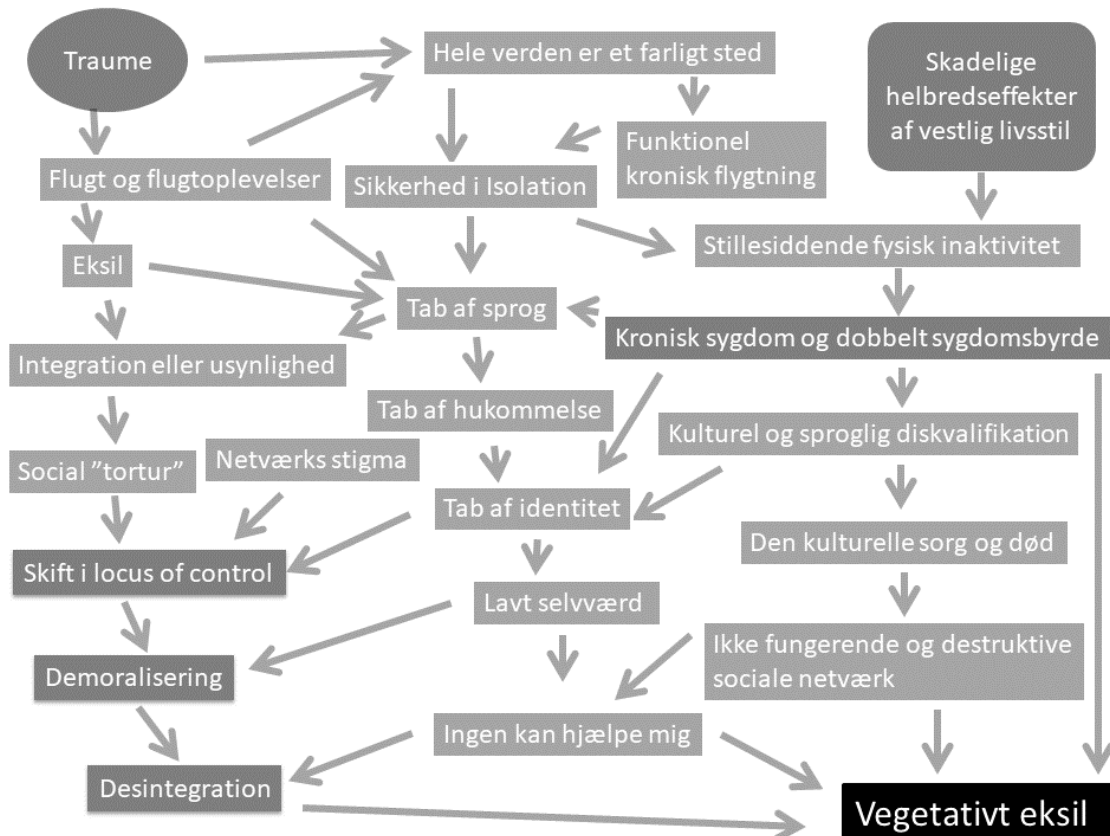
Tanken om flugt spredtes i familien og bliver en del af familiens handlemulighed, selv blandt børnene. En dreng født og opvokset i Danmark sagde: *Jeg glæder mig til at se hvordan fred ser ud*, mens en mor, der oplevede at både børnene og de selv som forældre blev tyranniseret af en gruppe unge knallertkørere, spurgte os: *hvordan flygter man ud af Langeskov? Jeg ville vide det i Somalia, men her i Danmark ved jeg ikke hvem man skal betale for at hjælpe med at flygte.*

Flygtninge har flygtet en stor del, ofte hele-, livet og flugt som udvej er en automatiseret handlemulighed og en tryk udvej fra svære situationer. Man flygter ud af offentlige kontorer, fra lægen, fra sprogskolen og væk fra den fynske landsby, hvis man angribes af for store krav (166). Det er vigtigt at ansatte i social og sundhedsvæsenet er opmærksomme på, at patientens egne præmisser ofte bedre forklarer et uforståeligt handlemønster end vores (fattige) forestillingsevne, der langt hen ad vejen er baseret på skrøbelige fordomme og stereotyper opbygget på danske forudsætninger.

Eksilets blinde veje

Den følgende figur giver et lille indblik i de iboende faldgruber i flygtningelivet. Figuren er ikke et udtryk for hvordan alle flygtninge påvirkes, men den viser hvor mange negative faktorer der teoretisk set er i spil i alle faser af flygtningelivet. Den gruppe af flygtninge, der strandes i sundhedsvæsenet og de sociale systemer, er ofte også strandet personligt i sproglig og netværks forstand i en sådan grad at de har fundet det sikrest at forpuppe sig i en vegetativ isoleret tilstand hvor de aldrig kommer ud og udelukkende lever gennem deres børn og ægtefælle. Den dobbelte sygdomsbyrde kommer i spil fordi hjemlandets sygdomme og psykiske knæk kom med i kufferten, samtidig med at vestlig livsstil og eksil tilværelsens stillesiddende hverdag øger risikoen for overvægt, hypertension, sukkersyge og hjertesygdom. Det særlige problem for flygtninge er at mange faktorer udspiller sig samtidigt og det er en mekanik som f.eks. læger ofte overser. Der sker nemlig samtidig en række ting samtidig i flere sociale sammenhænge, der tilsammen truer med at diskvalificere flygtningens sprog, kultur og livshistorie over en kam, hvilket kan fratage dem moral, livsmod og egenomsorg så de både får en højere sygdomsrisiko og mister egenomsorg. Oplevelsen af at verden er et farligt sted og at man ikke kan stole på nogen, kommer til at virke ekstra sundhedsskadeligt fordi man samtidig mister sprog, identitet og selvværd og handlekraft – man bliver funktionelt handicappet og afhængig af en hjælp der, hvis behov ikke anerkendes professionelt og som i realiteten ikke findes selvom behovet blev anerkendt. Patientens behov for hjælp bliver til et nederlag fordi de ikke ved hvor de skal bede om støtte og hvis de spørger, oplever de manglende forståelse og afvisninger. Den letteste strategi, hvis man har et helbredsproblem, er derfor at gemme sig hjemme, ikke bede om hjælp og vente på et mirakel. Mange flygtninge med helbredsproblemer eller handicaps oplever tilmed en stigmatisering i deres egen minoritets sammenhæng: de oplever fysisk og verbalt at være u-perfekte og det forstærker tendensen til ikke at tale om helbredsproblemer, heller ikke til de allernærmeste. Ofte får denne stigmatisering et stærkere udtryk og en anden form end de er vant til fra deres hjemland (167). Stærke familiebånd, sociale fællesskaber og større tolerance for afvigelser i et samfund er faktorer som antages at have en positiv virkning på at leve med psykisk sygdom i sit eget land. Men med migrationen forsvinder flere af disse beskyttende faktorer og erstattes af meget uheldig og skadelig udstødelse (168, 169).

Uheldigvis ser det ud til at internalisering af stigma og stigma, ved at være i behandling for psykisk lidelse, er de klareste prædiktorer for ændret sundhedsadfærd i forhold til at søge hjælp (170). Stigma er alt omfattende og griber om sig ved at forstyrre flere af livets domæner samtidigt (strukturelle ressourcer, viden, sociale netværk, handlemuligheder, *coping* strategier) og får helbred og selvværd til at ruste (171). Stigma i det nærmiljø de er afhængige af, kommer til at forstærke deres usikkerhed og forhindrer dem i at manøvrere socialt på den måde de er vant til – og dermed tab af kontrolfunktioner. Den eneste måde man kan beskytte sig selv, er ved at tie stille og ikke kommunikere med familie eller venner – og slet ikke med læger eller sagsbehandlere.



Eksilens blinde veje. Morten Sodemann 2013

Figur 3. Veje til vegetativt liv i eksil

4 klip i det mentale kørekort

På trods af veldokumenteret ringere adgang til forebyggelse, behandling og efterbehandling er der meget få studier af barrierer i adgang til sundhedsvæsenet og årsager til forskelsbehandling i Danmark og i Norden (172). Sociale forskelle i sundhed og sygdom er veldokumenterede. Imidlertid ignoreres flygtninge/indvandreres grundvilkår ofte i sundhedsmæssig sammenhæng. At være flygtning giver med det samme 4 klip i det mentale kørekort: **Selvagtelsen** udfordres, det **sociale sikkerhedsnet** undermineres, **stressstyringen** kompromitteres, **livsstrategien** blev væk under flugten. Vilkår som lav eller ingen skolegang, tidlig omsorgssvigt, stort ansvar i for ung alder, voldsomme krigsoplevelser, ekstrem hjælpeløshed under flugt, handlingslammelse, skjulte selvmordstanker, usikkerhed om familiemedlemmers tilstand, afhængighed af svagt netværk og ensomhed forstærkes af usikre fremtidsmuligheder, uklart opholdsgrundlag, mistro, angst, usikkerhed og mistillid, der vedligeholdes af en konstant sprogbarriere i alle livets forhold. Efter bosætning uden for hjemlandet opstår der hurtigt en sprogkløft indenfor flygtningefamilien mellem børn og forældre, hvorved den naturlige gensidige støtte i en familie kompromitteres. Den eneste sociale kontakt, der er tilbage, er ofte i forhold til offentlige myndigheder, som der kommer en tiltagende afhængighed af. En socialrådgiver udtrykte det meget præcist: *Familiens eneste netværk i DK er dem "der bliver betalt for det"*. Om man kan lide det eller ej, så placerer det et stort ansvar på skuldrene af de sundhedspersoner der møder etniske minoritetspatienter. Vil man være professionel må man først hjælpe med at rydde op og skabe sammenhæng.

Det sociale selvmord

Mange mennesker er splittede mellem tradition og religion på den ene side og fremskridt og modernitet på den anden side. Det er en grundlæggende menneskelig konflikt, som altid har holdt generationer til ilden. Men denne evige dualitet placerer flygtninge i en særligt kunstig konflikt, fordi flygtninge presses til at vælge side i konflikten. I stedet for at være den allestedsværende almenmenneskelig udfordring som kendes i en Libyen, Liberia og Langeskov, så bliver den gjort til en konflikt hvor modtagerlandet kræver at der skal vælges endegyldigt side. Flygtninge magter ikke at se samspillet som berigende og kommer i tvivl imellem krav fra deres egen etniske minoritetsgruppe om at fastholde hjemlandets identitet og tradition og så det naturlige behov for en identitet i Danmark. De politiske og sociale omgivelser i landflygtighed tvinger dem til konstant at vælge side ("hvis du ikke er med os er du imod os"), det stresser og resulterer uvægerligt i at mange vælger resignationen til det de kender (tradition og religion), men i en frustreret, demoraliseret, isolation. Presset på flygtninge for at vælge side ender med at have den direkte modsatte effekt end hensigten. Etniske danskere begår selvmord når de presses udover kanten af ophobede krav og uløselige problemer – hårdt pressede flygtninge har derimod ikke denne udvej, da selvmord er socialt helt uacceptabelt. De vælger i stedet at isolere sig og vegeterer i en tilstand, der udefra ligner et funktionelt socialt selvmord. Selvmordet skyldes ikke ekstrem håbløshed, men ekstrem handlingslammelse kommunikativt, fysisk og psykisk i det påtvungne valg mellem to identiteter, som de ikke kan få lov til at forene.

Post Traumatisk Stress og sygdomsfornemmelse

Én af de største barrierer i samtalen med indvandrerpatienter er, at læger ofte ikke formår at inddrage flygtninge/indvandreres grundvilkår i samtale, information, undersøgelser og behandling. Sundhedsprofessionelle har svært ved at forstå - og at inddrage etniske minoritets patienters liv *før* de kom til modtagerlandet, hvilket ofte fører til fejlslagne undersøgelsesprogrammer, lav behandlingskvalitet, lægefejl og ringe effekt af sundhedspædagogiske tiltag (51, 173, 174). Aktuelle livsvilkår og bekymringer er sjældent i fokus ved planlægning af undersøgelser, men kan også have betydning for patienters deltagelse i kliniske undersøgelser, hvis hensigten med dem ikke er helt klar (175, 176). Helt basale regler og rettigheder kan blive sat ud af spil i etniske minoritetspatienters møde med sundhedsvæsenet fordi vi glemmer grundvilkårene. Berøringsangst, tabuer, irritation og modvilje, manglende respekt og mistænkeliggørelse af pårørende får let overtaget og kan true både behandlingskvalitet og patient sikkerhed (78, 177).

Post traumatisk stress syndrom (PTSD) og beslægtede tilstande er et overset problem, men er ofte usynlige med/modspillere i klinisk sammenhæng og bør kendes også af somatiske læger (51, 78).

PTSD medfører hukommelses- og koncentrationsbesvær, der medfører, at PTSD-patienter forstår, bearbejder og gemmer viden på en måde der svækker sproginlæring. Det kan påvirke flygtninges evne til at lære ny viden og bruge den, f.eks. viden om forebyggelse og sygdom (178). Søvn, smerter og bekymringer påvirker koncentrationsevnen i samtalen, også med lægen. Mange koder der forklarer sproget og de begreber vi anvender kender flygtninge ikke og lægens fagudtryk kan misforstås uden lægen opdager det. Følelser og tanker udtrykkes bedst og der med mest trygt på modersmålet, så hvis der ikke anvendes tolk, kan lægen være udelukket fra at få vigtig information. PTSD-patienter har et særligt behov for at kunne udtrykke sig præcist og blive forstået, og tolkebistand kan bidrage til at skabe ro, tryghed og tillid. Kvinder med PTSD og kort/ingen skolegang er særligt sårbare i forhold til at lære et nyt og er ofte udfordret socialt på flere fronter end mænd. PTSD-patienter mister meget let deres danske sprogkundskaber hvis de udsættes for rutinebrud eller sociale/fysiske/psykiske begivenheder og der kan let opstå behov for tolkebistand i f.eks. sygdomsforløb. Hvis lægen ikke er opmærksom på dette forhold, kan vigtig information gå tabt og føre til, for lægen uforståelige, compliance problemer (178-180).

Patienter der er i alarmberedskab, opsøger information i hjernen (cortex) på en anden måde end rolige patienter. Selv om ny viden er blevet lagret hensigtsmæssigt i cortex, kan den være svær at få adgang til når man er i alarmberedskab og angst. Er patienten meget bange kan adgangen til "voksen og rationel" tænkning og analyse være helt blokeret og patienten kan det pludselig fremstå som umoden i sine

rationaler – det er mindre rationelle og primitive hjerne områder, under cortex niveau, der styrer. Verbale og nonverbale signaler overfortolkes og fordrejes så patienten fremtræder som utroværdig, umoden og lav egenomsorg. Patienter der er bange, fokuserer på få indtryk der er vigtige ifht. angsten, mens ny viden eller nye opgaver ignoreres eller fremkalder mere angst. Voksne med PTSD kan have svært ved at være ”til stede” i en samtale med lægen og har svært ved at håndtere sproglige tvetydigheder og diskussioner eller tvivlsspørgsmål som andet end angst fremkaldende, f.eks. i spørgsmål hvor patienten medinddrages i (181, 182). Patienten kan som resultat få meget negative hospitals oplevelser, som kompromitterer deres muligheder for fortsat indlæring (183). På grund af traumer har flygtninge ikke samlet overblik over, hvad der er sket. De husker spredte billeder og har huller i bevidstheden og husker pludselig noget, som ikke passer sammen med det, som de tidligere har beskrevet. Det kan fortolkes, som om patienten ikke taler sandt. Fortæller patienten en usammenhængende historie, bliver patienten opfattet som utroværdig, og risikoen er, at man afviser en valid patienthistorie af den grund. Fragmenteret og desorganiseret hukommelse specielt omkring traumatet kan fastholde PTSD patienter i en situation, hvor de ikke kan starte undersøgelses- og behandlingsforløb for f.eks. somatisk sygdom, før der er iværksat en forudgående målrettet PTSD-behandling, der er rettet mod en bedre hukommelsesstruktur (184, 185).

Patienters tidsoplevelse afhænger af en lang række faktorer, herunder sørgen og depression samt de mere omfattende processer, der er i spil ved kronisk PTSD eller f.eks. psykoser. Desuagtet er forskelle i tidsopfattelse vigtige at inddrage i den kliniske proces og kan formentlig anvendes til vurdering af samlet funktionsniveau og livskvalitet på samme måde som selvoplevet alder kan [272]. Det er ofte nødvendigt at have faglig tålmodighed når komplicerede erindringer i en sygehistorie skal hentes frem og placeres et fornuftigt sted. Ligesom der er mange sprog i en tosproget samtale, så er der også mange tider og tidsopfattelser: den tidsorden traumer efterfølgende blev traumatiske og førte til sygdom, den orden patienten vælger at fortælle om dem til lægen, den orden patienten vælger at anlægge i behandlingen og den orden som lægen vælger at se og dokumentere dem i. I et antropologisk speciale fra 2011 beskrives i kvalitative interviews, hvordan diabetes patienters tidsopfattelse kan ligge meget langt fra de sundhedsprofessionelles: tiden flyder ud, dage går plan - og meningsløst [273]. Tid opfattes som nostalgi og kedsomhed – andre har kaldt det kulturel sørgen. Det kommer desværre ikke frem i interviewene hvordan tidsopfattelsen hænger sammen med deres livshistorier, og de psykosociale begivenheder der præger den. Der er imidlertid ikke tvivl om at den glidende overgang fra kulturel sørgen til effekten af regulære traumatiske oplevelser, uproduktiv søvn, mareridt og genoplevelser, samt orienterings- og hukommelsesbesvær, har en stærk indflydelse på egenomsorg og tidsopfattelse, også hos diabetes patienter, og denne viden bør være basisviden for alle læger og sygeplejersker, der møder etniske minoriteter.

Tosprogede skifter ofte frem og tilbage mellem deres sprog bevidst og ubevidst. Derudover henviser forskellige sprog ofte til tid forskelligt. For eksempel henviser svensk-engelsktalende til fysiske afstande: 'Tager en kort pause', mens spansktalende henviser til fysiske mængder og volumen: 'Tager en lille pause'. Forskerne spurgte indfødte svensktalende, der også talte spansk for at estimere, hvor meget tid der var gået, mens de så på enten en linje, der langsomt voksede over en skærm eller en beholder der blev fyldt langsomt. Deltagerne blev bedt om at bruge ordet '*duracion*' (spansk for varighed) eller 'tid' (den svenske ækvivalent). Når man spurgte til det spanske ord, baserede tosprogede deres estimer på volumen relateret til en beholder, der blev udfyldt. Når de blev bedt om det svenske ord, skiftede de tankesæt og gav pludselig tidsestimer som et afstandsmål, med henvisning til linjen på skærmen frem for volumen.

Uproduktiv søvn, splitting, dissociation og hukommelses- og koncentrationsbesvær er PTSD relaterede faktorer, der kan påvirke anamnese og compliance på uforudsigelige måder. Varierende elementer af angst, depression, personlighedsforstyrrelse, flashbacks, stemmehøring og grænsepsykotiske tilstande kan være i spil samtidigt og kan let forvirre klinikerne (186). Hos nogle PTSD-patienter kommer der ændringer i følelsesmæssige udtryk og i adfærd i form af utydeligt eller tvetydigt kropssprog, mimikløshed, høj stemmeføring og overvagtssomhed som udadtil giver indtryk af en desorganisering. Alvorlige og langvarige PTSD-symptomer med hukommelsesproblemer er desuden forbundet med store døgnvariationer i blodtrykket (187).

Traumatiske begivenheder overvælder de normale menneskelige forsvarssystemer, der sikrer mennesker en fornemmelse af kontrol, sammenhænge og mening. Traumatiske oplevelser er ekstraordinære fordi de ødelægger de normale tilpasninger mennesker foretager til livets udfordringer. Traumer konfronterer mennesker med ekstrem hjælpeløshed og voldsom frygt, der udløser et vedvarende katastroferespons. PTSD-patienter mister deres fornemmelse af kontrol, sammenhænge og mening. De er bange for at tage beslutninger, begynde på noget nyt eller tage en risiko. De er bange for at blive ydmyget (igen) eller afvist og frygter at tage beslutninger eller at komme til at begå fejl, der kan udløse uforudsigelige og tvetydige situationer (188). Traumer slider på patientens selvagtelse og selvsikkerhed og med følelser af skyld, skam og ansvar for traumet er mange PTSD-patienter i stor risiko for ikke at kunne tilegne sig viden, f.eks. om krop, sundhed og sygdom (189). Hverdagens bekymringer for flygtninge omfatter finansielle problemer (fx at betale husleje eller få penge til mad), problemer med børnene (f.eks. risiko for graviditet og fravær fra skole) sundhedsmæssige problemer (f.eks. bekymringer, angst symptomer der opleves som udtryk for en farlig livstruende eller invaliderende sygdom) og problemer med at føle sig usikker og ubeskyttet mod farer og ulykker. I klinisk arbejde har vi fundet, at flygtninge patienter har mange sådanne bekymringer, og at de reagerer hyppigt og kraftigt på dem: de har svært ved at stoppe med at bekymre sig og har meget psykisk og somatisk lidelse fremkaldt af bekymringerne som i en ond cirkel. Når flygtninge har disse "bekymrings episoder", har de også en tendens til at udløse ukontrolleret genoplevelse af krigs, katastrofe eller torturtraumer samt udtalt katastrofal tænkning, der direkte påvirker deres virkelighedsopfattelse og dømmekraft, selv i helt banale hverdagssituationer i undervisning, i bussen, til forældre samtalen eller i læge samtalen (178, 190). Der tages i den tilstand meget let uhensigtsmæssige beslutninger, også omkring eget helbred eller behandling og det er vigtigt ikke at bedømme patienter på deres beslutninger når man ikke kender de nærmere omstændigheder. Ofte er det små ting der vælter hele læsset hos lægen, i skolen eller i kommunen. Selv små misforståelser kan have meget, meget, store konsekvenser. Hvordan man bruger en kontaktbog i skolen kan give store konflikter, en kvik bemærkning fra lægen kan forstås som en hån og en flygtig bemærkning fra en medpassager i bussen internaliseres og bidrager til følelsen af at verden er et usikkert sted.

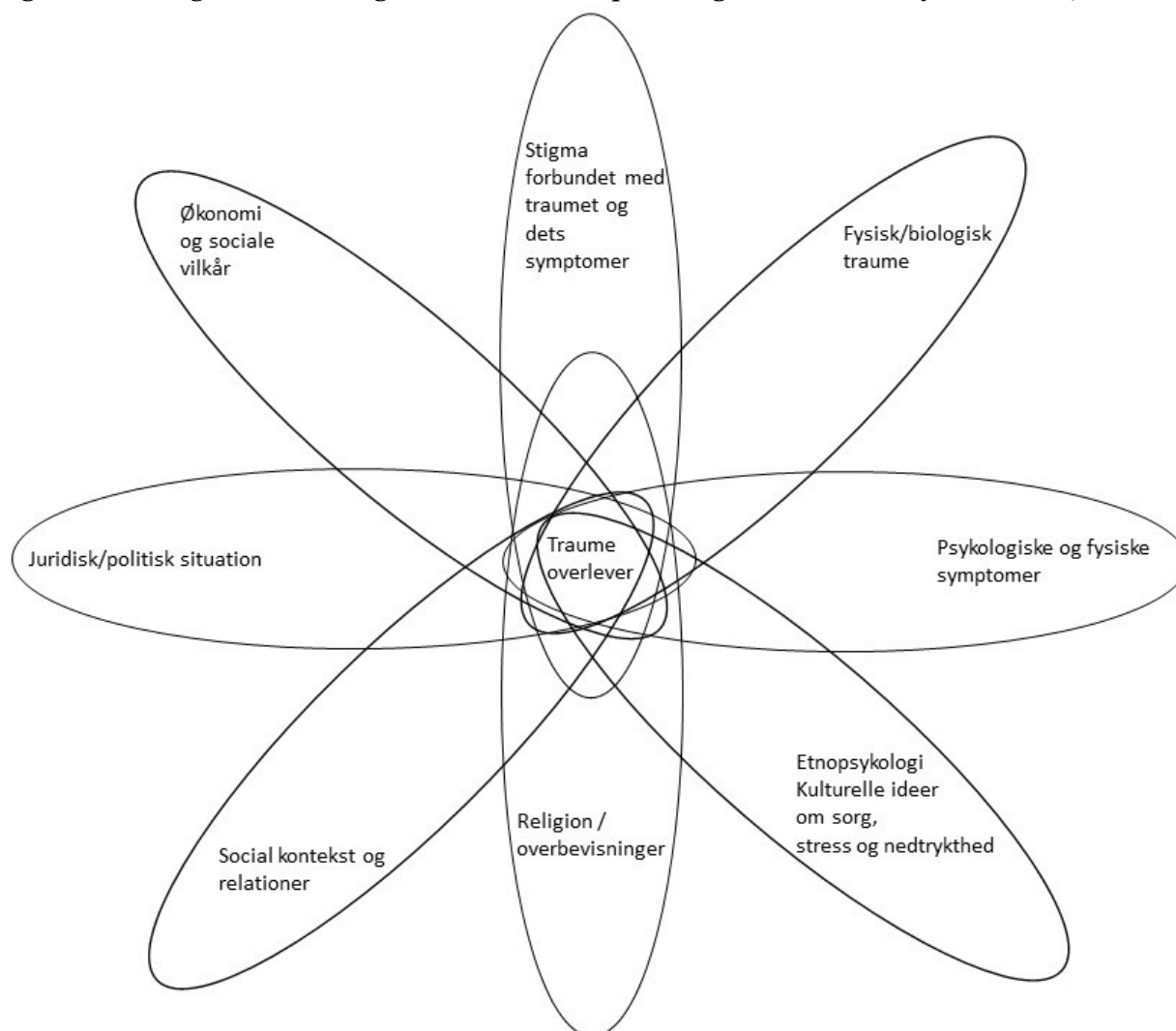
Oveni bliver patienternes tab ikke værdsat: venner, fædreland, kultur og sprog. Det er meget svært at få det til at tælle i kommunerne og i sundhedsvæsenet. Oplevelsen af en total afvisning og diskvalificering af livshistorien og sproget bidrager til demoralisering af patienten: det kan være lige meget. Det der starter som en nødvendig og normal sørgen over ét eller multiple tab glider langsomt over i melankoli, afmagt og ligegyldighed, selv når man får en alvorlig diagnose og en sygdom der kræver ens fulde opmærksomhed.

De normalt beskyttende sociale netværk virker ikke som de gør i hjemlandet. De etniske minoritetsmiljøer må finde nye måder at definere sig selv på. Der opstår nye behov som sociale netværk skal lære at tackle og problemløsning i minoritetsmiljøer udfordres næsten dagligt med uvante udfordringer (lovgivning, organisationsændringer, ændrede uddannelseskra) som de ikke er herre over og ofte knap forstår baggrunden for. Forældre og sociale netværk kan kompensere overfor PTSD patienter så længe de (forældre og socialt netværk) selv er i stand til at modstå presset på deres egen situation. Stramninger af lovgivningen på flygtningeområdet, kontanthjælpsloft og ændrede vilkår for familiesammenføring reducerer de sociale netværks modstandskraft og dermed deres evne til at kunne hjælpe og støtte en PTSD- patient blandet venner eller familie. Det kan være svært for omverdenen at skelne mellem almindelige/forventeligt psykisk pres og så en alvorlig psykisk belastning og patienter kan svinge mellem de to tilstande uden man opdager det (191).

Indvandrer miljøer der tidligere har kunnet håndtere og absorbere PTSD ramte medlemmer med højt stress niveau eller social fobi kan miste buffer-effekten og det stiller PTSD patienter og deres familier i en sårbar og ukontrollabel situation der ofte beskrives som samme ekstreme hjælpeløshed og det samme voldsomme kontroltab, der netop var årsagen til at de flygtede fra hjemlandet. Selv små lovmæssige justeringer om uddannelse, kontanthjælpsloft og opholdsgrundlag eller en arbejdsskade kan rykke en balance fra tolerance og resiliens til udstødelse og ekstrem sårbarhed.

Skelnen mellem hvad der er ekstrem modgang og hvad der er traumer kan have forskellig betydning i forskellige etniske sammenhænge som det f.eks. er påvist for nylig blandt etiopiske flygtninge

i England og det er vigtigt at læger ikke alene læner sig op ad traume definitioner der har rødder i en vestlig forståelse, men også rummer professionelt at inddrage de sociale, politiske, religiøse og økonomiske rammer som oplevelserne er foregået i (192). I nedenstående figur ses de elementer der tilsammen styrer og præger hvornår og hvordan tidligere traumer kan opleves og komme til udtryk (kilde: (190)):



Figur 4. Faktorer der kan påvirke om og hvordan et psykisk traume kan komme til udtryk.

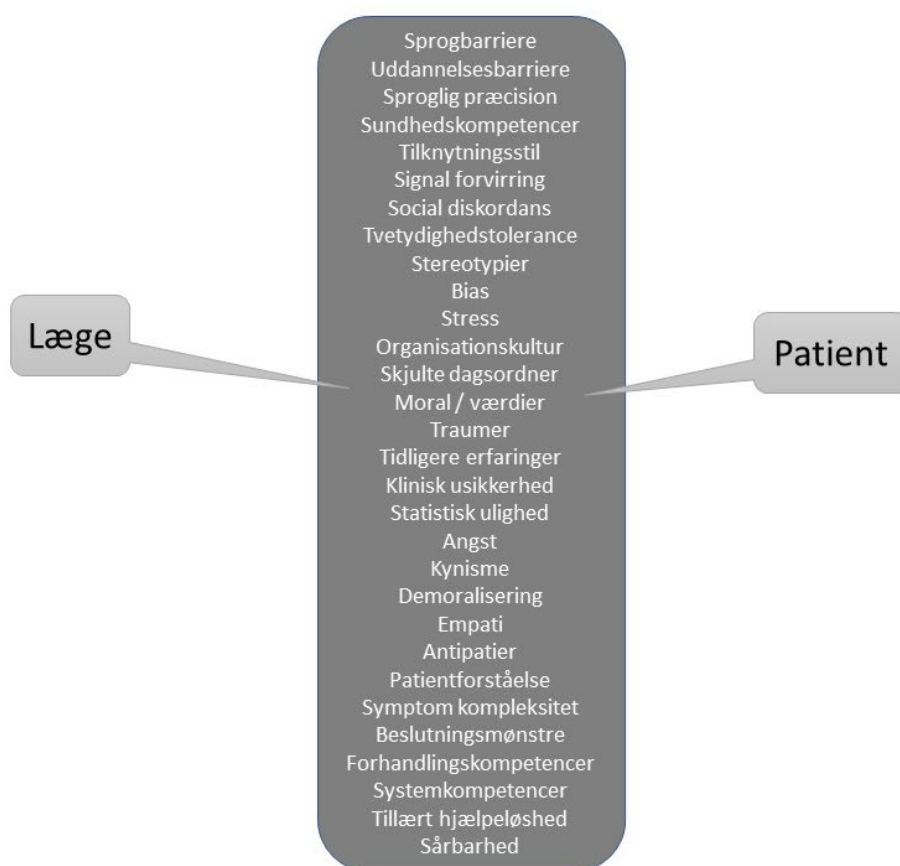
Stereotypier spænder ben for samtalen

Da Walter Lippmann introducerede begrebet stereotypier i sin bog *Public Opinion* (1922), definerede han stereotyper som mentale begreber, billeder i hjernen (*pictures in over heads*), der styrer den måde, vi opfatter verden på. Han argumenterede for, at stereotyper er påkrævede for vores evne til at orientere os i verden. Den virkelige verden er „på alle måder for stor, for kompleks og for flygtig til direkte bekendtskab mellem folk og deres omgivelser. Derfor konstruerer mennesker en pseudovirkelighed, der er et subjektivt, holdningsfarvet og forsimplet mentalt billede af verden”. Det afgørende problem er, når åbenheden forsvinder, fordi absolutter og stereotyper ikke er smidige nok til at indfange de virkelige mennesker, der befolker verden. Det er en vigtig pointe at når man bevæger sig rundt i verden, er det ikke ’kulturer’, man møder, men mennesker [Vandringer i det kulturelle spinatbed. Ditte Maria Søgaard. Gyldendal Business]. Jo længere væk fra patientens faktiske liv, lægen befinder sig, desto lettere er det at opretholde stereotype forestillinger om patienten. Lippmann opfordrede til at man ”holder dem (stereotypierne) lette og modificerer dem villigt”.

Vi mennesker lever de mest mangfoldige liv. Men paradoksalt nok synes mennesker alle steder, at deres måde at se tingene på er den eneste naturlige og rigtige for mennesker, og at andre måder er forkastelige eller fejlagtige. Hvert menneske lever egocentrisk forankret i sit historiske øjeblik, i sit

samfund og sit fysiske miljø, kort sagt: **lukket inde i en boble af sin egen erfarede virkelighed og i sine egne kundskaber**. Dét er der ikke noget galt i, men det må ikke påvirke f.eks. lægers kliniske beslutningsevne. I en læge-patient samtale er lægen den professionelle fagperson og patienten er ”ekspert i sit eget liv”, som det ofte udtrykkes. Men det er lægen, som repræsentant for sundhedsvæsenet, der har opgaven med dels at opfange og ”oversætte” patientens oplevelser med sin krop og sit sind til et sprog og en mening, der er operationel for sundhedsvæsenet og dels med at formidle den professionelle vurdering og plan til patienten.

I en undersøgelse af hvordan fagligheden i undervisning på danske og norske universiteter påvirkedes af hvilket sprog der undervistes på, fandt man at hvis undervisningen foregik på engelsk så faldt det faglige indhold, tvivlsspørgsmål blev ikke afklaret, humoren forsvandt, der gik for meget tid med at forklare almindelige ord og der var ingen diskussion. Som udgangspunkt indeholder enhver læge-patient samtale et element af kulturforskelle og sprogbarrierer, uanset etnicitet, men der er også mange andre, mere flygtige, faktorer i spil, som det fremgår af følgende figur:



Figur 5. Potentielle barrierer i tværkulturelle samtaler

Samtalen mellem en læge og en patient skal flytte, fjerne, erstatte, udveksle og bearbejde information. Målet med samtalen er at reducere usikkerhed og afklare tvetydigheder på begge sider af bordet. Usikkerhed er mangel på viden, det er differencen mellem den viden, der skal til for at forstå en patient og den viden lægen/sundhedsvæsenet allerede har om patienten (og vice versa) (193). Tvetydighed betyder at der er mange samtidige og divergerende forståelser af en situation. Der er udbredt forvirring og manglende forståelse og samtalen er præget af gensidig stress der påvirker overblikket (194, 195). Det er svært at stille spørgsmål og situationens rammer og præmisser er så dårligt definerede at svarene er svære at bruge. Patienterne gør det de er bedst til: de beskriver det de føler og fortæller om deres behov, angst og bekymringer. Det er derfor den sundhedsprofessionelle's, her lægens, opgave at lægge arm med de mange usynlige og flygtige faktorer i samtalen, så den får et indholdsrigt, meningsfyldt og bekymringsafstemmende forløb uden at efterlade helt så meget usikkerhed eller tvivl som ved starten. I den diagnostiske-kliniske proces forsømmer læger ofte at lægge mærke til de flygtige faktorer og kommer

dermed til at spænde ben for deres egen diagnostiske overvejelser. Samtalen er ikke en præcisions maskine, vi fortolker, oplever og reagerer på tvetydighed og usikkerhed hver især og det skal man være professionelt opmærksom på. Vi er meget forskellige i vores professionelle reaktion og handlemønster når det kommer til tvetydighed og usikkerhed og det skal vi lære at tage højde for så det ikke ødelægger den diagnostiske proces (195). Hvis lægen har lave tolerance for tvetydighed, er de mere tilbøjelige til at tilbageholde uklare eller negative undersøgelsesresultater, de føler på forhånd ubehag ved svære samtaler, bestiller unødvendige blodprøver og har negative følelser overfor sårbare patienter (18).

Sproget i klinisk sammenhæng

Sproget kommunikerer ikke bare forklaring og mening, om f.eks. sygdom, sproget former og modellerer krops- og sygdoms opfattelse. Meninger og begreber bearbejdes, og giver samlet forståelse, på modersmålet, *men ikke nødvendigvis på andetsproget*. Mange almindelige sygdomsord og begreber på modersmålet eksisterer ikke på andetsproget og hvis man er syg vækker det angst ikke at kunne udtrykke sig helt præcist.

Vigtige centrale kulturelle værdier om sygdom kan være kodet i førstesproget på en sådan måde at det kræver meget dygtige tolke for at det kan blive forstået på andetsproget. Sprog og begrebsdannelse på første og andetsproget er centralt i læge-patient sammenhæng når der er tale om sprogbarrierer. Migration indebærer tab af sprog (især dagligdags og dialekt), holdninger, værdier, sociale strukturer, normale livsstrategier, handlemuligheder og støttenetværk. Sproget, modersmålet, vil ofte være det eneste tilbageværende, der giver flygtningen en identitet, sikkerhed og tryghed (196). For særligt skrøbelige flygtninge med krigstraumer og ingen skoleuddannelse er deres modersmål, det eneste sikre kommunikationsmiddel og det er forbundet med angst og forhøjet alarmberedskab at forsøge at ændre på et så grundlæggende element i en i øvrigt kaotisk og usikker flygtninge tilværelse. Resultatet er, at både den kulturelle identitet og den kulturelle overensstemmelse med den nye kultur nedbrydes samtidigt og efterlader en flygtning i et u-konstruktivt sprogligt ingenmandsland. Mange af de patienter der henvises til Indvandrermedicinsk klinik er netop havnet i et sprogligt limbo og har givet op overfor sprog, krop, helbred og social interaktion. Det er en menneskeligt omkostningsrig tilstand, hvis omdrejningspunkt er tabt sprog og dermed tabt identitet. Et tab, der påvirker patienternes almindelige menneskelige drivkræfter, deres motivation og deres egenomsorg – en tilstand der minder om demoralisering.

Opskriften på misforståelser: den tolkede samtale

Flygtninge kan miste deres "stemme" både bogstaveligt, i re-animationer af deres ord og symbolsk, da de bliver reduceret til tilskuere til rekonstruktionen af deres egne identiteter. Deres stemme er i mange tilfælde flygtningens eneste værktøj til at retfærdiggøre en ansøgning/anmodning. Den måde, hvorpå deres normalt meget komplekse sociale erfaringer er indfanget og forstået i bureaukratisk håndterbare fortællinger viser imidlertid tegn på udviklede og rodede multidiskursive processer for repræsentation og vurdering af flygtningens oprindelige fortælling og oplevelser. Administrative processer, der, trods der formelle præg, når de en sjælden gang gøres til genstand for videnskabelig kommunikation og tværkulturel analyse viser sig at være bizarre, meningsløse og vilkårlige uden respekt for det enkelte menneske (197, 198).

Mange problemer i forbindelse med tolkning i offentlige myndigheder, der antages at stamme fra kulturelle forskelle eller tolkens generelle mangel på kompetence, følger tværtimod af skjulte forskelle i sprogideologier og uvidenhed om hvordan sprog anvendes i forskellige kulturer. En af de vigtigste rutiner i flygtningeprocessen er diskursen om rapportering, der effektivt slører sondringen mellem skriftligt og mundtligt sprog og de-naturalisering af det "spontane" talesprog i tolk-medierede samtaler. Den i udgangspunktet levende associationsrige fortælling, der støttes af indskydelser, præciseringer, afklaringer og anekdotiske erindringer reduceres til et neutralt upersonligt beslutningsreferat, der er ude af stand til at genspejle personens unikke historie i sin mangfoldighed og fratager den dermed historiens, og dermed flygtningens, legitimitet og troværdighed. Så snart der er en sprogbarriere, hvor patienten må tale gennem en tredje person eller må tale på et andet sprog end sit modersmål så ændres magtforholdene i samtalen

og dermed forringes patientens muligheder for dialog og korrektioner, der kan tale op imod generaliseringer og tvetydigheder i samtalen (199). Hvis den sundhedsprofessionelle ikke er klar over denne magtforskydning, kan det gå ud over diagnosesikkerhed og behandlingskvaliteten er truet. En kritisk refleksion over sprog og flersproget hedens art og funktion og konsekvenserne af sprogbrug er nødvendig for at give tolken mulighed for at udføre sit fag, på en måde, så der kan forhandles magtrelationer og opnås en tilnærmelsesvis sproglig lighed. En sådan refleksion bør være en del af både tolkes og lægers uddannelse. Læger modtager ingen uddannelse i den tolkede samtales sprogideologier og tolke uddannes til én ting: loyalt og direkte at oversætte hvad lægen siger, og kun dét, uden respekt for patientens sprog, baggrund eller behov (200). En tolkepolitik, der sætter ensartethed og styring i højsædet, kan se ud som en retfærdighed kommunikations form. Det er desværre ikke tilfældet. Mens det sådan at standardisering er institutionelt værdsat og forventes, så er der en meget høj grad af variation fordi både patient, tolk og læge prøver at bringe menneskelige og individuelle aspekter ind i samtalen (201).

Interkulturelle kommunikative misforståelser er resultatet, når de involverede samtalepartnere forfølger ukontrollerede kommunikative strategier, som ikke deles af deres samtalepartnere, og som ligger under niveauet for bevidsthed. For at undgå interkulturelle forstyrrelser bør de samtalendes metakommunikative opmærksomhed øges og det gælder især de samtaledeltagere der er i magtposition (politi, læger, sygeplejersker, pædagoger, lærere, jurister, embedsmænd osv.) (95).

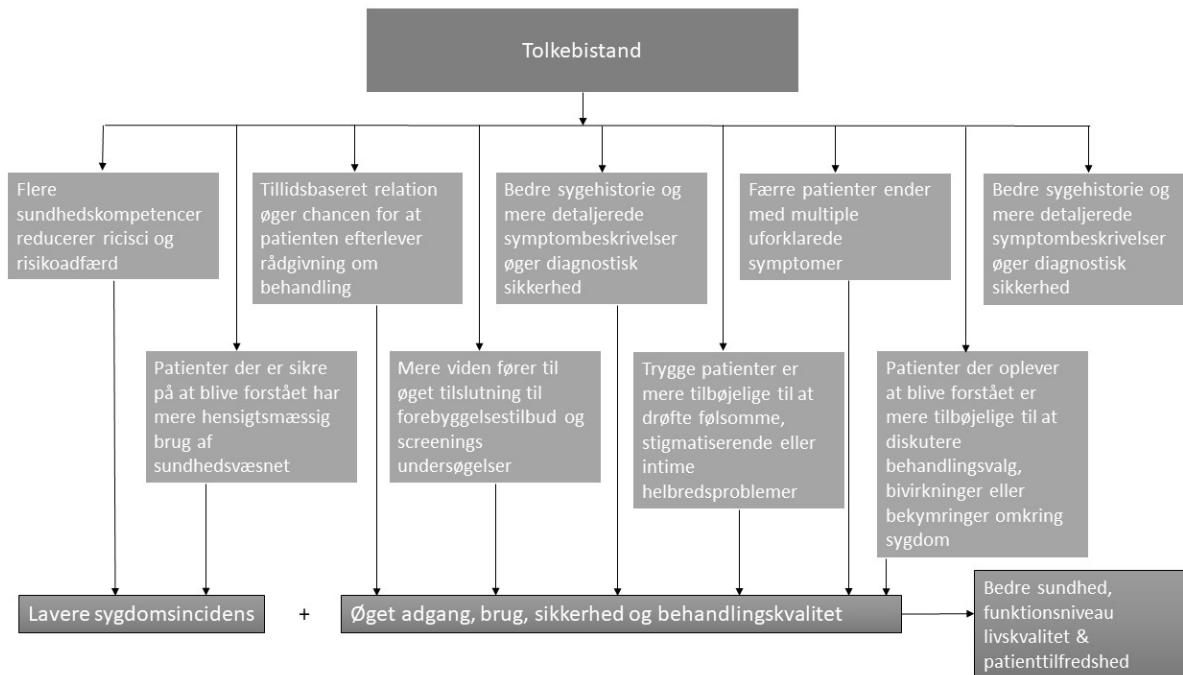
Hofstede og andre har bla. foreslået at man gør sig bekendt med 6 kulturelle variable hvorigennem kommunikation skal filtreres (202, 203):

1. Magt distance. Hvor langt er der op igennem magtstrukturen. Flad versus vertikal magtstruktur.
2. Usikkerheds undgåelse. Tilbøjelighed til at tage risiko, møde det ukendte, tolerere tvetydighed
3. Individualisme versus kollektivism.
4. Maskulinitet / femininitet. Målopfyldelse/resultatorienteret versus lighed og relations fokus
5. Kortsigtet / langsigtet orientering. Belønning nu, traditioner, stolthed versus belønning senere i livet / andet liv (stædighed, opsparing og fleksibilitet)
6. Overbærenhed, eftergivenhed versus tilbageholdenhed

Den sproglige og sociale styrke, der skal til for at gøre sig gældende og synlig i et specialiseret sygehusvæsen, er oftest ikke til stede og når de sundhedsansatte ikke er sig bevidste hvordan sprog og sprogbrug kan påvirke patienters synlighed, så bliver den ulige ”magt” situation til en usynlig barriere. Usikre og bange patienter falder tilbage på deres modersmål, udtrykker sig i vage vendinger, er svære at forstå og svære at behandle. Usikre læger og sygeplejersker har svært ved at være tålmodige og lytte. Oplevelsen af mærkelige hændelser eller uventede handlinger fra lægens side fører til usikkerhed og svigtende tillid til lægen fra patientens side. Mistillid er vist at have sammenhæng med lav patienttilfredshed, dårligere compliance/adherence til undersøgelsesprogram og behandlinger, lavere selvurderet helbred, mindre villighed til at søge professionel hjælp og dårligere kvalitet i forholdet til den praktiserende læge og andre behandlere (204, 205).

Sproget er en helt central ressource i, for det er forudsætningen for at kunne undgå at ende i klinisk uanvendelige generaliseringer. Forklaringerne og begrundelserne er afgørende for at kunne positionere sig i en samtale, men forudsætningen er stadig, at der lyttes. Etniske minoriteter behersker i mindre grad nuancerne i sprog og begreber, og misforståelser opstår derfor nemt, men det er samtidig et vilkår for tværkulturel kommunikation. Læger og patienter er parter, der begge er prægede af en hang til generaliseringer, når der mangler ord eller viden. Dette i kombination med en travl hverdag, hvor tid er en knap ressource, giver anerkendelsen trange kår og stressede angste patienter føler de bekræftes i at de marginaliseres (107).

Den følgende figur viser en model for hvordan og på hvilke områder tolkebistand kan bidrage til at udligne ulighed i sundhed (kilde: (103))



Figur 6. Fordele ved tolkebestand

Det kulturelle røntgenblik

Kultur er en liste med vasketøj, der er så blandet i farverne, at når det bliver vasket sammen bliver tøjet blegt og kedeligt (206). Kultur spøgelseset trækkes ofte ind i læge-patient sammenhæng. Uden at ville stå ved det, så tænker læger automatisk "kultur", når der sker noget i en patient samtale som vi ikke forstår eller hvis patientens indre logik fremstår uforståeligt. Der kommer billeder i hovedet på både læger og patienter med kulturelle ikoner når man oplever manglende sammenhæng eller begribelighed i en situation: "Det må være et kultur-etnisk udtryk med de der smerter", tænker lægen, mens patienten samtidig tænker "han (lægen) forstår alligevel ikke hvad jeg føler, og jeg orker ikke prøve at forklare det for 117 gang". Religion og etnicitet får også en plads i konsultationsrummet: "hun har ondt i øret, men hun har tørklæde på og det vil de jo ikke tage af, så jeg kan lige så godt lade være med at undersøge det", tænker lægen, mens patienten klager sig: "hvorfor undersøger lægen mig aldrig når jeg nu siger jeg har ondt i øret, er han ikke læge?".

Det paradoksale er, at det kræver viden om kultur, religion og etnicitet at få netop dem ud af konsultationsrummet igen. De er i sidste ende mindre vigtige i en læge-patient samtale, som primært bør handle om helt basale symptomer, oplevelser, følelser, behov, information og planer – når alt det der støjer og forvrænger samtalen er skrælet af.

Kultur som omfatter de sammenvævede mønstre af menneskelig adfærd, såsom sprog, kommunikation, skikke, vaner, overbevisninger og værdier er vigtige i sundhed. Kulturelle, sociale og familiemæssige påvirkninger spiller en vigtig rolle for dannelsen af holdninger og forestillinger til sundhed, sygdom og behandling. Derfor oprettelse af et godt patient-udbyder-forhold er nøglen tidligt, i progression af diabetes, at afdække eventuelle kulturelle tro eller værdi, som kan forhindre eller påvirke f.eks. accept af insulinbehandling eller en operation. Selvom kulturelle komponenter kan variere blandt forskellige befolkninger, kan værdierne være ens blandt nogle minoritetsgrupper (207-209). Et godt eksempel på komplekse kulturelle værdier er kropsidealer. Etnisk engelske mødre fandt at slanke børn var et sundhedstegn, mens asiatiske, caribiske og afrikanske migranter i England fandt at overvægtige børn var udtryk for sunde børn (210). Tilsyneladende ændrer synet sig og bliver mere komplekst når børnene bliver ældre (211). Blandt kvinder anses overvægt for at være et tegn på fertilitet i nogle etniske grupper, mens det kan være associeret med skønhed i andre grupper (212). Der er sandsynliggjort en sammenhæng mellem tyndere kropsideal og uddannelsesniveau/social status blandt arabiske kvinder, men kvinder var mere kritiske overfor mænds vægt end overfor kvinders (213).

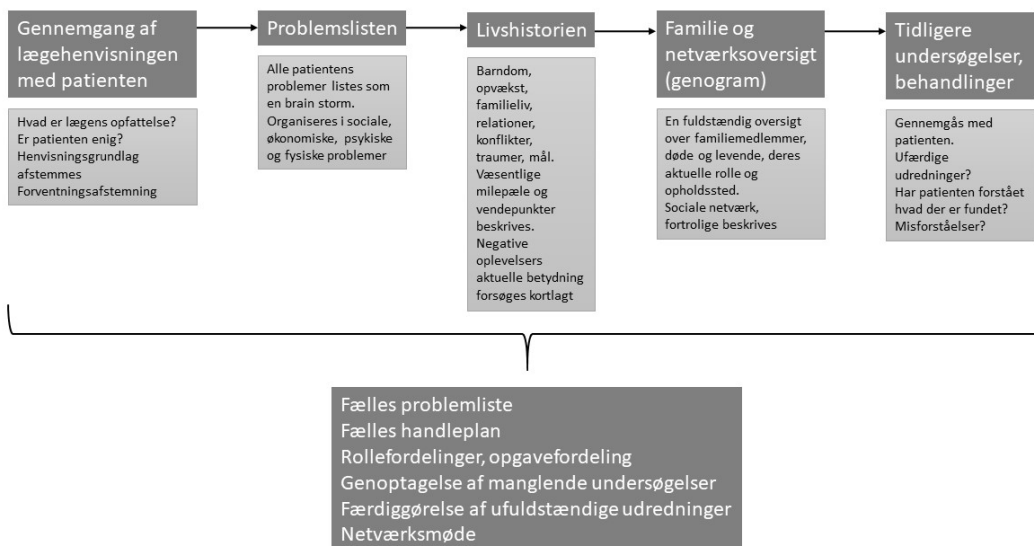
Det er umuligt at manøvrere i suppen af etnicitet, kultur og religion uden at kende både ens egen kultur og etnicitet og patientens – derigennem kan lægen og patienten sammen trænge ind til fagligheden, menneskeligheden og kernen i læge-patient samtalen: hvad er det patienten føler og hvad kan lægen hjælpe med? Man skal tilegne sig et kulturelt-etnisk røntgenblik ved at forstå hvordan de udspiller sig i feltet mellem sygdom og sundhed, deres virkemåder og deres konsekvenser, for at kunne imødegå dem, tage højde for dem og liste dem ud af konsultationsrummet. Der er mange gode nyere kilder om disse emner i en dansk klinisk kontekst (214-217).

Vurdering af de 7 kulturelle dimensioner, der spænder fra miljø, økonomi, teknologi, religioner / verdenssyn, sprog og sociale strukturer til de mere almindeligt kendte dimensioner som familiestruktur og individuelle og kulturelle overbevisninger og værdier kræver at man forstår kultur som et system af faktorer, der har et klart og vigtigt formål snarere end en eksotisk samling af karakteristika.

Livshistorien som klinisk værktøj

Sundhedsprofessionelle har ofte svært ved at forstå, og inddrage, etniske minoritets patienters liv *før* de kom til modtagerlandet, hvilket ofte fører til fejlslagne undersøgelsesprogrammer, lav behandlingskvalitet, lægefejl og ringe effekt af sundhedspædagogiske tiltag (51, 173, 174, 218). Respekt om hele livshistorien ved at lytte til den og aktivt at bruge den i det professionelle møde til at hjælpe patienten til større selvindsigt og egenomsorg må være det centrale for alle, der har med etniske minoriteter at gøre (215, 219-221). Det kliniske potentiale i en patient centreret livshistorievinkel i den kliniske læge-patient samtale er velbeskrevet (51, 173, 174, 220, 222). I studiet fra Schweiz fandt man f.eks. at flygtninge fra ex-Jugoslavien oftest havde tilgrundliggende somatiske klager selvom de umiddelbart havde psykiske symptomer (222). Samtidig fandt 78 % i samme patientgruppe at deres sygdom var blevet udløst af traumatiske oplevelser og efterfølgende præget af biomedicinske og psykologiske faktorer. Det mest overraskende ved undersøgelsen var det store antal psykosociale og psykiske årsager til somatiske symptomer, som kun kom frem ved at opbygge samtalen systematisk i forhold til at afsøge sådanne forklaringer hos patienten.

Sammen med problemlisten og familietræet udgør livshistorien et værktøj til udfærdigelse af en fælles problemliste og en fælles handleplan, der bygger på patientens egne præferencer.



Figur 7. Grundværktøjer til fælles beslutningstagning i komplekse patientsamtaler med tværkulturelle problemstillinger

Stigma og det uperfekte menneske

Stigma i forhold til psykiatriske lidelser er betydelige i mange lande og betyder, at det ofte er svært for patienter, at få lov til at modtage behandling fordi familien ikke giver tilladelse. Psykiatriske lidelser er et svaghestegn og en selvforskyldt tilstand (223). På samme måde er også andre helbredsproblemer mere stigmatiserende end vi er vant til i etnisk dansk sammenhæng, som f.eks. urin og fæces inkontinens, som af nogle patienter er beskrevet som værre en HIV/AIDS (82). Et forsøg på bagatellisering af

inkontinensproblemet kan have den utilsigtede effekt at patienten opfatter lægen som uvidende og respektløs. Sammenhængen mellem psyke og krop kan være svær at forstå endsige acceptere og vil altid udgøre en klinisk udfordring hvis den ikke aktivt inddrages i forståelsen af patienten (215, 224). Etniske minoritetsfamilier med et handicappet medlem, selv meget små og usynlige handicap, presses ud i en dobbelt minoritetsstatus og må leve i isolation dels pga. socialt stigma, dels pga. selvvalgt isolation pga. skam over "ikke at være et perfekt menneske" (78, 225). Hvis lægen ikke er vidende om handicappet eller konsekvenserne kan man overse væsentlige årsager til svigtende egenomsorg eller kun opleve uforklarlig patientadfærd. *Det er meget svært at holde familie i Danmark*, sagde en patient, *der er så mange regler man ikke kender og vi er hele tiden uheldige og kommer galt afsted*. For mange flygtningefamilier opleves det som et fuldtidsjob bare at overleve, børnene lever dobbeltliv mellem to kulturer og har mange hjemmeopgaver, mens de ældre udgør en skjult men meget stor udfordring for de yngre i familien (226).

Need to know basis

Det er ikke fordi, det er særligt svært at inddrage flygtninge grundvilkår, men mange læger er ikke klar over hvor stor og vigtig en rolle patienters grundvilkår spiller i forhold til egenomsorg, sundhed og sygdom. Især når der er tale om patienter med sprogbarrierer, og som er opvokset i en kulturel sammenhæng der er meget forskellig fra en dansk. Det er ikke klinisk produktivt at lade som om patientens liv først begyndte den dag de satte foden på dansk grund. Hvis lægen samtidig ignorerer eller bagatelliserer sprogbarrieren, vil patienten opleve at blive diskvalificeret på både sin herkomst, sine opvækstvilkår, sin kultur og sit sprog. Dermed sætter lægen en præmis for samtalen som patienten ikke har en chance for at ændre - og dermed er patientens eneste udvej at beskytte sig selv. Det gør patienter ved 1) at lære sig lægens kodesprog, dvs. kun at præsentere ét symptom og kun stille ét spørgsmål og 2) ved at sige "nej" hvis han ikke har forstået lægens information og 3) og ved kun at give lægen information på "need to know basis": lægen må spørge, hvis lægen vil vide noget. Samtaler mellem indvandrerpatienter og deres læge, er skrøbelig og går i let stykker og 4) ved at sige "ja", men tænker "nej" fordi lægen alligevel ikke forstår hvad det drejer sig om. Desværre opdager hverken lægen eller patienten det før meget senere: "lægens spørgsmål hjælper mig ikke", tænker patienten og lægen føler sig igen magtesløs og bekræftet i at indvandrerpatienter ikke hører efter hvad lægen siger.

Sundhedskompetencer: God mad til de syge

Det er vigtigt at lægen også orienterer sig i etniske og sociale forskelle i ideal krops billede i forhold til egenomsorg og metabolisk syndrom. Det er ikke hensigtsmæssigt at gå ud fra at alle folkeslag i verden har samme opfattelse af hvilken kropsvægt der er ideel og hvordan en sund krop ser ud. Der er etniske forskelle i hvornår BMI er en risikofaktor (f.eks. er BMI grænsen for overvægt lavere for asiater end andre) og der er regulære signifikante forskelle i hvornår etniske grupper hver især rapporterer (BMI defineret-) overvægt som (etnisk/kulturelt defineret-) overvægt og det kan give anledning til alvorlige og helbredsskadelige misforståelser (227-229). I mange samfund er sygdommes sammenhæng med kost og kroppens fremtoning meget centrale. I ressource fattige områder er det alt afgørende at man har råd til energirig mad og at man kan spise. Det eneste tegn på at man ikke er fattig eller syg, er at man spiser og spiser "godt". Og er man syg skal man spise endnu bedre i form af fed mælk med sukker, ris stegt i olie og fedtrigt kød. Har man fået at vide at man er syg og har højt blodtryk, sukkersyge og dårligt hjerte, så skal man netop spise "dyr" mad med rigeligt energiindhold. Diætistens kostråd og lægens formaninger preller af som teflon på patientens trommehinder: danske læger ved ikke hvad der er godt når man er syg. Er man tynd er man både meget syg og meget fattig og det har sociale konsekvenser i form af bebrejdelser, stigma og isolation. Så hellere fastholde illusionen om velstand og sundhed, spise godt og ignorere de danske kostråd.

Meget er derfor gjort i en samtale hvis læge og patient sammen får klarlagt, hvad patienten er bange for, hvad det er ved sygdommen, undersøgelsen eller behandlingen patienten er utryg ved eller ikke forstår. Helt grundlæggende er det vores erfaring at nogle patienter:

- 1) Ikke tør fortælle lægen at de er bange eller hvorfor
- 2) Siger ja, men mener nej
- 3) ikke ved, hvilken afdeling de er henvist til på sygehuset,
- 4) ikke ved at der er forskellige typer af læger med særlig viden
- 5) ikke ved hvad lægens plan er,
- 6) ikke regner med, at få hjælp,
- 7) ikke regner med, at lægen er i stand til at forstå patientens behov
- 8) går ud fra, at lægen ikke har forstået patientens behov,
- 9) ikke forventer, at hjælpen virker,
- 10) går ud fra at al information flyder frit
- 11) på forhånd er uambitiøse i forhold til at undersøgelse og behandling og sjældent forventer succes

Hvis lægen pro-aktivt tager hånd om patientens tvivl og angst vil det være lettere at planlægge og gennemføre undersøgelser og behandling.

I forsøget på at skabe et fundament der kan bære patient centreret undersøgelse og behandling har health literacy begrebet vundet indpas og er på dansk blevet til sundheds kompetencer. Det er velunderbygget at patienters individuelle viden, motivation og evne til at opsøge og bruge information er afgørende for patientens health literacy (230, 231). Flere og flere vil have del i definitioner og health literacy modellen er efterhånden så alt favnende og kompleks at den er for omfattende for sundhedsuddannelser og slet ikke giver mening i klinisk praksis (232). Desværre afhænger health literacy af to centrale kompetencer som intet har med sundhedsvæsenets opgaver at gøre: talfærdighed og læsevner. Ingen af modellerne for health literacy har fokus på de patienter der ikke kan læse eller regne. Sundhedsvæsenet sætter bundlinjen ved at man skal kunne læse og regne på et vist niveau, ellers virker health literacy ikke. Begrebet er blevet et bureaukratisk og forskningsorienteret produkt, som sætter store dele af hverdagens patienter udenfor døren – de er ikke med i modellen.

Særligt etniske minoritetspatienters sundhedskompetencer påvirkes af lægers og sundhedsvæsenets manglende kulturelle kliniske kompetencer (233-236). I tværkulturel sammenhæng afslører begrebet en bagvedliggende stereotypi som får særlig betydning for etniske minoritetspatienters møde med sundhedsvæsenet. Begrebet dækker i virkeligheden over en professionel usikkerhed og berøringsangst: de er mere udtryk for et akademisk og politisk behov for ro, orden og regelmæssighed, end for hvad patienter faktisk er behov for. Ved at skyde "aben" over på patient siden styrkes lægens og sundhedsvæsenets selvopfattelse af hvor hovedproblemet, og ansvaret, for de tværkulturelle patientmøder ligger: hos patienten, der skal vide mere, handle mere og passe bedre til sundhedsvæsenet. Strategien slår desværre fejl fordi den er meningsløs i samtaler med sproglige, kulturelle og psykiske barrierer som det ofte er tilfældet i mødet med indvandrerpatienter. De fleste patienter vil gerne have respekt, lydhørhed og forståelse på deres egne præmisser. For de fleste sundheds professionelle betyder lav health literacy at patientens evne til at forstå og følge lægens anvisninger er påvirket. For patienten er problemet at lægen ikke forstår at møde patienten der hvor de er. Det afhænger i høj grad af hvor effektiv og tilpasset lægens kommunikation er om patientens sundhedskompetencer øges (237). Diabetes kontrol påvirkes f.eks. direkte af patientens oplevelse af lægens kommunikationsevner (238). Kendskab til sociale determinanter og andre ikke-lægelige faktorer er elementer i patient inddragelse, der i tiltagende grad gøres til en del af hvad der kaldes *critical health literacy* (239).

Patienter gør det de er bedst til: de siger hvad de føler og mærker med de ord og den forståelse de har af krop, sygdom og sundhed. Health literacy begrebet er grundlæggende misforstået og har derfor fået et forkert og u-konstruktivt fokus. Vi kan som sundhedsvæsen ikke lave ret meget om på hver enkelt patient og det ville også være megalomant at tro det om os selv. Vi kan derimod gøre en hel del ved den måde sundhedsvæsenet interagerer med patienterne på. Det er lægen der er den professionelle sundhedsperson i forholdet, mens patienten er professionel patient på sine egne præmisser. Man kan derfor med rette vende situationen om: det er lægens og sundhedsvæsenets health literacy, der er noget i vejen med. Det er lægens evne til at forstå patientens behov og tilpasse sin information, der er påvirket. Så

det er lægens, og sundhedsvæsenets sundhedskompetencer der skal forbedres – og så forbedres patienternes sundhedskompetencer.

Det almene i det fremmede: det kulturelle røntgenblik

Når man arbejder med flygtninge/indvandrerpatienter opdager man efterhånden at de fleste problemer der opfattes som ”kulturelt betingede” viser sig at være såre alment menneskelige formet af livets med og modgang, værdier og relationer.

Case 1

En 30-årig kvinde fra et land i Fjernøsten blev henvist med epilepsilignende psykogene eller kulturelt betingede anfald. Patienten er i medicinsk behandling men der er ikke tilfredsstillende anfalds kontrol. Man mistænker et funktionelt element og dårlig medicin compliance. Man har ikke optaget en fuld anamnese. Patienten kommer med sin ægtefælle og der anvendes tolk. Det viser sig hurtigt at der tidligere kun har været anvendt en tolk der taler et andet sprog end patienten (der tales to meget forskellige sprog i landet og tolken mestrede ikke det andet sprog). Har gået 10 år i skole i hjemlandet, fik hurtigt arbejde i Danmark og startede på VUC, men stoppede igen begge steder. Har tidligere talt dansk men har mistet sproget igen. Fortæller at hun nu har fået at vide at hun har haft epileptiske anfald siden barn, men at moderen (der stadig bor i hjemlandet) først ville fortælle om det nu, hvor datteren er i Danmark. Hun mistede en kusine der døde af epilepsi, så moderen var bange for at det ville sprede sig hvis der blev talt om det. Moderen har fortalt at patienten ofte bed sig i tungen og moderen måtte derfor bruge en ske til at forebygge tungebid. Hun havde mange natlige anfald og hun er stadig bange for at sove. Moderen har fortalt at patienten har to slags anfald: én type er regulære tonisk-kloniske kramper og den anden type en absencelignende tilstand der dog også kan afsluttes med fråde om munden og ekskretafgang. Ægtefællen fortæller at patienten, efter hun er startet medicinsk behandling, kun har anfald 1-2 gange ugentligt, men at hun er meget glemsom og uhyre træt. Patienten bekræfter ægtefællens beskrivelse og fortæller at hun er meget ked af det, skammer sig og føler skyld overfor sin tidligere arbejdsplads, sprogskolen, VUC, sin ægtefælle og ikke mindst overfor børnene. Hun føler ikke hun kan blive et normalt menneske igen med sin sygdom og det var et stort personligt nederlag for hende at lægen fratog hende kørekortet. Hun stoppede sit arbejde fordi hun var bange for at falde og slå sig og hun arbejdede ofte helt alene. Hun stoppede på VUC fordi hun følte hun skulle have mere hjælp end de andre og dermed sinkede klassen. Begge dele oplevede hun som skamfuldt og har bidraget til hendes depressive tanker. Hun er bange for at gå ud alene med børnene hvis hun skulle få et anfald og føler sig som en dårlig mor. Patienten fortæller at hun har ”svært ved at heppe på sig selv”. Føler sig som et svagt og unormalt menneske, der kun er en byrde. Der er næppe tale om psykogene smerter men om misforståelser opstået med den første tolk der ikke talte patientens sprog. Patienten havde en forståelig og relativt ukompliceret midlertidig belastningsreaktion på baggrund af diagnosen og sygdommens sociale konsekvenser. Patienten blev henvist til psykologstøttet bearbejdning af sygdommen. Der var ikke tale om psykogene eller kulturelt betingede anfald, men om kompleks epilepsi og patienten skal senere vurderes mhp. kirurgisk behandling af epilepsien.

Kommentar:

Vigtigheden af at anvende tolk der taler patientens sprog (og ikke bare et andet sprog fra samme land) kan ikke overdrives. Fordomme og forudindtagethed forstyrrer lægers beslutningsprocesser ved at afspore almindelige lægefaglige overvejelser og erstatte dem med vage ideer om ”kulturelt betingede symptomer” eller ”psykosomatisk adfærd”. Det er altid vigtigt at sikre sig at patienten er enig i den version af sygehistorien som lægen opfatter og dokumenterer, så misforståelser og usaglige generaliseringer kan korrigeres. Ved manglende agtpågivenhed overfor at sikre de bedste betingelser for den rigtige sygehistorie kompromitteres patientsikkerheden, men på længere sigt skaber det en unødvendig sårbarhed hos patienten, der ofte ikke har mulighed for at korrigere sygehistorien hvis den er forkert, overfladisk eller meget upræcis. Gennem rammer, tilgang og interaktion kan læger meget let komme til at skabe sårbarhed hos patienten. Det er selvsagt en større risiko når der er en sprogbarriere,

men der er tale om alment menneskelige konsekvenser. I realiteten kan alle mennesker blive unødvendigt sårbare hvis læger ikke er tilstrækkeligt sensitive overfor patientens kompetencer, sprog niveau, præferencer og interaktionsstil (240).

Etnisk hoste

Det er en selvforståelse blandt læger (og en forventning fra patienterne) at vi ser og vurderer patienter objektivt og uden fordomme, idet vi bruger biomedicinske observationer fra den objektive undersøgelse kombineret med blodprøver og andre parakliniske undersøgelser til at stille en diagnose og lægge en behandlingsplan. Forskning, tyder på at det er en helt urealistisk og forkert måde at se på læge-patient mødet (241, 242). Van Ryn har beskrevet de områder, hvor der er dokumenteret en forskelsbehandling, som mangler lægefagligt belæg: osteoporosebehandling/forebyggelse, rygestopsundervisning, reduktion i alkoholoverforbrug, henvisning til mammografi, råd om amning, håndtering af smertebehandling, henvisning til dialyse, henvisning til ballonudvidelse ved blopprop i hjertet, indstilling til nyretransplantation og psykiatrisk behandling (79). De mange ikke-lægefaglige faktorer der er i spil, når lægen tager en klinisk beslutning, er dokumenteret i en række testlaboratorie studier, f.eks. i undersøgelse, hvor patienten havde langvarig hoste og var ryger, men blev præsenteret med forskellige social karakteristika: 192 læger blev testet og der var en klar tendens til, at yngre patienter fik at vide, at det var psykosomatisk hoste og henvisning til røntgen undersøgelse eller rygestop afhang stort kun af sociale (ikke-lægelige) faktorer (243).

Det er veldokumenteret, at compliance og adherence er knyttet til patienters oplevelse af læge patient samtalen, lægens empati og om de er blevet hørt. I et studie hvor uafhængige observatører kodede 150 læge patient samtaler fandt man at ikke-lægelige faktorer som patientens køn, alder og etnicitet signifikant påvirkede lægens interaktion med patienten på flere områder: non-verbal kommunikation, empati, høflighed, respekt og ikke mindst type og mængde af information der blev givet til patienten (241). Derudover har følgende faktorer også vist at have indflydelse på lægens beslutninger omkring behandling: Lægens moralske forestillinger om patientens ret til behandling (om patienten "fortjener" den), lægens stereotype opfattelse af patientens formodede (mangel på) socialt netværk eller kognitive overskud, og lægens forventning om patientens compliance (86, 244).

Indvandrer inertie og statistisk ulighed

I den virkelige verden er der ofte mange faktorer i spil samtidigt. Nogle faktorer står ikke til at ændre her og nu, andre faktorer er det vigtigt at se på som vilkår og præmisser i samspillet mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet. Ligesom det er et faktum at ældre har flere skavanker og mere brug for læge end yngre, så er det også et faktum at sprogbarrierer sammen med forskelle i opfattelse af sygdom og sundhed giver en helt basal ulighed som i sidste ende kan være umulig helt at udligne – den kaldes i nogle sammenhænge en statistisk ulighed. Den etniske inertie er det samlede udtryk for en række faktorer der kun kommer i spil i tværkulturelle brudflader f.eks. i indvandrerpatientens møde med sygehuset. Det er den inertie der opstår når man både er bange, usikker, utryk og samtidig nærer en mistillid til sundhedsvæsenets evner samtidig med at man skal balancere mellem egne behov, familiebehov og sygehusets regler og struktur. Her kan en simpel undersøgelse, en banal medicinsk behandling eller et valg mellem 3 behandlingsmuligheder blive til en langvarig forhandlings- og forståelsesproces hvor patienten skal overbevise både sig selv og familien og fastholde kontakten med sygehuset mens forhandlingerne foregår. Der kan komme akut tvivl om behov og mulige komplikationer står mål med hinanden, på selve dagen for undersøgelsen eller operationen, som, i mangel på adgang til råd og vejledning, ofte ender med at afvise det planlagte eller måske helt at udeblive. Man kan blive overmandet af pludselig dårlig samvittighed over at efterlade børn og ægtefælle alene i Danmark, hvis man ikke vågner op efter den mindre men nødvendige knæoperation, og den udskydes på ubestemt tid. Det er vigtigt at både inertien og den statistiske ulighed ikke bliver faktorer der medvirker til at forstærke uligheden i adgang til og effekten af sundhedsydelse. Og kendskab til denne inertie, og strukturer der kan afbøde effekten, er efter alt at dømme også økonomisk rentable (245).

Det slører i det kliniske rum

Vi må erkende at vi som læger kan gøre meget lidt for at ændre patienters adfærd – de gør det de er bedst til og så er det vores opgave at omsætte det til en holdbar og acceptabel klinisk praksis. Den opgave er svær, men bliver ikke lettere af at patienten ikke læser eller taler særlig meget dansk og er der ovenikøbet en række koder, regler og informationer der ikke frit udveksles mellem læge og patient så bliver det kulturelle slør ugenomsigtigt. Her er det vigtigt at lægen har en værktøjskasse, der kan sikre et vist kulturelt røntgenblik og bevare professionalismen. Her er det vigtigt at tage det roligt: som regel er der noget lægen ikke har forstået og noget patienten ikke har forstået. Det første må være det professionelle spørgsmål man altid stiller sig selv som læge, mens det sidste løses ved systematisk at udspørge patienten med det sigte at forstå hvad det er patienten ikke har forstået. Det er også vigtigt at friholde det kliniske rum for den støj, der kan forvirre samtalen: religion, tørklæder, køn, krig og kulturelle koder. De fleste problemer der opfattes som kulturel-religiøse er i virkeligheden ganske almindelige hverdagsproblemer, familie rod, skrøbelig økonomi, ensomhed, selvværdsproblemer, kommunikationsproblemer, usikkerhed og manglende viden. De hyppigste opgaver i Indvandrermedicinsk klinik omfatter:

- Problemer med at forstå patientens sygdomsopfattelse
- Patient afvisning af velindiceret behandling / lav compliance
- Lægen beder om kulturel analyse af patientens helbreds problem/compliance
- Familie konflikter omkring sygdom og helbred ift. Den enkelte patient
- Sociale og økonomiske problemstillinger
- Selvopfattet diskrimination som årsag til kommunikationsproblemer
- Diagnostiske problemer bl.a. på grund af ”dårlig Kooperation”
- Medicinsk uforklarede symptomer, mistanke om kulturel årsag
- Opfattelse af kultur som årsag til sygdomsbillede/compliance

I mødet med den enkelte patient handler det om at reducere angst, reducere stressfaktorer og bearbejde sygdomsbekymring samtidig med at der opbygges tillid, viden og selvstændig handlekraft. På et større plan handler det om at opdage og dokumentere strukturelle barrierer og øge systemets kompetencer og skærpe de ansattes kulturelle røntgenblik. I rapporten ”Tak fordi du lavede en bedre version af mig” er opgaverne deltaleret beskrevet og de tilgrundliggende årsagssammenhænge beskrevet (78).

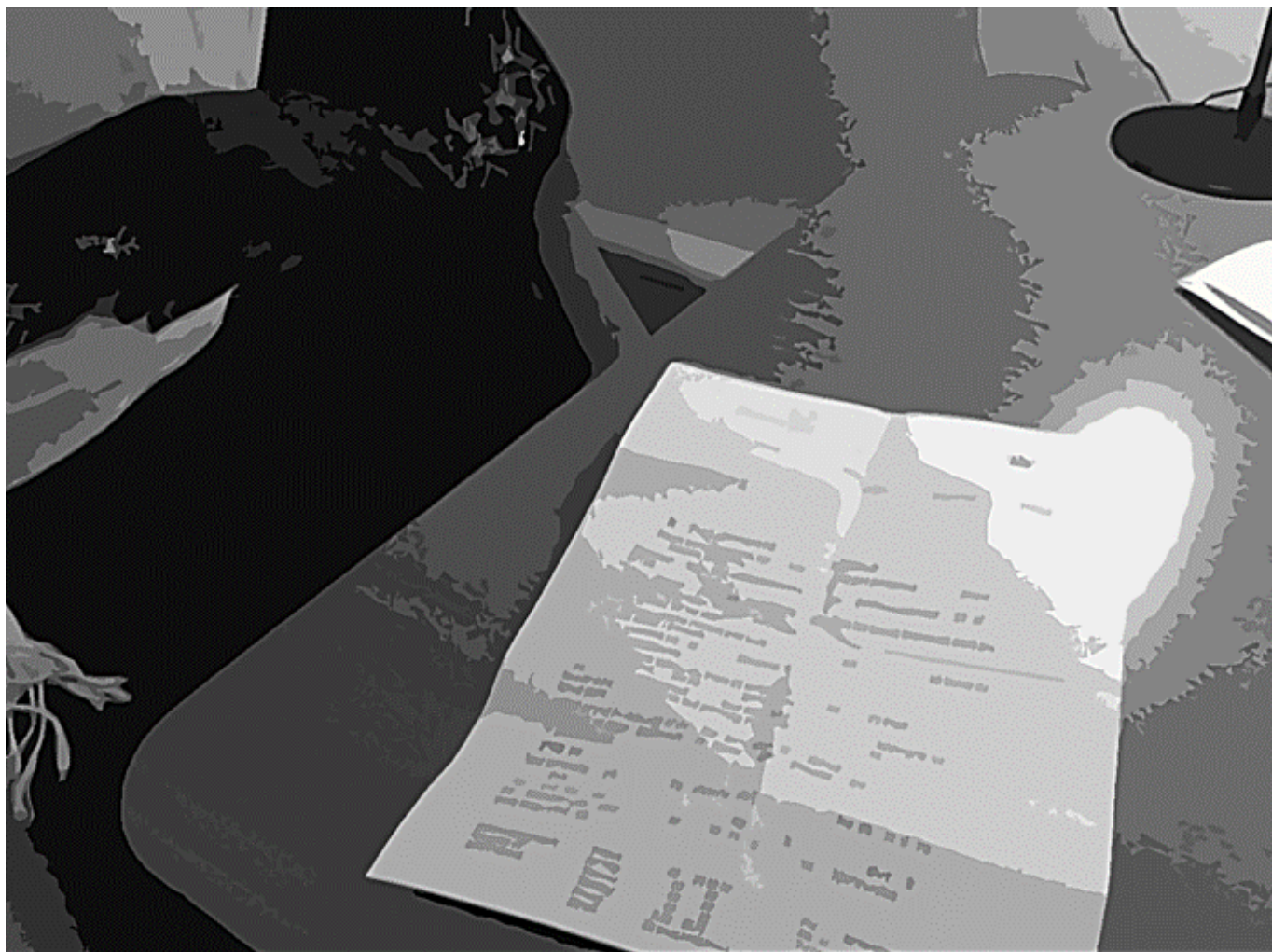
Professionel diskvalificering

Det er en erfaring fra Indvandrermedicinsk klinik, at det at indvandrerpatienter (og borgere) ikke taler **sproget** og mangler **systemkompetencer**, anses for at være en acceptabel undskyldning, blandt ansatte i sundhedsvæsenet, for ikke at gøre, hvad der normalt forventes af sundhedsprofessionelle. Det kan synes som om indvandrerpatientens ”mangler” reelt fritager os fra et, i øvrigt almindeligt accepteret, professionelt ansvar, og vi bilder os selv ind at vores lægefaglige viden ikke rækker til at forstå eller behandle indvandrerpatienter: den professionelle diskvalificering (78, 246). Beslutningen om hvad der skal gøres, er under alle omstændigheder op til den enkelte og er ikke underlagt krav om dokumentation, efterlevelse af kvalitetsmodeller, særlige målsætninger i øvrigt. Den danske kvalitetsmodel indeholder ikke retningslinjer for patientforløb, der kræver mange ressourcer og tid. Imidlertid er ressourcer og tid bare to af mange vilkår, man må tage højde for på forhånd i det offentlige. Det må ikke være op til den enkelte sundhedsprofessionelle efter humør, for godt befindende og individuelle afdelingsledelser, at beslutte, om man vil bruge ekstra tid og ressourcer på den socialt udsatte patient.

Jonas Christoffersen, direktør for Institut for Menneskerettigheder, skrev i en kronik i Politiken: *Myndighederne er ikke på alle niveauer lige gode til at tænke i den enkelte borgers rettigheder. Og bivirkningen er desværre, at nogle af samfundets mest udsatte grupper, der har mest behov for deres rettigheder, ikke fuldt ud kan nyde godt af dem.* Sygehuse, regioner og kommuner må indse at sikring af lighed i offentlige serviceydelser ikke er til diskussion. Det kræver en pro-aktiv indsats rettet mod de svage punkter hvor uligheden opstår i organisationerne og det indebærer forandringer i

organisationerne og de ansattes kompetencer. I forhold til etniske minoriteter vil det betyde forbedring af de klinisk etniske kompetencer.

Diskvalificeringen af betydningen af flygtninges livshistorie, sprog, og traumer i klinisk sammenhæng forstærker de kulturelle, religiøse og etniske forklaringsmodeller som læger i deres fortvivlelse forsøger at presse ned over samtalen. De rammer vi dermed sætter op for samtalen tvinger os til at opføre os uprofessionelt og den diagnostiske proces får med stor sandsynlighed et trist og demoraliserende udfald for begge parter. Både læger, og sundhedsvæsenet som organisation, skal lære sig det kulturelle røntgenblik. Det er ofte vigtigere at finde ud af hvilken patient der har sygdommen end hvilken sygdom patienten har, som Virchow udtrykte det.



4: Tværkulturelle kliniske problemfelter

Baggrund

Ifølge Danmarks Statistik udgjorde indvandrere og efterkommere 1. januar 2018 13 pct. af befolkningen i Danmark (247). Andelen af indvandrere er 10 pct., og blandt dem er 58 pct. fra ikke-vestlige lande. Der er store geografiske forskelle med 39 % i Ishøj, 19 % i Hovedstaden samlet set og 6 % i Rebild kommune. I løbet af de seneste 30 år er antallet af ikke-vestlige indvandrere blevet femdoblet. I 2017 var 22 pct. af de levendefødte børn født af mødre, der var indvandrere eller efterkommere.

Dødelighed

Etniske minoriteter i Danmark har overordnet højere sygelighed end majoritetsbefolkningen, men sygelighedsmønstrene er ikke helt de samme og der er forskelle mellem de etniske grupper, der er større end forskellen til etniske danskere (248). Forskellen mellem registerbaseret sygelighed og selvrapporteret sygelighed giver ofte et vrangbillede fordi selvoplevet og behandlingskrævende helbredsproblemer blandes sammen (248). Samme lavere dødelighed er fundet i de skandinaviske nabolande men det har ikke været muligt at påvise en ”*healthy worker effect*”, der nok mest af alt har været en bekvem forklaring på det uventede fund (249). Der er desuden betydelige forskelle mellem vestlige- og ikke-vestlige migranter og mellem forskellige typer af opholdsgrundlag, hvilket ikke altid inddrages i analyserne. Voksne ikke-vestlige migranter har betydeligt lavere dødelighed end etniske danskere og vestlige indvandrere, men igen er der store etniske forskelle. Det er dog et falsk billede af virkeligheden, for ser man på dødsårsagerne, så har ikke-vestlige indvandrere samlet set betydeligt lavere dødelighed af kræftsygdomme, hjerte-kar-sygdomme, lungesygdomme (og ulykker), selvom der er enkelte etniske grupper der ligger tæt på etniske danskere i denne sammenhæng. Fordi flygtninge ofte ryger mindre og indtager mindre alkohol end etniske danskere (som ifht. Andre europæiske lande drikker og ryger relativt meget), så har flygtninge i Danmark en ”kunstigt” længere overlevelse i statistikken end flertallet af danskere (250). Ser man på de diagnoser, hvor flygtninge har en overdødelighed, så er der tale om akutte og kroniske infektioner (Tuberkulose, HIV, hepatitis) og de kræftformer der er associeret med dem. Hvis ikke-vestlige indvandrere havde samme tobaks – og alkoholforbrugsmønster som etniske danskere, så ville ikke-vestlige indvandrere have en betydeligt højere dødelighed end etniske danskere. Dertil kommer at de nævnte infektioner, der især rammer ikke-vestlige indvandrere med høj dødelighed, både kan forebygges og behandles. Man skal være opmærksom på at der er store forskelle i f.eks. rygning (og misbrug) mellem etniske grupper, hvorfor analyser altid bør tage højde for etniske forskelle (251).

Sygelighed

Sammenligner man dødeligheden af blodprop i hjertet og af blodprop i hjernen for den samme etniske minoritetsgruppe på tværs af europæiske lande, så er der påfaldende forskelle, hvor det danske sundhedsvæsen ikke udmærker sig (26, 30). Samme forskel er påvist for tyrkiske gravide i forskellige europæiske lande, hvor der er højere risiko for dødfødsel og neonatal død i Danmark end i andre lande (252). I nordisk sammenhæng, så har Danmark haltet bagefter de andre lande idet vi har oplevet faldende middellevetid. 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 være i særlig risiko for ikke-smitsomme sygdomme som følge af fedme og utilstrækkelig fysisk aktivitet. Juridiske rettigheder skal måske udvides, men sundhedsvæsenet er også nødt til at blive mere migrant-venligt på andre måder f.eks. ved at formindske sproglige og kulturelle barrierer, forbedre de etniske kliniske kompetencer blandt sundhedspersonale og ved at øge health literacy blandt flygtninge/indvandrere (253).

Der er påvist en højere forekomst af hjerte-kar-sygdomme blandt tyrkiske og pakistanske indvandrere end etniske danskere, mens risikoen for blodprop i hjertet kun var forhøjet for tyrkiske mænd og pakistanske mænd og kvinder, mens der ikke var forskelle ifht jugoslaviske indvandrere eller tyrkiske kvinder (254).

Der er betydeligt højere risiko for diabetes blandt tyrkiske (18,9 %) og libanesiske (19,8 %) indvandrere end blandt etniske danskere (3,6%) og der er større risiko for ringere diabetes kontrol i samme minoritetsgrupper (255). Både libanesiske og tyrkiske indvandrere har højere risiko for at udvikle diabetes i modtagerlandet end i deres hjemland (256). Ikke-vestlige migranter har en højere incidens af diabetes end baggrundsbefolkningen og den stiger hurtigere blandt migranter og den øgede prevalens kan delvis forklares af den øgede incidens (29). Der er klare retningslinjer for statinbehandling af diabetikere, men pakistanske, tyrkiske og jugoslaviske patienter blev sjældnere sat i statinbehandling efter opstart af antidiabetisk behandling end etnisk danske diabetikere, der starter behandling (257). I en svensk diabetes undersøgelse (type 2) blev etniske minoritetspatienter sjældnere behandlet med insulin og blev sjældnere henvist til vurdering på specialafdeling end etnisk svenske diabetespatienter (258). Voksne med anden etnisk herkomst end dansk og deres voksne efterkommere, har et dårligere selv vurderet helbred end flertallet af etniske danskere – en effekt, der forstærkes af socioøkonomiske faktorer (42). På trods af veldokumenteret ringere adgang til forebyggelse, behandling og efterbehandling er der meget få studier af barrierer indenfor selve sundhedsvæsenet og årsagerne til ulige *outcome* af behandling i Danmark og i Norden (172).

I nogle tilfælde kan adgangshindringer skyldes at der mangler specifikke lægefaglige kompetencer indenfor sygdomme, der kræves specielt til etniske minoritetsgrupper. Dette kan omfatte sygdomme såsom hæmoglobinopati, det vil sige, seglcelleanæmi blandt folk i vestafrikanske oprindelse og West indisk afstamning og thalassæmiGuinea⁸⁷ blandt populationer fra det sydlige Asien og fra Middelhavet, PTSD blandt flygtninge fra væbnede konflikter eller naturkatastrofer (259). Det kan ligeledes dreje sig om særlige parasit infektioner der præsenterer sig med mange eller diffuse organmanifestationer som f.eks. Strongyliodes, ekinokoksygdom og dværgbændelorm. Familiær Middelhavsfeber er på andre måder en vanskelig diagnose og behandling og kontrol kræver gode kommunikative egenskaber baseret på etniske kompetencer (260). Mange generaliserede parasit og bakterielle infektioner ledsages af rheumatiske manifestationer som er karakteristiske, men hvor sammenhængen ofte overses (261). Endelig kan udredning og behandling af laktose intolerans volde almindelige læger problemer pga. det tilfældige og individuelle kliniske billede, der kompliceres af sprogbarrierer. Adgang til lægelig ekspertise for sygdomme der næsten udelukkende ses blandt minoriteter, er ofte kompromitteret fordi ekspertisen ikke er et generelt befolkningsbehov. I modsatte tilfælde så er der sygdomme som f.eks. cystisk fibrose, sarkoidose og coeliaki som kan være relativt sjældne i nogle etniske mindretalsgrupper. Begge eksempler er knyttet til variationer i behovet for visse lægelige kompetencer i etniske minoritetsgrupper. Men selv når behovet er lille, bør sundhedsvæsenet tage højde for den kendsgerning, at forskellige befolkningsgrupper stadig kan være i risiko, og også at deres risikoprofil kan ændre sig over tid, især hvad angår de betingelser, der er knyttet til levevilkår, livsstil og miljø faktorer samt genetiske faktorer.

Endelig er lighed i adgang til effektiv akut medicinsk behandling en udfordring dels fordi der er en række uafværgelige økonomiske omkostninger forbundet med sprogbarrierer ikke mindst udenfor dagtid men lige så meget fordi diskussionerne om lighed i denne sammenhæng lettere præges af politiske, administrative og økonomiske argumenter end rent lægelige og lægemoralske overvejelser (262, 263). Et australsk hospitals studie påviste sammenhæng mellem de ansattes fordomme og forestillinger om patienter og sprogbarrierer og valg af sygehus tilbud. Særligt synes der at være tale om ubevidste processer hos de ansatte baseret på ikke- sundhedsfaglige følelser som: ikke at bryde sig om forskelle, frygt for forskelle, intolerance overfor forskelle, frygt for konkurrence om sparsom sundhedsøkonomi, undertrykt fjendtlighed overfor forskelle eller regelret ignorering af forskelle (264).

En analyse af årsagerne påviste, at man har været meget tilbageholdende i Danmark med at formindske og forebygge ulighed i sundhed både sundhedspolitisk og socialpolitisk og især hæfter analysen sig ved de manglende specialtilbud til flygtninge/indvandrere i det danske sundhedsvæsen (265).

Der er i registerstudier fra sammenlignelige lande fundet signifikante forskelle i perinatal sundhed mellem sociale lag lige fra for tidlig fødsel til lav fødselsvægt, fødselskomplikationer, medfødte lidelser, neonatal- og spædbørnsdødelighed – forskelle der varierede med de studerede tidsperioder og etnisk gruppe (266). Nogle etniske grupper (Somaliske, tyrkiske og pakistanske) har en højere perinatal og spædbørnsdødelighed end etnisk danske (267).

Kræftsygdomme

Etniske minoritetskvinder tilbydes/anvender i mindre grad screening for livmoderhalskræft, brystkræft og tarmkræft end etnisk danske kvinder, der er store etniske forskelle og uddannelsesniveaue, men det forklarer ikke hele forskellen (268-271). Ofte er der ulighed i anvendelse af flere kræftforebyggelses tilbud f.eks. både HPV-vaccination og *smear* undersøgelse (272).

Etniske minoritetsdanskere har lavere forekomst af følgende kræftformer: øre-næse-hals, brystkræft, underlivskræft, lungekræft, testikelkræft og kolo-rektalcancer (273-275). I samme undersøgelse havde etniske minoriteter højere forekomst af kræftformer forbundet med kroniske infektioner (f.eks. hepatitis B og C, HIV) end etniske danskere.

Graviditet og fødsel

Der er højere forekomst af psykisk sygdom blandt gravide kvinder med anden etniske herkomst end dansk (276). Gravide flygtninge/indvandrere har hyppigere anæmi end etnisk danske gravide (277). Nogle etniske minoritetsgravide føder hyppigere for tidligt mens alle etniske minoritetsgrupper hyppigere føder børn med lav fødselsvægt (278). Der er en signifikant højere frekvens af alvorlige perinatale events blandt flygtninge/indvandrere (279).

Hospitalsindlæggelser

Der er ikke lavet studier i Europa, men i USA har begrebet "*Avoidable hospitalisations*" været undersøgt i en del studier og man finder at etniske minoriteter signifikant hyppigere end andre bliver indlagt uden der var grund til det eller indlægges fordi de ikke har modtaget tilstrækkelig behandling i primærsektoren (280). I England fandt man at patienter med sprogbarriere oftere end andre patienter, indlægges på den forkerte afdeling, hyppigere udskrives for hurtigt og oftere genindlægges.

Flygtninge/indvandrere (FI), specielt relativt ny ankomne, anvender oftere akut medicinsk hjælp med relativt ikke akutte tilstande og de har flere besøg hos deres praktiserende læge end andre danskere. Dette er specielt udtalt for FI med kort eller ingen skoleuddannelse. Selvom FI har flere besøg, er de stadig mindre tilfredse med kvaliteten af behandlingen og det tilskrives af begge parter at kommunikationen er besværliggjort, sparsom forståelse for den kulturelle sammenhæng og modstridende opfattelser af hvad lægens og patientens roller er hver især. De sundhedsansattes begrænsede etniske kompetencer og patienternes viden, oplevelser og forventninger påvirker patienternes tilfredshed og tryghed ved sundhedsvæsenet såvel som deres motivation for at anvende systemet igen (281-285). En dansk undersøgelse fra 2020 påviste at etniske minoriteter havde længere ventetid end andre danskere til en række rutineindgreb som f.eks. operationer for grå stær og prostatahypertrofi (286). Undersøgelsen viste desuden at der var en social og geografisk skævhed i hvem der anvender behandlingsgarantien til at blive behandlet i det private sundhedsvæsen, herunder etniske minoriteter.

Diskrimination og helbred

Stress anses i højere og højere grad for at være én af de centrale sociale determinanter for sundhed og vedvarende diskrimination fører til stress (287-289). Kontinueret diskrimination pga. hudfarve eller etnicitet kan føre til en tilstand med PTSD-lignende symptomer (290). Et europæisk studie af depressions risiko blandt etniske minoriteter fandt at risikoen snarere var et resultat af social og økonomisk udsathed i kombination med etnisk betinget forskelsbehandling, der var årsagen til en højere risiko for depression i gruppen (291). Når en person opfatter selv (jeg'et) som et direkte mål for diskrimination skader diskrimination det psykiske helbred på lang sigt. Forskelsbehandling pga. hudfarve/etnicitet og egentlig racisme påvirker minoriteters psykiske og fysiske helbred gennem subtile og skjulte mekanismer. Selvom videnskaben har påvist at der eksisterer fordomme, stereotyper, fjendtlige holdninger mellem etniske grupper og deres ofte implicite og automatiske karakter, vides der relativt lidt om deres påvirkning af helbredet. Oplevelse af diskrimination og forskelsbehandling i samfundet generelt, kan påvirke helbredet på flere måder. Helbredseffekten afhænger af hvordan man reagerer på oplevelsen og af alder, køn, etnicitet, tilknytning til arbejdsmarked, opholdsgrundlag, identitet og socialt netværk. En grundlæggende

analytisk udfordring er sammenhængen mellem forskelsbehandling og socioøkonomiske forhold. Der er meget der tyder på at livslang oplevelse af etnisk betinget forskelsbehandling forhindrer at den enkelte kan opbygge den sociale kapital, der er nødvendig for uddannelse og arbejde (292, 293).

Flere reviews fandt at diskrimination var forbundet med følgende helbredsproblemer: dårligere selvrapporert helbred, multisygdom, rygning, alkoholforbrug, misbrug, overvægt, hjerte-kar-sygdom, diabetes, seksuel dysfunktion, ensomhed og søvnforstyrrelser (288, 294). Man fandt også en sammenhæng med øget HIV-risiko adfærd, forsinkelse af lægebesøg, mindre tilslutning til forebyggende sundhedstilbud som cancerscreening, rygestop og kostvejledning. Sammenhængen mellem diskrimination og påvirket fysisk/psykisk helbred er fundet i et studie fra Finland (295). Oplevet diskrimination og fremmedfjendske kommentarer på arbejdspladsen er blandt spanske migrantarbejdere og etniske minoriteter i England, forbundet med dårligere psykisk helbred og lavere livskvalitet end majoritetsbefolkningen (296, 297).

Et interessant tværeuropæisk studie (Tyskland, Holland og Sverige) blandt unge med minoritetsbaggrund fandt at oplevet fremmedhad på sociale medier og oplevet diskrimination i nattelivet, i offentlig transport eller fra politi/sikkerhedsvagter) var associeret med øget risiko for psykosomatiske symptomer (298). Børn er ud til generelt at være mere helbredsmæssigt følsomme for diskrimination end voksne og varigheden er afgørende (299). Et studie blandt tyrkiske migranter i Holland påviste at mere overordnet strukturel forskelsbehandling i samfundet påvirkede gruppeidentitet og førte til ringere fysisk og psykisk helbred (300). Der er behov for at studier på dette felt anvender intersektionelle forskningstilgange da magt, identitet, forskelsbehandling og sexismen har meget varierende udtryk (301).

Helbredsbedømmelse af nyankomne flygtninge

Der er i praksis ingen bredere sundhedsmæssig modtagelse af flygtninge i Danmark og selv i tilfældet med kvoteflygtninge, hvor der er et vist juridisk grundlag for en specifik sundhedsmæssig modtagelse, så er modtagelsen sporadisk og halvhjertet de fleste steder i landet (302). En sundhedsmæssig basal screening af FN-flygtninge forsvandt, i realiteten, i forbindelse med at screeningen overgik til kommunerne og de praktiserende læger i midten af 80'erne (303). Flere senere undersøgelser tyder på at det ikke var en hensigtsmæssig beslutning (302, 304). Det Norske helsetilsyn konkluderer på samme måde i deres rapport om flygtninges sundhedsmæssige modtagelse i kommunerne at nyankomne asylsøgere, flygtninge og familiesammenførte risikerer ikke at få nødvendige sundhedstilbud fordi kommunerne ikke sørger for at informere dem om sundhedsvæsenet. Mange kommuner har for dårlig oversigt over de ny ankomne til at sikre forsvarlig tuberkulosekontrol. Kommunerne er for lidt opmærksomme på andre smitsomme sygdomme. Ny ankomne som er psykisk syge rammes også af et svigt i psykiatrien (305). I en ny kommentar i *The European Journal of Public Health* anbefales helbreds screening af nyankomne flygtninge fordi det ikke alene kommer flygtninge til gode, men er en samfundsmæssig fordel (306).

Senere i livet i modtagerlandet har de sundhedsprofessionelle svært ved at forstå og at inddrage etniske minoritets patienters liv **før** de kom til modtagerlandet, hvilket ofte fører til fejlslagne undersøgelsesprogrammer, lav behandlingskvalitet, lægefejl og ringe effekt af sundhedspædagogiske tiltag (51, 173, 174, 218). Aktuelle livsvilkår og bekymringer er sjældent i fokus ved planlægning af undersøgelser, men kan også have betydning for patienters deltagelse i kliniske undersøgelser, hvis hensigten med dem ikke er helt klar (175). Betydningen af livshistorien i behandling og adherence er veldokumenteret (51, 173, 220, 307, 308).

Case 1

46-årig kvinde, der beder egen læge om at blive henvist til klinikken pga. diffuse smerter og træthed. Egen læge skriver: siden ankomsten til Danmark klaget over smerter, træthed og nattesved, undersøgt på flere lokale sygehuse uden resultat. Har jernmangel og tager jerntilskud. Kan ikke længere klare sit rengøringsjob. Efter egen læges opfattelse er patientens klager reelle og uden psykisk overbygning. Patienten selv oplyser at hun er psykisk stærk, men at hun er fysisk træt. Patienten bedes over 3 samtaler at redegøre for sin livshistorie. Patienten har mange voldelige oplevelser fra 12-årsalderen. Måtte flygte

gennem ørkenen højgravid. Hun har mareridt og genoplevelser, men har valgt at de ikke må betyde noget. Talte med psykolog ved ankomsten til Danmark men denne sagde at patienten skulle være stærk så skulle det nok gå. Ægtefællen er svært psykisk påvirket af krigsoplevelser, har sukkersyge og nyresvigt (er nu i dialyse) og blev fyret fra sit job pga. mange sygedage. Herefter fik ægtefællen yderligere psykisk deroute og patienten er nu som et barn, hvor han før tog sig meget af børnene således at patienten kunne tage på arbejde. Patienten får tiltagende hukommelsesbesvær, oplever stress i hjemmet og mister sit danske sprog, hvilket børnene gør grin med: "Så må jeg tage en metalskjorte på". En søn med psykiske problemer er i fængsel og ham har hun valgt at glemme. Er glad for sit liv i Danmark, men pres fra familie, ægtefælle, kommune og smerter får hende til at opgive at gøre noget ved sin situation. Patienten føler sig som enlig mor til 9 mod før 8 børn, men møder ikke forståelse hos sagsbehandleren, der meget vedholdende ignorerer klinikens anmodning om mere skånsom aktivering tidsmæssigt. Udover smerter i hænder, fødder, ryg har patienten udtalt blødningsforstyrrelse og urininkontinens. MR-scanning af ryggen viser en discus prolaps, der forklarer ryg og ben smerter. Patienten har laktoseintolerans men husker ikke informationen fra diætvejledningen og viser sig at have astma som årsag til de smerter patienten har i brystkassen. Ved gastroskopi findes udtalt reflux. Nakkesmerter skyldes discusprolaps i nakkerygsøjlen. Hovedpine skyldes kronisk bihulebetændelse ved CT af bihuler. Det viser sig at patientens datter, der har to små børn, har en svær bindevævssygdom som betyder at patienten ofte må hjælpe til. Patienten har søgt hjælp til datteren, men fået afvisning. Har søgt pension men afvist. Søgt kontanthjælp, men afvist da ægtefællen fik en mindre forsikringssum udbetalt da han fik konstateret kronisk nyresygdom. De penge er givet til en søn, der skal studere i USA, men kommunen afviser stadig kontanthjælp. Patienten henvises til traume og torturbehandling med god effekt af behandlingen. Klinikens socialrådgiver tager kontakt til alle aktører i hjemkommunen og informerer, efter patientens accept, om patientens situation. Patienten føler sig låst og handlingslammet og har selvmordstanker, der dog ikke er konkrete.

Kommentar:

Langt de fleste studier af etniske minoriteters sundhed har fokus på patientoplevelt adgang og barrierer i mødet med sundhedsvæsenet, selvoplevet helbred, levevilkår, kultur og livsstil, forbrug af sundhedsydelse (herunder skadestuekontakter og indlæggeshyppighed), diagnoser og genetik. Men der eksisterer ikke studier af de faglige barrierer patienter med anden etnisk baggrund end dansk mødes med i det danske sundhedsvæsen også kaldet "behandler bias" (309). Indvandrere mangler helt basale systemkompetencer, de er hyppigere end etniske danske ensomme og er funktionelle singler uden det sociale netværk vi normalt forventer at se omkring borgere og patienter (310). Når sundhedsvæsenet og de sociale myndigheder samtidig ikke er i stand til at tilpasse deres tilbud til de socialt udsatte så er der stor sandsynlighed for at patient forløb i sygehusvæsenet aldrig startes, forsinkes eller stoppes uhensigtsmæssigt.

Case 2

41-årig patient henvender sig i et lokalt sundhedscenter sammen med en ven efter at der har været tolket sundhedsundervisning få dage før på sundhedscenteret om bla. PTSD symptomer. Patienten føler sig syg og mener symptomer passer på det der blev sagt til undervisningen: falder i søvn kl. 5 om morgenen, 1 time før familien står op. Har mange onde drømme, Har smerter i knoglerne og tænker det er kræft. Kan ikke tåle uro og støj, bange for der er nogen der gemmer sig i skabene. Der kører hele tiden film om sin lille dreng, der døde i Somalia. Gik i gymnasiet og blev uddannet lærer i hjemlandet. Mistede en 2 måneder gammel søn fordi de ikke kunne få lægehjælp. Da soldaterne kom, gravede de graven op for at lede efter guld og smykker så hun måtte begrave barnet igen. Flere af børnene blev såret af soldaterne og har stadig fysiske mén, som minder patienten om krigen. Flygtede til lejr i Kenya og Etiopien og kom til Danmark, hvor patienten hurtigt fik en uddannelse. Oplevede at naboens lejlighed brændte og antændte patientens lejlighed, der brændte ned med alle ejendele. Det betød at patienten ikke længere turde sove om natten. Patientens forældre døde af et granatangreb uden patienten nåede at have kontakt med dem i hjemlandet. Fik i forbindelse med et udlandsbesøg mavesmerter igen, det havde patienten haft længe, men lægen havde

ikke rigtig forstået det. Patienten blev opereret akut og havde kræft i underlivet. Havde mange komplikationer og kemokuren var svær at komme igennem. Har svært ved at tale om fortiden men tøes op ved at tale om børnene der er dygtige i skolen og opbygning af tillid gennem flere samtaler. Pga. den traumatiske historie, der kommer frem sammen med kræftsygdommen, henvises patienten til Indvandrermedicinsk Klinik. Har årlige kræft kontroller, men har murren i maven og er bange. Der aftales en fremskyndet sygehuskontrol, som beroliger patienten. Kan ikke tale om kræft med familie eller venner og er glad for at kunne tale om det med sygeplejersken. Der søges legater til husleje efter et patienten mistede sin pung med 1 måneds husleje. Patienten henvises til Traume og tortur behandling med god effekt. Er glemsom og har svært ved at huske aftaler. Støttes til at huske aftaler. Der etableres kontakt med sagsbehandler omkring boligflytning. Flytningen virker stress reducerende. og patienten får bedre nattesøvn gennem beroligende musik. Støttes i ansøgning om økonomisk flyttehjælp. Tildeles førtidspension og vil gerne have hjælp til at skrive sin livshistorie ned så andre kan lære af den.

Problemfelter i Indvandrermedicinsk klinik

Mens forskningen i etniske minoriteters sundhed koncentrerer sig om ulighed i sygdomsrisiko og adgang til sundhedsvæsenet, så afspejler de henviste patienter til Indvandrermedicinsk klinik en urskov af kliniske problemstillinger, der er forstyrret eller overskygget af dårlige erfaringer, sociale, sproglige, økonomiske og videnskæssige udfordringer iblandet psykiske problemer som angst og depression samt krigsoplevelser, PTSD og personlighedsforstyrrelser. I tabel 5 ses de hyppigste problemer der ligger bag de henviste patienter.

Tabel 6. Problemfelter i Indvandrermedicinsk Klinik 2008-2018

Sociale primærproblemer	PTSD (herunder hele familien ramt), sekundær traumatisering
Svær sygdomsangst	Nyankomne flygtninge (under 3-4 års ophold)
Multiple u-forklarede symptomer	Ikke-flygtninge (arbejds migranter, familiesammenførte)
Kroniske smerter	DK: voldsofre, ulykker, PTSD pådraget i Danmark
Ryg gener	Ældre migranter
Palliation, døden og den døende	Familiesammenførte fraskilte
Forløbskoordination i sygehus regi	Tidligere børnesoldater, tidligere tvungne soldater
Compliance i kræftudredning og behandling	Voksne seksuelt misbrugte som børn
Oversete kognitive tab	Svære kroniske tandsygdomme, tandskader
Syns- og hørenedsættelse som kommunikationsbrist	Overvægt med bevægeapparatssmerter
Fertilitet, familieplanlægning, nybagte forældre	Personlighedsafvigelse med somatiske sygdomme eller somatiske symptomer
Konflikter/uenigheder om sygdomsårsager/behandling (vrede mod sundhedsvæsenet)	Fysiske og psykiske handicaps, pårørende til personer med fysiske/psykiske handicaps
Sammenstød mellem sygdomsforståelser	Svær overvægt
Familiepres ifht. Fertilitet, helbred, pension	Genhenviste
Arbejdsmedicinske sygdomme og arbejdsulykker	
Tidlig nedslidning – f.eks. Voksne med en meget tidlig debut på arbejdsmarkedet (6-7 års alderen)	
Følger efter andre ulykker (trafik, overfald, vold)	

Ulighed i behandlingskvalitet

Studier af den kliniske kvalitet som etniske minoritetspatienter møder, er sparsomme, særligt indenfor hospitalsvæsenet, mens der er flere studier fra almen praksis (311). Samme gælder studier af sammenhængen mellem behandlingskvalitet og læsefærdigheder/health literacy (sundhedskompetencer). En række studier peger direkte eller indirekte på hvilken effekt de faglige barrierer og flaskehalse har på sygehusenes kerneområder: specialiseret undersøgelse, behandling, lindring og information af patienter uanset social status, uddannelse eller herkomst. Der udføres flere undersøgelser på etniske

minoritetspatienter med sprogbarrierer (312). Det tager længere tid at gennemføre undersøgelserne og opholdet på sygehuset varer længere, mens etniske minoritetspatienter hyppigere end andre patienter fik intravenøs medicin og væsker (313). Kvinder af anden etnisk herkomst end flertallet modtager mindre hyppigt hormonbehandling på sygehus end andre kvinder, uanset sprogbarrierer (314, 315). I palliativ smertebehandling ved cancer fik kun 1/3 af etniske minoritetspatienter de anbefalede doser i henhold til guidelines. Der var store forskelle mellem etniske grupper der tydede på at jo større sprogbarriere jo mindre blev guidelines fulgt (316, 317). Etniske minoritetspatienter var mindre tilbøjelige til at komme til aftalt kontrol på sygehuset efter udskrivelse og var mere tilbøjelige til at stoppe en iværksat medicinsk sygehusbehandling end andre patienter og brugte hyppigere skadestue i stedet for behandlende afdeling efter udskrivelse (318). Diabetes type 2 patienter med sprogbarriere fik markant bedring i sukkersyge regulering da de fik tilbudt tolk til alle samtaler (319). Selv når man korrigerer for andre risikofaktorer (rygning, social status, uddannelse, BMI, indtægt) så er der globalt set store etniske forskelle i diabetes dødelighed, komplikationsrate, nyresvigt og behandling, som der ikke intervereres imod (320). I multivariat analyse af hvilke faktorer der påvirker diabetikers kontrol af deres blodsukker, var sprogbarrierer og etnicitet uafhængige risikofaktorer for dårlig diabetes styring når der blev taget højde for andre socioøkonomiske og behandlingsmæssige faktorer (321). Etniske minoritetspatienter med psykiske problemer blev hyppigere indlagt til behandling hvis de havde samtaler med tolkebistand eller med tosprogede læger og sygeplejersker (322). Patienter med sprogbarrierer havde betydeligt sværere ved at redegøre for deres egne diagnose, behandling og plan for opfølgning på sygehus (323). Patienter med sprogbarrierer klagede dobbelt så hyppigt som andre patienter over at de ikke var sikre på mulige bivirkninger af- og komplikationer til deres behandling. De patienter med sprogbarrierer, der følte de havde fået for lidt forklaring om bivirkninger, var også mere tilbøjelige til at stoppe behandlingen eller at tage medicin i mindre doser (324). Halvtreds procent af tyrkiske kvinder forstod i en tysk undersøgelse af gynækologiske konsultationer den information der blev givet mens 90 % af de etniske tyske kvinder forstod hvad gynækologen havde informeret om. Studiet fandt desuden at jo mindre tysk sprog man kunne og jo mindre man vidste om gynækologiske sygdomme i forvejen, jo mindre fik patienterne ud af den information der blev givet hos gynækologen (325, 326). I et amerikansk studie så man på om patienters viden om og forståelse for deres diagnose og behandling var afhængigt af om der var sprogbarriere, om der blev anvendt tolk til samtalen eller de mente de burde have haft tolk. Her følte 67 % af dem der ikke havde brug for tolk at de havde god eller særdeles god viden om deres sygdom, blandt dem der havde haft tolk med til samtalen svarede 57 % at de havde god viden om deres sygdom mens 38 % følte de havde god viden blandt dem der mente de **burde** have haft en tolk, men ikke havde det (327).

I videofilmte samtaler mellem patienter med og uden sprogbarrierer og deres læge fandt man at patienter med sprogbarrierer stillede færre spørgsmål til lægen og blev sjældnere end andre patienter opfordret af lægen til at stille spørgsmål til sygdom, undersøgelse eller behandling (328). Patienter med sprogbarrierer nævner færre symptomer end andre patienter og i særlig grad nævnes søvnløshed, angst eller tristhed ikke spontant ved generel udspørgen. Traumatiske oplevelser, indespærring, tortur eller døde/forsvundne familiemedlemmer nævnes konsekvent ikke af patienter med sprogbarrierer og kom udelukkende frem når der blev anvendt tolk. Beskrivelsen af sidstnævnte oplevelser krævede et ordforråd og en sprogbeherskelse som stort set ingen af patienterne havde (322).

I en undersøgelse af 2400 patienter, der havde været indlagt på en akut modtageafdeling på et sygehus, fandt man at klart flere patienter med sprogbarriere end andre patienter var utilfredse med behandlingskvalitet, patientinformation og opfølgning og var mindre tilbøjelige til at ville lade sig indlægge samme sted igen (329).

Kvaliteten i en læge-patient samtale blev af patienten bedømt generelt mere negativt når der var tale om patient med sprogbarriere. De områder der blev givet særlig negativ bedømmelse var: imødekomme patient behov, forklaringer, udvisning af respekt, samtalens forløb og aftaler om opfølgning (330).

Etniske minoriteter oplever barrierer ifht. praktiserende læger og bruger i stedet 112 som adgang til sundhedsydelse. Forskellige opfattelser af risiko påvirker adfærd og kan være så langt fra de danske sundhedskampanjer, der derfor rammer helt forbi målgruppen eller opleves ekskluderende af målgruppen (331). Etniske minoriteter mangler viden om eksisterende sundhedstilbud og beder bla. om en mere

generel introduktion til sundhedsvæsenets opbygning. Sundhedsvæsenet er strømnet og effektivt, men passer ikke til førstegenerations indvandrere der ikke kan sproget og som er socialt isolerede. Uopfyldte behov for tolk medfører utryghed og mistillid og manglende viden om undersøgelser og behandling (332-334). Sprogbarrierer og manglende respekt fra lægens side opleves som de største problemer fra patientens side (335). Sprog og fjernelse af sprogbarrierer er også centralt for patienters tillid til personale (336). Personalet oplever at sprogbarrierer medfører at informationen der gives, ikke er på højde med den andre patienter får (332). Personalet har tendens til at generalisere ud fra enkelt stående dårlige oplevelser: somaliere er sådan og sådan, tolke er for dårlige (334). Patienter oplever at lægen ikke er lydhør og at de ikke inddrages i beslutningsprocesser (333).

Generaliseringer i sundhedsvæsenet gør at man bliver opfattet som en homogen (besværlig) gruppe. Det depersonaliserer og fremmer en oplevelse af at være i vejen og til besvær (Gormsen 1998). Mette Breinholdt beskriver således meget fint "åh-nej patienten" (på engelsk "*heart sink patient*") i et blogindlæg på Ugeskrift for Lægers blog (337).

Ulighed i kliniske beslutninger

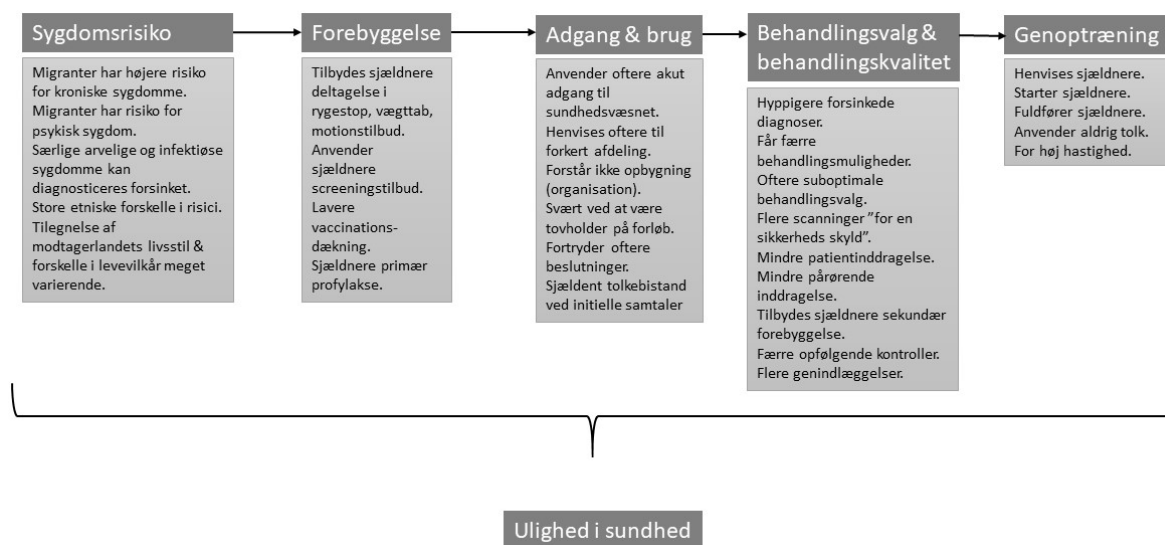
Der er evidens for at læger over applicerer epidemiologiske fund i individuelle sammenhænge, som forhindrer lægen i at inddrage individuelle informationer i den kliniske beslutningsproces og forstærker marginalisering af etniske minoriteter i læge-patient samtaler (243). Det er også blevet vist at lægers differentialdiagnostiske overvejelser i høj grad er påvirket af lægens opfattelse af patientens etniske tilhørsforhold. De diagnoser lægen fokuserer på, udvælges delvist på grundlag af ikke-lægefaglige tegn såsom formodet etnicitet og applikation af generelle epidemiologiske fund på den enkelte patient uden tilstrækkelig inddragen af person specifikke vilkår og behov (338). Bekymrende nok, så kan lægens diagnostiske kvalitet ligeledes påvirkes af irrelevante faktorer f.eks. i diagnose af brystkræft og depression, men særligt ejendommeligt, og tankevækkende, er det at læger føler sig mere sikre på deres diagnose jo højere uddannelse patienten har (339, 340). I et studie af lægers beslutningsprocesser fandt man at jo flere diagnostiske eller behandlingsmæssige valgmuligheder læger stilles overfor (eller stiller sig selv overfor) jo mere usikre bliver de og jo mere tilbøjelige er de til at vælge ikke at behandle eller, at vælge den simpleste behandling og jo mere tilbøjelige var de til at vælge en sikker "konservativ" diagnose. Studiet påpeger at ved patienter med komplicerede sammensatte problemstillinger bør læger være klar over at de risikerer at foretage uhensigtsmæssige og forkerte valg af diagnose og behandling (341)

Der er desuden evidens for at læger, ofte ubevidst, formidler ikke-lægefaglige sociale værdier, i læge-patient samtalen, som kan få afgørende betydning for patientens adherence, behandlingskvalitet og effekt af behandlingen. Der kan være tale om moralske værdier som f.eks. at man må yde før man kan nyde, selvforsørgelse, egenomsorg, uddannelse og tilegnelse af information eller det kan være at lægen tydeligt signalerer lavere forventning til succes af undersøgelser, behandling eller evne til at følge kontroller pga. uddannelse, etnicitet, manglende netværk eller andre stigma (342, 343).

Eksempler på områder hvor der mangler danske undersøgelser af etnicitetens betydning: hypertensionskontrol, blodprop i hjernen, receptudskrivelser, diabetisk retinopati, nyreinsufficiens, hjerteinsufficiens, følger efter meningitis samt apopleksi området (344). En hollandsk undersøgelse af thrombolysen ved blodprop i hjernen viste store etniske forskelle i adgang og effekt (345). Et andet hollandsk studie påviste store etniske forskelle i kontrol af diabetes 2 bedømt på HbA1C (346).

Hvis der ikke tages højde for det påvirker sprogbarrierer lægens måde at optage sygehistorie på og gør det svært at få en sammenhængende historie der giver mening medicinsk forstand og ender ofte med mange huller i informationen der kan føre til fejldiagnoser (347). Sygdomme hvis diagnose kan være vanskelig pga. at mange organer kan være involverede og som udvikler sig over mange år diagnosticeres meget sjældnere blandt etniske minoriteter, som f.eks. bindevævssygdommen Lupus (348). Stort Canadisk befolkningsstudie med knap 37.000 personer viste at en PTSD-diagnose (korrigeret for socioøkonomiske faktorer, andre psykiske sygdomme) var signifikant sammenhængende med øget risiko for hjerte-kar-sygdom, lungesygdomme, kroniske smertetilstande, mave-tarm-sygdomme og kræft. PTSD-diagnosen hang derudover sammen med selvmords risiko, fysisk og psykisk handicap og lav livskvalitet (349).

Figuren nedenfor er en forsimplet oversigt over påviste mekanismer i ulighed i sundhed blandt etniske minoriteter.



Figur 8. Mekanismer der kan skabe ulighed i sundhed blandt etniske minoriteter

Børn og barndom

Der er fundet højere forekomst af dødfødsler og spædbørnsdødelighed blandt nogle etniske minoritetsgrupper (Tyrkiet, Pakistan og Somalia), mens andre etniske grupper havde samme forekomst som majoritetsbefolkningen (Libanon og Jugoslavien) (252, 279, 350, 351). Der er desuden en højere forekomst af medfødte lidelser blandt etniske minoriteter (351). Suboptimal amning er hyppigere blandt etniske minoriteter, nogle mere end andre (352). Der er signifikant højere børnedødelighed (op til 5 år) blandt etniske minoriteter i Danmark og de kunne ikke forklares med socioøkonomiske forskelle (353). Ser man på dødsårsagerne blandt børn, er der en overdødelighed blandt indvandrerbørn på følgende diagnosegrupper: ulykker, medfødte lidelser/misdannelser, metaboliske og arvelige sygdomme samt kræft (353). Sygdomme der direkte forårsages af blodsbeslægtethed mellem forældrene er signifikant højere blandt etniske minoriteter, højest blandt børn af pakistanske eller tyrkiske forældre (354). Et skandinavisk review fandt at etniske minoritetsbørn/unge generelt havde dårlige sundhedstilstand end flertallets børn på følgende områder: diabetes, overvægt, tandstatus, psykiske udfordringer og livskvalitet og at det ikke alene kunne forklares med sociale forskelle (355). Der er tvivl om etniske minoritetsbørn har højere sygelighed end etnisk danske børn (356). Noget tyder på at migrant forældre går sjældnere til læge med deres syge børn end etnisk danske forældre, men der er flere studier, der tyder på en højere sygelighed blandt indvandrerbørn (357, 358). Der var desuden så store etniske forskelle, at de i nogle tilfælde var større end forskellen til børn fra majoritetsbefolkningen. Indvandrerbørn har klart færre tilfælde af mellemørebetændelse end etnisk danske børn – sandsynligvis fordi de kommer senere i daginstitution end etnisk danske børn (359). Minoritetsbørn mangler hyppigere D-vitamin, og har dårligere tandstatus end etnisk danske børn (360, 361). Flygtningebørn er mindre hyppigt vaccinerede i henhold til gældende retningslinjer og deltager mindre i børneundersøgelser hos praktiserende læge (362).

Blinde kliniske vinkler

Flere studier tyder på at de klinisk etniske kompetencer i det danske sundhedsvæsen er mangelfulde. I et studie af aldersstandardiserede mortalitetsrater per 100.000 for kardio-vaskulær sygdom havde etniske minoriteter med polsk afstamning bosiddende i Danmark en mortalitetsrate på 630 mens en etnisk minoritet af samme afstamning, men bosiddende i Frankrig, havde en mortalitetsrate på 150. Hvis man ser på personer af tyrkisk herkomst i 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. Samme mønster med højere dødelighed i Danmark sås også for cerebro-vaskulær sygdom (162).

Flygtninge/indvandrere lever længere end etniske danskere, fordi de ryger mindre eller begynder senere end etniske danskere, drikker mindre alkohol og sjældnere begår selvmord. Alligevel har indvandrere fra ikke-vestlige lande i Danmark en massiv overdødelighed af infektioner og kræftformer der følger af infektioner (137, 363). Der er tale om infektioner, der både kan forebygges og behandles så som tuberkulose, HPV, kronisk hepatitis og HIV.

Sprogbarrierer udgør formentlig sammen med fordomme og manglende viden blandt patienter og sundhedspersonale, de væsentligste årsager til forskelsbehandlingen. Migranter går f.eks. senere til deres praktiserende læge uafhængigt af socioøkonomiske faktorer (364). Mens de mekanismer der skaber sammenhængen mellem sprog, sprogbarrierer og helbred er ukendte, er konsekvenserne af sprogbarrierer klare: lavere compliance, højere sygelighed, flere lægefejl, alvorligere komplikationer og højere dødelighed ved sygdomme der kan forebygges og behandles (51, 78, 180, 363).

I den kliniske hverdag med etniske patienter ses, at behandler bias i form af stereotypi, fordomme og "kognitive smutveje" bliver lagt til grund for kliniske beslutninger, særligt i forhold til beslutning af om, der skal iværksættes et undersøgelsesprogram, i hvilket regi undersøgelser skal foregå, ved valg af undersøgelser, valg af behandlingskompleksitet, hvor mange forsøg der bruges på at opnå succes og varighed af ambulans opfølgning. De kerneområder, hvor vi hyppigst oplever u hensigtsmæssige patientforløb ses i tabel 1. I hvilket omfang behandler bias får lov at udfolde sig, er derimod meget forskelligt mellem sygehuse, sygehusafdelinger og de enkelte praktiserende læger. Da mønsteret er uforudsigeligt, besværliggør det etablering og fastholdelse af hensigtsmæssige patientforløb i behandlerkæder, fordi nogle led i "kæden" er svage eller for hurtigt giver op i et, øvrigt, veltilrettelagt forløb.

Tabel 7. Lægelige fund i Indvandrermedicinsk klinik. Patienter henvist med langvarige uafklarede helbreds og/eller compliance problemer.

Lægelig vurdering af det primære problem	Procent (N=134)
Oversete sociale, økonomiske eller psykiske problemer af væsentlig betydning ved sygdom/undersøgelse/behandling	31,5
Oversete eller ignorerede helbredsproblemer	25
Mistolkede eller fejlvurderede symptomer/sygdomme	18
Sygdomme der kræver særlige klinisk-etniske kompetencer (f.eks. arvelige blodsygdomme, familiær middelhavsfeber, visse psykiatriske lidelser, urin og afførings inkontinens)	5,7
Uløste eller forværrede helbredsproblemer pga. manglende sygehus koordination (5
Særligt støttebehov v. komplekse eller alvorlige compliance problemer, herunder undersøgelser ved livstruende sygdom	4,6
Patienten mangler central information/viden om behandling/medicin/sygdom	4,8
Undladelse af undersøgelse/behandling på ufagligt lægeligt grundlag eller pga. manglende faglig viden/indsigt	3,2
Undersøgelser startes ikke eller fuldføres ikke alene pga. sprogbarriere (f.eks. manglende tolk, pt. mangler information om plan og hvad der forventes)	2,0
Second opinion	0,2

Symptomer der hyppigt overses eller fejlfortolkes

Resultatet af de mange blinde vinkler i samtalen med den etniske minoritetspatient er at væsentlige helbredsforhold overses. Undersøgelser fra Indvandrermedicinsk klinik, infektionsmedicinsk afdeling, på Odense Universitetshospital, viser at næsten en tredjedel af de henviste patienter har oversete sociale, økonomiske eller psykiske problemer af central betydning for patientens symptombillede, compliance

svigt eller uafklarede kroniske tilstand (tabel 7). Hver fjerde patient har en decideret overset betydende helbredstilstand, mens hver femte har en helbredstilstand der var fejlvurderet eller misfortolket.

Eksempler på sygdomme og helbredsproblemer, hos flygtninge/indvandrere, som særligt hyppigt volder læger diagnostiske problemer, ofte pga. uklar eller svag symptomatologi eller sprogbarriere, er: PTSD, laktose intolerans, astma, seksuelle overgreb, fysisk mutilering begået af familiemedlem, kronisk bihulebetændelse, mindre fysiske handicaps, bindevævssygdomme, spinalstenose, somatiske følger af tortur, obstipation, hiatus hernie, bursitis, iskæmisk hjertesygdom, blødningsforstyrrelser, urin inkontinens, arvelige blodsygdomme og Familiær Middelhavsfeber, seksuel dysfunktion, personlighedsændringer og skizofreni, partnervold, angst med somatisk udtryk, skjulte granatsplinter/krigsskader og arbejdsskader (herunder arbejdsanamnese fra hjemland).

Tabel 8. Eksempler på sygdomme og helbredsproblemer, hos flygtninge/indvandrere, som særligt hyppigt volder læger diagnostiske problemer.

PTSD, laktose intolerans, astma, seksuelle overgreb, fysisk mutilering begået af familiemedlem, kronisk bihulebetændelse, mindre fysiske handicaps, bindevævssygdomme, spinalstenose, somatiske følger af tortur, obstipation, hiatus hernie, bursitis, iskæmisk hjertesygdom, blødningsforstyrrelser, urin inkontinens,	arvelige blodsygdomme og familiær middelhavsfeber, seksuel dysfunktion, personlighedsforstyrrelser og skizofreni, partnervold, angst med somatiske symptomer, skjulte granatsplinter/krigsskader og arbejdsskader/ulykker (herunder arbejdsanamnese fra hjemland).
--	--

I tabel 3 ses andre eksempler på hvordan symptomer/sygdomme er blevet fejlopfattet af læge (og patient).

Tabel 9. Eksempler på oversete eller fejlfortolkede symptomer og sygdomme. 134 patienter henvist til Indvandrermedicinsk Klinik med langvarige uafklarede helbreds og/eller compliance problemer. Henvisningsårsag og efterfølgende diagnose i IMK (i parentes).

Kultur shock (tuberkulose i ryggen)	Skuld smerter (godartet knude i overarmsknogle)
Demens (PTSD)	Skuld smerter (Tortur ophængning)
Dårlig begavelse (PTSD)	Nyretransplanteret med dårlig compliance
Gentagne arbejdsulykker (PTSD)	10 akutte indlæggelser (middelhavsfeber)
Smerter i fødder og knæ (Tortur følger)	Rollemodel dropper alle job og roller (blodprop)
Opereret for karpal tunnel syndrom (neurogene smerter pga PTSD)	Migræne (tandbylder, kronisk bihulebetændelse, gigt i spytkirtel)
Træthed, migræne, muskel-ledsmerter (Sarkoidose, nyresvigt, nervebetændelse, sukkersyge)	3 akutte indlæggelser med ondt i armen (blodkræft)
Træthed, synkesmerter, muskelømhed, sitren (hormon knude i bi-skjoldbruskkirtlen)	Ryg smerter (discus prolaps med varig lammelse)
Fibromyalgi og depression (PTSD, fingeret henrettet 3 gange)	Ikke god til at tage blodtryksmedicin (nyresygdom)
Ryg smerter (arbejdsulykker)	Smerter i nakken og føleforstyrrelser (medfødt misdannelse i rygmarven)
Ryg smerter (granatsplinter i ryggen)	Stoppede medicin for blodprop i hjertet fordi smerter fortsatte (brækket ribben)
Ryg smerter (afføringsinkontinens efter anal tortur)	Insulin sukkersyge stopper insulin (børnesoldat re-traumatiseres da han selv får børn)
Skuld smerter (ophængning under tortur)	Vietnameser sygemeldes og ændres psykisk (re-traumatiseret af oversvømmelse i kælder)
Pensionist med meningitis 2 gange (hovedtraume med defekt meninges, slået ned og tortur)	Skizofreni (astma)
Afviser gynækologisk undersøgelse (voldtaget af læger på hospital i hjemland)	Træthed (astma)
Voldsom reaktion på skanning (holdt skjult som barn i vandtank)	Voldsomme symptomer uden forklaring (forstoppelse)

Ung mand hyppige indlæggelser (Middelhavsfeber, far PTSD og angst) Overgangsalder (hormon knude i bi skjoldbruskkirtlen) etniske smerter (Kræft i lever, bryster, underliv, lunger) Bensmerter (spinal stenose) Diffuse smerter (Polymyositis) Nakkesmerter (halsribben) Uro i benene (astma) Rygsmerter (analfistler efter tortur) Træthed, diffuse symptomer (nyligt AMI og påvirket hjertefunktion) Ændres psykisk ved første barn (tidligere børnesoldat) Depression, træthed og sygdomsfornemmelse (blodkræft) Etniske muskelsmerter (Polymyositis og bivirkninger til kolesterol nedsættende medicin) Træthed (jernmangel anæmi) Barnløshed (medfødt kønsgen defekt) Patienten klager over at penis er for lille (impotens pga. dårlig økonomi) Uforklarede mavesmerter (laktoseintolerans) Uforklarede mavesmerter (svær obstipation pga. PTSD hukommelsessvigt)	Ondt i maven – somatiserende (Ovariesygdom, mælkesukker allergi, sukkersyge, blærepolypyper) Etniske smerter (rheumatoid arthritis) Diffuse symptomer (Strongyloides infektion) Bensmerter (granat skader) Diffuse mavesmerter (fibrom i uterus) Diffuse mavesmerter (mælkesukker intolerans) Diffuse mavesmerter (dværgbændelorm) Lændesmerter (fæces inkontinens) Somatisering og pensionsønske (arbejdsskade med tungt løft som barn i hjemland) Funktionelle etniske anfald (epilepsi ved Takayashus syndrom) Psykose med stemmehøring (tinnitus med maskinlyd) Smerter i benene (knuderosen) Uforklaret anæmi (heterozygot thalassæmi) Smerter ved samleje (mutileret efter gruppevoldtægt i hjemland, men ægtefællen ved det ikke) Smerter i brysterne (mor fjernet begge bryster pga. kræft) Urininkontinens men undersøgelser normale (glemmer toiletbesøg pga. PTSD hukommelsessvigt og udsat for vand deprivering som tortur)
---	--

Diagnostisk usikkerhed

I Danmark har patienter med anden etnisk herkomst en større indlæggelsesfrekvens på hjertemedicinsk afdeling på mistanke om blodprop i hjertet, men har som gruppe samme hyppighed af blodprop i hjertet som etnisk danske patienter (365). Etniske minoritetspatienter indlægges, pga. sprogbarrierer og diagnostisk usikkerhed, hyppigere "for en sikkerheds skyld" på hjertemedicinsk afdeling når der klages over lidt diffuse smerter i brystregionen. Et hollandsk studie påviste at etniske minoritetspatienter 5 gange hyppigere blev indlagt akut med diffuse smertetilstande (mave- eller ledsmerter) end baggrundsbefolkningen men til gengæld sjældnere blev indlagt med specifikke medicinske problemstillinger (366).

Der er mange uskreve regler og som etnisk dansker har man lært sig de fleste. Men det sker ofte at selv banale forklaringer eller planer misforstås fordi patienter af anden etnisk herkomst ikke kender "koderne". Det kan være at lægen, og hovedparten af etnisk danske patienter mener, det er indlysende at en rykirurg ikke kan tage stilling til skuldersmerter. Men hvis man som patient ikke ved, at der findes forskellige afdelinger på et sygehus, eller knap kan kende forskel på en læge og en sygeplejerske, ikke ved hvilken afdeling man er på, eller ikke ved, at der findes forskellige typer læger, så opstår der hurtigt misforståelser, skuffelser og en snigende mistro hos patienten, mens lægen vil opleve det som en bekræftelse på at indvandrerpatienter er utilfredse, svære og tidsrøvende. Løsningen er at rydde angst, misforståelser og stereotyper ad vejen, og erstatte dem med simple spørgsmål, der sikrer at patient og læge er enige om planen.

Der er evidens for, at læger overapplicerer epidemiologiske fund i individuelle sammenhænge, hvilket forhindrer lægen i at inddrage individuelle informationer i den kliniske beslutningsproces og forstærker marginalisering af etniske minoriteter i læge-patient samtaler (243). Det er også blevet vist at lægers differentialdiagnostiske overvejelser i høj grad er påvirket af lægens opfattelse af patientens etniske tilhørsforhold. De diagnoser lægen fokuserer på, udvælges delvist på grundlag af ikke-lægefaglige tegn såsom formodet etnicitet og applikation af generelle epidemiologiske fund på den enkelte

patient uden tilstrækkelig inddragen af personspecifikke vilkår og behov (338). En stor del af problemet er, at læger ofte ikke er klar over hvordan deres egen (læge-) kultur påvirker deres kliniske beslutningsevner, men det er desværre et faktum at køn, alder, social status, uddannelsesniveau og etnisk dis/konkordans mellem læge og patient direkte påvirker lægens kliniske beslutningsproces omkring undersøgelse, behandling og informationsniveau (og om patienten forstår og har tillid til lægen) (246, 338, 367, 368). Selvom læger ikke mener de foretager social og sproglig kategorisering i den kliniske patient situation, så sker det alligevel som en del af en ubevidst sofistikeret individualiserings strategi. Udover at tage udgangspunkt i den enkelte patient, de sidder overfor, så "læser" lægerne samtidig patienterne ved hjælp af en social radar, der registrerer patientens fysiske og psykiske fremtoning, interaktion og sprogbrug (369).

Patienter med Posttraumatisk Stress Syndrom (PTSD) har en intermitterende meget kraftig påvirkning af hukommelsen. Patienter fra flygtninge producerende lande har ofte voldsomme oplevelser, der får et somatisk udtryk, som bringer dem til lægen, men patienterne har svært ved at dele dem med lægen og de er samtidig svære for danske læger at forstå i en somatisk sammenhæng (370). Herhjemme har Edith Montgomery i sine studier i Danmark påvist, hvordan patienter med krigs-/tortur oplevelser og PTSD ofte opleves som utroværdige oplysere fordi deres hukommelse og erindringer kan være meget forskelligt sammensat afhængigt af ydre indtryk, stress niveau og almen tilstand – dermed er patienter med PTSD og somatiske symptomer i fare for enten at blive afvist eller fejlopfattet af sundhedsprofessionelle. Det har kliniske konsekvenser og er et reelt problem i den anamnestiske lægepatient samtale, hvor fokus er på kronologi og sammenhænge, som hos PTSD-patienter kan variere fra gang til gang som en slags "snapshot" af deres hukommelse den pågældende dag. Et stort Canadisk befolkningsstudie med knap 37.000 personer viste, at en PTSD-diagnose (korrigeret for socioøkonomiske faktorer, andre psykiske sygdomme) var signifikant sammenhængende med øget risiko for hjerte-kar-sygdom, lungesygdomme, kroniske smertetilstande, mave-tarm-sygdomme og kræft. PTSD-diagnosen hang derudover sammen med selvmords risiko, fysisk og psykisk handicap og lav livskvalitet (349). Nogle lægesamtaler kan ende med det stik modsatte resultat af hensigten, hvis lægen ikke er klar over de behov, usikre patienter med sprogbarrierer kan have. Spørgsmålet om betydningen af patienters tillid til lægen i forhold til compliance er ikke særlig velundersøgt, men studier tyder på, at patienter med sprogbarrierer ofte udtrykker behov for at opbygge tillid (*trust*) til lægen før de kan og vil lytte til lægens råd og vejledning. Særligt i forhold til invasive procedurer kan mistro til lægen medføre at lægens Information opfattes som inkonsistent, vag og upræcis af patienter (371). Usikre patienter med sprogbarrierer vil gerne overbevises af lægen før de går med til invasive undersøgelser, operationer eller behandlinger med potentielle bivirkninger. Hvis lægen ikke opfanger dette behov, og imødekommer det med argumenter, vil patienten sige nej til en, i øvrigt velbegrundet og nødvendig, undersøgelse. I et studie i almen praksis vurderede man hvor hyppigt patienter fortrød en beslutning de tidligere havde taget sammen med deres læge (på basis af validerede skalaer: *Decision Regret Scale* (DRS) og *Decisional Conflict Scale* (DCS)). DCS skalaen findes i en meget enkel version til patienter med sparsomme læsefærdigheder (*Decisional Conflict low literacy scale*) (372). Der er desuden en mere kompleks *Regret and Disappointment scale* som er en tilbageskuende bedømmelse af en beslutning med flere personlige vinkler og en vurdering af skyldselementet (373) – se oversigten i tabel 9.

Tabel 10. 3 forskellige metoder til at vurdere hvor enig eller tilfreds patienten er med en beslutning og dens konsekvenser.

Descicion regret scale	Svar muligheder	Decisional Conflict low literacy scale	Svar muligheder	Regret and disappointment scale	Svar muligheder
Det var den rigtige beslutning Jeg fortryder beslutningen	Meget enig, enig, neutral,	Ved du hvilke valgmuligheder du har? Kender du fordelene ved hver valgmulighed?	Ja, nej, usikker Ja=0	Jeg er ked af beslutningen. Jeg ville ønske jeg havde taget en anden beslutning.	Meget enig, enig, neutral,

Jeg ville tage den samme beslutning igen Beslutningen gav mig mange problemer Det var en klog beslutning	uenig, meget uenig, usikker	Kender du risikoen og bivirkningerne ved hver valgmulighed? Er du klar over hvilke fordele der er vigtigst? Får du nok hjælp af personer omkring dig til at foretage det rigtige valg? Kan du vælge uden at være presset af andre omkring dig? Har du fået nok hjælp til at tage beslutningen? Er du nu klar over hvad der er det bedste valg for dig? Er du helt sikker på hvad der er det rigtige for dig?	Usikker = 2 Nej=4 Summen divideres med 2 og ganges med 25	Det ville have været bedre for mig, hvis de ting jeg ikke havde indflydelse på havde haft en anden virkning. Jeg føler mig ansvarlig for at beslutningen ikke var den rigtige. De ting jeg ikke havde kontrol over, er skyld i at jeg tog den forkerte beslutning. Jeg er tilfreds med beslutningen når man ser på resultatet. Det ville have været meget bedre hvis jeg havde taget en anden beslutning.	uenig, meget uenig, usikker
--	-----------------------------------	--	---	---	-----------------------------------

Mens 43 % ikke fortrød, så havde resten fortrudt i nogen eller meget udtalt grad (374). Udtalt fortrydelse hang tydeligt sammen med en høj DCS-score. Beslutningskonflikt opstår når der er høj grad af risiko, angst, tab, alvorlige bivirkninger eller at patientens livsværdier er truede ved et valg. DCS-skalaen måler patientens usikkerhed og om patienten ikke føler sig inkluderet eller manglende anerkendelse af behov. Beslutningskonflikter kan også opstå når patienten ikke kan følge lægens kliniske beslutningsproces. Man bør være forsigtig med at anvende et begreb som health literacy (sundhedskompetencer) i tværkulturelle sammenhænge, da der oftere er tale om en nødvendig bilateral læringsproces hos både patient og den sundhedsprofessionelle i en transkulturel, kulturfølsom ramme (375, 376). Ofte er der mere behov for patientkompetencer hos lægen, end om sundhedskompetencer hos patienten. Kulturelt baserede sundhedsopfattelser er desuden dynamiske og ændrer sig over tid, som Carruth observerede i Etiopien, hvor hun fandt skiftende og mangfoldige sundhedsrutiner i stedet for statiske opfattelser af sygdom og sundhed (377). Begreber og værdier omkring sygdom bør forstås og diskuteres sammen med patienten, selvom det som udgangspunkt udfordrer lægevidenskabelige standarder (378, 379). En simpel række spørgsmål til selvrefleksion efter en svær samtale, der ikke forløb helt som planlagt, kunne være:

- Hvor god var jeg til at lytte til patienten?
- Hvor god var jeg til at opfange hvad patienten følte?
- Hvor god var jeg til at checke om den anden forstod hvad du sagde?
- Hvor støttende var jeg overfor patientens opfattelse og ideer?
- Hvor nysgerrig var jeg i forhold til at opsøge andre muligheder/forklaringer sammen med patienten?
- Hvor meget mere har jeg til fælles med patienten efter samtalen end før samtalen?

Uhensigtsmæssige patient forløb

De væsentligste faktorer, som hyppigst er medvirkende til, at udrednings- og behandlingsforløb ikke startes, eller stoppes præmaturligt, ses i tabel 11. De enkelte punkter vil de fleste læger formentlig kunne genkende, men at de ofte er i spil samtidigt for en lille gruppe af patienter, er måske ikke så klart for den

enkelte læge. De fleste af de patienter vi får henvist, kan fortælle at ”lægens spørgsmål hjalp mig ikke” – forstået på den måde at vi ikke med vores standard måde at spørge patienter får fat i hvad problemet egentlig er. Vi går heller ikke direkte efter hvad det er patienten er bange for omkring sine symptomer, undersøgelser eller den foreslåede behandling. Det er veldokumenteret at læger kun i 50 % af samtaler sikrer sig at patienten har forstået planen og ved hvor de skal henvende sig hvis der opstår forværring eller et andet problem.

Etniske minoritetspatienter gennemgår utallige, velmente, forsøg på både udredning og behandling, der stoppes af, at sygehusafdelinger gør meget lidt for at informere patienter, og det er også typisk at nogle afdelinger afslutter patienter, første gang de udebliver. De afdelinger, der giver patienterne en ny tid i stedet for at afslutte dem, oplever ofte at patienterne kommer anden gang. Nogle afdelinger har en politik, hvor de kun ser patienten én gang og derpå lægger en plan der kan involvere hjemsygehuset, røntgenafdelingen på et 3. sygehus, egen læge, privat praktiserende speciallæger og efterfølgende genoptræning i kommunalt regi. Patienten får som opgave at henvende sig på et bestemt tidspunkt hvis skanningen viser sten i galdeblæren eller genoptræningen ikke har den planlagte effekt. Disse forløb ender med stor sikkerhed uden resultat, fordi patienterne mister overblikket. Vi har oplevet patienter der har ventet over 12 måneder på et røntgenbillede af lungerne, der ved en fejl ikke var bestilt af hjemsygehuset sådan som planen var lagt fra universitetssygehuset. Det har patienter med sprogbarrierer ikke mulighed for at opdage eller selv gøre opmærksom på.

Flygtninge/indvandreres grundvilkår bliver ikke inddraget som præmisser, når der diskuteres behandlings kvalitet, egenomsorg og lighed i sundhed. Indvandrerpatienter mangler ofte helt basale systemkompetencer, de er hyppigere end etniske danske ensomme og er dermed funktionelle singler uden det sociale netværk vi normalt forventer at se omkring borgere og patienter (310). Når sundhedsvæsenet og de sociale myndigheder samtidig ikke er i stand til at tilpasse deres tilbud til de socialt udsatte, så er der stor sandsynlighed for at patientforløb i sygehusvæsenet forsinkes, stoppes for tidligt, eller aldrig startes.

Tabel 11. Nøglepunkter i sygehusforløb, hvor etniske minoritetspatienters udrednings- eller behandlingsforløb hyppigt ikke påbegyndes, afbrydes for tidligt eller er resultatløse. Erfaringer fra Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital 2008-2013.

Samtaler hvor	<ul style="list-style-type: none"> • patientens grundlæggende bekymring og angst ikke italesættes • patienten ikke er sikker på at være blevet forstået af lægen • patienten har ikke forstået planen og meningen med den • patienten afviser planen uden at lægen prøver at drøfte patientens bevæggrunde • patienten har symptomer, der på for tidligt tidspunkt opfattes som etnisk eller kulturelt betingede og uden somatisk grundlag • patienten udtrykker symptomer på almindelige helbredsproblemer på en anden og uvant måde end lægen kender og dermed fejlfortolker som enten en sjælden sygdom eller som somatisering
Udredningsforløb	<ul style="list-style-type: none"> • hvor patienten ikke er klar over hvilke symptomer der undersøges på hvilken afdeling • der involverer psykologsamtaler eller psykiatrisk vurdering (økonomi, lang ventetid) • hvor patienten har en helt anden plan end lægen, f.eks. at patient mistanken er at det er kræft, mens lægen tror det er astma • hvor upræcise lægelige formuleringer opfattes som diagnostisk usikkerhed hos lægen • hvor lægen sætter diagnostik i gang på et usikkert grundlag

- hvor patienten opfatter det som at lægen ”prøver sig frem” (fordi baggrunden ikke forklares af lægen)
- hvor læger udtrykker sig forskelligt om betydning og konsekvens af samme symptom (f.eks. slidgigt med moderat discus prolaps)
- Undersøgelser der for patienten er forbundet med særligt voldsomt ubehag pga. tidligere indespærring, længere tids skjul under flugt, fængselsophold, (invasiv) tortur eller voldtægt i sygehusregi i hjemlandet
- involverer flere sygehuse
- involverer både privat praktiserende speciallæger og sygehusafdelinger
- omfatter mange forberedelser for patienten (kost, drikkevarer, medicin, forundersøgelser, medicinpauser, skemaer)
- foregår under Ramadanen (inkl. visse behandlinger)
- opfattes af patienten (af andre) som en ”billig og simpel” undersøgelse, der ikke vil vise noget (ultralyd versus MR-skanning)

Behandlingsforløb der involverer

- periode med afprøvning af effekt af behandling, men med vage mål, før stilling til videre undersøgelser eller behandling
- periode med afprøvning af effekt af genoptræning, men med vage mål
- ambulante kontroller indenfor samme afdeling, men på flere matrikler afhængig af pladsforhold
- forskellige læger, som udtrykker lidt forskellig holdning til virkning og bivirkninger – angste patienter der ikke forstår den overordnede plan, prøver at opfange signaler fra forskellige læger
- private aktører, kommune og sygehus (syn, hørelse, ørelæge, psykiater, hudlæge, private røntgen klinikker, skoindlæg, tandbehandling)
- flere afdelinger samtidigt uden at patienten forstår sammenhængen eller forskellene mellem de enkelte behandlinger

Afdelinger

- hvor der er en skarp adskillelse mellem de enkelte subspecialer/ambulatorier i afdelingen som patienten ikke forstår (skulder/knæ, degenerative lidelser/immunologiske lidelser, arytmi/hjerteinsuficiens etc, astma/lungecancer).
- hvor udeblivelse 1.gang automatisk medfører afslutning uden yderligere
- der kræver udfyldelse af lange skemaer før første besøg
- hvor patienter oplever at blive skældt ud/bebrejdet pga. manglende egenomsorg
- med meget lang ventetid, hvor det er uklart for patienten hvorfor de er henvist
- der konsekvent ikke anvender tolkebistand
- der ikke accepterer familiemedlemmer som tolke i situationer hvor der ikke er bestilt tolk
- der ikke har klare rutiner omkring tolkebestilling og anvendelse
- med sparsom patient information
- med meget korte telefontider
- hvor beslutninger med kliniske konsekvenser tages på for lavt kompetenceniveau
- med standard breve der er lette at misforstå (sygehussammenlægninger hvor geografien forudsættes bekendt)
- der har en speciel booking politik (f.eks. at patienten inden en bestemt dato skal ringe på et bestemt tlf. nummer i et bestemt tidsrum for at bekræfte en allerede givet tid)

Eksempler på hyppige kliniske misforståelser i hverdagen

Lægen som absolut autoritet

En patient henvises til Veneklinikken på et lokalsygehus pga. varicer på benene. Her bliver planen, at patienten medgives støttestrømper og skal tænke over evt. operation. Det fremgår af journalen, at patienten skal indkaldes til opfølgning efter et par måneder for at vurdere effekten af støttestrømper. 5 måneder senere ringer en medarbejder fra Indvandrermedicinsk klinik til Veneklinikken, da patienten ikke er indkaldt, som aftalt. Patienten lider af PTSD og har svært ved selv at have overblikket over sin behandling. Afdelingen beklager, at hun ikke har fået en tid og giver hende en tid efter opfordring fra os. Patienten møde op til information om sagen i Indvandrermedicinsk Klinik. Patienten fortæller, at lægen har oplyst, at patienten ikke kan få en operation, men må bruge støttestrømper. Sammen med patienten gennemgås notatet. Her står der, at patienten kan tilbydes operation, men nok ikke er motiveret for det og man vælger derfor at forsøge med støttestrømper i første omgang. Patienten bliver overrasket over denne besked, da patienten havde forstået det således, at patienten ikke var kandidat til operation. Der var ikke tolk ved samtalen hos kirurgen, patienten taler et moderat dansk. Patienten forstod lægen som autoriteten og opfattede lægens information som en endelig beslutning og ikke som et oplæg til drøftelse. Lægen havde ikke sikret sig, at patienten havde forstået informationen og at mange minoritetspatienter opfatter lægen som en autoritet der ikke kan diskuteres med.

Kommentar: Etniske minoritetspatienter afviser hyppigt operation fordi de opfatter lægens understregning af én bestemt mulighed sammen med de potentielle komplikationer som en klar besked fra lægen til patienten om ikke at acceptere operation.

Bærer eller syg

En kvindelig patient på 42 år, henvist til IMK, viste sig at være bærer af smitsom hepatitis B. Da patienten søgte tandlæge, blev patienten adspurgt om smitsomme sygdomme og oplyste at være bærer af leverbetændelse. Tandlægen reagerede ved at afvise at behandle patienten med henvisning til smittefaren. Tandlægen oplyste tilmed patienten og ægtefællen, at sygdommen var en seksuelt overført sygdom. Ægtefællen blev vred på patienten og forlangte omgående skilsmisse da han ikke ønskede at være gift med en kvinde, der led af en seksuelt overført smitsom sygdom. Det tog IMK en række samtaler med parret før sygdommens naturhistorie som børneinfektion i mange lande blev accepteret og resten af familien blev vaccineret.

Kommentar: Kliniske kulturelle kompetencer er vigtige og bør kædes sammen med detaljeret viden om sygdomme der er hyppige blandt flygtninge/indvandrere. Fagpersoner der overreagerer og tager behandlingsmæssige beslutninger på et tyndt fagligt grundlag kan skabe unødvendig tvivl og mistillid. Kommunikation er ikke simpel overlevering af viden – viden skal være korrekt og præcis og altid sættes ind i en kontekst.

Brækket ribben

45-årig kvinde blev henvist til IMK til *second opinion* med vedvarende bryst og thorax smerter. Undersøgt adskillige gange på hjemmesygehus uden held. Patienten havde 3 måneder før haft hjertestop og var blevet hjertemasseret flere gange under ambulancekørsel fra hjemmet til sygehus. Overflyttet til Universitetshospital pga. hjertepumpesvigt. Udviklede respirationsbesvær, blev lagt i respirator og udviklede hvide lunger. Lå på intensiv 6 uger men kom sig. Klagede efter udskrivelsen over konstante thorax smerter. Sønnen blev anvendt som tolk, der blev ikke anvendt professionel sundhedstolk. Ved gennemgang af journalen og forløbet kom det frem at patienten havde 4 brækkede ribben efter hjertemassage og smerterne stammede derfra. Patienten blev med tolkebistand forklaret smerternes oprindelse og godartethed. Patienten forklarede at hun havde haft smerter der lignede de aktuelle smerter

i et år før hun fik hjertestop, men ved nærmere udspørgen havde der været tale om angina pectoris. Patienten havde haft den opfattelse at den lange intensive sygehusbehandling havde været nytteløs fordi smerterne nu var kommet igen og sønnens tolkning havde ikke været præcis nok til at personalet på hjemsygehuset opfattede sagens sammenhæng. Patienten fik 4 forskellige typer smertestillende medicin herunder morfika. Patienten valgte at stoppe smertebehandlingen efter at have forstået smertens baggrund.

Kommentar: En smerteanamnese kræver præcision og dermed tolkebistand, hvis der er en sprogbarriere. Selv den bedste smertestillende medicin virker ikke på den forkerte sygehistorie. Information er medicinbesparende.

Hvem ordinerer medicin og hvorfor (sagsbehandler, egen læge, nabo, familien)

En 57-årig mand med diabetes, hjerte-kar-sygdom, spinalstenose og KOL henvises til IMK pga. begyndende compliancesvigt og gangbesvær. Patienten taler og læser dansk og har boet i Danmark som flygtning siden 1985. Patienten får hver dag 15 forskellige medikamenter og har indtil for nylig selv administreret, og fulgt, sin behandling. Henvises da han er begyndt at glemme sin medicin og udtrykker lav livskvalitet. Det viser sig at der er sket flere ændringer i hans liv. Han er blevet skilt og børnene vil ikke have kontakt med fordi han har fået en ny yngre ægtefælle. Det har stresset ham og han er begyndt at glemme bl.a. sin medicin. Der er koblet hjemmesygeplejerske på for at hjælpe med at huske medicinen, men patienten vil kun tage sin hjertemedicin. Adspurgt hvorfor han kun tager hjertemedicinen, så er patientens forklaring at den kommunale sagsbehandler har sagt at han skal huske sin hjertemedicin fordi den er meget vigtig. Hans praktiserende læge sagde at sukkersygemedicinen var vigtigst, men han følte selv han var mest syg i hjertet. Hans nye gravide ægtefælle var mest bange for at hans rygerlunger ville blive et problem i forhold til at lege med det nyfødte barn. Patienten var ked af at komme på lungeafdelingen fordi han havde følt at der var en meget negativ holdning til at hans KOL skyldes rygning. Patienten var dog også meget glad for kontaktsygeplejersken i hjertemedicinsk ambulatorium og hun hjalp ham med mange af hans problemer og havde altid tid til at snakke. Det var, indrømmede patienten, derfor meget vigtigt for ham at han bevarede en god relation med netop dén sygeplejerske og derfor havde han valgt, nu hvor han var så stresset og glemsom, at fokusere på hjertesygdommen og den hjælpsomme hjertesygeplejerske. Han var også utilfreds med at kommunen sendte en hjemmehjælper ud til ham to gange dagligt for at tage støttestrømper på – det fandt han uværdigt og han følte sig ikke inddraget i beslutningen. Patienten havde hørt om at kommunen havde en IPAD til patienter med sukkersyge, så de kunne hjælpe ham uden at de kom i hjemmet og han havde hørt fra en ven at man kunne få et særligt apparat, så man selv kunne tage støttestrømper på.

Kommentar: Patienter bliver let "kørt over" af velmenende familiemedlemmer, læger og sygeplejersker, så deres egne behov forsvinder i et væld af tiltag, der kan ende med at patienten føler sig ydmyget og tilsidesat. Patienter prioriterer ubevidst gode relationer og menneskelighed og er mindre påvirkelige af faglige argumenter, hvis de ikke understøttes af gode relationer. Patienter med flere sygdomme prioriterer den sygdom hvor de får den bedste relation og mindst skæld ud.

Grimme og dårlige bryster

En kvindelig patient fortalte om en række lægesamtaler på sygehuset, hvor patienten fik foretaget flere kirurgiske indgreb som hun stadig, den dag i dag, ikke ved hvorfor hun fik foretaget. Hun fortæller om en hård tid, hvor hun blev skilt fra sin mand, blev alene med 3 små børn og selv skulle få livet til at hænge sammen for de 7000 kr hun fik i kontanthjælp. Oveni dette fik hun at vide hun havde brystkræft. Patienten var hun lige startet på sprogskole og var derfor ikke god til det danske sprog (og talte heller ikke engelsk). Patienten fortalte, at hun kun lige havde lært at sige ting som "jeg hedder.." og "Hej, hvordan går det", så hun var ikke på så højt et sprogniveau, at kunne forstå en lægesamtale på dansk, men ville gerne øve sig.

Patienten husker særligt én bestemt samtale, hvor hun havde gået to måneder på dansk sprogskole, men stadig havde brug for tolk. Der var ikke tolk til samtalen. Patienten prøvede at forklare lægen, at hun ikke forstod hvad lægen sagde, men lægen stoppede ikke samtalen og gjorde ikke noget for at hjælpe eller minimere sprogproblemerne. Hun spurgte også sygeplejersken, der var til stede, hvad lægen mente, men patienten forstod heller ikke hvad sygeplejersken sagde. Lægen fortsatte konsultationen og patienten bad derfor selv om at få skrevet ned på et stykke papir, hvad lægen havde forklaret. Patienten havde på daværende tidspunkt kun opfattet af lægesamtalen, at hun havde ”dårlige bryster”. Lægen skrev en seddel på dansk, så da patienten kom hjem til sig selv satte hun sig ved computeren og fik Google til at oversætte, hvad der stod på sedlen fra lægen. Først dér fandt hun ud af, at det var brystkræft som lægen havde talt om og der stod på internettet at det var en farlig og dødelig kræftform husker patienten. Verden sammen for patienten. Hun var helt alene om det (fraskilt og familiesammenført uden andre end sin syge ældre mor i Danmark) og hun mente, at børnene var for små til at få det at vide så hun sad og græd alene. Hun havde intet socialt netværk i Danmark til at hjælpe. Hun turde ikke fortælle sin mor om det, fordi hun følte det var pinligt og uværdigt at snakke om sine bryster og moderen var svært syg. Efterfølgende fik hun igen fjernet ”noget” i brystet, men hun ved ikke hvad det var, alt foregik igen uden tolk. Hun ved ikke hvad de gjorde, men ved kun at hun fik grimme bryster af det. Spontant fortæller patienten videre om en lignende historie om sin egen mor. Moderen fik i Danmark fjernet hele sit øje og hverken moderen eller datteren ved endnu hvorfor. Også her var det fordi de ikke kunne forstå, hvad sygehuspersonale sagde – der blev ikke på noget tidspunkt anvendt tolk. Moderen holder sig nu inde hele tiden fordi hun føler sig flov over øjet og synes det ser grimt ud. Der er nu bare et hul og datteren udtrykker at hun måske godt kan forstå moderen ikke vil ud. Hun siger at det i deres hjemland nemlig gør én mindre værdig når man er syg og især når det er synligt. Patienten afslutter med at sige at det er meget nemt at blive misforstået i Danmark og at det er fordi man er i et fremmed land, med et fremmed sprog og et fremmed system. Patienten siger at det er værst hos lægen og på sygehuset - der går det galt hele tiden.

Kommentar: Brug altid tolk når patienten ikke taler dansk. Patienter søger oplysninger på internettet og hos naboer, men er ikke forberedte på svarene, kan ikke sortere i vægten af svarene og kan ikke vurdere relevansen i patientens egen sammenhæng. Det er vigtigt at sikre at patienter forstår hvad der er talt om og hvad der er aftalt. I de fleste patientsamtaler, er patientens eneste bidrag et ”hmmm” – men det er ikke ensbetydende med accept. Tag intet for givet når der er sprogbarriere: check, krydscheck og slut af med at bede patienten fortælle hvad der er talt om og hvad planen er. Hav altid en sikkerhedsplan, en plan B, til patienter som er i oplagt risiko for senere at komme i tvivl om hvad der er talt om til lægesamtalen (et navn, et telefonnummer). Patienter er ofte usikre på hvor de skal henvende sig ved tvivl om diagnose, behandling eller plan for opfølgning.

Fejl som følge af manglende tolk

Hvor er hans navle?

En dreng indlægges på børneafdelingen med blødende mavesår sammen med sin mor. Barnets mor og far har svær PTSD efter forfølgelse, tortur og flugt fra hjemlandet og moderen er henvist til Indvandrermedicinsk klinik (IMK). Parret har nu opholdstilladelse i Danmark og har boet i landet mindre end 4 år. Parret taler begge lidt dansk men har oftest tolk når de har aftaler ved kommune og i sundhedsvæsenet. Sammen har de tre børn som alle er velintegreerede og taler flydende dansk. Forud for at den ældste søn blev indlagt på børneafdelingen med blødende mavesår blev drengen, i løbet af en uge, flere gange sendt hjem fra den akutte modtagelse, da man ikke fandt nogen umiddelbar årsag til mavesmerterne. I indlæggelsesdøgnet har moderen og drengen henvendt sig i skadestuen, men blev sendt hjem igen. Om natten forværredes drengens tilstand, så han måtte hentes med lægeambulance og opereret akut for blødende mavesår – igen uden at der blev anvendt tolk. Kontakt sygeplejersken i IMK blev kontaktet af moderen per SMS på 3. dagen af indlæggelsen. Moderen forstod ikke hvad der er der er sket med sønnen. Personalet har de tre dage valgt ikke at bestille tolk da man vurderede at sønnen og

forældrene talte tilstrækkeligt dansk og at alle forstod hele forløbet. Det viser sig at man havde anvendt den syge dreng som tolk, hvilket havde skabt en konflikt mellem drengen og forældrene, da drengen pga af smerter i halsen, som følge af ventrikelsonden, havde svært ved at tale tydeligt og let fik halssmerter når han talte. Moderen gav udtryk for, at hun er meget nervøs for sin søns tilstand og i lyset af at de blev afvist flere gange før indlæggelsen har gjort moderen usikker på om lægerne ved hvad sønnen fejler. Moderen spørger kontaktsygeplejersken i IMK: *I siger at han har bakterier i maven – kan det smitte os andre i familien? Kan det sprede sig til hans tarme? Jeg kan ikke se hans navle, har i skåret den væk?* Faderen der kun taler sparsomt dansk i enkeltord, har været anvendt som tolk af afdelingen. Moderen fortæller at drengen bliver meget vred, når han skal tolke for sine forældre, hvorpå drengen siger; *”Nej mor, men i går da jeg havde en slange (sonde) nede i halsen, da gjorde det så ondt hver gang jeg talte”*. IMK-sygeplejersken får etableret telefon tolkning – ansvaret bliver taget fra drengen og moderen får mulighed for at stille relevante og behovsorienterede spørgsmål i forhold til sønnens helbredssituation. Den iværksatte tolkebistand virker stressreducerende på de pressede forældre, der nu får svar på de mange spørgsmål de ikke har kunnet stille tidligere. Det er vigtigt at sikre sig at begge forældre kan følge med i hvad der sker og at begge forældre får lov at stille spørgsmål og bliver inddraget i sygehistorien. Det sker ofte, at der er én af forældrene der bliver anset for at være dansk talende mens den anden, der forstår endnu mindre dansk, dermed helt udelukkes fra samtalen og ikke kan bidrage til sygehistorien. Det kan have alvorlige konsekvenser i situationer hvor der er forskellige opfattelser, af barnets situation eller tilstand, mellem forældrene.

Kommentar: Brug altid tolk når pårørende har behov og børn skal aldrig tolke uanset, hvor bekvemt det måtte være. Uden tolk er det næsten umuligt at opfange misforståelser og uenigheder før de er blevet til en konflikt eller alvorlig mistillid. Små eller korte samtaler er ikke lig med enkle samtaler og korte samtaler kan lige så vel kræve tolk som længere samtaler. Forældre er vigtige på børneafdelingen og begge skal høres samtidigt, og med tolk, så alle er en del af samtalen og alle får stillet vigtige spørgsmål. Det er ikke altid den der taler lidt dansk, der har de vigtigste spørgsmål eller den bedste indsigt. Ægtefæller orienterer ikke nødvendigvis hinanden. Man må ikke tro man som sundhedsprofessionel ved hvad patienter og pårørende kan være bekymrede for – spørg i stedet for at gætte. Uforståelige afvisninger i sundhedsvæsenet fører til grundlæggende tvivl om kompetencer og mistillid til de ansatte.

Manglende briefing af patient og tolk

De har taget en luns kød af mit underlige liv

Pt. henvist fra praktiserende læge efter hun har fået det psykisk værre efter moderens død i januar 2013. Pt. Er vokset op i en harmonisk familie, som ernærede sig ved landbrug. Pt. Har 8-års skolegang og læser og skriver på sit modersmål. Pt. har meget voldsomme oplevelser fra hjemlandet, hvor familiemedlemmer er blevet dræbt og hun har selv været udsat for massevoldtægt af 7 mænd. Pt. har født 7 børn, der blev sendt til Danmark af andre familiemedlemmer. Pt. kom selv senere og ægtefællen endnu senere. Det har tog 5 år at få anerkendt forældreskabet af børnene og forløbet afstedkom mistillid til myndighederne i Danmark. Pt. lider af svær PTSD, har gået til psykiater og blev henvist til Afdelingen for Traume og Torturbehandling. Ægtefællerne er ikke samboende længere og hun er alene med sine 7 børn i alderen 10-24 år, hvoraf de 4 yngste er hjemmeboende. Pt. Har et højt alarmberedskab og er bange for at andre i hendes etniske gruppe tror hun er psykisk syg eller handicappet og hun var bange for at hendes ”hemmelighed skulle slippe ud. Pt. blev henvist til gynækologisk afd. I januar, idet der er vaginal blødning og usikkerhed om det er fra urinrør eller vagina. Pt. Kommer til 1. sygeplejerskesamtale i IMK, og pt. fremtræder oprevet og grædende. Det viser sig at pt. umiddelbart forinden, havde været på en gynækologisk afdeling, som angiveligt havde taget en stor klump kød ud af patientens ”underlige liv” som pt. havde forstået det. Patienten var af den opfattelse at der var fjernet en større mængde kød og pt var bekymret for om der ”var noget tilbage”. Pt. beroligedes ved at lægens notat blev aflyttet og forklaret med tolk. Af notatet fremgår det, at der blev taget en (lille) biopsi fra livmoderhalsen. Tolken havde ikke forstået

indgrebets art og tolken oplyste efterfølgende at lægen havde talt meget hurtigt og mekanisk. Tolken havde ikke kunnet nå at oversætte alt og havde ikke haft tid til at sikre sig at patienten havde forstået indgrebet. Patienten fortalte at hun fik flashback til massevoldtægten og stivnede under indgrebet.

Kommentar: Kend patientens "store historie" (præmissen, livshistorien) og patientens "lille historie" (den aktuelle personlig beretning). Havde den gynækologiske afdeling nærlæst henvisningen, havde de set at det var en svær traumatiseret pt. med blandt andet en massevoldtægt bag sig og indrettet indgrebet derefter. I krig sker der meget ofte voldtægt, men omtalen er tabu og patienter omtaler det nødt med mindre det adresseres direkte. Det er vigtigt at briefe tolken kort før samtalen om samtaleens mål og omfang af evt. indgreb. Et patientsamtykke er et samtykke og det kræver at patienten er fuldt informeret på sine præmisser.

Forkerte antagelser

Zaynab og ægtefællen fik tvangsfjernet deres lille pige, fordi Zainab blev vurderet paranoid skizofren og ude af stand til at passe sin datter. Kommunen så ikke på faderens forældreerne i sagsbehandlingen, som er uklar på dette punkt. Zaynab havde mange symptomer fra mave-tarm-kanalen og var psykisk meget påvirket af tvangsfjernelsen af barnet. Zaynab blev henvist til Indvandrermedicinsk klinik, hvor patienten havde samtaler ca. én gang om måneden. Klinikken fik foranlediget, at der blev lavet forældreerne undersøgelse ved psykolog, og en medarbejder fra klinikken deltog i "Tvangsfjernelsesudvalget" som bisidder.

Zaynab blev fulgt i Distriktspsykiatrien, Opsøgende psykoseteam, hvor hun var til samtale en gang om måneden. Her var hun blevet sat i antipsykotisk behandling. Zaynab var på et tidspunkt på ferie i et naboland til sit hjemland, hvor hun konsulterede en psykiater, der vurderede, at hun led af depression. Han gav hende antidepressiv medicin, som hun tog nogle måneder. Ved et hjemmebesøg ved en medarbejder fra klinikken siger Zaynab, "Jeg har en hemmelighed", hvorefter hun fremviser en stor bæreposse fyldt med medicin. "Jeg har ikke taget min antipsykotiske medicin i et helt år, men jeg har købt det". Zaynab ved, at receptindløsning kan kontrolleres, og har derfor købt, men ikke taget, medicinen. Efterfølgende spurgte Zaynab, om hun var psykisk syg, hvilket klinikkens medarbejder afviste. Til psykiaterne havde Zaynab oplyst, at hun tog medicinen, og de vurderede, at behandlingen virkede fint. Forespurgt, hvorfor hun fortalte sin hemmelighed til klinikkens medarbejder, sagde hun "Dig stoler jeg på. Det er bedre at du siger det til lægerne". Efter fornyet undersøgelse, blev tvangsfjernelsen ophævet og den lille pige kom hjem fra plejefamilien. Ægteskabet holdt ikke, og Zaynab flyttede i nærheden af sine forældre Jylland, sammen med datteren. Ægtefællen blev i Odense og der er samkvem hver 14 dag.

Kommentar: Sagsbehandlingen i sager, hvor der er sprog og forståelsesbarrierer, kræver en særlig grad af stringens og påpasselighed. Sprogbarrieren bør minimeres ved altid at anvende tolk og sagsbehandlere samt familiebehandlere skal være endog meget sikre på deres observationer - tvivlsspørgsmål bør afklares åbent og transparent. Medicin indtages ikke selvom det er indkøbt – ofte vil patienter gå langt for at undgå ydmygelser og for at bevare en god relation. Frygten for bivirkninger og stigmatisering kan overskygge faglige argumenter.

Fejlopfattelser, sladder og rygter

Rygtedannelser kan føre til fejlagtige ideer om sygdom og sundhed. Problemet er sandsynligvis større i minoritetssammenhæng fordi de sædvanlige kanaler til justering og diskussion af uformelle informationer ikke er til stede. I en norsk undersøgelse blandt pakistanske kvinder var frygten for rygter medvirkende til at kvinderne ikke turde deltage i aktiviteter i f.eks. kommunal genoptræning (380). Rygter i minoritetssammenhæng opstår tilsyneladende i situationer, der er præget af usikkerhed og uforudsigelighed og hvor der mangler tilpasset information på deres modersmål sådan som det blev tydeligt under H1N1-epidemien og senest under Corona pandemien i 2020 (381, 382). Det kan også opstå, når der er særlige interesser i at bevare traditionelle værdier. Mange uhensigtsmæssige rygter handler om

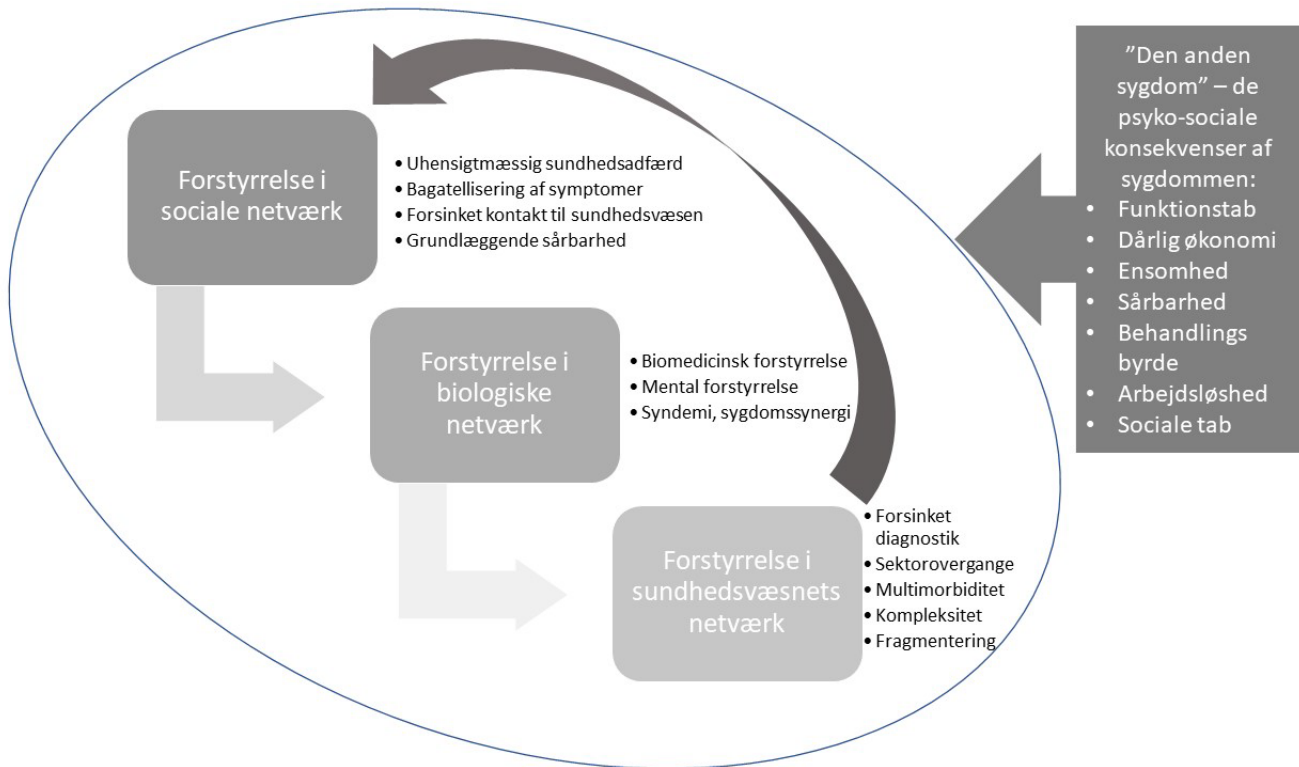
sygdom og adfærd i forbindelse med sygdom. Rygter skaber angst og medfører undgåelsesadfærd af frygt for at blive eksponeret for information, hvis oprindelse er uklar og hvis betydning er svær at klarlægge. Da svineinfluenzaepidemien, senere omdøbt til H1N1, truede i 2009 opstod der en række rygter i indvandrerkrædse om sygdommen og vaccinen. Sundhedsstyrelsen havde ikke prioriteret at udfærdige informationsmateriale på fremmedsprog og det var svært at få valide informationer via andre kanaler. I dette tomrum af panik og manglende informationer opstod der hurtigt rygter i Danmark. Der blev arrangeret et tolket informationsmøde i Vollsmose bydelen og her kom det frem, at der gik følgende rygter: 1) sygdommens navn beviste, at den var skabt af amerikanerne for at slå muslimer ihjel, 2) alle andre danskere blev vaccineret, men ikke indvandrere og dermed bevistes det at man bare ønskede at indvandrere skulle blive syge og dø og 3) der var informationer på internettet om at vaccinen var lavet på svineprotein så muslimer ikke måtte modtage den. Sundhedsstyrelsen fastholdt efterfølgende at de ikke har økonomi til at lave målrettede kampagner.

Vaccination mod Human Papilloma Virus (HPV) til piger blev introduceret i Danmark i 2006. Det viste sig, at der var en særligt lav dækning af vaccinen iblandt etniske minoriteter og i visse grupper ekstremt lav. Zeraiq lavede en serie fokusgrupper blandt arabiske kvinder og piger og fandt, at mens mødre fik deres sundhedsinformationer fra arabiske TV-kanaler, så havde deres døtre hybrid informationer fra danske og arabiske kilder og der var tydelig tvivl i begge generationer om hvad den korrekte information var (383). I andre etniske grupper viste det, at netop den manglende officielle danske information førte til mangfoldige hybride forestillinger, der som hovedregel fulgte følgende logik: Sundhedsstyrelsen meldte klart ud at vaccinen skulle gives før den seksuelle debut. Mange mødre resonerede, at så var vaccinen ikke aktuel for deres døtre, men kun for etnisk danske døtre. Andre tog oplysningen til sig, men opfattede budskabet således at Sundhedsstyrelsen anbefalede, at piger skulle undersøges for om de havde haft seksuel debut før de kunne få vaccinen. Da Sundhedsstyrelsen ikke klart forklarede hvad betydningen af budskabet var, forestillede mødre sig, at pigerne skulle undersøges af lægen – og ved den undersøgelse kunne lægen, ved undersøgelse, komme til at ”sprænge jomfruhinden” (det var erfaringen fra hjemlandet) og derfor fravalgte mange mødre at deres døtre skulle have vaccinen.

Kommentar: Det er vigtigt at monitorere uhensigtsmæssige sundhedsinformationer der flourer i minoritetskrædse. Det er afgørende at central information, især i epidemisammenhænge hvor der er risiko for spredning af skadelig misinformation, foreligger på fremmedsprog.

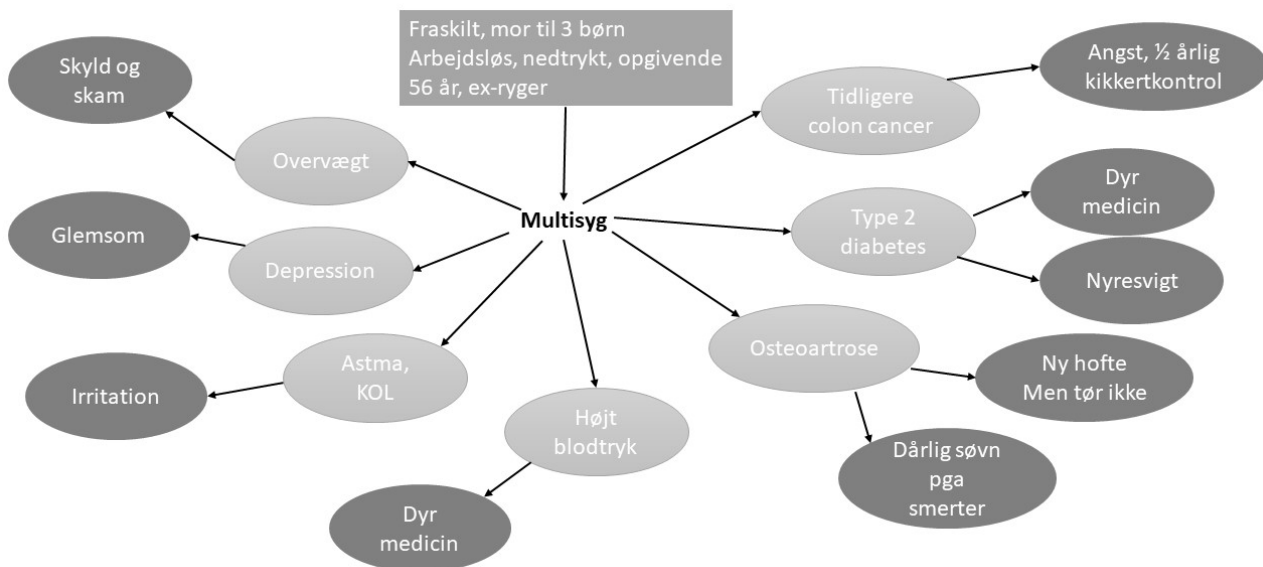
Kompleksitets- og problemkategorier

Erfaringerne med udredning af komplekse patienter med indvandrerbaggrund har ført til nye forståelsesrammer for hvordan sygdom opstår, forstås, udredes og behandles. Sygdomme opstår i, og formes af-, sociale sammenhænge, der interagerer med biologien og får sit endelige udtryk, på godt og ondt, i mødet med sundhedsvæsenet. For patienten opstår der imidlertid en ”second life” virkelighed med den sekundære sygdom, dvs. de sociale ”sygdomme” der følger med den fysiske/psykiske sygdom: handicap, funktionstab, praktiske byrder, kognitive tab, sociale afsavn, fattigdom og ensomhed. Se fig. 6



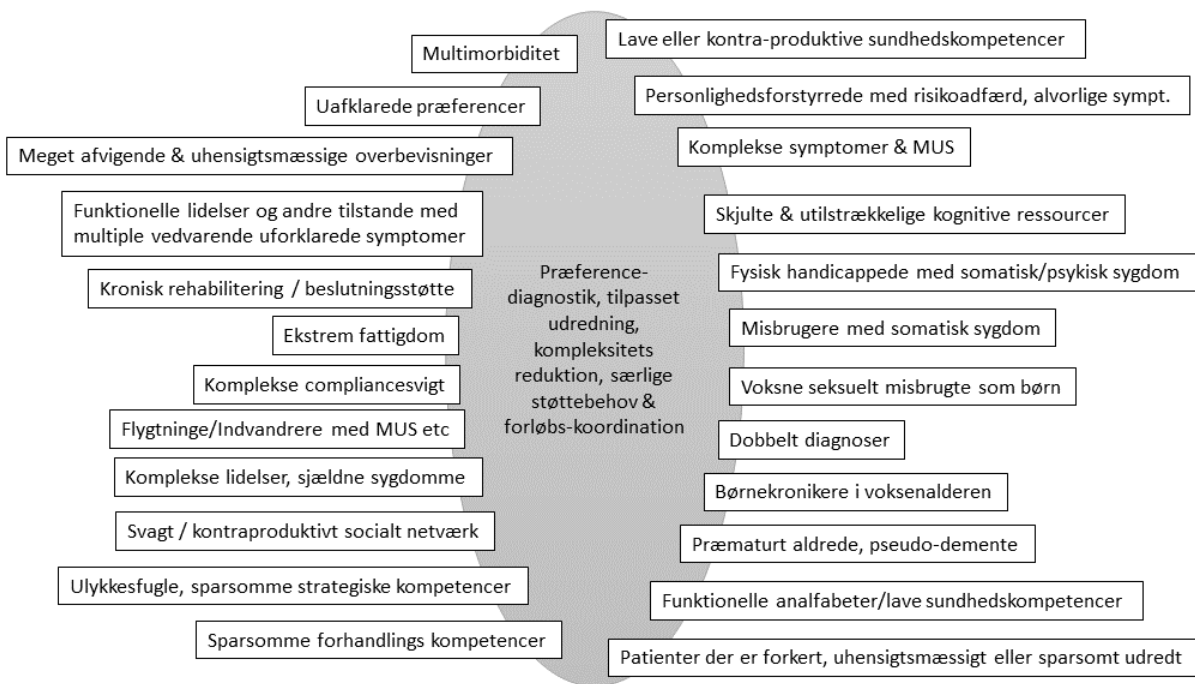
Figur 9. Forståelsesramme for flygtning/indvandrere, og andre sårbare patientkategorier, i Indvandrermedicinsk klinik.

Det er især vigtigt at forstå den sårbarhed der kan gemme sig i ”den anden sygdom” – dvs at hver sygdom giver anledning til en række problemer der af patienten opfattes som sygdom: de afledte helbredsproblemer og de sociale, økonomiske og psykiske konsekvenser af sygdommen.



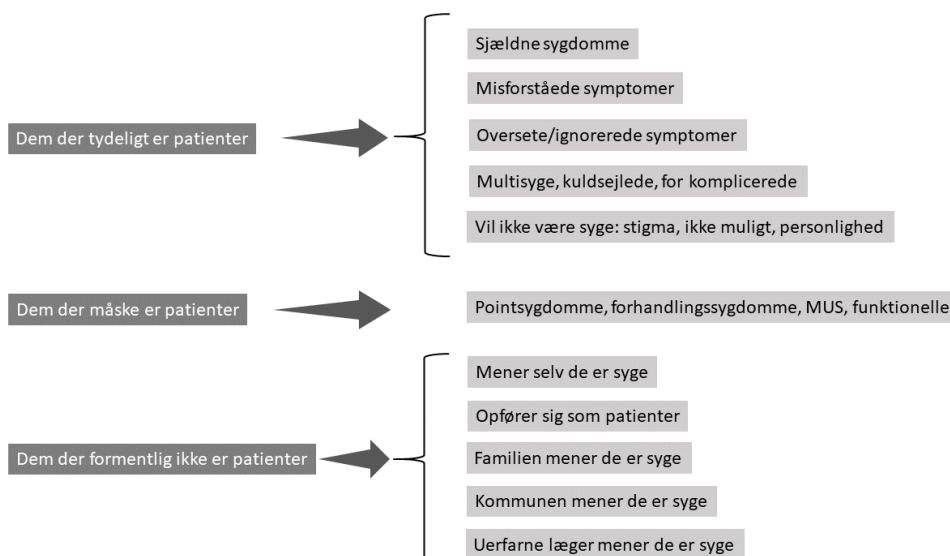
Figur 10. Sygdomme og deres afledte helbredsproblemer

I arbejdet med multisyge og komplekse patienter er en problemorienteret tilgang klinisk mere praktisk samtidig med at den er patientinddragende fordi patientens oplevelse, byrder og præferencer er centrale. Som resultat er der fremkommet en dynamisk model for kategorier af komplekse patienter, der alle har behov for samme indsats, men frembyder meget forskellige typer kompleksitet – se fig. 8. Nogle af kategorierne er kendte i forvejen, men for mange vil ”Ulykkes fugl”, ”Sparsomme forhandlingskompetencer”, ”Uhensigtsmæssige overbevisninger” eller ”kontraproduktivt netværk” nok være nye og provokerende kategorier, ligesom ”patienter der er forkert udredt” eller ”præmaturoldrede” er det.



Figur 11. Typer af kompleksitet blandt patienter henvist til Indvandrermedicinsk Klinik

På tværs af kategorierne er der i grove træk 3 udredningstyper blandt de henviste patienter til Indvandrermedicinsk klinik. Der er patienter, der tydeligvis lider af en sygdom, men de er enten blevet fejlopfattet, er for komplekse eller udredningen er blevet præmaturoldret afsluttet pga. kommunikationsproblemer eller almindelige organisatoriske fejl/unlidelser. Nogle patienter ønsker ikke at være syge og søger at skjule eller bagatellisere symptomer (kræft, psykisk sygdom eller handicap). Andre patienter ved ikke at deres symptomer er udtryk for sygdom. I midtergruppen finder vi patienter der med nogen sandsynlighed er syge – det vil typisk være patienter med symptomer, der meget let kan blive kategoriseret som ubetydelige eller ”kulturelt betingede” dvs. sygdomme med diskrete symptomer fra flere organsystemer eller symptomer der kommer og går, som f.eks. astma, kræft eller autoimmunsygdomme (rheumatoid arthrit, sarcoidose etc.). Endelig er der en broget gruppe af henviste som sandsynligvis ikke fejler noget, men har tillært sig adfærd der ligner en patients. De kan være genstand for sociale sygdomskriterier eller det kan være deres symptomer er blevet sygeliggjort af sagsbehandler eller læger, så de med tiden er internaliseret som sygdom og endelig er der personer, som har tillært sig en patientrolle som en kontaktmulighed med familien og myndigheder. Se fig. 12.



Figur 12. Patientkategorier. Indvandrermedicinsk klinik.

Indvandrermedicinsk klinik har sammensat en gruppe diagnose og procedurekoder, der afspejler patienternes kompleksitet, se tabel 11

Tabel 12. Diagnoser og procedurer der hyppigt anvendes i Indvandrermedicinsk klinik.

Aktionsdiagnoser	Post traumatisk belastningsreaktion Komplekse langvarige/kroniske nonmaligne smerter Komplekst compliancesvigt Væsentlige psykosociale problemer
Tillægsdiagnoser	Svigtende compliance Forløbskoordination og tværsektoriel indsats Tværfaglig intervention mhp øget sygdomsindsigt og egenomsorg Tidligere udsættelse for særligt voldsomme oplevelser
Procedurekoder	Psykisk årsags- og risikovurdering Træning af problemløsning i forhold til daglig livsførelse Socialmedicinsk forslag Henvisning til rehabilitering for traume- og torturoverlevende Forløbskoordination Tværsektoriel indsats Tværfaglig udredning og behandling Tværfaglig intervention Tolkebistand Samarbejde med primærsektor Kontakt til pårørende

Cases

I det følgende beskrives de kliniske problemfelter gennem en række anonymiserede cases fra klinikken.

Case 1. Kvinde på 57 år familiesammenført til Danmark fra et asiatisk land da hun var 37 år, henvist med uforklarede smerter i hoved, nakke, skuldre og lænd, samt knæ og lægge og føleforstyrrelser i hænderne og med henblik på vægttab. Livshistorien afslørede imidlertid, at patienten mistede sin lillefinger på traumatisk vis, da hendes storebror skar den af under et skænderi. Hun havde haft en meget tidlig debut på arbejdsmarkedet som 6-årig, hvor hun arbejdede i familiens landbrug indtil hun var 12 år, hvorefter hun arbejdede i 20 år i familiens restaurant. Mødte sin første danske mand i restauranten og blev familiesammenført til Danmark, hvor patienten arbejdede 10 år på gartneri og efterfølgende 6 år med natlig rengøring, hvor patienten faldt på et glat gulv og slog baghovedet og lå resten af natten uden at kunne rejse sig til hun blev fundet om morgenen. Udviklede angstsymptomer og en kronisk smertetilstand i nakken efter faldet. Havde plejeorlov 1 år til sin første ægtemand, der havde kræft og døde. Hun blev fyret nogle år efter da hun var sygemeldt efter en øre-næse-hals operation. Fik beskeden erstatning for uberettiget fyring, men turde ikke arbejde alene længere og udvikler angstanfald i lukkede rum. Hendes dengang 10-årige datter blev bortført af nogle beboere i boligkomplekset og holdt datteren fanget i 10 dage før politiet fandt hende – det var en oplevelse som patienten aldrig kom sig over, men da faderen var død, turde hun ikke vise at hendes angstsymptomer forværredes af frygt for at kommunen ville tage barnet. Datteren tog skade af bortførelsen og udviklede selvskadende adfærd og kommunen ansatte en mentor til patienten. Da barnet blev 18 år, stoppede mentor og det var et stort tab for patienten, der begyndte at få påtrængende selvmordstanker, for mentor var hendes eneste fortrolige. Hun købte piller på internettet og forsøgte selvmord, men da hun blev bragt på sygehus, sagde hun at hun havde taget for mange slankepiller for at tabe sig. Hendes nye ægtemand forsvandt og var væk i 3 dage, og først da patienten for 3. gang kontaktede sygehuset fik hun at vide at manden var død – hospitalet havde ikke fået oplyst hende som pårørende, derimod var to af hans børn med en tidligere ægtefælle, oplyst om mandens død. MR-skanning af knæ viste svære slidgigtforandringer, men patienten var bange for at dø under operation. Hjerter- og lungeundersøgelser var normale. MR-skanning af hovedet viste udtalt slimhinde fortykkelse af bihuleslimhinder. Adspurgt hvorfor hun havde tanker om selvmord sagde hun at hun aldrig havde haft en god dag i sit liv, at det var for hårdt at opdrage børn alene i et land man ikke hørte til, at den første ægtemand var sød, men døde og at kommunen sendte en dygtig mentor som de tog fra hende igen. Mentoren, viste det sig, havde talt hende fra selvmord flere gange. Patienten blev henvist til knæoperation,

samt psykiatrisk behandling og blev sat i behandling med nasal steroid for kronisk bihulebetændelse. Arbejdsulykken blev anmeldt.

Kommentar: Der er tale om en i udgangspunktet relativt ligefrem henvisningstype, hvor der er tale om et langvarigt smerteproblem og langtidssygemelding. Livshistorien viser imidlertid en mere kompleks problemsammensætning, der væver fortid og nutid sammen med en arbejdsulykke der har traumatiseret patienten som har udviklet en ikke-erkendt angsttilstand. Smerterne har flere årsager der skal skilles ad arbejdsulykke og kronisk sinusitis. Patientens skam over sit spildte liv og sorgen over tabet af den første ægtefælle har drænet patienten for livsmod og egenomsorg.

Case 2.

42-årig kvinde, flygtning fra Afghanistan, henvist med kroniske lændesmerter og prikkende paræstesier i underekstremiteterne. Går hos privatpraktiserende psykiater pga. angst. Forklarer at hun har fået det bedre efter start på kommunal genoptræning og samtalerne hos psykiateren har haft effekt, så hun nu er begyndt at kunne glædes over små ting. Hun beskriver at hun har udviklet tanker om katastrofer og konstant uspecifik angst, som har overtaget hendes liv. Smerterne i lænden fik hun efter et meget tungt løft i hjemlandet. En nylig blokade har hjulet en anelse. Patienten er rastløs og giver samtidigt demonstrativt udtryk for at det går bedre. På direkte spørgsmål om der er væsentlige problemer i hendes liv som hun ikke har fortalt om eller som er svære at tale om, bryder patienten sammen. Hun fortæller at hun ikke orker sine forældre som hun jo ellers burde. Patienten spørger om hun må fortælle sin historie og da det bekræftes, fortæller patienten at hendes far var ludoman og alkoholiker og hendes mor var uligevægt og deprimeret, aldrig glad. Barndommen var præget af fysisk og psykisk vold fra begge forældres side og patienten er meget vred på dem begge, ville gerne elske dem, men kan ikke. Fortæller især om gentagne meget ubehagelige oplevelser, hvor moderen hver dag sendte hende på indkøb et sted hvor der var mange mænd, som befamlede hende på en stærkt krænkende måde fra hun var 8 år gammel. Moderen gav hende selv skylden for at være nedladende og sagde at hun skulle lære at være kysk og ikke skulle fortælle det til nogen. Seksuel aktivitet har siden været omgærdet af skyld og urenhed for patienten. Hendes nuværende ægtefælle og far til børnene har i Danmark været utro mod patienten, ovenikøbet med ægtefællens tidligere forlovede. Patienten har altid tænkt at hun havde en grim og beskidt krop og den tillærte skyld havde fået ekstra næring af ægtefællens utroskab. Patienten ville ikke have at hendes psykiater fik noget at vide om dé sider af hendes liv, men patienten ville gerne tale mere om det i Indvandrermedicinsk klinik. Patienten forklarede at hun havde en klar fornemmelse af at smerter og føleforstyrrelser havde med hendes barndom at gøre, men at det var udelukket i hendes opfattelse at tale om det. Patienten valgte senere, efter yderligere samtaler i klinikken, at fortælle sin psykiater om sine barndomsoplevelser.

Kommentar: patientens fysiske symptomer havde en psykisk forklaring som patienten var bevidst om, men det var en sammenhæng som ikke var acceptabel at tale højt om. Kombinationen af fysioterapi og samtaler hos psykiater normaliserede sammenhængen for patienten og åbnede op for at tale om andre mere følsomme konflikter i livet. Patienten satte ord på det fysiske ubehag ved siden egen, og ægtefællens-, krop og kunne gå tilbage til psykiateren med en klarere ide om hvad psykiateren skulle hjælpe hende med. Ofte er det uacceptabelt at udtrykke psykisk ubehag og en sammenhæng mellem psyke og krop er som udgangspunkt helt uacceptabel ("hvis kroppen er underlig, så er jeg sindssyg"). Et parløb mellem somatik og psykiatri (og fysioterapi) kan være faciliterende for en bedre forståelse af kroppens funktioner.

Case 3.

50-årig mand fra Afghanistan henvist til smertebehandling pga. vedvarende smerter efter en arbejdsbetinget cervical fraktur af C3. Det oplyses i henvisningen desuden at ægtefællen er førtidspensioneret med PTSD og at de bl.a. har 2 børn med handicap. Patienten selv har ingen uddannelse, men har arbejdet 15 år som officer i den afghanske hær. I forbindelse med livshistorien er patienten

nøgtern og upræcis om sin tid i hæren. Adspurgt om han har set ting mennesker ikke skal opleve, eller selv har oplevet krigen på egen krop, bryder patienten sammen. Årsagen til hans arbejdsbetingede brud på en nakkehvirvel var at han faldt i et stykke kød da han gjorde rent i et slagterirum, der ligner et rum, hvor han engang havde været indespærret i. Efter faldet oplevede han tiltagende hyppige flashbacks og på det seneste var han begyndt at have mareridt med mennesker der skreg om hjælp. Patienten fortæller at mange af hans soldaterkolleger omkom i en påsat brand da de var udstationerede i et område kontrolleret af Taleban. Skrigene blander sig med medfangernes skrig, som han erindrer fra tiden, hvor han var taget til fange af Taleban. Han sover stort set ikke, han kan ikke overskue simple beslutninger, er rastløs og konstant på vagt ved mindste lyd, kan ikke se TV og tør ikke gå alene udenfor. Han kan ikke huske, kan ikke koncentrere sig og føler sig som et skræmt dyr. Han fortæller at han var begyndt at have lange "film" der kørte mens han gjorde rent på slagteriet og som måske var årsagen til at han faldt og slog nakke og hoved. Patienten oplyser ved slutningen af samtalen at han er nervøs ved samtalen fordi han netop havde modtaget et brev fra hjemkommunen om at de ville stoppe hans ressourceforløb. Årsagen var, at han havde været på en kort ferie i London i julen, med denne ene af sine døtre. I brevet til patienten anførte kommunen at han dermed havde vist at han kunne sidde ned i 1½ time og at han kunne være sammen med andre mennesker og dermed kunne udføre et arbejde. Patienten var blevet overtalt af sine døtre til at rejse, selvom patienten var meget imod rejsen. Døtrene mente det ville være godt for faderen at komme væk hjemmefra. Han havde svært ved at sige nej og rejste med datteren i 3 dage mellem jul og nytår til London. Det var en ubehagelig rejse for ham, men som han gennemførte for at gøre de handicappede døtre glade, og nu satte rejsen ham i en situation, hvor hans troværdighed og ære var truet. Han havde haft konkrete selvmordstanker, men fortrød pga. børnenes og ægtefællens situation. Patienten blev henvist til arbejdsmedicinsk vurdering og der blev startet en erstatningssag. Patienten blev desuden henvist til behandling for PTSD.

Kommentar: manglende indsigt i og forståelse for krigstraumatiseredes udfordringer, risikerer at føre til tab af egenomsorg og demoralisering ifht. forældreevne og tilknytning til arbejdsmarkedet. Krigens meningsløshed kan i disse tilfælde flyde sammen med den oplevede meningsløshed ifht. kommunale krav. Smerter, angst og psykisk pres forhindrer påvirker kontakten til omgivelserne og til patientens egen krop. Her er det nødvendigt at prioritere stress reduktion og skabe længerevarende psykosocial støtte i samarbejde med den kommunale sagsbehandler (der ikke kendte til patientens forhistorie).

Case 4.

42-årig mandlig syrisk flygtning henvist med kroniske lændesmerter og føleforstyrrelser. Har endvidere hypertension, samt overvægt og undersøges for søvnapnoe. Tidligere rygundersøgt, hvor man fandt spinalstenose og 2 diskusprolaps, men pga. varigheden af symptomer valgte man at henvise patienten til genoptræning. Paraklinisk findes en lav MCV, let anæmi og et forhøjet calcium. Føler smerterne har optaget hans krop og at han ikke længere kan styre smerterne. Seksuelt er der problemer og ægtefællen beskylder ham for at ville skilles. Fortæller at han går i 10.klasse i sprogskolen, men at han har udviklet hukommelses- og koncentrationsbesvær. Han tør ikke se TV. Adspurgt om han har voldsomme oplevelser bag sig som kan være svære at tænke på eller tale om, svarer patienten at det har han, men at han ikke kan tale om dem pga. "kultur". Fortæller at han altid er bange og at han ikke mener han kan overleve et år til på denne måde. Han holder sig langt væk fra strøm, kontakter og vand. Forklares at lægen og tolken har tavshedspligt og fortæller derpå, at mistede sin far som 13-årig, hvorefter han blev taget ud af skolen og sendt ud som arbejdsdreng på en byggeplads. Her skulle han stille sig seksuelt til rådighed for de ældre mænd for at få lov til at arbejde. Han troede i mange år, at det var sådan mænd gjorde ved hinanden. Han føler skyld og skam over det skete – føler det var hans egen skyld. Kan nu kun bekymre sig for om hans egne børn skal udsættes for det samme af mænd i Danmark. Fortæller at han som ung voksen blev fængslet og oplevede tortur med strøm til kønsdelene, nærdrukning, nedsænkning i isvand og ophængt med bind for øjnene mens andre blev tortureret. Hans højeste ønske er at få et job, så han kan arbejde tankerne væk. Hans natlige åndenødsproblemer skyldes angst i forbindelse med mareridt og han sidder ofte oppe det meste af natten og spiser for den lindrende effekt. Undersøgelsen for søvnapnoe aflyses og patienten

henvises til behandling for PTSD. Tilbydes samtaler om kost, motion og ægtefællen inviteres til samtaler sammen med patienten, om deres samliv. Patienten havde en ufarlig heterozygot beta-thalassæmi og et meget lavt D-vitamin, som han fik behandling for. Der har, før henvisningen, ikke tidligere været anvendt tolk ved lægesamtaler, men patienten ønsker tolk fremadrettet.

Konklusion: det er vigtigt med en systematisk tilgang til komplekse multisyge patienter. Livshistorien er en god ramme til at genskabe struktur og skille de kliniske og psykiske problemer fra hinanden. Angst med fysiske udtryk og seksuelle problemer kan være svære at få belyst, men er så hyppige at de bør indgå i enhver samtale med flygtningepatienter.

Case 6.

49-årig kvindelig flygtning med asiatisk baggrund henvist på mistanke om funktionelle eller kulturelt betingede føleforstyrrelser. Patienten har i mere end 10 år haft føle og kraftforstyrrelser i ekstremiteterne, intermitterende synkebesvær, periodevis åndenød og abdominalsmerter. Fik fjernet adenom i thyreoidea uden effekt. Forbigående forstørrede lymfeknuder i mediastinum gav mistanke om sarkoidose, som dog ikke kunne påvises. Mistanke om autoimmun hepatitis blev afvist på klinisk basis. uden at der dog blev foretaget leverbiopsi. Vedvarende eosinofili førte til mistanke om schistosomiasisinfektion, men behandlingsforsøg gave intet resultat. Gennem livshistorien kommer det frem at patienten startede med at arbejde i familiens rismarker som 6-årig. Der kom etniske uroligheder i landet og regeringssoldater kom ofte forbi markerne og patienten oplevede mange voldsomme overgreb fra soldaterne. Da familien som flygtninge kom til Danmark, udviklede patientens datter en svær behandlingskrævende angsttilstand, som krævede patientens fulde opmærksomhed i en lang årrække. Da datteren begyndte at få det bedre begyndte moderen, patienten, at få invaderende tanker og ukontrollerede genoplevelser af de overgreb hun og hendes familie var udsat for. Føleforstyrrelser og angst blev forstærket af et forhøjet alarmberedskab, men patienten havde ikke mod nok til at tale med sin læge om det og hendes ægtefælle kendte ikke til overgrebene, så hun valgte at tie. Patienten var ikke tidligere blevet reumatologisk udredt og viste sig at have en bindevævssygdom og PTSD – patienten blev henvist til behandling for begge tilstande.

Kommentar: symptomer, og deres herkomst, bliver let uklare når der er sprogbarrierer. Hvis der ikke gøres forsøg på at få præcise beskrivelser af smerter og hvilken betydning de har for patienten, så ender komplekse, men forklarlige, tilstande som denne i den brogede gruppe af "funktionelle lidelser". En diagnose, som patienter med sprogbarriere har svært ved at forhandle sig ud af. Men det funktionelle præg skabes alene gennem manglende sundhedsfaglig omhu og den alt for sparsomme anvendelse af tolkebistand til de vigtige samtaler om symptomers oprindelse og betydning.

Somatiske symptomer: kliniske cases om klinisk tvetydighed, fejlfortolkninger og forsinket diagnostik

Fordomme, manglende brug af tolk og sparsomme anamneser bidrager hyppigt til at somatiske symptomer enten overses, ignoreres bevidst eller fejlopfattes. I dette kapitel gennemgås en række kliniske cases der illustrerer betydningen af en detaljeret anamnese. Læger overser ofte sociale årsager til akutte indlæggelser og det kan ikke understreges klart nok, at sociale forhold er lige så vigtige for diagnostik og behandling som nervereflekser og hjertelyde. Når man som læge har dannet sig overblik over det samlede problemfelt, dvs. både fysiske, psykiske, sociale og økonomiske problemer, så er opgaverne

- 1) Hvad er det der er misforstået af lægen? Patienten? Familien?
- 2) at hjælpe patienten med at skille problemerne fra hinanden
- 3) hjælpe patienten med at forstå hvordan de enkelte problemer påvirker deres helbred og sociale liv
- 4) sammen skabe løsningsmuligheder – herunder prioritering af problemer der kræver handling med det samme og hvilke der kan vente.

Case 1

Patient henvises til IMK med ”dårlig compliance” i forhold til sin behandling for hypertension. Patienten havde tidligere haft velbehandlet hypertension. Patienten henvises til ultralydsskanning af nyrer, der viser udtalte kroniske nyreforandringer, som kan forklare og der er mistanke om malignitet i den ene nyre. Der bestilles derfor en CT-skanning af nyrerne, men patienten modtager ikke indkaldelsesbrevet før dagen efter undersøgelsesdatoen, 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. Undersøgelsen, der udføres på mistanke om cancer, udføres med 3½ måneders forsinkelse.

Kommentar:

Etniske minoritetspatienter med sprogbarriere karakteriseres hurtigere end andre patienter som havende ”dårlig compliance”, men desværre uden at årsagerne er grundigt undersøgt. Fordomme og bekvemme antagelser kommer let til at erstatte normale objektive kliniske beslutningsprocesser. Sygehusafdelingens forventninger om, at patienterne er fuldt informerede om baggrunden for henvisninger eller undersøgelser, kan sjældent indfries blandt patienter, der kun taler et sparsomt dansk. Lægen bør være agtpågivende når en patient går fra at have været ”compliant” til at være ”non-compliant”: hvad har ændret sig: patienten eller sygdommen?

Case 2

53 årig patient med dårlig økonomi (høje medicin udgifter), PTSD, leddegigt (rheumatoid arthritis), urin inkontinens, kronisk bihulebetændelse og sukkersyge. 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. ER begyndt at glemme sin diabetes medicin pga. dårlig hukommelse – mener selv det er som følge af PTSD. Får redskaber til at huske piller og en nabo indvilger i at støtte patienten i at bruge redskaberne. Den svære inkontinens pga mange fødsler og omskæring behandles medicinsk og med bækkenbundsøvelser, ligesom der søges bletilskud. Efterhånden som patienten får overblik viser det sig at patienten mest af at døjer med mange bivirkninger af den medicinske behandling for leddegigt. IMK informerer behandlende rheumatologiske afdeling på hjemsygehus om bivirkninger, hvorfor patienten skifter til behandling uden bivirkninger. Der foretages mindre gældssanering og afdragsordning til medicin på apoteket. Patienten følte ikke længere at det var PTSD symptomerne der var årsagen, men medicinbivirkningerne havde forvirret hende. Patienten tilkendtes førtidspension og bad herefter om at blive afsluttet: ”Nu har jeg det bedre psykisk og med kroppen - min økonomi har også fået det bedre”.

Kommentar:

Det kan være svært for multisyge patienter selv at adskille hvor symptomer stammer fra og PTSD kan medvirke til at forvirre kropssignaler, men i dette tilfælde var det medicinbivirkninger, der blev tydelige efterhånden som de andre problemer blev løst. I komplekse kliniske situationer er det ofte en god strategi at begynde at løse de lettere problemstillinger, så der senere bliver rum til de sværere og mere tvetydige symptomer.

Case 3

45 årig patient fra Vestafrikansk land. Lider af sukkersyge, højt blodtryk, højt kolesteroltal, overvægt og diffuse muskelsmerter. Taler et sprog som kun få taler, derfor anvendes sønnen på 17 år ofte som tolk. 3 år før henvisning til IMK blev patienten vurderet af rheumatolog, der fandt at smerterne måtte skyldes den kolesterolnedsættende medicin og anbefalede patienten at stoppe behandlingen og afsluttede umiddelbart efter patienten til egen læge uden opfølgning. Patienten oplyser, at det ikke hjalp på smerterne at stoppe medicinen og at smerterne nu var taget så meget til at funktionsniveauet var stærkt begrænset. Patienten havde i IMK uændret forhøjede muskelenzymer og genhenvistes derfor til rheumatologisk vurdering, som

nu fandt, at patienten havde tegn på polymyositis (muskelgigt) og at patienten formentlig havde haft sygdommen hele tiden da der også var forhøjede enzymer ved den tidligere undersøgelse. Patienten startede behandling, men uden særlig klinisk effekt. Henvises til tolket diætist vejledning mhp vægttab, men uden effekt, angiveligt fordi patientens smerter forhindrer motion. Patientens ægtefælle oplyser som et kuriosum at ægtefællens fødselsdag er forkert. Svarende til det tildelte CPR-nummer er patienten 55 år, men i virkeligheden er patienten 67 år (dvs. 12 år ældre). Fejlen opstod da ægtefællen søgte familiesammenføring og oplyste at han mente patienten var 45 år. Patientens rigtige biologiske alder passer med alderen på patientens førstefødte som hun fik da hun var 17 år. Fejlen kan have haft indflydelse på risikovurdering og differentialdiagnostik og forklarer at patienten er mere trættbar end de (tidligere) jævnaldrende på trods af relevant behandling af polymyositis sygdommen. Patientens sande alder på 67 år blev senere verificeret med en fødselsattest fra hjemlandet. Det viste sig at patienten havde mange mareridt om traumatiske oplevelser i hjemlandet og at patienten oplevede psykisk lindring ved at spise om natten, hvilket var den reelle årsag til at patienten ikke tabte sig.

Kommentar:

Vigtigheden af at få etableret den mest korrekte sygehistorie kan ikke overvurderes. Ikke-lægefaglige forhåndsforståelser og affinitet for lette løsninger kan forsinke korrekt diagnostik. Ofte ser man at en kompleks blanding af almindelige sygdomme, misforståelser og sammenblandinger af multiple årsager, forhindrer en afbalanceret klinisk beslutningsproces. Det er ofte en fordel at være meget konkret i at få beskrevet patientens symptomer – det er ikke frugtbart at gå ud fra at de symptomer der er dokumenterede reelt er de rigtige symptomer. Casen illustrerer vigtigheden af en systematisk tilgang og anvendeligheden af en fuld problemliste.

Case 4

En 32-årig mand ivrig sportsudøver, og socialt meget aktiv i foreningssammenhæng. Mister i løbet af få måneder næsten helt sit funktionsniveau, stopper sportsudøvelse, mister det danske sprog, fyres og må anvende gangstativ. Ægtefællen, der er studerende, må agere tolk og koordinator. Mange lægebesøg, kommunens sagsbehandler presser på for aktivering. Henvises til klinikken. Der anvendes tolk og patienten forklarer at han pludselig oplevede ikke at kunne holde til at spille fodbold, fik åndenød og strammende fornemmelse om brystkassen, følte sig gammel, mistede seksuel lyst og isolerede sig. Fik natlige mareridt og ukontrollerede genoplevelser om dagen med sine torturoplevelser fra hjemlandet. EKG viste bagvægsinfarkt af ældre dato. Patienten henvises til hjertemedicinsk afdeling og til traume og torturbehandling.

Kommentar:

Der er risiko for at kognitiv bias forsinke korrekt diagnostik når lægen ikke sikrer sig den fulde og detaljerede sygehistorie. Generelt ses forsinket diagnostik når personen ifølge lægens opfattelse ikke "passer til" diagnosen og sker hyppigt hos unge, hos kvinder, etniske minoriteter og hos ældre. Patienters livserfaringer vil altid præge symptomoplevelse og hvordan de udtrykkes.

Case 5

53-årig henvist med migræne gennem 10 år, ingen muskelkræfter, smerter i alle led og depression. Orker ikke længere børnene. Opgivende. Egen læge skriver: Ingen fysiske fund, normale blodprøver, set af privat neurolog og gynækolog. Patienten henvises først til neurologisk afdeling, der henviser patienten til Indvandrermedicinsk Klinik. Det viser sig at patienten har tydelige PTSD-symptomer (set niece blive dræbt af soldater, blev re-traumatiseret da der startede en mandlig pædagogmedhjælper, som lignede den soldat der dræbte niecen, i den børnehave hun arbejdede i). Patienten har selvmordstanker, flere nærforsøg, men har ikke talt om det. Henvises til traume og torturbehandling. Diffuse smerter i thorax viser sig at skyldes knuder i brystkassen, der skyldes sarkoidose (bindevævssygdom i hud, nyrer, nerver og lunger) i kombination med et meget højt calcium i blodet, der kan forklare depression, træthed og hovedpine. Der er nedsat nyrefunktion som ligeledes kan bidrage til træthed, muskelømhed. Patienten har endvidere type 2 sukkersyge og nervebetændelse pga. sarkoidose sygdommen.

Kommentar:

Systemsygdomme og sygdomme med varierende udtryk over tid hos etniske minoritetspatienter er ofte forbundet med misforståelser og fejlfortolkninger fra lægens side. Sygdomme der kræver forhandlingskompetencer og sprogligt overskud kan ligeledes føre til fejldiagnoser og unødvendig lidelse hos patienten.

Case 6

41-årig kvinde henvist med smerter i hele kroppen, migræne og dårlig compliance ifht. behandling af sin skjoldbruskkirtel stofskiftesygdom. Sygehus og egen læge givet op. Patienten henvises til klinikken. Patienten havde svær panikangst og mareridt (søvnløshed), arvelig øjensygdom som patienten havde misforstået så hun troede hun ville blive blind, arvelig blod sygdom med anæmi (thallasæmi), kronisk allergisk bihulebetændelse som årsag til migræne, urin inkontinens førte til social isolation og depression, mælkesukker intolerance gav maveubehag og desuden havde patienten type 2 sukkersyge.

Kommentar:

Det er vigtigt at tale løbende med patienter om deres bekymringer omkring sygdom, så misforståelser kan ryddes af vejen. Patienter med sprogbarriere når sjældent at fortælle om alle deres helbredsproblemer og hvis lægen er meget ”styrende” kan det medføre at patienter syntetiserer alle deres helbredsproblemer i ét problem, så lægen ikke opfanger at der er flere problemer. Vigtigt at være åben overfor nye helbredsproblemer.

Case 7

34-årig kvinde henvises med diffuse smerter og angstanfald. Henvisning lød: ”Diffuse smerter, angstanfald, mange kontakter til skadestue, sygemeldt fra VUC”. Patienten oplyser i klinikken at hun har diffuse smerter, men at der er en anden slags og meget kraftige smerter i venstre arm. Smerterne i venstre arm har 2 gange været så kraftige at hun besvimeede derhjemme og ringede 112 (indlagt akut 2 gange og sendt hjem uden plan). Forfølges af ex-mand, verbale trusler om mord og vold, men tør ikke anmelde da hun er familiesammenført. Kaotisk elendig økonomi – ex-mand spillet alle familiens penge op. Går på VUC, kan ikke følge med pga. hukommelses- og koncentrationsbesvær, men vil ikke stoppe. Har urin inkontinens, hæmaturi og smerter i underlivet. Røntgen af venstre arm viser et brud på venstre overarm og osteolytiske metastaser, der skyldes myelomatose. Patienten har urin inkontinens og henvises til gynækologisk afdeling, hvor man finder et uterusfibrom som årsag til de gynækologiske klager og blod i urinen. Patienten har været fængslet og tortureret i sit hjemland og har en kronisk personlighedsforstyrrelse med stærke angst elementer der kræver at patienten har særlig støtte i kræftbehandlingsforløbet.

Kommentar:

Diffuse smerter opfattes ofte som overdrevne hvis der er sprogbarriere. Akutte smerter der gentagne gange kræver hospitalskontakt bør altid lede til nærmere undersøgelser. Sociale faktorer påvirker altid symptomoplevelser og bør aktivt opsøges i anamneseoptagelsen. Der bør altid være en klar plan for opfølgning af uklare symptomer – ikke mindst når der er sprogbarriere.

Case 8

44-årig asiatisk kvinde henvises til klinikken med tiltagende hyppige sygemeldinger pga. lændesmerter og en truende fyring. Arbejdet uafbrudt siden han kom til Danmark i 1988. Tiltagende ked af det, lukker sig inde og isolerer sig socialt og ifht. familien. Gift med mand fra andet land hvilket giver familiekonflikter. Fortæller i klinikken at det slog klik for hende da der nogle år tidligere var store oversvømmelser i byen hun bor i Danmark pga. meget kraftige regnskyl. Alle kældre i området var fyldt med vand, inklusiv deres egen og alle talte om det. Patienten fortæller at hun begyndte at få ukontrollerede genoplevelser fra sin barndom da de så lig flyde i floderne og senere under flugten væk fra hjemlandet sejlede de nærmest i lig med kanoen. Var sikker på at der nu flød lig i deres egen kælder og i byens gader i Danmark. Patienten måtte flygte alene med sine yngre søskende og de fandt aldrig forældrene igen. Det piner patienten. Flere

af patientens børn er meget syge med epilepsi og skæmmende hudsygdom. Ægtefællen er uvidende om patientens oplevelser i hjemlandet. Patienten viser sig at have smerter i underlivet og at det påvirker seksuallivet uacceptabelt. Klinikken finder at patienten har symptomer på PTSD, og at patienten derudover har kronisk leverbetændelse og udtalt urin inkontinens. Henvises til gynækologisk vurdering hvor man finder et stort uterusfibrom.

Kommentar:

PTSD-symptomer kan opstå årtier efter primærtraume og bør altid have in mente. PTSD kan skjule somatiske sygdomme og det kræver en aktiv systematisk spørgeteknik at få dem fremhævet.

Case 9

38-årig mand fra Mellemøsten. Boet i Danmark 25 år, arbejdet indtil 1/2 år før henvisning til IMK. Taler og skriver dansk. Klager over ondt i ryggen og strålende smerter i arme og ben. Set af privat praktiserende neurologer og rheumatologer, psykiatere, psykologer, ortopædkirurger og får til sidst diagnosen fibromyalgi. Fyres pga. mange sygedage. Henvises til IMK, da han ændrer adfærd, sover i bilen, er opfarende og isolerer sig. Viser sig at have været fingeret henrettet 2 gange i hjemlandet, første gang som 15-årig, anden gang som 25-årig på besøg i hjemlandet. Den første fingerede henrettelse skete ved at han, sammen med sin ven, blev skubbet ud fra toppen af et højhus i sit hjemland med bind for øjnene, han hører kammeratens skrig, da denne skubbes ud over kanten af soldaterne, mens han selv skånes. Patienten re-traumatiseret da han i Danmark rammes af en sofa, der er blevet smidt ud fra en altan over ham. Han pådrager sig en arbejdsskade med en tung jernplade der maser ham mod væggen, men arbejdslederen bagatelliserer det og det anmeldes ikke. Patienten glemmer det pga. de mange mareridt hvor han hører vennens skrig og husker det først, da han fortæller sin livshistorie. Har neurogene smerter som følge af kronisk PTSD. Henvises til traume- og torturbehandling og via en arbejdsmedicinsk vurdering tilkendes han erstatning. Patienten har ingen tegn på fibromyalgi.

Case 10

37-årig mand henvist med diffuse smerteklager fra hele kroppen og især nakken. "Svær at aktivere" oplyser egen læge. Ved almindelig objektiv undersøgelse viser et sig at patienten har en underudviklet venstre arm, som er kortere og med mindre muskelfylde en højre. Han blev syg som 6-årig i hjemlandet, hvorefter han ikke kunne bruge armen. Der er formentlig tale om følger efter polio-sygdom (patienten boede i et område hvor der pga krig ikke blev udført vaccinationskampagner). Patienten skammer sig over sit handicap, der ville være synligt i de jobs som kommunen har forsøgt at aktivere patienten i. I sit tidligere arbejde i pizzeria var det ikke svært at skjule handicappet. Han gemmer altid sin arm i langærmet tøj. Nakkesmerterne skyldes formentlig hans anstrengelser for at skjule sit handicap på arbejde.

Case 11

32-årig kvinde med føleforstyrrelser i venstre ben gennem 6 år og smerter i ryggen, samt kramper i benene 3 år, primært venstre ben. Et almindeligt røntgenbillede af rygsøjlen var normalt og patienten fik at vide, at det skulle trænes væk. Patienten fortsatte arbejdet som syerske og gik til rygtræning, mens symptomerne forværredes og der tilkom pareser af den ene ben. MR-scanning af ryggen viste et neurinom i medulla, der nu havde medført varige neurologiske skader på medulla og var for udbredt til at fjerne uden at påføre patienten yderligere skade. Patienten havde i øvrigt arbejdet som skrædder siden 7-års alderen i hjemlandet.

Patienten blev ikke umiddelbart orienteret om adgang til patientklage eller forsikring af undersøgende afdeling. Patienten halter og har smerter. Patienten blev fyret fra sit job som handicaphjælper for sin handicappede lillesøster, da kommunen ikke kunne tage ansvaret ifht. patientens førlighed og de fysiske tunge opgaver med lillesøsteren. Patienten taler perfekt dansk.

Kommentar:

Vedvarende rygsmerter skal udredes og behandles efter gældende retningslinjer selvom der er sprogbarrierer og der bør udvises særligt agtpågivenhed ifht at sikre at anamnesen er korrekt og løbende opdateres – med tolk.

Case 12

47-årig kvinde fra Nordøstafrika. Taler lidt dansk, aldrig gået i skole. Henvist fra egen læge med hjerteproblemer og angst for foreslået hjerteoperation. Patientens primære hjerteproblem er en mitralstenose/sufficiens, betydende aortastenose og svær aortainsufficiens. Fik kateterdilateret mitralstenosen i 1997 og blev i 2006 indstillet til triple hjerteklapsoperation, men udeblev og har siden da vægret sig ved operation. Patienten fortæller at hun udeblev fordi hun blev mere syg hver gang hun talte med hjertelægerne – de gjorde hende kun mere bange i stedet for mere tryk, følte hun. Patienten har haft stærkt faldende funktionsniveau med gangdistance på 150 m, hun har udtalt træthed og kan ikke længere foretage indkøb eller gøre rent. Patientens jævnaldrende ægtefælle døde helt uventet 4 år tidligere og man mente det måtte være hjertestop, han fejlede angiveligt intet. Dét tog hårdt på patienten og børnene, for han havde stået for alt det praktiske i hjemmet og en indtægt. Patienten bør ifølge hjertekirurgerne, opereres, men tør fortsat ikke. Har dog udtrykt, at hun gerne vil, hvis Indvandrermedicinsk klinik er med til samtale hos hjertekirurgerne og hvis vi kan tale med hendes børn om det. Patienten indkaldes til en såkaldt risikosamtale med repræsentant for Indvandrermedicinsk klinik, men fortryder og udebliver fra aftaler. Der arrangeres hjemmebesøg med læge og sygeplejerske, samt tolk. Her viser det sig at børnene er uenige i om moderen skal opereres. Umiddelbart er den ældste søn familiens overhoved og han er den der er mest imod moderens operation. Børnene er mere traumatiserede af tabet af faderen end det umiddelbart er blevet beskrevet. Direkte adspurgt om der er andre i familien, der er med til at bestemme nævner patienten at dennes moder på 67-år, der befinder sig i hjemlandet, måske er den der bestemmer mest. Patienten selv vil gerne opereres, men moderen har afvist det fordi patienten risikerer at dø og dermed efterlader 4 børn som forældreløse i et fremmed land. Kirurgerne vurderer at patienten uden operation vil have under 2 års restlevetid. Der holdes samtale med moderen i hjemlandet, samt børnene og der kobles en familierådgiver på fra kommunens side. Det arrangeres at patientens søster, der bor i et andet land i Skandinavien, kommer og passer børnene mens moderen bliver opereret.

Kommentar:

Det er altid vigtigt i alvorlige sygdomstilfælde at afklare beslutningsforhold i og omkring patienten: hvem er med til at bestemme og hvem bestemmer mest? Det er ikke altid at familieoverhovedet befinder sig i patientens nærhed eller i Danmark. En samlet tværsektoriel indsats med støtte om børnene beroliger patienten, der derpå accepterer den livreddende operation.

Case 13

31-årig mand fra Østafrika. Kom til Danmark 17 år gammel som uledsaget flygtning. Henvises med funktionelle anfald og påfaldende psyke. Fremtræder ved samtalen smilende, men usammenhængende. Har en ven med, der oplyser at patienten ikke kan klare sig selv og at han har været i sprogscole og praktik uden at kunne klare det. Han kan ikke huske og han har svært ved at forstå simple beskeder. Ved simple tests kan patienten ikke huske, kombinere eller udføre simple opgaver (f.eks. folde et A4-papir 2 gange). Han har været i hæren, men ikke i kamp, kun træning. Flygtede pga. udsigt til meget langvarig værnepligt. Ved scanning af cerebrum finder man multiple infarkter og ved scanning af halskar påvises en sjælden autoimmun arteritis som delvis årsag til infarkterne sammen med en blodsygdom, polycytemia vera. Starter relevant behandling i to specialer. Det kommunale jobcenter har svært ved at tilpasse deres tilbud og afviser at patienten hører hjemme i ælder-handicap afdelingen og afviser at foretage en neuropsykologisk undersøgelse af patienten. Den kommunale mentor stoppes, hvorefter patienten udebliver fra kontrol af sin behandling på reumatologisk og hæmatologisk afdeling. Har svær kronisk hovedpine, men der er to års ventetid til vurdering i hovedpineklinikken.

Kommentar:

Diagnosen blev forsinket af at man i første omgang vurderede at patienten var en "vrangvillig" "fjoget" ung mand. Efter alt at dømme har drengen mistet kognitive ressourcer ved de mange infarkter. Forløbet viser hvordan kommunale interesser ikke altid matcher sundhedsvæsnets (og patientens) behov. Compliance hos patienter med kognitive tab er en kommunal kronisk støtteopgave, men det er i praksis meget svært at etablere støtte hos yngre patienter. I dette tilfælde holdes der jævnligt netværksmøder, men det er aldrig lykkedes at etablere en fast mentorordning og patienten er i skrivende stund stadig ikke kognitivt testet.

Case 14

39-årig mand fra Østafrika der henvises på mistanke om misbrug/stofpsykose og HIV-infektion. Patienten taler kun Swahili og få ord på engelsk. Har været indlagt akut adskillige gange opfattet som bevidstløs og påvirket af narkotika, af lægeambulancen. Hyppigt indlagt i akutmodtagelsen men forlader oftest afdelingen tidligt næste morgen. Der har aldrig været samtale med tolkebistand. Med Swahili tolk fortæller patienten at han er blevet skilt og skal betale til ex-konens lejlighed og børnebidrag. Han har 3 forskellige jobs for at klare det, 2 om dagen og et som avisbud sent på natten. Han er flyttet ind på et hjem for mænd, hvor der er en gruppe mænd, der ryger hash og spiller høj musik om natten, så patienten sover i realiteten aldrig. Han fremtræder i dårlig ernæringsstilstand med et lavt BMI. Han har en negativ HIV-test og tager aldrig narkotika og drikker ikke alkohol. Ved nærmere beskrivelse af hvad der præcist sker for patienten før han findes bevidstløs, viser det sig at patienten lider af narkolepsi og henvises til behandling for dette. Hans økonomi revideres og han finder et billigt værelse.

Kommentar:

Den mangelfulde social og anfallsanamnese samt kulturelle fordomme forsinker diagnose og behandling.

Case 15

37-årig dansktalende kvinde fra Nordafrika henvises med klager fra flere organsystemer, kronisk migræne, dyspepsi, mavesmerter, træthed og uoverkommelighedsfølelse, samt lændesmerter og besvær med at stå eller gå længe ad gangen – egen læge skriver at patienten ønsker langtidssygemelding pga aktuelt aktiveringskrav fra sagsbehandler. Patienten vil gerne have tolk til første samtale. Er vokset op i en flygtningelejr og kan ikke huske andet fra sin barndom end granater, lemlæstede lig og ødelæggelse. Følt sig tiltagende presset efter en skilsmisse, føler sig ensom og overbelastet med 5 børn hvoraf 2 er under 4 år. Tiltagende og konkrete mareridt om sin barndom og presses nu af den kommunale sagsbehandler til at komme i aktivering. Ligger søvnløs og er begyndt at trøstespise om natten. Har produktive symptomer på PTSD samt hukommelses- og koncentrationsbesvær. Har desuden symptomer på astma (boligen er fugtig), kronisk urticaria, allergisk rhino-conjunctivitis, kronisk sinusitis, urin og fæces inkontinens og klinisk mistanke om cervikal (ikke lænde-) discus prolaps. Har homozygot laktose intolerans der forklarer dyspepsi og anæmi der skyldes excessive blødninger. Har gastrit og er helicobacter positiv. Har en Mb.Haglund (calcaneus) malformation, der delvis forklarer besvær med stående arbejde. Henvises til behandling for PTSD og et nyt aktiveringsforløb tilpasses patientens funktionsniveau. Sociale udfordringer og somatiske symptomer kan være blandet sammen med tidligere oplevelser uden at patienten helt selv er klar over sammenhængen.

Kommentar:

Det er ikke ualmindeligt at problemer blandes sammen og dermed kommer til at skygge for enkeltstående helbredsproblemer. Casen illustrerer vigtigheden af systematik i tilgangen og anvendeligheden af en fuldstændig problemliste.

Case 16

59-årig mand med type 2 diabetes, der ændrer personlighed med tiltagende apati og svært fysisk og psykisk funktionstab efter hjertestop og stentbehandlet LAD stenose 1½ år før henvisningen. Tidligere vurdering

i affektivt team i psykiatrien på mistanke om depression var inkonklusivt, da patienten ikke følte sig deprimeret.

Henvises til vurdering i Indvandrermedicinsk klinik. Her udtrykkes store bekymringer om 2 voksne døtre der på flugt fra hjemlandet med små børn. Patienten fortæller at han selv var en del af et team, der gravede døde ud af bombede huse og kørte dem til sygehuset. Med døtrenes usikkerhed er disse oplevelser begyndt at komme tilbage til ham om dagen og i mareridt om natten. Afslører meget generende høre og lugtehallucinationer fra sine opgaver i hjemlandet. Strategi drøftes med demensklinikken, der mener der er tale om depression, men det afviser patienten igen med en bemærkning om, at "Medicin bringer ikke mine døtre i sikkerhed". Udviser tegn på PTSD og re-traumatisering og starter behandling for dette.

Viser sig at ægtefællen er mest bekymret over at patienten meget hyppigt besvimer og slår sig. Patienten beskriver rotatorisk svimmelhed og bevidsthedstab. Henvises til faldklinikken, der finder hypotension, høj saltudskillelse og ortostatisk hypotension samt øresten. Starter behandling med flurinef og behandling for øresten med prompte effekt. MR-scanning viste multiple WM-læsioner. Samtidig undersøges ægtefællen for kræftmistanke, hvilket yderligere presser parret. Patienten får hjælpemidler i hjemmet og ægtefællens bekymringer aftager i takt med at ægtefællens symptomer forklares og behandlingseffekten indtræffer og ægtefællens kræftmistanke afkræftes. Da ægtefællens bekymring over patientens tilstand aftog og døtrene samtidig fik opholdstilladelse i et andet europæisk land, forsvandt patientens belastningssymptomer.

Kommentar:

Det kan være svært at afgøre hvad der er årsag og hvad der er virkning i komplekse tilfælde som dette og det er derfor vigtigt at holde alle muligheder åbne i stedet for at holde fast i en bestemt mistanke. Vigtigheden af en detaljeret anamnese hvor også pårørende inddrages kan ikke overdrives. Ofte er behandling en kombination af medicin, information og stress-reduktion.

Case 17

53-årig mand fra Mellemøsten henvises med træthed og uforklarede universelle smerter. Har været svær at placere på arbejdsmarkedet og kommunal sagsbehandler presser egen læge for en afklaring. Patienten har ikke haft tolk til tidligere lægesamtaler. Ved første undersøgelse bemærkes at patienten halter, og at han ikke kan gå på trapper samt har svært ved at rejse sig fra siddende stilling. Har hårtab og generende kløe i hovedbunden.

Patienten kan ikke stave sit eget navn efter 7 år i skole i hjemlandet. Beskriver udtalt indlæringsbesvær siden barndommen. Paraklinisk findes tegn på immunaktivering og en positiv quantiferon-test samt et minimalt lungeinfiltrat af ældre dato, samt et stærkt forhøjet kreatinkinase i blodet. Der er enkelte syrefaste stave i patientens ekspektorat. Tolkes i første omgang som tuberkulose med myopati, men hverken træthed, muskelsvaghed eller kreatinkinase ændrer sig efter 6 måneders anti-tuberkuløs behandling. På grund af de udtalte bevægeapparatsklager udføres derfor en MR af columna, der viser aksial arthritis og hudlæger finder psoriasiselementer i hovedbunden. Patienter starter efter endt tuberkulosebehandling på biologisk behandling af psoriasisarthritis med aksial involvering. Patienten har diskrete kognitive mangler, der sammen med manglende tolkeanvendelse har forsinket en afklaring af patientens symptomer, men med tolk og systematisk gennemgang i patientens tempo opnås en konstruktiv anamnese, der leder til de to kliniske mistanker. Muskelpåvirkningen er formentlig autoimmunt udløst og kan ses ved begge patientens tilstande.

Kommentar:

Patienter der er svære at placere på arbejdsmarkedet bør undersøges grundigt somatisk og psykisk, herunder bør kognitive funktioner bedømmes. Symptomer der er vedvarende bør undersøges med mere specifik biokemi og billeddiagnostik.

Case 18

39-årig mand henvises med svedeture, træthed, mavesmerter, hovedpine og ukarakteristiske smerter i underkølestremiteterne efter skudtraume i den ene fod i hjemlandet. Langt forløb i smerteklinik men afsluttet pga udtømte behandlingsmuligheder. Behandles af neurolog for Hortons hovedpine med ilt- og

lithiumbehandling. Ét barn tvangsfjernet af ukendte årsager – ønsker ikke at tale om det. Undersøgt for PTSD, men mistanken blev afvist. Mistanke om funktionel lidelse.

Har flere traumer bag sig (bla. set sin søster blive slået ihjel) og har symptomer på PTSD, men ønsker ikke, lige som tidligere, at medvirke til screening eller behandling.

Har laktoseintolerans og mavesmerter udløses af hyppigt indtag af mælkeprodukter, selvom patienten er klar over sammenhængen.

Blodprøver viser umåleligt D-vitamin og forhøjet TSH. Patienten anbefales at øge D-vitamin indtag og henvises til endokrinologisk udredning, der finder behandlingskrævende subklinisk autoimmunt myxødem.

Kommentar:

Mænd kan have thyreoideasygdomme, men overses let. Forsigtig spørgeteknik (se afsnit om PTSD) kan ofte sandsynliggøre traumer og PTSD-symptomer. Patientens smerteopfattelse er givet præget af PTSD-symptomer samt neurogene smerter i underekstremiteterne. Man kan med tiden håbe at patienten kan motiveres for behandling af PTSD før man overvejer undersøgelse for om der er tale om en funktionel lidelse.

Case 19

46-årig flygtning fra Mellemøsten henvises med uforklarede universelle smerter. Tidligere behandlet for torturskader og PTSD. Synes nu symptomerne er kommet igen på en anden måde og værre. Flere gange indlagt akut med mavesmerter.

Henvist til neurologisk afdeling, hvor patienten udebliver og afsluttes samtidig, da man ikke mener tortursmerter hører hjemme i neurologisk regi. Henvises til infektionsmedicinsk afdeling, men udebliver og man fortolker det således at patientens symptomer ikke længere er til stede.

Patienten har symptomer forenelige med Familiær Middelhavsfeber og har familiær anamnese. Diagnosen bekræftes af påviste genmutationer.

Henvises til fornyet behandling af PTSD, da han har massive neurogene smerter fra navlen og distalt efter strømtortur.

Kommentar:

En præcis anamnese hos patienter med smerter er afgørende. Eksisterende diagnoser er ikke nødvendigvis forklarende. Familiær Middelhavsfeber er en hyppigt overset diagnose hos patienter der har andre diagnoser, eller hvor smerterne opfattes som psykogene.

Tabel 13. Kliniske cases: Læringspunkter

<p>Betydningen af en detaljeret og grundig sygehistorie kan ikke overdrives Dårlig adherence/compliance kan være dårlig kommunikation Ofte sociale begivenheder der får patienter til at ændre adfærd fra compliant til non-compliant Patienter kan have svært ved selv at adskille symptomer uden aktiv hjælp Tænk altid på det almindelige, men vær forberedt på uventede sammenhænge Der findes ikke "etniske smerter" – alle smerter har en social betydning og oprindelse Somatoforme/"funktionelle" tilstande er sjældne og har ofte en ikke-funktionel baggrund Symptomer har en social funktion og kan være formet af andre end patienten selv Patientens præferencer er altid vigtige, men især når der er sprogbarrierer Kognitive funktionstab kan være svære at afsløre (af sociale og sproglige årsager) men bør altid overvejes Kulturelle forhåndsforståelser og fordomme kan stå i vejen for korrekt og rettidig diagnostik</p>

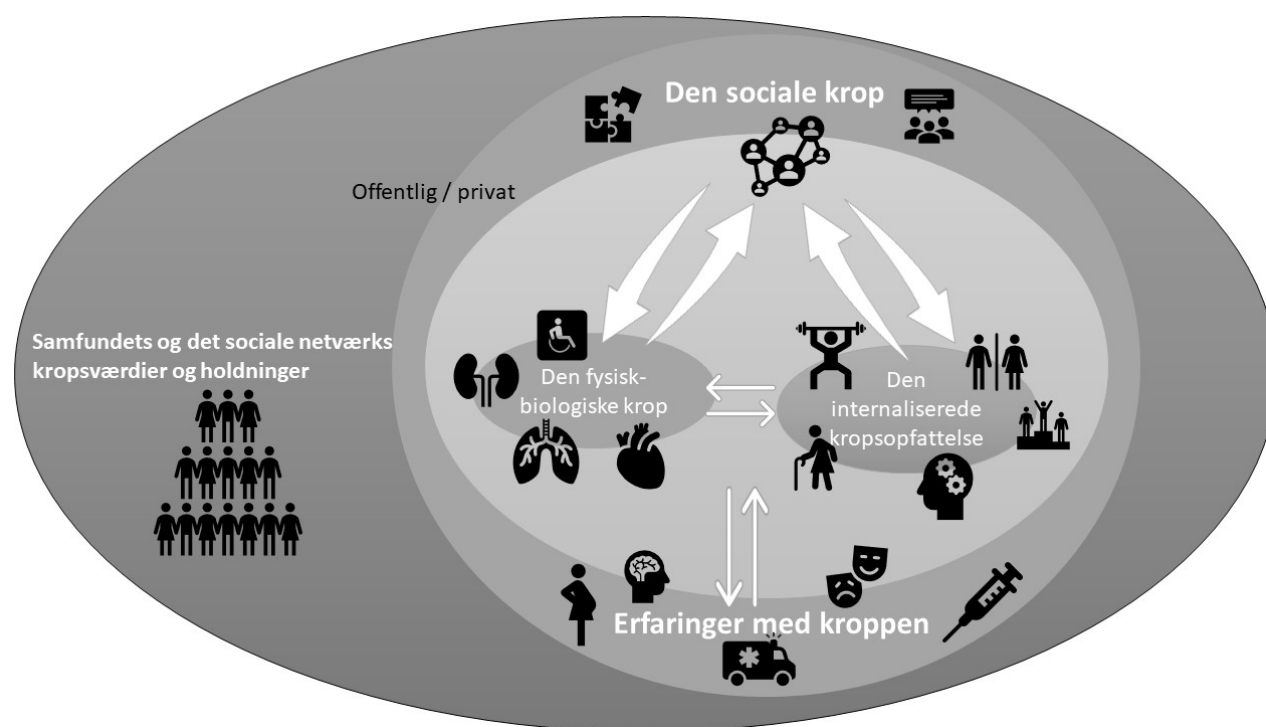
Centrale tværkulturelle kliniske kompetencer

- Symptomers oplevelse og betydning kodes på modersmålet – brug tolk til at forstå deres sociale kontekst.
- Alle veje fører til smerte. Smerter er et klinisk endepunkt – det klinisk interessante er patientens veje til smerterne. Der kan være mange samtidige, men klinisk uafhængige smerter. Skil dem ad.

- Undlad at bagatellisere symptomer eller oplevelser baseret på dine egne værdier. Start med patientens opfattelse uanset din egen holdning.
- Alle symptomer har en oprindelse og en mening. Patienter beskriver det de mærker. Nogle er gode til at beskrive dem, mens andre er mindre gode til det. Det er under alle omstændigheder din opgave at skabe klarhed og mening i symptomerne sammen med patienten.
- Patienter har oftest almindelige sygdomme, men ubrudte sprogbarrierer og manglende diagnostisk omhu "eksotiserer" dem. Undgå at forvirre dig selv: brug tolk og vær oprigtigt professionelt nysgerrig.

5: Smerter, symptomer og somatisering i tværkulturelt perspektiv

Mennesker har tre sammenhængende kropsuniverser: den individuelle fysisk-biologiske krop man får ved fødslen, den psykiske internaliserede kropsopfattelse og den sociale krop, der formes af det samfund man vokser op i. Den sociale krop er central for kropsopfattelsen fordi den danner rammen for hvordan fysiske symptomer og psykiske processer opfattes, deres sociale funktion og hvilke konsekvenser de har eller kan få for den enkelte (sekundært familie og pårørende). Den sociale krop styres af omgivelserne: smerter, udseende, tøj, holdning, sygdom, sundhed og skønhedsideal. Men smerter opstår primært indenfor den individuelle krop. Smerter opstår fra et fysiologisk synspunkt som et signal om vævsskade eller fysiologisk fejlfunktion. Smertefølelse opstår når en nerveende påvirkes af interne eller eksterne skadelige stoffer. Fordi det ofte opfattes som et biologisk fænomen kan smerte blive omgærdet med ideer om at de er kulturfri og derfor nemt kan objektiviseres og sågar ”korrigeres” eller kalibreres afhængigt af kulturelle faktorer. Imidlertid består smerter af flere elementer udover den umiddelbare ufrivillige smertefølelse og hurtige reaktion med tilbagetrækning – hvordan man fjerner årsagen til smerten, hvordan man søger hjælp til at dulme eller fjerne smerten, hvordan man udtrykker smerten og hvem man beder om hjælp, er afhængige af sociale og kulturelle faktorer, ligesom smertens sociale betydning er det. Smerter som følge af indre skader er ”private” og kræver at personen meddeler dem til omverdenen, men i mange samfund er det ikke acceptabelt at man åbent erkender smerte (384). Om smerten skal være ”offentlig” eller ej, afhænger af en kompleks beslutningsproces og sociale normer – se fig. 12 (385).



Figur 13. Smerter sociale betydninger og deres komplekse tilblivelse

Smerteudtryk i forbindelse med bækkenløsning, menstruation eller uregelmæssig blødning afhænger bl.a. af hvad der er gængse samtaleemner og paradigmer i personens omgangskreds, som Zola påviste allerede i 1966 (386). I mange samfund anses smerte for at være tegn på uheld, en personlig svaghed, et menneskeligt svigt eller en straf der må have en sociologisk årsag: hvorfor mig? Hvad har jeg gjort? Er det noget min familie har gjort? Patienten kan derfor føle behov for en smertefuld løsning: beder lægen skære smerten væk, mutilerer sig selv eller søger alternative behandlingsmuligheder udenfor biomedicinen. Smerte er kun én type lidelse ud af et bredere spektrum af uheld og ulykker, der alle medfører en slags lidelse, der kræver heling, ritualer, køb af aflad og forbrødring med det onde. Zola fandt at både smerteoplevelse, form og det respons personen opnår er kulturelt bestemte. I nogle samfund forventes der et teatralisk ekstravagant følelsesmæssigt smerteudtryk, mens andre samfund værdsætter stoisk ro, verbal

tilbageholdenhed og underspillede smerteudtryk. De nonverbale smerteudtryk er ligeledes kulturelle mønstre: immobilisering, mimikfattighed, grimassering, uro, agitation, grynten, gråd, skrig eller særlige fagter som f.eks. at slå sig selv eller slå sig mod et objekt. Smerter kan udtrykkes forskelligt i den samme etniske gruppe afhængigt af om de er i hjemlandet eller i modtagerlandet, første- og andengenerationsindvandrere kan have forskellige smerteudtryk – ofte som hybrider. Hvor meget opmærksomhed personen får afhænger af hvor godt smerteudtrykket ”matcher” den sociale kontekst patienten søger hjælp i – er der stort mismatch får patienten ingen eller kun negativ kontakt. Smerter i forbindelse med fødsel har i sagens natur en kraftig kulturel betydning. I nogle samfund er det udtryk for utroskab hvis den fødende skriger, mens det i andre samfund er ønskværdigt at fødslen udløser kraftige smerter fordi det øger kvindens reproduktive kraft: jo højere skrig under fødslen, jo stærkere bliver det næste barn kvinden føder (387). Dermed har smerter mere end den umiddelbare og momentane betydning der af sundhedsprofessionelle måles med tal eller sursøde smileys på en VAS-skala. En smerte på der scores 10, kan 15 minutter senere være 5, når familien kommer på besøg. Men i mange sammenhænge er smerteudtryk en investering i styrke eller social kapital eller de kan være et værn mod udstødelse eller onde kræfter. Forestillinger om kroppens organer kan også afstedkomme fremmedartede smerteudtryk – i nogle samfund fylder hjertet hele brystkassen således at enhver fornemmelse over navlen er hjertesmerter. Overgangsritualer er ofte forbundet med smertefulde rutiner, hvor smerten er en nødvendighed for at dokumentere overgangen til en ny social identitet (f.eks. barn til voksen, pige til kvinde). Offentlige synlige smerter er en del af diktaturers identitet gennem tortur, vilkårlig vold eller summariske afstraffelser. Kroniske smerter adskiller sig fra akutte smerter på den måde at mens akutte smerter skaber umiddelbar kontakt og reaktion med omverdenen, så isolerer kroniske smerter personen. Kroniske smerter lever man privat med og de er ikke synlige, men skal forhandles, og konstant genforhandles.

Smertesprog

Smerter kan gøre os alle sårbare. Selvom det kan være en krævende opgave for plejepersonalet, så er det afgørende at bruge den nødvendige tid på at forstå de unikke måder hver patient er sårbar på. Samtaler om smerter er komplekse af flere grunde. De opleves som krævende og frustrerende forhandlinger med mange skjulte dagsordener og faktorer hos både patienten og den sundhedsprofessionelle (388). Det er svært at sætte sig ind i et andet menneskes lidelse og smerter er ofte forbundet med at patienten kræver en hurtig løsning: kirurgi, smertestillende medicin. Vi kan blive trætte, vrede, indelukkede, tavse eller råbende – uanset reaktionen, så er vi sårbare, men vi gør os også sårbare ved at vise svaghedstegn, ved at vise at vi er presset til det yderste og har brug for omsorg og lydhørhed eller bare det symbolske i, at en anden person anerkender problemstillingen ved at hente en smertestillende tablet og et glas vand. Ofte mangler mennesker ord for smerte, da det er en følelse, der er skjult for andre. Og følelser, der er skjult for andre, kan både være en styrke på den korte bane, mens man uforstyrret kan analysere den (og i øvrigt optages meget af den mentale opmærksomhed af smerte) og en sårbarhed på den lange bane fordi den kan blive mere utroværdig jo længere tid der går ligesom smerter der er svære at sætte ord på tager patienten ofte længere tid om at få sagt højt. Smerter opstår og opleves i vores bevidsthed som en reaktion på en udefrakommende påvirkning, og deres betydning bearbejdes i konkrete sociale sammenhænge og relationer med familie, venner og arbejdskolleger (389) (390)). Kroppens uklare faresignaler får mening og konsekvens gennem samtale med andre: hvad betyder det? er det alvorligt? Hvad skal jeg gøre ved min smerte? Er det noget andre kender? Men lige så ubestrideligt nærværende det er for en smerteplaget ’at have smerter’, lige så u håndgribeligt er det for et andet menneske, f.eks. en sundhedsprofessionel ’at høre om smerten’, skrev den amerikanske litteraturprofessor Elaine Scarry i 1985 i sin banebrydende gennemgang af forskellige sociale lidelser. Smerte unddrager sig sprog, mener hun. Smerte nedbryder sprog & bringer patienten tilbage til et stadie før-sprog til lyde & skrig som mennesker udstøder før de lærer sprog – lyde som stiller sundhedsprofessionelle overfor et svært dilemma mellem at lytte empatisk men uden at forstå og så at skulle måle ”lyden” af patientens smerte (391). Det er et grundlæggende etisk dilemma for sundhedsprofessionelle at de ikke har fornøden kommunikativ styrke til at kunne sætte sig tilstrækkelig godt ind i patientens smertekvalitet og styrke. Samtidig skal sundhedsprofessionelle relativt

hurtigt komme med løsninger på patientens smerte. I desperation prøver sundhedsprofessionelle derfor at få patienten til at sætte tal på smerten, med en Visual Analog Skala, fra 1-10. Men smerte er en *appel* – et råb til omgivelserne om anerkendelse og samtale – ikke en opfordring til at sætte et tal på. Smerten kan ikke omfortolkes eller omkodes – den kan beskrives umiddelbart og beskrivelsen nuanceres og sandsynliggøres gennem narrativet om den, sådan som det udvikles sammen med den sundhedsprofessionelle (392-394). Smerten skal vurderes på dens funktion ved at den starter mentale processer hos tilhøreren (den sundhedsprofessionelle) og ikke så meget for dens manglende sprogpæcision (395). Den sundhedsprofessionelle skal være klar over at patientens smerteudtryk sætter tanker og følelser i gang hos den sundhedsprofessionelle selv – tanker og følelser som kan påvirke den kliniske dømmekraft og den professionelle fortolkning af patientens udtryk: stoler jeg på patienten? Er patienten sympatisk? Er det en smerte jeg selv kender? Er patienten en troværdig oplyser? (396). Ligesom patienten oplever sin smerte gennem et hybridt filter af egne erfaringer, sociale værdier og andres forventninger, så opfatter lægen patientens smerteudtryk gennem et tilsvarende hybridt filter sammensat af viden, erfaringer, fordomme og kognitiv bias. Hvis man ikke bryder sig om patienten og opfatter denne som utroværdig og inkompetent så tillægges patientens sproglige mangel på præcision som en bekræftelse på at patienten har mindre smerte end patienten faktisk har (397). Desværre forværres manglende sproglige præcision af regulære sprogbarrierer og forskellige funktioner af smerten (398). Som Milan Kundera konstaterer i bogen "Identitet": "*Smerten har ingen fornuft – den har sin egen logik og det er ikke fornuftigt*" (399). Mennesket, der rammes af smerte, drages ind i et ukendt, sprogløst land, som afskærer ham/hende fra den ydre virkelighed (391, 400, 401). Mennesket råber på mening og sammenhæng, ikke mindst når det rammes af sygdom og smerte, og i virkeligheden er vi alle én diagnose fra at hele vores liv ændres på et øjeblik (143, 402). Uden hjælp til at forstå kroppens larmende smertesprog og gøre egne følelser forståelige, efterlades man som et meget sårbart menneske. Sundhedsprofessionelle kan reducere patientens og borgeres sårbarhed ved at tilbyde sig som forhandlingspartner i patientens kamp med sin krop om at give symptomer betydning og værdi. Desværre fejllæser sundhedsprofessionelle ofte patienters eksistentielle nødråb som kulturel støj og generende, irrationelle patientegenskaber, der ikke kræver nærmere dialog eller faglig indsigt (36). Læger overser 80 % af de sociale årsager der er til indlæggelser på sygehus og patienter der opfattes som mærkværdige eller besværlige inviteres ikke til at uddybe deres symptomer eller om den virkelige baggrund for deres henvendelse til sundhedsvæsnet (403-408). Dilemmaet for den sundhedsprofessionelle er at patienter ofte har en umiddelbar og en skjult grund til at søge hjælp. Der er fire kliniske situationer, der bør give mistanke om en ikke-biomedicinsk grund til at patienten kontakter sundhedsvæsnet. For det første synes nogle af disse patienter at være unødigt påvirkede af deres symptomer. Et spørgsmål om, hvad de forestiller sig kan være årsag til deres sygdom, kan gøre besøget mere forståeligt. For det andet, så skal det vække mistanke, hvis det ikke er en diagnose patienten er ude efter og spørgsmålet er her hvordan patienten havde håbet at få hjælp. For det tredje kan patienter, der udtrykker utilfredshed med hjælp de har fået, være blevet misforstået i forhold til hvad deres virkelige motivation for at søge hjælp var. For det fjerde bør patienter, der henvender sig uden ændringer i deres klinisk tilstand, spørges om aktuelle livsændringer og væsentlige sociale begivenheder (409). For sundhedsprofessionelle er patientens angst for smerter et vilkår, som patienten må lære at leve med. Jo mere angsten for smerten støjer i samtalen, jo mere blotter det den sundhedsprofessionelles egen angst for at fejle og være utilstrækkelig (391, 410). Den sundhedsprofessionelle bliver faktisk selv sårbar i mødet med bange patienter. Patienter bliver bange, og får dermed sværere ved at håndtere sin smerteoplevelse, hvis den sundhedsprofessionelle er tydeligt usikker, og sundhedsprofessionelle bliver bange, hvis patienter udtrykker overvældende angst for at lide af alvorlig sygdom pga. smerter eller andre symptomer. Det etiske dilemma for denne enkelte sundhedsprofessionelle, er at sundhedsvæsnet af praktiske dokumentationsmæssige årsager har defineret smerte på en fælles skala fra 1-10 eller som 10 forskellige smileys, men skalaerne hjælper ikke patienten til at sætte ord på sin smerte og angsten for den. Smerte er ikke et simpelt mekanistisk biologisk fænomen, men en kompleks sociologisk transaktion der er et resultat af en forhandlingsproces med venner og familie og ofte slutter med en læge-patient samtale, der inddrager mange forskellige aspekter & oplysningskvaliteter (411).

Det sprog mennesket udviklinger omkring sygdom er stærkt personligt, tilegnes fra første gang et menneske er bevidst om sygdom i 3-4 årsalderen og udbygges for hver gang, vi er syge, oplever et nyt symptom eller finder ud af, hvordan vi tackler sygdom (412-416). Sprogfilosoffen Wittgenstein viste, at barnet med alderen lærer at erstatte *følelsen* smerte med *ordet* smerte (Larrington 2005). Men ordets funktion og (sociale) betydning kodes tidligt i barndommen, før sprogtilegnelsen for alvor sætter ind, og er afhængigt af forældre/omgivelsers reaktioner og reguleringsstøtte ved smerteoplevelse. Vi lærer at have ondt i maven, før vi lærer at sige mave, vi lærer at være bange og ked af det som en følelse, før der længe efter sættes ord på (417). Smertesproget er upræcist, næsten kaotisk og tæt linket til angst og fysisk ubehag, men vi lærer det langsomt (418). Patienter har behov for tid og ro til at oversætte det indre kaos til et socialt acceptabelt kontrolleret voksensprog og dermed opnå den sundhedsprofessionelles respekt og anerkendelse for sit symptom. Det er vigtigt for patienter at have et vidner til deres smerter og funktionstab, primært blandt venner og familie, sekundært i sundhedsvæsnet (390, 419-422). Sundhedsprofessionelle er vidner til patienters smerte, men ikke altid på samme lindrende måde som medpatienter og pårørende er det (423). Det afgørende som vidne er om man er et opmærksomt eller uopmærksomt vidne Psykiateren Judith Hermann skriver i sin bog *Trauma and Recovery* om offer og vidneroller: *"Vidner såvel som ofre er underlagt traumers dialektik. Det er svært for vidnet at forblive klarhjernet og rolig, at se mere end et par fragmenter af patienthistorien én ad gangen, at holde sammen på alle historiens brudstykker og at få dem til at passe sammen. Det er endnu vanskeligere for patienten at finde et sprog, der fuldt ud og overbevisende udtrykker det man har oplevet. Patienter, der forsøger at beskrive de grusomheder, de har oplevet, risikerer også deres egen troværdighed. At tale offentligt om ens viden om grusomheder er at invitere til stigmatisering af ofrene"* (424).

Både patienten og den sundhedsprofessionelle der er vidne til en patients traumehistorie, risikerer at blive mistænkeliggjort, opfattet som utroværdige eller stigmatiserede. Når man som ansat i sundhedsvæsnet tilbyder sig som vidne risikerer man stiltiende at lytte til en historie som have alvorlige konsekvenser både for patienten og for én selv som fagperson. Man kan ikke fjerne en historie når først man har hørt den – dilemmaet er hvordan man vil opfatte og handle på historien som fagperson, for her er det både et hensyn til patienten og til ens egen troværdighed der er i spil. Sygeplejersker, der påfører patienter smerte, kan komme i et etisk dilemma fordi de smerte de påfører patienten kan opfattes som dårlig pleje eller manglende teknisk kunnen, hvor resultatet er at man som sundhedsprofessionel kommer i tvivl om kvaliteten af sin egen faglighed (425). Fordomme og professionelle objektivitetskrav (f.eks. den visuelle smerteskal fra 1-10, ernæringscore, BMI eller selvmordsscreening) forhindrer dem i at fornemme den smertestillende effekt af at lytte. På den anden side så er den gode patientsamtale (patienten føler sig involveret af en empatisk læge, patienten inviteres til at dele følelser og tanker og lægen beder hyppigt om patientens vurdering af muligheder (426, 427)) som god musik - det lindrer og forgriber sig på andre mentale funktioner som sprog og bevægelse og giver belønning og afhængighed: hjernen vågner op og vil have mere (428-431). Vi vender oftere tilbage til kontakt med personer, hvis stemme vi kender og som vi forbinder med noget rart (432). Områder i hjernen, der er forbundet med kronisk smerte, er desuden tæt forbundne med de områder af hjernen, der regulerer belønning – dermed er koblingen mellem den rare samtale(partner) og smertereduktion sandsynliggjort (433).

I et opsigtsvækkende studie fra 2016 om "Lægers etnicitetsbegrundede bias i smertevurdering og behandlingsanbefalinger og forkerte overbevisninger om biologiske forskelle mellem sorte og hvide" fandt man f.eks. at halvdelen af lægerne troede på at afroamerikanere havde tykkere ud end hvide amerikanere og at de derfor kunne tåle mere smerte. Jo mere lægerne troede på de falske formodninger, jo mere korrigerede (reducerede) de bedømmelser af smerter hos afroamerikanske patienter og jo mere afveg de fra standard smertebehandling (434).

I den banebrydende artikel *"The unequal burden of pain"* fra 2003 redegøres for uligheden i smertebehandling i sundhedsvæsnet (85). Der er ulighed i hvordan sundhedsprofessionelle opfatter smerters betydning for patienten, hvordan de objektiviseres gennem måling og hvordan de behandles i alle kliniske sammenhænge (kirurgi, akut, palliation, kroniske smerter). Uligheden udspiller sig desuden for alle typer af smerter. Der er evidens for mangfoldige årsager: Kommunikation, bias, fordomme, generaliseringer, ugenomsigtige kliniske beslutningsprocesser, adgang til smertebehandling og

forskellige måder at udleve professionalisme. På trods af den overbevisende evidens, så genfandt man samme mønster 6 år senere i en artikel om etniske forskelle i smertebehandling (435). Den gennemgående barriere findes i læge-patient relationen: patienter med sprogbarriere oplever mindre empatisk respons fra lægen, mindre god relation, at de får færre informationer og i mindre grad involveres i fælles beslutningstagning (436). Smerter kommer ikke ned fra himlen eller ud af ingenting. Smerter opstår og opleves i vores bevidsthed som en reaktion og deres betydning bearbejdes i konkrete sociale sammenhænge og relationer med familie, venner og arbejdskolleger (389). Men lige så ubestrideligt nærværende det er for en smerteplaget "at have smerter" lige så u håndgribeligt er det for et andet menneske, f.eks. en læge, "at høre om smerten" (437). Sprogforskeren Wittgenstein påviste at barnet med alderen lærer at erstatte **følelsen** smerte med **ordet** smerte (438). Men ordets funktion og (sociale) betydning kodes tidligt i barndommen før sprogtilegnelsen for alvor sætter ind og er afhængigt af forældre/omgivelsers reaktioner og reguleringsstøtte ved smerteoplevelse. Man lærer at have ondt i maven før man lærer at sige mave, man lærer at være bange og ked af det som en følelse før der længe efter sættes ord på. Smertesproget er upræcist, næsten kaotisk og tæt linket til angst og fysisk ubehag. Patienter har behov for tid og ro til at oversætte det indre kaos til et socialt acceptabelt kontrolleret voksesprog. Det er vigtigt for patienter at have et vidne til deres smerter, Læger & sygeplejersker er vidner til patienters smerte, men ikke altid på en lindrende måde. Fordomme, erfaringer og professionelle objektivitetskrav gør dem blinde overfor bevidnelsens smertestillende effekt. På den anden side så er den gode samtale som god musik - det lindrer & forgriber sig på andre mentale funktioner som sprog og bevægelse og giver belønning og afhængighed: hjernen vågner op og vil have mere.

Uden hjælp til at forstå kroppens larmende sygdomssprog og gøre egne følelser forståelige, efterlades man som et meget sårbart menneske. Lægen kan reducere patientens sårbarhed ved at tilbyde sig som forhandlingspartner i patientens kamp med sin krop om at give symptomer betydning og værdi. Desværre fejllæser læger ofte patienters eksistentielle nødråb som kulturel støj og generende, irrationelle patientegenskaber, der ikke kræver nærmere dialog eller lægelig indsigt. For lægen er patientens angst et vilkår, som patienten må lære at leve med. Jo mere patientangsten støjer i samtalen, jo mere blotter det lægens egen angst for at fejle og være utilstrækkelig. Lægen bliver faktisk selv sårbar i mødet med bange patienter. Patienter bliver bange hvis lægen er tydeligt usikker og læger bliver bange hvis patienter udtrykker overvældende angst for at lide af alvorlig sygdom pga. smerten. Smerte er ikke et simpelt mekanistisk biologisk fænomen, men et resultat af en læge-patient samtale, der inddrager mange forskellige aspekter & oplysningskvaliteter (411). Generelt er der en række faktorer, der skaber asymmetri i læge-patientsamtalen om smerter (tabel 14):

Tabel 14. Barrierer i smerteforståelse mellem læger og patienter (baseret delvist på erfaringer fra Indvandrermedicinsk Klinik og på

Patienter:	Læger:
hvorfor siger de det ikke som det er?	hvorfor hører de det ikke som det er?
Manglende evne til at udtrykke det eller kommunikere smerten	Præference for andre og mere "objektive" målemetoder end patientens egne
Frygt for at formidle en uønsket forværring	Lægens institutionelle ufølsomhed
Frygt for mere ubehagelig behandling eller at påtage sig en "ynkelig patientrolle"	Personlige holdninger til smerte
Behov for at have/bevare kontrol over sygdom	Mangel på empati eller sympati
Spiller en kulturelt indlært rolle	Personlige nuancer / præferencer
Oplevet tab af egenomsorg /kontrolltab	Bias, stereotypier, forhåndsforståelser
Oplevet skepsis / frastødelse fra lægens side	Inkompetence, dårlig klinisk dømmekraft, antipatier, tydeligt værdiformulerende
Bange for lægen, erfaringer for nedsættende interaktionsstil, manglende anerkendelse	Manglende bevidsthed om egen (læge-) rolle. Bevidst intimiderende stil

Bevidst forsøg på at snyde for at opnå behandling	Kritisk evaluering, klinisk overblik og objektivitet
Psykiske problemer eller sygdomme der påvirker symptomoplevelse og hukommelse	Manglende viden om smerter og psykiske lidelser
Lægens spørgsmål hjælper ikke (eller der stilles ikke spørgsmål)	Lukkende interaktionsstil og konversationsstil. Patienten opfattes som kort uddannet/fra fattigere socialt lag og inviteres ikke til dialog
Kulturelle forskelle i hvordan smerte udtrykkes	Lægers kulturelle forhåndsforståelse: ”sortes hud er tykkere, så de kan tåle mere”

Ethvert samfund har sine egne udtryk og begreber for sorg, smerte og elendighed. I samfund, hvor følelsesudbrud, psykologiske problemer, depressive tanker, angst og skyld ikke er socialt acceptable i det offentlige rum, kan de erstattes af fysiske udtryk for at opnå kontakt og anerkendelse (439, 440). Men den måde de uacceptable følelser og tanker somatiseres på, og i hvor høj grad de accepteres, er forskellig fra samfund til samfund (441). Fysiske smerter med psykisk baggrund er acceptable i f.eks. Kina, mens somatisering af følelser i Vesteuropæiske sundhedsvæsnere anses for at være et udtryk for at patienten mangler psykologisk indsigt (lavt mentaliseringsniveau) eller er ude af stand til at intellektualisere og verbalisere deres følelser (442). I Middelhavslandene er fænomenet helt anderledes: i samfund som er meget mere eksplicit fysiske i hverdags interaktioner og hvor kropssproget siger mere end verbal kommunikation, er det helt normalt at udtrykke psykiske problemer som fysiske fænomener (443). I de fleste samfund er kroppen og sjælen ikke så skarpt adskilt som de er i Vestlig sundhedsvidenskabelig opfattelse og i de samfund er det naturligt at hele kroppen henvender sig med fysiske symptomer (444). Smerter kan være et nødråb for kvinder, der lever i samfund hvor de oftest er dem der hjælper andre. Smerter kan i sådanne tilfælde være et fysisk udtryk for et psykisk aflastningsbehov. Blandt tyrkiske kvinder i Danmark blev det kaldt ”stramhed”, mens iranske kvinder i Tyrkiet kalder det ”Hjerte ubehag” (445, 446). Smerter kan ses som et katalog eller et indeks over sygdom, som et symbolsk udtryk for psykisk konflikt, som en specifik psykopatologi, som et mudret udtryk for ubehag, en metafor for oplevelsen, som en positionering i det sociale netværk eller som en form for social protest/kommentar (447). Men de fleste patienter ville nok anse det for at være en overfortolkning – patienter beder bare om opmærksomhed og hjælp på den måde de har lært sig giver det bedste resultat (448).

Man taler om et ”Kipling-syndrom” blandt professionelle, som et udtryk for en overfokusering på kulturforskelle, mens magtforskelle og betydningen af fordomme og uvidenhed i læge-patient relationen, ignoreres (449). Udtrykket opstod på basis af forfatteren Rudyard Kiplings citat: ”Øst er Øst, Vest er Vest. Aldrig skal de forenes”. Trivialisering eller usynliggørelsen af magtrelationer mellem patient og behandler samt overdrevent fokus på kulturelle forskelle (og overdrevne krav om kulturelle kompetencer) får sundhedsansatte til at tvivle på deres egne faglige kompetencer, der erstattes med uhensigtsmæssige fordomme og generaliseringer om f.eks. smerter (450). Kultursensitivitet handler om kompetencer til at se/høre hvornår & hvordan kulturforskelle har en betydning i et sygdomsforløb. Det vil sige, at det for den sundhedsprofessionelle også indebærer viden om forskelle og ligheder – altså f.eks. også viden om egen smertekultur (451). Mange ansatte i sundhedsvæsnere er tilbøjelige til at mene at kultur er en irrelevant social ”støj” som patienterne medbringer. Læger og sygeplejersker er samtidig mest trygge for taknemmelige smertefri patienter. Patienter der klager højlydt over smerter, kan tages som udtryk for de ansattes faglige utilstrækkelighed. Personalet oplever magtesløshed i mødet med smertepatienten, der udtrykker fysiske smerter som lyde, der undviger sig sprogets og smerteskalaens præcision. Dyr siger lyde, men mennesker verbaliserer - smertepatienten vækker følelser hos den sundhedsprofessionelle som et dyr i sine følelsers subjektive vold (410). Stereotypierne står i kø hos de sundhedsprofessionelle, når smerterne får (for meget eller forkert) lyd. Marie Louise Tørring undersøgte smertebehandling og etnicitet i Italien og i Danmark og fandt mange lighedspunkter i den måde patienter blev generaliseret på: ”typisk kvinde”, ”Pyllerhoved”, ”ældre”, ”teenage”, ”følelsesladet”, ”mærkværdig”, ”hysteriker”, ”forkælet”, ”3. grads forbrændt”, ”narkoman” (452). Tingsliggørelse, ligegyldighed og fremmedgørelse krydres med diskret panderynken eller direkte irettesættelse når personalet mente at patienten teatraliserede eller dramatiserede smerten. Tørring observerer hvordan ”Lægerne lod tolkninger af smerteadfærd indgå i et

bestemt videnshierarki om patientens fysiske og psykiske tilstand samt sociokulturelle baggrund. En hyppig smertetolkning angik omfanget eller graden af kropslig skade. Behandlerne gjorde f.eks. inkonsistent og ambivalent brug af deres viden om tredjegradsforbrænding”. I nogle tilfælde roste de patienten for deres smerteudholdenhed og i andre tilfælde tyssede de på patienter, der opfattedes som hysteriske syditalienere (”Jo længere mod syd jo mere klager de sig”, som en læge sagde). Den italienske brandsårslæge forklarede Tørring, at smertevurdering kun er nødvendighed i Nordeuropa fordi patienterne ikke skriger når de har ondt, mens italienske patienter udtrykker sig tydeligt. Den danske brandsårslæge mente omvendt, at man er nødt til at vurdere smerten med en objektiv skal, fordi man som læge ikke kan føle et andet menneskes smerte. Men i realiteten så antropologen Tørring, at de ansatte, stik imod den objektive hensigt, anvendte smerteskalaen til at forhandle smerteintensiteten med patienten nedad ved at lægge patienten ord i munden. Tørring forklarer at behandleren ikke har et neutralt blik for smerten, men erkender patientens smerte ved at bruge sit eget materiale og sætte det i relation til den kontekst, patienten er en del af. Lægen kan kun forstå patientens smerte ved at forstå det som et førstehåndsindtryk, der dækker over et bredt udsnit af materiale som barndomsminder, livssituationer, kulturelle forventninger, myter, definitioner, observerede følelser, bevægeapparatets fysiologi m.m. Når lægen ønsker at tolke, forklare eller forstå et andet menneskes følelser, kobler lægen automatisk til dette materiale, og det er denne proces, der konstruerer en forståelig og meningsgivende model for patientens oplevelse hos lægen. Den måde at forstå smerte på er blevet kaldt sympati, en bevidst medfølelse frem for den ukritiske indføling, der ligger i empatibegrebet. Samme kritik kan rettes mod lægens idé om det (objektive) kliniske blik. Lægen har ikke et neutralt blik for smerten, men erkender patientens smerte ved at bruge sine egne oplevelser, erfaringer og viden, sit eget materiale, og sætte det i relation til den sammenhæng og de vilkår, som patienten, og smerten, kommer fra. Læger har større empati/forståelse for smerter oplevet af en patient vi føler tilhører samme socialgruppe, eller samme etniske gruppe, som os selv (453, 454). Mens vi er dybt empatisk engagerede i at lytte, lindre og afhjælpe ubehageligheder i vores egen socialgruppe, så viser forskning, at der kun skadefro overfor den smerte medlemmer af andre socialgrupper føler (455). For at beskytte sig selv og skjule et truende fagligt ”nederlag”, er lægen i stand til at lave en bevidst empatisk afkobling (456-458). Det sker f.eks., når vedkommende møder en patient, der

- ikke reagerer som lovet eller forventet på smertebehandlingen
- ikke bliver i patientrollen
- udvikler komplikationer
- er usympatisk
- er kedelig
- har et lavt identifikationsfælleskab med lægen
- har lav compliance

Desværre formes patienters smerter ikke kun af erfaringer og socialt acceptable smerteudtryk. Patienters smerteoplevelse påvirkes mere og mere af instrumenter, udstyr, stoffer, retningslinjer og paradigmer, som ofte er en ekstra ”kommunikations-” udfordring for flygtninge/indvandrere.

Smerteudtryk og smerteforståelse kræver gensidig indsigt og forhandling. Det kan betyde at lægen skal acceptere smerteudtryk og betydninger der er uvante og for patienten kan det betyde at de må ændre på deres opfattelse af sammenhængen mellem smerte, krop og psyke. Mennesker er imidlertid meget lidt tilbøjelige til at acceptere ændringer i vores opfattelse af virkeligheden fordi det medfører uacceptabel tvetydighed og usikkerhed, der i sidste ende fører til angst (459). Forståelsesrammer er som tandbørster – alle har deres egen og det er helt utænkeligt at anvende andre menneskers tandbørster. Smerter har ikke samme funktion for sadisten som for masochisten. Smerteudtryk i forbindelse med fødsel har stærke kulturelle bånd. I nogle etniske grupper er det bevis for utroskab, hvis man ytrer sig under en fødsel, hvor det ovenikøbet er svigermor og svigerinderne der er med til fødslen, mens det i andre etniske grupper forventes at den gravide tydeligt giver udtryk for sin smerte, så man viser man kæmper for sit barn som en god mor. Der er mange og ligeværdige reaktioner på smerte: tavshed, tilbagetrækning, gråd, råb,

rationalisering, følelsesmæssig forstyrrelse, vrede, ændret tone, panik. Det fører til fejlbehandling at tro at smerter skal udtrykkes på én bestemt måde. Sygdomme omgærdes af uhensigtsmæssige metaforer, som forværrer og forlænger (i nogle tilfælde kronificerer) smerten. Når vi siger smerter er onde er det en primær metafor, der skaber en perlerække af sekundære metaforer: man skal bekæmpe smerter, smerter er som knive, smerter angriber, vi har skærende smerter og smerter skal slås ned. Når vi siger kniv får vi både et billede at et farligt, skarpt våben men samtidig også en ledsagende, kendt, type smerte. Vi bliver ét med vores metaforer og de former vores smerteopfattelse og lægens patienthandlinger. De primære metaforer trækker en hale af sekundære metaforer, der langsomt internaliseres, mens de gør os svagere, sårbare og mere smerteplagede. Andre metaforer tingsliggør & skaber hjælpeløshed: Man ”kommer under kniven”, ”Kirurgen skar det onde væk”. Medicinalindustrien er begejstrede for vores krigsmetaforer om at ”bekæmpe sygdom”, ”Slå feber ned”, ”Beskytte sig mod” infektioner, ”Kampen mod” kræft (169). Som antropologen Clifford Geertz sagde: ”Problemet ved lidelse er, paradoksalt, ikke hvordan man undgår lidelse, men hvordan man skal lide: hvordan man skal leve med smerter, hvordan man gør lidelse til noget man bære og leve (lide) med.” (460). En læge, Dr. Gordon, skrev i *The Lancet* tidsskriftet i 1934: ”Der er ingen kongelig vej fra patienten til personen. Det kræver tålmodighed, ærlighed og venlighed. Vi kan ikke komme til patienten som en tyv om natten eller en brysk politibetjent”. Alle patienter er informanter, men nogle patienter er bedre informanter end andre. Hvor god en informant patienten er afhænger af hvor god lægen er til få patientens horisont & oplevelser frem med patientens egne ord. Alle mennesker er rationelle på deres egne præmisser. Det er lægens evne til at afdække præmisserne, der gør patienter til ”gode informanter”.

Peter Elsass beskriver potentialet i det, ofte oversete, ekstra-terapeutiske rum i sin bog om den traumatiserede flygtning (461). Man mister en terapeutisk mulighed, når patienten desperat søger forklaring i familien & livshistorien, mens terapeuten holder fast i den individuelle CPR nr tilgang: ”Ofte er det nogle meget konkrete forhold f.eks. dødsfald i familien, opløsning af ægteskaber, politiske forandringer i hjemlandet, som terapeuten ikke nævner”. Dermed afskærer behandleren sig fra at forstå smerten i patientens betydningssystem og mister dermed en terapeutisk krog i for eksempel smertebehandling.

På dansk er der mange begreber der beskriver smerteoplevelsen: Ømhed, murren, skæren, stikken, brændende, dyb, dulgt, svien, strøm, kniv, knugende, jagende, ulmende. Man har identificeret gennemgående sproglige træk i smertebeskrivelser på tværs af forskellige sprog (462). Verber, der beskriver fysisk handling, ødelæggelse af genstandens struktur ved hjælp af et værktøj: skyde, skære, ridse, prikke, stikke, gennembore, hamre. Ødelæggelsen af genstandens struktur med hånden: klø, klemme, såre, slå. Blød deformation af genstanden: Trykke, gnave, udspile, snurre, vokse, gøre følelsesløs, stramme Verber, der betegner ild: Brænde, flammende. Bevægelsesbetegnelser: Svømmende, at blive forfulgt/plaget af smerte. De metaforer patienten anvender afhænger af den følelse af årsag, der er knyttet til smerten. Dvs. om personen føler smerte som et resultat af udefra kommende indflydelse, eller om det er et organ der opfører sig ekstraordinært/mærkeligt. Udefrakommende smerter beskrives med udefrakommende metaforer (stikke, skære, brænde etc.), mens smerter der kommer fra et organ der opfører sig mærkeligt, beskrives med metaforer hvor organet bliver den aktive part (lyde, udspile, vokse, bevæger sig, presser). Det er meget varierende hvor meget man anvender metaforer på forskellige sprog og i forskellige sociale lag. Metaforer giver imidlertid mulighed for ligeværdighed og opfindsomme spil i kommunikation mellem læger og patienter. Betydningen af metaforer ligger ikke i repræsentationen, men i præsentationsmåder at handle og leve på. En samtale om en metafors betydning kan blotlægge og formindske modsætningen mellem patientens grundlæggende irrationelle sygdomsoplevelse og lægens fortvivlede formodning om en form for rationalitet i patientens sygdomsoplevelse.

Læger ser smerte som et primært fysiologisk fænomen, men samfundsforskere mener at sociokulturelle og psykologiske faktorer spiller en lige så vigtig rolle i smerteoplevelse og hvordan mennesker reagerer på dem. Beecher var en af de første til at påvise at smertens betydning havde indflydelse på smerteopfattelse og reaktionen på smerter (463). Han fandt at, på trods af tydeligvis alvorlig vævsskade, så havde soldater, såret i anden verdenskrig, påfaldende få smerter forbundet med deres skader. Han bemærkede, at de sårede mænd ikke var i chok, og at deres stærke smerteudbrud når de fik anlagt drop, viste, at de var fuldt ud i stand til at føle smerte andre steder på kroppen. Slagmarkens sår blev følelsesløse, mens hospitalets sår medførte smerter. Beecher konkluderede, at soldaterne ikke følte

smerter fra deres sår, fordi deres opfattelse var påvirket af de forventede fordelene de troede de ville have af at forlade den livstruende tilværelse i skyttegravene ved fronten.

Der er en udbredt, men forkert, opfattelse blandt lægfolk, lægestuderende og læger under uddannelse, at der eksisterer biologiske forskelle mellem flygtninge/indvandrere og Vesteuropæere. Opfattelsen viser, at der foregår en etnisk forskelsbehandling i bedømmelse af patientens smerteopfattelse og dermed i den ydede smertebehandling. Undersøgelser har vist at der blandt 50 % af lægestuderende og læger under uddannelse er en opfattelse af at sorte amerikanere "har tykkere hud" end hvide amerikanere. Da man fulgte op på deres faktiske kliniske adfærd, så man at de læger der havde denne fejlopfattelse ubevidst bedømte smerteintensiteten lavere hos sorte patienter end hos hvide patienter (464).

Smerter som social konstruktion

Begrebet "etniske smerter" anvendes hyppigt af læger i kliniske sammenhænge, men oftest ukritisk og ureflekteret med fare for at kompromittere patientsikkerheden (36, 465, 466). Der er ikke tale om en distinkt veldefineret smerte, der har sin egen diagnosekode eller velbeskrevne patologi og den tjener i hverdagen mest af alt til at fritage lægen for diagnostisk ansvar. I realiteten er det en generalisering af uforklarede smerter hos patienter med brune øjne, tørklæde og accent. Hvis man som læge ukritisk accepterer sit eget etniske og værdimæssige ståsted som verdens målestok så opstår der en blind vinkel. Den blinde vinkel, bliver al tings målestok - det tankesæt der ligger bag forestillingen om at der findes "normale" smerter (modsat såkaldt "etniske") er det samme tankesæt der mener der findes et "normalt" folkefærd som fremtræder biomedicinsk & adfærdsmæssigt rationelt. Men ingen mennesker er uden etnicitet. Ingen mennesker er vokset op uden kulturelle værdier og sociale erfaringer om smerter. Ethvert menneske har, hvis man skal blive i den besynderlige tankegang, etniske smerter. Italienerne synes danskere er mærkelige fordi de ikke tydeligt giver udtryk for deres smerter. Afrikanske læger synes danske patienter er svære fordi de ligger helt stille selv når de har ondt. Forestillingen om etniske smerter er mest af alt udtryk for faglig utilstrækkelighed – nogle vil måske tilføje at det er udtryk for tværkulturel dovenskab. Men hvordan er det kommet så vidt at læger stiller en diagnose, hvis eneste karakteristika er at den savner årsag, patologi, symptomer og behandling?

I det hele taget er det svært at sætte ord på symptomer. Man lærer at kaste op, have ondt i ørerne og skære sig på en kniv når man er 3-4 år gammel. Sygdom og symptomer opleves som følelser og lagres i et sprog der stadig er meget simpelt og upræcist. Men det er samme sprog der anvendes når man som voksen skal sætte ord på flygtige uklare men farlige symptomer. Der tabes noget i præcision når der skal sættes ord på symptomer. Som en patient sagde: *"Min smerte har ingen ord, så den behøver heller ingen tolk"*. Det er en lidelse at udtrykke sig sprogligt præcist om vage fornemmelser og ukendte smerter. Forfattere og malere lever at sætte ord på det vi ikke selv kan sætte ord på – de færreste patienter er en moderne Shakespeare eller Picasso og må slås med frustrationen over at se sig selv reducere komplekse følelser til simple sproglige tændstikmænd for lægen. Hvordan sætter man få ord på livslang lidelse? Når man fattes ord, er et skrig, et råb, klynken, grynten, vrissen eller hvislen måske tættere på det man føler end vores fattige sprog. Måske er en panikreaktion, en affektreaktion eller en desperat gestikulering tættere på smerten end lægens VAS-skala med de idiotisk simple irriterende gule smileys. Og så begynder lægen ovenikøbet at gå i detaljer: er det murren, dunken, snurren, prikken, stikken, brænden, skæren? Et det en ømhed eller en smerte? Ømhed findes ikke på mange sprog og skal forhandles, men hvem bestemmer så hvad ømhed skal hedde på somalisk? Symptomer og deres værdi kodes i barndommen med et sprog som er væsensforskellig fra voksensproget. Patienter taler med voksen sprog om symptomer og følelser der er indkodet i 3 års alderen....oven i købet på et fremmedsprog....gennem tolk.

Forståelsesrammer er som tandbørster: Vi har alle vores egen og vil under ingen omstændigheder bruge de andres - Vi ville kaste op hvis vi blev tvunget til at anvende andres forståelsesramme. Men det er ikke desto mindre dét vi tvinger patienter til hvis vi ikke inddrager dem respektfuldt i samtalen om smerte. Mange vil gerne have banaliseret samtaler med indvandrerpatienter til et kultursammenstød, men i realiteten er det et sammenstød mellem rutiner og ritualer, der ikke passer sammen. Hvem bestemmer hvilke rutiner der gælder i læge-patient samtalen? Vi lader os påvirke af fremmede måder at udtrykke og forstå smerte. For at kunne håndtere det fremmede udtryk kan vi: Mærkværdiggøre patientens symptomer, vi kan fremmedgøre patienten, tingsliggøre smerteklagerne, automatisk trække en "etnisk faktor" fra når vi skal bedømme smertens styrke og vi kan kalde den en

”etnisk smerte”. Der er mange differentialdiagnoser til etniske smerter, men de dækker formentlig over det samme lægefaglige distanceringsbehov. Gennem tiden er de, temmelig stigmatiserende, blevet beskrevet som:

Tabel 15. Stigmatiserende sygdomsbetegnelser

Nostalgi syndrom	Mama mia syndrom
Rodløshedssyndrom	Spagettimangel syndrom
Hjemvé syndrom	Bibi-itis
Gæstearbejder syndrom	Etniske smerter
Udlændinge mavesygdom	Etnisk smertestil
Middelhavssyndrom	Kulturelt udtrykte symptomer
Bosporus syndrom	Kulturelt smertesyndrom
	Attestsyge

Gretty Mirdal forsøgte allerede i 1984, uden det store held, at gøre op med denne type stigmatiserende ”diagnostik” (467, 468). Anvendelsen af ydmygende patientbeskrivelser er imidlertid stadig et stort problem, som en engelsk læge Ali Fizzah gjorde opmærksom på i et indlæg i *British Medical Journal* i 2020, hvor han omtalte betegnelsen ”Bibi-itis”, der skulle betegne en midaldrende asiatisk kvinde med mange symptomer med sparsomme (469). Der er tale om en farlig (og smitsom) tendens til klinisk stereotypisering af sygdommes kausalitet. Fizzah beskriver eksempler på patienter henvist på mistanke om kulturelt betingede funktionelle symptomer, hvor den ene viste sig at have en tumor i rygmarven og den anden udviklede Guillan-Barré.

I den læseværdige klassiker fra 1952 analyserer Zborowski 4 distinkte amerikanske etniske patientgruppers smerteudtryk (470, 471): den jødiske patient, den italienske patient, den irske patient og ”yankee” patienten også kaldet ”den gamle amerikaner” (i datidens terminologi var det en hvid protestantisk patient hvis bedsteforældre voksede op i USA) – sidstnævnte gruppe ansås for at være den ”neutrale” smertepatient, en ”patient der var til at forstå” og som udgjorde majoriteten blandt patienter. De bad først lægerne om at beskrive patienttypernes smertehåndtering:

Irsk stil (”Kan klare meget smerte”, ingen følelser, høj smertetærskel)

Italiensk stil (”Overdriver smerte”, følelsesfulde, lav smertetærskel, lette at gøre tilfredse)

Jødisk stil (”Overdriver smerte”, følelsesfulde, lav smertetærskel, svære at gøre tilfredse)

Old American stil (protestanter, hvide) (”Majoritetens smerteudtryk”, neutralt udtryk (!))

Lægerne indrømmede at de altid, uofficielt, trak en ”etnisk” faktor fra når de angav patienternes smerteangivelser i journalen – uanset etnicitet (hvis de ikke var *old Americans*).

Zborowski interviewede derefter en lang række patienter om smerter:

- Jødiske pt: en mere fremadrettet og betydnings orienteret oplevelse af smerten, pessimistisk holdning, lægen ved ikke alt, fremprovokerer bekymring og omsorg i sit sociale netværk ved tydeligt at beskrive smerten. Lydniveau er ikke udtryk for smertens intensitet men skaber en atmosfære og en nødvendighed for at der er fokus på årsagen/patologien – dvs. hurtig & effektiv behandling. Meget bekymrede for fremtid med smerter – mistro til hjælp og piller. Manderollen mindre udtalt på sygehus. Utilpas på sygehuset.
- Italienske pt: en her-og-nu oplevelse af smerten, fremprovokerer sympati med sin lidelse i omgangskredsen, skammer sig ikke over at tiltrække, og få, opmærksomhed. Ikke så skeptiske eller bekymrede hvis de bare får hjælp. Manderollen meget udtalt på sygehus (puster sig op). Utilpas på sygehuset.
- Old American pt: ikke grund til at hyle eller vånede sig højlydt, vil gerne samarbejde, spiller rollen som objektiv informant der nøgternt beskriver smertens lokalisation, art, hyppighed og intensitet med verbale midler. Indrømmer at hyle og vånede sig udenfor sundhedsvæsnet. Mere optimistiske om mulig

helbredelse. Mekanistisk holdning til kroppen: få det fixet. Overlader det til de professionelle at bruge deres knowhow. Smerten aftager med antallet af undersøgelser, blodprøver, læger og injektioner. Vil gerne på sygehus – sygehus tager smerten.

- Irske pt: blev anset for at være en mere stoisk og udholdende udgave af old Americans, men ligner dem ellers.

Zborowski fandt at ensartede reaktioner på smerter i forskellige etniske grupper ikke afspejler samme holdning til smerter. Ensartede reaktioner på smerter i forskellige etniske grupper har forskellige funktioner og formål i forskellige kulturer. Variation indenfor i smerteoplevelse indenfor samme etniske gruppe skyldes uddannelse, køn, alder, socioøkonomiske faktorer og grad af religiøsitet. Desuden spillede arbejdsfunktion og fremtidsudsigter en betydelig rolle (f.eks. betydningen af slidigt i ryggen afhængigt af om man var kontorfunktionær eller stålarbejder). Endelig fandt han at smerteforhandling indlæres tidligt: man lærer at skriges højt når man har ondt som barn eller man lærer at holde mund og bide smerten i sig som barn. Han fandt ingen påviselig forskel i smerteintensitet, men stor etnisk forskel i oplevet angst ved smerte og stor forskel i baggrund for, og hensigt med, at sætte tydelig lyd på smerteoplevelsen. Både de irske og de gamle amerikanske patienter indrømmede at de udenfor sygehuset kunne sætte lyd på smerten og involvere hele familien i sympati og omsorg. De italienske og jødiske patienter tilpassede med tiden deres smerteoplevelse til "Yankee" modellen.

Sociologen Zola påviste i 1966, at etniske forskelle i smerter og smertehåndtering mest af alt var udtryk for sociale forskelle i hvad patienter går til læge med og hvad de håndterer på andre måder (386). Det er ikke den oplevede ætiologi, der styrer adfærd, men tillærte sociale mønstre. Han påviste f.eks. at irske amerikanere beskrev smerter/irritation i øre-næse-hals området som en specifik afgrænset dysfunktion i samme område, mens italienske amerikanere beskrev en diffus generel dysfunktion uden forsøg på at afgrænse det til et organ eller område. Irere blev mindre irritable af lokaliserede smerter, mens italienere følte sig mere irritable. Irere forsøgte at nedtone af benægte deres tilstand mens italienere accepterede sygdommen og tog den helt til sig. Samlet set havde italienere flere symptomer, flere dysfunktioner og større del af kroppen involveret, ved sammenlignelige tilstande, end irske amerikanere. I et grundigt studie fra 1984 sammenlignede man 5 etniske grupper i USA. Man fandt, med datidens begreber, at smerteoplevelsen var den samme, men de faktorer der påvirkede oplevelsen, var meget forskellige (472). For sorte amerikanere var det graden af "biomedicinsk akkulturation", for irske patienter var det grad af social assimilering, for italienske patienter smertevarigheden og graden af ledsagende psykisk stress var vigtigt for jødiske og puertoricanske patienter. På tværs af etniciteter ser graden af tillært "katastrofetænkning" ud til at mediere en (mindre) del af de etniske forskelle (473). Der er også påvist etniske forskelle i *Locus of Control* – dvs. den selvoplevede grad og type af kontrol man har over en given situation eller en sygdom (474). Der er også etniske forskelle i hvor tilbøjelig man er til at acceptere at somatiske symptomer er udtryk for til grundlæggende depression og hvilke somatiske symptomer der udtrykkes ved depression, har ligeledes et kulturelt fundament – alle etniciteter har somatiske komponenter i en depression, men de er ikke ens (475).

I et studie af etniske forskelle i symptompræsentation ved AMI fandt man ingen etniske forskelle i smerteintensitet, men derimod store etniske forskelle i hvilke dele af symptomerne der blev fokuseret på og i den angst, der var knyttet til smerten. Smerten er den samme men nogle er mere bange for smerten end andre og skolegang var en betydelig angstmodificerende faktor (476). Men balancen mellem de forskellige karakteristiske symptomer for AMI varierer med etnicitet. F.eks. havde etniske minoriteter 50 % mindre chance for at have udtrykt brystsmerter ved indlæggelsen for AMI (477). Nogle etniske grupper udtrykker sig sprogligt mere i smerte termer, mens andre mere fokuserer på åndenød og andre igen primært udtrykker trykken for brystet. Patienter, der udtrykker symptomer på en anden måde, eller med et andet fokus, end vi selv gør, opfattes som anderledes – det er samme sygdom og samme oplevelse, men med forskelligt kulturelt fokus på de enkelte symptomer. Algoritmer og retningslinjer er udarbejdet efter Yankee-modellen men den fejler hos andre patienter. Andre undersøgelser tyder på at de

etniske karakteristika ved smerteudtryk op- og nedreguleres afhængigt af erfaringer og behov hos patienterne (164).

Nye studier har påvist hvordan mønsteret for smerte håndtering som voksne grundlægges i barndommen (478, 479). Negative oplevelser i barndommen fører til dårlig søvn, forsænket stemningsleje og øget smerteoplevelse som voksen. (480). Patienter uden modstandskraft (resiliens) lod smerterne vinde over sig – lod smerterne fylde dagen ud, overtage alle gøremål. Optimisme og følelse af en vis kontrol øgede modstandskraft mod sammenhængen. Smerte oprindelse, oplevelse & dermed behandling afhænger med andre ord af den enkeltes livshistorie, negative oplevelser og resiliens. Det vi opfatter som ”etniske smerter” er i virkeligheden langtidseffekten af traumatiske oplevelser i barndommen. Sårbarhed og resiliensfaktorer kan bidrage til at forklare sammenhængen mellem tidlig modgang og fremtid smertesymptomatologi, men med sociale og juridiske stramninger på flygtningeområdet får mediatorer som optimisme og følelse af kontrol større betydning for smerteoplevelse. Læger bør være opmærksomme på den uhensigtsmæssige, men tætte, sammenhæng mellem traumer i barndommen, kontroltab i voksenalderen og smertehåndtering. For lægen forekommer smerterne som somatisering eller som ”etniske smerter”. Men forstået i et livsperspektiv (*life course perspective*) giver de mening og livshistorien kan bidrage til give smerterne en betydning patienten bedre kan leve med. For eksempel har svenske forskere fundet at irakiske flygtningekvinder sætter deres smerter i direkte relation til afhængighed af samfundet, myndigheder og familie. På grund af diskontinuitet i sundhedsvæsenet oplever de igen og igen at skulle beskrive deres traumer og forklare deres symptomer, hvormed sundhedsvæsenet får en smertemæssigt vedligeholdende funktion i stedet for en helbredende funktion (481).

Indvandrerpatienter og deres pårørende opleves ofte som en udfordring på sygehusafdelinger. Det burde de ikke, hvis man tænker over sammenhængen. Vokser man op som barn nr. 6 ud af 8 børn lærer man fra 2-3-årsalderen at kæmpe højlydt for sin ret. Folkelige ideer om at man skal og bør tage sig af de syge kan lægge socialt pres på de pårørende: ”Hvad vil folk ikke sige, hvis vi ikke tropper op og støtter onkel Ahmed på sygehuset”. Man er et dårligt menneske hvis man ikke hjælper de syge og dårlige mennesker udstødes og kommer ikke i paradiset. Som menneske får man udleveret sin krop som en gave fra Gud og man skal passe på den og beskytte den – det skal gøres tydeligt. Man er et dårligt menneske hvis man ikke forsvare sin krop mod smerter. Der kan være en velbegrundet angst for ikke at få den hjælp man forventer som kan øge smerteoplevelsen eller man kan have en livserfaring om at man ikke får noget, hvis man ikke selv gør noget. Der er tale om almenmenneskelige reaktioner på udbredte sociale krav. Endelig kan der være en kultur blandt mandlige pårørende om at ”går den så går den”. Der mases på for hjælp, forlanges undersøgelser og behandlinger og autoriteter udfordres – indtil der opstilles rammer og regler af personalet (ofte for sent). De fleste af de konflikter på sygehuse bunder i virkeligheden ikke i tværkulturelle konflikter, men i intra-kulturelle uenigheder om patientforståelse, inddragelse af pårørende, kommunikationsstil og relations opbygning. Uklarhed blandt personalet forplanter sig lynhurtigt som indtryk af tvetydighed og manglende regler blandt de pårørende.

Somalier blev syge da de kom til Danmark i slut 80'erne og start 90'erne. Vejret var koldt, det var mørkt og altid tåget. Det dårlige humør sammenholdt med skulder, nakke og lændesmerter blev kaldt *Boofis* - der betød kombinationen af sorg, sagn og muskelsmerter som ingen kunne gøre noget ved. *Boofis* er også udtrykket for en hårdt oppustet ballon lige før den springer. En Afghansk patient med muskelsmerter og hovedpine blev træt af det danske sundhedsvæsen og søgte hjælp på et privathospital i Teheran med 10.000 kr hun havde sparet sammen og lånt. Pengene rakte til et røntgenbillede af kraniet. Lægen bedømte billedet og gav hende en recept på en injektion med diagnosen: ”danskersyge” - dvs. smerter som indvandrere får i Danmark pga den kolde luft og den dårlige stemning mod indvandrere.

Vi er med andre ord alle ”etniske”, vi har alle smerter, men deres betydning, hvor bange vi er for dem, opfattelsen af den hjælp vi får og fremtidsudsigterne med smerterne er kodet tidligt i vores sprogekulturelle verden. Alle har etniske smerter og begrebet er på den måde meningsløst i klinisk sammenhæng. Tvetydigheden og usikkerhed er noget vi som sundhedsprofessionelle introducerer – ved at være tvetydige og usikre. Drop berøringsangsten, vær nysgerrig og spørg.

Tilgang

Mangelfuld viden om anatomi og kropslige funktioner har sammen med traditionelle opfattelser af smerte (magi, forbandelse, straf osv.) en væsentlig indflydelse på diagnosticering af smerter blandt migranter. Smerteoplevelsen betragtes ofte meget holistisk i forhold til hele kroppen, uden specifikation, snarere end at være begrænset til en bestemt del af kroppen. Begrænset adgang til psykologisk tilpasset behandling fører ofte med tiden til diffus smerte. Den skrantende krop udtrykker sin tilstand i generelle sammensatte sociale, kollektive, økonomiske, migrationshistoriske, psykologiske og kulturelle termer, som lægen har svært ved at omsætte til diagnostik og behandling. En individualiseret tværfaglig og kulturfølsom tilgang, gerne i nedsat tempo og med mindre vægt på biomedicinske detaljer, er nødvendig for effektiv smertebehandling af patienter med traditionsbundet baggrund. Forsøg at skabe en ramme, hvor patienten selv får lov til at forklare sine præmisser og oplevelser gennem livshistorien og de ledsagende narrativer (482). Det er vigtigt at være professionelt vidne til smerten og søg en passende måde at anerkende dens betydning for patienten. Det er f.eks. virksomt at anvende andre måder at kategorisere smerter på end VAS-skalaen med tal eller smileys – prøv i stedet at få patienten til at sætte sit eget tal, eller begreb, på smerten, så der opnås et af patienten defineret udgangspunkt. Et andet værktøj er at hjælpe patienten med at opdele kroppen i dele – en virtuel ”CT-scanner” hvor man gennemgår kroppen i lag og får beskrevet smerten i pågældende lag. Prøv at nedtone irritation over smertens udtryk og fokusér i stedet på dens oprindelse, forståelse og funktion for den individuelle patient. Den fremgangsmåde giver flere kliniske handlemuligheder – og flere udveje for patienten dels i forhold til forståelse men også i forhold til sine omgivelser. En smerteoverlæge konstaterede, efter at have forsøgt behandling af 10 patienter fra Indvandrermedicinsk Klinik, at ”selvom vi gjorde dem smertefri, så ville de ikke kunne mærke det”. Målet er ikke smertefrihed, men frihed fra smerten ved at have så pinefulde uforklarede smerter. Hovedopgaven er at patienten forstår sin smerte og kan lære at håndtere den lidt bedre.

Forsøg på generaliseringer, stereotypiseringer eller bagatelliseringer baseret på den falske idé om at der findes særlige ”etniske” smerter med et overdramatiseret udtryk, bidrager kun til skabelsen af netop, dramatiske patienter (483). Vi er alle hver især ”etniske” og vi udtrykker smerter som i en fremmed social kontekst eller et andet samfund ville kunne opfattes som afvigende. Etniske smerter giver ikke klinisk mening udover at være udtryk for intellektuel dovenskab, etno-centrering og faglig utilstrækkelighed.

Kulturbårne syndromer

Betydningssystemer og menneskesyn

Vores menneske- og verdenssyn blander filosofi, religion, politik og erfaring i formes gennem sociale netværk. Vore værdier, holdninger og adfærd præger den måde vi opfører os ved sygdom. De kulturbårne præmisser involverer også forklaringer og beslutninger om sygdom og sundhed. Sundhedsvæsnets objektivitet som en grundværdi og det indebærer traditionelt at patienters kulturelle betydningssystemer kan opleves som forstyrrende for lægens kliniske beslutningsprocesser. I vestlig medicin ignoreres patientens kulturelt indlejrede forståelsesrammer. Sundhed i Vesten er lig med symptomfrihed. Det enkelte menneske er ansvarligt for sin livsstil og dermed sin sundhed. I ikke-vestlig forståelse er sundhed en harmonisk balance i personen (krop og sjæl) i relationer med nulevende, fraværende og afdøde familiemedlemmer – ofte også i forhold til natur og mere spirituelle relationer. I ikke-vestlig sammenhæng hører mental sundhed med i det helhedsorienterede perspektiv og er udtryk for harmonisk balance i forholdet mellem hele omverdenen og det enkelte menneske. I Vesten er mental sundhed den enkeltes evne til at tilpasse sig til majoriteten og den sociale/kulturelle virkelighed. I ikke-vestlig forståelse kan der være religiøse betydninger af sygdom, f.eks. at sygdom er en prøvelse fra Gud, eller udtryk for Guds vilje. Sygdom kan være tegn på uorden i kropsvæsker eller i sociale relationer og sygdom kan være onde ånder, onde øjne eller urolige sjæle fra afdøde i det sociale netværk eller familien. Sygdom, helbred, modstandskraft og svaghed beskrives ofte i distancerende eller beskyttende metaforer, der er forankret i lokale og samfundsmæssige begrebsdannelse. De færreste begreber om sygdom har

universel karakter og forklaringssystemer kan variere indenfor samme etniske gruppe, og sågar samme patient, over tid og afhængig af den aktuelle og tidligere erfaringer med sygdom. Imidlertid er stereotyper, fordomme og generaliseringer hyppigt anvendte bekvemme smutveje når behandlere skal fortolke en fremmedartet opfattelse af sygdom. Stereotyper karikerer og fastfryser ikoniske billeder og egenskaber og låser formynderisk indvandrerpatienter som ofre for deres "kultur", "religion" og "traditioner" – den enkeltes sygdomsudtryk underlægges en (postuleret) overordnet kultur tungent udtryk. Fordomme er tillærte forsimplede holdninger, der letter kategorisering og diagnostik. Generaliseringer er en måde at effektivisere diagnostik gennem polarisering der tvangspositionerer patienten og neutraliserer sociokulturelle faktorer, der kunne bringe patientens individuelle behov og erfaringer i spil. Endelig kan etnocentriske vrangforestillinger hos behandlere påtvinge patienten et upræcist eller uhensigtsmæssigt prædikat: indvandrerkvinder er "afhængige" af deres mænd som en type personlighedsforstyrrelse, uvante smerteudtryk bliver til "etniske smerter" og uforklarlige symptomer opfattes som "kulturelle udtryk for funktionel lidelse". Som gruppe kan læger have den selvopfattelse at være en del af en nul-kultur – og agere som sådan, hvorved de overser at deres egne værdier, styrker, svagheder og idiosyncrasier påvirker deres interaktionsstil. Dermed forhindres de i at forstå symptomer på patientens præmisser.

Kulturelle syndromer

Der er i skrivende stund gået mere end 50 år, siden kulturbundne syndromer først blev foreslået som en sygdomsgruppe. På det tidspunkt var mental sygdom og dets relaterede syndromer meget påvirket af geografiske grænser og afgrænsede sociokulturer. F.eks. Har Taijin Kyofusho (ekstrem svær social fobi) i Japan og dhat-syndrom (angst for tab af sæd) i Indien længe været omtalt i de internationale diagnostiske kriterier, såsom International Classification of Diseases (ICD) og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Forstyrrelser (DSM) som kulturbundne syndromer.

Nu er tiden inde til at genoverveje begrebet kulturbundne syndromer og Ventriglio et al. har foreslået gentænkning af kulturbundne syndromer. Ventriglio et al. har understreget ironien i, at 'kulturbundne' syndromer bliver mindre og mindre kulturelt bundede og er blevet grænseoverskridende pga. gensidige kulturelle påvirkninger (484). Det ses som det direkte resultat af globalisering, industrialisering og urbanisering. Det moderne samfunds "opfattelse af lidelser" har ændret sig: kulturer forbliver ikke længere inden for deres grænser, men påvirker og inspirerer hinanden - også til nye symptomer, og dermed hybride globale syndromer (485). Post Menstruel Syndrom (PMS) har meget forskelligt symptomudtryk i forskellige kulturer (i nogle samfund kendes det ikke som syndrom) og er stærkt omdiskuteret som Kulturbundet syndrom (486). Anorexia Nervosa, opfattes af nogle som et kulturbundet syndrom sammen med bulimi. Anoreksi og bulimi forekommer i nogle samfund men ikke andre (487, 488). Mens anoreksi har en stabil prævalens i Vesteuropa, så er forekomsten af bulimi faldet (489). Kronisk træthedssyndrom er et andet vestligt kulturbundet syndrom, som man, i forsøget på at finde en politisk mere korrekt betegnelse, nu prøver at kalde Systemisk intolerance mod fysisk aktivitets syndrom – som samlebetegnelse for patienter med en kronisk invaliderende uforklarlig træthed (490). I Japan har man nu set et mønster, de kalder hikikomori ("moderne depression") – depressionssymptomer som synes inspireret af europæiske opfattelser (491). I Sverige har man set en epidemi børn i asylcentre, der udvikler et Resignationssyndrom som sammenlignes med en kataton, depressiv, dissociativ tilstand uden smerteopfattelse (492).

Med tiden bidrager post-migrationsfaktorer til stressvedligeholdelse og patienten kan ende i en kronisk stressdrevet tilstand, der i tiltagende grad præges af fysiske symptomer som brystsmerter som følge af muskelspændinger, anspændthed og uro i kroppen, hovedpine og muskelspændinger i nakke og skulderåget, voldsomme kvælningssfølelser. Andre reaktioner kan være ledhævelser, ledstivhed, muskelømhed/svaghed, profuse svedeture, problemer med fordøjelsen, hyppig vandladningstrang og seksuel dysfunktion. De psykiske og adfærdsmæssige symptomer kan f.eks. være ulyst, rastløshed, irritabilitet, appetitløshed, søvnbesvær, angst og depression. I varierende grader patienterne af egen fri vilje eller presset af pårørende udvikler hybride forklaringsmodeller, der involverer sygdomsbegreber og

årsager fra hjemlandet, f.eks. somaliernes *boofis*, *walli* og *jinni*, det arabiske *djinn*, det østafrikanske *cenn*, der er krænkede krigsofre, eller krigsånder, i Østafrika eller *kiyang-yang* i Guinea-Bissau i Vestafrika (493-498). Især antropologer har talt for at flygtninges psykiske problemer bør anskues under en bred paraply af varierende udtryk for psykisk nødlidende (484). Begreber knyttet til psykisk belastning, er blevet udforsket i forskellige sociokulturelle sammenhænge og omfatter blandt andet oplevelser, der er så forskellige som *nervios*, *susto*, *llaki*, *ñakary*, *ihahamuka*, *open mole* og *khyâl attack* (499, 500). I diagnosystemet DSM er der et appendix med kulturelt funderede syndromer – tidligere benævnt ”*Rare, unclassifiable collective and exotic psychotic syndromes*”. I tabel 16 (kilde (468)) ses en række eksempler på denne type syndromer:

Tabel 16. Kulturbårne syndromer i henhold til DSM-IV

amok	nervios
ataque de nervios	pibloktoq
bilis/colera/muina	qi-gong psychotic reaction
bouffée délirante	rootwork
brain fag	sangue dormido
dhat	shenjing shuairo
falling-out/blacking out	(neurasthenia)
ghost sickness	shenkui
hwa-byung	shin-byung
koro	spell
latah	susto
lokura	taijin kyofusho
mal de ojo	zar

Som Mirdal anfører er det påfaldende at syndromerne primært hidrører fra Latinamerikanske, japanske og kinesiske sammenhænge, formentlig fordi det var de lande forfatterne kendte lidt til. Listen er arbitrær og adgangskriterierne er uklare, ligesom man nemt kunne supplere listen fra stort set alle verdens øvrige lande (467, 468, 501). Mirdal undersøgte 75 tyrkiske kvinder og skriver: ”*Det billede, den metafor som de tyrkiske kvinder brugte til at betegne deres tilstand, var »sikinti« (fra siki = stram, altså snæverhed i betydning angst snæverhed/at være ked af det). De fysiske komponenter af sikinti var fornemmelser af snæverhed og stramhed: »ring om hovedet, knude i halsen, forsnævring af hjertet, stramning af lungerne« o.l. De følelsesmæssige korrelater af den kropslige stramning, var følelser som angst, sorg, bekymring, tungsind, irritabilitet, sårbarhed, overdreven følsomhed, pirre-lighed, o.l. Sikintibegrebet havde et tredje aspekt udover det fysiske og det psykiske, nemlig det kulturelle. Ordet kommunikerer nemlig en tilstand, som er åbenlys for alle de personer, der taler det tyrkiske sprog. Det er indlysende for alle, at sikinti tærer på krop og sjæl, at man bliver sårbar over for alle mulige fysiske sygdomme, når man er sikilmis, at sikinti kan forstyrre hjertets gang og mavens virksomhed*” (502). Mirdal opsøgte imidlertid de samme tyrkiske kvinder 20 år efter (45 af de 75 kvinder) og fandt at begrebet ”sikinti” ikke længere blev anvendt så udbredt, men var blevet erstattet af ”stress” i en fordanskning af deres oprindelige begreb (503).

Mirdal forklarer videre, hvorfor sygdomsbegreber kan være vanskelige at oversætte: ”*På arabisk f.eks. findes der omtrent 20 forskellige ord, der betegner det at være besat af ånder eller djinner. For eksempel indgår djin i ordet mecnun, som betyder både forelsket og sindsforstyrret. At tænke på sindsbevægelser og forstyrrelser på arabisk indebærer, at man automatisk »med-tænker« djinner og ånder, hvilket selvfølgelig ikke lader sig gøre på dansk. Dels er det umuligt i oversættelse at gengive den måde, hvorpå djinneme er indlejret i kroppen og i sproget, og dels er patienterne utilbøjelige til at tale med os professionelle om disse emner. Arabisk-talende patienter er ikke mere ufølsomme, end at de kan mærke, at vi psykologer og psykiatere i vesten har et noget anstrengt forhold til ånder. Det giver derfor*

ingen mening at tale om sådanne forklaringsmodeller med psykologen og lægen, lige som man heller ikke så gerne fortæller om formodninger om at være ramt af det onde øje eller andre forbandelser”.

Fælles for begreberne er at de er mangetydige mens årsager og forståelse af dem blander sociale, fysiske og psykiske fænomener. Kienzler har i samarbejde med arabisktalende sundhedsprofessionelle forsøgt at beskrive 13 forskellige udtryk på syrisk-arabisk, for at lide af psykisk belastning (379). Misforståelser kan let opstå, hvis man ikke har en åben fordomsfri dialog – f.eks. kan ”stresset” på russisk have betydningen at man har travlt, på en god måde. På nogle sprog er der ikke et begreb, der ligner det danske ”stress” – enten er man normal eller også er man vanvittig (”crazy”, ”lost”), som det kom frem i en undersøgelse blandt indvandrere i England, hvor psykisk belastning blev udtrykt som objektive belastninger, som f.eks. boligforhold, økonomi, opholdstilladelse eller ubehandlede symptomer (43). Patienterne havde observeret at tolke tit oversatte på en stigmatiserende måde ved f.eks. at ændre udsagnet ”Jeg føler mig nedtrykt” til ”Jeg føler jeg er blevet skør” i oversættelsen. Somaliske patienter forklarede at de ikke kender til ”stress” begrebet, for der er ingen læger i Somalia – hele Somalia var som land stresset (af krig), men det var noget andet. Hvis man på nogen måde udtrykker nedtrykthed i Somalia, så er man ”tosset” (”mad”) eller *Wa wa shee* på somalisk – enten er man skør eller også er man normal. Stress, depression og angst giver ingen mening på somalisk og uden en gensidig dialog vil alt for meget mening gå tabt hvis man forsøger med ”magt” at presse patienten ind i én af de kategorier.

I nogle arabiske kulturer er *afiya* målet for behandling. *Afiya* er fysisk, psykisk og spirituel menneskeligt velvære – i modsætning til *siha*, der er udtryk for det fysiske sundhedsunivers, hvor sygdom skal fjernes helt. *Afiya* betyder at sygdom er en prøvelse, en test og *afiya* kræver mere omfattende ”behandling” i form af sociale, politiske og religiøse reformer i samfundet (504). Ligeledes er det vigtigt at forstå at der kan være flere undertyper af *Jinn*, hvor ikke alle er forbundet med noget ubehageligt. Ethvert menneske har ifølge Islam en personlig positiv følgeskabs-Jinn som betegnes *Qarin*, samt to engle (505). Oprindeligt, dvs pre-Islam, var *Qarin* en slags musen for poeter. Nogle patienter kan føre samtaler med deres *Qarin*, men det er ikke det samme som stemmehøring ved PTSD eller psykoser.

Kultur kan påvirke udviklingen af somatiske symptomer lige fra den første fornemmelse til den faktiske kliniske præsentation (506):

1. Sprog og sproglige udtryk som anvendes til at beskrive symptomet
2. Sygdoms og sundhedsopfattelser som anvendes til at fortolke symptomets betydning og alvorlighedsgrad
3. Kulturelt sanktioneret sygdomsadfærd som anvendes til at præsentere symptomet for andre mennesker mhp. at opnå forståelse, omsorg og behandling

Alle 3 elementer er nødvendige for at kunne sætte et givent symptom i en forståelig sammenhæng. Den vestlige dualistiske forståelse af at mennesket består af en psyke og en krop kommer hurtigt til kort når man skal forstå migranternes symptomer. Vestlige biomedicinere har lært at kategorisere symptomer der ikke har en biomedicinsk forklaring som ”psykosomatiske” symptomer. Men gruppen omfavner en særdeles broget gruppe af symptomkomplekser, som er svære at forstå, forklare, forebygge eller behandle ud fra simple biomedicinske modeller. Psykosomatisk sygdom fordrer desuden en lineær kausalitet mellem psykologiske faktorer (personlighed, karakter, arvelige forhold, konflikthåndteringsmønstre, tillærte coping strategier og følelsesregister) og specifikke symptomer eller fysiske ændringer. Mødet med sundhedsvæsenet og sundhedsprofessionelle kan over længere tid eksponere personen så meget at bestemte symptomer og deres professionelle betydning internaliseres af personen i en symbiotisk proces (507). I takt med stigende globalisering og migration sker der flere og flere sammenstød mellem verdens meget forskellige opfattelser af sygdom og sundhed. Typisk bliver disse diskordante sygdomspræsentationer, fra et vestligt sundhedsvidenskabeligt perspektiv, benævnt ”kulturbårne syndromer”. Der er identificeret en række ældre og lidt nyere kulturbårne syndromer, som kan være vigtige at kende (121, 153, 508-510):

Tabel 17. Oversigt over udvalgte kulturbårne syndromer

Åndebesættelse – Afrikanske kontinent	Aggressiv adfærds syndromer: "road rage", trolley rage – konflikter mellem trafikanter eller kunder i supermarkeder
Jinn, zar, cen, dybbuk – afrikanske, jødiske og muslimske lande – besættelse af en rastløs sjæl fra en (ofte voldeligt) død person	Voldelige adfærdssyndromer: Seriemordere, børnemisbrug, mobning, partnervold, granny bashing, kvindehad, fremmedhad
Amok – voldsorgie mod mennesker eller dyr	Afhængighedssyndromer: workaholism, shopaholism, ludomani, sexafhængighed, internet afhængighed
Hsiehping – trancetilstand ved besættelse af afdøde	Energitabs syndromer: udrændthed, stress, yuppie flu, ME, træthedssyndrom, fibromyalgi, postinfektions træthed
Koro – skrumpning eller røveri af kønsdele	Diverse syndromer: opgivenessyndrom (børne flygtninge), skolevægning, ADHD
Dhāt – tab af sæd gennem urinen	Uspecifikke eksilsyndromer: Boofis – eksilstress med demoralisering og kroniske smerter blandt somaliske flygtninge Upridosh – besættelse blandt migranter fra Bangladesh i London med psykisk påvirkning, spisevægning, stumhed, gråd, råben og "respektløs adfærd"
Mal de ojo – sygdom skyldes at en person har påført sygdommen ved et blik	Anorexi, bulimi
Latah – seksuelt udfordrende adfærd, sætter sig selv i farlige situationer (Malaysia, Japan, Afrika, Rusland)	Klimadepression
Voodoo død – forbandelse fører til sygdom og død (Caribien)	High blood/low blood – blodet bliver højt eller lavt afhængigt af hvad man spiser og drikker (kortuddannede i Sydstaterne i USA)
Shinkeishitsu – angsttilstand med tvangshandlinger (Japan)	Migrerende navle - Mavesmerter, kvalme, opkast, svimmelhed, træthed. Ses ved "hårdt liv", handlingslammelse, udsigtsløshed (Mellemøsten)
Kitsune-tsuki – besættelse af en ræveånd (Japan)	Brændende lever – nedtrykthed, dyb sorg. Ses ved afsagn, tab og relationsproblemer (Mellemøsten)
Windigo – tvangspræget behov for at spise menneskekød (Indien, Canada)	"Rygsmarter" – relationsproblemer, konflikter, problemer med identitet/rolle, "hårdt liv", ofte ved seksuelle problemer
Susto – frygt, tab af sjælen (Sydamerika)	Sort/kold vind – smerter i hele kroppen, sorg, konflikter, afsagn, udmattethed, opgivenessyndrom, manglende anerkendelse i familien, "hårdt liv" (Sydlige Kina)
Narahtiye qalb – hjertepine	Ængstelse – skyld, skam, sorg, afsagn, hovedpine, klump i halsen, synkebesvær, klaustrofobi, åndenød, svedtendens, alarmfornemmelse, angst
Dil ghirda hai – synkende hjerte	Karabasan – mareridt, sorg, afsagn, irritation, hjertesorg, skyld, skam, usikkerhed (Latinamerika)

Ataque de nervios – Sydamerika	Dissociativ hårudtrækning (kvinder) – angst, panik, skamfølelse, tab af ærbarhed, seksuel konflikt (Mellemøsten)
Amafufunyana – Sydafrika, hysteri og ukontrolleret adfærd med selvmordsforsøg, ofte i epidemier og med besættelse af ånder fra flere andre etniske grupper samtidigt	Psykogene besvimelsesanfald/kramper – traumer, angst, ekstrem stress reaktion (Mellemøsten)
Ukuthwasa – Sydafrika, reaktion på voldsom hændelse, et helende syndrom	Taijin Kyofusho – ekstrem socialfobi (Japan)
Sangue dormido/Sovende blod – efter fysiske traumer/knoglebrud strømmer levende blod ud i huden og bliver til sovende blod, der lammer personen (Cap Verde)	Hikkiomori – ”moderne” depression, symptomer inspireret af europæiske depressionsudtryk som hidtil ikke sås i Japan
Boofis – isolation, sorg, handlingslammelse, skyhed, muskelsmerter, træthed, uoverkommelighedsfølelse, ”dårlig luft”	Opgivenheds/resignationssyndrom – primært set blandt børn i svenske asylcentre (Sverige/flygtninge)
Gato pegal – børn med medfødte misdannelser, stærkt handicappede børn, børn der fødes med eller udvikler ejendommeligt udseende (under/fejlnæring pga. sygdom) (Guinea-Bissau)	Systemisk intolerance mod fysisk aktivitets syndrom – en ny, mener nogle mere politisk korrekt, variation over kronisk træthedssyndrom. En kronisk invaliderende træthed som er uforklarlig
Brain fag syndrome (hjerne udtrætnings syndrom) – et kombineret depression-angst-stresslignende syndrom observeret blandt studerende på Nigerianske gymnasier op til eksamen.	Fallen fontanelle, caida de fontanelle, caida de la mollera – observeret som syndrom hos spædbørn i Latinamerika og Vestafrika. Er biomedicinsk udtryk for dehydrering, men tillægges en lang række symbolske helbredsmæssige betydninger
Hwa-Byung – ”Ild-syge” eller ”Vredessyndrom”, stærk følelse af uretfærdighed, krænkelser, ydmygelse (Korea)	Münchhausen / Münchhausen by proxy (factitious syndrome) – bevidst selvpåførelse (eller på anden person) af symptomer ved brug af toksiske eller fysiske skader
Piblokto – Anfald med bizar adfærd (skrig, råb, amokløb, afklædning af tøj i offentlige rum) (Eskimosamfund)	Windigo – vrangforestilling om at være blevet besat af et menneskeædende monster (Canadiske oprindelige folk)
Afhængighed af anabole steroider og forvrænget kropsopfattelse	Forskellige vrangforestillinger: Clerambault’s vrangforestilling/ erotomani/ stalking – mener at en kendt person er forelsket i vedkommende Cotards vrangforestilling – at alt er tabt inklusivt organer Hysterisk pseudodemens

Det er kendetegnende for syndromerne er at de er fænomenologiske at de ofte, ved nærmere eftersyn ofte kan knyttes til biomedicinske sygdomme og syndromer. Mange af dem kan formentlig kun behandles ved en kombination af behandlinger, hvoraf nogle vil ligge udenfor sundhedsvæsnet (f.eks. ”Jinn” der kan involvere indsats fra en imam udover psykiatrisk behandling – hvis en sådan er nødvendig) (511). Med globalisering og internettets grænseløse informations flow, er tidligere tiders geografisk isolerede eksotiske syndromer blevet erstattet af grænseløse moderne hybridsyndromer, der ikke er bundet af kultur, men konstant formes og dynamisk tilpasses af forskellige kulturer samtidigt over hele verdenen.

Case 1.

37-årig mand fra et land i det centrale Afrikanske kontinent henvises med et kort oplæg: "Multiple african symptoms. Ér tidligere forsøgt udredt". Man havde i udredningen indtil da talt enten engelsk med patienten eller anvendt en fransk tolk idet fransk var patientens andetsprog. Patientens modersmål var swahili. Patienten havde angiveligt i flere år klaget over at hans penis var skrumpet og nu var alt for lille. Flere uafhængige speciallæger havde vurderet den som normal af størrelse, hvilket havde gjort patienten vred og patienten havde mistet tilliden til læger i Danmark. Med swahilitolk blev det dog klart at patienten med "lille penis" mente at der var 2 kvinder, der havde fået hans tidligere normale kønsorgan til at skrumpes fordi de havde snydt ham for en stor sum penge. Han vidste at han i sit hjemland kunne udføre en særlig ceremoni der ville skade kvinderne og give ham et normalt kønsorgan igen, men det var ikke lykkedes ham at finde nogen i Danmark der kunne udføre ritualen. Han blev tilrådet at anmelde kvinderne til politiet hvis han mente der var begået noget ulovligt. Kvinderne blev dømt og patienten oplyste at hans kønsorgan efterfølgende blev normalt igen.

Kommentar:

Patientens syndrom minder om korosyndromet. Det er desuden en almindelig opfattelse, at det at spise en bestemt slags mad eller have omgang med "spøgelse" kan forårsage, at ens kønsorganer hurtigt skrumpes ind. I flere tilfælde har man set koroepidemier, hvor mænd er overbeviste om, at de er ofre for smitsomme sygdomme, der får deres penis til at skrumpes. Hysteriet bliver udløst af rygter. Det varer fra få dage til flere måneder og rammer ofte tusinder af mænd. "Ofrene" er meget urolige, sveder, har hjertebanken, lider af søvnløshed og anbringer tit skruetvinger eller snore om organet, eller får familiemedlemmer til at holde penis, indtil det er muligt at blive behandlet af indfødte healere eller medicinmænd. Det sker også, at kvinder bliver angrebet, så de tror, at deres bryster og skede bliver trykket ind i kroppen (512). Under en koro-epidemi i den lille ønation Singapore i 1967 blev i tusindvis af indbyggerne angrebet, både mænd og kvinder, hvilket fik regeringen til at erklære området for katastrofeområde (513).

I 1982 brød en epidemi ud i det nordlige Indien. Panikken var omfattende og myndighederne besluttede at køre rundt i området med højttalervogne for at berolige indbyggere. Myndighederne målte også de angste mænds penis for at bevise, at de ikke skrumpede ind (514, 515).

Case 2.

38-årig kvinde fra et land i det Sydlige Afrika, henvist med uforklarede smerter. Henvisningsteksten lød:

"Har siden 2010 haft kroniske smerter i form af brændende fornemmelse i hele kroppen, i huden med udstråling til musklerne. Tidligere kom smerterne kun når hun var hjemme, og da familien flyttede for 2 år siden, svandt smerterne og hun mistænker derfor at huset var forbandet"

Patienten uddyber gennem livshistorien og problemlisten sin beskrivelse af smerterne, ved samtalen i Indvandrermedicinsk klinik, således: "Smerter i knæene og hænder, det føles som om kroppen brænder indvendigt, pt. fortæller at det stammer fra 1. oktober 2010. Det skete pludseligt, pt. fortæller at hun også husker at der var et dødsfald i familien på samme tidspunkt, det var pt. søsters barn der døde i hjemlandet".

Kommentar:

En "forbandelse" kommer ikke af sig selv eller uden grund. Det er centralt at lægen søger længere ind i forklaringerne end den umiddelbare forklaring tilbyder. Man skal søge efter årsagerne til årsagerne og give patienten tid til at forklare sammenhængen.

Case 3.

35-årig kvinde fra et kurdisk område i Mellemøsten henvises fra psykiatrisk afdeling, hvor man havde afvist at patienten skulle lide af en psykiatrisk sygdom, men man udtrykte usikkerhed om vurderingen og afslutter udredningen pga. "komplicerede helbredsproblemer samt sproglige og kulturelle vanskeligheder". Patienten debuterede 1½ år før henvisningen med akut psykiatrisk indlæggelse pga. tiltagende angstsymptomer og psykotiske symptomer. Patienten er på afdelingen for traume og

torturoverleverer diagnosticeret med PTSD, men med psykotiske træk. Patienten har 2. og 3. persons stemmehøring, der taler nedsættende til patienten. Figurerne der taler, er kvinder i kæmpestørrelse og med meget langt hår. De griber fat i patienten og skræmmer patienten. Patientens familie og venner har nævnt at patienten kunne være offer for en ånd og at der er ceremonier der kan stoppe besættelsen. Ægtefællen er dog både bange for se patienten som besat og vil hellere vælge "science" som behandling som det udtrykkes. Patienten vurderes over flere samtaler i Indvandrermedicinsk klinik med tolk og det vurderes at patienten har regulære psykotiske symptomer, der bør behandles i psykiatrisk regi og tilbagehenvises derfor.

Kommentar:

Den diagnostiske balancegang mellem Jinn-lignende tilstande, PTSD med personlighedsændring (og dissociation) og psykotisk sindslidelse er svær og kræver oftest tæt samarbejde mellem specialister. I dette tilfælde lød symptomerne initielt som Jinn-lignende men viste sig at være regulære psykotiske symptomer (der formentlig hænger sammen med patientens PTSD).

Somatisering

Somatisering er et kompliceret begreb at definere. Definitioner, betoner tilstedeværelsen af flere klager i forskellige områder af kroppen og en frygt for at have en alvorlig fysisk lidelse i fravær af objektive fysiske/biokemiske fund. Andre definitioner beskriver fysiske klager som manifestationer af skjult psykiatrisk sygdom. Begrebet somatisering har sin oprindelse i Freuds arbejder, der foreslog ideen om konvertering som en psykisk hovedforsvarsmekanisme. Somatisering betragtes i dag ofte som "en tendens til at opleve og udtrykke somatiske klager som reaktion på psykosocialt stress og at søge lægehjælp til det" (Lipowski, 1988). Somatisering er oftest forbundet med depression og angsttilstande. Fysiske manifestationer ved somatisering kan beskrives gemme antal, sværhedsgrad og graden af funktionstab, der strækker sig fra kun et eller et par forbigående symptomer i den ene ende, til at have flere alvorlige symptomer over en lang periode og derfor opfylder diagnostiske kriterier for egentlig somatoform lidelse. Somatisering har traditionelt været opfattet som et reaktionsmønster, der primært sås blandt etniske minoriteter. Ældre studier (ofte små case serier) påviste, at i visse lande havde patienter der led af depression eller angst somatiske smertelignende klager. Det gælder f.eks. Kina, Sydamerika, Indien og Nigeria (442, 516).

Et review fra 2019 af 38 tværsnitsstudier om somatisering blandt migranter, fandt at migranter med somatisering hyppigere havde psykiske udfordringer, havde et øget behov for kontakt med sundhedsvæsenet og havde flere socioøkonomiske udfordringer pga. migrationen og / eller posttraumatisk stress syndrom end migranter uden somatiseringsdiagnose. Det viste sig at at specifikke individuelle træk medierer sammenhængen mellem somatisering og migration. Forekomsten og sammenhængene omkring somatisering viste sig at variere på tværs af etniske grupper, afhængigt af variation i årsagerne til migration, stress eksponering/traumer, forskelle i sygdomsforståelse, mestring og andre individuelle faktorer. Ingen af studierne har undersøgt sprogbarrierer som forklarende faktor – påfaldende, når sprogbarrierer er vist at være en central klinisk udfordring i udforskningen af uforklarede symptomer blandt etniske minoriteter (517).

At skelne mellem de meget sjældne kulturbundne syndromer og de hyppige misforståede patientsymptomer er en udfordring for enhver læge. Blandingen af de uklare symptomer og en forkærlighed for eksotisering af symptomer man ikke forstår, skaber grobund for en udbredt opfattelse af somatisering blandt etniske minoritetspatienter. Kulturspecifikke diagnoser (se separat kapitel) dækker en forskellig gruppe sygdomme, hvis syndromsammensætninger er unikke for visse etniske grupper. Mens generelle medicinske tilstande, der er lokaliseret til bestemte geografiske regioner eller genetiske grupper, historisk er blevet inkluderet i de kulturspecifikke diagnoser, bruges udtrykket nu primært til at henvise til psykiske tilstande. Allerede i det attende århundrede identificerede forskere forskelle i sygdomme baseret på den syges geografiske oprindelse. I 1733 skrev George Cheyne, en skotsk læge, der praktiserede i England, om lidelser, som han følte var mere almindelige blandt englænderne i *The English Malady* (518). Han tilskrev disse forstyrrelser med nedtrykthed, nervøse træk, melankoli og hypokondrier til de kulturelle faktorer i dårlig kost, "levevis" og geografiske faktorer inklusive det tågede engelske vejr. Af en række grunde har læger tendens til at (over-)fortolke usædvanlige præsentationer af normale sygdomme som

kulturelle udtryk, nedarvede svagheder i bestemte folkeslag, sjældne tropiske sygdomme, medicinsk uforklarlige symptomer eller en funktionel lidelse. Den kombinerede indflydelse af sprogbarrierer og lægens kognitive bias er en ulempe for indvandrerpatienter, der mangler den kommunikative styrke til at udfordre de kliniske og psykosociale generaliseringer, de oplever. Resultatet er, at symptomerne fejldiagnosticeres eller ignoreres og forbliver "uforklarlige" set fra patientens synspunkt – fra lægens synspunkt er de udtryk for somatisering (517). Eksempler på blinde pletter i tosprogede læge-patientsamtaler kan ses i tabel 17.

Tabel 18. Eksempler på blinde pletter i to-sprogede læge-patientsamtaler

Patient faktor	Lægefaglig/medicinsk betydning
<p><u>At lære reglerne og spille spillet:</u> Accept af lægens sociale koder og erhvervelse af sundhedspersonalets sprog. Bange for lægen og bange for at stresser eller irritere lægen. Tilbyder kun lægen oplysninger på <i>need-to-know</i> basis. Patienter vil gå meget langt for at undgå (hvad der opfattes som-) ydmygelse. Har mange antagelser om lægernes evne til at forstå et problem eller symptom. Respekterer, men stoler ikke på lægen.</p>	<p>Patienten præsenterer kun ét symptom og stiller kun ét spørgsmål. Ingen interaktion, ingen svar, ingen information - eller kun "neutral" informationsudveksling. Af frygt for, at lægen ikke forstår problemet eller situationen er det bedre at være tavs end at udvise sårbarhed, da lægen (måske) måske bagatelliserer bekymringer, der føler sig ydmygende. Tøver med at tage vanskelige følsomme emner op. Patienter er villige til at ændre og modellere deres historie, udelade information, fremhæve "gunstig" og undertrykke "farlig" eller sensitiv information, der kan kræve detaljer som ikke vil dele med lægen osv. Accepterer en uønsket klinisk undersøgelse eller behandling for at "spille med". I mange kulturer tages respekt for læger for givet, men tillid, kommer kun på tale hvis hjælpen er tydelig - ingen hjælp, ingen tillid, hvilket kan være forvirrende for nogle læger, der misforstår respekten for at være udtryk for patientens accept af lægens plan og færdigheder. Patienten kommer ikke med spontane informationer. Kan tilbageholde vigtige kliniske oplysninger fordi de ikke vurderes relevante og ikke forsøges drøftet med lægen.</p>
<p><u>Sygdomssymptomer og sygdomsbegreber</u> Begreber om sygdom er kodet og rodfæstet i modersmålet og opfattes i en anden social sammenhæng og tankegang end lægens (modtagerlandets)</p>	<p>Har svært ved at forklare symptomer for lægen og kan helt undgå at nævne det for lægen (varme / varme syndromer, Koro syndrom, Jinn osv.). Tosprogede patienter har ofte brug for tolk til at hjælpe, når de får en sygdom, fordi sygdomsbegreber er rodfæstet og dannet i barndommen i moderens sprog og de savner et "dansk" ordforråd på sygdomsområdet. Samtalen er for simpel med lavt informationsniveau på andet sprog. Vigtige detaljer udelades eller savnes. Klinisk historie mangler detaljer og misforståelser eller unøjagtigheder korrigeres ikke af patienten fordi de ikke erkender dem.</p>
<p><u>Skam, frygt, stigma og tabu</u> Skamfølelse over manglende danske sprogfærdigheder. Skamfuldt at bede om en tolk. Skamfølelse over sundhedsproblemet og tør ikke nævne det til lægen (eller stigmatiseret). Skam over fattigdom/økonomisk situation eller handlingslammelse. Skam over at have bragt sig selv/familien i en uholdbar situation med sin sygdom.</p>	<p>Enkle helbredsklager eller alvorlige advarselstegn nævnes ikke (inkontinens, blod i urinen, diarré, vægttab, hoste (TB stigma)). Socioøkonomiske grunde til complianceproblemer overses (har ikke råd til medicin). At tale om organer som 'nyrer', 'lever' eller 'galdeblære' giver ikke mening for patienten. Patienten føler ubehagelig ved at diskutere sygdomme, der berører "urene" organer som f.eks. nyrer, urinblære og reproduktive organer.</p>

<p>Mener, at det ikke er acceptabelt at have detaljeret viden om kropsdele, deres funktioner og udskillelser Psykisk sygdom er et handicap eller et tabu. Frygt for stigma og social isolation.</p>	<p>Symptomer der peger mod f.eks. HIV eller tuberkulose nævnes ikke da sygdommene er forbundet med ekstrem stigma som kan være ekstra hårdt i minoritetsmiljøer. Vil ikke nævne eller diskutere psykiske problemer, ønsker ikke psykiatrisk evaluering eller medicin.</p>
--	--

Men sammenhængen mellem etnicitet og somatisering er senere blevet tilbagevist, bl.a. af Kleinman selv, der senere fandt at med bedre diagnosticering i Kina forsvandt sammenhængen (519). I Latinamerika viste det sig, at der var tale om en anden vægtning af psykologiske og somatiske symptomer end de vestlige psykiatere var vant til – at betydningen af symptomerne var en anden (520). Man har forskningsmæssigt også vist interesse for ideen om at somatisering hang sammen med sociokulturel status. Personer med kort skolegang eller fra fattigere sociale lag skulle angiveligt udtrykke deres følelsesmæssige eller psykiske problemer gennem somatiske klager – oftest smerter. Logikken var at de manglede sproglige evner til at kunne forklare deres følelser og symptomer. Man opfandt en diagnose til formålet, alexithymi, der beskrev en tilstand med et ”snævert følelsesmæssigt funktionsniveau” ledsaget af et ”begrænset og glansløst liv” – med andre ord, en kedelig patient (521, 522). Mangel på passende specifikke begreber på nogle sprog, f.eks. farsi, har bidraget til sammenkædningen af kultur og somatisering (523). I asiatiske kulturer er følelsesmæssig interaktion socialt uacceptabel og det er udtryk for svaghed at udtrykke følelser eller psykiske problemer (524). I arabiske kulturer er psykisk sygdom en familiær skam, en straf der kommer til udtryk gennem en nedarvet psykisk svaghed, der rammer hele familien, der dermed viser en svag moral og det afstedkommer gensidige beskyldninger i familien (525). Psykiske problemer udtrykkes derfor bevidst i somatiske termer for at undgå social eksklusion. Der er tale om en dobbelt stigmatisering, som ses i en lang række kulturer, hvor smerter anvendes som proxyudtryk for psykiske problemer (526). Der er et ikke ubetydeligt element af sammenhæng mellem oplevet racisme/social eksklusion pga. etnicitet, psykiske problemer og smerteudtryk og eksklusion pga. etnicitet er associeret med kroniske smerter, ligesom der er påvist en sammenhæng med forhøjet blodtryk og højere cortisol-niveauer (527-529). Sundhedsvæsnet kan bidrage til vedligeholdelsen af kroniske smerter ved at de ansatte mangler tværkulturelle kompetencer til at forstå smerteudtryk fra andre kulturer og ved at ekskludere, usynliggøre, etniske minoriteter fra smerteforskning pga. sprog eller antagende complianceproblemer (530). Patienter har bemærket at de tilpasser deres symptompræsentation til de rammer de møder i sundhedsvæsnet: de kliniske, kolde hvide venteværelser og konsultationsrum får ubevidst patienter til at prioritere somatiske sygdomsudtryk fordi de fysiske rammer tydeligt indikerer at ”vage” psykiske problemer ikke er ”kliniske” (531). Flere store studier har senere vist at der ikke er forskel mellem majoritetsbefolkninger og minoritetsbefolkninger i smertepræsentation af psykiske problemer. Der er påvist en lineær sammenhæng så flere psykiske problemer medfører flere somatiske klager og omvendt uanset etnicitet (532). Det interessante er, at somatiske læger har meget forskellige holdninger til uforklarede smerter, og de er meget lidt tilbøjelige til at kæde smerter sammen med psykisk sygdom overfor patienten af frygt for patientens reaktion. Dermed kan lægerne, herunder også psykiatere, bidrage til at smerterne forbliver uforklarede dvs. at lægen aktivt bidrager til at fastholde patienten i en somatiseringstilstand pga. lægens berøringsangst og/eller manglende kommunikative kompetencer (533).

Der er betydelige forskelle i somatisering på tværs af etniske grupper. For eksempel har kvalitative analyser af sygdomsfortællinger indsamlet fra forskellige etniske grupper vist, at somatiske symptomer er klassificeret i flere forskellige betydningssystemer, der hver især tjener forskellige psykologiske og sociale funktioner. Afhængigt af omstændighederne kan disse symptomer ses som et sygdomsindeks eller en indikation på psykopatologi, et symbolsk udtryk for en psykisk konflikt, et kulturelt kodet udtryk for lidelse, et værktøj til at udtrykke social utilfredshed/utilpashed eller en mekanisme, gennem hvilken patienter forsøger at skabe sig en ny rolle eller social placering (534). Det samme symptom har ikke samme betydning på tværs af etniske grupper eller på tværs af sociale lag (447).

Værktøjer til at undgå de mest almindelige misforståelser og tilgange til uvante symptomer og komplekse problemstillinger, kan ses i Figur 14.

Misforståede symptomer	Tænk det normale først: abnormt udtryk for hyppig sygdom	Prøv at finde løsningen indenfor det biomedicinske tankesæt, men opsøg og inddrag social-psykologiske informationer	Kultur, etnicitet eller fremmedhed er ikke diagnose eller valide forklaringer	Tilegn dig tværkulturelle kommunikationsværktøjer mhp. at undgå unødvendig kulturalisering af patientens symptomer	Spørg patienten (og få hjælp fra tolken): hvad ville du kalde din sygdom i dit hjemland – hvad ville du gøre dér?
Oversete symptomer	Sprogbarrierer er barrierer og kræver opmærksomhed – og tolk	Læger kender de fleste symptomer og varianter – men ikke alle. Vær ydmyg overfor nye udtryksformer	Undgå at betegne symptomer som "mærkelige" eller "fremmedartede" – påvirker klinisk dømmekraft	Tænk altid på det normale men ekspander de forklarende faktorer til at involvere patientens psykosociale miljø og erfaringer	Check med patienten om de symptomer der er registreret, er de korrekte og om der mangler symptomer
Diagnoser der kræver særlig viden	De er sjældne, men søg basal information om de hyppigste tropiske og arvelige sygdomme samt manifestationer af f.eks. infektioner i senstadier (ekstrapulmonal TB, strongyloides, middelhavsfeber, andre ormesygdomme)	Kend de basale principper i genetisk rådgivning blandt etniske minoriteter. Spørg eksperter.	Forstå den særlige stigma der er associeret med fysisk og psykisk handicap (og hvordan de kan flyde sammen) i forskellige samfund	Arbejd med et standardsæt spørgsmål til at spørge om erfaringer, viden og holdninger til især sensitive emner (reproduktion, handicap, arvelighed, smitsomhed, traumer)	Torturmetoder overstiger fantasien, men involverer stik, slag, strøm, vand, indespærring, ophængning, skinhenrettelser, der kan påvirke holdning til undersøgelser
Alvorlige eller komplekse problemstillinger	Tag aldrig nej for et svar. Et nej er den usikreste sikre kort.	Tag for givet at der er misforståelser. Spørg dig selv: Hvad er det jeg ikke har forstået? Er der noget jeg ikke må vide? Hvad er det patienten ikke har forstået? Hvad er det venner/familie ikke har forstået (eller ikke må vide)	Risikobegrebet er vanskeligt for patienter der ikke har gået i skole. Der skal tales mere konkret om hvad det betyder for den enkelte patient i dennes liv og budskabet må ofte forenkles	For meget information skaber mistro og kan overbebyrde patienten så de trækker sig helt. For meget information kan få patienten til at føle at de bliver overtalt til at være forsøgskaniner eller at lægen vil bestemme.	Skyld og skam er hyppige årsager til at patienter ikke fortæller om symptomer og kan være årsag til at simple lidelser kompliceres i længden

Figur 14. Værktøjer til at undgå de mest almindelige misforståelser og tilgange til uvante symptomer og komplekse problemstillinger

Case 1.

32-årig kvinde familiesammenført til ægtefællen, fra et land i Fjernøsten, henvist på mistanke om funktionelle anfald (Psykogene ikke-epileptiske anfald, PNES), kriblende føleforstyrrelser i hele kroppen og somatiseringstendens med primært hovedpine. Patienten henvises fordi der ikke er opnået tilstrækkelig anfaldskontrol på vanlig anti-epileptisk behandling med dosisøgning og man har fra lægeside mistænkt at patienten ikke har epilepsi men derimod funktionelle anfald og kognitive udfordringer. Der har tidligere i sundhedsvæsenet været anvendt en tolk som talte en dialekt som patienten forstod meget lidt af. Patienten har ikke kunnet forklare dette overfor henvisende sygehusafdeling. Ved samtalen i Indvandrermedicinsk klinik anvendes en tolk, som taler en dialekt som patienten forstår. Patienten oplyser at hun har forsøgt at få en samtale med epilepsilægerne om medicinbivirkninger i form af svimmelhed, hovedpine og glemsomhed efter dosisøgning, men det lykkedes ikke at forklare afdelingen om problemet. Patienten fortæller at hun har haft epilepsi hele sit liv, men at moderen aldrig ville acceptere hendes tilstand og derfor ignorerede hendes anfald, undlod at give hende medicin og skjulte hendes problem for familien. Moderen tilskrev hendes tilstand at hun var mindre begavet og patienten havde fornemmelsen af at moderen anså datteren for at være besat. Patienten beskriver imidlertid klassiske komplekse krampeanfald med postiktalt præg. Patienten skammer sig over sin sygdom, tør ikke aflevere børnene i daginstitutionen af frygt for at få anfald foran pædagogerne og er stoppet på VUC fordi hun var bange for at få anfald i timerne og dermed forstyrre de andre elever. Stoppet på sit rengøringsarbejde efter at have fået et anfald en tidlig morgen hvor hun var alene på arbejde. Går aldrig alene og tør ikke køre bil. Har taget sin medicin som foreskrevet og ægtefællen bekræfter dette. Hun er blevet bange for henvisninger til sygehus fordi der sidste gang gik 2 år før hun fik en tid. Patienten henvises tilbage til henvisende afdeling, der dog vælger at henvise patienten til psykiatrisk afdeling. Psykiatrisk vurdering konkluderer at "...patienten har en belastningsreaktion pga. udredning og diagnose", men psykiateren anfører samtidig at patienten "har en anden kulturel forståelse" af epilepsi. Patienten henvises derfor af Indvandrermedicinsk klinik til en neurologisk *second opinion* på et andet sygehus for epilepsi og her findes et klart epileptiformt EEG med bitemporalt fokus. Efter ændring af epilepsimedicinen bedres anfaldene.

Kommentar:

Udover at man altid skal sikre sig at den anvendte tolk taler et sprog og en dialekt patienter forstår, så kan betydningen af en minutiøs anamnese ikke overdrives, især når der er sprogbarrierer. Patientens angiveligt skiftende anfalds beskrivelser og variationer i anfalds hyppighed der er beskrevet i journalen skyldes anvendelsen af en forkeret tolk. Det er ligeledes vigtigt at opsummere og justere patientens sygehistorie med jævne mellemrum. Nogle sygdomme kan have særlige betydninger eller være associeret med stigma som lægen bør tale med patienten om, se f.eks.: (535).

Case 2.

41-årig kvinde henvist med uforklarede universelle smerter og hovedpine med mistanke om simulering eller funktionel lidelse for at undgå erhvervspraktik. Efter journaloptagelsen bliver patienten siddende efter at der er slukket for videotolken. Patienten fortæller at hun har noget pinligt at fortælle om hendes smerter, der stammer fra hendes ægteskab i hjemlandet, hvor hun blev tvangsgift som 11-årig med en ældre mand, der havde en alderssvarende ægtefælle i forvejen. Den første kone hadede patienten og bød hende kun vilkår, der var båret af ren ondskab. Konen tvang den unge pige til at stå opret udenfor soveværelset hvor hun ikke måtte bevæge sig eller lægge sig til at sove. Hendes smerter stammer fra de lange nætter over flere år udenfor soveværelset. Hun var samtidig stærkt underernæret da hun ikke måtte spise. Hun har aldrig fortalt om sine oplevelser før da hun fandt dem pinlige. Patienten forklarede at hun aldrig ville fortælle det igen, men at sygeplejersken gerne måtte sige det til sagsbehandleren og den praktiserende læge, så de kunne forstå hendes smerter.

Kommentar:

Det kan være gavnligt at have samtaler både med og uden tolk især hvis der er uklare elementer eller forhold der ikke beskrives i detaljer. Det kan være en ide at prøve at nærme sig følsomme emner med indirekte spørgsmål der "normaliserer" enhver oplevelse, som f.eks. "Er der noget der er vigtigt for dig, men som du har svært ved at tale om?". Det er patienten der afgør om en oplevelse er pinlig.

Case 3.

56-årig mand fra Mellemøsten. Henvises med universelle føleforstyrrelser og mistanke om somatisering. Patienten blev opereret 3 gange for appendicitis – 3. gang viste det sig at patienten havde kræft i tarmen. Fik fjernet en del af tarmen og efterfølgende kemoterapi hvorunder patienten udviklede de nævnte føleforstyrrelser. Blev i starten tolket som nervebetændelse efter kemoterapi, men symptomerne var ukarakteristiske og bredte sig i en grad, så lægerne mistænkte at patienten overdrev sine symptomer. Gennem livshistorie og problemliste bliver det dog klart at patienten kortvarigt har været udsat for tortur i sit hjemland.

Patienten kom fra fattige kår, men var dygtig i skolen og fik en mulighed for at læse på et universitet i USA. Dette krævede et visum, som han måtte rejse til Syrien for at få. I Syrien blev han fængslet og tortureret i mørke med strøm på hænder, fødder og kønsorganer. Han så aldrig sine bøddler – kendte kun deres lyde. Der blev afspillet fuglesang og popmusik mens torturen foregik. Patienten havde neuropati, men hans smerteoplevelse blev ændret af hans konstante angst for at møde de torturbøddler han aldrig havde set – tanken om at de kendte ham, men at han ikke kendte dem, øgede hans alarmberedskab så han havde udviklet neurogene smerter oveni neuropatien.

Kommentar:

Smerteoplevelsen er ofte ændret hvis der er PTSD og diagnosen bør derfor altid overvejes før man overvejer funktionel lidelse eller somatisering. Patienten blev i øvrigt sensibiliseret af de mange re-

operationer før diagnosen blev stillet. De psykiske konsekvenser af udredning, operationer og behandlinger undervurderes ofte – ikke mindst i to-sprogede patientsammenhænge.

Case 4

29-årig kvinde fra Mellemøsten henvises til IMK med recidiverende smerter i kroppen, primært mavesmerter og hovedpine gennem 10-12 år. Ekstensivt undersøgt hos infektionsmedicinere, mave-tarm kirurger og mave-tarm medicinere, samt gynækologer, psykiater og smertelæge. Der er udført følgende undersøgelser: gastroskopi, koloskopi, tyndtarmspassage, diagnostisk laparoskopi, kapselendoskopi, CT-scanning af abdomen, vaginal ultralyd, MR af cerebrum og columna totalis, MR-tarme, helkrops PET-scanning samt undersøgelse for porfyri og arveligt angioødem. Alle undersøgelser indtil da normale og man finder herefter, ved en psykiatrisk vurdering, at patienten samlet set lider af en psykisk betinget somatoform funktionel tilstand med depression og man anbefaler derfor henvisning til IMK til psykoedukation. Mavesmerterne kommer turevist, er meget voldsomme, men NSAID kan lindre en anelse. Smerterne går ofte væk efter 1/2-1 time. Patienten har ingen psykiske traumer, taler dansk og går på VUC uden de store problemer. Fik hovedpine af at gå til psykolog og psykiater. Ved genetisk undersøgelse påvises mutationer i patientens DNA forenelige med den arvelige sygdom familiær middelhavsfeber. Begge patientens forældre i hjemlandet har samme symptomer, men er aldrig undersøgt. Patienten sættes i behandling med Kolchicin, der kraftigt reducerer patientens anfalds hyppighed og smerter. Patienten havde ingen depressive tegn og scorede normalt på Beck's depressions score og på Harvards PTSD-screenings interview.

Kommentar:

Udredningen foregår uden relation til patientens faktiske symptomer. En del patienter, der viser sig at have Familiær Middelhavsfeber ender, inden de får den korrekte diagnose, med få en somatiserende karakteristisk, der forfølger dem i udredningen og ender med, i mangel af bedre, at blive internaliseret af patienten, så din forkerte diagnose ender med at være en selvopfyldende diagnostisk profeti. Hellere en diagnose end ingen diagnose, tænker mange patienter efter mangeårige frugtesløse undersøgelser og her er "psykisk betinget somatoform tilstand" en mulighed som både læge og patient kan leve med, men det gør den ikke mere korrekt eller acceptabel.

Case 5

43-årig mand fra Nordøstlige Afrika havde fået diagnosen fibromyalgi 9 år tidligere hos privat praktiserende rheumatolog og var i massiv smertestillende behandling. Blev henvist til Indvandrermedicinsk klinik mhp. medicinsanering, da der ikke var effekt på smerterne og patienten klagede over tiltagende dårlig søvn. Patienten havde væsentlige psykiske traumer fra hjemlandet og havde klare symptomer på PTSD med neurogene smerter. Efter seponering af smertestillende medicin, under samtidig traume- og torturbehandling, fik patienten en bedre nattesøvn, færre mareridt og havde ikke brug for smertestillende medicin. Patienten havde ikke fibromyalgi.

Kommentar:

Diagnoser som fibromyalgi bør ikke stilles på så vagt et grundlag som i dette tilfælde og da der yderligere er en betragtelig sprog og sygdomsopfattelsesbarriere må diagnosen anses for at være en specialistopgave der kræver bedre og mere omfattende udredning end tilfældet var.

Case 6

46 årig kvinde henvist med uforklarede intermitterende strålende smerter i arme, hænder og nakke. Erhvervsaktiv i egen virksomhed gennem 15 år. Undersøgt i rheumatologisk og neurologisk regi og senest henvist til IMK til udredning for funktionel lidelse eller fibromyalgi. Smerterne var ifølge journalen startet i forbindelse med et fald fra et undersøgelsesleje hos en speciallæge, men ifølge patienten havde hun altid haft fornemmelsen siden hun var teenager af at der var noget der generede i ryggen fra nakken ned mellem skulderbladene. Efter faldet var der begyndt at komme de udstrålende smerter. En efterfølgende MR-

scanning viste en medfødt syrinx i cervikale medulla og højt i thorakale columna. Patienten havde haft symptomer det meste af sit liv, men oplevede en forværring efter faldet. Patienten ønskede ikke yderligere undersøgelser, da hun var tilfreds med forklaringen, der gav hende ret i at hun ikke var psykisk syg (som hun havde opfattet henvisningen til IMK), da der ikke var tegn på funktionel lidelse eller fibromyalgi.

Kommentar:

Årsager og virkninger kan blandes sammen og hvis man ikke er omhyggelig med at få etableret starttidspunktet for et symptom, risikerer lægen at fejlopfatte det samlede kliniske billede.

6: Helbredsbedømmelse af flygtning: kliniske opmærksomhedspunkter og huskeliste

Hyppighed og sværhedsgrad af sygdomme varierer med geografisk afstamning og levevilkår i bred forstand. Der er store globale forskelle, ikke mindst i forekomsten af infektionssygdomme og psykiske lidelser, men også medfødte lidelser, traumatiserende oplevelser, fejlernæring og følger af tidligere sygdomme (176, 517, 536). Sundhedsmæssig modtagelse af flygtninge er en kompleks opgave, der kræver input fra flere fagområder, ikke kun fra klinikere (537). Det danske sundhedsvæsen vil derfor også møde sygdomme, som man ikke er så vant til at diagnosticere og håndtere og, måske endnu hyppigere, uvante eller umiddelbart uforklarlige symptomer (302, 306, 492, 538). Voldsomme krigsoplevelser og evt. sprogbarrierer, usikkerhed om opholdsgrundlaget og evne og mulighed til at tilegne sig og anvende viden om sundhed kan bidrage til at gøre kommunikationen vanskelig (51, 539). Den første samtale hos lægen kan være én af flygtningens første møde med det danske sundhedsvæsen, som typisk vil være meget anderledes det sundhedsvæsen de kender fra hjemlandet. De vil også møde en anden lægerolle, som oftest en mindre autoritær og mere involverende end patienten er vant til. Dét kan opleves som faglig usikkerhed eller svaghed og det er vigtigt at være meget tydelig om hvorfor man som læge handler som man gør. Der findes en lang række retningslinjer for helbredsbedømmelse af flygtninge, men de bærer præg af at asyl/flygtninge politik og sundhedsvæsnets organisation er meget forskellige på tværs af landene, ligesom migrantsammensætningen varierer så meget at de kan være svært at opstille fælles retningslinjer (540-543). Flere danske studier har påvist at helbredsbedømmelse af nyankomne flygtninge er effektivt set fra et forebyggelsesperspektiv (544-546). Desuden er der forskellige sundhedsrisici forbundet med forskellige faser af migration, f.eks. når det kommer til infektioner og kroniske sygdomme (547-549).

Dette kapitel beskriver de særlige kliniske opmærksomhedspunkter lægen bør have ved de første samtaler med en ny patient med flygtninge/indvandrers baggrund. Fokus i det følgende er derfor på hvad man bør have i tankerne *udover* de normale sygdomme og symptomer som læger normalt har i tankerne.

Sygehistorie og fysisk undersøgelse

Forklar at det ikke er alle oplysninger der evt. er givet til ansatte i asylcentre, der er sendt til lægen og at det derfor er vigtigt at lægen får alle sundhedsoplysninger af patienten selvom de er oplyst tidligere.

- Rejse & flugtanamnese og ophold i udenlandske og/eller dansk asylcentre
 - hvilke lande har patienten rejst gennem (ofte mange lande)? Bemærk at flygtninge som har opholdt sig i lejre kan være særligt eksponerede og være traumatiserede efter de forlod hjemlandet
 - særlige oplevelser inden og under flugt?
 - Tvang til behagelige valg, ydmygelser, indespærring, vold, overgreb, fængsling, tortur, oplevelse af hjælpeløshed
 - Langvarigt ophold i (flere) asylcentre, særlige ubehagelige oplevelser i asylcentre (i Danmark eller andre europæiske lande)
 - Umiddelbar familiesituation (Familien samlet? Spredt mange lande? Er patienten familiesammenført eller afventes familiesammenføring?)
- Selvoplevede helbredsproblemer/symptomer
 - Problemliste (se afsnit om værktøjer)
 - Alle helbredsproblemer? (nu og tidligere)
 - tidligere sygdomme og behandling
 - hospitalsophold i hjemland, tredje land, mellemland
 - Påvirker helbredsproblemerne hverdagen og funktion, herunder deltagelse i evt. sprogundervisning, job og integrationstilbud?
 - Vaccinationsstatus hvis muligt

De indledende spørgsmål kan anvendes til at danne sig et indtryk af, hvorledes den nyankomne flygtning forstår de stillede spørgsmål – et umiddelbart indtryk af sundhedsviden. Lægen får dermed mulighed for at tilpasse sin spørgeteknik til patientens sprogniveau, forståelsesramme og forudsætninger.

Den systematiske gennemgang af symptomer kan være en udfordring og kræver derfor nogle kommentarer. Grundlæggende gælder det, at langt de fleste symptomer er udtryk for ganske almindelige sygdomme, men at præsentationen af dem kan have et fremmedartet eller sammensat udtryk som følge af f.eks. lave sundhedskompetencer, angst, PTSD, usikkerhed. Det kan sammen med mulige upræcise begrebsdannelser, forskelle i dialekter og evt. usikker tolkebistand komplicere anamneseoptagelsen. Tropiske sygdomme er ikke så hyppige, men kan have symptomer som læger ikke er vant til og i nogle tilfælde kan symptomerne enten ligne almindelige sygdomme (f.eks. astma ved strongyloidiasis), almensymptomer, der bagatelliseres (træthed ved kronisk hepatitis B eller hypofyseinsufficiens), anæmi (ved arvelige blodsygdomme) eller tilbagevendende voldsomme mavesmerter, der synes overdrevne i forhold til objektive undersøgelser (mavesmerter ved familiær middelhavsfeber). Et meget hyppigt fænomen er skjult re-traumatisering med vanskeligt identificerbare symptomer på PTSD i tilfælde af arbejdsulykke, biluheld, overfald eller en voldsom social begivenhed (f.eks. fyring, tab af familiemedlem). *Diffus smerteangivelse* kan være et symptom, som kan være vanskeligt at håndtere. Nærmere lokalisering kan med fordel udforskes og lokaliseres systematisk i sammenhæng med den objektive undersøgelse ved sammen med patienten at gennemgå de enkelte dele af kroppen og få patienten til at beskrive smerten i området. Der kan være tale om flere uafhængige smerter eller at samtidige symptomer med tiden er blevet til én lidelse, som f.eks. diffus smerteangivelse. Træthed kan være et andet symptom, som kan udløses af mange forskellige sygdomme, herunder lidt sjældnere tilstande som tuberkulose, HIV, kronisk hepatitis, febris rheumatica og Sheehans syndrom samt PTSD og f.eks. svær D-vitaminmangel eller hypercalcæmi – udover det kendte spektrum af lidelser som f.eks. depression hjertekar og lungelidelser, anæmi, eller myxødem osv. *Hovedpine* kan skyldes tidligere traumer og følger heraf, kronisk sinusitis, tandbyld, nedsat syn, forhøjet blodtryk osv. *Dvs. der kan være hyppige og velkendte sygdomme på spil, såvel som mindre hyppige sygdomme, som lægen ikke altid har present.* Nedenstående checkliste er en huskeliste over mindre kendte, men alligevel hyppige, lidelser hos flygtninge/indvandrere. Listen er ikke en komplet liste og skal primært rette fokus mod at der er sygdomme som er sjældne blandt personer født og opvokset i Danmark, men hyppige i andre geografiske områder.

- Afslutning af samtalen
 - det er vigtigt at afslutte samtalen med klare aftaler om, hvor og hvorledes der foretages evt. videre udredning og opfølgning af de afdækkede helbredsproblemer. Det er ligeledes afgørende at patienter får mulighed for at forklare hvad planen er, hvem der skal gøre hvad etc. Afslut endelig samtalen ved at spørge patienten om der er noget vigtigt der ikke er blevet berørt og om patienten var tilfreds med samtaleforløbet og resultat – dette for at udelukke evt. kommunikationsvanskeligheder med lægen (og eller tolken).

Der er udviklet en omfattende transkulturel spørgeguide om mental sundhed og psykiske problemer (*Cultural formulation Interview, CFI*), men den har kun vist at have værdi hos patienter med et kognitivt overskud til eksistentiel refleksion over identitet, kultur og kulturel baggrund (550). Andre patienter finder spørgeguiden frustrerende og forvirrende i struktur og spørgsmål.

Tabel 19. Huskeliste til voksne flygtninge/indvandrere ved helbredsbedømmelsen.

CNS/kranie/ansigt Neurologisk	Kranieskader (stump / skarp vold) Fødselsskader Synsproblemer især hos analfabeter, som måske ikke bemærker det selv, høretab, trommehindedefekter, tinnitus? (følge efter f.eks. tortur, eksplosioner osv.) Særlige problemer i sprogscole Angst, indre uro, stemningsleje, kronisk sorg
----------------------------------	---

	<p>koncentrationsproblemer, hukommelsesproblemer, problemer med aggressionsforvaltning, søvnbesvær, stemmehøring, forhøjet alarmberedskab, undgåelsesadfærd (PTSD)</p> <p>Tandstatus og –smerter,</p> <p>Følger efter meningitis inkl. Kognitive funktioner, fødselsskader</p> <p>Pseudodemens ved PTSD (dissociation, depression, funktionelle kognitive funktionstab)</p> <p>Kognitive funktionstab (kan skjules af pårørende)</p> <p>Giftgas?</p> <p>Tortur med elektricitet</p>
Hud	<p>Kroniske sår +/- nekroser, tegn på infektion,</p> <p>Eczem – erhvervseksponering?</p> <p>Operationsår?</p> <p>Følger efter vold, forbrændinger?</p> <p>Svampe infektion (HIV), ukarakteristiske sår (f.eks trypanosom chancre,</p> <p>Nekrotiske sår (Eschar),</p> <p>Mørke eleverede hudområder (Kaposi sarcom/HIV)</p> <p>Seborroisk dermatit (HIV)</p> <p>Scabies?</p> <p>Tilfælde med gulsot? (medfødte hæmoglobin sygdomme)</p> <p>Genitale/anale fistler, TB fistler, tidl operationer</p>
Lymfeknuder	<p>Forstørrede lymfeknude uden tegn til bakteriel infektion, TB) HIV? syfilis, gonore, andre kønssygdomme?</p>
Kardio-pulmonalt	<p>Hoste, opspyt (TB), TB eksponering? Tidligere tuberkulose?</p> <p>Åndenød Angst, følger efter tortur (nærdrukning, indespærring)</p> <p>Atypisk astma</p> <p>Kardielle mislyde (febris rheumatica seq)</p> <p>Klapsygdomme</p> <p>Erhvervseksponering?</p> <p>Giftgas?</p>
Gastro-intestinalt	<p>Helicobacter P. har høj prævalens, også hos yngre end etnisk danske</p> <p>Diare, ”kokasse afføring” og madlede (giardiasis) særlige bakterier/ parasitsygdomme i hjemland/flygtningelejr (geografi)? set orme i afføring? Blod i afføring?</p> <p>Kronisk diarre (HIV), malabsorption</p> <p>Obstipation (hukommelse, PTSD, angst, kost)</p> <p>Vægttab?</p> <p>Hepato-splenomegali, (hepatitis, seqv efter Bilharziose infektion, ekinokokcyster m.m.)</p> <p>Recidiverende mavesmerter og familie anamnese (Familiær Middelhavsfeber?Lactoseintolerans ? Coeliaki, tropisk sprue)</p> <p>Seksuel tortur (skadet analregion/muskulatur)</p>
Urogenitalt	<p>Følger efter omskæring, ex hos kvinder: fistler, inkontinens, begge køn: seksualliv; hyppige UVI</p> <p>Infertilitet, voldtægt er hyppigt anvendt i tortur af begge køn, medfører ofte svære psykiske og seksuelle problemer</p> <p>Seksuel tortur mod kønsorganer (strøm, vold)</p> <p>Tidl fødselskomplikationer, ruptur, fistler</p>
Bevægeapparatet	<p>Medfødte/mindre synlige misdannelser (fødder, hænder, ryg, halsribben) Fødselsskader på skuldre, fejlstillinger</p> <p>Poliofølger</p>

	Granatskader (brud, garantsplinter?) Torturfølger (ex falanga med gener fra fodsåler), rygskeer, skulderskeer efter ophængning Rakitis tegn
Medicin	Spørg specifikt hvad der lånes af bekendte/familie, hvad der er købt i hjemlandet og evt andre steder end i DK, faktisk indtag og indikation Særlige compliance problemer (piller, injektioner, hukommelse (PTSD), angst)
Alkohol, tobak, anden rusmiddel	Hash? (alm. som dagligt ”nydelsesmiddel” i ex Nordafrika og visse dele af Mellemøsten) khat ? (samme, i f.eks. Somalia), Lån af morfinpræparater Alkohol (stigma) Tobak: spørg specifikt til vandpipe (hyppigt hos kvinder og børn)
Psyko-socialt	Særlige opvækstvilkår (adskillelse, vold, overgreb, krigsoplevelser, ulykker, seksuelt misbrug) – se særligt pkt om PTSD nedenfor Tidligt voksenansvar, tidligt tab af forældre Opvækst i fremmed familie under slavelignende forhold Psykiisk traumehistorie, husk traumer under rejse/flugtvej, ophold i flygtningelejre (inkl. I Europa) Stærk sygdomsangst, specifik angst (blodprøver, nåle, hulrum, invasive us) Særlige oplevelser i Danmark (racisme, misforståelser, overfald) Særlige forpligtelser i DK (pleje af svigerforældre, egne forældre, handicappede familiemedlemmer) Familie i andre lande, usikkerhed om dele af familien (f.eks. forældre), bekymring om børn/ægtefælle Skolegang hjemland og DK, analfabet på eget sprog? – læse og skrive i praksis Familiesammenført uden netværk
Arvelige sygdomme?	Recidiverende mavesmerter, vedvarende anæmi Ex hæmoglobinopatier, familiær middelhavsfeber, andre Co-sangvinitet Kendte arvelige sygdomme i familien

Potentielt traumatiserende oplevelser og Post traumatisk stress syndrom

De fleste flygtninge er ofre for direkte eller indirekte konsekvenser af brutale regimer, borgerkrig, anarki, miljøkatastrofer og hungersnød. Ofte har de været i fare på grund af deres etnicitet, politiske overbevisning eller religion. De kan have udholdt forfølgelse, tortur, voldtægt eller bortførelse, eller har været vidne til drab. Mange ankommer efter farefulde rejser og tilbageholdelse i flygtningelejre, der har mistet deres nærmeste, det sociale netværk, hjem, ejendele og arbejde. Mellem 30 og 70 % af flygtninge har haft svære traumatiske oplevelser og har udviklet tegn på kronisk Post Traumatisk Stress syndrom med varierende sværheds- og udtryksform. Selv om det er vigtigt ikke at sygeliggøre de virkninger, krig og andre katastrofer kan have på enkeltpersoner, er det også vigtigt ikke at undervurdere deres indvirkning på den enkeltes muligheder for at tilpasse sig livet i et nyt samfund som flygtning i eksil. Post traumatisk stress syndrom (PTSD) påvirker det enkelte menneske på meget individuelle måder og ændrer sig hos den enkelte over tid afhængigt af interne og eksterne faktorer. PTSD påvirker livskvalitet, søvn, sprogindlæring, egenomsorg og forståelse af sygdomsbehandling. Hos nogle PTSD-patienter kommer der ændringer i følelsesmæssige udtryk og i adfærd i form af utydeligt eller tvetydigt kropssprog, mimikløshed, høj stemmeføring og overvagtssomhed som udadtil giver indtryk af en desorganisering. Tilstedeværelse af PTSD er af central betydning for et individs kapacitet til egenomsorg i fht fysiske og psykiske helbredsproblemer, selvværd, compliance m.m. Flygtninge vil - i sagens natur have været udsat

for potentielt traumatiserende oplevelser. Man kan indlede sin vurdering af potentielt traumatiserende oplevelser og symptomer på Post Traumatisk Stress Syndrom ved at anvende relativt ufarlige og indirekte spørgsmål, der samtidig formidler en normalisering af de symptomer der sigtes mod. Spørgsmålene skal dels skabe en tryk ramme, dels forsøge at indkredse både mulige traumer og eventuelle symptomer forenelige med PTSD. Patienter vil ofte være afvisende overfor at tale om deres oplevelser og de er desuden ofte bange for at blive stempet som "sindssyg" ved at fortælle om deres ofte voldsomme flashbacks eller svære angst. Der er flere måder at spørge på, men her er nogle eksempler:

Mange mennesker der har levet i krigsområder, oplever på et tidspunkt i deres liv noget meget skræmmende så som fysisk eller psykisk overgreb, en alvorlig ulykke eller krigsoplevelser.

Har du nogen sinde oplevet noget der var skræmmende, forfærdeligt eller foruroligende?

Har du nogensinde oplevet noget, der er meget svært for dig at tænke på eller tale om?

Er der sket noget voldsomt i dit liv som du ikke tør tænke på?

Sover du om natten eller om dagen?

Er du mere bange end andre mennesker?

Opfølgende spørgsmål kan være:

Dét du har oplevet, er det noget du har set andre blive udsat for eller er det noget du har oplevet på din egen krop?

Dét du har oplevet, er det noget du har fortalt til andre?

Vil du kunne tale om det (og under hvilke omstændigheder i givet fald)?

Hvis der er mistanke om potentielt traumatiserende oplevelser, er næste skridt at spørge om patienten indenfor den seneste måned:

- haft mareridt om sine oplevelser eller tænkt på dem på et tidspunkt hvor patienten ikke ønskede at tænke på dem?
- brugt meget energi på - eller prøvet meget på - ikke at tænke på det eller gået meget langt for (været meget bevidst om) at undgå situationer der kan få patienten til at mindes din(e) oplevelse(r)?
- været konstant på vagt, bange eller alt for let at skræmme?
- Har patienten følt sig stum eller tom indeni og/eller isoleret fra andre mennesker, fra aktiviteter eller sine omgivelser?
- Er der udtalte søvnproblemer/afbrudt søvn? Mareridt om konkrete hændelser
- Fjernhedstilfælde? "Ud af kroppen" fornemmelse? (dissociation - tidvise varierende udfald i erkendelsen af egen identitet, ens hukommelse, vilje og sansning)

Hvis patienten svarer ja til mindst 2 af spørgsmålene vil der være grund til enten at drøfte patienten med et traume- og torturbehandlingscenter eller henvise til samme mhp. behandling. Bemærk, at for mange PTSD-patienter gælder, at de har påvirket hukommelse og erindring samt koncentrations- og koordinationsproblemer. PTSD er ofte ledsaget af andre psykiatriske lidelser (OCD, angst, depression). PTSD ramte kan have syns-, høre- og lugtehallucinationer uden at det i sig selv ensbetydende med psykotiske symptomer.

Følgende forhold kan påvirke den undersøgte adfærd og kræver forsigtig spørgeteknik: omsorgssvigt, oplevelser som børnesoldat, medicinmisbrug, fysiske handicaps, fysiske overgreb og medfødte handicap, omskæring, seksuelle overgreb, vold i partnerskab, bekymringer om opholdsgrundlag, økonomi, gæld. Bemærk at også pårørende til flygtninge med PTSD kan have symptomer, som led i en sekundær traumatisering.

Parakliniske undersøgelser ved mistanke om somatisk sygdom

Følgende parakliniske undersøgelser kan overvejes ved mistanke om somatisk sygdom

hæmoglobin, creatinin, CRP, leukocyt og differential tælling, thrombocytal, ALAT, hepatitis serologi (HbsAg og anti-HCV), u-stix og afføring for ormeæg og cyster. Efter konkret vurdering overvejes: HbA1C, EKG, røntgen af thorax.

Ved tvivl konferer evt. med relevant hospitalsafdeling og eller med én af de Indvandrermedicinske Klinikker

- anæmiudredning
 - ved $MCV < 78$ uden tegn til blødning, **hæmoglobinopati (eks. Thalassæmi): fraktioneret hæmoglobin (elforese) –anfør oprindelsesland**
 - ved påvist hæmoglobinopati, bemærk forekomst af konkurrerende eller **samtidige årsager, ex jernmangel, infektionssygdom**
 - ved tegn på hæmolytisk anæmi og oprindelsessted i Afrika, Middelhavsområdet, Mellemøsten, Indien eller Sydøstasien: **hæmoglobinopati eller glukose-6-fosfat-dehydrogenasemangel.**
 - trombotiske manifestationer eller knoglesmerter og oprindelsessted i Afrika eller Mellemøsten må **seglcelleanæmi** overvejes.
 - Jernmangel, D-vitaminmangel, anæmi og folinsyremangel kan være udtryk for betydelig **fejlnæring** og ses også ved visse **parasitære infektioner**

- infektioner
 - leukocyt og differentialetælling, trombocytter, eosinofili, CRP
 - **Hepatitis B og C serologi**
 - **Tuberkulose:** ved mistanke (højprævalens område, ophold i flygtningelejre, hoste, vægttab, blodigt opspyt) henvises til infektionsmedicinsk afdeling. Rtg af thorax, dyrkning og mikroskopi af ekspektorat/aspirat fra abscesser.
 - **Mavetarminfektion/symptomer:** bakterier, orme æg, virus. Angiv symptomer og oprindelsesland/transitlande og vilkår, helicobacter pylori antigen. Evt ultralyd ved hepatosplenomegali (cirrose? cyster? Portal hypertension?). Infektioner med Giardia Lamblia parasitter kan af og til kun identificeres ved duodenal sekret
 - ved specifik mistanke, evt hepatit, HIV osv relevant serologi, malaria: mikroskopi (udstryg)
 - ved **thrombocytopeni:** obs malaria, HIV, kronisk hepatitis, leishmania, schistosomiasis
 - ved **eosinofili** – atopi, ormeinfektion, medicin

Opmærksomheds punkter på længere sigt (børn og voksne)

Forebyggelse: Flygtninge og familiesammenførte til flygtninge er mindre tilbøjelige til at blive tilbudt/tage imod forebyggende helbredsamtaler/ undersøgelser.

Hav fremadrettet aktivt fokus på smearundersøgelse, mammografi, rygning, vægttab, hypertension, kost vejledning, diabetes risiko, kardio-vaskulær risiko og reproduktiv sundhed og børneundersøgelser.

Kræft i lever, oesophagus og mavesæk er hyppigere blandt målgruppen sammenlignet med baggrundsbefolkningen. Flygtninge har højere dødelighed af infektioner og kræftformer associeret med infektioner (TB, HIV, kronisk hepatitis B/C, HPV).

Sprog. Vær opmærksom på at rekvirere tolk ved sprogbarrierer, vedvarende compliance problemer eller uforklarede symptomer. Vigtigt at forklare og sikre forståelse af almindelige centrale begreber

Medicin. Vær jævnligt opmærksom på medicin gennemgang og husk at inddrage information om medicin fra hjemland eller fra venner/bekendte.

PTSD. Flygtninge med selv svære traumer kan opleve en "honey moon" periode i starten af opholdet i Danmark. Selv "mindre" hændelser som sociale, sproglige eller arbejdsmæssige begivenheder kan på et senere tidspunkt blotlægge PTSD symptomer eller lignende tilstande. Pludselig svigtende compliance, isolationstendens og ændret hukommelse kan være tegn på PTSD.

7: PTSD og somatiske symptomer

Krig er kun spændende for dem, der ikke har oplevet det. De fleste mennesker, der oplever krig, gør det som uskyldige ofre, menige soldater eller som indirekte ofre for krigshandlinger. Kroniske konflikter, krig og forbrydelser mod menneskeheden efterlader flest ofre blandt de uskyldige, der udover fattigdom & ødelagte fremtidsplaner, må leve med de psykiske og fysiske langtidskonsekvenser af væbnede konflikter. Det er let at starte en krig, men umuligt at stoppe den. For mange krigsoverlevende og flygtninge varer krigen indtil de dør, imens må de leve, og slås, med traumer, der for altid ændrer deres personlighed, hukommelse og sociale relationer. De hårdeste kampe starter når krigen er slut (51). Som flygtning kæmper man om at blive sig selv igen, men man vinder aldrig.

Men krigens effekter kan ikke alene bedømmes på de psykologiske konsekvenser, uanset at vestlige psykiatere mener dén tilgang er tryk og komfortabel. Det er ikke alle krigshandlinger, der kan forstås fra en individuel psykologisk vinkel, hvor problemet er personens reaktion og hvor ét overgreb fører til én reaktion. Man må ikke ignorere kontekst, relationer og det sociale netværks reaktioner på traumatet. Oftest er der multiple traumer og flygtninge oplever ofte kontinuerte traumer i modtagerlandet – der er ikke noget ”post” i Post Traumatisk Stress.

I en dansk undersøgelse af torturoverlevende og krigsflygtninge led 76 % af kroniske smerter og somatiske symptomer ledsager generelt PTSD patienter (551). Kroniske sygdomme, som KOL, hjertekar-sygdom og kræft er i det hele taget hyppigere blandt PTSD patienter (552, 553). I en undersøgelse fra 2003 blandt patienter henvist til et dansk rygcenter fandt man ved screening, at knap 10 % havde klinisk eller sub-klinisk PTSD og at de subkliniske PTSD-patienter havde færre smerter 1 år efter end rygpatienter med klinisk PTSD (554). Multiple u-forklarede symptomer som kombinationer af svimmelhed, besvimelser, brystsmerter, føleforstyrrelser og mavegener er ofte en del af PTSD patienters primære symptombilleder når de kontakter sundhedsvæsnet (555). En dansk statusartikel fra 2014 fandt at der i 11 ud af 14 studier blev påvist en sammenhæng mellem PTSD og irriteret tyktarm (556). Der var dog mistanke om at den medicinske behandling af PTSD-patienter kunne bidrage til symptomerne. Der var ingen longitudinelle studier, men der var en påfaldende høj forekomst af PTSD blandt patienter, der blev henvist med symptomer på irriteret tyktarm. De teoretiske mekanismer der i øvrigt overvejes, er oytocindysregulering, hypothalamus-hypofyse-binyrebark-aksedysfunktion, sårbarhed hos patientgruppen og postinfektøs irriteret tarm.

Om Post Traumatisk Stress syndrom

Forekomsten af psykisk sygdom blandt nyankomne flygtninge er høj (557-560). Flertallet af flygtninge har potentielt traumatiske oplevelser i hjemlandet eller under flugten. Nogle etniske minoriteter har været udsat for særligt svære og multiple traumer (561). Hyppigheden af samtidige fysiske og psykiske sygdomme, ofte også handicaps eller misbrug, er hyppige blandt flygtninge og den kliniske kompleksitet udfordrer de ofte uforberedte læger (562-564). Torturoverlevende er i høj risiko for at blive overset hvis de primært har fysiske symptomer og de oplever ofte diagnoseforsinkelser (565). I en undersøgelse i USA på et sundhedscenter opfyldte 1 ud af 9 (11 %) af patienter der henvendte sig og som ikke var født i USA, opfyldte kriterierne for at være torturoverlevende – og de havde boet i gennemsnit 14 år i landet (566). I en undersøgelse fra Indvandrermedicinsk klinik fandt vi at over halvdelen af de patienter, der blev henvist med uafklarede fysiske symptomer, havde symptomer forenelige med Post Traumatisk Stress – og de havde boet i Danmark i gennemsnit 12 år (31). En undersøgelse på et dansk behandlingscenter for traume- og torturbehandling fandt man at de henviste patienter med PTSD i gennemsnit havde haft symptomer i 14 år før de blev henvist til behandling.

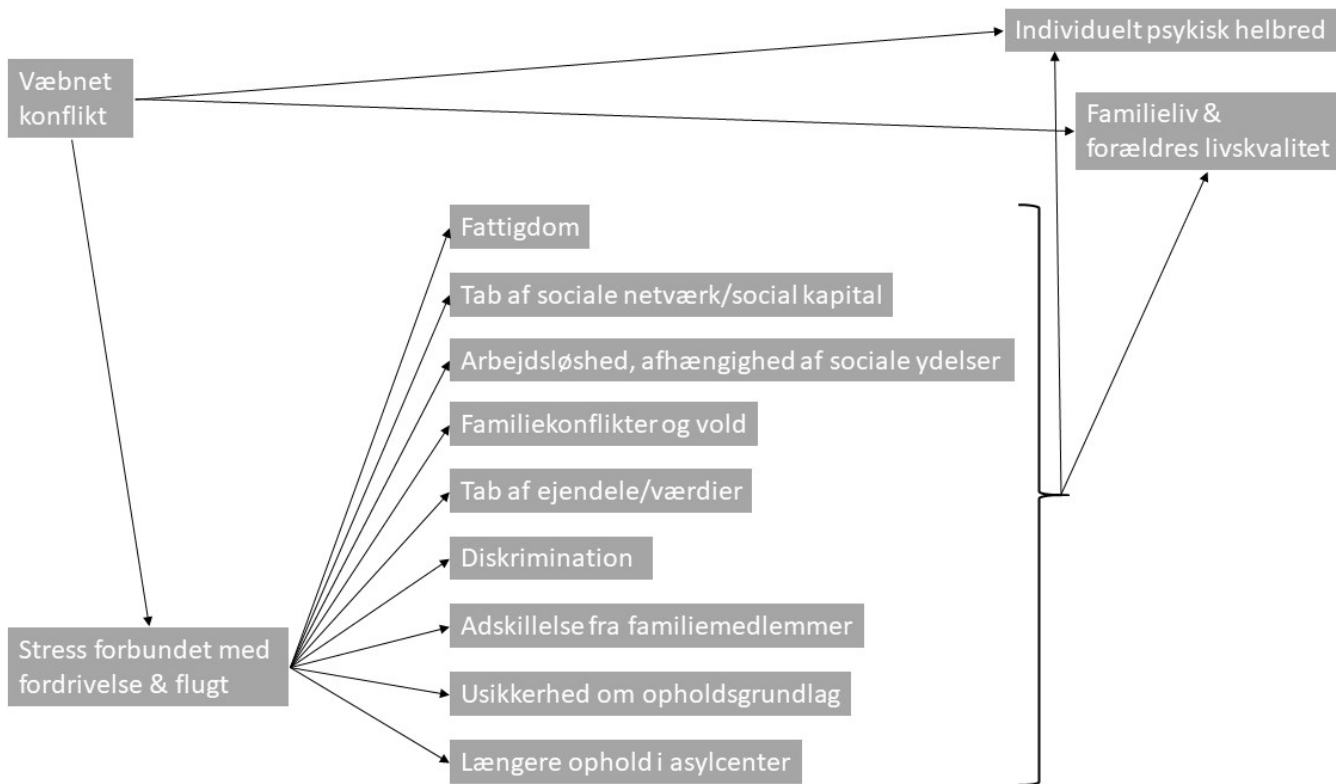
Mange flygtninge har komplekse kombinationer af multiple traumer og mange flygtninge bliver hurtigt mistænkt for at lide af psykosomatiske sygdomme – men lider i realiteten af PTSD. I en undersøgelse af 145 eks-jugoslaviske flygtninge henvist til en klinik for psyko-somatiske sygdomme fra 2006, fandt man hyppig forekomst af en lang række potentielt traumatiske oplevelser – se tabel 20 (567).

Tabel 20. Potentielt traumatiserende oplevelser blandt 145 ex-jugoslaviske flygtninge henvist til en tysk klinik for psyko-somatiske sygdomme.

Traumatisk situation	Procent af N=145
Langvarig madmangel/hunger	75,9
Ingen adgang til læge/sundhedsvæsen	81,2
Langvarig hjemløshed	86,8
Fangenskab	66,7
Tilskadekomst uden hjælp	77,8
Direkte kampsituation	54,9
Hjernevask	88,7
Voldtægt	50,5
Unaturlig død - nær pårørende	79,3
Overværet mord – ubekendt person	77,0
Oplevet nær pårørende/nære ven(ner) forsvinden	76,6
Tortur	81,0
Tvungen langvarig isolation	61,9
Nærdøds oplevelse	87,9
Tvungen adskillelse fra nære familie	85,6
Mord på familiemedlem(mer)	80,0

På grund af metodeforskelle og forskelle i krigseksposering, er forekomsten af PTSD blandt krigsflygtninge varierende i eksisterende studier, men hovedparten af studierne finder mellem 20-40 %, enkelte op til 76% (568-570). Hyppigheden af tortur og andre potentielt traumatiserende overgreb varierer med oprindelsesland og hvilken bølge af flygtninge fra landet den enkelte var en del af. Prevalensen varierer mellem 1% og 76 % med en median på 27 % (568). Et andet review fandt at der var en prevalens af tortur på over 30 % i alle de inkluderede studier og at kombinationen af tidligere tortur og lang asylfase var forbundet med særlig høj risiko for komplicerede depression til patientens PTSD (571, 572). Der er en klar sammenhæng mellem PTSD-udvikling og tortur og andre potentielt traumatiserende overgreb (66).

Højere risiko for posttraumatisk stresssyndrom (PTSD) er forbundet med ældre alder, lavere uddannelsesniveau, flere traumatiske oplevelser under og efter krigen, manglende kamperfaring, højere grad af migrationsrelateret stress og midlertidig opholdstilladelse (573). Kombinationen af personrelaterede potentielt traumatiserende overgreb i hjemlandet og postmigrationsstress med skilsmisse, midlertidigt ophold og afskedigelse var i en svensk undersøgelse særligt hyppigt associeret med PTSD (574). Post-migrationsfaktorer og typer/grader af overgreb påvirker langtidsudviklingen (575). Den gængse opfattelse af at det kun er krigstraumer, der er årsagen til flygtninges psykiske problemer, er for simpel og begrænser mulighederne for effektiv behandling og psykiske interventioner. Miller og Rasmussen har foreslået en økologisk model for flygtninges psykiske problemer, hvor man tager højde for stress faktorer der er associeret med placering, identitetstab, lovgivning og sociale - netværksudfordringer etc., af andre kaldt eksilstress eller post-migrationsstress (576). Se fig.



Figur 15. Væbnede konflikter, fordrivelse og psykisk helbred

Blandt de senere års flygtninge havde 80 % alvorlige psykiske problemer ved ankomsten til Europa og 30 % af dem var ude for psykiske traumer under selve flugten og halvdelen af traumerne var forårsaget af grænsevagter, politi eller militær i eller ved grænserne til Europa (557). Især traumer under flugten overses ofte og nævnes sjældent spontant, da de ofte er både ekstremt meningsløse og ydmygende. Psykiske symptomer ændrer sig ikke meget over tid og svære psykiske problemer som PTSD er stadig meget hyppige årtier efter flugt, hvor 20-30 % har uændrede symptomer (570, 577, 578).

Følelsen af ekstrem hjælpeløshed overfor en voldsom oplevelse gør den traumatisk. Det traumatiske potentiale forstærkes, hvis hændelsen er meningsløs i patientens vante tankesæt og forståelsesramme og dens pludselige uvarslede indtræden forhindrer patienten i at ændre eller afbøde oplevelsen (461, 579). Ofrets møde med bødlens eller overgrebspersonernes ondskab gennem tydelige intentioner om at skade, kvæste eller dræbe er central for det videre forløb og faktorer som grad af kontroltab, tilknytning, locus of control, re-traumatisering og efterfølgende social accept og psykisk bearbejdning, påvirker forløbet (580). Noget tyder derfor på at det dels er personens fortolkning af oplevelsen af livsfare/kontroltab, og ikke selve handlingen, der er potentielt traumatiserende og dels omgivelsernes reaktion på hændelsen (og reaktion på patientens reaktion), der kan være potentielt traumatiserende – manglende reaktion fra omgivelserne kan have samme effekt (581).

De 3 kernetegn på traumatisering er fysiologiske tilpasningsreaktioner: invasive tanker, undgåelsesadfærd og højt alarmberedskab (arousal). De psykologiske konsekvenser af traumatiserende hændelser er fortrængning af oplevelsen, ekstremt levende filmiske erindringer, dissociering, oplevelser af isolation/ensomhed, meningsløshed, manglende kontrol over eget liv, selvbebrejdelse, skyld og skam (581, 582).

Voldsomme katastrofelignende oplevelser, ekstrem hjælpeløshed og tortur medfører forstyrrelse i basale kognitive og relationelle funktioner. Ofre for psykiske traumer oplever ændringer i normale grundlæggende psykiske processer, medfører forstyrrelse af identitet og evnen til intimitet. For dem der har oplevet en traumatisk hændelse, kan selvopfattelsen og synet på omverdenen blive forstyrret eller ødelagt. Den psykiske følelseløshed og forvirring af normale symbolske tankeprocesser, der opstår som følge af traumatiske hændelser, kan forstyrre genoprettelsen af den oprindelige selvopfattelse og relation til omverdenen. Mangler patienten en stærk følelse af selvtillid og føler patienten sig skyldig i det, de har

oplevet, kan traumeofre være ude af stand til at opretholde tætte relationer. Resultatet er isolation og tilbagetrukkethed, pga. frygt for andres nærhed. Psykisk døvhed blokerer følelser og forhindrer interpersonelle relationer og intimitet. Identiteten bliver præget af separation, desintegration og stilstand (447, 583, 584). Der er en række krav der skal opfyldes før man kan tale om PTSD:

A. Tidligere udsættelse for helt usædvanlig svær belastning (af katastrofekarakter). Udsættelse for ekstrem hjælpeløshed (tortur, masseovergreb)

B.

1. tilbagevendende genoplevelse af traumet i "flashbacks", påtrængende erindringer, ukontrollerede genoplevelser eller mareridt om konkrete hændelser patienten har været udsat for eller
2. stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet

C. Undgåelse af alt der minder om traumet

D.

1. delvis, eventuel fuld amnesi for den traumatiske oplevelse eller
2. vedvarende symptomer på fysisk overfølsomhed eller alarmberedskab med mindst 2 af følgende symptomer:
 - (a) udtalt ind- eller gennemsovnings besvær
 - (b) voldsom/påfaldende irritabilitet eller vredesudbrud
 - (c) socialt invaliderende koncentrationsbesvær, evt. tendens til dissociation
 - (d) Usædvanlig vagtsomhed (hypervigilitet)
 - (e) tilbøjelighed til sammenføren, uspecifik angstreaktion på små stimuli

Det mest udbredte screeningsværktøj til at identificere symptomer der er forenelige med PTSD er *Harvard Trauma Scale*, som desuden er valideret i tværkulturelle sammenhænge (585, 586). Der er udviklet flere simple PTSD screeningsværktøjer til almen praksis med stort set ligeværd og anvendelighed (587). I asylcentre anvender man ofte *Refugee Health Screener* (RHS-15), der er en vel dokumenteret spørgeguide til samtaler med flygtninge og den er blevet oversat til en række forskellige sprog. Det har været udviklet gennem deltagerforskning i samarbejde med flygtninge og anses for at være særligt følsom for kulturelle forhold og flygtningeoplevelser. I tillæg til at screene for angst-, depression- og PTSD-symptomer, omfatter den også spørgsmål om personlig livshistorie og om coping strategier (588, 589). En tværfaglig gruppe af eksperter har udviklet en faglig vejledning til praktiserende læger med opmærksomhedspunkter og checklister til samtaler helbredssamtaler med nyankomne flygtninge (590).

Tabel 21. Symptomer der indgår i PTSD screeningsværktøjet HTQ-5 PTSD (591)

1. Gentagne tanker eller minder om de mest voldsomme eller skræmmende begivenheder	16. Pludselig følelsesmæssig eller fysisk reaktion, når patienten mindes om de mest sårende eller traumatiske begivenheder
2. Følelse af at begivenheden sker igen	17. Føler, at verden er et meget farligt sted
3. Gentagne mareridt	18. Patienten føler sig som en dårlig person
4. Følelse af løsrevethed eller trukket tilbage fra mennesker	19. Beskylder sig selv for den traumatiske begivenhed
5. Kan ikke føle følelser	20. Stærk følelse af frygt, rædsel, vrede, skyld eller skam, når patienten tænker på den traumatiske begivenhed
6. Føler sig konstant opskræmt, eller bliver let forskrækket	21. Problemer med at føle kærlighed eller lykke
7. Koncentrationsvanskeligheder	22. Tager risici, der kan skade dig selv eller andre
8. Problemer med at sove	
9. Følelse af vagtsomhed, alarmberedskab	

10. Føler sig irriteret eller har udbrud af vrede	23. Føles som om patienten er blevet beskadiget som person af den traumatiske begivenhed
11. Undgår aktiviteter, der minder om den traumatiske eller sårende begivenhed	24. Det føles som om noget minder patienten om traumat, men det føles som en drøm, at det ikke sker med patienten, og / eller at det ikke er ægte oplevelse
12. Manglende evne til at huske dele af de mest sårende eller traumatiske begivenheder	25. Føler mennesker eller genstande omkring patienten er underlige eller ikke rigtige
13. Mindre interesse for daglige aktiviteter	
14. Føler det som om patienten ikke har en fremtid	
15. Undgår tanker eller følelser forbundet med de traumatiske eller sårende begivenheder	

Det er vigtigt at forstå PTSD som en normal menneskelig reaktion på en helt ekstraordinært abnorm situation. Mange PTSD-patienter har opfattelsen af at være gået i stykker og frygter at være "sindssyge" (psykotiske). PTSD-patienter har et højt alarmberedskab og er konstant på vagt, hvilket tærer på de mentale kræfter. Vagtsomheden gør patienterne særligt følsomme for lyde, lugte, fysiske rammer, farver, musik eller stemmer. De lader sig let forstyrre af uventede signaler og taber hurtigt tråden i samtalen. Hyppigt kan patienten dissociere væk fra situationen, eller opleve at krop og hoved adskilles.

Mange kliniske casestudier har illustreret den centrale rolle, som somatiske klager spiller i posttraumatisk symptompræsentation blandt flygtninge (447, 592-595). De fysiske symptomer, der kan ledsage PTSD er f.eks. stresssymptomer ved angst, som f.eks. hjertebanken, åndenød, koldsved, rysten på hænderne, svimmelhed og nærbesvimelse.

Der er et gensidigt, komplekst, men synergistisk forhold mellem post-migrationsfaktorer, smerteoplevelse, somatisering, vrede/frustrations kontrol og forværring af PTSD-symptomer (596-599). Negativ selvfølelse og lavt selvværd øger PTSD patienters risiko for senere at udvikle somatiske ledsagesymptomer, men også integrations udfordringer, samt kulturelle traditioner kan øge somatiseringstendens (600-602).

PTSD påvirker følelsesregulering således at patienten mister kontrollen over følelser som angst, vrede, irriteret, nedtrykthed, skyld og skam (603). Søvn mønsteret ødelægges af mareridt og energiforladthed er meget prevalent. Smerter er det hyppigste fysiske udtryk ved PTSD (604). Men kroniske smertepatienter har på deres side også en signifikant hyppigere forekomst af PTSD (605). Kroniske smertepatienter oplever værre PTSD-symptomer end PTSD-patienter uden smerter, ligesom smerter opstået efter traumatisk oplevelse øger risikoen for PTSD (606, 607). PTSD-patienter med samtidige smerter udvikler signifikant flere somatiske helbredsproblemer, flere akutte indlæggelser og oftere multimorbiditet (608). Smerter og PTSD er begge karakteriseret ved frygt og undgåelsesadfærd og optræder de samtidigt kan de gensidigt initiere og forstærke hinanden. Frygt øger smerteintensitet og starter flugtmekanismer og angst. Andre mener at der er tale om en gensidigt vedligeholdende effekt, hvor en tillært hyper opmærksomhed på interne og eksterne stimuli øger opmærksomhed om smertestimuli (609, 610). Der er med andre ord en gensidig sårbarhed, hvor det høje alarmberedskab fører til højere opmærksomhed overfor angststimuli, der øger smerteoplevelsen (604). Smerter skal derfor ses som behandlingskrævende samtidig med behandling for PTSD, for at opnå effekt (602).

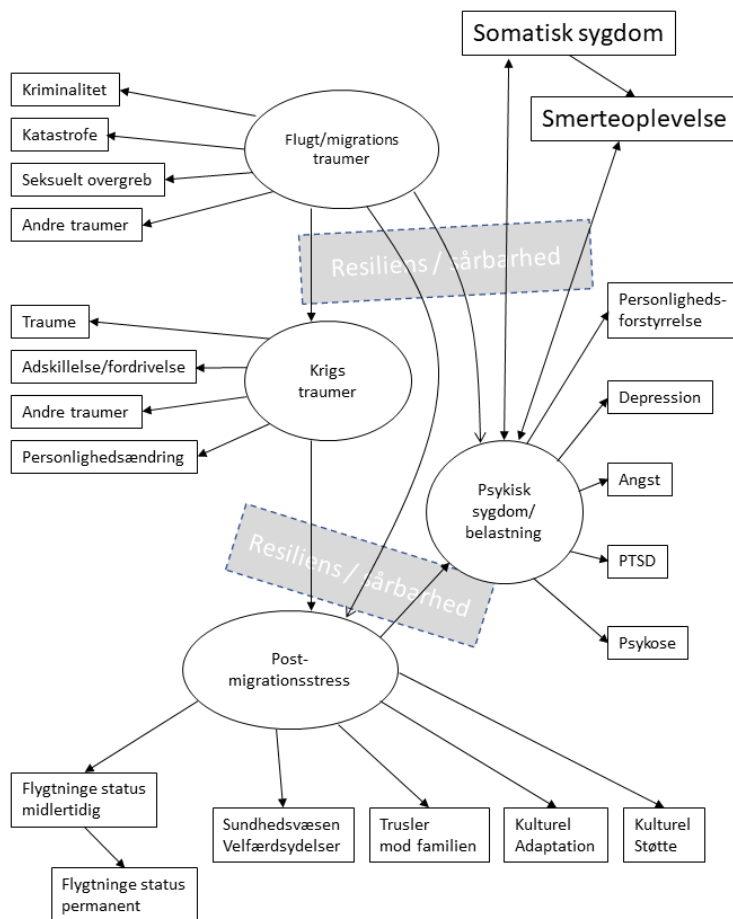
PTSD og potentielt traumatiserende overgreb fører hyppigt til personlighedsændringer, der vedvarende nedsætter flygtninges tilknytningstendens, hvilket kan forhindre at patienten er modtagelig for personlig støtte og kognitiv terapi (611). Mange flygtninge kommer ud for nye traumatiske oplevelser i modtagerlandet, men det er vigtigt at skelne mellem fluktuation i PTSD-symptomer, re-traumatisering og undgåelsesadfærd i forbindelse med psykologisk/psykiatrisk bearbejdning (612). Den komplekse tilpasningsproces kræver at man både er opmærksom på PTSD-relateret stress og integrations/tilpasnings-stress i vurderingen af patientens hovedproblem og hér er der store etniske forskelle (613). Se fig. 16.

Tvungen og frivillig migration er forbundet med højere risiko for at udvikle psykose. Krigsflygtninge havde i en stor svensk registerundersøgelse 3 gange højere risiko for at udvikle skizofreni end den svenske baggrundsbefolkning, mens ikke-krigs migranter havde en 1,7 gange højere risiko (559).

Somatiske symptomer hos flygtninge er hyppige, men bliver også hyppigt fortolket som somatisering, med høj risiko for diagnoseforsinkelser, fejldiagnoser og fejlbehandling (31, 36, 51, 81, 180). Hyppigheden af somatiske symptomer uden sikkert fysisk grundlag er kun sporadisk undersøgt i usammenlignelige patientgrupper (psykiatriske patienter, kirurgiske patienter, medicinske patienter), og der foreligger ingen prospektive befolkningsundersøgelser. Reviews finder ofte en høj grad af somatiske symptomer hos deprimerede migranter, over 80 %, mens graden af somatisering hos kirurgiske og medicinske patienter er fundet at ligge omkring 35-48 % (614). Samme usikkerheder gælder PTSD-patienter, hvor de fleste studier er udført på patienter henvist til behandling, mens der ikke foreligger befolkningsundersøgelser. Somatisering blandt krigsflygtninge forekommer hos 18-30 %, men forekomsten er næsten lige så høj blandt migranter med eksilstress, arbejdsløshed og integrationsudfordringer og samme gælder voksne, der har oplevet overgreb som børn (614).

Tortur er et ekstremt komplekst problemfelt (615, 616). Nogle typer tortur er så bizarre, at flygtninge ikke tør fortælle om dem af frygt for at deres forklaring diskvalificeres (og dermed deres troværdig som oplysere). Ofte går der lang tid før torturoverleveren undersøges og det kan være vanskeligt at få alle detaljer belyst og sikring af en detaljeret verbal beskrivelse sikret af lægens viden og kompetencer, kan være alt afgørende i afsløringen af torturskader (617). Nogle torturformer medfører varige skader på bindevæv, nerveskader eller diskrete knoglebrud, hvis årsager senere kan bagatelliseres, hvis lægen ikke er klar over potentielle sammenhænge med fysiske overgreb og tortur (551, 618). Små ar efter injektioner, sutureringer af sår, anale og vaginale skader, følger efter strømtortur, langvarigt ophold i isvand eller langvarig ophængning kan alle senere overses fuldstændig eller fejlopfattes som skader og gener opstået efter ankomsten til Danmark, hvor flygtninge ofte ansættes i fysisk krævende jobs med tunge løft, rengøring etc.

Et dansk registerstudie fandt at PTSD med depression var forbundet med en øget samtidig forekomst af en række somatiske sygdomme som infektionssygdomme, reumatologiske sygdomme, neurologiske sygdomme og lungesygdomme (619). Multimorbiditet er hyppigt i ses i ca. 40 % af nyankomne flygtninge, hvilket ofte udfordrer sundhedsvæsenet i modtagerlandet (594). Akutte henvendelser er hyppigst vedrørende infektioner (pneumoni og hudinfektioner (620)). I undersøgelser henvender de fleste flygtninge sig ofte med ledsagende kroniske symptomer som svimmelhed, hovedpine, mavepine, søvnbesvær og nedsat appetit. Flygtninge henvender sig ofte sent med relativt akutte medicinske problemer samtidig med alvorlig psykisk sygdom, hvilket udfordrer akutte modtagelser, der savner tilpassede guidelines, lægelige kompetencer og tid (621). Flere studier har dokumenteret høj forekomst af epilepsi og af neuropsykiatriske symptomer, der kan skyldes underernæring, elektrolytforstyrrelser, tidligere hovedtraumer, tidligere infektioner og mangelsygdomme som f.eks. B-12 vitaminmangel, der synes at forekomme hyppigt (622-624).



Figur 16. Pre- og postmigrationsfaktorer der påvirker psykosocialt stressniveau. (Videreudvikling af Hollfield et al: Mental health effects over the lifespan of refugees. J Clin Med, 7.2 (2018):25.

Et særligt, men noget overset, problem ved PTSD er at børn, der vokser op med forældre hvor den ene eller begge, lider af PTSD, ofte selv udvikler tegn på psykisk belastning. I et stort kohortestudie fandt man at børn af forældre med PTSD hyppigere udviklede adfærdsvanskeligheder (som f.eks. hyperaktivitet), psykiske problemer, følelsesmæssige problemer og konflikter med jævnaldrende (625). I samme studie fandt man at post-migrationsfaktorer forstærker og vedligeholder PTSD-symptomer, der sammen med de ofte multiple uklare krav samfundet stiller til flygtningeforældre førte til en hård opdragelsesstil kombineret med perioder med følelsesmæssig fladhed fratager børnene den alt afgørende reguleringsstøtte, der sikrer en sund opvækst og evner til at indgå normale relationer med jævnaldrende og voksne. Andre studier har påvist hvordan PTSD-symptomer, stresssymptomer og reaktionsmønstre, gennem læring og negativ opdragelseskultur, kan smitte over generationer (626, 627). Det er endda påvist at der kan ske overførsel af torturtraumer over 3 generationer (628).

Migration, læsefærdighed og patientkommunikation

Migration indebærer tab af sprog (især dagligdags og dialekt), holdninger, værdier, sociale strukturer, normale livsstrategier, handlemuligheder og støttenetværk. Sproget, modersmålet, vil ofte være det eneste tilbageværende, der giver flygtningen en identitet, sikkerhed og tryghed (196). For særligt skrøbelige flygtninge med krigstraumer og ingen skoleuddannelse er deres modersmål, det eneste sikre kommunikationsmiddel og det er forbundet med angst og forhøjet alarmberedskab at forsøge at ændre på et så grundlæggende element i en i øvrigt kaotisk og usikker flygtninge tilværelse. Resultatet er, at både den kulturelle identitet og den kulturelle overensstemmelse med den nye kultur nedbrydes samtidigt og efterlader en flygtning i et u-konstruktivt sprogligt ingenmandsland. Mange af de patienter der henvises til Indvandrermedicinsk klinik er netop havnet i et sprogligt limbo og har givet op overfor sprog, krop, helbred og social interaktion. Det er en menneskeligt omkostningsrig tilstand, hvis omdrejningspunkt er tabt sprog og dermed tabt identitet. Patienter og lægers primære redskab er kommunikation gennem

sprog. Genne sproget får symptomer, årsager, diagnoser og behandling mening. Hvis der ikke er den fornødne forståelse, og respekt, for sproget som det primære værktøj og det skal være så intakt som muligt, så opstår der fejl, misforståelser og komplikationer i patientforløb (178, 180).

Traumatiserede flygtninge ankommer til et nyt land udmattede og desorienterede. Samtidig stilles de over for mange samtidige og nye udfordringer såsom at få sikret deres ophold, lære et nyt sprog, og møde en ny kultur, finde bolig, beskæftigelse, tilpasse forældre rollen osv. Selv om det er vigtigt ikke at sygeliggøre de virkninger, krig og andre katastrofer kan have på enkeltpersoner, er det også vigtigt ikke at undervurdere deres indvirkning på den enkeltes muligheder for at tilpasse sig livet i et nyt samfund som flygtning i eksil. Udfordringerne i genbosættelse i et nyt land kan ikke adskilles fra læsefærdigheder og sproglig udvikling. Læsefærdighed omfatter også talforståelse, problemløsning og evnen til at læse, udover at kunne skrive og tale på dansk. Men det indebærer også følelsesmæssige og sociale færdigheder såsom motivation, effektiv interaktion med andre mennesker, kritisk tænkning og kulturel bevidsthed (629).

De fleste undersøgelser, af læringsprocesser for flygtninge, dokumenterer vigtigheden af at forstå de psykiske traumer, som mange flygtninge har udholdt inden ankomsten til deres nye lande. Traumer kan omfatte fysisk og psykisk tortur, ophold i primitive forhold i transitlejre i lange perioder, vedvarende adskillelse fra familie og venner og kulturel fremmedgørelse i deres nye værtssamfund [3]. De flygtninge der viser sig at have læringsvanskeligheder er præget af magtesløshed, de-motivation, nedtrykthed og angst, håbløshed og manglende planer for fremtiden. De har ofte uhensigtsmæssige måder at løse konflikter på og har ofte kun sporadisk planløs skolegang bag sig pga. uroligheder, flugt og konstant migration (630).

Der er identificeret en række hyppige læringsmæssige udfordringer, som der sjældent tages fornøden højde for i mødet med flygtninge/indvandrere (631):

- Mangel på uddannelse i hjemlandet
- Ingen læse/skrivefærdigheder på modersmålet
- Koncentrationsbesvær
- Selvopfattelse - lavt selvværd med lave forventninger
- Lav motivation, ingen interesse
- Ingen tillid til effekt eller mening
- Mistillid og frygt for myndighedspersoner

Der er ingen autoritative data om de uddannelsesmæssige kvalifikationer blandt flygtninge ved ankomsten. New Zealand har undersøgt kvoteflygtninge fra Somalia, Zimbabwe, Congo, Irak, Columbia, Indonesien, Etiopien, Burma, Bosnien, Eritrea, Iran, Bhutan og Afghanistan, dvs. lande som også Danmark modtager flygtninge fra. Det New Zealandsk studie viste, at 80 % af voksne kvoteflygtninge i New Zealand siden 1995, ikke havde en grundskoleuddannelse ved ankomsten, og omkring halvdelen af denne gruppe er analfabeter resten var funktionelle analfabeter (dvs. kan læse sv.t. 5.klasse niveau). 40 % af flygtningene havde ingen læsefærdigheder på deres eget sprog (modersmål)(631). For de voksne med minimal eller ingen skolegang er behovet primært centreret om deres manglende læsefærdigheder (herunder på dansk), ofte kompliceret af det faktum, at mange ikke kan læse på deres modersmål. Det har betydelige konsekvenser for læring af andet sprog, hvis man ikke kan læse på sit modersmål. Hvis man for eksempel ikke ved at tekst har en mening, hvilket man lærer på sit modersmål, så vil det være svært, om ikke umuligt, at lære at læse på et andet sprog.

Post traumatisk stress syndrom (PTSD) har ensartede kognitive følger med en lang række meget forskellige langtidskonsekvenser for livskvalitet, søvn, sproginlæring, egenomsorg og forståelse af sygdomsbehandling (31, 632-634). Ofte sker der en samtidig udvikling af mentale og akademiske mangler med elementer af psykisk sygdom, påvirket indlæring, mangelfuld sprogtilegnelse, in-komplet stress styring og angst for rutine brud (635). Hos nogle PTSD-patienter kommer der ændringer i følelsesmæssige udtryk og i adfærd i form af utydeligt eller tvetydigt kropssprog, mimikløshed, høj stemmeføring og overvagtssomhed som udadtil giver indtryk af en desorganisering. Alvorlige og langvarige PTSD-symptomer med hukommelsesproblemer er desuden forbundet med store døgnvariationer i blodtrykket (187). Nogle typer af traumer ser lige frem ud til at kunne reducere IQ (636). Flygtninge har desuden

hyppigt kun kort eller ingen skolegang og er i sagens natur ofte ældre end den normale skolealder, så selvom der kan være en høj motivation for at tilegne sig et andet sprog, så er det af biologisk og kulturelle årsager betydeligt sværere end forventet (637). Kulturelt betingede oplevelser, erfaringer og holdninger til skolegang og til tilegnelse af viden, kan i et vist omfang også påvirke indlæringsmuligheder, ligesom erfaring med at tilegnelse af ny viden har mening og giver muligheder har stærk korrelation med faktisk opnåede sprogkompetencer (638). I en engelsk undersøgelse af integrationsniveau og sprogtilegnelse blandt krigsflygtninge var opnåelse af en permanent opholdstilladelse den stærkeste faktor for høj integration og anvendelig sprogtilegnelse (639).

Sammenhængen mellem traumer og nedsat indlæringssevne og påvirket hukommelse er ikke ny. Der er påvist blivende og betydelige kognitive problemer for adoptionsbørn, Holocaust overlevende, ældre seksuelt misbrugte som børn og russiske mennonit flygtninge til Canada [18-23]. PTSD medfører nedsat indlæringssevne gennem flere forskellige kognitive mekanismer: påvirket hukommelse, nedsat koncentrationsevne, langsommere tankeprocesser, ringere kombinationsevne, manglende evne til at indlære ny viden, manglende evne til at udføre handlinger og reduceret evne til problemløsning [24-28]. Visse former for hukommelser er særligt ramt ved PTSD, men særligt verbal hukommelse er gennemgående som et tidligt og vedvarende funktionstab [25, 29-31]. Graden af hukommelses påvirkning og fejlopfattelse af hukommelse hænger sammen med hyppighed og graden af flashbacks (genoplevelser) [32]. PTSD-patienter har kognitive vanskeligheder, af betydning for sprogindlæring, der bla. medfører problemer med at styre opmærksomhed, usikkerhed ifht. årsag-virknings sammenhænge, planlægning, brug af værktøj/materialer, bearbejdning af ny information, fokusering og færdiggørelse af opgaver samt sprog udviklingsproblemer f.eks. i form af stor forskel mellem impressive og ekspressive kommunikationsevner [33, 34]. Pga. en påvirket og forvrænget adgang til hukommelse har PTSD patienter sværere ved at "læse" sociale sammenhænge og er dårligere til at løse sociale problemer end andre (640). PTSD patienter misforstår hyppigere meningen med negativt ladede ord og bliver lettere distraheret i sociale sammenhænge (641, 642).

PTSD-cases

Case 1

36 årig mand fra Mellemøstligt land - ønsker samtale uden tolk. Via en akut modtagelse henvist til neurologisk afdeling 4 år tidligere på mistanke om Multipel Sclerose (MS). Fulgt i 3 år i neurologisk afdeling. I forbindelse med lægeskift opstår der imidlertid tvivl om diagnosen og man mener nu at der ikke er tale om sygdom i centralnervesystemet, men at det perifere system bør undersøges. Patienten er frustreret over de nye overvejelser, men der er tvivl om patienten selv aflyser yderligere udredning eller om det var lægen på neurologisk afdeling, der sagde at han ville blive afsluttet fordi han ikke led af MS. Der blev ikke altid anvendt tolk i forløbet. Henvises nu med kroniske uforklarede smerter til IMK.

Patienten døjer primært med føleforstyrrelser i fingre og ansigt. Han har et meget højt stress niveau, undgåelsesadfærd, højt alarmberedskab, skal kontrollere sig for vrede (afdæmpet under hele samtalen trods alvorlige emner og samme overfor børn og ægtefælle). Desuden udtalt træthed (ofte efter 5 min samtale) og konstant kalot hovedpine. Forklarer selv at han ikke tåler rutinebrud og har det svært med nye situationer (som f.eks. at diagnosen blev draget i tvivl).

Patienten har arbejdet som skrædder siden han var 7 år, men mistede højre hånd i en arbejdsulykke hvor han skulle hjælpe en ven på et maskinværksted. Fik derefter en lille symbolsk invalidepension. Han fortæller om meget voldsomme oplevelser i hjemlandet og ikke mindst under flugten, hvor han under trusler om mord, blev været tvunget til at udføre meget ubehagelige opgaver: "de soldater var ikke mennesker, de var som dyr".

Er blevet glemsom: lukker telefonen op, men har med det samme glemt hvad han skulle med den og kan f.eks. se den samme film flere gange uden at kunne genkende handlingen. Prøver tit at tage på tur med børn og ægtefælle, men vender om på vejen ud af byen. Lillebroderen kom til Danmark som 16-årig, nu 19 år, bor i landsby 15 km fra patienten - lillebroderen beder ofte om penge og hjælp til samtaler i kommunen som tolk. Føler det stresser ham og han har ikke råd til på integrationsydelse at sende penge til familien i hjemlandet og give penge til sin bror. Han har en stor privat gæld på 25.000 kr. i butikker, venner og bank og af den grund kan han ikke se sine venner eller købe ind.

Han har pga. overbelastning udviklet et rejsningsproblem, der er ved at knække ham - han er bange for hvad ægtefællen tænker: "jeg har mistet mit liv 2 gange, men vil ikke miste det en sidste gang". Føler ægtefællen er meget forstående, men han bebrejder sig selv - "jeg har ikke bestilt de her symptomer". Han føler det er alt for energikrævede at skulle kontrollere sig selv, leve med så meget stress og have så meget urimeligt ansvar og føler sig hjælpeløs. Han kan have tanker om livet var var lettere hvis han var død. Beder nu om hjælp, men kun for sine børns skyld, børnene betyder alt og gør ham glad - hvis han havde været alene ville han ikke have bedt om hjælp, for det kræver at han fortæller og erindrer det han allerhelst vil glemme. Han er ved at knække, magter ikke mere og bange for til sidst ikke at kunne kontrollere sig selv. Dét skal børnene ikke opleve.

Kommentar: de neurogene smerter, der ofte ledsager PTSD fejldiagnosticeres hyppigt. Seksuel dysfunktion blandt flygtninge har ofte en kompleks baggrund, hvor seksuelt betonet tortur og svigtende handlemuligheder som familieoverhoved forstærker hinanden.

Case 2

39 – årig kvinde fra Nordøstlige Afrika. Vedvarende klager over lænde-rygsmerter. Indlagt akut mange gange med smerter i brystkassen på akut modtageafdeling og hjertemedicinsk afdeling. Enkelte gange med lægeambulance. Der er ikke fundet noget sikkert abnormt i blodprøver eller EKG og hjerteafdelingen anbefaler henvisning til IMK. Taler dansk. Henvisningen anfører desuden: "Objektivt: intet sikkert abnormt".

Patienten taler dansk. Oplyser at hun stammer fra en rig kongefamilie og at hun har 13 års skolegang og at hun udover dansk taler flydende engelsk, lært i gymnasiet i hjemlandet.

Patienten beskriver, udover smerterne i lænd og ryg og brystkasse, smerter i underlivet og ved samleje (men er nu skilt). Lidt tøvende fortæller patienten om urin – og fæces inkontinens. Har 5 børn med exmanden, som var den der forlangte skilsmisse. Et af børnene har en psykisk sygdom og den mellemste af drengene er i fængsel. Pga. skilsmissen og det psykisk syge barn er hun blevet isoleret fra sin etniske gruppe. Fortæller om svære konkrete mareridt, undgåelsesadfærd og ukonkret angst der overmander hende flere gange dagligt. Kan ikke se TV og tåler ikke høje lyde. Tør ikke gå udenfor, føler sig forfulgt og børnene må købe ind. Farer sammen ved mindste lyd. Er bange for mænd. Er blevet anmeldt til den kommunale kontrolgruppe efter at hun var på vej ud af Danmark med en større sum penge i kontanter og uden at have tilladelse fra sagsbehandleren. I forbindelse med livshistorien fortæller om at hun og hendes søster da de var 10-12 år gamle, blev udsat for et voldtægtsforsøg af 4 mænd, hvor de var blevet slået op på taget af et ufærdigt hus. Patientens søster reddede søster fra voldtægt, men blev selv skubbet ud over kanten af mændene og faldt 3 etager ned på ryggen. Søstrenes tilfældige bror blev skudt i hovedet af overfaldsmændene som hævn og mens patienten lå på jorden og så det. Hun brækkede ryggen, blev rygopereret og lå i gips 3 måneder på sygehuset. Forældrene fik aldrig at vide hvad der skete, men patienten reagerede meget kraftigt psykisk på både at ligge fast i gips og på voldtægtsoplevelsen at hun blev betragtet som sindssyg, hvorpå hun blev bundet og spærret inde i hjemmet i 3 år. Der opstod en alvorlig klankonflikt, der tvang dele af familien på flugt, først til Kenya og senere til en flygtningelejr i Saudi Arabien, hvorfra hun sammen med faderen fik flygtningestatus i Danmark. Moderen blev hos slægtning i Saudi-Arabien. Moderen har nu fremskreden brystkræft med spredning og er på et privathospital. Der er ingen udover søsteren, der hidtil har vidst, hvad der skete i hjemlandet. Patientens har et komplekst psykisk og fysisk traume, som hun ikke kan tale om og der er tydelige symptomer forenelige med Post Traumatisk Stress Syndrom. Det viser sig at hun har haft urin og fæces inkontinens siden voldtægtsforsøget og det er blevet forværret med de 5 fødsler. Pga. hendes ubehag ved og smerter ved samleje samt inkontinens forlangte ægtefællen skilsmisse. Hendes rygsmerter er velforklarede i ulykken som 12-årig, mens hendes brystsmerter viste sig at være angst for at hun led af brystkræft ligesom moderen – det var ikke hjertesmerter, men smerter udløst af angst og forstærket af det forhøjede alarmberedskab pga. PTSD. For at hjælpe med at betale moderens kræftbehandling havde hun hævet sin kontanthjælp, taget et kviklån og lånt kontanter af sin eneste tilbageværende veninde. Hun blev taget af politiet i lufthavnen med disse kontanter, på vej til Saudi-Arabien, for at betale moderens sygehusregning. Patientens brød sammen i

lufthavnen, da en tolder overfusede hende med besked om, at hun burde rejse hjem når hun var så rig, for så mange penge havde flygtninge ikke. Patienten blev indkaldt til forhør i kommunens kontrolenhed, men patienten var på daværende tidspunkt meget angst og ude af stand til at komme med en sammenhængende forklaring. Pengene blev konfiskeret og patienten blev sanktioneret i sin kontanthjælp. Derefter fulgte en række akutte indlæggelser med smerter. Der blev afholdt netværksmøder med de involverede kommunale myndigheder, som ikke var bekendte med hverken patientens egen historie eller moderens akutte sygdom.

Kommentar: Flygtninge med helbredsproblemer eller handicaps oplever stigmatisering i deres egen minoritets sammenhæng: de oplever fysisk og verbalt at være u-perfekte - forstærker tendensen til ikke at tale om helbredsproblemer, heller ikke til de allernærmeste. Stærke familiebånd, sociale fællesskaber og større tolerance for afvigelser i et samfund har positiv virkning på at leve med psykisk sygdom i hjemlandet. Med migrationen forsvinder de beskyttende faktorer og erstattes af meget uheldig og skadelig udstødelse, der sammen med sundhedsvæsnets, og de sociale myndigheders, mangler de nødvendige faglige kulturelle kompetencer sætter særligt sårbare flygtninge i en irreversibel samspilsramt situation og uden mulighed for at kæmpe sig ud. Flygtninge kæmper ofte alene med deres traumer, voldsomme oplevelser og overgreb, der er forbundet med skyld, skam og social eksklusion. Som udgangspunkt er der hverken rammer, tilgange eller kompetencer hos offentlige myndigheder til at tage sig af flygtninges hele situation. Det medfører at flygtninge havner i samspilsramte komplekse situationer, der kan være svære for fagpersoner at overskue eller ændre på.

Case 3

55 årig kvinde fra Mellemøsten: migræne gennem 10 år, ingen muskel kraft, smerter i alle led og depression. Orker ikke børnene. Opgivende. Egen læge skriver at der ikke er fysisk abnorme fund, normale blodprøver og at patienten er set af privat neurolog og gynækolog

Patienten arbejdede i hjemlandet som dommersekretær. En militssoldat dræbte en niece mens hun var tvunget til at overvære det. Kom til Danmark som flygtning og lærte hurtigt dansk og fik arbejde i en daginstitution. Patienten blev sygemeldt den dag der startede en ung mandlig medhjælper med skæg. Patienten fortalte at manden mindede om den soldat der havde dræbt hendes niece i hjemlandet. Patienten kom aldrig tilbage på arbejdsmarkedet, mistede det danske sprog og havde flere selvmordsforsøg som hun ikke tidligere havde fortalt om. Patienten henvises til traume- og torturbehandling.

Rutineblodprøver viste et meget højt calcium i blod der kunne forklare træthed og hovedpine, desuden var der nedsat nyrefunktion som også kunne være årsag til træthed og muskelømhed. Røntgen af thorax viste store glandler i mediastinum og patienten fik efterfølgende diagnosen sarkoidose.

Kommentar: betydningen af en grundig anamnese med udgangspunkt i livshistorien understreges. Flygtninge der markant ændrer adfærd eller pludselig udviser isolationstendens bør mistænkes for re-traumatisering.

Case 4

41-årig kvinde fra Mellemøstligt land. Henvises med hovedpine, åndenød og uforklarede svedeture. Har på henvisningstidspunkt gået i 2 år hos psykiater til angstbehandling og har haft 10 psykologsamtaler. Egen læge henviste patienten til traume og torturbehandling, men blev afvist da der ikke var en dokumenteret traumeanamnese fra hjemlandet. Den ældste og voksne datter er altid med moderen til læge.

Ved samtale i IMK med tolk oplyser patienten at hun var et stærkt menneske da hun kom til Danmark, men at "der skete noget", som gjorde hende svag. Patienten svarer demonstrativt undvigende på opfordringen til at forklare det mere detaljeret. Tolken og datteren anmodes derfor om at forlade konsultationsrummet og patienten fortæller at der skete en drastisk psykisk ændring da hun så naboens 2-årige søn falde ud fra 6.sal og døde. Dét mindede hende dels om hændelser i forbindelse med et bombardement i hjemlandet, dels om at hun som barn så flere lemlæstede børn efter et granatnedslag på en legeplads. En senere brand i opgangen i Danmark forværede hendes genoplevelser, der blev mere og

mere ukontrollable og invasive. Patienter fortæller at hun inden da havde fortrængt at hun havde været fængslet i et transitland på vej fra sit hjemland til et arbejde som hushjælp i Abu Dhabi. I fængslet blev hun udsat for fysiske og psykiske ydmygelser og måtte også overvære at blev begået fysiske overgreb på medfanger. Hun fik aldrig at vide hvorfor hun blev fængslet. Om natten blev de alle gennet ind i et lille helt mørkt rum, hvor de kunne høre mennesker skribe et sted i bygningen og flere døde undervejs.

Case 5

Mandlig flygtning 29 år. Utallige akutte lægebesøg. Mange 112 indlæggelser. Klager over ifølge egen læge og akutmodtagelsen over mange uklare symptomer. Hjertelægerne har undersøgt patienten for trykken for brystet og mulig hjertebanken. Forsøgt propranolol med beskeden effekt. Psykiatrisk afdeling mener ikke patienten har PTSD og finder at han i årevis har haft psykosomatiske symptomer i hjemland. De finder også at han anvender meget smertestillende, at han hyperventilerer og er stærkt somatiserende med angstsymptomer i form af trykken for brystet og hjertebanken – angstdæmpende medicin med sparsom effekt. Fremtræder oprevet og det tilskrives som en normal reaktion for en relativt nyankommen flygtning. Han forlader flere gange psykiatrisk skadestue i vrede over at medicinen ikke hjælper på hans åndenød og hjertebanken. Han har 5 indlæggelser i den akutte medicinske modtagelse hvor man finder tegn på hyperventilation, normale blodprøver og EKG, og det anføres at der ”aldrig fundet tegn på sygdom” og at der ”næppe er holdepunkt for alvorlig somatisk lidelse”. Forlader hver gang modtagelsen i vrede, der anvendes aldrig tolk. Ved første samtale i IMK fremtræder patienten i starten mistroisk, desillusioneret, u-samarbejdsvillig, vred, skuffet og svarer kun med enstavelsesord. Med tolkens hjælp overtales patienten til at fortælle sin livshistorie. Han blev fængslet som 14-årig, slået og sparket og overværede at andre fanger blev seksuelt ydmyget. Han har konstante mareridt om oplevelserne, sover kun om dagen. Han har overværet vilkårlige summariske henrettelser og blev tvunget til at bære lig af soldater. Hans familie var imens en flygtningelejr omringet af voldelig oprørsstyrke og kunne ikke besøge ham. Han forklarer at hans symptomer startede i hjemlandet før de mest alvorlige krigshandlinger – og lægerne sagde at han havde svage lunger. Beskriver sine symptomer som pludseligt indsættende turevise smerter i bryst, arme, ryg med vejtrækningsbesvær, dyb trykken i brystkassen. Han har tydelige tegn på tidlig PTSD-skade med personlighedsforstyrrelser samt højt stress niveau, isolationstendens, svært ved at styre vrede, mareridt, paranoide tanker, svært ved ventetid og rutinebrud, ukontrollerede genoplevelser, mistro, dissocierer, svært ved at læse kropssignaler og alle lyde fejltolkes som torturlyde (børn larmer, radiator etc). Der udføres røntgen af lungerne, der i første omgang tolkes som tuberkulose. Patienten afviser bronkoskopi. Der bestilles en PET-scanning, men patienten afviser da han informeres om det radioaktive sporstof. Indkaldes til behandling for tuberkulose, men forlader ambulatorier, da der ikke er bestilt tolk. Patienten afsluttes fra tuberkuloseambulatoriet. IMK kobler fast kontaktsygeplejerske og tolk til patienten og der bliver derefter gennemført PET-scanning og bronkoskopi, der viser at patienten har sarkoidose i lunger og lymfeknuder.

Kommentar: Patienter udsat for ekstrem vold eller overgreb som unge er ofte ude af stand til at koble deres adfærd som voksne til oplevelserne. PTSD-patienter med højt stress niveau har svært ved at tolerere fejl, ventetider og kan ikke tilpasse sig nye situationer uden støtte. Det er vigtigt at kende patienters baggrund – især i undersøgelsesprogrammer der involverer rør, slanger, biopsier, skopier, måling af nerveledningshastighed, scanninger med stråler og/eller indsprøjtning af radioaktive sporstoffer. Mange torturformer involverer fastspænding, indespærring, nåle, strøm, seksuelle overgreb med instrumenter der ligner sygehusinstrumenter og tortur der involverer vand og kulde.

Case 6

40-årig mand fra Balkan området. Kom til Danmark med sine forældre. Faderen har foreslået patienten at blive henvist til IMK. Har i mange år klaget over nakkesmerter og hovedpine. Har været i forløb på daværende Rehabiliteringscenteret for Traume og Torturbehandling (RCT), men man fandt ikke noget traume og han var uvillig til at drøfte fortiden. Taler dansk og er i flexjob. Har gået til behandling i flere hovedpinecentre, undersøgt hos neurolog og på flere smerteklinikker uden resultat.

I forbindelse med udfærdigelse af problemlisten sammen med patienten fortæller patienten at han faktisk ikke er interesseret i smertebehandling: ”de må ikke tage smerten fra mig, det det eneste, der holder mig i live og fortæller mig at jeg faktisk har oplevet det jeg har oplevet”. Konfronteret med RCT's observation, at han ikke ville tale om fortiden forklarer patienten at dét han har oplevet, er så mærkeligt, at det er hans erfaring, at det er bedst ikke at fortælle om det. Han var fange i en lejr, der lignede en koncentrationslejr. Her blev fangerne udsat for så bizarre handlinger og pinlig tortur, at fangevogterne sagde at det var med vilje, for så ville ingen tro på dem, hvis de nogensinde slap ud. Han gav et eksempel på det. Da han kom til Danmark som flygtning og søgte asyl sammen med sine forældre blev han forhørt af politiet, som lo ad ham da han fortalte om nogle af overgrebene, ikke engang de værste: de troede ham ikke og mente han fandt på det for at hjælpe sin familie til at få opholdstilladelse. Politiet i Danmark grinede lige som tortursoldaterne i lejren i hjemlandet. ”Jeg havde ondt af dem fordi de ikke ville kunne forstå det”, sagde patienten, ”Selv når jeg er i Bosnien og møder andre der var i fængsel samtidig, så undgår vi hinanden fordi vores tortur var for pinlig og alle vidste det, men ingen kunne tale om det”. Tolken i asylcenteret i Danmark begyndte at græde og stoppede mig: ”jeg kan ikke, det var ikke det jeg troede det var”, sagde tolken til patienten, der lærte at det var bedst at tie stille. Senere sagde en psykolog på en smerteklinik, at han skal glemme fortiden og se fremad. Resultatet er at han fortsat har ukontrollerede genoplevelser, hvor han slår hovedet og ryggen ind i væggen, for at stoppe tankerne. Smerterne giver mening for ham i forhold til både at bekræfte og vidne om de overgreb han var udsat, samtidig med at de selvpåførte smerter er med til at dulme smerterne fra torturen. Mistede efter 7 år sit job pga. mange sygedage – ifølge patienten var det fordi chefen var hånlig på samme måde som vagterne i lejren. Han glemte én aftale med sagsbehandleren i kommunen og fik efterfølgende skæld ud med trusler om at han ville blive trukket i sin kontanthjælp. Patienten beskrev sin reaktion som ”Jeg så en soldat der grinede ydmygende ad mig”.

Kommentar: det er ikke usandsynligt at visse torturformer bevidst er så afvigende at det i sig selv er hensigten at patienten ikke kan tale om dem. Ydmygelse og ekstrem handlingslammelse er elementer i tortur, der kan genopleves og forstærke invasive tanker i andre sammenhænge.

Case 7

37-årig mandlig flygtning fra Balkan. Henvist med hovedpine, koncentrationsbesvær, søvnbesvær og isolationstendens. Patienten fremtræder ved samtalen stærkt svedende, motorisk urolig, håndervridende og med talepres. Fortæller springende og usammenhængende. Har i mange år haft natarbejde alene på en metalfabrik. Kommer til at ødelægge en dyr maskine og bliver fyret. Fortæller at han havde det godt med at arbejde om natten, så han var fri for at sove, men var begyndt at have mange ”film” der kørte om natten på arbejde og det var under en sådan ”film” i hans hoved at han glemte at slukke for en maskine, der derpå brændte sammen. Hans flashbacks handler om at han har været udsat for særlig grusom tortur, der involverer mishandling af børn. Han lever kun for sin datter, men kan kun tale med hende 5-10 min før han bliver nervøs, ryster og får angstanfald, så han må gå ind på sit værelse. Hans forældre kommer og er hos ham om dagen mens ægtefællen er på arbejde og datteren er i skole. Patienten henvises til behandling af sine psykiske torturskader og efterfølgende har han et mangeårigt behandlingsforløb hos privatpraktiserende psykiater med speciale i PTSD-behandling. Sideløbende har patienten støttende samtaler i Indvandrermedicinsk klinik, da han ikke tør tale om sine tanker med andre. Møder med sagsbehandleren hver 3. måned er en voldsom belastning fordi han frygter hvad kommunen vil pålægge ham – anvender derfor indvandrermedicinsk klinik som stressreducerende buffer ifht. Kommunen. Efter 5 års behandling og støtte, samt et traumatiserende ressourceforløb, tilkendes patienten førtidspension og køber samtidigt et kolonihavehus. Dé to forhold bringer patienten i en mere rolig tilstand, hvor han opnår mere kontrol. Han kan nu beskrive hvordan hans hurtige puls og profuse svedtendens er med til at vedligeholde hans høje alarmberedskab. Der startes behandling med propranolol p.n., hvormed patienten opnår yderligere kontrol over sin PTSD.

Kommentar: Nogle torturformer er så bizarre at de for altid ændrer personligheden og afstedkommer ukontrollable voldsomme autonome symptomer. Her kan kommunale foranstaltninger og behandling i

nogle tilfælde have en, utilsigtet, vedligeholdende effekt. Patientens udtalte autonome symptomer bidrog til vedligeholdelse af alarmberedskabet. Først da han blev "fri" for kommunen og selv kunne skabe sig et frirum fik han sammen med den simple medicinske behandling kontrol over sin krop.

Case 8

32-årig mand fra Nordøstlige Afrika henvist til IMK pga. diagnostiske og behandlingsmæssige complianceproblemer. Man havde uden held gennem 1 år forsøgt at få patienten til at acceptere at han havde tuberkulose i rygsøjlen med udvikling af en sænkingsabsces (stor byld) og at han skulle have 6 måneders medicinsk behandling. Sygdommen truede nu hans førlighed. Patienten afviste at lide af tuberkulose, men af en infektion og han bad derfor om penicillin, hvilket afdelingen afviste. Patienten taler dansk og ønsker ikke tolk. Ved første samtale var patienten tydeligt mistroisk og afvisende overfor fornyet samtale om sin sygdom. Indvilgede dog i at fortælle sin livshistorie. Blev som 9-årig tvunget af en militær til at dræbe sine forældre og blev oplært som børnesoldat. Husker at de blev tvunget til at tage piller og ryge hash før de var med til krigshandlinger. Flygtede som 14-årig gennem ørkenen til en FN-lejr i Kenya, hvorfra han blev kvoteflygtning i Danmark. Lærte sig dansk og tog 10.klasses eksamen. Haft arbejde med rengøring, taxachauffør og lagermedhjælp. Fortæller at han indimellem hører stemmer, der taler ondt til ham og beder ham gøre ting, for eksempel satte han ild til sin lejlighed fordi stemmerne sagde at der var soldater, der var efter ham og havde gemt sig i lejligheden. Han forsøgte efterfølgende med noget held at holde stemmerne væk ved at tygge Khat. Den aktuelle sygdom startede da han gik til sin læge med smerter i højre side af maven. Lægen tolkede det som myoser i mavemuskulaturen og gav ham en smertestillende injektion der også indeholdte steroid. Efter injektionen udviklede patienten en kronisk infektion svarende til indstiksstedet, hvorfra der konstant strømmede pus, der ikke ville stoppe. Lægen forsøgte med antibiotika uden held og henviste til sygehusbehandling. Her fandt man at patienten havde re-aktiveret tuberkulose med abscesdannelse, der var så stor at den gav ham de mavesmerter han havde søgt læge for. Lægens injektion havde skabt en fistel til tuberkuloseabscessen. Konfronteret med disse oplysninger blev patienten vred. Han anerkendte ikke de danske lægers diagnose. Tuberkulose er en sygdom i lungerne, som man dør af – den kan ikke sidde i maven. Det var lægen der havde givet ham en infektion med sin beskidte nål og han ville derfor have en undskyldning af lægen og en penicillinkur. Efter det han oplevede i hjemlandet troede han generelt ikke på voksne mennesker, heller ikke læger, han var bange for nåle og for blodprøver og havde flere gange afvist at få foretaget en biopsi fra maven. Som et forsøg blev det foreslået at indgå en noget-for-noget aftale så patienten først fik 5 dages penicillin og at hvis det ikke hjalp så skulle han starte 6 måneders tuberkulosebehandling, men at forudsætningen var at hele aftalen skulle holdes ellers, ville patienten ikke få penicillinkuren. Dette accepterede patienten og efter 5 dages penicillin uden effekt gennemførte han 6 måneders tuberkulosebehandling. Patienten er nu fysisk rask og har fast arbejde. Han ønskede ikke behandling for sin komplekse PTSD, da han var bange for at skulle fortælle om de ting han havde været med til at udføre. Han var overbevist om at med en overstået sygdom, der havde naget ham, ville et godt arbejde kunne helbrede hans psykiske problemer. Han fik ret.

Kommentar: Der er tale om en meget sammensat fysisk og psykisk problemstilling, der præges af at patienten er tidligt skadet ved gennem tvang at udføre grusomme handlinger overfor sine forældre og senere under indflydelse af stoffer som ung teenager at begå forbrydelser ligeledes under dødstrusler. Han har udviklet en paranoid personlighedsforstyrrelse, der sammen med angst og højt alarmberedskab pga. PTSD påvirkede hans evner til at kommunikere og bevare egenomsorg. Stressreduktionen gennem anerkendelse og fælles beslutningstagning var løsningen. Nogle PTSD-patienter er bedst hjulpet af et godt, roligt og selvvalgt arbejde. Denne case bekræfter, hvad mange flygtninge fortæller: der må tages mange beskidte valg under en krig og på flugten. Situationer hvor man ikke kan være helt og hvor valget står mellem selv at dø eller at andre dør. Det er traumer man må bære på alene, men det gør det ikke lettere. At dele dem kan gøre dem lettere, men det kræver at man som behandler anerkender at der, oftest, er tale om menneskelige reaktioner på ekstremt umenneskelige situationer og bizarre valgmuligheder. Mange PTSD-patienter selvmedicinerer sig med alkohol, smertestillende, ekstrem kæde rygning, natlig overspisning, khat tygning eller narkotika.

Case 9

47-årig kvinde fra krigshærgede land i Østafrika. Fraskilt, mor til 7 børn, kom til Danmark som flygtning i 1998. Henvist til IMK pga. ”Mange lægebesøg med uspecifikke klager. Blodprøver normale. Symptomer kan ikke forklares med objektive undersøgelser”. Egen læge har brugt tolk i samtalerne.

Patienten beder om tolkebistand og forklarer, at det eneste hun ønsker, er at få en scanning af hele kroppen, som kan ”se hvad der er derinde, som har sat sig fast og gør ondt”. Da patienten bedes om i første omgang at fortælle sin livshistorie, accepterer hun, hvis den mandlige tolk forlader rummet imens.

Fortæller at hun har oplevet mange uhyrligheder i den landsby, hvor hun boede sammen med sin mor. Moderen og patienten blev skiftevis voldtaget, stukket med sabler og slået med kæppe – ”det er noget af det eneste mor og jeg har sammen, selvom det ikke er rart”. Så moderen blev levende begravet og flygtede ned under en busk med mange torne. Alle landsbyens resterende døde beboere blev kastet på den tornede busk ovenpå patienten, der fik mange torne i sig. Hun overlevede som den eneste, hvilket hun føler skyld over. Hun føler nu at der er torne der vandrer rundt i kroppen og i hjernen og som giver hende smerter og grimme tanker. Hver nat har hun mareridt om at soldater kommer og kvæler hende, så hun barrikaderer hoveddøren og vinduer hver aften, selvom børnene prøver at få hende til at lade være, fordi de bliver bange af det. Hun står op flere gange om natten for at checke at der ikke er soldater og vækker børnene for at sikre sig at de ikke er døde. Hun glemmer sine tanker når børnene er i nærheden, så hun holder ofte flere af børnene hjemme fra skole, hvis hun kan mærke at hun kan få en dag med mange genoplevelser. 2 af børnene er blinde og psykisk handicappede og kan ikke spise selv og er i special dagpleje og skole. Hendes største ønske er en handicapbil, så hun kan tage børnene med ud på ture, men det har kommunen afslået. Patientens oplyste desuden at hun ikke havde kunnet fortælle sin læge om sin mangeårige og socialt invaliderende urin inkontinens fordi det altid var den samme mandlige tolk, der blev anvendt – en tolk som boede i patientens boligområde. Det var også årsagen til at hun aldrig havde fortalt lægen om sin fortid. Hun var bevidst om at smerter og tanker kunne hænge sammen med sine tidligere oplevelser.

Ved fysisk undersøgelse viser det sig at patienten har flere ar efter stiksår og multiple små ar efter hvad patienten husker som mange års infektioner efter at hun blev fanget i tornebusken. Et lidt større ar i det ene lår viser sig at stamme fra et senere granatnedslag i en flygtningelejr i hjemlandet – det havde patienten fortrængt. Hun havde haft et brud på lårbenet som selv voksede, skævt, sammen, da det ikke var muligt at blive transporteret til hospital pga. vedvarende granatangreb. Patientens blev henvist til traume og torturbehandling hvor patienten opnåede en mere konstruktiv forståelse af sine smerter og tanker.

Patienten viste sig at have så store omsorgsopgaver med de to handicappede børn at hun ikke havde overskud til de øvrige børn. Hendes tvangsprægede barrikaderinger var blevet et stort psykisk problem for børnene, som havde svært ved at koncentrere sig i skolen. I samarbejde med patienten blev der lavet et bekymringsnotat til børn- og unge afdelingen i kommunen. Der blev derefter afholdt et netværksmøde med skolen, egen læge og involverede sagsbehandlere, hvor der blev tilknyttet en støtteperson til moderen og til de af børnene der havde mest brug for det.

Kommentar: Overleverens skyld og skam er hyppige, men ødelæggende, følelser blandt krigsflygtninge. Primært fysiske skader smelter sammen med psykiske skader, der giver smerterne et varierende og uforståeligt udtryk, som let leder lægen til at tro at der er tale om ubegrundede ”etniske smerter”. Her var årsagen til sårene, tornene, blevet til sylespidse tanker, der vandrede rundt i hendes krop – andre dage var det selve tornene, det afhang, sagde hun, af hvordan hendes tanker var. Det er ikke nok at anvende tolkebistand. Man skal også sikre sig at der ikke er andre faktorer i spil, som kan forhindre patienten i at fortælle om bestemte helbredsproblemer (her var det seksuelle overgreb og inkontinens som ikke kunne omtales for en mandlig tolk, der oveni købet boede tæt på patienten). Videotolkning kan i mange tilfælde reducere eller fjerne problemet med tolkens køn fordi det opleves mindre intimiderende at tolken er med på en skærm og desuden er det med dette system ofte en tolk der bor langt fra patientens eget område.

Case 10

47 år kvinde fra Mellemøsten, boet i Danmark siden 1998. Mange indlæggelser med diffuse smerter i hovedet og ryggen. Henvises til Indvandrermedicinsk klinik med beskrivelsen: "Træt og mat med mange indlæggelser med multiple symptomer uden forklaring". Taler lidt dansk efter at have arbejdet som rengøringsassistent i 11 år. Havde en meget streng opvækst hos svigerfamilie som arbejdsslave fra 15-årsalderen, hvor hun blev gift med en betydeligt ældre voldelig, nu, ex-mand, der slog og sultede familien. Patienten blev holdt indespærret i et mørkt rum og har efterfølgende udviklet kronisk angst, isolations tendens, mareridt og selvbebrejdende tanker. Hun bor alene med sin 11-årige søn, der viser sig at være alene når mor er indlagt. Det er også sønnen der styrer medicin, sygehusaftaler og ofte anvendes som tolk i kommunen og ved lægesamtaler. Patienten havde ved nærmere undersøgelse følgende sygdomme: Myxødem, lavt østrogen – menopause, sekundær binyrebark insufficiens, ventrikel ulcus, lumbal spinal stenose, tinnitus & høretab (granatskade), slidgigt i højre kæbeled. Hovedpinen viste sig at stamme fra pseudotumor cerebri (intrakraniell hypertension), hvor der desuden blev påvist occlusion af transversus dxt. blodkarret i hjernen. Patienten havde flere symptomer forenelige med PTSD. Hun var tidligere blevet vurderet mhp. behandling men afvist da man ikke kunne identificere et traume i hjemlandet, men udelukkende et voldeligt ægteskab. Patienten forbandt selv sin hovedpine og PTSD- symptomer med de slag ægtefællen gav hende mod hovedet. Tinnitus og det medfølgende høretab stammede fra et granatnedslag i deres hus i hjemlandet, hvor flere familiemedlemmer døde af svære skader mens patienten så på det. Patienten blev derefter modtaget til behandling for PTSD, og blev sat i behandling for sin forhøjede intra-kranielle hypertension. Der blev bevilget en støtteperson til sønnen, som desuden blev aflastet for sit voksenansvar. Patienten fik høreapparat, så hun kunne kommunikere bedre med sønnen.

Kommentar: Forløbet er ikke usædvanligt. De mange indlæggelser og diffuse symptomer (godt hjulpet af høretabet) medfører at patienten ikke bliver genstand for en rolig samlet klinisk vurdering. Kriterierne for henvisning til behandling for traume og torturbehandling kan i nogle tilfælde forekomme for rigide i forhold til virkelighedens ofte komplekse forhold, hvor krigens granater, vold i ægteskabet, slavelignende forhold og eksilstress bliver til en kronisk psykisk-fysisk tilstand, som patienten ikke har en chance for at forklare fordi der aldrig blev anvendt tolk. Patientens danske sprog var tilknyttet arbejdet som rengøringsassistent og rakte, trods lokal accent, ikke til at forklare de mere sensitive og multiple traumer hun havde været udsat for.

Case 11

33-årig mandlig flygtning fra Balkan. Henvist med universelle smerter, træthed og hovedpine. Fyret fra sit arbejde, fordi han gentagne gange ødelagde biler på værkstedet under slibning og polering. Patienten viste sig at være torturoverlever med meget langvarige flash-backs om sine torturoplevelser, der som konsekvens havde, at han sleb hul i bilerne. Den hal, hvor han arbejdede lignede ét af de lokaler, hvor dele af torturen havde foregået.

Case 12

38-årig mandlig flygtning fra Balkan. Henvist med depression og hukommelsesproblemer. Tidligere arbejdet som truckfører, men blev fyret fra sit job, fordi han ødelagde pallerne på lageret gentagne gange. Patienten viste sig at være torturoverlever med flash-backs. Han var glad for at arbejde alene om natten, men hallen mindede ham om den hal han var indespærret i.

Case 13

43-årig kvinde fra Irak henvist med ryggene og hovedpine. Tabt det danske sprog. Patienten fortæller at hun bad om at få stille natarbejde alene med rengøring, så kommunen sendte patienten i praktik på universitetet, hvor hun blev sendt ned for at gøre rent i præparatsalen i kælderen. Dén oplevelse re-traumatiserede patienten, der begyndte at få ukontrollerede genoplevelser efter et granatnedslag i hendes barndomshjem, hvor ligdele lå spredt overalt.

Kommentar (case 11-13): *flygtninge, der gentagne gange kommer til skade på arbejde (flashback eller dissociation), eller flygtninge der beder om at arbejde alene om natten fordi de har svært ved at være sammen med andre mennesker, bør mistænkes for PTSD.*

Case 14

57-årig vietnamesisk kvinde, henvist pga. uforklaret hovedpine og formodede complianceproblemer med hypertensionsmedicin. Blev re-traumatiseret da der var oversvømmelse i deres boligområde i Danmark og hvor der stod vand op i kælderen. Patienten fik flashbacks til tiden som barn hvor lig ofte flød i floden hvor de boede.

Kommentar: *PTSD-patienter kan uvarslet re-traumatiseres når de møder nye omstændigheder gennem lugte, lyde og rum. New York oplevede at mange flygtninge med kroniske sygdomme blev non-compliant efter angrebet 9.september (634). PTSD-patienter søger ofte arbejde, hvor der er få eller ingen kolleger. Det er sjældent at kommunale sagsbehandlere er opmærksomme på problemet og de diskrete risikotegn.*

Behandlingsmuligheder

To systematiske reviews om psykosociale behandlingsmuligheder af PTSD fra 2017 og 2019 fandt middel til høj evidens, for brugen af narrativ eksponeringsterapi (NET). Reviewet fandt at manglen på kulturelt tilpassede behandlinger var betydelig, og der var mindre evidens for at understøtte standard kognitiv adfærdsterapi (CBT), Øjenbevægelses desensibilisering - og genbehandling (*Eye Movement Desensitisation and Reprocessing*, EMDR) og heller ikke evidens for tværfaglige behandlinger (643, 644). Narrativ eksponeringsterapi har desuden været anvendt med god effekt i lavindkomst områder og med brug af lægmænd (645).

I studier hvor man kombinerer kognitiv terapi med antidepressiv medicinsk behandling fandt man ingen eller minimal effekt, som primært kunne tillægges den antidepressive medicin (646).

Ofte er stressreducerende indsatser rettet mod at styrke familien, økonomien og tilknytning til arbejdsmarkedet, samt bedre smerte og stresshåndtering lige så vigtige. Dét gøres bedst i tæt samarbejde mellem egen læge, sagsbehandlere i kommunen og evt. sygehusafdelinger.

Behandlingen af PTSD og lignende tilstande foregår i Danmark på specialiserede klinikker for transkulturel psykiatri eller centre for traume og torturbehandling.

8: Andre psykiske sygdomme blandt flygtninge

Depressive tilstande

Forekomsten af depression varierer globalt set fra 4 % til 30 % (647, 648). Kvindelige migranter (både 1. og 2.generation) har en højere risiko for depression end mænd. Et stort tværeuropæisk studie af aldring med knap 30.000 deltagere fandt man at risikoen for at udvikle depression efter migration var langt større i de Nordeuropæiske lande end i de sydeuropæiske lande (649). Forskellene var uafhængige af kendte socioøkonomiske og uddannelsesmæssige faktorer. Af andre faktorer fandt man familiær uenighed om repatriering, divergerende integration mellem familiemedlemmer og tab af nært familiemedlem i hjemlandet (650). Socioøkonomiske udfordringer og midlertidig opholdstilladelse er i alle undersøgelser medvirkende til at øge risikoen for depression (651). Der er lavet meget få studier af sammenhængen mellem sprogtilegnelse og depression. Ét studie fandt at sprogtilegnelse ikke øgede risikoen for depression de første 10 år efter ankomsten, men øgede risikoen i de efterfølgende 10 år, dvs 20-30 år efter migrantens ankomst (652).

Psykotiske tilstande

Thomas Salmon knyttede allerede i 1907 en forbindelse mellem indvandringen til Amerika fra Italien, Irland og Skandinavien og risikoen for udvikling af sindssyge (*insanity*) (653). Andre påviste at migration aldrig er et tilfældigt fænomen, men derimod, under de daværende økonomiske udsigter i Europa, en proces, hvor "amoraliske kvinder", forbrydere og mænd med megalomane vrangforestillinger syntes at være i overtal blandt migranter (654). Odegaard fandt i 1932 at nordmænd, der migrerede til Michigan havde meget højere risiko for skizofreni end nordmænd i Norge, men at den øgede risiko først kom 10-12 år efter migration, hvorfor Odegaard mente at post-migrationsfaktorer måtte spille en væsentlig rolle (655). Historisk set er psykisk sygdom altid politisk blevet kædet sammen med migrationslove for at legitimere eksklusion af bestemte etniske grupper (656-659). Der er store forskelle mellem forskellige etniske gruppers risiko for at udvikle psykotisk sygdom men socioøkonomiske forhold præger risikobilledet (559, 650, 660). Et dansk kohortestudie påviste at anden-generations migranter havde en højere risiko for skizofreni sammenlignet med ikke-migranter, uafhængigt af bopæl, fødested eller opvækstvilkår (661). Alder på migrationstidspunktet, etnisk densitet, urbanisering og negative sociale begivenheder er ligeledes sat i relation til udvikling af psykose (662, 663).

Begreber som identitetsklarhed og identitetsværdier er tæt knyttet til psykologisk velbefindende og kan have indflydelse på sårbarhed eller modstandsdygtighed over for alvorlig psykisk sygdom. Samtidig betragtes identitet som tæt knyttet til socialt og kulturelt tilhørsforhold (664). Følelser af usikkerhed på flere eksistentielle områder (identitet, social rolle og kulturel selvopfattelse), der kan opstå blandt migranter (især hvis de samtidig opleves i et hierarkisk og ulige magtforhold med tydelig eksklusion og fremmedgørelse), kan mindske følelsen af mening og sammenhæng i selvet og kompromittere identitetsstrukturen og derved disponere for psykotiske og nær-psykotiske oplevelser (665). De omfattende lovgivningsmæssige krav der omgærder flygtninge, med regler om bosættelse, familiesammenføring, sprog og uddannelse, øger risikoen for at identitetsstrukturer smuldrer samtidig med at oplevelsen af at man er en meningsfuld selvstændig person, drages i tvivl. Demoralisering og svigtende personlighedsstruktur øger risikoen for psykoselignende tilstande. Tortur er en særligt disponerende omstændighed idet torturoverlevende har oplevet så specielle og grænseløse fysiske og psykiske overgreb, at det for altid har udvisket forskellen på jeg'et og andre mennesker. Det torturbødlen ødelægger er ikke alene den enkeltes mulighed for at tale for sig selv, når torturbødlen tvinger ofret til at tale forsvinder ikke bare det "jeg" som ellers taler, men også den tortureredes mulighed for nogensinde at kunne sige "vi", som Catherine Perret beskriver de ødelæggende psykiske konsekvenser i sin bog "Læren om tortur" (*L'Enseignement de la torture*) (666). Torturoverlevende har flere psykiatriske co-morbiditeter, oftere OCD og personlighedsændringer og er ringere socio-økonomisk stillet end andre PTSD-ramte (667). Der er enighed om kulturens centrale betydning for, hvordan enkeltpersoner oplever sig selv og andre, og at bevarelse af en solid og sammenhængende kulturel identitet kan være et afgørende aspekt hvis målet er at øge flygtnings modstandsdygtighed mod alvorlige psykiske sygdomme.

Demens

Der er store kulturelle forskelle i forståelse af demens mellem etniske grupper med hensyn til årsager og grad af accept og stigma (668). Et dansk studie fandt en hyppighed af demens på 13,3% mod 7% i baggrundsbefolkningen (669). Et dansk tværeurøpæisk registerstudie fandt at der var tale om underdiagnostik blandt etniske minoriteter over 60 år men en udpræget overdiagnostik blandt under 60-årige i samme befolkningsgruppe (670). Det kan bl.a. skyldes atypiske præsentationer af depression og PTSD med pseudodemens, samt problemer med demensdiagnose redskaberne (671-673). Risikoen for at udvikle demens i en stor undersøgelse af amerikanske krigsveteraner var dobbelt så høj som i resten af befolkningen og samme er fundet blandt andre (civile) med PTSD (674-676). PTSD-symptomer kan forværres i forbindelse med udvikling af demenssymptomer, hvilket kan besværliggøre diagnostik (677). Der er ulighed i adgang til demensudredning, behandling og pleje i Danmark og især almen praksis har udfordringer med at sikre relevant udredning og pleje (678-680). Rotationsordninger er en udbredt løsning i familier med en demensramt (681). Der er udviklet et tværkulturelt kognitivt testbatteri, som har vist lovende resultater i kliniske studier af flere etniske grupper (682, 683).

Selv mord og selvmordsrisiko

På trods af den øgede forekomst af psykiske lidelser blandt migranter, så har man ikke entydige tegn på at det øger selvmordshyppigheden (684). Et svensk registerstudie fandt at etniske minoriteter i Sverige havde en markant lavere risiko for selvmord, men at forskellen med tiden forsvandt pga. post-migrationsfaktorer (685). Et dansk registerstudie fandt ligeledes lavere selvmordsrisiko blandt migranter (686). Imidlertid er der varierende fund på tværs af lande og etniciteter. Et nyere globalt review fandt at nogle etniske grupper havde højere selvmordsrater end baggrundsbefolkningen og især kvindelige migranter var i højere risiko end mandlige migranter i alle studierne. Især unge kvinder med tyrkisk baggrund havde en høj selvmordsrate i Tyskland (687). Nogle studier fandt højere risiko blandt ikke-vestlige migranter ifht. andre migranter (688). Ingen af studierne havde systematiske informationer om sociale forståelse af selvmord, migrationsårsag, opholdsstatus eller religion. I mange samfund er selvmord socialt eller religiøst uacceptabelt og nogle lande har fortsat dødsstraf for selvmord (689). Muslimer mener f.eks. at den afdøde resten af livet er fixeret i den nøjagtige fysiske situation vedkommende tog sit eget liv. Neuner fandt at 40 % af flygtninge havde eller havde haft tanker om selvmord (690). Resultatet er at mange flygtninge kan have seriøse selvmordstanker, som de for det første ikke tør tale med nogen om af frygt for eksklusion og for det andet er det tanker, som patienten ikke kan føre ud i livet på grund af den skam, der ville være forbundet med det for familien.

Case 1

57-årig kvinde fra Fjernøsten. Henvist med multiple smerter, mulig depression eller personlighedsmæssige problemer og en bemærkning om at patienten er "socio-kulturelt svært at forstå". Dansk-talende. Kom til Danmark som 36-årig familiesammenført til sin danske ægtemand, der døde efter længere kræftforløb, hvor patienten havde plejeorlov 1½ år på ægtefællens anmodning. Patientens var meget glad for den nu afdøde ægtefælle. Fortæller at hun siden hun mistede den første ægtefælle har haft to samlevere, der begge havde ubehagelige sider. Arbejdet på gartneri og med rengøring i alt 18 år. Startede med at arbejde i rismarkerne i hjemlandet som 7-årig indtil hun var 12 år, derefter arbejde patienten i familiens restaurant. Fortæller at hendes datter blev bortført i Danmark – ifølge egen læge blev datteren tvangsfjernet. Patientens havde en overgang en kontaktperson, som var en stor støtte i en svært tid med mange selvmordsforsøg som hun aldrig har fortalt andre om. Prøvede at hoppe ud ad vinduet, men en søn stoppede hende. Senere købte patienten piller på nettet som hun indtog og blev fundet af en af børnene – på sygehuset forklarede hun at hun havde taget slankepiller for at tabe sig og blev henvist til diætist. Patientens føler sig meget ensom og mener ikke hun har et godt liv. Hun er vred over at hendes første, søde, ægtemand efterlod hende med børn der var så svære at passe på i et land hun, stadig, ikke synes hun kender. Har stadig daglige tanker om at tage sit eget liv. MR af knæ viser behandlingskrævende slidgigtforandringer og scanning af bihuler viser udtalt kronisk slimhinde fortykkelse.

Kommentar: Der arbejdedes med at anvende patientens livshistorie til at skabe mening og i den proces flyttes patientens tankesæt (mindset) til hjemlandet, hvorved der opstår nye sammenhænge og interventionsmuligheder. Patientens får langsomt skabt en selvforståelse af at løsningen måske kunne ligge i hjemlandet og ikke i Danmark. Patientens rejser til sit hjemland og opsøger bla. en buddhistisk munk, der

forklarer hende at selvmord er et stort ansvar at tage på sig, da man i buddhismen mener at ét selvmord udløser 500 selvmord pga. reinkarnationstanken. Munken bad patienten overveje om hendes problemer virkelig var 500 selvmord værd. Samtidig kunne patienten se at hendes børn i Danmark havde en bedre fremtid end de børn der boede i hendes fødeby, samt at den søster der havde solgt hende som sexarbejder angrede sin handling. Patienten kom tilbage fra rejsen med en ny og mere konstruktiv vinkel på sit liv. Patienten kunne nu se sig selv som en selvstændig mor og kvinde og kunne tænke med glæde, i stedet for vrede, på den tid hun havde med sin første (afdøde) ægtefælle. Patienten havde en meget lang arbejdsanamnese og hendes eksponering for fysisk belastende arbejde er betydeligt længere end umiddelbart antaget, hvilket kan forklare de fysiske nedslidningssymptomer. Hovedpine og knæ smerter er velforklarede og kan behandles når patienten er motiveret for det.

Andre psyko-sociale udfordringer

De ofte lange asylansøgningsprocesser, uklart og skiftende asyl og integrationslovgivning, manglende system kompetencer og sprogbarrieren bidrager til at forværre psykiske lidelser blandt flygtninge (691). Adgangen til det psykiatriske behandlesystem er ofte besværet af manglende brug af tolke, dårligt uddannede tolke og manglende kulturelle kompetencer blandt personalet (692). Manglende, utilstrækkelig eller forkert behandling kan fastholde patienter i invaliderende psykiske problemer. Faktisk eller oplevet racisme og anden forskelsbehandling kan styrke vrangforestillinger, svække vredeskontrol og forsinke at patienten søger lægehjælp (693). Stigma og frygt for social exclusion pga. psykisk sygdom der associeres med skyld og skam kan ligeledes forhindre rettidig behandling (694, 695). Patienters erfaringer med faglig ligegyldighed, generaliseringer, stereotyper og diskrimination i behandlingen skaber mistillid til sundhedsvæsenet og mistro til kvaliteten i behandlingsvalg (695). Boligplacering i etniske højdensitetsområder beskytter mod udvikling af psykisk sygdom, mens boligplacering i områder hvor majoritetsbefolkningen dominerer, øger risikoen for at udvikle psykose (696). Belastede boligområder med høj densitet af etniske minoriteter kan både yde beskyttelse og være sygdomsfremkaldende (166). Der er andre faktorer som socialt netværk, ekstrem fattigdom og negative sociale begivenheder der er knyttet til belastede boligområder, som kan øge risiko for psykisk sygdom (697, 698). En vedvarende tilstand af meningsløshed kombineret med den permanente midlertidighed forbundet med opholdsgrundlaget har psykiske konsekvenser som vi kan gisne om, men ikke helt kender omfanget af. I en undersøgelse på en norsk psykiatrisk afdeling blev alle indlagte patienter systematisk interviewet om psykiske traumer og 91 % havde mindst én potentielt traumatiserende oplevelse bag sig (69% havde multiple traumer) (699). Der fandtes et overlap på 78% mellem PTSD-diagnosen og andre psykiske lidelser og selvmordstanker eller selvmordsforsøg var hyppige. Undersøgelsen konkluderer at PTSD er under – eller fejlagnosticeret og at personalet mangler viden om PTSD. Dét problem synes at være endnu mere udtalt når der er tale om flygtninge/indvandrere (31, 700, 701). Samtidig er det veldokumenteret at der er utilstrækkelige tværkulturelle kompetencer i psykiatrisk pleje og behandling (650, 702-704). Katrine Schepelern Johansen beskriver psykiatriens tværkulturelle utilstrækkelighed på denne måde: ”*psykiatriens opfattelse af kultur og af relationen mellem kultur og sygdom er forankret i en tænkemåde, der strækker sig over 100 år tilbage i tiden til en tid med kolonialismen, hvor synet på den kulturelt anderledes var domineret af racetænkning og evolutionisme. Det har betydet, at forsøg på at introducere en mere kompleks og dynamisk kulturforståelse i psykiatrien er mislykkedes, på trods af, at forskellige større forskningsprojekter har påpeget behovet af en mere tidssvarende og videnskabelig valid kulturopfattelse*” (705). Lægers og plejeres manglende viden om sammenhængen mellem PTSD, depression, personlighedsforstyrrelser og eksilstress påvirker patienters adfærdsmønstre og fører til uhensigtsmæssig eller ingen brug af det psykiatriske behandlesystem. Alle danske studier har påvist en øget risiko for psykisk sygdom blandt migranter og deres efterkommere i forhold til etniske danskere og det gælder for skizofreni og for indlæggelse på psykiatrisk hospital (661, 706, 707).

Både begreber om sundhed og sygdom samt forventninger til behandling afhænger af kulturel baggrund, traditionelle værdier, personlige oplevelser og sociale relationer, der er i konstant forandring. Når den enkelte migrants levevilkår, deres individuelle sygdomsforståelse og behandlingsforventninger inddrages i behandlingen, kan barrierer i adgang til behandling fjernes eller reduceres (708). Uddannelse af sprogligt kompetente tolke er essentielt, men lige så vigtigt er at læger trænes i at føre tværkulturelle samtaler på en professionel og forsvarlig måde med respekt for sprog og begrebers globale diversitet (709). Faktorer, der ofte er en belastning for indvandrernes sundhed, og som er forbundet med en højere risiko for at udvikle psykisk

lidelse, omfatter social eksklusion, lav uddannelse, fattigdom og bolig i områder med lav etnisk densitet – faktorer, hvis effekt kan minimeres, men det kræver en koordineret og håndfast tværfaglig og tværsektoriel indsats (710).

I et essay *Lost – and gained – in translation* om hvad der tabes og vindes i kulturelle oversættelser i bred forstand, beskrives hvordan ufølsomme ”oversættelser” af sprog, holdninger, værdier kan opleves som et decideret overgreb eller som en fuldstændig desavouering af patientens samlede kulturelle ballast og baggrund (102). I essayet gennemgås en roman af Orhan Pamuk, hvor fornemmelsen af tab, en kronisk sorg, kan være resultatet af vrede og angst ved oplevelsen af at være blevet oversat til noget fremmed, som ikke tilhører den enkelte eller dennes kulturelle/socialt gruppe – en oversættelse der ikke tilfører personen eller gruppen, mere mening, forståelse eller anerkendelse (711). Det, der som udgangspunkt er et forsøg på at forstå en migrants situation og behov udelukkende i en dansk kontekst gennem en ”oversættelse”, kan ende med at virke som et grundlæggende overgreb, der fører til, måske behandlingskrævende, kronisk sorg over det tabte, som refortolkes som klinisk angst eller depression.

For eksempel er sygdom for arabiske patienter et fremmed element. Der er ingen skelnen mellem kroppen og sindet (”jeg’et”). Der er gode og dårlige følelser om ens gerninger og tanker, men de er vævet sammen til et mere holistisk personbegreb end vestlige psykiatere normalt arbejder med (712). Læger ses som omnipotente og mystiske og tildeles ultimativt magt til at helbrede patienten – hvis ikke, så er lægen en dårlig læge. Patientens rolle er at tilpasse sig lægens råd og behandling, hvilket fører til et problem i f.eks. kognitiv terapi. Patienten opfatter sig som et passivt objekt for lægen og det er udtryk for svaghed hos lægen at bede om patientens medvirken. Lægen skal udøve sin lægekunst på patienten (713). Patienten ser sine symptomer i relation til sin omgangskreds og nedtoner problemer ved at fokusere på de værdier som lederen af den etniske gruppe fremhæver. Fortæller man som enkeltindivid om psykiske problemer kan det opfattes som om man forråder familien og er et tegn på personlig, og familiær, svaghed og nederlag. At gå til psykiater er ikke alene et socialt svaghedstegn, men også et tegn på religiøs usikkerhed og tvivl, så patienten er alvorligt syg før man søger hjælp (714). Følger man ikke gruppens værdier og levevej, er man ikke-troende og kaster skam over familien. Sociale og psykiske problemer må ikke udtrykkes og de får dermed ofte en blanding af somatiske, følelsesmæssige eller adfærdsmæssige udtryk, der kan forvirre vestlige læger (715). Besættelse af Jinn eller onde øjne kræver ofte mere end standard psykiatriske kompetencer. Af særlig interesse er den observation at personer med tegn på psykisk sygdom kan tvinges i ægteskab fordi ægteskab anses for at være en form for behandling af psykiske problemer. Symptomer på psykisk sygdom tillægges fysisk symptom svarende til det organ der er tættest på: tanker bliver til hovedpine og sorg bliver til brystmerter. Symptomer på psykisk lidelse tolereres af patienten og omformuleres til fysisk ubehag og når familien samtidig tolererer og negligerer patientens mere eller mindre afvigende eller aparte adfærd, kan det være svært for lægen at få de nødvendige observationer. Sygdom er i høj grad et familiært anliggende og familien bestemmer hvad der skal oplyses, hvordan det skal oplyses og hvornår det er nødvendigt at oplyse det. Opdragelsen af børn med skamfølelse snarere end skyld, lydighed via frygt skaber konforme børn, der kun frygter andres kritik af deres adfærd, og som derfor må undertrykkes – hvilket igen kan forvirre vestlige læger (715).

Fagfolk, der arbejder med flygtninge, har en tendens til at fokusere på traumehistorien og forsømmer dermed at anerkende den enkelte flygtnings styrker, overlevelseskompetencer og modstandskraft. Det betyder, at resiliens overskygges af en dominerende vestlig mangel- eller fejlmodel, der definerer flygtninge som traumatiserede ofre - ellers kan de ikke betegnes som flygtninge. Sygeliggørelse af flygtnings traumatiske historie kan yderligere fremmedgøre flygtninge fra fuld integration ved demonstrativt at afvise deres iboende modstandskraft, som er udviklet i lyset af ekstraordinære og/eller voldsomme livserfaringer. De faktorer, der kan hæmme modstandskraft, er bl.a.: sprogbarrierer, forskelsbehandling/racisme, diskrimination og kategorisering/objektgørelse af traumehistorien. Undersøgelser tyder på, at flygtnings robusthed skal forstås udenfor den vestlige individualiserede opfattelse af modstandskraft som en mere fælles social konstruktion af resiliens, der omfatter flygtnings bredere sociale kontekst og livsvilkår i hjemlandet, under flugten og i modtagerlandet (716-719).

Pårørende til psykisk syge minoritetspatienter kan føle sig særligt udfordrede. De skjulte byrder forbundet at passe familiemedlemmet kan være ganske store, børnene især lider under det stigma der er forbundet med psykisk sygdom og ofte er hele familien nødt til at isolere sig fordi ét familiemedlem har psykisk sygdom (720).

Opholdsgrundlaget spiller en ikke ubetydelig rolle for motivation, psykisk velvære, PTSD-symptomer og sprogindlæring. Skiftende lovgivning med stramninger i krav til opholdstilladelse er vigtige i analysen af den enkelte patients psykiske tilstand. I en prospektiv australsk undersøgelse af flygtninge så man to distinkt forskellige psykiske reaktionsmønstre mellem dem der fik midlertidig opholdstilladelse (MO) og dem der fik permanent opholdstilladelse (PO). Flygtninge med MO havde betydeligt højere PTSD score (Harvard trauma scale), var mere isolerede og ensomme og havde flere angstsymptomer, og havde betydeligt mindre engelsk kundskaber end flygtninge med PO. Der var færre med PTSD-symptomer blandt flygtninge med PO og de havde betydeligt bedre engelskkundskaber (66).

Case 1

47-årig kvinde med asiatisk baggrund indlagt på sygehus på mistanke om anoreksi. Personalet har dårlig kontakt med patienten, der virker vredladet og mistroisk. En medarbejder fra Indvandrermedicinsk klinik, der taler patientens sprog, tilså patienten under indlæggelsen, og patienten angav primært at være irriteret over at få serveret uspiselige risretter (som personalet gik ud fra hun ønskede), men patienten fandt ris kvaliteten og tilbehøret usmagelige. Patienten ville hellere have almindelig dansk mad. Patientens ernæringstilstand sammenholdt med at patientens problemliste var usammenhængende med påfaldende problemer gav mistanke om psykisk sygdom. Der blev efterfølgende arrangeret et hjemmebesøg, hvor patienten viste sig at have produktive paranoid-skizofrene træk og kun tillod ganske få personer (én bestemt hjemmehjælper) at komme ind i lejligheden, der var så fyldt med ophobede ting, at hun kun havde siddeplads på sin seng (horder adfærd).

Kommentar:

Diagnostik af psykisk sygdom i tværkulturelle sammenhænge kræver tålmodighed, tillid og tolkebistand. Hjemmebesøg er vigtige i diagnostik af komplekse patienthistorier. Psykotisk adfærd kan skjules af opfattelsen af "kulturelle forskelle".

9: Medicin adherence

En opgørelse fra Indvandrermedicinsk Klinik har peget på at bivirkninger og alvorlige lægemiddel interaktioner pga. manglende, sparsom eller vildledende medicin information og ikke mindst pga. reglerne om medicin substitution som i særdeleshed rammer patienter med sprogbarrierer og lav skolegang (81). Et hollandsk studie påviste desuden at nogle etniske grupper langt hyppigere end andre fik udstedt recept ved besøg hos praktiserende læger (721). Variationer i receptudskrivelser viser desuden det vanskeligt i at sammenligne områder med meget forskellig etnisk sammensætning mht. medicinforbrug, sygdomsmønster og adgang til sundhedsvæsenet – der er mange faktorer i spil og forskningen på området er stadig meget registerbaseret eller kvalitativ (722). Kommunikations barrierer med fremmedsprogede patienter er hyppige på apoteker og farmaceuter oplever at patienterne har en øget risiko for at blive udsat for utilsigtede hændelser, som det er dokumenteret i en dansk undersøgelse fra 2009 hvor over 50 % af de interviewede tog medicin købt i udlandet (723). Samme undersøgelse påpegede allerede dengang behovet for adgang til tolkebistand (tolke hotline) til rådgivning af patienter der henter medicin på apoteket. Udvikling og udbredelse af kommunikationsværktøjer er nødvendige for at understøtte apotekere i rådgivning af etniske minoritetspatienter på apoteker, herunder tolkeadgang og fremmedsprogede indlægssedler (724, 725). I et amerikansk studie fandt man at problemer med compliance var meget hyppigere blandt patienter med sprogbarrierer (31 %) i forhold til andre patienter (12 %), men at en etnisk kompetent klinisk farmaceut kunne øge compliance med 24 % (726). I Danmark er det blevet påvist at etniske minoriteter sjældnere starter på og hyppigere afbryder farmakologisk og non-farmakologisk behandling efter indlæggelse med blodprop i hjertet (727).

Spørgsmålet om betydningen af patienters tillid til lægen i forhold til compliance er ikke særlig velundersøgt, men studier tyder på at patienter med sprogbarrierer ofte udtrykker behov for at opbygge tillid (*trust*) til lægen før de kan og vil lytte til lægens råd og vejledning. Flere studier, herunder et kvalitativt hollandsk studie viser hvordan patienters mistillid til, og manglende tro på-, lægen medfører dårligere compliance, lavere oplevet kvalitet, uhensigtsmæssig patientadfærd og lavere selv vurderet helbred (204, 205). Særligt i forhold til invasive procedurer kan mistro til lægen medføre at lægens Information opfattes som inkonsistent, vag og upræcis af patienter (371). Usikre patienter med sprogbarrierer vil gerne overbevises af lægen før de går med til invasive undersøgelser, operationer eller behandlinger med potentielle bivirkninger. Hvis lægen ikke opfanger dette behov, og imødekommer det med argumenter, vil patienten sige nej til en, i øvrigt velbegrundet og nødvendig, undersøgelse.

Paul Farmer, professor i medicinsk antropologi på Harvard universitetet beskriver i en artikel i PloS fra 2006 hvad han kalder ”strukturel vold i klinisk medicin”. Hans holdning er at mens læger på et overordnet plan er klar over hvordan sociale uligheder, køn, etnicitet og politiske forhold bestemmer hvem der bliver syge og hvem der har adgang til, og får fuldt udbytte af-, sundhedsvæsenet. Men hans pointe er at denne indsigt i sammenhængen mellem sociale faktorer og sygdom ikke kommer til udtryk i formelle kliniske rammer når lægen taler med patienten. Den hellige gral for lægevidenskaben er stadig den molekylære sygdomsbasis og det har bidraget til en tiltagende ”afsocialisering” af sundhedsvidenskabelig forskning og i læge-patient samtaler: der stilles biologisk baserede spørgsmål til fænomener som i bund og grund er biosociale fænomener: patienter med sygdomme der har klare sociale rødder og bånd som Hiv, diabetes, kræft, astma har svært ved at blive forstået af lægen og dermed påvirkes deres behandlings compliance i negativ retning. Der skal strukturelle interventioner til, argumenterer Farmer, og dét er læger ikke uddannet til, men de kan lære sig at analysere de sociale kræfter der er i spil: f.eks. at det ”sociale” element i HIV-infektion ikke er promiskuitet, men fattigdom, skoleuddannelse, adgang til forebyggelse og behandling og visse fattigdomsrelaterede risikomiljøer (728).

Mens det er umiddelbart forståeligt hvordan forudindtagethed kan påvirke lægens dømmekraft og motivation er det straks mere subtilt og nuanceret når der er tale om den kliniske usikkerhed og de mindre bevidste stereotyper der påvirker lægens kliniske beslutningsprocesser (og patientens motivation) uden at læge eller patient altid er helt klar over de mange mekanismer, der træder i kraft under samtalen. Usikkerheden åbner muligheden for at valget af behandling og patientens compliance præges af lægens subjektive skøn og præferencer. Tidspres, problemkompleksitet og pres på

lægens kognitive evner modellerer lægens opfattelse af patientens information og forventninger til patientens compliance og bidrager til at introducere ulighed i valg af informationsniveau, diagnostik, behandling og opfølgning.

Fra studier af videofilmede læge-patient samtaler er det velkendt at patienters etnisk-kulturelle baggrund påvirker læge-patient kommunikationen. Vestlige læger har mindre følelsesmæssig involvering når de taler med etniske minoritetspatienter og vestlige patienter er mere direkte og behovsorienterede end etniske minoritetspatienter (729). Det er derfor sværere at opnå god forståelse og overensstemmelse mellem læge og patient i tværkulturelle lægesamtaler. God lægebehandling kræver en fælles *forståelse* af hinandens opfattelse og mening mens der ikke nødvendigvis skal være tale om enighed mellem læge og patient som sådan (730). I en hollandsk undersøgelse af læge patient samtaler fandt man at etnisk hollandske patienter havde mere forskellige samtaleforløb end samtaler med patienter af anden etnisk oprindelse end hollandsk og at etnisk hollandske patienter oftere forsøgte at bremse samtalen op og styre den og oftere (25 %!) var konfliktfyldte konfrontative end hos indvandrerpatienter (731). En tilsvarende norsk undersøgelse finder samme tendens og påviser samtidig at etniske minoritetspatienters bekymringer og angst ofte udtrykkes gennem indirekte udtryk for at nedtone dem (732). Læger og sygeplejersker veksler ubevidst mellem flere roller i samtaler med arabisktalende diabetespatienter: omsorgsperson/plejer, lærer/pædagog og ekspert. Hver af rollerne er forbundet med ubevidste idealer, værdiformidling og framing af patienten – fra at være teoretisk professionel til praktisk professionel, der italesætter patienter som sårbare, besværlige eller kronisk syge (733).

Anerkendelse og lydhørhed

En kvalitativ undersøgelse i en arabisksproget diabetes patientskole i Danmark, fandt man at mange af patienterne havde mest ud af rammerne og tilgangen end selve den faktuelle diabetes viden, der blev formidlet. Det viste sig at patienterne oplevede en respektfuld atmosfære med god tid og en ustresset tolk, hvormed deres individuelle fortællinger blev bevidnet og anerkendt – en følelse og oplevelse, der gav dem styrke og mod i hverdagen som diabetespatienter (734). Evolutionspsykologen Jill Byrnit mener at mennesket er et pattedyr, der gennem en socialbiologisk kontrakt, får lov til at blive født uden kompetencer (modsat andre pattedyr). Byrnit har beskrevet hvordan mennesket fødes ind i social livmoder, hvor næringsstoffet er anerkendelse (735). Får vi anerkendelse, så giver vores personlige projekt og relationer mening og vi kan håndtere modgang med hjælp fra andre – men det kræver at andre anerkender vores opfattelse og adfærd. Får vi ikke anerkendelse, så visner vi og vi kan ikke leve med sygdommen. I studiet fra København fik deltagerne et boost i deres selvværd og selvrespekt – faktorer som i deres fravær påvirker compliance negativt (736). Det er sandsynligvis den anerkendende tilgang (”set, hørt og forstået”), der får patienter til at lytte og til at tro at de kan tackle deres sygdom og behandlingen (737).

Medicingennemgang er tidskrævende, men også lærerigt. En patient viste sig f.eks. pga. medicinsubstitution, at få 2 slags morfika, 2 slags Sertralin og 2 slags Mirtazapin, samt Noritren (pt. usikker på indikation) og Klorzoxazon (pt. usikker på indikation). Ingen af pillerne havde effekt ifølge patienten.

I et andet tilfælde viste det sig at vekslede psykisk tilstand (og complianceproblemer) hos et forældrepar skyldtes at de pga. dårlig økonomi delte medicinen mellem sig: nogle uger var mor nem at tale med, andre uger var far der er til at tale med. Complianceproblemer skal normaliseres – alle kan glemme deres medicin eller blive vred på pillerne. Gør det til et fælles projekt at få styr på det og skab den fornødne tillid så informationer om manglende doser oplyses og dermed kan bidrage til at forstå blodprøvesvar og styrke complianceindsatsen.

Det er vigtigt at anvende pauser i samtalen om compliance, som det følgende eksempel illustrerer: (Samtale med læge, tjetjensk kvinde og russisk tolk)

Læge: *Hvordan har du det:
skidt.....rigtig skidt*

.....

Læge: *ATT kommer på hjemmebesøg – hvad tænker du om det?*

.....
De er ikke kommet endnu.....

.....
 Læge: *Har du været hos neurologen med din hovedpine igen?*
 Nej.....jo.....jeg skal ikke komme der igen

.....
 Læge: *Har du taget Lyrica pillen som neurologen ordinerede mod hovedpine?*
 Nej.....

.....
 Læge: *Har du købt dem?*
 Ja.....

.....
 Læge: *Vil du fortælle hvorfor du så har valgt ikke at tage Lyrica?*

.....
I Rusland siger vi at medicin er som narkotika.....

.....
*Og jeg er muslim og vi må ikke tage narkotika*

.....
 Læge: *Jamen Lyrica er smertestillende medicin men ikke narkotika? Ved du det?*
 Ja jeg har søgt på nettet.....

.....
 Læge: *Hvad er det så der får dig til ikke at tage dem?*

.....
 (lav stemme): *jeg er gravid, så jeg tør ikke tage dem*
 Læge: *Jamen det er da fornuftigt af dig!*

.....
 ..*Jo men jeg er bange.....*

.....
 Mig: *For hvad?*

.....
At den scanning jeg var til for 2 måneder siden har skadet barnet for jeg sagde hverken til min læge eller til dem der scannede mig at jeg var gravid og nu tør jeg ikke tænke på det.
 Læge: *Det var en scanning der ikke skader barnet*

.....
 Ok, *panodil virker også godt – må jeg tage dem mod hovedpine?*

Case 1

En patient henvist til klinikken med dårlig medicin compliance (sukkersyge) viste sig at være ”fallit på kontanthjælp” fordi hun gentagne gange havde fået astronomiske elregninger. Sagsbehandler havde ikke undret sig over at en enlig kvinde i toværelses lejlighed kunne have så store faste el-udgifter. Det viste sig at patienten havde svær PTSD og ikke kunne falde i søvn når det var mørkt. Hun forsøgte derfor at illuderer dagslyset, så hun kunne få lidt søvn, ved at købe og tænde anselige mængder af lamper med 100 watts pærer.

Case 2

Patient henvist til klinikken pga. usædvanlig træthed og psykisk ændring i løbet af ½ år. En simpel tolket samtale gjorde det klart at patientens træthed skyldtes at patienten to 3 dobbelt dosis Mirtazapin 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. Receptfornyelsen styres af sekretærerne hos de to læger patienten havde kontakt til og via patientens 12-årige barnebarn. Patienten havde ikke været fysisk hos psykiateren i ½ år.

Case 3

Patient henvist med mavesmerter og hovedpine. Patienten fik, viste det sig ved en tolket samtale: 2 slags morfin, 3 slags NSAID, 2 NSAID-cremer, Imodium, Omeprazol, Alopam, SSRI og en række håndkøbsprodukter. Patienten fik Simvastatin 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. Efter medicin gennemgang med en to-sproget klinisk farmaceut, sagde en patient om samtalen: "Det var godt at jeg kunne spørge hende om alt. Der var medicin jeg tog helt forkert og der var medicin jeg ikke turde tage sammen – det gør jeg nu. Hun gjorde mig tryk ved medicinen".

Case 4

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 tosprogede kliniske farmaceut tilknyttet klinikken, sammen med patienten, gennemgik hvilken medicin der var ordineret på andre sygehusafdelinger og hvad der faktisk var blevet hentet på apoteket. Det viste sig at patienten fik dobbelt dosis Truxal ifht. ordinerede pga. substitutions pakninger, men også at patienten samtidig fik både 2. og 3. Generations neuroleptika. Patienten fik en høj dosis emperal både fast og p.n. et præparat der nedsætter krampetærsklen. Endelig fik patienten flere præparater der hver især virker sløvende og påvirker kognitive evner, samt Dolol i relativt høj dosis som p.n. Efter hjemmebesøg hvor patienten fremviser sit medicinlager 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.

Case 5

En patient med Hypofyse hormon sygdom havde svært ved at opnå god kontrol med sine hormoner bedømt på blodprøverne. Det viste sig at patienten stod op meget tidligt for at bede, men hun ventede med at tage medicinen indtil det tidspunkt sygeplejersken havde fastlagt kl. 8 om morgenen.

Case 6

En patient havde meget svært ved at huske at tage sin aftenmedicin. Det viste sig at patienten konsekvent ikke tog sin aftenmedicin fordi hun var bange for at tage medicin når det var mørkt. Patientens mor døde om natten efter at have taget aftenmedicin og patientens søster døde ligeledes om natten efter at have taget sin aftenmedicin.

Case 7

Nyretransplanteret mand (nyreskader efter tortur). Stopper, efter mange års normal compliance, sin immuntrykkende behandling og henvises til klinikken mhp at øge compliance. Årsagen viste sig at være, at patienten har set sin torturbøddel i den by, hvor han bor, og at denne person havde dansk pas, mens patienten selv havde fået afslag på ansøgning om dansk statsborgerskab.

Case 8

49-årig arbejdsmigrant fra Fjernøsten, der havde arbejdet siden 17-årsalderen som plejehjemsassistent. Brød psykisk sammen som 42-årig, blev langtidssygemeldt og fyret. Henvist til Indvandrermedicinsk klinik, hvor patienten fortæller at hun blev er-traumatiseret da en mandlig plejehjemsbeboer flere gange opførte sig seksuelt grænseoverskridende med fysisk tvang. Patienten var, fortalte hun, blevet seksuelt misbrugt som ung pige af et ældre familiemedlem i hjemlandet. Arbejdsmiljøet på plejehjemmet var desuden meget dårligt med mobning og verbale overfusninger. Patienten blev henvist til psykiater og sat i medicinsk behandling. Blev henvist til arbejdsmedicinsk vurdering, hvor man fandt at patienten var blevet udsat for skadelig mobning og traumatiserende overgreb som blev anmeldt. Patienten havde desuden lavt stofskifte og hypertension. Patienten havde koncentrationsbesvær og dissociationstendens og kunne ikke overskue sin medicin. Der blev tilknyttet hjemmesygeplejerske men kommunen fandt at patienten var selvhjulpnen nok til at hun selv kunne hente sin medicin på plejehjemmet – det selvsamme plejehjem hvor patienten var blevet re-traumatiseret. Patienten turde ikke hente sin medicin fordi hun fik angstsymptomer allerede på parkeringspladsen. Hjemmesygeplejerskerne var ikke bekendt med patientens historie og medicinophældning i hjemmet blev genetableret.

Kommentar:

Man kan som læge sjældent regne ud hvorfor der er adherenceproblemer – det bør altid tage udgangspunkt i en samtale.

Vigtigt at tage udgangspunkt i at normalisere glemsomhed og problemerne med at tage medicin.

Økonomi og adherence hænger tæt sammen og løsninger må være pragmatiske.

Det er afgørende at lægen jævnligt får bekræftet at patienten har korrekt viden om sin medicin.

Medicingennemgang er en vanskelig opgave der kan lettes ved at anvende tolk eller tosprogede kliniske farmaceuter.

Kender lægen patientens døgnrytme er det lettere at finde en passende løsning.

Pga. PTSD's indvirkning på hukommelsen, er det vigtigt at information løbende holdes ved lige, da information kan forsvinde eller være blevet utilgængelig for patienten.

10: Særlige somatiske opmærksomhedspunkter

Hudsygdomme

Furunkulose og svampeinfektioner der kan ligne eksem, er almindelige og kræver ofte behandling. Det samme gælder tinea capitis. Pediculosis capitis og scabies ses hos 15-25%, scabies er hos mindre børn ofte lokaliseret til kroppen snarere end til hænder og fingre og er hyppigt ledsaget af impetigo.

Tegn på rituelle ar (skæring, brænding), kløende elementer (larva migrans eller strongyloides)

Anæmi

Mikrocytær anæmi kan være ernæringsbetinget jernmangel eller blødningsanæmi forårsaget af hageorm i mave-tarm-kanalen. Mikrocytær anæmi kan også skyldes blyforgiftning, der ses i forbindelse med mindre børns indtagelse af afskallede flager af blyholdig maling, fx fra gamle træhuse evt. i forbindelse med pica forårsaget af samtidig jernmangelanæmi. Endelig ses mikrocytær anæmi ved talassæmi, der ligesom seglcelleanæmi og en række andre hæmoglobinopatier er langt hyppigere hos patienter fra den 3. verden end hos patienter fra Europa. Et lavt MCV giver mistanke om bærertilstand af talassæmi. Makrocytær anæmi på grund af folinsyremangel og i sjældne tilfælde mangel på B12-vitamin ses, men mest hos børn, der har levet på vegetarisk kost.

Handicap

Det er beskrevet i mange samfund hvordan mennesker med forskellige kropsfunktioner, kropsbygninger, størrelser og former bliver genstand for stigma, fordomme og diskrimination. Man skelner mellem "fysisk udfordret" (svækket, nedsat funktionsniveau) eller "handicap" – den første refererer til et tabe af en legemsdel eller en kropsfunktion, mens den sidstnævnte refererer mere til de mange sociale og psykiske ulemper og forhindringer der følger af deres tabte funktion (738). Det er dog ikke alle handicaps der er associeret med stigma og diskrimination (F.eks. kan blinde i mange samfund tillægges særlige evner), men snarere anses for at have særlige evner, men det er undtagelser i det store billede. Fysiske eller psykiske abnormiteter anses i mange samfund for at være et symptom på at der er noget galt med sociale relationer, en straf eller udtryk for en familiesvaghed. Handicappede er "uperfekte" mennesker og bør isoleres fra sociale relationer – de kan afsløre en familiesvaghed. Hvad familien gør hvis de har et barn med synlige fysiske forandringer, afhænger af den "diagnose" barnet får: f.eks. opdeler man i et samfund nyfødte der er usædvanlige eller abnorme i udseende i 3 grupper – "dårlig" (albino, Downs syndrom, dværgvækst, hydrocephalus), "mangelfuld" (deforme arme eller ben, fødselsskader, polio), "ceremoni" (tvillinger, sædefødsel, klumpfod, fejlering). Den sidste gruppe får særlig opmærksomhed og har en vis social status, mens de "dårlige" marginaliseres som "ikke-humane", der ikke forventes at få et langt liv. De "mangelfulde" anses for at være resultatet af dårlige relationer i familien eller med lokalsamfundet. I hjemlandet ses handicappede dog generelt ikke som abnorme, afvigende personer, men som personer, der er begrænsede i deres muligheder. De er i høj grad involveret i familiens arbejde, rutiner og relationer.

Skader efter ulykker, slag eller meningitis i barndommen kan være svære at opfange ved en kort samtale, men det er vigtigt at have fokus på cerebrale følger efter sygdomme eller ulykker i hjemlandet.

De beskyttende faktorer der eksisterer i flygtninges hjemlande, forsvinder i eksil. Mange sociale koder skærpes og forvrænges i modtagerlandet og der kan være sociale krav fra resten af minoritetsgruppen om at være en "stærk" sund familie. Ideer om årsager til handicap og psykisk sygdom kan ligeledes blive skærpet i minoritetsmiljøer i en sådan grad at familier med handicappede børn kan blive en minoritet i minoriteten. Blandt migranter og flygtninge vil man ofte forsøge at skjule et handicappet familiemedlem, men samtidig vil der være et stort behov for at fjerne eller reparere de fysiske forandringer.

Syfilis, hepatitis B

Undersøgelse for medfødt syfilis kan derfor være relevant (anti-flagel-IgM og fluorescent treponemal antibody absorption-test for IgM, idet Wassermanns reaktion (WR) og rapid plasma reagin-test (RPR) vil være falsk positive ved positivitet hos moderen uden smitte til barnet indtil 3-måneders-alderen, de

tilsvarende IgG-undersøgelser indtil 12-månedersalderen. Ca. 5% af nyfødte og småbørn i lavindkomstlande er hepatitis B-antigenpositive, og hyppigheden stiger indtil voksenalderen til 15-20%. Hvis der ud over HBs-antigenpositivitet også er positiv Hbe-antigen, er der risiko for kronisk aktiv hepatitis og indikation for at henvise barnet til relevant specialafdeling mhp behandling for på lang sigt at reducere risikoen for udvikling af levercirrose eller hepatocellulært karcinom. Da hepatitis B-positive børn udgør en smitterisiko for familien og andre tætte kontakter, anbefales vaccination af nære kontakter.

HIV

Flygtninge og familiesammenførte til flygtninge har højere forekomst af HIV-infektion end baggrundsbefolkningen i Danmark. Der er også en højere risiko for "senere præsentation" end blandt andre HIV-smittede, men det er mest udtalt blandt flygtninge fra Sydøst Asien og fra Afrika syd for Sahara (739). Der er ikke lavet undersøgelser af hvad der ligger bag den sene diagnose, men bedømt på mønstre fra andre sygdomme, så er der ofte tale om en uheldig kombination af stigma, angst for sundhedsvæsenet og at læger nemt kan overse den diagnostiske mulighed pga. de almene og vage symptomer eller fordi de først sent får mistanke hos heteroseksuelt smittede (517). HIV-smittede identificeres påfaldende ofte i forbindelse med anden klinisk kontakt: hvis vedkommende har en anden kronisk sygdom, ved graviditet, patienter mistænkt for malaria, mistanke om kronisk tarmsygdom, anæmiudredning eller før rutineoperation (740). HIV-test bør være en del af helbredsbedømmelse af nyankomne flygtninge (544). HIV-smittede migranter lever svære dobbeltliv med stigmatisering, isolation, lavt selvværd og høj risiko for depression (741, 742).

Malaria

Malaria kan give anledning til anæmi, men vil hyppigst præsentere sig som en febril sygdom evt. ledsaget af opkastninger og diaré. Falciparium-malaria vil oftest optræde inden for de første tre måneder efter ankomsten til Danmark og må altid mistænkes i denne periode ved feber og give anledning til, at der undersøges for malaria.

Tuberkulose

Migranter har en højere risiko for tuberkulose end baggrundsbefolkningen. Især FN-kvoteflygtninge, familiesammenførte til flygtninge og tidligere asylansøgere har en høj risiko. Der er desuden højere risiko i andre migrantgrupper og familiesammenførte hertil (743, 744). Det er vigtigt at overveje tuberkulose hos alle migrantgrupper og familiesammenførte uanset årsagen til migration (745, 746). Ekstrapulmonal tuberkulose er hyppig blandt migranter og hævede lymfeknuder bør lede til undersøgelse (548). Screening for latent tuberkulose er ligeledes vigtig (747). Tuberkulosesygdom kan opstå mange år efter ankomsten og mistanken skal altid være til stede (549). Faren for at tuberkulosekontrolforanstaltninger reproducerer ideer om etnicitet og overdriker det individuelle ansvar er overhængende og der er behov for at man i højere grad fokuserer på de sociale vilkår der reproducerer TB-smitte (748).

Diagnosen kan være svær at stille hos børn, symptomerne er ukarakteristiske i starten, men de har en høj risiko for at udvikle alvorlig sygdom (749). De har ikke så meget opspyt og symptomerne er mere uspecifikke: dårlig trivsel, vægttab, træthed og nogle gange vedvarende feber. En vigtig ledetråd er om der er andre nære kontakter i familien som har kroniske hoste eller kendt tuberkulose. Der bør være en meget lav tærskel for henvisning af især nyankomne flygtningebørn ved mindste mistanke om tuberkulose. Børn kan smittes i selv kort ophold i flygtningelejre, så en præcis rejse og opholdsanamnese inklusivt under flugten er afgørende. Se kapitel om helbredsbedømmelse af nyankomne flygtninge.

Øre-næse og hals

Trommehinden intakt?, høretab? Tandstatus, struma, uvulektomi? cervikale lymfeknuder? Rituelle tandforandringer?

Thorax

Mislyde (klap eller anæmi), tidligere tuberkulose?

Gynækologisk

Tegn på seksuelt overført sygdom, genitale forandringer/ændringer

Neurologisk

Tab af sensoriske og motoriske sanser, polio, fødselsskader, medfødte lidelser

Psykisk og kognitivt

Søvnbesvær, mareridt, traumer, overgreb, hukommelsesforskydninger, vrangforestillinger, angst.

Kognitive funktioner intakte, læsefærdigheder, syn og hørelse

Se i øvrigt kapitel om helbredsbedømmelse af nyankomne flygtninge.

Alder

Vær opmærksom på om der er overensstemmelse mellem patientens faktiske alder og fødselsdatoen. Der opstår ofte fejl enten ved registreringen (eller på mangel på samme) af fødslen i hjemlandet eller der kan ikke sjældent opstå fejl ved registreringen i Danmark. Patienterne er ofte selv klar over fejlen, men nævner det ikke spontant. Selvoplevet alder kan være en god parameter for selvbedømmet helbred i mangel på bedre tværkulturelle værktøjer.



11: Terminal sygdom og palliation

Ilhan Ilkilic referer en case hvor en 23-årig ung tyrkisk mand, der blev diagnosticeret med udbredt kræft. Kemoterapi havde ingen effekt og hans tilstand forværredes hurtigt. Han blev overflyttet til en palliativ behandlings afdeling (750). Hverken patienten eller dennes forælder talte andetsproget (tysk) og der blev derfor anvendt en tolk, som familien kendte, til en samtale om den alvorlige situation. En tyrkisktalende sygeplejerske deltog i samtalen og nævnte efter samtalen for lægerne at den anvendte tolk ikke havde oversat informationen om at behandlingen var udsigtsløs for patienten. Der blev arrangeret en ny samtale med en tolk der ikke kendte familien, hvor patienten fik "sandheden" at vide. To dage senere døde den unge kræftpatient. Forældrene anklagede efterfølgende lægerne for at have slået drengen ihjel ved at fortælle ham "sandheden", som var forskellig fra familiens "sandhed". Det etiske problem er at lægerne går ud fra at sandheden er entydig og at der kun findes én ret: retten til at vide. Men i mange samfund er der en ret til IKKE at vide, som sygeplejersker og læger i f.eks. Danmark har umanerligt svært ved at acceptere. Som Ilkilic konstaterer, så er der ingen læring i forløbet. Der er ingen af de involverede, der finder ud af hvorfor den anden handlede som vedkommende gjorde. Uden refleksion over disse konflikter og sammenstød mellem ritualer bliver vi aldrig klogere, konflikter vil fortsætte med at opstå og ingen er tilfredse.

I en anden case fra Thailand beskriver Ilkilic en 39-årig bygningsarbejder, der falder ned fra et stillads og slår hovedet mod fortovet. Han indlægges bevidstløs, lægges i respirator, men viser sig at være hjernedød. Hans broder er til stede og mener man bør slukke for respiratoren for at lette hans lidelser, men lægerne modsætter sig fordi de mener det er "uetisk". Det viser sig at det i mindre grad er etik, men i højere grad en mosaik af argumenter om at deres professionelle uddannelse forbyder dem "at slå patienter ihjel", frygt for sagsanlæg og livets hellighed. Lægerne er buddhister og buddhismen forbyder drab og ifølge samme overbevisning, så er åndedrættet det sidste, der dør hos et menneske. Hvis man slukker respiratoren, svarer det til at lægen slukker for patientens sjæl og lægen vil blive opfattet som frastødende og som havende onde hensigter. Lægens egen karma er i spil selvom det er patienten der er i centrum. I buddhismen skaber handling enten fortjeneste eller udåd. Hvis lægen har en overvægt af udåd, kan det påvirke vedkommende resten af livet. Men en kvindelig læge kommer med løsningen: grunden til at patienten stadig trækker vejret er hans mentale bånd. Tricket er at hun anvender et thailandsk begreb "garnnøgle af problemer" som synonym for mentale bånd, hvilket antyder at bekymringer og uløste problemer holder ham til livet. Hun spørger broderen hvad han mener patienten grubler over og broderen fortæller at patienten ofte havde nævnt at han gerne ville udnævnes til munk inden sin død. Den kvindelige læge foreslår at broderen drager til hjemegnen og lader sig udnævne til munk som "stand-in" for broderen og kommer tilbage og fortæller patienten det, så han endeligt kan slippe livet. Broderen gjorde som anbefalet og kom tilbage hvorefter lægerne, uden at få skadet deres karma, kunne slukke for respiratoren. Igen forhindrer lægerne en acceptabel løsning ved at antage at der er en global etik, som alle mennesker følger og som kan anvendes i enhver situation. I denne case er truslen mod lægernes personlige karma, luftige ideer om den lægelige uddannelse og lægeløftet vævet så tæt sammen med moralske holdninger at de mister beslutningskraften – den pragmatiske løsning, der kobler alle behov ovenpå patientens (og broderens) behov er den vindende løsning, mens lægerne med deres vestligt farvede "etik" havde svært ved at etablere et kompromis.

Der er meget forskellige meninger på tværs af kulturer, om at fortælle patienter sandheden og det er en vigtig debat i bioetik. Det ser ud til, at mens "ret til at vide" er centralt i bioetik, så er sundhedspersonalet i nogle kulturelle sammenhænge bange for at skulle kommunikere dårlige nyheder. Patienterne må ikke modtage oplysninger direkte, fordi det er opfattelsen at sandheden kan få patienten til at føle sig håbløs og ude af stand til at klare sygdommen. Ikke desto mindre mener andre, at netop deling af oplysninger kan styrke et tillidsforhold mellem patienter og læger. I nogle tilfælde kræver principperne om respekt for patientens autonomi imidlertid at de sundhedsprofessionelle accepterer patientens afvisning af at kende sandheden og bestemmer, at anden en person skal modtage oplysningerne og træffe de lægelige beslutninger på patientens vegne. Sundhedssektoren og den enkelte ansatte bør ikke arbejde

ud fra en fælles politik for alle patienter, men bør undersøge, hvad den enkelte patients reelle interesse er, for at respektere individuel autonomi (751). Ofte er de pårørende mere bekymrede end patienten selv er. I mange samfund taler man aldrig om kræft – der er en forbandelse over kræft, den er udtryk for svaghed, straf og smitsomhed. Sygdom er i det hele taget kendetegnet ved skyld, skam, onde øjne og pay back. Patienter spørger konstant: ”hvorfors ramte sygdommen mig?”. Opfattelsen af sygdommens, og dødens-, årsag og virkning er betinget af social og historisk kontekst, men skolegang og naturvidenskabelig tilgang kan udvise forskelle mellem samfund. Men det er karakteristisk for patienter, der kommer fra familier og sociale netværk med kort eller ingen skolegang, at brud på rutiner, ritualer og traditioner er voldsomt angstprovokerende. Det kræver derfor ofte en kulturelt sensitiv tilgang at forstå reaktionsmønstre og patientbehov i palliation, livstruende sygdomstilfælde og dødsprocessen. I Danmark har patienter en etisk, lovgivningsmæssig og kulturelt betinget ret til informerede beslutninger om den sidste tid. Men dét er langt fra alle lande og kulturer, der værdsætter denne ret/frihed – snarere tværtimod. I mange samfund er familien den mindste enhed og ingen individuelle medlemmer af familien kan selvstændigt tage beslutninger om sygdom, behandling eller død. I samfund, hvor lægen er omgærdet af en urørlig respekt kan det være svært at inddrage patienten i beslutninger: ”Det er dig der er lægen, du bestemmer” og forsøg på at inddrage patienten kan virke malplaceret og familien indtryk af lægelig usikkerhed eller svaghed i en ubehagelig situation, hvor der netop er behov for lægens absolutte beslutningskraft. For andre patienter er sygdomsforløb forudbestemte skæbnestyrede – men lægen må godt hjælpe til.

Når over 10 % af Danmarks befolkning kommer fra andre samfund vil alvorlig sygdom som kræft, sensitive processer som aktiv behandling versus palliation og ritualer op til og efter døden kræve nye kompetencer af de sundhedsprofessionelle. Lige så varierende døden kan være for etniske danskere, lige så varieret er den for somaliere og tjetjenere, men variationerne er måske længere fra det man som etniske dansker er vant til. I en tysk undersøgelse af alvorlig sygdom blandt migranter fandt man følgende afgørende temaer (752, 753):

1. Meddelelse om ubehagelige diagnoser i tværkulturelle sammenhænge er svært. Det er ikke en løsning i sig selv at bestille en tolk, hvis den information der gives, ikke-intenderet, leveres på en ufølsom, brysk eller stødende måde. Kulturbårne opfattelser, værdier og ritualer kan ikke oversættes én-til-én. Tværkulturelle sensitive samtaler kræver kompetencer, øvelse og refleksion.
2. Der er ingen muligheder for generalprøver på vanskelige samtaler. Det er derfor vigtigt at være trænet i kulturel omstilling og tilpasning under samtalen, dvs. løbende konsensus, delkonklusioner og konfirmation af aftaler og forståelse af budskaber, samt mulighed for at tvivlsspørgsmål.
3. Behandlingsmål må tages op til revision flere gange sammen med patient og pårørende.
4. Standardbemærkninger giver ikke (altid) mening og er ikke nødvendigvis et validt argument i alle kulturer: f.eks. ”Behandlingen foretages i barnets interesse” kan lyde som en desavouering eller brutal afvisning af forældrenes eller hele familiens interesser og dermed skabe en konflikt. Sundhedsprofessionelle skal trænes i at forklare hvordan de har ræsonneret og inddrage patient og pårørende i beslutningsprocessen selvom man står langt fra hinanden.
5. Personalet skal trænes til håndtere diagnostisk og prognostisk sandhed i tværkulturelle sammenhænge, hvor sandheden (kræft, uhelbredelig sygdom) kan være relativ eller have en hel anden betydning.
6. Kulturelle værdier kodes på modersmålet – det gælder ikke mindst værdier omkring fødsel, sygdom og død. Det er derfor ekstra vigtigt at der er en meget liberal anvendelse af tolk ved samtaler hvor grundlæggende holdninger, forklaringer og perspektiver skal afklares – også selvom patient eller pårørende umiddelbart er tosprogede.
7. Tolke skal uddannes bedre til komplekse tværkulturelle samtaler hvor mange modsatrettede værdier, ikke mindst tolkens troværdighed, ære og professionalisme, er i spil samtidigt.

Det er ofte modsætningen mellem kulturelle/religiøse/traditionsbundne behov og lægevidenskabelige behov, der kan opstå konflikt omkring. Her gælder at ingen af delene i sig selv kan skabe en holdbar acceptabel og etisk forsvarlig løsning. Princippet må være at patienten har informeret autonomi. F.eks. er det acceptabelt for en Muslim at bryde fasten hvis vedkommende bliver syg, men det kan være personligt

meget afgørende for en Muslimsk terminalt syg kræftpatient, der er i kemokur, at holde fasten i den, efter alt at dømme, sidste og derfor vigtigste Ramadan (753).

Anvendelsen af en professionel tolk er et vigtigt redskab til at opnå en fælles forståelse og løsning. Det er imidlertid ikke helt simpelt for en tolk at have fuldstændig overblik eller kontrol over de semantiske problemer og subtile tegn og koder, på begge involverede sprog, og som kan være helt afgørende for forståelse i interaktionen mellem patient og læge. Derudover kan tilstedeværelsen af en tredje person i en så følsom samtale være en krænkelse af intimitet, integritet og fortrolighed mellem patient og læge. Et familiemedlem eller en ven som tolk kan manipulere eller tilbageholde oplysninger om en alvorlig diagnose på grund af relationen til patienten uden at lægen eller patienten opdager det.

F.eks. er beslutning om behandlingsafbrydelse eller palliation en familie beslutning i Islamisk tradition. Det er ikke korrekt at fremskynde/være skyld i død. Det kan være et problem at undlade at give patienten føde og væske, ligesom det kan være problematisk at beslutte at der ikke skal foretages genoplivning. Som muslim har pligt til at søge lægehjælp og beskytte/forsvare kroppen. Svær (terminal) sygdom er skaberens test og en del af livets processer. Døden betyder at sjælen kommer hjem til skaberen igen – det er en naturlig del af livet og skaberen bestemmer hvornår og hvordan det skal ske. Der kan desuden være en opfattelse af en vis bevidsthed efter døden, hvilket kan give problemer i forhold til sektionstilladelse. Generelt er der i undersøgelser fundet mindre kendskab til og accept af livstestamente blandt etniske minoriteter (754). Afrikanske migranter (syd for Sahara) er generelt mere indstillede på at gøre alt end flere andre minoriteter. Asiater og sydamerikanere fandt at familie beslutninger om den sidste tid var det sikreste. Migranter fra nogle asiatiske og sydamerikanske lande var meget klart imod at give patienten besked, men studierne fandt store forskelle afhængigt af integration, skolegang og at de fleste migranter havde hybride opfattelser og holdninger som må drøftes i hvert enkelt patienttilfælde (754).

Der knytter sig særlige udfordringer til begravelse og død for migranter og flygtninge. Det giver hyppigt anledning til en kronisk sorgtilstand, hvis man som migrant (hyppigst krigsflygtninge) er afskåret fra at se forældre/bedsteforældre før de dør eller at kunne besøge deres grav efterfølgende. På samme måde er det næsten uløseligt hvis en flygtningefamilie, hvor et medlem har født et dødfødt barn som er begravet i Danmark, efterfølgende udvises af landet (f.eks. fordi den midlertidige opholdstilladelse ikke forlænges, da der politisk er taget en beslutning om at hjemsendelse er blevet forsvarlig).

Standardiserede retningslinjer omkring livstruende eller terminal sygdom kommer ofte til kort overfor patienter, der tilhører mere kollektivistiske kulturer, fordi patienterne ikke ønsker at blive informeret og fordi beslutninger ofte involverer flere familiemedlemmer, der i nogle tilfælde kan befinde sig i hjemlandet (755). Smerter betydning, oplevelse og udtryk har rødder i den enkelte patients kultur og erfaringer og om, og hvordan og hvornår de udtrykkes, afhænger af en række kulturelle faktorer (507). For eksempel kan smerter i forbindelse med terminal sygdom opfattes som en naturlig livstest, om man er et godt og stærkt menneske, om man er stærk i troen eller det kan være en straf. Smertelindring kan dermed gå imod patientens grundholdninger (756). Smerter er en del af livet og vejen til et godt efterliv (757). Håbløshed anses i nogle religiøse sammenhænge som en naturlig del af livet og den kan kun håndteres som en del af vejen til frelse (758). Asiatiske terminale patienter er bevidste om deres psykosomatiske symptomer og psykisk lidelse, men møder et sundhedsvæsen, der har fokus på de fysiske symptomer og generes af patienters forsøg på at drøfte psykologisk lidelse (759). Personalets manglende viden og forståelse for andre sygdomsritualer og patienters ofte negative erfaringer med sundhedsvæsenet fører til ulighed i adgang til palliation og til suboptimale terminale sygdomsforløb, der både har Institutionelle, kulturelle og individuelle årsager (758, 760, 761).

I en undersøgelse af lægers verbale og nonverbale kommunikation med afroamerikanske patienter i palliativ behandling, fandt man at der ikke var forskel i den faktuelle verbale kommunikation mellem hvide or sorte læger, men at der var betydeligt mindre empati og relations opbygning samt mindre non-verbal sympati, hvis det var en hvid læge ifht. en afroamerikansk læge (762).

Kvaliteten i palliativ behandling påvirkes hvis der er sprogbarriere og de pårørende får signifikant mindre information end pårørende til andre patienter (763-765). Silva fandt i et review, at døende patienter med sprogbarriere ofte var udsat for at pårørende eller ad hoc tolke blandt personalet blev anvendt, men at de havde signifikant dårligere smertekontrol, flere symptomer og mere angst end

patienter hvor man anvendte professionelle sundhedstolke (766). En undersøgelse blandt 142 certificerede professionelle sundhedstolke i USA med mere end 5 års fuldtidstolkning fandt man at 85 % var trygge ved at have tolkeopgaver i forbindelse med palliation og den sidste tid, men kun 52 % af dem fandt at samtalerne ikke forløb tilfredsstillende. Det afgørende fund var, at de tolke der var klar over deres rolle i samtalerne også var dem der følte at de forløb tilfredsstillende (767). Et stort opbygget studie med serielle fokusgrupper med erfarne sundhedstolke gav ideer til at øge kvaliteten af palliative samtaler med sprogbarrierer involveret (768). Tolkene anbefalede: 1) at tolke og læger øgede deres kommunikative og empatiske kompetencer, 2) at læger fik en klarere og mere åben forståelse af kulturel følsomhed og at de var bedre til at tale gennem en tolk og 3) at tolke fik flere konflikthåndteringsværktøjer, da de ofte oplevede først at blive tilkaldt når situationen var tilspidset og med højt konfliktpotentiale. Deres roller kunne skifte mellem være ren sprogfortolker og så en broget kulturel forhandler og bilateral ambassadør. Tolkene anbefalede derfor at læge, sygeplejerske og tolk mødtes før samtalen for at aftale mål, struktur og roller – især før samtaler hvor konfliktniveauet var højt (768).

Et svensk litteraturstudie om palliativ behandling og pleje af etniske minoritetspatienter fandt 3 hovedtemaer. Det første hovedtema er hindringer for transkulturel palliativ behandling, såsom ineffektiv kommunikation mellem sygeplejersker, patienter og pårørende. Kommunikationsproblemer mellem aktører kan være mere komplicerede, når de bruger tolke og kan skabe etiske dilemmaer i informationsstyring. Det andet hovedtema er strategier til at gøre transkulturel palliativ behandling og pleje mere effektiv, såsom uddannelse, træning og rekruttering af sundhedspersonale, ønsket om at give patienten den bedst mulige pleje og bedre samarbejde mellem aktørerne (769). Ekblad et al. viste, at kommunikation mellem patienten, de pårørende parter og de sundhedsprofessionelle sjældent er friktionsfri (770). At tale samme sprog var ikke en garanti for gensidig forståelse mellem mennesker. De sundhedsprofessionelle påpegede, at kommunikationen mellem dem og patienten blev forværret, når de ikke kunne bruge et fælles sprog. Huang et al. viste, at kommunikation fandt sted på mange forskellige niveauer, og den verbale kommunikation var kun én af dem (771). Samtidig viste det sig at mønstre i non-verbal kommunikation kunne variere meget mellem forskellige etniske grupper. Dette indbefattede betydningen af stilhed for forskellige grupper, øjenkontakt, berøring, afstand, personlige rum og ansigtsudtryk under interaktion og kommunikation med patienten. Richardson et al. fandt, at bekymringer blandt både sundhedsprofessionelle og patienter altid havde rod i manglende forsøg på at forstå og formindske kommunikationsvanskeligheder (772). Sygeplejerskerne var f.eks. bekymrede over, at patienten ikke forstod sygdommens betydning og de tilgængelige behandlingsmetoder såvel som eventuelle bivirkninger, der kunne opstå under behandlinger. Tolke bidrager til tvivl og usikkerhed fordi de hyppigt mangler de nødvendige kompetencer til at oversætte vanskelige informationer på en værdiskabende måde. Manglende viden førte til, at patienterne ikke kunne træffe velinformerede beslutninger og det palliative forløb var præget af angst for misforståelser og fejlbehandling. Begrænsninger i kommunikation samt oplevede kulturforskelle påvirkede direkte kvaliteten af de sundhedsprofessionelles arbejde med at måle, fortolke og behandle patientens smerte og andre symptomer (773). Sundhedsprofessionelle føler ofte et dilemma mellem at yde den bedste kvalitet i behandling og pleje, samtidig med at de gerne vil imødekomme den enkelte patients kulturelle værdier og rutiner. F.eks. kan beslutningsprocesser om døden og den døende være uddelegeret på en måde som strider mod nordiske rutiner i sundhedsvæsnet, så de tværkulturelle palliative forløb opleves som svære etiske balancegange mellem uforenelige krav (774). Andre har påvist udfordringer i kulturel brobygning ifht. patienter hvis pårørende skærmer den kræftsyge mod at få oplyst diagnosen eller de pårørende er stærkt selektive i de informationer den syge må få. I andre tilfælde opfattes det som tabu at tale om kræft, da det både kan betyde at ikke bare patienten, men hele familien, er svag eller har svigtet socialt set. Det kan f.eks. betyde at en døende henvises til et hospice uden selv at vide at vedkommende er døende og uden at vide at der er tale om lindrende behandling på et plejehjem for døende (775).

Det er vores erfaring, at personalets berøringsangst, manglende forhandlingsvillighed og begrænset kulturel følsomhed overfor uvante ritualer omkring døden og den døende kan bidrage til forvirring og miskommunikation. Det kan opleves som et yderligere professionelt kontroltab at skulle håndtere et så følsomt forløb gennem en tolk, men de fleste konflikter omkring terminal pleje og

behandling opstår pga. manglende anvendelse af tolk og for stor tiltro til pårørendes sprog evner og objektivitet (776). Selvom det kan virke som en let og bekvem løsning at anvende familiemedlemmer som tolke, så er konsekvenserne oftest misforståelser, konflikter og ringere behandlingskvalitet (777). Der er også forestillinger blandt ansatte i sundhedssektoren om at indvandrerfamilier "passer deres egne" og derfor ikke har behov for særlige tilbud. Der er fremsat en række andre forklaringer, herunder ideen om, at visse religiøse traditioner kan være imod anvendelsen af smertelindring eller acceptere dødens uundgåelighed. Dette er også blevet rapporteret med hensyn til jødedommen, selv om nærmere undersøgelse viser, at der er en konflikt mellem bestemte meningsdanneres "ideelle" synspunkter og så den praksis de fleste tilhængere udøver (778). Problemet er fortsat, at nogle vildledende opfattelser kan bevares af klinikere, der har læst fakta-kort resuméer af kulturelle og religiøse præferencer, men anvender denne viden uden at justere den ifht den enkelte patients behov og værdier eller de pårørendes holdninger (779-781). Overdrevent fokus på religion og kultur forstærker forestillingen hos sundhedsprofessionelle om at de faktorer er vigtigere end den enkelte patients behov, hvilket oftest er ukorrekt (om end fagligt bekvemt fordi det fritager den ansatte for ansvar overfor den enkelte patients behov) (782).

Beslutninger om at stoppe visse behandlinger i f.eks. intensiv afdeling er en fagligt og kommunikativt vanskelig opgave, der ikke bliver mindre af tværkulturelle og sproglige barrierer. Et stort review gennemgik forskellige religioners holdninger til beslutninger vedrørende døende patienter, og fandt at de religiøse overhoveder har været på overarbejde for at følge med og der er selvsagt uenigheder indenfor de enkelte religioner (779).

Tabel 22. Udvalgte religioners holdning til forskellige beslutninger omkring livets afslutning.

	Tilbageholde / fravige behandling	Stoppe behandling	Stoppe kunstig ernæring	Organ donation	Assisteret død
Katolikker	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Protestanter	Ja	Ja	Ja	Ja	Nogle
Muslimer	Ja	Ja	Nej	Flertallet	Nej
Ortodokse jøder	Ja	Nej	Nej	(Ja) - uenighed	Nej
Buddhister	Ja	Ja	Ja	(Nej) - uenighed	Nej
Hindu /Sikh	Ja	?	?	Ja	Nogle

Der er imidlertid også påvist forskelle i lægers beslutninger afhængigt af deres personlige overbevisninger og der er store geografiske forskelle i hvordan den enkelte religion håndterer beslutninger mod slutningen af livet (783). Så, udover at have rutiner til afklaring af patientens værdier og behov, så er det også nødvendigt at den enkelte læge og sygeplejerske gør sig klart hvad deres egne værdier og holdninger er. I tabel 23 er der forslag til spørgsmål, der bør overvejes tidligt i et palliativt / terminalt sygdomsforløb:

Tabel 23. Spørgsmål i palliative og terminale patientforløb

Hvad er patientens og de pårørendes holdning til livets hellighed? Hvad er patientens og de pårørendes definition af døden? Hvad er patientens og de pårørendes eventuelle religiøse tilknytning, og i hvilken grad praktiseres den? Hvordan opfatter patienten og de pårørende sygdomsbilledet og årsagerne til tilstanden? Hvem udgør patientens sociale netværk og hvem er med i beslutningsprocesser: Hvem er der af pligt og hvem er der personligt? Hvem er familie og hvem er venner? Hvem kan "bestemme" og hvem bestemmer reelt? Hvem bestemmer over hvilke dele af behandling, omsorg, pleje, føde/væske? Hvem er talerør med størst autoritet? Ændrer beslutningstagere sig i forløbet, hvis der kommer ændring i sygdomsudvikling? Er der tale om en første gangs-situation eller har familien erfaringer fra andre forløb?
--

Patientfortælling

Forfatteren Nicole Krauss skriver i sin bog *Great House* at ”Måske prøver alle flygtninge at genskabe det sted de har tabt af frygt for at skulle dø et fremmed sted”(784). En dansk Ph.d.-afhandling om palliative professionelles oplevelse af migrationshistoriers (livserfaring med migration) betydning for pleje og hvordan migrationshistorier har betydning for patientens håndtering af en terminal sygdom, fandt at de sundhedsprofessionelle oplever at der er tale om uvante kommunikationsformer, uvante rutiner og uvante psykiske traumer, der har afgørende betydning for behandling. Patienterne udtrykte bl.a. deres migrationshistorier gennem ønsker om autentisk mad fra hjemlandet, særlige ønsker til udformningen af personalets nærvær og interaktion, samt i ritualer lige omkring døden og begravelsen (785). Sygdomsforløbet og livets afslutning indebærer overvejelser over ’nært’ of ’fjernt’ og her får livshistorien en central betydning som den fortælling, der kan danne udgangspunkt for en samskabelse af terminal pleje og behandling på tværs af kulturer. Livshistorien, migrantfortællingen, motiverer personalet til at tilpasse og forandre rutiner mens personalets interesse og lydhørhed overfor levnedbeskrivelsen giver patienten den anerkendelse, som motiverer patienten for at anvende livshistorien som et redskab til at skabe genkendelighed, tryghed og tillid. Som en patient udtrykte det i Indvandrermedicinsk klinik: ”Jeg har ikke lyst til at dø på et sprog jeg ikke taler”. Får man lov til at genskabe sit liv, gennem livshistorien, på det sprog man bedst kan tale om barndoms- og migrantlivet, så kan den palliative proces blive en tryk og tillidsfuld proces.

Kræftoplevelsen for patienten og familien kan ikke forstås som en objektiv begivenhed der udvikler sig uafhængig af sin kulturelle kontekst. Det vil være fordomsfuldt og u-konstruktivt at opfatte en kræftsygdom udviklet hos en Irakisk kvinde i Danmark som en ”dansk” kræftsygdom. Forståelse kræver en udvidelse af tankesættet hos den sundhedsprofessionelle. Forståelse opstår ved at fremkalde årsagen og meningen med kræftsygdommen og hvordan patienten og de pårørende søger efter at skabe orden i det kaos en kræftdiagnose skaber og de ændringer de påfører deres livsstil. Kulturelle normer og forventninger påvirker mange aspekter af en kræftdiagnose, herunder: holdning til behandlinger, deres bivirkninger og smerte; kropsopfattelse og seksualitet; forventninger vedrørende lidelse og smerte; offentlig og privat adfærd; interaktioner med myndighedspersoner; fastlæggelse af hvem der i den givne situation styrer familiodynamik, og dens reaktion på den livstruende sygdom; og hvordan døende og død er konceptualiseret, tilnærmes - og mindes. Én af vejene til at styrke patientinvolvering er at de sundhedsprofessionelles tillægger kulturel forskellighed og indsigt en klinisk værdi fordi det kan styrke behandlingskvalitet og øge patientinvolvering i fælles løsninger. Det er derfor en god start at sætte sig ind i de centrale kulturelle domæner (se tabel 24), som kan danne tematisk udgangspunkt for en ligeværdig samtale om ligheder og forskelle i kulturelle værdier om krop, sjæl og alvorlig sygdom.

Tabel 24. De kulturelle domæner og deres kliniske betydninger (baseret bl.a. på (721)).

Domæne	Beskrivelse
Etnisk identitet	Oprindelsesland, etnisk identitet, grunde til migration, grad af kulturel tilpasning / assimilering, kulturel splittethed og niveauer af kulturel stolthed
Tabu, stigma	Hvad kan der tales om, hvordan kan der tales om det, hvad er forbudt, sygdom som tegn på menneskelig svaghed
Kommunikation	Modersmål og dominant sprog, dialekt, ordforråd, vilje til at dele tanker, mening eller berøring, brug af øjenkontakt, sprogopdeling (f.eks. simpelt hverdagsprog på dansk, følelser og beslutninger på modersmål)
Tid og rum	

Social organisation	Tidligere, nutid eller fremtid orientering, personlige rum, tidsforståelse, kausalitetsopfattelse
Arbejdsstyrkeproblemer	Familiestruktur, kønsroller, status / ældres rolle, udvidet familie, beslutningstagning, netværk
Sundhedsopfattelser	Virkning af sygdom og arbejde, betydning af arbejdet
Ernæring	Årsag til kræft, der lever med livstruende sygdom, forventninger fra vestlig medicin og systemer, religiøse / åndelige overbevisninger og praksis, tab af kropsdel / kropsbillede, blodtransfusion / organdonation, patientrolle og sundhedssøgende adfærd
Biologiske variationer	Betydning af mad, præference og tilberedning af mad, tabuer / ritualer, religiøse indflydelser
Seksualitet og reproduktiv frygt	Hud / slimhindefarve, genetiske variationer - specifikke risikofaktorer og forskel i forekomst / overlevelse / dødelighed af specifikke kræftformer
Religion og spiritualitet	Opfattelser omkring seksualitet og reproduktion, tabuer, privatlivsproblemer, interaktion mellem kræftdiagnose / behandling med overbevisning om seksualitet
Død og døende	Dominante religion, tro, ritualer, bønner, meditation, mening af liv, kilde til styrke
	Betydning af døden og efter livet, fatalisme, ritualer, forventninger, sorg og sorg

Beslutninger mod livets slutning tages sjældent af patienten alene og den enkelte patient har sin egen model for beslutningstagning, som bla. afgøres af om de er introverte eller ekstroverte beslutningstagere. Men døden er ikke en proces med generalprøve og for mange patienter, og pårørende vil det være en førstegangsoplevelse og det kan være svært for patienten og familien at finde den nødvendige styrke til at tage så store beslutninger som at undgå eller stoppe aktiv behandling. I mange samfund bliver store beslutninger overladt til familiemedlemmet med den højeste anseelse, oftest den ældste, uagtet at denne ikke kan eller vil tage beslutningen – og vedkommende kan, ikke sjældent, befinde sig i et helt andet land uden kendskab til kontekst og muligheder i det land patienten befinder sig i. Der er identificeret 5 udfordringer mod enden af livet (786, 787):

1. Reaktion på erfaringer med ulighed i sundhed. Hvis de pårørende tidligere har oplevet forskelsbehandling, så kan det enten føre til tvivlsomme krav om forlængelse af nytteløs behandling eller at familien afviser enhver form for behandling med henvisning til at den er af dårlig kvalitet. Frygten for at f.eks. hospicebehandling vil være kulturelt inkompatibel kan føre til afvisning af tilbuddet. Døden kan være en eksilbegivenhed hvor stærke kulturelle værdier kan udledes og vises.

2. Kommunikation og sprogbarrierer. Uden tolk kan høflige forespørgsler komme til at lyde som ordrer og beslutninger/aftaler, der er tydelige for den ene part, kan være misforstået af den anden part.
3. Religion og overbevisninger. Skal altid inddrages, men ofte er området omgærdet af berøringsangst og der kan være behov for en særligt dygtig og kyndig tolk. Hvem bestemmer over døden og er der tale om en nødvendig lidelse som menneske? Der er stor variation i hvornår døden er indtrådt. Den vestlige biomedicinske definition er ophør af hjerneaktivitet, mens den i de fleste samfund indtræder når hjertet holder op med at slå. Der kan være særlige regler om hvem der skal sidde ved den afdøde og hvilke ritualer der skal udføres omkring vedkommendes sjæl etc.
4. Sandheden og kunsten at fortælle den. I mange samfund anses overbringelsen af dårlige nyheder til patienten som en handling der kan fremskynde døden og det er vigtigt at stille spørgsmål som f.eks.: ”Hvor meget vil du vide om din sygdom?” og ”Vil du selv være med til at diskutere behandlingsmuligheder eller vil hellere at vi diskuterer det med din familie?”.
5. Udtryk for sorg kan variere. I nogle samfund er det socialt uacceptabelt ikke at begræde afdøde højlydt, mens de i andre samfund, og institutioner, er en upassende støjende adfærd – ikke mindst på et sygehus.

Antropologen Grethe Brorholdt har defineret en række grundlæggende kognitive kompetencer, der ikke mindst, bør tages alvorligt i tværkulturelle patientmøder (788):

Tabel 25. Gode spørgsmål og overvejelser i tværkulturelle samtaler, der involverer vanskelige, værdiladede eller potentielt traditionsbundne helbredsmæssige forhold (modificeret efter (724)).

- Der findes ingen kulturel automatik (manualer om etniske særpræg er meningsløse overfor den enkelte patient).
- Træd i karakter som fagperson (din faglighed virker også ved sprogbarrierer).
- Overvej dine forforståelser og afdelingens kultur (drøft det med dine kolleger, så I kender enigheder og forskelle).
- Vær eksplicit og direkte i dine formuleringer på en høflig og imødekommende måde (berøringsangst og forsigtighed smitter og forvirrer – vær ærlig).
- Hør efter hvad der faktisk siges, ikke efter, hvad du tror, der bliver sagt.
- Tag udgangspunkt i den konkrete situation og tal derfra.
- Drøft og forklar problemet som du ser det og søg konsensus om kerneproblemet.
- Vær klar på egne værdier og fælles regler.
- Brug tolk – og altid når det er centrale værdier og forklaringer så der opnås fælles sprog.
- Dit tabu er ikke nødvendigvis patientens tabu.
- Giv dig, og patienten, ekstra tid. Det sparer tid at bruge tid.

Døden og den døende

God omsorg ved slutningen af livet kan være kompliceret af uoverensstemmelser mellem læger og patienter, vanskelige interaktioner eller pårørendes beslutninger, som lægen ikke forstår. Konflikter i palliation koncentrerer sig om følgende temaer: autonomi mellem patienten og sundhedspersonalet, værdier ved afslutningen af livets og præferencer, de kulturelle betydninger af smerte og smertehåndtering og problemet med stereotyp og uempatisk opførsler over for patienter og pårørende, der er forskellige fra os selv. Fordi forventede dødsfald i stigende grad er et resultat af en eksplicit forhandling om begrænsning eller seponering af behandling, øges sandsynligheden for alvorlige moralske tvister og åbenlyse konflikter (789). Forsøg på at bruge etnisk baggrund som en forenklet, ligefrem indikator for tro eller adfærd fører uvægerligt til skadelig stereotypisering af patienter og kulturelt insensitiv palliativ pleje af den døende. Kultur er kun meningsfuld, når den fortolkes i sammenhæng med en patients unikke historie, familiesammensætning, beslutningsmønstre og socioøkonomisk status. Vi kan ikke forudsige en patients præferencer og værdier ved at kategorisere ham eller hende i en etnisk gruppe. Det, der begynder som et ægte ønske om at respektere patienter, kan meget let forringes til et forsøg på at forenkles ”kultur” til noget, der kan diagnosticeres og behandles (fjernes). Ægte kulturelle kompetencer kræver ydmyghed og

nysgerrighed, vilje og fleksibilitet til at forstå og reagere på patientens overbevisninger og den måde, de ønsker at blive behandlet på. Det kan for nogle patienter være upassende at blive informeret i detaljer om sandheden om deres tilstand, eller at blive udspurgt eksplicit om planlægningen af behandlingen i den sidste tid. Men det er meget sjældent at personer fra enhver kultur nægter at forklare deres egen kulturelle overbevisning og adfærd, så lægen behøver ikke at frygte at tage denne samtale. At undgå kulturel dissonans kræver ikke læger at lærer om en lang række kulturelle overbevisninger og praksis. I stedet skal læger, der er involveret i palliative patientforløb, være følsomme over for vilkårligheden af deres egen kulturelle overbevisning om værdien af at fortælle sandheden til patienterne og give dem mulighed for at deltage i beslutningsprocessen.

Alle livets overgange er forbundet med ritualer og traditioner der har betydning for at overgangen foregår på en tryk måde. Det gælder også i døden, men det kan være svært at etablere trygge rammer om den sidste tid, hvis man er i et samfund der har andre ritualer end én selv. En patient udtrykte meget klart dilemmaet omkring den to-sprogede død: *"Jeg har ikke lyst til at dø på et sprog jeg ikke taler"*. Alle samfund har ritualer omkring døden og den døende. Det er ikke en proces man som pårørende eller patient kan øve sig på men man kan afklare behov og tanker gennem dialog. Det er ikke en proces man kan gentage eller omgøre – det er en definitiv problemstilling som kun kan løses én gang og dén skal være den rigtige. Dermed en stressniveauet og konfliktpotentialet meget højt. Naveed Baiq og Hanne Bess Boelsbjerg behandler det tværkulturelle palliative felt i artiklen *"At dø i fremmede arme"*(790). De skriver, at der .."tales et andet sprog, når sygdommen nærmest beskrives i koder, ens hverdagsrutiner er forandret og underlagt en hensyntagen til, at sygehuset fungerer som en arbejdsplads, og at der er mange patienters behov, som skal tilses. Men når man ovenikøbet har en anden etnisk baggrund end dansk, vil man nemt komme til at opleve en dobbelt fremmedgørelse, fordi man selv kan blive betragtet som fremmed – og de ting, som man forbinder med hjemlighed og tryghed, vil blive anset som 'anderledes'. Der knytter sig en sårbarhed til at befinde sig i en fremmed situation, som forstærkes, når man er livstruende syg. Dels kan man af mange grunde ikke opføre sig, som man plejer, og dels står man overfor en begivenhed, som man aldrig har gennemlevet før. Det ukendte, som man er konfronteret med, gør en sårbar, for man er afhængig af andres hjælp. Og den kan være sværere at tage imod, hvis man behandles som 'en fremmed'". Døden er ikke tabu for muslimer, men samtidig er livet helligt og beskyttelsen af livet er centralt. Dét kan give anledning til at pårørende beder om behandling, der er lægeligt set urealistisk. Her er det vigtigt at forklare at det er naturens gang og at man ikke fra lægelig side kan ændre på det. Det er også vigtigt at pointere det der kan være åbenlyst for lægen: at den manglende behandlingsiver overfor en døende ikke er forårsaget af at patienten er en "fremmed". Fordomme trives i alle sammenhænge men bygger af og til på erfaringer. Patienters og pårørendes tidligere erfaringer kan blive en del af forståelsesrammen for den aktuelle palliative proces, men hvis personalet ikke aktivt opsøger informationer om tidligere erfaringer er lægen/sygeplejersken ikke vidende om at der er en ukendt forforståelse med i samtalen (790).

Case 1:

En ældre mand af anden etnisk herkomst end dansk lå for døden på sygehus. En repræsentant for familien forsøger at lave en aftale med aftenpersonalet om at der kan komme flere pårørende dagen efter for at se til den døende mand. Aftalen synes klar for repræsentanten for de pårørende, men overleveres ikke helt så klart til aftenvagten der heller ikke overleverer den helt så klart til dagvagten næste morgen, hvor der pludselig er en temmelig stor mængde pårørende på stuen og flere er på vej ind og ud af stuen. Personalet er frustrerede og påtaler det overfor de pårørende, som på deres side bliver frustrerede over, at deres behov for at se den døende afvises af personalet på trods af den aftale der, ifølge de pårørende, blev indgået aftenen før.

For ansatte i sundhedsvæsenet er døden et vilkår, for nogen en hverdags rutine, men for patient og pårørende er det ofte første gang. Cocktailen af sprogbarriere, angst, stress og fornemmelse af at mangle viden og handlemuligheder er sprængfarlig, hvis den ikke bringes på banen tidligt af de sundhedsprofessionelle. Anvend i videst omfang en tolk så alle pårørende og patienten har den samme dialog og information. Søg konsensus om hvad der er behov for og mulighed for – man kan nå langt med

fleksibilitet og klare aftaler som alle kan leve med. Ensidige og alt for kategoriske udmeldinger kan provokere og såre.

Case 2:

Et barn af forældre med anden etnisk herkomst end dansk dør i en trafikulykke. En tosproget læge forhandlede med en repræsentant for familien om hvordan det kunne arrangeres at alle pårørende fik barnet at se i kapellet. Lægen fandt ud af at der var en konflikt i familien mellem to grupperinger og det blev derfor aftalt at de to grupper ankom hver for sig og hver fik 1 time, hvorefter alle skulle forlade kapellet af hensyn til andre der skulle bruge kapellet efterfølgende. Repræsentanter for familien udtrykte efterfølgende stor tilfredshed med den måde sygehuset havde imødekommet deres ønsker og behov.

Case 3:

Omkring 30 pårørende er til stede på en hospitalsafdeling og ca. 20 i forhallen efter at deres landsmand fra et afrikansk land som boede i Jylland, er pludselig død i København under et besøg. De har en muslimsk baggrund og flere ligger inde med spørgsmål omkring transport og begravelse. Stemningen er lidt oprevet pga. usikkerhed om reglerne. Den ansvarlig læge på afdelingen ringer efter en imam og samler alle pårørende i et rum sammen med imamen hvor hun fortæller om hvad der er sket med deres kære og hvad afdelingen vil foretage sig. Efterfølgende giver imamen information om transport til Jylland og om begravelsesmulighederne. Med denne information stiller de pårørende sig tilfredse og forlader sygehuset.

Case 4:

80-årig mand fra Mellemøsten med uhelbredelig kræft. Patienten vil gerne have aktiv behandling men taler kun om at få opereret blodpropper i benene, for det har han hørt man kan i hans hjemland. De voksne døtre har tolket i hele indlæggelsesforløbet. Trods flere forsøg er det ikke lykkedes at forklare patienten at han er uhelbredeligt syg og døende. Patienten vil gerne hjem, så han kan blive opereret i hjemlandet. Indvandrermedicinsk klinik bedes om assistance og da der ved ny samtale anvendes professionel sundhedstolk, bliver det klart at patienten ikke vil tale om sin sygdom og at patienten ikke har kendskab til sin korrekte diagnose. Patientens ønske om at komme hjem efterkommes og patienter dør kort tid efter.

Case 5:

76-årig mand fra Mellemøsten med uhelbredelig kræft, døende. Patienten ønsker kun at komme hjem, men ægtefællen har afvist dette pga. plejehøvet. Patienten har under indlæggelsen prøvet at tage livet af sig flere gange ved at hoppe ud ad vinduet og lagt sig i et gadekryds i frustration over ikke at måtte komme hjem. Patienten ønsker kun sine (voksne) børn som tolke og har hidtil afvist professionel tolk. Indvandrermedicinsk klinik involveres og patienten forklares at der er tvivl om patienten forstår sin situation og at det i sådan en situation er et lovkrav at der anvendes en professionel tolk for at sikre at der ikke sker patientfejl. Patienten accepterer tolk. Det viser sig at patienten ikke ville involvere sine børn i diagnosen og at han havde haft svært ved at danne sig et klart overblik sine muligheder. Patienten havde været forvirret over de mange forskellige læger og sygeplejersker han havde haft kontakt med og havde mistet fornemmelsen af at have kontakt med personalet. Patienten forklares om muligheden for hospice hvor både ægtefælle og børnene ville kunne være til stede døgnet rundt og patienten accepterer forslaget. Aftalen indgås fysisk ved at den italesættes som en formel aftale med håndtryk mens der er øjenkontakt mellem IMK-sygeplejerske og patient. Patient og pårørende udtrykker tilfredshed med beslutningen.

Kommentar:

Bliv i rummet til der er taget en beslutning

Vær til stede og styr processen

Bliv siddende – skab fysisk ro

Få øjenkontakt med hovedpersonen og fasthold det

Bliv på stuen – undgå trafik ud og ind af stuen

Lav opsamling og søg konsensus

Lav gammeldags ceremoni: "vi har en aftale"

Vær "skrap" når det gælder sprog og tolkning: tolken er lige så meget for lægens skyld som for patientens skyld. Brug tolk – og tag beslutningen for patient og familie. Oftest er det en lettelse at der tages en professionel beslutning.

Bogen Tro, omsorg og interkultur giver mange bud på hvordan man afklarer og har dialog med patienter og pårørende om grundlæggende behov og opfattelser i sundhedsvæsnet (216).

12: Tværkulturel patientsikkerhed

Særligt sproglige barrierer ser ud til at påvirke behandlingskvalitet negativt og medfører en øget hyppighed af medicinbivirkninger, lægefejl, utilsigtede hændelser og alvorlige komplikationer (791). Patienter med sprogbarrierer oplevede dobbelt så hyppigt lægefejl som andre patienter og der var dobbelt så hyppigt tale om alvorlige/dødelige hændelser end blandt andre patienter (792).

Patienter med sprogbarriere oplevede dobbelt så hyppigt medicin fejl og bivirkninger end andre patienter og effekten blev forstærket hvis patienterne ikke kunne redegøre for potentielle bivirkninger pga. mangelfuld information fra lægens side (793). Patienter med sprogbarrierer har sværere ved at forstå en sygdomsperiode og forløbet på sygehus, de har sværere ved at forstå patientinformation og medicin labels og rapporterer flere problemer med bivirkninger (794). Et konkret eksempel på direkte effekt af sprogproblemer på behandlingskvalitet sås i et klinisk studie i en stor antikoagulations klinik, hvor patienter med sprogbarrierer i antikoagulationsbehandling (Warfarin) havde signifikant mindre tid indenfor terapeutisk niveau end andre patienter (795). Samme observation blev gjort i flere andre studier (796). Patienter med sprogbarrierer havde signifikant dårligere viden om virkning af - og mål med deres antikoagulationsbehandling efter en blodprop i hjernen og de havde betydeligt mindre viden om deres sygdom end andre patienter (797). Apoteker kan spille en måske ikke uvæsentlig, og uudnyttet, rolle i bl.a. denne sammenhæng (724). En hollandsk analyse af etniske forskelle i patient sikkerhed fandt at alle rapporterede brud på patientsikkerhed blandt patienter med sprogbarrierer skyldtes administrative og professionelle svigt: 1) uhensigtsmæssig reaktion på tydelige barrierer (sprog) og oplagte risikofaktorer (oprindelsesland, traumer, genetik), 2) misforståelser mellem patient og behandler pga. oplagte forskelle i sygdomsoplevelse, informationsniveau og forventninger til behandling og 3) uhensigtsmæssig behandling pga. behandlerens forudindtagethed om patientens behov og mulig adfærd og stereotype forestillinger om patienternes reaktionsmønstre (798). En amerikansk sygehusundersøgelse af 102.000 sygehusjournaler fandt, udover højere forekomst af medicineringsfejl, at indlagte etniske minoritetspatienter havde 34 % højere forekomst af hospitals infektioner (nosokomielle infektioner) end andre patienter, flere tryksår og mindre god kontrol af blodsukker og af blodfortyndende behandling (799).

I en hollandsk analyse af indrapporterede patientfejl, skyldtes fejlene primært organisatoriske barrierer samt manglende omhu og viden på de sundhedsprofessionelles side: 1) utilstrækkelige hensyn til oplagte barrierer som sprog, viden og læsefærdigheder hos patienten, 2) misforståelser mellem læge og patient pga. manglende erkendelse af forskelle i sygdomsopfattelse, 3) manglende afstemning af bekymringer og forventninger mellem læge og patient og 4) Utilstrækkelig information og behandling pga. forudindtagethed og stereotyper omkring etniske minoriteter. Herhjemme er der meget få undersøgelser af patientfejl i sammenhæng med sprogbarrierer, sundhedsstyrelsen lavede i 2007 en meget kort temarapport om "Sprogproblemer mellem sundhedspersonalet og fremmedsprogede patienter", baseret på 29 utilsigtede hændelser i 2006, hvor sprogproblemer eller etniske elementer bidrog til hændelsen.

I en undersøgelse blandt patienter henvist til Indvandrermedicinsk klinik om misforståede symptomer, alvorlige fejlopfattelser og utilsigtede hændelser var der fokus på hvilke typer af fejl der sker, hvornår de sker, hvordan de udspiller sig og hvilke konsekvenser de har for patienterne (36). Undersøgelsen analyserede 147 patienter henvist til Indvandrermedicinsk klinik 2015-2016 og fandt at 95 af patienterne havde oplevet et problem i diagnose eller behandling som kunne tilskrives en sprogbarriere. I gennemsnit var der 2 hændelser per patient, men hver 4. patient havde været udsat for 3 eller flere problematiske hændelser. Hver 3. hændelse måtte betegnes som alvorlig eller betydelig. Mere end hver 4. problematiske hændelse skyldtes, at patienten havde overset Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD) og at PTSD var den direkte årsag til symptomer eller problemer med sin sygdom. Arbejdsskader udgør en relativt stor andel af de problematiske hændelser. Der blev fundet fejlårsager der handlede om komplekse patientforhold, lægers manglende omhu i forhold til sygehistorien, lægers manglende kliniske kompetencer med flygtninge/indvandreres sygdomme og baggrund, samt en ikke uvæsentlig andel af problemer der skyldes manglende koordination eller samarbejde mellem afdelinger eller mellem kommune og sygehus og endeligt blev en del patienters symptomer vedligeholdt af uhensigtsmæssige

opfattelser i den kommunale sektor. Det er et grundlæggende problem, at der som hovedregel stadig ikke anvendes tolk i sundhedsvæsenet og i den kommunale sektor, til vigtige samtaler. Læger havde desuden en tendens til at overvurdere patienters læsefærdigheder og dermed skabe ulighed i patientinformationer, hvilket andre også har påvist (800).

Vi har i Indvandrermedicinsk Klinik påpeget bivirkninger og alvorlige lægemiddel interaktioner pga. manglende tolkeanvendelse, sparsom eller vildledende medicin information og ikke mindst pga. reglerne om medicin substitution som i særdeleshed rammer patienter med sprogbarrierer og lav skolegang (81). Et hollandsk studie påviste desuden at nogle etniske grupper langt hyppigere end andre fik udstedt recept ved besøg hos praktiserende læger (721). Variationer i receptudskrivelser viser desuden det vanskelig i at sammenligne områder med meget forskellig etnisk sammensætning mht. medicinforbrug, sygdomsmønster og adgang til sundhedsvæsenet – der er mange faktorer i spil og forskningen på området er stadig meget registerbaseret eller kvalitativ (722). Kommunikations barrierer med fremmedsprogede patienter er hyppige på apoteker og farmaceuter oplever at patienterne har en øget risiko for at blive udsat for utilsigtede hændelser, som det er dokumenteret i en dansk undersøgelse fra 2009 hvor over 50 % af de interviewede tog medicin købt i udlandet (723). Samme undersøgelse påpegede allerede dengang behovet for adgang til tolkebistand (tolke hotline) til rådgivning af patienter der henter medicin på apoteket. Udvikling og udbredelse af kommunikationsværktøjer er nødvendige for at understøtte apotekere i rådgivning af etniske minoritetspatienter på apoteker, herunder tolkeadgang og fremmedsprogede indlægssedler (724, 725). I et amerikansk studie fandt man at problemer med compliance var meget hyppigere blandt patienter med sprogbarrierer (31 %) I forhold til andre patienter (12 %), men at en etnisk minoritetskompetent klinisk farmaceut kunne øge compliance med 24 % (726).

Et andet juridisk aspekt med kliniske og patient sikkerhedsmæssige følger omhandler informeret samtykke, der er ingen danske studier, men i en amerikansk undersøgelse manglede der hyppigere dokumentation for accept af indgreb eller behandlinger blandt etniske minoritetspatienter (801). I et amerikansk studie havde patienter med sprogbarriere mindre ide om deres diagnose, den medicin de fik, hvad behandlingsplanen var og om der var behov for opfølgende kontroller på sygehuset (323). Under indlæggelse medfører sprogbarrierer at der bestilles signifikant flere blodprøver og undersøgelser end hos andre patienter, ligesom det tager længere tid at fuldføre undersøgelsesprogrammer. Forskellene er diagnoseafhængige, således at mavesmerter hos patienter med sprogbarrierer 3 gange så hyppigt udløser en CT-scanning af maven end hos andre patienter, mens der ikke var forskel i hyppighed af undersøgelser ved brystsmertter (312). Det er sandsynligt at læger er bedre til at vurdere og foretage differentialdiagnostik ved brystsmertter end ved mavesmerter.

Der er påvist etnisk betinget ulighed i standard behandling af f.eks. akut myokardieinfarkt (blodprop i hjertet) med beta-blokker medicin og kolesterolnedsættende medicin (802). Der eksisterer ikke danske studier om henvisning til hjertekateterisation for patienter mistænkt for hjerteinfarkt eller efter blodprop i hjertet, men talrige amerikanske studier har vist at patienter med sprogbarrierer eller patienter tilhørende etniske minoriteter sjældnere henvises til hjertekateterisation. Diabetes patienter bosiddende i Danmark, der stammer fra Tyrkiet, Pakistan og ex-Jugoslavien starter signifikant senere med kolesterol sænkende medicin (statiner) end etnisk danske diabetes patienter (803). Der er ligeledes påvist ulighed i adgang til (henvisning til) hjerte rehabilitering (804). En amerikansk undersøgelse kunne lige frem påvise at læger på forhånd anså det for mere sandsynligt at etniske minoritetspatienter ville stoppe hjerterehabilitering før tiden og derfor var mindre tilbøjelige til overhovedet at henvise denne gruppe patienter til hjerterehabilitering (805). Det kan udgøre en betydende sundhedsfaglig mekanisme der generelt medfører ulighed i sundhed. Tyrkiske og libanesiske diabetes patienter har signifikant dårligere styring af deres sukkersyge idet 72 % af etniske danske havde normale blodsukre, mens det kun gjaldt 50 % af etniske minoritetspatienter (255). 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 (806).

Der er tværeuropæiske studier der tyder på at diabetes, overvægt og hjerte-kar-sygdom er hyppigere blandt tyrkiske, libanesiske og marokkanske indvandrere bosiddende i Europa udenfor deres hjemland end tyrkere, libanesere og marokkanere bosiddende i deres hjemland (807).

Hypertensionspatienter er genstand for et tydelig behandlingsmæssigt svigt i Holland i forhold til baggrundsbefolkningen, men der eksisterer desværre ikke tilsvarende studier af hypertensionsbehandling blandt flygtninge/indvandrere i Danmark (808).

Der er også påvist betydeligt højere dødelighed af hjerte-kar-sygdom blandt nogle etniske grupper i Danmark sammenlignet med etniske danskere (161). En komplikation til blodprop i hjertet er hjerteinsufficiens og også her er der tegn på forskelle i behandlingskvalitet idet der er påvist betydeligt højere hyppighed af hjerteinsufficiens blandt etniske minoritetspatienter i Holland, England, Skotland og Californien (809). Et hollandsk studie viste at dødeligheden efter første indlæggelse med akut hjertesygdom var højere blandt etniske minoriteter end etniske hollændere og at forskellen ikke kunne tilskrives socioøkonomiske forskelle, men derimod forskelle i behandlingskvalitet og rehabilitering (810). Andre studier tyder på endog meget store forskelle i hvor stor ulighed der er i behandling af etniske minoritetspatienter indlagt med blodprop i hjertet, hvilket støtter at der er tale om en behandlingsbias, der udtrykkes forskelligt i forskellige administrative miljøer/på forskellige sygehuse (811). Endelig er der en del studier der tyder på at formel lighed i behandlingstilbud i sygehusvæsenet ikke i sig selv sikrer lighed i **faktisk** udført behandling, specielt tydeligt i subakutte tilstande ved akut indlæggelse, f.eks. angina pectoris (812). I en amerikansk undersøgelse af 321.000 hospitalsjournaler fra 2011 fandt man at etniske minoritetspatienter på sygehus mindre hyppigt modtog standard behandling efter AMI (blodprop i hjertet) med ACE-hæmmer og aspirin, samme gjaldt ved inkompenaseret hjertesvigt og ved pneumoni (lungebetændelse) blev de sjældnere tilbudt rygestops vejledning. Endelig fandt man at generel patientrådgivning og information vare mindre detaljeret for etniske minoritetspatienter (813). Der er derudover, også i amerikansk sammenhæng, påvist grundlæggende lægelig forskelsbehandling i transplantation, lungecancer kemoterapi, behandling af knogleskørhed og smertebehandling (343).

Konsekvensen af det lavere informationsniveau er at patienter ikke forstår hvad der kommunikerer og hvad deres egen rolle er. I en undersøgelse af patienters viden efter en lægesamtale på akutmedicinsk afdeling på sygehus kunne 41 % ikke redegøre for enten deres diagnose, deres behandling eller hvad opfølgingsplanen er, som de er blevet præsenteret for umiddelbart før interviewet. Patienter med sprogbarrierer klarede sig signifikant dårligere end andre patienter på alle parametre: kendskab til diagnose (61 % mod 83 %), hvilken medicin de skulle tage (12 % mod 39 %) eller opfølgingsplan (57 % mod 74 %) (323).

Sproget er og bliver det primære redskab for både læger og patienter. Sprogbarrierer påvirker redskabets præcision og manglende respekt om denne forhindring er ikke omkostningsfrit. Hvis sprogbarrieren ikke søges minimeret, har det veldokumenterede alvorlige følger for patientsikkerhed, komplikationer og overlevelse (814). Der er evidens for at professionelle sundhedstolke forbedrer behandlingskvalitet og resultat, samt reducerer antallet af patientfejl - for en besked en merudgift (815). Erfarne professionelle sundhedstolke nævner selv patientsikkerhed som én af deres vigtigste opgaver (816). Der er evidens for at 1) øgede sundhedskompetencer, 2) anvendelse tolke og 3) fælles beslutningstagning øger patientsikkerheden i samtaler med indvandrerpatienter (817). Tolke kan, hvis de er veluddannede, bliver en integreret del af det kliniske team, hvor de kender lægens mål med samtalen, sikrer relevant klinisk information, hjælper lægen med at skaffe de rigtige oplysninger, deltager med støtte i diagnostiske opgaver og kan levere medicinsk information tilpasset patientens behov for evner (818). Endelig er tolkebistand med til at sikre at flere patienter faktisk føler sig involveret og at flere forstår det informerede samtykke (819). Man skal især være opmærksom på sikker patientkommunikation på nye eller sensitive specialområder som f.eks. genetisk rådgivning, hvor tolke er absolut nødvendige, men hvor de samtidig behov for løbende faglige opdateringer (767, 820, 821).

Læger har ofte mange undskyldninger for ikke at anvende tolk: tolkene er for dårlige til dansk, tolken sladrer, tolken blander sig og overfortolker, jeg er en dygtig læge så der er ikke brug for tolk, det er meget simpel information jeg skal give, patienten taler lidt dansk, patienten kan lidt engelsk, patienten har nok en pårørende med, tolkene kommer aldrig til tiden eller udebliver eller patienterne vil ikke have tolk (822). Ingen af argumenterne holder for nærmere undersøgelse og må betragtes som bekvemme opportune undskyldninger for at undgå ekstraarbejde eller længere samtaler.

Flere interviewundersøgelser med professionelle sundhedstolke har vist at læger mangler kulturelle kompetencer og har udfordringer med at deltage i samtaler hvor der er tolkebistand (823). Ifølge tolkene sker der fejl, selv med tolkebistand, når lægen har upræcis opfattelse af patientens sygdomsopfattelse, når der ikke er foretaget en forventningsafstemning inddragende patientens behov og når lægen ignorerer eller fejlfortolker non-verbale mønstre. Der er udviklet forskellige læringsprogrammer om tolkede samtaler til lægestuderende (824, 825). Et omfattende review af 106 studier af læge-patient kommunikation fra 2009 påviste DiMatteo, at når patienter ikke forstår lægen så fører det til uhensigtsmæssige medicin pauser og unødvendige indlæggelser. Hvis patienten ikke forstår lægen, er der 20 % større risiko for at medicinen ikke tages som den burde (826). Reviewet påviser ligeledes, at man, ved at undervise læger i kommunikation, kan kommunikation mellem læge og patient forbedres så meget, at der er 62 % større chance for at patienten følger den ordinerede behandling (826, 827).

Flere undersøgelser tyder på at læger hyppigt anvender generaliseringer og stereotyper når der er tale om sprogbarrierer og det fører igen til kortere læge-patient samtaler med mindre patientinvolvering (80, 828). En hollandsk undersøgelse af diagnostiske læge fejl påviste hvordan læger der begår fejl ofte er 1) for selektive i deres udvalg af information, 2) for selektive i den kognitive bearbejdning af den udvalgte kliniske information 3) for upræcise og overfladiske i deres udelukkelse af andre diagnoser og 4) ignorerer betydningen af co-morbiditet (829).

Læger er ofte ikke klar over hvordan deres egen (læge-) kultur påvirker deres kliniske beslutningsevner, men det er veldokumenteret at køn, alder, social status, uddannelsesniveau og etnisk dis/konkordans mellem læge og patient direkte påvirker lægens kliniske beslutningsproces omkring undersøgelse, behandling og informationsniveau (og om patienten forstår og har tillid til lægen) (246, 338, 367, 368). Selvom læger ikke mener de foretager social og sproglig kategorisering i den kliniske patient situation, så sker det alligevel som en del af en ubevidst sofistikeret individualiserings strategi. Udover at tage udgangspunkt i den enkelte patient, de sidder overfor, så "læser" lægerne samtidig patienterne ved hjælp af en social radar, der registrerer patientens fysiske og psykiske fremtoning, interaktion og sprogbrug (369).

Læger er desuden tilbøjelige til at overestimere patienters læsefærdigheder og derved risikerer lægens information at være for kompliceret for patienten. Ofte har patienter så lidt udbytte af lægens information, at de ikke kan stille spørgsmål fordi de ikke har fornemmelse af kontekst eller mening og derfor vælger tavshed (800). Patienter, der er usikre på lægens kliniske beslutningsproces, fortryder oftere senere beslutninger om undersøgelse og behandling hvilket forsinker diagnose og behandling. I et amerikansk studie baseret på kliniske databaser fandt man at patienter med sprogbarriere hyppigere var udsat for patientfejl/utilsigtede hændelser (medicinfejl, fald, forkert identifikation, tryksår, manglende samtykke eller samtykke uden tolk og mangelfuld udskrivelsesinformation) og at de hyppigere var udsat for nærfejl (814). Studiet fandt desuden at patienter der havde tolkebistand, rapporterede flere fejl end patienter der ikke blev tilbudt tolk. Samme studie oprettede en særlig database med fejl som følge af sprog og tolkning. Hovedparten af fejlene i undersøgelsen skyldtes manglende brug af tolk, brug af familiemedlemmer til teknisk komplekse samtaler eller at ansatte anvendte (sparsomme) sprogkundskaber på andetsproget. Resten skyldtes forkert brug af tolkeservice, forkert brug af tolke, uafklarede kulturelle barrierer, ubehøvlet adfærd fra sundhedspersonalets side overfor tolke og gennemførelse af samtykke uden tolkebistand (814). Et hollandsk hospitalsstudie fandt, at patienter med sprogbarriere flere gange dagligt var udsat for trusler mod patientsikkerhed i sygeplejen (medicinering, smertebedømmelse, væskebalance) og i interaktion med læger (sygehistorie, diagnose, risiko kommunikation og i akutte situationer). I samme undersøgelse fandt man at sprogbarrieren var udokumenteret i 30 % af de patienter der faktisk havde behov for tolk (830).

Hovedområderne, hvor patientsikkerheden er truet for patienter med sprogbarrierer omfatter (831):

Informeret samtykke: patienter med sprogbarriere oplever hyppigere at der ikke søges informeret samtykke, at det ikke dokumenteres eller at det ikke er sikkert om det er forstået. Ofte er anvendelsen af ad hoc tolke (personale, familie) årsagen til misforståelser (801, 831).

Utilsigtede hændelser: Der er dokumenteret dobbelt så hyppige utilsigtede hændelser blandt patienter med sprogbarriere end andre patienter. Der er hyppigere tale om fysisk skade (49 %) mod 29,5 % hos andre patienter. Dobbelt så mange hændelser (46,8 %) bedømtes til at være moderat alvorlige til dødelige mod 24 % blandt andre patienter (792, 795, 832).

Undladelse af behandling eller overbehandling: Er i sagens natur svært at studere. Der er fundet signifikante forskelle i appendektomi og billeddiagnostik og studie fandt at minoritetspatienter hyppigere end andre patienter blev intuberet "for en sikkerheds skyld" (defineret som intuberet under 48 timer) (833, 834). Omvendt blev astmapatienter med sprogbarriere 17 gange hyppigere end andre intuberet i forbindelse med indlæggelse (835). Sprogbarrierer fører dobbelt så hyppigt til genindlæggelse og til forlænget indlæggelse (836).

Medicinfejl: Der er hyppigere bivirkninger og medicinkomplikationer blandt patienter med sprogbarriere. Patienter der har tolkebistand er mere tilbøjelige til at rapportere medicinfejl og forstår betydeligt mere af medicininformation (98%) end patienter der har brug for tolk, men ikke tilbydes det (27%). Patienter med sprogbarriere oplyses sjældnere om medicinbivirkninger, og handlinger i den anledning. Ser man på blodfortyndende behandling, så ligger patienter med sprogbarriere kortere tid i det terapeutiske interval end andre, og lå hyppigst for lavt i niveau. Der er også dokumenteret dårligere astma kontrol i gruppen (837-840).

Sektorovergange og hospitalsudskrivelser er nogle af de områder, hvor der hyppigt sker patientfejl. Et Israelsk studie fandt, at patienter der udskrives fra sygehus fik betydeligt mere og bedre information om faretegn, opfølgning og andre råd vedrørende komplikationer og hvor de skulle henvende sig i givet fald, hvis den udskrivende læge talte samme sprog som patienten (russisk eller arabisk) (841). Indvandrermedicinsk klinik har tidligere påvist de overordnede problemer med patientsikkerhed, compliance og behandlingskvalitet hos etniske minoritetspatienter (78, 81, 82, 178, 179, 842). Der findes stadig ikke opgørelser over utilsigtede hændelser eller patientfejl, der involverer patienter med sprogbarrierer. Den eneste tidligere opgørelse, der foreligger, er en ældre opgørelse fra Sundhedsstyrelsen, der alene baserer sig på ganske få enkeltstående, vilkårligt udvalgte og u-fokuserede patientfejl der alene skyldes tolkefejl – ingen af casene handler om fejl fra sundhedspersonalets side. Det er meget betegnende for området at de eneste utilsigtede hændelser Indvandrermedicinsk klinik er bekendt med handler om tolkefejl, som ovenikøbet ikke registreres i databasen for utilsigtede hændelser (fordi der normalt er tale om en "ekstern" udbyder) og derfor afvises. Der er os bekendt ikke endnu anmeldt utilsigtede hændelser til den danske for utilsigtede hændelser, hvor der er begået fejl af sundhedspersonale hos en patient med sprogbarriere.

Traditionelt rapporteres fejl som følge af sprogproblemer ikke fordi de anses for at være et normalt vilkår som patienterne må leve med og det er ikke sundhedsvæsenets ansvar. Fejl som følge af lave sundhedskompetencer, funktionel analfabetisme eller sprogbarrierer anses for at være selvfølgeligheder som må adresseres på ad hoc basis uden særlige retningslinjer eller rutiner (843). Ofte er det den enkelte afdelings kultur, der afgør om en fejl opfattes som fejl på dette område eller de er forventelige uundgåelige hændelser der alligevel ikke kan ændres af sygehuset. F.eks. blev en patient med tolkebehov henvist til et stort universitetshospital med højt specialiseret funktion, men blev sendt tilbage til henvisende sygehusafdeling med følgende besked: "Kan I ikke lære patienterne dansk før de henvises her til?", underforstået at udligning af patienters sprogbarrierer skulle ligge udenfor universitetshospitalets kerneopgave. En ikke ualmindelig holdning på danske sygehus afdelinger.

Undersøgelse: Utilsigtede hændelser involverende sprogbarrierer i Danmark

Indvandrermedicinsk klinik undersøgte i en detaljeret analyse de konkrete mekanismer hvorigennem sprog og kulturbarrierer påvirker den kliniske beslutningsproces og udfordrer patientsikkerheden blandt de patienter, der er blevet henvist til Indvandrermedicinsk klinik i perioden 2015-2016. Formålet var desuden at se på hvordan faktorer i andre sektorer end sundhedsvæsenet indirekte kan påvirke patientsikkerhed og helbred i negativ retning.

Ved gennemgang af patienterne registreres hændelser som en del af klinikkens kliniske rutiner. En hændelse i denne rapport er et klinisk uløst, fejløpfattet eller overset problem, der falder

indenfor én eller flere af følgende muligheder: Oversete eller misfortolkede lidelser, alvorlige misforståelser (patient eller læge), manglende kritisk information og utilsigtede hændelser og hvor tværkulturelle og/eller sproglige, men klinisk ubegrundede, faktorer antages at have spillet en fremtrædende/afgørende rolle for problemets opståen eller manglende løsning. Kun hændelser der direkte er fremkommet i samtaler med klinikkens personale eller som er fremkommet under de kliniske forløb der samtidigt måtte være andre steder i sundhedsvæsenet er inddraget.

Der blev inkluderet 147 patienter i undersøgelsen med mindst 2 besøg i klinikken i perioden. Blandt disse blev der identificeret i alt 95 patienter (64,6 %) med én eller flere hændelser og 35 (23,8 %) ikke havde dokumenterede hændelser. Det var ikke muligt med sikkerhed at afgøre om der var tale om en hændelse for 17 (11,5 %) patienter. Der blev registreret i alt 198 hændelser med en median af 2 hændelser i gennemsnit per patient, hvor 32 % af patienterne havde 1 hændelse mens 43 % havde 2 hændelser, 14,7 % havde 3 hændelser og 10,5 % havde 4 eller flere hændelser.

26 patienter (27,3 %) af patienter med hændelser havde en overset PTSD-tilstand mens 19 patienter havde kendt PTSD på henvisningstidspunktet. I alt havde således 43,5 % af de henviste patienter PTSD.

Det vurderes at 31 patienter havde en eller flere hændelser, der samlet set må kategoriseres som særligt alvorlige med et tydeligt klinisk læringspotentiale.

De i alt 198 utilsigtede patienthændelser kunne kategoriseres i 4 fejlfelter: 1) Primært patientbaseret, 2) Primært lægebaseret, 3) Primært betinget af sprogbarrierer og 4) primært kommunalt betinget.

Case 1

Kvinde fra Nordøstlige Afrika. Aldrig gået i skole. Vurderes på en reumatologisk afdeling, hvor man finder spinalstenose og en median prolaps svarende til L4/L5 med nervepåvirkning. Patienten er bange for operation (men årsagen uddybes ikke af lægen i samtalen) og patienten tilbydes derfor et kort træningsforløb i kommunalt regi. Det er noteret i journalen at patienten selv skulle kontakte afdelingen, hvis træningen ikke havde den forventede effekt. Patienten oplyser dog at afdelingen sagde at de ville sende hende et brev med en ny plan. Patienten afsluttes fra kommunal genoptræning med brev til henvisende læge på den reumatologiske afdeling. Patienten henvises 2 år senere, efter lægeskift, til IMK, hvor man nu finder permanente nerveskader i begge ben. Patienten mener stadig hun i sin tid blev lovet et brev fra reumatologisk afdeling om operation, men har ventet på det i 2 år. Viser sig at patienten har PTSD efter at være blevet massevoldtaget og slået i ryggen med geværkolber i hjemlandet. Patienten var bange for at blive re-traumatiseret af operationen og var bange for at dø på operationsbordet (havde 3 børn under 7 år). Efter behandling for PTSD og støtte fra kontaktsygeplejerske indvilger patienten i operation.

Kommentar:

Det sikre svar for usikre patienter er ”nej”. Men det er behandlerens opgave at sætte sig ind i patientens præmisser for at afvise en given behandling. Der kan være korrigerbare faktorer.

Tabel 26. Eksempler på hændelses temaer, identificeret under hver af 4 fejlkategorier. Baseret på 198 utilsigtede hændelser blandt 147 patienter henvist til Indvandrermedicinsk klinik.

Problemfelt/sekter	Tema
Primært patient	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende viden om sygdommen og/eller behandlingen. • Multimorbiditet hvor patienten dagligt er i tvivl om fokus, alvorlighed eller prioritering mellem sygdommene. • Komplekse sammensatte symptomer som patienten har svært ved at adskille. • Afviser undersøgelse eller behandling pga. manglende eller fejlagtig forståelse eller information (f.eks. scanning, operation eller psykiater). • Patienten udebliver for at undgå skæld ud af personalet (glemt medicin, blodprøver eller tidligere aftale). • Fejlagtig eller manglende forståelse af sygehusforløb fører til rutinebrud, diagnoseforsinkelse eller afslutning

	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelfuld viden om tidligere sygdomme, skader og behandlinger i hjemlandet • Alvorlige økonomiske problemer (forbrugslån til boligindskud, private lån til begravelse etc).
Primært læge	<p>Psykosociale faktorer i compliance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oversete familiemæssige/ægteskabelige årsager til compliancesvigt eller symptomer (skilsmisse, barns handicap, ægtefælles sygdom, partner vold, tab af nært familiemedlem, usikkerhed om familiemedlems skæbne) Overset psykisk belastende hændelse (ulykke, racistisk overfald, ekstrem handlingslammelse, arbejdsulykke, mistet familiemedlem i hjemland). • Mangelfuld sygehistorie, coherence-based klinisk bias, tværkulturel bias • Undladelse af undersøgelse/behandling på ikke-sundhedsfagligt/ikke-klinisk grundlag (ideer om at patienten ikke er så syg som tilfældet er, at patienten ikke kan klare behandlingen, at patienten ikke tilhører risikogruppen, at patienten overdriver symptomer, etniske smerter, symptomer opfattes som "kulturelt" udtryk etc) • Manglende registrering eller beskrivelse af arbejdsulykker eller skader i Danmark eller hjemlandet (herunder manglende anmeldelse) • Lavere/suboptimal behandlingskvalitet i forhold til gældende best practices/normale standarder fordi lægen ikke ønsker at anvende den fornødne tid på nødvendige foranstaltninger • Smerter tolkes som etniske smerter (myelomatose, spinalstenose, tandbyld, slidgigt i kæbeled, rheumatoid arthrit), nedtrykthed tolkes som depression (PTSD, tab), hovedpine kaldes migræne (tankemylder ved PTSD eller angst) <p>Mangelfuld klinisk viden om sygdomme blandt etniske minoriteter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Undladelse af undersøgelse/behandling på sparsomt eller forkert klinisk grundlag (manglende relevant klinisk viden, sygdomme der er i hyppige i særlige etniske grupper, særlige arvelige sygdomme etc) • Oversete eller fejlforklærede fysiske og psykiske torturskader (strøm, falanga, water boarding, slag, muskel/knogleskader, bløddelsskader, nerveskader, re-traumatisering, udløsende lyde/lugte/situationer) • Post traumatisk stress symptomer (alarm, stress, impuls kontrol, isolation, undvigeadfærd, dissociation etc.) • Følger af særligt voldelige seksuelle overgreb, massevoldtægt • Inkontinens som følge af multiple fødsler, voldtægt, tortur • Somatisering ved PTSD vildleder lægen i den kliniske beslutningsproces • Sygdomme der kræver flerårig observation og "opsamling" af symptomer med element af forhandling, patientobservationstungt og stor patient involvering (særlige gigtsygdomme, visse neurologiske sygdomme, astma, allergi, muskellidelser, bivirkninger, erhvervsygdomme) <p>Hændelser som følge af sprogbarriere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Substitutionsfejl pga. manglende tolk på apotek / manglende information hos lægen • Undersøgelse ikke udført fordi lægen havde glemt at bestille undersøgelse og a) patienten vidste ikke hvilken undersøgelse der var tale om og/eller b) patienten taler ikke dansk og kan ikke selv ringe og undersøge omstændighederne eller c) patienten venter på indkaldelsesbrev der aldrig kommer • Rehabilitering startes ikke da patienten ikke har fået tolket information hvad det er, hvor det foregår eller formålet med det

	<ul style="list-style-type: none"> • Patientens fortrolige pårørende afvises som tolk på trods af patientens tydelige ønske (særligt følsomme afgørende forhold/traumer/overgreb som patienten ikke ønsker tolken skal kende til, særlige kognitive mangler/handicaps hvor kun familien kan tolke, små sprog/særlige dialekter hvor der ikke findes tolke). • Tosprogede ansatte i sundhedsvæsenet anvendes som ad hoc tolke men har ikke tilstrækkeligt sprogkundskab på "modersmålet" og fejloversætter. Patienten tør ikke irrettesætte eller påtale det pga. den pågældendes dobbeltrolle og patientens afhængighed af personalets velvilje. • Syge børn: kun den forælder der taler dansk informeres, mens den anden forælder ikke får samme information fordi man lader ægtefællen agere tolk uden at denne har tilstrækkelige danskundskaber og uden at personalet sikrer sig at ægtefællen informerer den anden ægtefælle • Informeret samtykke opnås efter at undersøgelsen er udført, behandlingen er påbegyndt eller operationen er færdig og hvor det er dokumenteret at patienten ikke forstod mål, mening eller konsekvenser. • Der er udleveret skriftligt materiale om operation, kemoterapi, biologisk behandling til patient som er analfabet. • Patienter informeres telefonisk om procedurer eller patientopgaver uden tolk • Undersøgelse eller behandling gennemføres selv patienten har prøvet at modsætte sig (uden tolk) men det er ikke opfattet af behandlerne. • Patienten har mistet sit danske sprog pga. arbejdsulykke, social begivenhed eller sygdom uden at det er bemærket.
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Patienter afsluttes ved 1. udeblivelse • Patienten er kastebold mellem 2 eller flere afdelinger der ikke er enige om hvem der har primære/aktuelle ansvar for patienten • Patienten anvendes som informations-transportør mellem afdelinger men uden at patienten taler tilstrækkeligt dansk – mundtlig information tabes • Forkert henvisning med betydelig forsinkelse til følge og patienten ved ikke hvor vedkommende er henvist eller hvorfor og kan ikke selv afklare • Patienten udebliver fra aftaler: Patienten anvender ikke E-boks, har ikke computer, mistet Nem-ID, computer gået i stykker, patienten afvises for hjælp til e-boks af sundhedspersonale • Nogle sygehusafdelinger anvender konsekvent ikke tolke. • Dys-synergi i behandler kæder skaber forsinkelser der stiller krav om opdaterede scanninger, henvisninger eller lægeerklæringer da nogle afdelinger har stramme regler til aktualitet af lægelige oplysninger på henvisningstidspunktet. Da der ofte er flere sådanne "stopklodser" i behandlerkæder kan en enkelt udeblivelse starte en uendelig proces af afvisninger som især rammer patienter der ikke har et stærkt netværk og gode systemkompetencer (Discus-prolaps, demens, neuropsykolog, traume og torturbehandling, MR-scanning etc.)
Kommuner	<ul style="list-style-type: none"> • Genoptræning uden tolkebistand • Sygdomsvedligeholdende faktorer: f.eks. Fejlagtig og vedholdende opfattelse af patienten som "dårligt integreret" eller "pensionssøgende" • Uløste kommunale opgaver der bliver til sygehusopgaver (underretninger, hjælpemidler ved handicap, støtte-kontaktperson, lektiehjælp, briller, genoptræning, budgetlægning etc.) • Manglende reaktion på underretninger omkring børns trivsel, overgreb etc. ender som sygehusopgave • Betydeligt men overset/underkendt handicap • Afvisning af relevant neuropsykologisk vurdering forsinket eller umuliggør rehabilitering og fastlåser pt i uklar sygdomsrolle

Hvilken betydning har helbredsbedømmelse af nyankomne flygtninge i patientsikkerhed?

Udover de 26 nyopdagede PTSD-tilfælde, med krigs-/tortur traumer fra hjemlandet, ville yderligere 12 oversete lidelser kunne være fundet ved helbredsbedømmelse af ny ankomne – dvs. at i alt ville 38 (26 %) af de oversete helbredsproblemer ville være fundet, hvis der havde været helbredsbedømmelse af nyankomne flygtninge. De 12 lidelser omfatter bl.a. handicap, arbejdsskader i hjemlandet, fysiske torturskader, følger af giftgas, følger efter infektioner, tidligere psykisk sygdom, voldtægt og betydende svigt/overgreb i barndommen.

Der er behov for at fejl og hændelser, der skyldes sprogbarrierer, registreres systematisk, da de tilsyneladende er udbredte og der ikke er tegn på en positiv udvikling siden sidste undersøgelse af patientsikkerheden i patientgruppen – her har styrelsen for patientsikkerhed en klar opgave. Tolkeområdet udgør en uklar problemstilling, der bør genovervejes, fordi tolke opfattes som en ekstern ydelse der falder udenfor patientsikkerheds systemet. Anvendelse af tolke forbedrer behandlingskvalitet og sikkerhed: I en stor samlet vurdering (review) af alle videnskabelige undersøgelser påvistes positive effekter ved anvendelse af tolke på kommunikation (fejl og forståelse), brug af sundhedsydelse, kliniske resultater og patienttilfredshed (33). En dansk undersøgelse fandt at 15-20 % af flygtninge/indvandrere havde behov for tolkebistand selv efter 7 år i Danmark og 30 % havde oplevet lægesamtaler hvor en tolk var nødvendig uden at der anvendtes tolk (844). Institut for Menneskerettigheder fandt i deres undersøgelse af etniske minoriteters sundhed at adgang til tolkebistand og manglende kulturelle kompetencer var fremtrædende blandt læger (845). Diagnoseforsinkelser er i Danmark vist at være særligt hyppige blandt sårbare patientgrupper som f.eks. flygtninge/indvandrere (846). Læger og sygeplejersker mangler generelt både kliniske og tværkulturelle kompetencer på dette område. Betydningen af sprog og sygdomsopfattelser er stadig for sparsom blandt sundhedspersonale og ansatte i den sociale sektor og giver vedvarende anledning til alvorlige patientfejl, diagnoseforsinkelser og sygdomsvedligeholdelse på et niveau der bør vække bekymring på sygehuse, i regionshusene og på alle uddannelsesinstitutioner for læger, sygeplejersker, fysio-ergoterapi, jordemødre og socialrådgivere. Universiteter og professionshøjskoler, der har utilstrækkelige kurser for deres studerende om etniske minoriteters sundhed, bør tage aktuelle rapport som en anledning til en revision af uddannelserne. Sygehuse skal udarbejde retningslinjer der utvetydigt beskriver kravene til læge-patient samtaler og patientinformation ved sprogbarrierer, herunder at facilitere en organisation hvor alle patienter får det samme tilbud og udbytte uanset sprog og sundhedsviden. Samtidig må det være tiden hvor sygehusejerne sikrer etableringen et tolkekorps, der har de nødvendige sproglige og sundhedsfaglige kompetencer. Den sundheds- og social faglige indsats overfor sårbare patientgrupper skal bidrage til at forbedre patientsikkerheden og ikke, som nu, direkte true den.

Hver 4. af de helbredsproblemer, der blev identificeret, kunne være fundet ved en tidlig helbredsbedømmelse af flygtninge og dermed kunne hver 4. patient have været bedre behandlet med en tidligere rehabilitering. Kommunernes nylige afvisning af systematisk helbredsbedømmelse af flygtninge er kortsigtet og savner videnskabeligt eller praktisk belæg, mens den på længere sigt er en dyr beslutning med alvorlige langtidskonsekvenser for flygtningefamilier.

Udover de 26 nyopdagede PTSD-tilfælde, med krigs/tortur traumer fra hjemlandet, ville yderligere 12 oversete lidelser kunne være fundet ved helbredsbedømmelse af ny ankomne – dvs. at i alt ville 38 (26 %) af de oversete helbredsproblemer ville være fundet, hvis der havde været helbredsbedømmelse af ny ankomne flygtninge. De 12 lidelser omfatter bl.a. handicap, arbejdsskader i hjemlandet, fysiske torturskader, følger af giftgas, følger efter infektioner, tidligere psykisk sygdom, voldtægt og betydende svigt/overgreb i barndommen.

Hvordan styrkes patientsikkerhed?

Patientsikkerheden sættes let over styr i en travl hverdag, når man møder en patient med særlige behov, som f.eks. sprogbarriere. Men der er nogle simple rutiner, der altid kan formindske fejl:

1. Vær klar over dine egne bevidste og ubevidste fordomme/bias og arbejd med dem (opmærksomhed, selvindsigt, løbende refleksion med kolleger, søg feedback fra patienter, ydmyghed, udvid normalitetsbegreber og søg viden om implicite bias typer).
2. Brug altid 360-graders læring (bed patienten forklare dig hvad der har været drøftet, patientens opfattelse af diagnose og behandling og fremadrettet plan).
3. Giv patienten mulighed for selv at søge yderligere information (sundhed.dk, patientforeningers hjemmesider, hjemmesider med patientinformation på fremmedsprog). Patientgrupper?
4. Se pårørende som en kilde til en bedre sygehistorie og stærkere behandlingsplan – ikke som en forstyrrende information eller en barriere. Vind respekt ved at invitere familien til at tage del i samtalen.
5. Brug altid tolk, også når du er i tvivl. Sygdom kodes på modersmålet og teknisk svære forklaringer skal forstås på modersmålet. Når det basale er på plads, kan rutinesamtaler foregå uden tolk.
6. Pas på med antagelser om at alle patienter kan lidt engelsk. Det kan de ikke. Og undlad at anvende kollegers, eller egne, sparsomme sprogkundskaber når de ikke er verificerede. Der er evidens for at ”*false fluency*” fører til patientfejl.
7. Det er ikke naturligt at tale gennem en tolk. Det skal læger og sygeplejersker træne. Man skal kende til tolkens arbejdsvilkår og sproglige udfordringer ved tekniske eller u-oversættelige begreber. Skift i samtale struktur og anderledes interaktionsstil kan påvirke samtalen negativt.
8. Find løsninger der er holdbare for patienter, der ikke har råd til (al) medicin eller transportudgifter pga. (lidt for) hyppige lægekontroller. Vær pragmatisk og prioritér.
9. Tilskynd patienten til at stille spørgsmål. Prøv at kom med eksempler på hvad andre patienter spørger om: har du læst om sygdommen på nettet? Har du hørt om behandlingen hos venner? Er der noget du er særligt bange for? Er der noget vigtigt du ikke har fået spurgt om?
10. Pga. sprog og kulturbarrieren er minoritetspatienter ofte, forståeligt nok, skeptiske og usikre overfor ny behandling (medicinsk eller kirurgisk) eller større skift i behandlingen (oplevelse af at være ”forsøgskanin”). Vær ikke afvisende overfor en *second opinion*. Ofte rejser patienter til en læge med samme kulturelle baggrund i Dubai, Teheran, Tyskland, Tyrkiet eller Kenya, men opfat det som en normal menneskelig reaktion når man er et fremmed sted og er tvunget til at tage en stor beslutning.

13: Kliniske tværkulturelle kompetencer

Man kan spørge sig selv hvad der gør migrantpatienter forskellige fra alle andre patienter. Det simple svar er, at alle de udfordringer, der er konsekvenser af etnicitet, sprogbarrierer, kulturel blindhed, kort eller ingen skolegang og uoverensstemmende forventninger, kun varierer i intensitet og hyppighed i forhold til de udfordringer som etniske danske patienter kan frembyde. Arbejder man med patienters følelser og inddrages patienten i at skabe holdbare forklaringer og løsninger, så forsvinder de største udfordringer hos de fleste patienter. De kompetencer der er brug for at derfor snarere kommunikative og selvreflektive end decideret kulturelle. Den kulturelle udfordring er at etniske minoritetspatienter tvinger lægen til at bruge tid på relationen, til at lytte, inddrage og til at føle med patienten på en måde som mange læger ikke er vant til. De almindelige biomedicinske algoritmer og kliniske retningslinjer kan også blive udfordret når de skal tilpasses komplekse patientbehov, men opgaven er den samme uanset om der er kulturelle eller sproglige barrierer.

Halv medicin uden hele historien

Ligesom som man ikke kan være halvt gravid, så kan man heller ikke være halvt læge, der leverer behandling, der kun virker halvt. Ethvert patientmøde er et kulturmøde og et sammenstød mellem forskellige sygdomsrutiner. Lægen har sine ligesom patienten har sine rutiner. Når de ikke passer sammen, opstår der misforståelser, konflikt og utilfredshed. Gennem livshistorien får man et indblik i baggrunden for patienters sygdomsrutiner. Alle mennesker er rationelle – på deres egne præmisser. Det er vigtigt ikke at lade sig forstyrre eller aflede af det umiddelbart irrationelle, det fremmede eller det uvante. Det er derimod vigtigt, med professionel nysgerrighed, at søge at forstå patientens livsforløb, levevilkår og det tankesæt, der ligger bag deres handlinger.

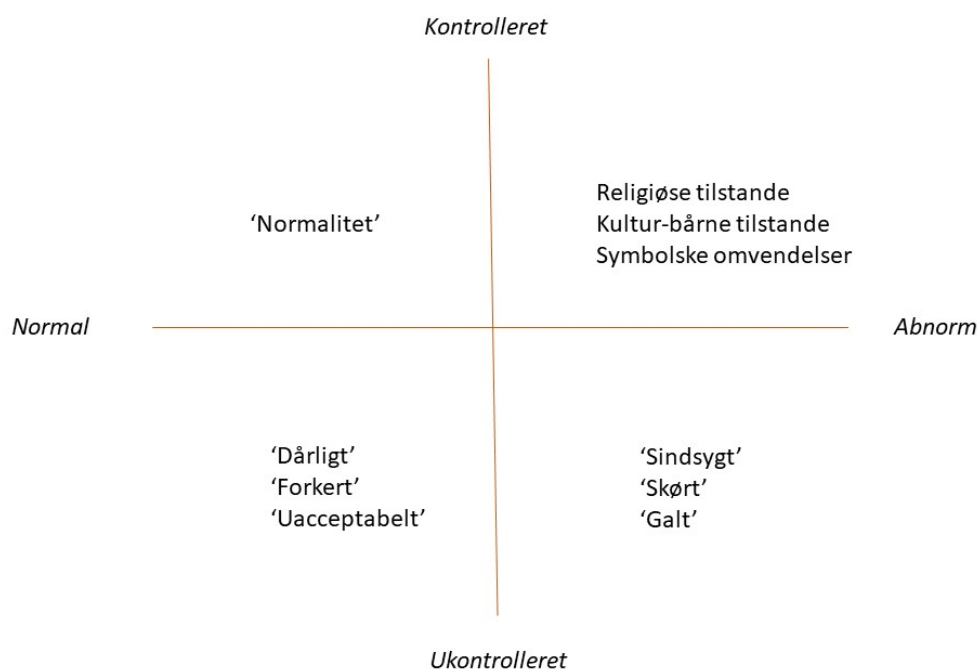
Lægen Rita Charon, der introducerede narrativ medicin i lægevidenskaben, mener ikke biomedicin virker uden at lægen er opmærksom på mennesket bag patienten: "Prisen for en teknologisk avanceret lægevidenskab synes at være upersonlig og beregnende behandling fra cirkulerende specialist teams, der, fordi de er opslugt af de videnskabelige elementer i sundhedsvæsenet, synes adskilt fra almindelige menneskelige oplevelser, der opstår omkring smerte, lidelse og den døende (...) Patienter længes efter læger, der forstår, hvad de går igennem og som følge heraf forbliver på deres side med dem gennem deres sygdom. En lægekundskab, der praktiseres uden ægte og forpligtende opmærksomhed på, hvad patienterne går igennem, kan måske opfylde sine tekniske biomedicinske mål, men det er en tom medicin eller i bedste fald halv medicin ..." (847)).

Læger har en tendens til at se sygdom i et snævert felt som biologiske fænomener, der kræver medicinsk eller adfærdsmæssig intervention (måske "forstyrret" af patientens psykiske fremtoning og samspil), mens patienter ser sygdom i en meget bredere ramme af hele deres liv. Patientens følelser som skam, skyld, ensomhed, hjælpeløshed og frygt gennemsyrrer sygdommens udtryk og bidrager betydeligt til at forværre de eksisterende lidelser, den forårsager. Medmindre lægen udtrykkeligt anerkender, aktivt undersøger og inddrager, disse følelser og de lidelser, de forårsager, i behandlingen kan læge og patient blive uigenkaldeligt adskilt fra hinanden: lægen ser patienten glide væk og tager det som udtryk for manglende compliance og dårlig motivation, mens patienten ser lægen glide væk som, endnu, en person der ikke ville tage dem alvorligt. Patienterne ønsker mest af alt intimitet og nærvær fra lægens side men mødes af intimitet uden intimitet – en kortlivet, flygtig og uengageret intimitet, der kun giver én chance og så er den væk for altid uden at nogen af parterne når at opdage den (848). Dette kapitel handler om hvordan man med autencitet, selvindsigt, et bredt normalitetsbegreb, anerkendelse af patientens lidelser og accept af enhver læge-patient samtales skrøbelighed kan skabe grundlaget for den professionelle empati, der kan fastholde intimiteten længe nok til at patienten og lægen kan være ærlige, uden at miste respekt for hinanden.

Patientens stemme: tværkulturel normalitet

Patienter navigerer for det meste alene og i ensomhed i deres sygdom: isoleret fra de raske, isoleret fra normale handlemuligheder, isoleret fra deres egen krop (eller i den), isoleret fra deres nærmeste, isoleret fra sig selv. Det samme gælder deres pårørende som ser sig isolerede og handlingslammede som forløbskoordinatorer, forhandlere, arrangører, logistikere, patientens hukommelse og omvandrede kalender. For etniske minoritetspatienter bliver ensomheden forstærket af at familien ikke kan bruges til at drøfte sygdom, sproget er en afgørende allestedsnærværende ensomheds forstærker og navigationsevnen er i forvejen handicappet. Langsomt internaliserer den syge den opfattelse, at de med deres anmassende sygdom ødelægger det ellers "normale" og harmoniske familie landskab. Familien forsøger heller ikke at ændre patientens opfattelse og sundhedsvæsenet bidrager til cementeringen af patientrollen fordi det tydeligt signaleres at det er lettest at håndtere patienter der er (opfører sig om de er-) isolerede og ensomme. Patientens lidelse og smerte er et tegn på patientens undergang og lægens utilstrækkelighed, så isolationen er i alles interesse (849).

Helman har beskrevet en model for opfattelsen af social adfærd i en given etnisk kontekst:



Figur 17. Helmans model for opfattelsen af social adfærd i en given etnisk kontekst

Det er klart at hvad der er afvigende i én generation, kan være normalt i næste generation, ligesom det uacceptable kan variere, men på et givent tidspunkt er modellen anvendelig. Det svære punkt i tværkulturelle kliniske situationer er den abnorme, men kontrollerede tilstand som kan være flere forskellige tilstande: adfærd der udfordrer gængse normer, opgør med kulturelle værdier, trancetilstande, susto, onde øjne, jinn, besættelser eller forsøg på at slippe ud af sociale bånd. Den kontrollerede men abnorme tilstand kan opstå som gruppe adfærd (tungetale, besættelse, krig, mardi gras)

Franz Kafka sagde: "En naturlig læge hungrer efter mennesker". Arthur Kleinman, professor i Antropologi og psykiatri på Harvard Universitetet har mange års erfaring med rådgivning af læger der ikke kan forstå deres patienter og hans råd til læger er kort og godt: hvis du kun har tid til at gøre én ting for din patient, så spørg hvad der betyder mest for patienten i dennes opfattelse af sygdom og behandling. Det er ikke en teknisk kompetence men derimod en menneskelig egenskab som læger der er læger, gør helt naturligt for at få den rigtige kontakt med patienten. Fokus skal være på patienten som individ, siger Kleinman, ikke som stereotypi, men som et menneske der befinder sig i fare og usikkerhed, og ikke bare en patientcase (92). Den narrative tilgang er en vaccine mod fordomme og bias i lægens opfattelse af patientens sygehistorie.

Ulighed i samtalen: diskordans & forklaringsmodeller

I 2003 udgav det amerikanske Institute of Medicine den 740 sider lange banebrydende rapport *Unequal treatment* om racemæssige og etniske forskelle i adgang til sundhedsvæsenet. Rapporten beskriver en række kerne faktorer der, bevidst eller ubevidst, bidrager til at skabe ulighed i mødet mellem læge og patient: 1) forud indtagethed og negativ bias overfor etniske minoriteter, 2) læger udviser større klinisk usikkerhed ved samtaler med etniske minoritetspatienter, 3) stereotypiske ideer om etniske minoritetsgrupper. Patienter kan på deres side forstærke effekten af disse faktorer ved at reagere uhensigtsmæssigt og dermed bidrage til at øge uligheden i sundhed (80). Hvis etniske minoritetspatienter ikke har tillid til lægens råd eller behandling vil de have tendens til ikke at følge lægens planer og bidrager dermed, som konsekvens af manglende klinisk etniske kompetencer hos lægen, til ulighed i sundhed. Mens det er umiddelbart forståeligt hvordan forud indtagethed kan påvirke lægens dømmekraft og motivation er det straks mere subtilt og nuanceret når der er tale om den kliniske usikkerhed og de mindre bevidste stereotyper der påvirker lægens kliniske beslutningsprocesser (og patientens motivation) uden at læge eller patient altid er helt klar over de mange mekanismer, der træder i kraft under samtalen. Usikkerheden åbner muligheden for at valget af behandling og patientens compliance præges af lægens subjektive skøn og præferencer. Tidspres, problemkompleksitet og pres på lægens kognitive evner modellerer lægens opfattelse af patientens information og forventninger til patientens compliance og bidrager til at introducere ulighed i valg af informationsniveau, diagnostik, behandling og opfølgning.

Fra studier af videofilmede læge-patient samtaler er det velkendt at patienters etnisk-kulturelle baggrund påvirker læge-patient kommunikationen. Vestlige læger har mindre følelsesmæssig involvering når de taler med etniske minoritetspatienter og vestlige patienter er mere direkte og behovsorienterede end etniske minoritetspatienter (729). Det er derfor sværere at opnå god forståelse og overensstemmelse mellem læge og patient i tværkulturelle lægesamtaler. God lægebehandling kræver en fælles *forståelse* af hinandens opfattelse og mening mens der ikke nødvendigvis skal være tale om enighed mellem læge og patient som sådan (730). I en hollandsk undersøgelse af læge patient samtaler fandt man at etnisk hollandske patienter havde mere forskellige samtaleforløb end samtaler med patienter af anden etnisk oprindelse end hollandsk og at etnisk hollandske patienter oftere forsøgte at bremse samtalen op og styre den og oftere (25 %!) var konfliktfyldte konfrontative end hos indvandrerpatienter (731). En tilsvarende norsk undersøgelse finder samme tendens og påviser samtidig at etniske minoritetspatienters bekymringer og angst ofte udtrykkes gennem indirekte udtryk for at nedtone dem (732).

I forhold til kommunikation er der 5 kerneområder der har dokumenteret sammenhæng med problemer i lægers samtaler med etniske minoritetspatienter: 1) Forskelle i forklaringsmodeller for sygdom og sundhed, 2) forskellige værdier, 3) forskelle i opfattelsen af læge-patientforholdet, 4) Stereotypi, fordomme, etnisk betinget forskelsbehandling, racisme og 5) Sprog barrierer, men meget få videnskabelige studier prøver at inddrage dem i deres analyser og endnu mindre er de en del af uddannelse eller praksis (729).

I et hollandsk studie af video filmede lægesamtaler med etnisk hollandske og etniske minoritetspatienter viste analysen at læger kommunikerede mindre hensigtsmæssigt og mindre omhyggeligt med etniske minoritetspatienter. Etniske minoritetspatienter blev inddraget mindre i beslutningsprocesserne og de blev i mindre grad spurgt om de forstod informationen (850). Jo mindre patienterne beherskede det hollandske sprog jo mindre tilfredse var de med læge-patient kommunikationen (851).

Kulturelle kompetencer er mere end viden om sprog, madvaner og religion. Patienter fra flygtninge producerende lande har ofte voldsomme oplevelser der får et somatisk udtryk, men patienterne har svært ved at dele dem med lægen og de er samtidig svære for danske læger at forstå i en somatisk sammenhæng (852). Etniske minoriteter har behov for mere sundhedsfaglig støtte end tilfældet er. Flere danske undersøgelser konkluderer at, at der er behov for mere uddannelse målrettet sundhedspersonale vedrørende temaer som kommunikation og kultur samt indvandreres sundheds- og sygelighedsforhold og sygdomsmønstre i et globalt perspektiv (332, 336).

Spørgsmålet om betydningen af "etnisk konkordans" (læge og patient af samme etniske herkomst) mellem læge og patient i at opnå lighed i sundheds for etniske minoritetspatienter er omdiskuteret. Kernen i problemstillingen formentlig at hvor mange patienter gerne vil tale med en læge

eller sygeplejerske af samme etnisk herkomst som de selv er, så stiller sagen sig anderledes når de skal efterleve lægens råd og i bedømmelsen af lægens faglige kompetencer hvor studier tyder på at patienterne opfatter de tosprogede læger som fagligt mindre kompetente end andre læger (853).

Effekten er dog ikke til at tage fejl af: etnisk konkordans øger patient navigationsevne, tryghed, viden og compliance ved f.eks. HIV, diabetes og hypertension (854, 855). Faktum er at patienters oplevelse af lægers etniske kompetencer betyder noget for patienternes tilfredshed og tiltro til lægen, herunder hyppigheden af utilfredshed og klagesager (856). Læger med høj grad af patient involvering, bedømt på fordelingen mellem lægens taletid og patientens taletid har de mest tilfredse patienter og får langt færre klagesager. De fleste studier synes at pege på at etnisk konkordans mellem læge og patient har en gavnlige effekt på patientens oplevelse af lægens indlevelsesevne og patient inddragelse samt på faktisk compliance og sygdomskontrol (857). Men kvindelige læger har en højere grad af patient inddragelse end mandlige læger har og hvis der er overensstemmelse mellem læge og patient med hensyn til sygdomsforståelse, og det lykkes at foretage en bekymringsafstemning, så er etnisk konkordans knap så vigtig (858). Med andre ord: der eksisterer kompetencer som alle læger, uanset køn og etnicitet, kan tilegne sig, som udligner en stor del af de kulturelle forskelle i læge-patient samtalen. Hvis resultatet af at tilegne sig disse kompetencer er at lægen bliver opfattet som empatisk og ekspert samtidigt så er meget nået i patient samtale med sprog og kultur barrierer. Men det basale er stadig at læger generelt bør have bedre etniske kompetencer (859, 860).

Det tværkulturelle *blind spot syndrome*

Der er mange indbyggede modsætninger i lægens rolle. På den ene side, forsøger læger at skabe følelsesmæssig distance for at sikre en pålidelig diagnostisk proces der er uafhængig af lægens personlige følelser. Men patienterne derimod ønsker ægte empati og indlevelse af lægen, og lægerne ønsker rent menneskeligt også at gengælde patientens tillidsfulde ønske. Den kliniske styrke i empati bliver i stigende grad anerkendt, men ud fra en ide om at der findes professionel empati, der bevarer lægens uafhængighed. Udenfor det medicinske område, betyder empati at man flytter hinandens erfaringer. Men indenfor medicinen fastholder man derimod en definition af empati som "den handling hvor lægen korrekt anerkender den følelsesmæssige tilstand af en patient uden selv at opleve følelsen eller problemet"

Læger får nøglen til diagnosen gennem patientens beskrivelse af sin lidelse, men samtidigt får lægen som uvelkommen bonus et virvar af følelser og kropsfornemmelser, der truer med at svække lægens kolde kliniske overblik (på engelsk med rammende poesi kaldet "*Emotional vomiting*"). Lægers ambivalente forhold til patienters følelser og oplevelser er imidlertid ikke af nyere dato og er tilsyneladende en arbejdsskade som der også var problemer med i 1923: "*..too little do we teach that the patient is not made up alone of tissue structures but is a personality functioning in a given environment. Too often, hospital, outpatient and even office practice becomes a mere routine, and the attending physician fails to remember that every case represents a human heart, crushed to the point of despair by sickness and resultant poverty*" (861).

Med vekslende held har humanistisk indstillede læger gennem tiden forsøgt at gøre professionel sympati og følelsesmæssig involvering til en del af de lægelige kerneydelser. Man er nok landet på at en form for professionel empati er nødvendig og frugtbar, men at man som læge skal arbejde med balancen. Et begreb som medfølelse uafhængighed (*compassionate detachment*) har været anvendt til at beskrive en professionel tilgang til patientens lidelse og følelser: lægelig anerkendelse uden at blive opslugt (862). Anerkendelse af en patientens følelser og problemer, er noget andet end at deltage i patientens følelser, som igen er noget andet end at ignorere følelserne hos patienten. Den empatisk neutrale læge vil gøre hvad der skal gøres for patienten uden at sørge, fortryde eller fortvivle. Andre har beskrevet at læge studerende har brug for at lære at være uafhængigt bekymrede (*detached concern*): lige som de skal kunne dissekere et lig uden at føle væmmelse, så skal de kunne "dissekere" en patients følelser uden at blive følelsesmæssigt involverede (863). Selvom sensitivitet, indlevelsesevne, empati og fleksibilitet er relevant for alle patienter i klinisk sammenhæng, så er der mange studier, der tyder på, at netop etniske minoritetspatienter er mere opmærksomme på fordomme og manglende etnisk-kulturelle kompetencer hos læger og andre behandlere (864).

I et transatlantisk sammenlignende studie var der store kulturelle forskelle mellem USA og Holland i hvordan læge-patient samtaler udfolder sig og fokus i deres faglige indhold. Samtaler i USA var mere biomedicinsk fokuserede, mens de hollandske var biopsykosocialt orienterede. Amerikanske læger stillede flere spørgsmål mens de hollandske var mere patient involverende (865). Det afspejler forskelle i lægers uddannelse og filosofien bag uddannelserne, forskelligt fokus i lægearbejde samt kulturelle værdier og forventninger til hvad sundhedsvæsenet skal yde. Patienterne har sandsynligvis de samme grundlæggende behov men mødes forskelligt afhængigt af hvordan læger og patienters roller er definerede.

I forbindelse med det psykoterapeutiske område fandt et studie, at psykoterapeutens multikulturelle kliniske kompetencer hang meget kraftigt sammen med hvor attraktiv, troværdig, kyndig og empatisk en behandler blev opfattet (866). Men der er også en tendens til at behandlerens almene kliniske kompetencer bedømmes gennem et filter af patientens opfattelse af dennes multikulturelle viden og indlevelsessevne (867).

Tilegnelse af kulturelle kompetencer, sigter mod at gøre det muligt for læger at yde bedre behandling og omsorg for patienter med socioøkonomiske, etniske eller andre egenskaber, der adskiller sig fra lægens. Men kulturelle kompetencer kan nogle gange blive til en slags kulturel beherskelse af etniske minoritetsgrupper gennem "praktiske" generaliseringer og etnisk specifikke sygdomsopfattelser. Kulturel kompetence uddannelse involverer ofte uddeling af lister over kulturelle kendetegn: når en sydamerikansk patient fortæller en historie om "susto", så mener patienten "i virkeligheden....." dette. Når en asiatisk patient afslører mystiske runde aftegninger på sin overkrop, så betyder det "bare at.....", etc.. Det betyder ikke, at fortrolighed med kulturelle overbevisninger og handlinger ikke forbedrer lægens forståelse af patientens symptomer og sygdom, men snarere, at de skjulte præmisser og antagelser som undervisningen baserer sig (at læger nødvendigvis tilhører en privilegeret kulturel gruppe, at alle patienter med samme etniske baggrund deler de samme holdninger og værdier, at de komplekse nuancer i kulturforskelle kan tillæres som viden og "mestres" og at tilnærmet tvær-etnisk forståelse mellem kliniker og patient automatisk fører til gensidig forståelse), gennemhuller det ellers velmente formål med at øge lægers kulturelle kompetencer. Den traditionelle opfattelse af kulturelle kompetencer beskæftiger sig, ligesom den lægelige uddannelse, primært med at lægen skal have kliniske værktøjer til "mestre" patienten snarere (kulturelle kompetencer får samme betydning som blodprøver og røntgenbilleder), end at undersøge de interne kulturer, fordomme, usikkerheder, tvivl, frygt og lægens identitet i forhold til patienten, som de udspiller sig i samtalen og i den nonverbale interaktion med patienten.

Forforståelsen skal inddrages på en langt mere proaktiv måde i læge-patient samtalen, end vi er vant til med etnisk danske patienter. En skolelærer nævnte, i et interview om tosprogede børns udfordringer, at selve kernen i f.eks. en H.C. Andersen fortælling om en prinsesse går tabt, hvis eleven ikke ved at en prinsesse er født ind i en kongefamilie. Eleven ved måske nok, at prinsessen har fin kjole på og en krone, men selve historiens kernefortælling forbliver ukendt og uforståelig. En parallel oplevelse havde en lærer der måtte give en elev o i karakter for en "misforstået" fortolkning af et billede af en flaskepost. Eleven, der havde forældre fra et krigshærget land i Mellemøsten, så, i stedet for flaskeposten, en benzinbombe og skrev en historie om krig og vold. I klinisk sammenhæng kan lægers manglende afklaring af patientens forforståelse få alvorlige konsekvenser: kernen i sygdoms- og behandlingsforståelse kan gå tabt for patienten. Hvis patientens erfaringer med tuberkulose er, at det er en sygdom der langsomt æder kroppen op og at alle dør af den, så skal der bruges tid på at anerkende hvor patientens opfattelse stammer fra og derpå tilpasse patientens bekymringer til de reelt optimistiske behandlingsmuligheder. Det er ikke nok bare at sige det, patienten skal tilegne sig nye betydninger og internalisere dem i deres egen forståelse. Hvis patienten har den klare erfaring at alle der bliver opereret enten dør af det eller bliver skadede for livet, så skal der bruges tid på at ændre den forståelse så en velbegrunnet underlivsoperation accepteres af patienten. Hvis patienten ikke har egentlige funktionelle ideer om hvad virus, lymfekirtler eller hypofysens hormoner er, så bør man starte med at skabe funktionelle ideer fordi behandlingssuccesen, og patientens medansvar, er større med en individuelt tilpasset forforståelse.

Kulturel ydmyghed og diversitetsfølsomhed

Mange foreslår derfor, at man erstatter ideen om at der findes særlige kulturelle "lærebogs-" kompetencer med mere praktiske begreber som kulturel og narrativ ydmyghed (868-870). "Meget af en forfatters liv består af antaget lidelse, retoriske lidelser", skriver Anatole Broyard i sin bog *Intoxicated by My Illness, and Other Writings on Life and Death*, en erindringsbog, offentliggjort efter hans død af prostatacancer. Ligesom forfatteren, hvis arbejde afhænger af evnen til at kunne sætte sig ind i den enkelte persons forestillede lidelser, så er også lægen fanget i evnen til at kunne sætte sig ind i patientens "oplevede" eller "retoriske" lidelse. Det betyder naturligvis ikke at smerte, sygdom eller handicap ikke er virkelige for patienter og deres læge; snarere antyder det, at lægens evne til at leve sig ind i og forstå patientens lidelse, en lidelse, der er bosiddende uden for klinikerens egen fysiske og følelsesmæssige væsen, afhænger af om lægen er i stand til at finde en indgang til patientens lidelse fra sit eget indre – evnen til at kunne mødes i en fælles sårbarhed med patienten baseret på lægens egne betydningssystemer. At arbejde mod indsigt i et andet menneskes følelser og lidelser er nært beslægtet med romanforfatterens arbejde med at komme ind under huden på sine romanfigurer, ligesom at lære nye bekendtskaber nærmere at kende og at lade historiens centrale plot folde sig.

Livshistorien binder nutiden sammen med fortiden – det gælder også i sygdom. Med narrative kompetencer, får læger et redskab til at møde patienten, der hvor patienten står lige nu, men set i et historisk perspektiv (847). Kunsten at lytte professionelt med fuld forståelse af patientens situation er central og består af mange kunstgreb: nysgerrighed, empati, respekt for patientens tanke flow, accept af tvetydighed, strukturelle kompetencer, skjult sårbarhed, kulturel ydmyghed og røntgenblik etc. Og når dagen er omme, så er der måske dybest set kun to mulige afsæt for en læge-patient samtale: det ene afsæt er at lægen på forhånd har besluttet at patienten forstår hvad lægen siger og hvis ikke, så er det patientens problem, mens det andet afsæt er at lægen ved, at lægen ikke forstår patienten og at patienten ikke forstår lægen – det er sådan set formålet med læge-patient samtalen at råde bod på den lille udfordring.

Der er brug for lidt kulturel ydmyghed i stedet for fordomme, stereotypier og gætterier. Men kulturel ydmyghed er, ligesom kulturbegrebet i sig selv, under konstant forandring – en plastisk proces. Som læger og studerende, der møder mennesker i krise fra hele verden, er vi nødt til at være i dialog med os selv om den indflydelse kultur udøver på muligheden for et sundt liv og risikoen for sygdom. Vi er nødt til at være klar over vores egne holdninger til kulturelle forskelle, og forbedre vores evne til objektivt at forstå beskrivelser af kulturel adfærd, der opfattes som forklaringer på et helbreds problem. Men den forståelse skal ikke føre til at vi falder tilbage på simple stereotype patientgrupper. Men hvad siger patienterne selv om forholdet til lægen? Et portugisisk studie viste at patienterne efterspurgte 3 ting hos lægen: opmærksomhed/respekt, bredere viden og konkrete kompetencer.

Et gennemgående problem i den europæiske videnskabelig tilgang til hvilke professionelle barrierer der eksisterer (og hvor de eksisterer) er at de fleste studier har været fokuseret på enten patient vinkel eller på lægers egen opfattelse af barrierer. Hvad angår patientoplevede barrierer, så indgår de selvfølgelig i den samlede analyse af barrierer, men oftest er patienters fokus, i sagens natur, fokuseret på rammer og kommunikation og meget lidt på den lægefaglige kvalitet. Lægers egen opfattelse af barrierer har, i interviewundersøgelser, en tendens til at bekræfte ideer om manglende tid, fordomme, stereotypier, bekvemme forestillinger om dårlig tolke kvalitet og "kulturelle" symptomer og studier af "Best practices" ender med at mest at give et billede af gængse fordomme og fortællinger om etniske minoriteter i sundhedsvæsenet end af professionelle barrierer (871)(872).

Kulturelle kompetencer er mere end viden om sprog, madvaner og religion. Patienter fra flygtninge producerende lande har ofte voldsomme oplevelser der får et intenst somatisk udtryk men patienterne har svært ved at dele dem med lægen og de er samtidig svære for læger at forstå i en somatisk sammenhæng (370, 873).

Herhjemme har Edith Montgomery i sine studier i Danmark påvist hvordan patienter med krigs-/tortur oplevelser og Post Traumatisk Stress Syndrom ofte opleves som utroværdige oplysere fordi deres hukommelse og erindringer kan være meget forskelligt sammensat afhængigt af ydre indtryk, stress

niveau og almen tilstand – dermed er patienter med PTSD og somatiske symptomer i fare for enten at blive afvist eller fejllopfattet af sundhedsprofessionelle.

Der er ubevidste psykologiske processer og faktorer i læge samtalen som kan påvirke den lægelige kliniske beslutning, såsom alder, køn, hudfarve og sprog. I et studie publiceret i *New England Journal Of Medicine* blev det påvist hvordan hudfarve påvirkede lægens beslutning om at foretage KAG ved mistanke om iltmangel i hjertet (86), mens et andet studie påviste hvordan sprogbarrierer påvirker lægers valg af smertebehandling, dosering og varighed (874) og påvirkede længden af antibiotikakure, samt valg af thrombolysebehandling (875, 876). Sygeplejersker på sygehuse oplever at patienter med sprogbarrierer modtager information og behandling af lavere kvalitet end andre patienter og at de manglende klinisk etniske kompetencer forhindrer at der kan skabes lighed i behandlingskvalitet (877).

Diagnostisk forskelsbehandling

For sen eller forkert diagnose

Sprogbarrierer påvirker patienters navigationsevne og ændrer de sundhedsprofessionelles rutiner (798, 878). F.eks. er der næsten 8 gange større risiko for primært at blive indlagt på en forkert afdeling ved en akut indlæggelse (879). I Danmark har patienter med anden etnisk herkomst en større indlæggelsesfrekvens på hjertemedicinsk afdeling på mistanke om blodprop i hjertet, men har som gruppe samme hyppighed af blodprop i hjertet som etnisk danske patienter (365). Dvs. at etniske minoritetspatienter hyppigere indlægges ”for en sikkerheds skyld” på hjertemedicinsk afdeling når der klages over lidt diffuse smerter i bryst regionen pga. sprogbarrieren. Et hollandsk studie påviste at etniske minoritetspatienter 5 gange hyppigere blev indlagt akut med diffuse smertetilstande (mave- eller ledsmerter) end baggrundsbefolkningen men til gengæld sjældnere blev indlagt med specifikke medicinske problemstillinger (366), og bekræftet af et studie 7 år senere (880).

I et litteraturstudie fra KORA (Det nationale institut for kommuners og regioners analyse og forskning) om *Menneskelige faktorer i forsinket diagnostik* fra marts 2013 påpeges det videnskabelige belæg for hvordan etnicitet som selvstændig faktor (sammen med andre faktorer) bidrager til forsinket diagnostik. Der identificeres 23 forskellige typer af diagnose forsinkelser. Analysen er desværre begrænset af at en del lægelige kognitive processer (beskrevet i dette afsnit) ikke er inddraget i litteraturstudiet. Det har bl.a. den konsekvens at de dybere mekanismer i patient forsinkelser og lægers ubevidste interaktioner med patienter ikke kommer klart frem. Men som udgangspunkt er litteraturstudiet brugbart, overordnet er der tre grupper af forsinkelser i analysen:

- Mænd, kort uddannede og etniske minoriteter var længere tid om at søge læge, men der eksisterer ikke viden om årsagerne.
- Lægeforsinkelser skyldes fejldiagnoser, manglende klinisk viden og interaktionsstil der ikke er befordrende for at alle patienters symptomer belyses
- Lægevidenskabens metoder kan i sig selv bane vej for reduktionistiske fejlslutninger pga. lægens manglende kulturelle eller sproglige sensitivitet, kontekstbaseret beslutningstagning, fordomme, bias og teoretiske præference

Analysen påviser hvordan specielt lægens interaktionsstil med patienten kan være enten faciliterende eller direkte stigmatiserende og dermed påvirker lægen patientens motivation og egenomsorg, der igen fører til diagnose forsinkelser. Særlig interessant er at rapporten peger på behovet for kommunikativ kompetenceudvikling blandt lægestuderende og læger. Her peges på at opøve kompetencer i forhold til narrative og retoriske analyser mhp. at udvide og skærpe lægers fortolkningsevne og forståelsen af den enkelte patient. Der anbefales desuden strukturerede kommunikationsredskaber til mere komplekse helbredsproblemer, så diagnostik ikke er afhængig af lægers individuelle kompetencer, interaktion med patienten eller motivation for at ”gøre lidt mere” (881).

Nogle læge samtaler kan ende med det stik modsatte resultat af hensigten, hvis lægen ikke er klar over de behov usikre patienter med sprogbarrierer kan have. Spørgsmålet om betydningen af

patienters tillid til lægen i forhold til compliance er ikke særlig velundersøgt, men studier tyder på at patienter med sprogbarrierer ofte udtrykker behov for at opbygge tillid (*trust*) til lægen før de kan og vil lytte til lægens råd og vejledning. Særligt i forhold til invasive procedurer kan mistro til lægen medføre at lægens Information opfattes som inkonsistent, vag og upræcis af patienter (371). Usikre patienter med sprogbarrierer vil gerne overbevises af lægen før de går med til invasive undersøgelser, operationer eller behandlinger med potentielle bivirkninger. Hvis lægen ikke opfanger dette behov, og imødekommer det med argumenter, vil patienten sige nej til en, i øvrigt velbegrundet og nødvendig, undersøgelse.

Sprogbarrierer i sundhedsvæsenet nedbrydes ikke alene ved at der anvendes tolk. I en svensk undersøgelse af patienters oplevelse af kommunikation i sundhedsvæsenet så man 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 samtalens indhold. 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 desuden angst, usikkerhed og mistillid hos patienterne. Konklusionen på undersøgelsen var at der i høj grad var brug for at give lægerne de klinisk etniske kompetencer de mangler (882). 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 (883). I en norsk undersøgelse på et lægecenter i Oslo fra 1992 fandt man signifikant flere indvandrerpatienter i diagnosegruppen "Ubestemmelige symptomer og tegn" og man konkluderede at forskellen var udtryk for mangelfuld kommunikation og interaktion mellem læge og patient (884).

Patienter og behandleres forståelse af sundhed og sygdom hænger sammen med deres kulturelle vilkår og uddannelsesmæssige baggrund. Uens sygdomsforståelse påvirker kommunikationen under lægebesøget. Et eksempel på at manglende forståelse af symptomer og sygdomme i deres sociale kontekst er urin og fæces inkontinens som i nogle samfund er forbundet med at være svært handicappet og så uren at man ikke må bede. Hvis problemet ikke italesættes af den sundhedsprofessionelle, kommer det ikke spontant frem og patienterne er socialt meget isolerede med lavt selvværd langt mere end man forventer hos etnisk danske patienter (885). Det er derfor vigtigt at sundhedsansatte har gode kulturelle kompetencer og forståelse, så forskelle ikke skaber unødvendige misforståelser eller står i vejen for undersøgelser eller behandlingen (827). I et omfattende review af 106 studier af læge-patient kommunikation fra 2009 påviste DiMatteo at når patienter ikke forstår lægen så fører det til uhensigtsmæssige medicin pauser og unødvendige indlæggelser. Hvis patienten ikke forstår lægen, er der 20 % større risiko for at medicinen ikke tages som den burde. Reviewet påviser også at undervisning af læger virker og forbedrer kommunikation mellem læge og patient så meget at der er 62 % større chance for at patienten følger lægens behandling efter hensigten (826, 827). I en undersøgelse blandt medicinstuderende i Oslo på sidste semester fandt 3 ud af 4 at de ikke havde de nødvendige klinisk etniske kompetencer indenfor migration og sundhed (886). De kritiske grundelementer i kulturelle kompetencer for læger er et bredt kommunikativt repertoire, situations opmærksomhed, adaptations evne og kendskab til kerne kulturelle emner og problemer (887).

Forskelsbehandling i klinisk samskabelse & patientinddragelse

Flere studier, herunder et kvalitativt hollandsk studie viser hvordan patienters mistillid til, og manglende tro på-, lægen medfører dårligere compliance, lavere oplevet kvalitet, uhensigtsmæssig patientadfærd og lavere selvvurderet helbred (204, 205). Digitalisering og videnskabeliggørelse af sundhedsinformation er en professionel udfordring der er ved at tegne sig tydeligere, men har formentlig været væsentlige barrierer

for sprogligt udsatte patienter. Digitaliseringens konsekvenser er kaldet digital diskrimination, men skal ses som en digitalisering af eksisterende barrierer, hvor digitaliseringen kun bliver yderligere en barriere. I en undersøgelse af konsekvenserne af at læger i tiltagende grad tvinges til at kommunikere information baseret på videnskabelige undersøgelser, sandsynligheder og svært forståelige multifaktorielle score systemer fandt man at 37 % af de adspurgte følte sig ude af stand til at forstå hvad lægen sagde og 67 % af dem der ikke mente de forstod de tal lægen havde nævnt, følte der havde været tale om ”dårlig eller meget dårlig læge-patient kontakt” (888).

Sygdomsmønstret og sammenhængen med klinisk bias og forebyggelse understøttes af tal fra Danmarks statistik. Ifølge deres undersøgelse ”Indvandrere i Danmark” fra 2010 så har flygtninge/indvandrere en lavere dødelighed end etniske danskere i alle aldersgrupper (indeks 80 for kvinder og indeks 76 for mænd hvor etniske danskere har indeks 100). Ser man imidlertid på dødsårsager så tegner der sig et mere nuanceret billede. Den lavere dødelighed forklares alene ved at etniske minoriteter har en betydeligt lavere dødelighed af hjerte-kar-sygdomme, rygerlunger, lungekræft, mavekræft, og leversygdomme – netop sygdomme der skyldes adfærd som stadig er relativt sjælden blandt etniske minoriteter i Danmark: rygning og alkoholoverforbrug. Derudover er der en lavere dødelighed for selvmord og ulykker, som dels skyldes at selvmord i mange etniske minoritetsmiljøer er religiøst eller social uacceptabelt dels skyldes det færre arbejdsulykker og trafikuheld. Der er på den anden side højere dødelighed for infektionssygdomme (137). Det er typisk sygdomme der både kan forebygges med målrettet information og de kan behandles hvis man får rettidig behandling.

Den oplagte ulighed i sundhed kan opstå pga. stereotyper, tidspres og træthed, fordi læger og sygeplejersker ikke anvender tolk eller undlader at tilpasse undersøgelser og behandlinger til patienter med sprogbarrierer (91). Mellem 30 og 50 % af etniske minoritets patienter oplyser at de ikke er gode til modersmålet, men kun 6 af 10 i et dansk befolkningsbaseret studie til bydes tolk (i hospitals studier tilbydes 1 ud af 10 tolk og i en undersøgelse blandt praktiserende læger i London foregik kun 1 af 7 samtaler, hvor der var behov for tolk, med tolk) (333, 889, 890). Desværre er tallene misvisende fordi der er tale om spørgeskema oversat til få udvalgte sprog, men det kræver læsefærdigheder at besvare skemaerne og dermed beskriver undersøgelserne ikke analfabeters behov. I Indvandrermedicinsk Klinik har ca. 75 % af patienterne behov for tolk. Ydermere bliver mænd sjældnere tilbudt tolk i sundhedsvæsenet og har sjældnere et socialt netværk der kan støtte med tolkning. Adgang til tolkebistand er økonomisk rentabelt og øger brug af forebyggende sundhedstilbud, fører til flere relevante besøg hos lægen og flere indløste recepter (891).

Et tysk studie fra 2013 giver et indblik i hvor omfattende sprogbarrierer kan være selv i etniske grupper der har opholdt sig længe i landet. Af de tyrkiske patienter på sygehus der deltog i undersøgelsen talte 75 % udelukkende tyrkisk sprog i hjemmet, ikke tysk. 75 % af dem der talte et vist tysk, talte kun tysk på deres arbejdsplads. Af de indlagte vurderede 26 % at deres beherskelse af tysk sprog var ”dårlig” eller ”meget dårlig” og hele 43 % var sikre på at en tolk ville have hjulpet meget under indlæggelsen. 25 % fandt at den information de fik før undersøgelser og behandling på sygehus, herunder informeret samtykke, var utilstrækkelig eller slet ikke forstået (87). Andre studier har på samme måde vist at sprogbarrierer sætter kvalitetsrutiner ud af funktion, f.eks. at der kun blev indhentet informeret samtykke hos 28 % af patienter med sprogbarrierer mens der var samtykke hos 56 % af andre patienter (801).

Der er ikke rutiner på danske sygehuse for at screene sprog og læsefærdigheder blandt patienter og det er ikke normalt at etniske minoritets patienter der har tilegnet sig et hverdags dansk sprog spørges om de har behov for tolk. Et dansk studie på en stor børneafdeling fandt at forældre med sprogbarriere havde kommunikationsproblemer i 33 % af indlæggelser og påpegede manglen på tolkeanvendelse selv når det var nødvendigt (892). De fleste studier påviser at 15-30 % af patienter med sprogbarrierer ikke blev tilbudt tolk ved indlæggelsen. Det tyder på at det af patient sikkerhedsmæssige årsager burde være en ufravigelig rutine at anvende tolkebistand og at hensigtserklæringer, som det er formuleret i bla. den danske kvalitetsmodel, ikke er tilstrækkeligt i forhold til patient sikkerhed.

I nogle samfund og religioner der i mindre grad er præget af naturvidenskab og bred almen skoleuddannelse er det ikke acceptabelt at vide noget i detaljer om kroppsfunktioner, mens det i andre

sammenhænge er normalt at se kropslige funktioner og symptomer i sammenhæng med ydre sociale og fysiske fænomener. I atter andre sammenhænge er læger og sygeplejersker myndigheds- og magt personer som ikke skal forstyrres med detaljer om symptomer og kropsoplevelser. Dermed bliver vigtige symptomer enten slet ikke præsenteret for lægen, eller de får fremtoning der ikke opfattes af lægen som vigtige eller patienten sætter symptomerne i en sammenhæng, der ikke giver mening for lægen og derfor ignoreres eller bagatelliseres. Lægen på sin side er ikke klar over disse forskelle og lægens spørgsmål medfører ikke større indsigt. I stedet for at patienten er genstand for spørgsmål baseret på faglig lægelig viden udsættes patienter for "etnocentricitet" og generaliseringer baseret på de diagnostiske stereotyper som den enkelte læger arbejder ud fra og dermed forsinkes diagnoser eller patienter får direkte forkerte diagnoser idet samtalerne mest har karakter af lange forhandlinger om ord, meninger og konsekvenser og resulterende i et meget diffust fagligt indhold (179, 828, 893-895).

Der er imidlertid en lige så vigtig, men mere usynlig, indbygget ulighed i at det, selv om lægen gør sit bedste, kan være svært at forstå patientens sygehistorie eller symptomer og dermed får patienten mindre ud af læge besøget og modtager af samme årsag også færre sundhedsydelse, såkaldt statistisk diskrimination (896). Desværre er der meget få studier af mekanismen i den statistiske diskrimination og hvordan man forbygger eller minimerer dens konsekvenser, men de grundlæggende elementer, der fører til klinisk usikkerhed hos lægen ved sprogbarrierer, er beskrevet (80, 343, 896, 897). Der er beskrevet mange teoretiske modeller for lægers forskelsbehandling af patienter – se f.eks. følgende model for de overordnede elementer i lægers svingende behandlingstype og kvalitet (tabel 27):

Tabel 27. Typer af lægelig forskelsbehandling af patienter (832)

	Hos samme læge	Mellem forskellige læger
Hos samme patient	Upålidelighed – vilkårlighed: Inkonsistens i hvordan den samme læge behandler den samme patient over tid	Uoverensstemmelse: Forskellig klinisk praksis, uoverensstemmelse mellem læger om diagnostik og behandling af specifikke symptomer
Mellem forskellige patienter	Bias: Forskellig behandling af patienter med samme sygdom baseret på fordomme og bias, behandling meget afhængig af patientens formodede præferencer	Interaktion/relation: Forskellige læger behandler samme patient forskelligt afhængigt af relationen og patienter vælger læger der passer bedre til deres præferencer

Resultatet af den kliniske bias viser sig bla. ved at etniske minoritetspatienter har et ringere udbytte af den behandling der tilbydes i det offentlige sundhedsvæsen. Etniske minoritetspatienter med diabetes har således en dårligere regulering af deres sukkersyge end etniske danske patienter (255)

En stor del af problemet er, at læger ofte ikke er klar over hvordan deres egen (læge-) kultur påvirker deres kliniske beslutningsevner, men det er desværre et faktum at køn, alder, social status, uddannelsesniveau og etnisk dis/konkordans mellem læge og patient direkte påvirker lægens kliniske beslutningsproces omkring undersøgelse, behandling og informationsniveau (og om patienten forstår og har tillid til lægen) (246, 338, 367, 368). Selvom læger ikke mener de foretager social og sproglig kategorisering i den kliniske patient situation, så sker det alligevel som en del af en ubevidst sofistikeret individualiserings strategi. Udover at tage udgangspunkt i den enkelte patient, de sidder overfor, så "læser" lægerne samtidig patienterne ved hjælp af en social radar, der registrerer patientens fysiske og psykiske fremtoning, interaktion og sprogbrug (369).

Imidlertid påvirker lægens bias, om den er bevidst eller ubevidst, patientens opfattelse af kvalitet i behandlingen der modtages. Det dokumenteres i en undersøgelse fra Det Nationale Folkesundheds institut i Sverige i rapporten "Discrimination – a threat to public health". Sammenhængen mellem oplevet diskrimination og dårligt helbred er meget stærk, som det anføres, både somatisk og psykisk, og med større effekt på mænd end på kvinder (898).

Læger er desuden tilbøjelige til at overestimere patienters læsefærdigheder og derved risikerer lægens information at være for kompliceret. Ofte har patienter så lidt udbytte af lægens information at de ikke kan stille spørgsmål fordi de ikke har fornemmelse af kontekst eller mening og derfor vælger tavshed (800).

I mere etnisk sammensatte lande som Canada, USA, Australien og England har udvikling af sproglige og etniske kompetencer i sundhedsvæsenet længe været i fokus særligt på de kliniske områder hvor der er størst dokumenteret etnisk ulighed (899).

Tværkulturel samskabelse

En tavs patient er ikke en patient, der samtykker. En tavs patient er tavs fordi vedkommende ikke kan udtrykke sig og interagere på en tryk måde. Samskabelse (på engelsk co-production) af løsninger med patienter kræver for det første at sundhedsvæsenet er indstillet på at ændre på interaktionen med patienterne. Det kræver bl.a. stor fleksibilitet, mere frihed i samtalelængder og tidsbestilling. Det kræver ressourcer og motivation til at prøve nye metoder og det kræver nye samarbejdsformer mellem afdelinger. Rammerne for at kunne samskabe kræver tålmodighed og at patienten oplever situationen som tryk. Det kræver tid at finde patientens præferencer omkring sprog, detaljegråd og foretrukne beslutningsprocesser. Der er identificeret en række kommunikationsstrategier, der kan lette samskabelse: a) langsom tydelig tale og anvendelse af enkle ord uden jargon, b) brug af enkle værktøjer såsom nedskrevne instruktioner, visuelle materialer samt brug af bevægelser og metaforer, og c) opmærksomhed på non-verbal kommunikation ved at observere adfærd og reaktioner, der kan indikere, om der er behov for mere forklaring eller tid til at fordøje informationerne. Dytige erfarne tolke er instrumentelle i denne proces (900-903). At have mulighed for at tale på sit modersmål øger den gensidige forståelse og giver patienten en følelse af sikkerhed, der bidrager til at styrke forholdet mellem patient og læge (904, 905). På trods af om patienten kan være i stand til at tale et andet sprog (f.eks. dansk), så udtrykkes følelser og oplevelser bedst på ens eget sprog – man er bedst til at være syg på sit eget sprog (906).

Samskabelse kræver en oprigtig nysgerrighed overfor patientens fortælling og patienten skal føle at de oplysninger der deles med lægen, har stor betydning. Det er ikke alle patienter der har det samme behov for involvering i beslutningsprocessen, men alle har behov for at blive taget alvorligt og lyttet til med fornemmelse af at anstrengelserne ikke er forgæves. Det er vigtigt at rette opmærksomheden mod patientens andre prioriteringer og sociale udfordringer, der, hvis de lades uberørt, kan risikere at ødelægge samskabelsen: integration, identitet, økonomi, opholdsgrundlag, familiestrukturer, børneopdragelse og forskelsbehandling.

I adskillige undersøgelser har det vist sig frugtbart når læger tager sig tid til at forhindre skadelig stereotype tanker om patienters opfattelse, normer og baggrund i at påvirke deres kliniske bedømmelse (907-909). Det er væsentligt at man som læge øver sig i at stille spørgsmål hver gang man har mest lyst til at gætte eller kategorisere – også spørgsmål der kan være følsomme. Oprigtig nysgerrighed giver oprigtige svar - ofte bedre end de spinkle stereotyper man har til rådighed som læge (902).

Reducér antallet af sprog i rummet

Der er ofte mange sprog i spil i en læge patient samtale. Alle kan de skabe sprogbarrierer imellem læge og patient: lægens lægesprog, lægens lægmandssprog, patientens sparsomme danske ordforråd, tolkens sparsomme lægefagsprog, tolkens og patientens sparsomme fællessprog (by/land, dialekter) og patientens eget sprog for krop og sygdom. En særlig skjult faktor i samtalen er gråzonesprog, som er de ord, vi hver især som fagpersoner ikke mener er forklaringskrævende. Der er tale om simple fagudtryk, som vi som læger føler de fleste patienter bør kende, og det er de vendinger vi synes giver samtalen et "professionelt" præg og som, sammen med kitlen, definerer os som læger. Følgende begreber er eksempler på gråzoneord: tom mave, BMI, kontrol, akut, intensiv, fedme, forebyggende og terapi. Desværre er de oftest forklaringskrævende i klinikken, både for tolk, pårørende og patienten, men det bliver ikke klart for lægen, at ingen forstår lægens spørgsmål eller den givne information. Kunsten er at være professionel samtidig med, at man tilpasser information og samtale niveau til den enkelte patient

eller tolk. Det er vigtigt at patienten har forstået sine symptomer, planer for undersøgelser, behandlingsmuligheder, og hvad lægen forventer at patienten selv gør.

Sprogbarrierer påvirker patienters navigationsevne og ændrer de sundhedsprofessionelles rutiner (798, 878). Sprogbarrierer påvirker lægens måde at optage sygehistorie på, og gør det svært at få en sammenhængende historie, der giver mening i medicinsk forstand. Sprogbarrierer skaber huller i informationen der kan lede til fejldiagnoser, forsinkelser og frugtesløse udredningsforløb (347). Sygdomme der involverer flere organer og som udvikler sig over mange år diagnosticeres meget sjældnere blandt etniske minoriteter, et eksempel er bindevævssygdommen Lupus (348).

Sprogbarrierer i sundhedsvæsenet nedbrydes ikke alene ved at der anvendes tolk. I en svensk undersøgelse af patienters oplevelse af kommunikation i sundhedsvæsenet, så man at lægerne i høj grad manglede de transkulturelle kompetencer, der er nødvendige for at kunne tilpasse sit sprog, begreber og ordvalg. Lægerne valgte ofte at anvende deres standard ordforråd uden fornemmelse for om patienterne forstod samtalens indhold. 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 angst, usikkerhed og mistillid hos patienterne. Konklusionen på undersøgelsen var, at der i høj grad var brug for at give lægerne de klinisk etniske kompetencer de mangler (882). Ud over sproget, kan fejlkommunikation med patienter og patientutilfredshed der bl.a. stammer fra etniske forskelle i forventninger, også bidrage til suboptimal behandlingskvalitet og fejlbehandling (910-914).

Gråzoneord

Gråzoneord og begreber, betegner de ord, der ikke opfattes som forklaringskrævende af lægen (eller patienten) (915). Det er ord, som ligger mellem fagsprog og hverdagsprog, men som i virkeligheden er meget forskellige fra læge til læge og patient til patient. Desværre ér de nok ofte alligevel forklaringskrævende er der mange studier der tyder på. Gråzoneord bliver særligt udfordrende når der er sprogbarrierer eller når der er involveret tolkebistand. Gråzoneord kan være ord der opfattes som hverdags ord med betydelige metaforiske elementer som f.eks. "citronmåne", "bajer" eller en persontype fra Tv-serien Matador som f.eks. "Maude". I den mere alvorlige ende af spektret har man i en analyse af, hvad der opfattes som gråzone ord blandt tosprogede sosu-studerende, fundet at følgende begreber ikke umiddelbart forstås: foretager, det udvalgte, konsekvensen, kredsløbet, nedsat kondition, iltoptagelsen, vævene, forebygge, dehydrering, væskeregistrere, væskeindtag, ved mistanke om, øge risikoen for udvikling af, forebyggende element, ordinere, behandling.

Sygdomstolkning

En spidsfindighed som hyppigt påvirker den kliniske samtale uden at hverken læge eller patient tænker over det, er de patienter, som ikke har tolkede samtaler: Det kan være fordi lægen ikke mener det er nødvendigt: "det plejer jo at gå meget godt, og nogle gange har patienten datteren med". Det kan også være patienter, som har den selvopfattelse, at de taler godt nok dansk til en lægesamtale, eller det vil krænke deres æresfølelse hvis de skulle have hjælp til en samtale. Det er vores oplevelse i Indvandrermedicinsk klinik, at denne gruppe patienter ofte har brug for tolk fordi deres ordforråd er for sparsomt, specielt omkring følelsesliv eller mere præcise beskrivelser af kronologi eller årsagssammenhænge. Konsekvensen af den manglende erkendelse af tolkebehovet, på begge sider af lægens bord, er, at patienterne kun drøfter mindre og ukomplicerede forhold med lægen, mens centrale og vigtige oplevelser, symptomer og sammenhænge lades urørte og "forsvinder under lægens radar". Selv andengenerationsindvandrere eller indvandrere med mangeårig arbejdskarriere kan få behov for en tolk når de pludselig bliver syge, eller skal have forklaret en behandling med valgmuligheder og bivirkninger.

Konsekvensen af det lave informationsniveau er, at patienter ikke forstår hvad der kommunikeres og hvad deres egen rolle er. I en undersøgelse af patienters viden efter en lægesamtale på akutmedicinsk afdeling på sygehus kunne 41 % ikke redegøre for enten deres diagnose, deres behandling

eller hvad opfølgingsplanen er, som de er blevet præsenteret for umiddelbart før interviewet. Patienter med sprogbarrierer klarede sig signifikant dårligere, i denne undersøgelse, end andre patienter på alle parametre: kendskab til diagnose (61 % mod 83 %), hvilken medicin de skulle tage (12 % mod 39 %) eller opfølgingsplan (57 % mod 74 %) (323).

Læger er desuden tilbøjelige til at overestimere patienters læsefærdigheder og derved risikerer lægens information at være for kompliceret. Ofte har patienter så lidt udbytte af lægens information at de ikke kan stille spørgsmål fordi de ikke har fornemmelse af kontekst eller mening og derfor vælger tavshed (800).

Kropssprog og skjulte værdier

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 (883).

Der er desuden evidens for at læger, ofte ubevidst, formidler ikke-lægefaglige sociale værdier i læge-patient samtalen, som kan få afgørende betydning for patientens compliance, behandlingskvalitet og effekt af behandlingen. Der kan være tale om moralske værdier som f.eks. at man må yde før man kan nyde, selvforsørgelse, egenomsorg, uddannelse og tilegnelse af information eller det kan være at lægen tydeligt signalerer lavere forventning til succes af undersøgelser, behandling eller evne til at følge kontroller pga. uddannelse, etnicitet, manglende netværk eller andre stigma (342, 343). Man bør som læge være bevidst om, hvordan irrelevante faktorer kan påvirke den kliniske dømmekraft og forsøge at imødegå dem.

Stereotypiers betydning i klinisk praksis

Imidlertid er der meget der tyder på at barrierer og forsinkelser der af sygehuspersonale, og forskere, opfattes som patient betingede forsinkelser ("*patient delay*"), ofte kan være det stik modsatte: et direkte resultat af tidligere oplevelser med sygehusvæsenet. I en undersøgelse i New York var forsinkelser i at opsøge lægehjælp, indløsning af recepter og start på medicinsk behandling stærkt forbundet med om patienten tidligere havde oplevet urimelig eller direkte forskelsbehandling hos lægen, på sygehuset eller på apoteket (916). Det er meget sjældent der tages højde for dette i studier af patient adfærd og adgang til sundhedsydelser. Nyere teorier om hvordan sundhedsprofessionelles stereotyper ("*Stereotype threat*") påvirker patienters adfærd, tilegnelse af information og egenomsorg negativt er ved at vinde indpas og anvendes nu i undervisningen på lægeuddannelser (917).

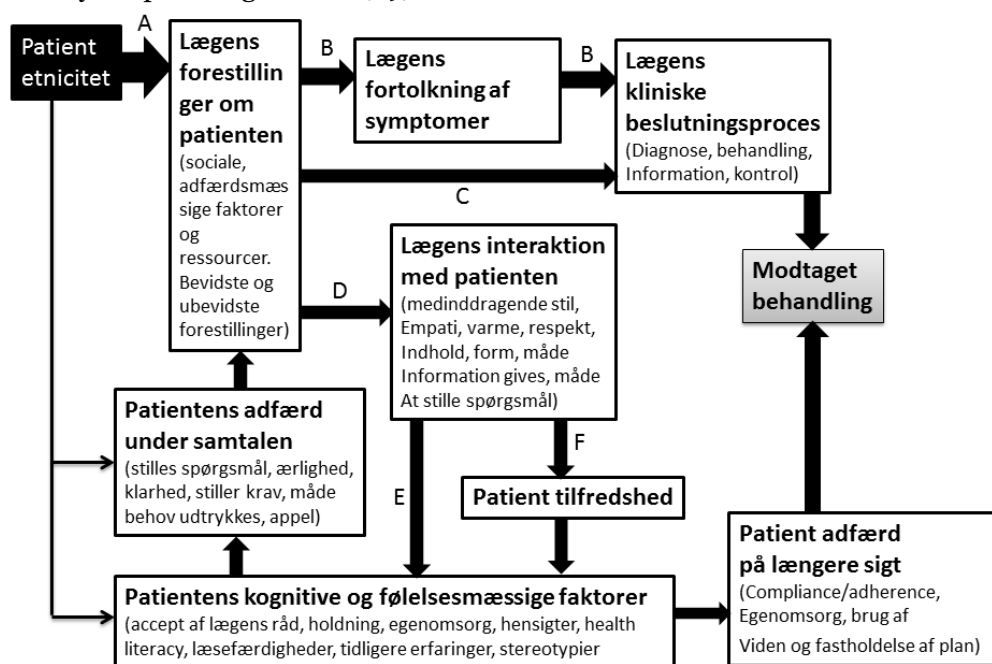
Det er en selvforståelse blandt læger (og en forventning fra patienterne) at vi ser og vurderer patienter objektivt og uden fordomme, idet vi bruger biomedicinske observationer fra den objektive undersøgelse kombineret med blodprøver og andre parakliniske undersøgelser til at stille en diagnose og lægge en behandlingsplan. Der er desværre megen forskning, der tyder på at det er en helt urealistisk og forkert måde at se på læge-patient mødet og det er bestemt ikke ny viden (241, 242). Mentale eller kognitive smutveje fører til hurtigere og "nemmere" beslutningsveje, ofte uden at lægen selv er klar over mekanismerne. Der er beskevet over 200 forskellige kognitive eller implicite bias mekanismer. Ét studie fandt f.eks. at afro-amerikanske smertepatienter fik mindre smertestillende end andre patienter (918). Andre studier har fundet at læger ubevidst ændrer beslutningsmønster baseret på den seneste patient med samme behandling eller sygdom: højere tendens til kejsersnit hvis sidste patient fik kejsersnit, lægen undgår behandlinger der gav anledning til bivirkninger hos forrige patient eller lægen leder efter samme (usandsynlige) sygdom som den sidste "spændende" patient havde (919). Van Ryn har i en oversigtsartikel beskrevet de områder hvor der er dokumenteret forskelsbehandling, der er uden lægefagligt belæg: osteoporosebehandling og forebyggelse, rygestop, alkoholoverforbrug, mammografi, amning, smertebehandling, henvisning til dialyse, ballonudvidelse ved blopprop i hjertet, indstilling til

nyretransplantation og psykiatrisk behandling (79). De mange ikke-lægelige faktorer der er i spil når lægen tager en klinisk beslutning er dokumenteret i en række laboratorie studier, f.eks. i et studie hvor test patienten havde langvarig hoste og var ryger, men blev præsenteret med forskellige social karakteristika: 192 læger blev testet og der var en klar tendens til at yngre patienter fik at vide at det var psykosomatisk hoste og henvisning til røntgen undersøgelse eller rygestop afhang stort kun af sociale (ikke-lægelige) faktorer (243). Andre har bekræftet at lægelig usikkerhed i diagnostiske overvejelser, undersøgelses valg og behandling var hyppigere hos etniske minoritetspatienter (884, 920). Og der skal tilsyneladende tages fat i mere grundlæggende ikke-lægefaglige mekanismer i den kliniske beslutningsproces for selv forsøg på at støtte lægen kognitivt mhp at øge lighed gennem brug af softwareprogrammer havde ingen effekt på den etnisk betingede forskelsbehandling (921).

Van Ryn har formuleret en model for hvordan sociale forestillinger og læge adfærd kan medvirke til at skabe, mere eller mindre utilsigtet, forskelsbehandling (Fig. 1). Pilene er ikke udtryk for absolutte fastlagte sammenhænge, men repræsenterer sammenhænge der bør studeres nærmere.

I forsøget på at skabe mening i mødet med andre mennesker, skaber og anvender mennesker kategoriske fremtoninger som f.eks. stereotyper. Der er grænser for hvad vi kan nå at finde ud af på en kort samtale med et andet menneske og sociale relationer kan være meget komplekse, så vi forsimples og "rationaliserer" ved at anvende kategorisk tænkning og vurdering af andre mennesker. Ved at se mennesker på basis af den sociale kategori vi synes en anden person tilhører (alder, køn, etnicitet, uddannelse etc) kan vi gøre brug af den rigdom af relateret (stereotyp) information vi har til rådighed – selvom vi måske godt ved at det meste af denne "bonus" information er upræcis eller ligefrem forkert. Snarere end at se personer på grundlag af deres unikke sammensætning af egenskaber og tilbøjeligheder, foretrækker vi i stedet at danne os en kategorisk (dvs. stereotype-baseret) opfattelse af andre. Snarere end at reagere på verden, som den virkelig er, så bliver vore slutninger og erindringer prydet af skematiske tanke mekanismer, der styrer den måde vi ender med at opfatte en person, en situation eller et hændelsesforløb med et resultat som er drevet af hvad vi *forventer* der skete/vil ske (922, 923).

Tabel 28. Hypotetiske mekanismer, der fører til forskelsbehandling af etniske minoriteter, modificeret efter Van Ryns oprindelige model (69).



Sammenhæng A er ret veldokumenteret, mens de øvrige sammenhænge er mindre velbeskrevne:

A: Stereotyper, fordomme, forventninger og forestillinger.

B: Forestillinger påvirker hvordan lægens opfatter patient symptomer.

C: Produktet af lægens moralske opfattelse af patientens "ret" til behandling og lægens ide om

patientens forventede ressourcer/samarbejdsevner.

D: *Lægens evne til faktisk at opfatte patienten korrekt og lægens evne til at "sælge" undersøgelse/behandling på en måde som patienten finder troværdig, respektfuld og tryghedsskabende*

E&F: *Fornemmer lægen patientens skjulte dagsorden, forstår lægen hvad der ikke bliver sagt*

Figur 27 illustrerer de hypotetiske mekanismer, der fører til forskelsbehandling af etniske minoriteter, modificeret efter Van Ryns oprindelige model (79). Pil "A" repræsenterer basis for hele modellen og er den mest veldokumenterede og længst kendte sammenhæng i forhold til forskelsbehandling. Lægens forventninger til patienten farves af ikke-lægelige betragtninger og "billeder i hjernen", som får indflydelse på den kliniske samtale og beslutninger. Pil "B" repræsenterer den sammenhæng der er dokumenteret mellem lægens *forestillinger* om patienten direkte påvirker hvordan *lægen opfatter* patientens symptomer: læger tillægger forskellig mening til den samme patientoplevelse/adfærd afhængigt af patientens køn, alder, formodede uddannelsesniveau og etnicitet. Pil "C" svarer til den sammenhæng der er mellem lægens opfattelse af patientens sociale og adfærdsmæssige karakteristika. Det er oftest en blanding af lægens moralske ikke-kliniske overvejelser om patientens ret til behandling og en ide om hensigtsmæssighed baseret på at nogle sociale og adfærdsmæssige karakteristika kan gøre en patient "egnet" eller "uegnet" til en undersøgelse eller behandling. Pil "C" beskriver også det forhold, som er dokumenteret i flere studier, at socio-demografiske forhold påvirker diagnostisk præcision og kvalitet. (339, 340). Pil "D" er relativt central, men mindre vel dokumenteret. Studier tyder på at lægers evner til at forstå/opfatte en patient "korrekt" er meget forskellige og hvordan lægens evner kommer i spil afhænger i høj grad af hvordan lægen kategoriserer patienten, hvor god lægen er til at "sælge" sin information og af patientens forhandlings evner (924). Lægens evne til at opfange patientens non-verbale signaler kan være afgørende for samtalsforløb og patientens tilfredshed (925). Pil "E" er jokeren i læge-patient samtalen: hvad har patienten med i bagagen til samtalen og hvad er patientens dagsorden, hvad er patientens stereotype opfattelse af lægen og hvilke tidligere erfaringer baserer patienten sig på. Lægens evne til at "læse" patientens behov og baggrund er en kvalitet som er central for patienter (926).

Stereotyper betegner mentale begreber (*pictures in our heads* som de blev benævnt af Lippmann i 1946 i bogen "Public Opinion ((927)), der hjælper den enkelte med at kategorisere verden og dermed at orientere sig i den. Det gælder også, og måske i særdeleshed, fagpersoner. Det er en måde at økonomisere med kræfterne og tiden på, for vi ville ikke kunne forarbejde den overvældende mængde indtryk, vi er udsat for, hvis ikke vi var i stand til at typisere og generalisere. For klinikere er det en del af det kliniske værktøj man delvist lærer på studiet, delvist tilegner sig ved samtaler med patienter. Det er et nødvendigt onde i en specialiseret hverdag med tidsstyring og stramme retningslinjer. Samtidig med at stereotyper hjælper til at orientere os, influerer de på vor opfattelse af verden, på godt og ondt. Det er et fagligt overlevelsesværktøj, der skaber lidt tiltrængt mening i de mange patienters meget forskellige udtryk, vilkår, ressourcer, forståelse og egenomsorg. (se fyldigere omtale af stereotyper i denne artikel af Pia List: Om stereotyper, især nationale. (928)).

I langt de fleste tilfælde ser vi ikke først og definerer bagefter; vi gør det omvendt: definerer først og ser så, også læger og sygeplejersker. I den ydre verdens store blomstrende, summende forvirring udvælger vi, hvad vores (sundheds-) kultur allerede har defineret for os, og vi er tilbøjelige til at opfatte det, som vi har udvalgt, i en form, der er formet (stereotypificeret) for os af vores private og vores arbejdskultur uden at vi altid er klar over hvilken der er i spil. Systemerne af stereotyper kan være kernen i vores personlige vilkår, forsvaret af vores position som læger, sygeplejersker eller sagsbehandlere i samfundet. De udgør et ordnet, mere eller mindre konsistent billede af verden, som vores vaner, vores smag, vores evner, vores trøst og vores håb har tilpasset sig. Det er samlingen af stereotyper der gør os trygge og definerer os som (fag-) personer. Man kan derfor heller ikke undre sig over, at enhver forstyrrelse af stereotyperne føles som et angreb på det fundament, vores verden hviler på. (927) . Stereotyper er uundgåelige, men særligt fagfolk der skal vurdere andre menneskers behov og ressourcer skal være klar over hvornår og hvordan de træder i kraft i en diagnostisk eller behandlingsmæssig proces og det kræver uddannelse. Diagnoser som *etniske smerter* er et udtryk for en stereotypi baseret på en sammenkædning

af lægens etnisk danske stereotypier i en anden etnisk sammenhæng og derfor ikke er produktiv eller giver diagnostisk mening.

Patienter oplever på deres side stereotypier som "generalisering" eller diskvalifikation. I en undersøgelse af indvandrerkvinder med kronisk sygdom fandt Sonne Nielsen i sin Phd, at patienters oplevelse af mangel på anerkendelse og forståelse fra lægeside, sammen med manglen på hvad hun kalder kulturel kapital, skabte grobund for fornemmelser af forskelsbehandling, selv på et meget vagt grundlag. Kvinderne oplevede generaliseringerne, de følte sig udsat for, som et angreb på deres "menneskelighed" og de følte sig oversete og tilsidesatte i sundhedsvæsenet (929).

Der er ingen tvivl om at der er fordomme på begge sider af lægens bord og det er bestemt ikke ny viden. I et interview fra 1978 med 3 læger af pakistansk oprindelse, som arbejder i Sverige, peger lægerne på følgende fordomme der er i spil i samtalen med en indvandrerpatient:

Traditioner:

Lægen har mange fordomme overfor patienter med mørkt hår og brune øjne, patienter er bange for den hvide mand

Tillid:

De særlige regler der gælder for indvandrere opleves som tegn på at modtagerlandet ikke stoler på indvandrere

Berøringsangst:

Læger er bange for at røre patienter og bange for at spørge til patientens opfattelse af symptomer

Påduftet sygdom:

De mange forebyggende undersøgelser får indvandrere til at føle sig syge og påduftet sygdomme de ikke kender. I iver efter at få opholdstilladelse etc. overtager de ideen om sygdomme som eb vej til integration

Nye sygdomme, nye forklaringer:

Jernmangel og forstoppelse er sjældne sygdomme i Pakistan, men hyppige blandt indvandrere i Sverige. Det må være klimaet og de forsøger sig med kostomlægninger mellem "varme" og "kolde" fødevarer uden at komme til at forstå sammenhængen eller sygdommene, fordi lægerne ikke opfanger problemet.

Isolation:

Kvinder isoleres uden socialt netværk. Mændene overbeskytter dem. De længes hjem og mister motivation og egenomsorg. De tør ikke spørge lægen og har ingen veninder/familie de kan spørge om kvindesundhed.

Ingen systemforståelse:

De er glade for det store sundhedsvæsen, men de kan ikke finde ud af at bruge det: de kan ikke lave en lægeaftale, de ved ikke hvor de skal spørge, de kan ikke finde rundt.
(930)

Figur 18. Fordomme i læge-patientsamtaler jævnfør 3 svenske praktiserende læger med pakistansk baggrund

At etniske minoritetspatienter opleves at 'fylde meget' og være ressourcekrævende i mødet med sundhedsvæsenet er vist i både kvalitative og kvantitative undersøgelser (931) (332) (932, 933). Således også i en spørgeskemaundersøgelse fra region Midt i 2008, hvor 42% af de praktiserende læger, 21% af hospitalslægerne og 18% af hospitalssygeplejerskerne ofte oplever kontakten til etniske minoritetspatienter som vanskelig. I Stina Lous spørgeskemaundersøgelse blandt 335 hospitalsansatte læger/sygeplejersker og jordemødre og 276 læger, sekretærer og sygeplejersker i almen praksis svarede 74 % af de praktiserende læger og 39 % af hospitalslægerne at det var "svært at skelne patientens somatiske klager fra sociale behov" som årsag til at de oplevede vanskelig kontakt til en patient. At der er flere samtidige dimensioner i den besværlige kontakt, støttes af at 72 % af de praktiserende læger og 42 % af hospitalslægerne angav at årsagen kunne være at "Patientens sygdomsforståelse vanskeliggør kommunikation". Henholdsvis 57 % og 38 % af lægerne fandt at patienter med kompromitteret kontakt

præsenterede deres symptomer på en overdreven måde. I forhold til selve mødet med patienterne fandt 59 % af de praktiserende læger og 42 % af hospitalslægerne at patienter med dårlig kontakt også var tidsrøvende (934). Sparsomme og mangelfulde kulturelle kompetencer i sundhedsvæsenet er fundet i stort set alle europæiske studier (935). I Tyskland har tyrkiske patienters brug af sundhedsvæsenet direkte relation til deres viden om sundhedsvæsenet (936). Tyrkiske er også mere tilbøjelige, end andre tyske kvinder, til at føle at de ikke får information nok og at kvaliteten af den information de får af lægen, er utilfredsstillende og at de hyppigere end andre kvinder f.eks. hyppigere skifter læge (936).

I en spørgeskemaundersøgelse blandt patienter henvist til indlæggelse fra 2009 på flere store danske sygehuse hvor etniske minoritetspatienters oplevelser af forløbet fra praktiserende læge til sygehusindlæggelse sammenlignes med etnisk danske patienters oplevelser svarer 45 % af etniske minoritetspatienter at deres læge ikke er lydhør mod 25 % af de etnisk danske patienter. 19 % af etniske minoritetspatienter har oplevet en eller flere fejl hos deres praktiserende læge mens kun 9 % af de etnisk danske patienter har oplevet samme. Manglende tillid til den praktiserende læge er dobbelt så hyppigt blandt etniske minoritetspatienter i forhold til etnisk danske patienter og det er dobbelt så hyppigt blandt etniske minoritetspatienter at opleve at den praktiserende læges undersøgelser før indlæggelsen var irrelevante. Hvad angår ventetiden til indlæggelse fandt 7 % af etniske minoritetspatienter at den var for lang mod 1 % blandt etnisk danske patienter. Særligt må man hæfte sig ved at 31 % af etniske minoritetspatienter ikke vidste hvor de skulle henvende sig ved ændring i deres tilstand før indlæggelsen mod 17 % blandt de etnisk danske patienter. 42 % af etniske minoritetspatienter følte de fik utilstrækkelig behandling i ventetiden på den planlagte indlæggelse mod 66 % af etnisk danske patienter. Manglende eller lav tillid til sygehuslæger er hyppigere hos etniske minoritetspatienter (12 %) mod 4 % hos etnisk danske patienter. Overordnet set havde 13 % af etniske minoritetspatienter oplevet diskrimination under forløbet fra deres praktiserende læge og til og med den planlagte indlæggelse (333). Det er velunderbygget at patienter der har oplevet forskelsbehandling på baggrund af deres etniske herkomst eller har mistro til sundhedsvæsenet oftere udebliver fra sygehusaftaler, hyppigere vælger at stoppe en behandling eller et undersøgelsesprogram og venter længere med at indløse recept på medicin (917, 937).

Ud over sproget, kan fejlkommunikation og utilfredshed der bl.a. stammer fra etniske forskelle i forventninger, også bidrage til suboptimal behandlingskvalitet og rehabilitering, og selv i forbindelse med sygdomme der er stramt styrede af nationale retningslinjer og hvor effekten af rehabilitering er veldokumenteret som f.eks. hjerteinfarkt (910-914, 938, 939) (Eshiett, M. U. and Parry, E. H. (2003) 'Migrants and health: a cultural dilemma', Clin Med, 3, 229-31). Sprogbarrierer sammen med lav skolegang forstærker isolations- og ensomhedsfølelse hos kræftsyge etniske minoriteter og påvirker kvaliteten og forståelsen af den information som læge- og plejepersonalet giver dem (940).

Lise Dyhr, praktiserende læge i København, har i sin PhD afhandling "Det almene i det anderledes" belyst problemer i mødet mellem tyrkiske indvandrerkvinder og praktiserende læger. Lægerne udpeger tre hovedproblemområder: patientens forventninger, sprogbarrieren og den manglende tid. Lise Dyhr påviser store forskelle i lægers interaktion med patienter og i anvendelse af tolkebistand selv til patienter med sparsomme sprogkunderskaber på dansk. Der stilles spørgsmål til den lægefaglige kvalitet af nogle af disse læge patients samtaler der falder i to hovedgrupper: læger der håndterer de givne rammer fleksibelt opnår bedre resultater end læger der ikke forsøger at tilpasse sig virkeligheden. En del af problemerne lægerne oplever ses også blandt etnisk danske patienter, men de er bare mere massive når der er sprogbarrierer og medfører at lægerne hurtigere giver op end med etnisk danske patienter. Lise Dyhr anbefaler, udover at minimere sprogbarrieren, at væbne sig med tålmodighed i forhold til forventninger og at det er væsentligt at lytte til og udtrykke en holdning til alle patientens oplysninger og meddelelser til lægen. Endelig anbefales det at lægen skal turde sætte egne grænser og at rette en eventuel afmagtsfølelse mod aktuelle og konkrete hændelser og ikke til en selvopfyldende generaliseret opfattelse af at alle indvandrerpatienter er problematiske (335). I kliniske møder, er sprog og læsefærdigheder langt den mest oplagte hindring for at opnå kvalitet i sygehusbehandling (236, 794).

På patientsiden skal man som læge være opmærksom på om patienten har kontra-produktiv sundhedsviden og andre informationer, der kan påvirke compliance eller behandlingsresultat negativt (f.eks. er det en kulturel meget fast værdi at man skal spise "godt" når man er syg, dvs. meget sød og

olieholdig mad – også selvom man lider af sukkersyge). Livet som migrant kan være præget af mange tunge eller umulige beslutninger (økonomi, ophold, uddannelse, fremtid) der alle bidrager til en vis beslutningstræthed, som kan ramme motivation og compliance hos patienter, som forsøges inddraget i beslutninger om f.eks. behandling. Der er heller ingen tvivl om at kort/ingen skoleuddannelse påvirker kommunikationen udover hvad der ligger i den tosprogede samtale og lægen skal være opmærksom på at logik, historik, årsag-virkning og naturvidenskabelige grundviden kan være væsensforskellig fra det man er vant til og at det kan betale sig at prøve at sætte sig ind i patientens tanke-sæt. Flygtninge/indvandrere oplever oftere end andre patienter/klienter at få skæld ud for at komme for sent, henvende sig et forkert sted eller søge hjælp på en ”udansk” måde. Angsten for at få skæld ud internaliseres og kan påvirke sundhedsadfærd negativt – men kan justeres hvis man har en samtale om tidligere oplevelser. Patienterne i denne kategori mangler ofte forløbs forståelse (som ellers synes givet) og falder let ud af selv oplagte patient flows. Systemkompetencer kan være sparsomme, men primært fordi de aldrig er søgt korrigeret. Vigtigheden af tidligere sygdomme i aktuelle kliniske problemstilling skal måske også forklares mere end vanligt. Der kan være kontraproduktive forestillinger om organer, som skal adresseres (f.eks. at menneskekroppen er et stort ”plasmalegeme” uden distinkte organer og at viden om organer ikke er noget mennesker skal beskæftige sig med) eller der kan opstå en fornemmelse af at være forsøgsperson fordi lægen skifter præparater ud (som f.eks. i diabetes behandling). Der kan være ideer om afhængighed eller sterilisation i forbindelse med smertestillende eller svangerskabsforebyggelse. Patienter kan afvise relevant undersøgelse eller behandling pga. fejlagtig/manglende viden som skal adresseres eller pga. tidligere oplevelser i eller udenfor sygehus (indespærring eller tortur f.eks.). Især flygtninge får den opfattelse at alle informationer om dem flyder frit (det gør de under integrationsperioden), men derefter forsvinder mange af informationerne og de kan være svære at genfinde. Det betyder at patienten måske tror lægen kender patientens forhistorie og derfor ikke spontant fortæller om f.eks. traumer eller sygdomme – her skal lægen aktivt spørge.

På lægesiden skal man være opmærksom på at man let kommer til at bagatellisere eller overse psykosociale faktorerens rolle i compliancesvigt. Vi ser hyppigt patienter der henvises med en mangelfuld sygehistorie. Sammenhængsbaserede kliniske beslutninger, bias, fordomme, gætterier og kliniske ”vildskud” er hyppige. Både læge og patient har affinitet for ”den lette udvej” i svære samtaler – dvs. at man vælger den første mulighed der kommer op som kunne være (en stærkt teoretisk) løsning men dermed afskærer lægen sig fra at få en bedre sygehistorie og patienter slipper for at fortælle mere. Alternativt kan henvisningen til et andet speciale stoppe relevant udredning i henvisende speciale fordi patienten dermed opfattes som færdigudredt i henvisende speciale. Basalt kan der være tale om mangelfuld klinisk viden om sygdomme blandt etniske minoriteter (infektioner, arvelige sygdomme, særlige kræftformer, ulcus i tidlig alder). Endelig opstår de fleste fejl ved manglende brug af tolk til de centrale samtaler. Kernsymptomer beskrives dermed upræcist og bliver opfattet som ”multiple uforklarede symptomer” eller ”etniske smerter” (se kapitel om smerter).

Vi har i Indvandrermedicinsk klinik fundet at følgende basale råd er nyttige i samtaler med sprogbarriere:

- **Brief tolken** (hvis der anvendes tolk) om samtaleens mål og mening, så tolken kan blive en klinisk medspiller
- **Tal samme sprog** – ikke kun sprog, men også dialekt, sproglig sværhedsgrad, fagudtryk
- **Du skal ville patienten** – patienten skal kunne høre og se at du oprigtigt ønsker at forstå og hjælpe
- Puds den **kulturelle radar** – lad dig ikke forstyrre af uvante signaler eller anderledes sygdomsopfattelser, prøv i stedet at få baggrunden for patientens opfattelse frem
- Adressér og respekter **patientens** angst, bekymring – flygtninge/indvandrere er vant til at føle sig misforstået, afvist eller i vejen, normaliser og tal åbent om hvad der gør patienten bange
- Skab **tryghed** – skabe en ”safe-zone”, hvor alt kan bringes på bane og intet er forkert
- **Sæt tempo ned** - Opbyg langsomt tillid & brug tiden til at gentage og opsummere hyppigere end vanligt.
- **Ingen gætterier** – du kan ikke gætte hvad patienten tænker og føler - spørg

- Fokuser på **tydelighed** – afklar tvivl og misforståelser
- Bekymrings & **forventningsafstemning** – hvad kan du og hvad kan du ikke
- Bekræft patient **forståelse hver sætning** – søg hyppigt konsensus, arbejd på at reducere uvished og kompleksitet
- Noget **vigtigt du ikke har fortalt?** – selvom du har travlt så husk altid det gode spørgsmål
- Tænk **almindeligt først** – de fleste mennesker har almenmenneskelige problemer og symptomer på hyppige sygdomme, der kræver almindelig udredning og behandling. Pas på med ”tropikalisering” eller ”fremmedgørelse” af symptomer der udtrykkes på en uvant måde

Flygtninge og indvandrere er også en udfordring for sundhedsvæsenet i Danmark som det er det for alle andre lande. Årsagerne angives ofte til at være at denne gruppe af patienter har sundhedsproblemer der er fundamentalt forskellige fra andre danskeres. Forskningen tyder på at det er delvist korrekt forstået på den måde at gruppen af flygtninge/indvandrere nok er en særlig veldefineret udfordring, men at der er store behovs- og problem forskelle mellem de enkelte etniske grupper. Hertil kommer at dokumenteret sygelighed og dødelighed heller ikke er ensartede nok til at se dem som en samlet gruppe. Nogle etniske grupper har en meget høj forekomst af psykiske lidelser mens andre grupper har en høj forekomst af led og muskel smerter. Endelig er der store forskelle i integrationsniveau, sprogtilegnelse og health literacy (viden om og anvendelse af sundhedsinformation) som kun delvist er forklaret ved etniske forskelle og nok mere er udtryk for socioøkonomiske forskelle der er grundlagt i hjemlandet før de startede flygtninge tilværelsen. Der kan være tale om omsorgssvigt, kort eller ingen skolegang, uddannelseskvalitet eller fattigdom. Psykiske helbredsklager hænger kraftigt sammen med sårbar økonomisk situation og mangel på socialt netværk – faktorer som er meget hyppige blandt etniske minoriteter (941).

Faldgruber i kulturelle kompetencer

Multikulturelle kompetencer betyder at man som læge er i stand til at forstå og konstruktivt relatere sig til den enkelte patients unikke sammensætning af kulturer der udgør deres præmisser og perspektiv (- på sundhed og sygdom i denne sammenhæng). Men kulturelle kompetencer skal anvendes med forsigtighed og kreativitet for at undgå den modsatte effekt af den tilsigtede. Mange forskningsprojekter og interventionstudier er, i den bedste mening, indhyllede i tåger af stereotyper og fordomme som ikke bidrager til at reducere ulighed i sundhed. Læger har ofte den forestilling om kultur er et entydigt fænomen, der kan reduceres til nogle få tabeller og en kort manual.

Kompleksiteten i multikulturelle kompetencer overses ofte af undervisere og de stereotyper man prøver at bekæmpe, bliver dermed ufrivilligt forstærkede af den forsimplede fremstilling. For at komme dét til livs har Stuart foreslået 12 praktiske råd for at sikre mod stereotype multikulturelle kompetencer (942):

1. Træn kompetencer i at udforske patientens unikke kulturelle perspektiv og livssyn.
2. Anerkend og kontrollér egne fordomme ved at udtrykke dit verdenssyn, kritisk at evaluere dets rødder og validitet
3. Udvikl følsomhed for kulturelle forskelle, men uden at forstærke dem
4. Afkobl teori fra kultur
5. Opbyg et tilstrækkeligt komplekst sæt af kulturelle kategorier
6. Vær kritisk i indsamlingen og anvendelsen af kulturelle informationer
7. Tilegn værktøjer hvormed det kan vurderes om og hvordan en person accepterer relevante kulturelle temaer
8. Tilegn værktøjer hvormed det kan bedømmes hvor fremtrædende og vigtigt etnisk tilhør er for den enkelte patient
9. Vær agtpågivende ved anvendelse af standardiserede tests – sammenhold altid svaret med patientens karakteristika og en umiddelbar bedømmelse. Ikke alle tests er tværkulturelt validerede
10. Sæt alle fund ind i den faktiske sammenhæng

11. Pas på med standardløsninger – tag altid kulturelle og etniske forhold med i valg af intervention
12. Respektér patientens opfattelser, men prøv gennem kritisk dialog at ændre på de holdninger der står i vejen for en hensigtsmæssig løsning

Figur 19. 12 forslag til at facilitere multikulturelle kompetencer.

Kilde: (942)

Særlig interessant er punkt 4 i ovenstående tabel. Stuart henviser her som eksempel til at selvom man ikke har gået i skole kan man sagtens have en akademisk tilgang til en sygdom og selvom man er narkotikamisbruger så kan man have mere komplekse intellektuelle behov. Han foreslår at man tilegner sig en rutine med at "ud pakke" kulturens betydning for den enkelte og lader den enkeltes person komme først og derpå inddrages "kultur", hvis og når det er relevant, som bare én blandt flere forskellige positionerings faktorer i forhold til livet med en sygdom (943). Man kunne også kalde det et kulturelt røntgenblik, hvor man i stedet for at applicere simpel demografi og et par fordomme tager udgangspunkt i at det er patienten, der tegner sit liv og beskriver hvor deres perspektiver, præmisser og bekymringer har rod. Det er ikke altid religion, kultur og etnicitet, der forklarer uldne symptomer. Det kan være patienten bare er bange for lægen, har en stor sorg eller ikke kan sætte ord på det vigtigste. Punkt 10 handler om at undgå at give tilsyneladende fælles karakteristika et etnisk tilhørsforhold. Her nævner Stuart at afroamerikanere tidligere blev beskrevet som "paranoide", mens der i virkeligheden var tale om kulturel mistro: udbredte dårlige erfaringer med myndigheder gav anledning til en naturlig og velbegrundet mistro store dele af det afroamerikanske miljø. De fælles miljø "stressorer" blev fejlfortolket som etnisk kulturelt betingede - også en hyppig fejl i forskning.

Følgende 10 regler om patienter, kan være anvendelige til at styrke relationen med patienten:

- Alle mennesker er rationelle på deres egne præmisser – gå efter præmisserne og lad dig ikke aflede af det (umiddelbart) irrationelle
- Patienter lytter ikke før de har tillid til dig – skab tillid før du kommer til det fagligt væsentlige
- Patienter er mest motiverede, hvis de kan lide dig – vær "likeable", på din egen måde
- Patienter er klogest hjemme i sofaen – giv patienter mulighed for at sende mail eller SMS med spørgsmål når de kommer hjem. De gode spørgsmål opstår hjemme
- Patienter spørger mere, hvis du spørger mere – spørg og få svar, spørg og få respekt for din interesse og inviter til at de svære spørgsmål stilles
- Patienter gør kun som du siger, hvis du vil dem på godt og ondt, i tykt og tyndt, til døden Jer skiller – vis du vil patienten og at du ikke bare giver op på halvvejen
- Patienter kommer igen, hvis du ikke skælder ud – selv en diskret bebrejdende tone kan holde patienten væk
- Patienter kommer igen, hvis du stiller gode spørgsmål – opbyg et batteri af gode åbne spørgsmål (f.eks. "Hvor gammel føler du dig?", "Beskriv den familie du voksede op i?", "Har du mange tanker?")
- Patienter er meget mere optimistiske end du er – vær præcis og ærlig på en empatisk tilpasset måde. Patienter kan bedst lide læger, der er ærlige (også om usikkerhed)
- Patienter tager gerne medicin, hvis det gør dig glad – tal med patienten om hvorfor de tager medicinen og hvem der gør mest godt for

En klinisk helhedsvurdering af patienter kræver langt mere end en social historie, klinisk diagnose, behandlingsplan og en prognose. Kulturelt sensitiv vurdering kræver lægen reagerer hensigtsmæssigt på de unikke perspektiver i hver enkelt patient. Man skal være åben for patienters skjulte meddelelser og præmisserne, og lægen skal være opmærksom på de kognitive smutveje. Lægen skal genkende og kontrollere hvordan deres egne fordomme påvirker opfattelse og fortolkning af en sygehistorie. Anerkendelsen af etnicitet er vigtig. Men den simple kendsgerning, at patienterne er en del af én eller flere etniske grupper, kan man ikke som læge gå ud fra, at de umiddelbart accepterer nogen af de opfattelser, der anses typiske for disse grupper. Den tværkulturelle litteratur på det medicinske område er nyttig til at

opstille en liste hypoteser, der hver især bør have form af et spørgsmål snarere end et sæt af antagelser, der rutinemæssigt accepteres som gældende for alle i den pågældende etniske gruppe. Kulturelt kompetent lægearbejder kræver selvrefleksion, en kritisk evaluerende anvendelse af litteratur, eftertænksom opsamling og evaluering af personlige erfaringer og ikke mindst: en stor professionel følsomhed og nysgerrighed over for det unikke i hver patient.

Strukturelle kompetencer

Stort set al lægevidenskabelig forskning i ulighed i sundhed handler om at ændre patienterne så de passer til sundhedsvæsenet og en mindre del handler om at skabe lighed i mødet med lægen eller sygeplejersken i form af at lære patienter at stille bedre spørgsmål til lægen. Stigma nævnes ofte i denne sammenhæng, men stigma opstår ikke alene i det enkelte møde mellem læge og patient, men er typisk formet overordnet af strukturelle organisatoriske årsager (tid, ressourcer, fysiske rammer, information, minoritets mekanismer). Strukturel skrøbelighed betegner de kræfter, der forhindrer en person i at tage hensigtsmæssige beslutninger og begrænser valgmuligheder og dermed socialt udsattes og sårbare helbred (944). Andre taler om "*community resilience*" som en skjult faktor der kan påvirke den enkeltes skrøbelighed: en faktor der lige som social kapital kan komme i spil når der er alvorligt brug for hjælp. Klinisk undervisning i etniske kompetencer skal flytte blikket fra et snævert fokus på det individuelle læge-patientmøde til også at omfatte opbygningen af institutioner og udformningen af politikker, samt af hvordan nærmiljøet påvirker den enkelte syge indvandrerpatient, hvis klinikere vil påvirke stigma relateret ulighed i sundhed (945). I lægelige sammenhæng reduceres lægers strukturelle forståelse til en forsimplet diskussion om de sociale aspekter af sociale determinanter for sundhed. For læger får de en urørlighed og uundgåelighed – de fungerer uafhængigt af lægers virke og læger kan alligevel ikke ændre dem. Der er behov for at supplere den lægelige uddannelse med viden om hvordan samfundsstrukturer, hierarkier, økonomi og sociale netværk skaber og påvirker helbred og sygdomsforløb. Denne tilgang, betegnes "Strukturel kompetence," og består af træning i fem kernekompetencer: 1) anerkendelse af de strukturer, der former kliniske interaktioner; 2) udvikling af et begrebs apparat der forbinder strukturelle årsager til sygdom med sociale determinanter og biologiske mekanismer, 3) omfortolkning af det "kulturelles" betydning i strukturel sammenhæng; 4) at observere og forestille sig strukturelle interventionerne for at reducere ulighed; og 5) udvikling af en strukturel ydmyghed. Strukturelle kompetencer sætter læger i stand til at skelne etnisk-kulturelle årsagssammenhænge fra strukturelle sammenhænge: hvis en irakisk kvinde med blødningsforstyrrelse først efter 2 måneders symptomer søger læge, er det så et "kulturelt" *delay* eller skyldes det socioøkonomiske/strukturelle forhold såsom at hun har en syg ægtefælle, manglende kørekort, stram økonomi, hårdt hjemmearbejde eller natarbejde. Et fokus alene på kulturelle kompetencer kan overdrive de (formodede) etniske eller religiøse barrierer som lægen ser på bekostning af faktiske rent strukturelle barrierer. Læger tillærer gennem deres uddannelse en hjælpeløshed i forhold til strukturel viden og forståelse af sygdom og forfalder til stereotype fortolkninger af sygehistorier baseret på biomedicin, blinde forudsætninger og simple ideer om sociale determinanter for sygdom.

Strukturelle overgreb

Som følge af kontakten med patienter, har læger let ved at forstå, at stærke sociale kræfter, racisme, ulighed mellem kønnene, fattigdom, politisk vold og krig, og nogle gange de politiske beslutninger, der er målrettet faktorerne, kommer til at bestemme hvem der bliver syge, hvem der har adgang til sundhedsvæsenet og hvad resultatet bliver af behandling. For læger og folkesundheds uddannede er de sociale determinanter for sygdom svære at se bort fra. Men læger er ikke trænet til at ændre strukturer og organisationer, så deres strukturelle og sociale indsigt kommer sjældent med i struktur diskussioner.

Desuden bliver lægens sociale indsigt kun sjældent omsat i formelle rammer, der linker lægens sociale analyse med løsninger i den kliniske hverdag. Årsagen er at moderne medicin stadig kun har fokus på det molekylære grundlag for sygdomme. Det har ført til en tiltagende "af-socialisering" ved læger kun stiller biologiske spørgsmål til kliniske sammenhænge, der, i virkeligheden, er biosociale fænomener

Medicinske antropologer studerer hvordan samfundsforhold modellerer sygdom og helbred. De finder f.eks. at epidemier som HIV og tuberkulose er resultatet af strukturelle overgreb eller *structural*

violence(946). Epidemierne er hverken resultatet af anderledes ”kultur” eller individuelle karakterbrister, men af historiske og økonomiske processer, der tilsammen begrænser individuelle handlemuligheder. Strukturelle overgreb foregår i alle sociale strukturer og normaliseres af de stabile sociale institutioner (kommuner, socialvæsen, hospitaler) og cementeres af almindelige hverdags erfaringer (728).

Fordi strukturelle overgreb er en så almindelige og velintegreede i vores måder at forstå verden på, bliver de usynlige for os. Ulige adgang til offentlige ressourcer, politisk magt, uddannelse, behandling i sundhedsvæsenet, og juridiske søgsmål er blot nogle få eksempler på områder hvor strukturelle overgreb på socialt udsatte og sårbare udspiller sig, men almindeligvis opfattes som et ”nødvendigt onde”.

Flere antropologer har undersøgt afrikanske HIV-patienters møde med det danske sundhedsvæsen. I starten af 90’erne fandt Seeberg, at kulturelle faktorer blev tillagt en stor forklaringsværdi, men at de sundhedsprofessionelles kulturelle forhåndsforståelser om patienternes sygdom, var præget af holdninger fra medierne og medie billedet var præget af at netop afrikanere var en særlig risikogruppe i forhold til HIV/AIDS (947). Med andre ord, så skete der ingen erfarings opsamling og refleksion på basis af dialog med patienterne, men patienternes udsagn blev analyseret gennem lægers og sygeplejerskers forhåndsindstilling. Jöhncke fandt at medicinproblemer, tvivl og vanskeligheder med blodprøver blev forklaret med patienternes kulturelle baggrund og ikke på deres aktuelle vilkår og psykosociale udfordringer (948). Mogensen fandt i sine undersøgelser at afrikanske Hiv-smittede var meget sårbare i samtalerne med læger og sygeplejersker, fordi de var ”dobbelt ensomme eller mere” og de havde svært ved at balancere mellem samtidige behov for nærhed og distance i forhold til personalet med en stigmatiserende sygdom. Mogensen fandt at der i mødet mellem de afrikanske patienter og det danske sygehuspersonale, opstår en ny ”kultur”, som opstår undervejs og formes af forhandlinger, problemer og løsninger (949).

14: Kliniske beslutningsprocesser med etniske minoritetspatienter

Læger udøver forskelsbehandling gennem flere mekanismer samtidigt. Forudindtaget, stereotyper, fordomme og negativ bias overfor etniske minoriteter er de oplagte barrierer. Fordomme og kategoriske forestillinger om andre mennesker har en kraftig effekt på tænkning og handlinger på et ubevidst niveau, selv blandt veluddannede velmenende læger, der ikke føler sig særligt fordomsfulde. Helt grundlæggende, så udviser læger større klinisk usikkerhed ved samtaler med etniske minoritetspatienter og anvender i højere grad ”kognitive smutveje” i den diagnostiske proces for at nå til en diagnose og en behandling. Samtidig er der et element af statistisk diskrimination og ulighed som følge af at sprogbarrierer altid vil være en forhindring, som ikke helt kan udviskes – den kan minimeres, men forsvinder aldrig helt og det er op til den enkelte læge hvor meget man vil gøre for at reducere sprogbarrieren (og de barrierer, der følger af sprogvanskeligheder, analfabetisme, manglende viden om sygdomme og sundhedsvæsen, andre opfattelser af krop og sygdom etc.)

Den kliniske usikkerhed åbner desværre muligheden for at valget af undersøgelse, diagnose og behandling præges af lægens subjektive skøn og præferencer i stedet for lægefaglig viden og erfaring. Tidspres, helbredsproblemers kompleksitet og pres på lægens kognitive evner former lægens opfattelse af patientens information og (forhastede, forkerte) forventninger til patientens compliance. Det kan give anledning til vilkårlighed i den kliniske proces og dermed utilfredsstillende og uproduktive patient forløb med elementer af forskelsbehandling.

Indvandrerpatienter og andre sårbare havner ofte i et klinisk gråzoneområde, hvor der skal forhandles og tages beslutninger udenfor afdelingens vante rammer og retningslinjer. Det kan skyldes afbrydelser i undersøgelsesprogrammer og pakkeforløb, uforståelige forsinkelser, misforståede informationer om forbehandling til undersøgelser, patientens svingende tvivl om nødvendighed, almindelige navigationsproblemer på sygehuse og mellem afdelinger. Der er ingen der er ansvarlige for at samle op i gen når et kompliceret pakkeforløb falder på gulvet og tit havner problemet tilbage hos egen læge, der må starte forfra uden at have autoriteten til at kunne genoptage et forløb, der hvor det ”faldt på gulvet”. Et hyppigt eksempel er de instrukser om grænseoverskridende manøvrer patienter skal udføre før

en kikkert undersøgelse af tyktarmen. Hvis man ikke forstår den komplicerede tekst i informationspjece og ikke får fat i hvor Klyx'et skal installeres så står der et hold læger og sygeplejersker og må konstatere at patienten har spildt deres dyrebare tid og der skal ovenikøbet bestilles en ny tid – næste gang måske endda med tolk, men uden at der er gjort forsøg på at forklare patienten at klyx'et ikke skal drikkes som medicin 3 gange dagligt.

En simpel strategi

En simpel strategi er at sige til sig selv som læge: hvad er det jeg ikke har forstået og hvad er det patienten ikke har forstået? Målet må være at nærme sig et svar på begge spørgsmål sammen med patienten, men man er som fagperson nødt til at se det som lægens opgave, med de rigtige værktøjer, at styre processen professionel.

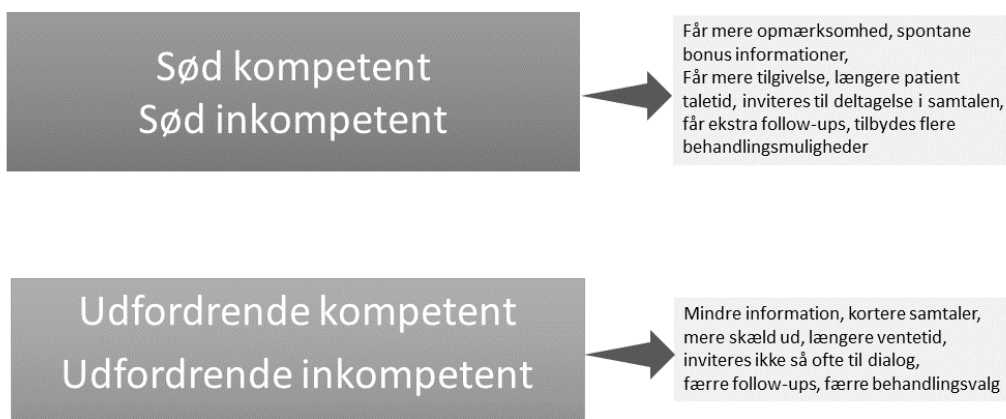
Det handler om at blive på patientens banehalvdel med nysgerrighed: ”når du siger du føler sådan, hvad er det så du mener (men som jeg ikke umiddelbart forstår)?”. Målet er at opnå og fastholde kontakt og nærvær så patienten ikke ”glider væk”, mister tråden og bliver ukoncentreret eller mister motivationen. Vær stædig og ærlig uden berøringsangst: sig hvad dine læge ører hører og bed om patientens kommentar eller korrektion.

Bege parter er sårbare og usikre: lægen er usikker på sygehistorien integritet og pålidelighed og det smitter af på den diagnostiske proces, der bliver lidt famlende. Patienten føler ikke lægens spørgsmål hjælper eller rammer rigtigt, men ved på den anden side ikke hvad der lægen har brug for at vide. Men eet eller andet sted må man mødes i sårbarheden. Abraham Verghese, etiopisk-indisk læge og forfatter, beskriver i ”Knivens æg” hvordan hans lægekunst udfordres af patienternes vage kropsoplevelser og høje forventninger til hans evner (950):

Den mest almindelige klage blandt patienterne var: Rasehn....libehn.....hodehn. (Mit hoved....mit hjerte.....min mave). Klagen blev ledsaget af at patienten lagde hånden på de 3 steder. Når man pressede dem til at være mere specifikke fortalte de at de var svimle eller varme i hovedet eller havde mavekramper -men disse specifikke symptomer blev kun oplyst modvilligt gryntende, for Rasehn....libehn.....hodehn burde virkelig være nok for en enhver ordentlig læge.

Den søde kompetente patient

Vi tilgodeser de stærke tilpasse patienter, der er gode til at tale med læger, sygeplejersker og smyger sig ubesværet i ”systemet” uden at skabe uro eller rutinebrud. Det er patienter, der beredvilligt hører efter hvad vi siger, gennemfører undersøgelser uden at kny, modtager behandlingen og tager hjem med det samme. De ressourcetsvage får opmærksomhed, hvis de er søde og viser taknemmelighed. Men nogle patienter skaber frustrationer fordi de opfører sig anderledes end forventet. De kender ikke regler og koder, de udfordrer rutinerne og køber ikke umiddelbart standard information. De udstiller systemets svagheder og skaber usikkerhed fordi vi har svært ved at ændre på den måde vi plejer at arbejde på. Der er ikke tid, og selv om vi fik mere tid ved vi ikke helt hvordan vi skal tackle ”åh-nej” patienten. Udfordringen i denne type patienter er blevet kaldt for *det knækkede snørebånd*, dvs. det er en rutine som skal fungere uden bøvl, men når det så knækker, så har man ingen plan B og resten af dagen bliver ødelagt af et beskedent rutinebrud. I et simuleret studie af ”likeable-competent” patienters interaktion med 94 læger ifht. ”unlikeable-competent”, ”likeable-incompetent” og ”unlikeable-incompetent” patienter, fik ”likeable-competent” patienter tilbudt hyppigere kontrolbesøg og blev oftere opfordret til at ringe ved tvivlsspørgsmål og de fik hyppigere en mere specialiseret og tilpasset behandling end de ”mindre sympatiske” patientgrupper (396).



Figur 20. Lægens oplevelse af patientens personlighed og kompetencer

I et kvalitativt studie af læge-patient interaktion fandt man at læger var mere patient centrede i deres kommunikation hvis de vurderede at patienten var god til at kommunikere, fremstod som en tilfreds patient og hvis lægen umiddelbart vurderede at deres compliance ville være høj. Der var en klar skævhed i retning af at læger generelt vurderede at etniske minoritets patienter var dårligere til at kommunikere, mere utilfredse og mindre compliant end andre patienter (951). Det skjulte curriculum kommer ofte i spil i relation til udfordrende patienter. De benævnes ikke nødvendigvis som "irriterende" eller "træls" af ældre kolleger, men der anvendes proxybegreber, der er hentet fra det skjulte curriculum: patienten er "krævende", "mistroisk" eller "non-compliant". Patienten er "en dårlig oplyser", "usammenhængende" eller "modarbejder lægelige råd". Unge læger lærer gennem ældre lægers sprogbrug hvilke karakteristika erfarne læger tillægger besværlige patienter og lærer samtidig at denne type patienter skal man ikke forvente sig meget af og man skal som læge afholde sig fra at have ambitioner på deres vegne – og at man implicit som læge bør afstå fra at udvise empati. Men for unge uforberedte læger bliver resultatet at de oplever et hårdt træk på deres følelsesberedskab fordi der er en indre konflikt mellem deres eget menneskelige ideal som læger og så det ideal de ældre læger forcerer igennem det skjulte curriculum (952). Resultatet er udbrændthed og kynisme.

Et andet forhold der er vigtigt at have sig for øje, er at patienter sjældent er statiske i deres karakteristika. Især kronikere og unge patienter kan have perioder hvor de bliver udtrættet af deres sygdom(me) og mere eller mindre bevidst springer over lægekontroller eller medicindoser. Man kan have behov for at være ligeglad med sin sygdom af sociale (eller psykiske) årsager. Nogle patienter gør det på en rationel struktureret måde, mens andre er mere uforudsigelige i deres handle- og holdningsmønstre – se fig. 16. Det vigtige er at se det som et dynamisk billede og vær støttende for patienten i de perioder hvor der kan være andre prioriteter i deres liv end sygdom. Er mønsteret mere konstant irrationelt, kan det være patienten har behov for strammere informationer, klarere aftaler og tydeligere forventninger fra lægens side.

Patient karakteristika	Rationel	Irrationel
Vidende	Ekspert, altidende, udfordrer faglighed, ændrer patientrolle	Uforudsigelig, u-korrigerbar, tvetydig, splitter
Ligeglad	Strudse-tilstand, ved usikkerhed bedst ikke at handle, snyder med egenomsorg	Illusorisk, bagatelliserer, overdreven selvsikkerhed

Figur 21. Dynamiske patientkarakteristika og deres indflydelse på egenomsorg

Den basale opfattelse af ens handlemuligheder som patient er et andet skjult element i patientkarakteristika. Man taler om et stabilt internt *locus of control*: det var fordi mine evner ikke rakte til det at jeg blev syg – havde jeg evnerne havde jeg undgået sygdommen. Ustabilt eksternt *locus of control*: det var bare fordi jeg var uheldig – det var skæbnen, der gav mig sygdommen og jeg kunne intet gøre selv. *Locus of control* kan også afgøre om en udfordring er noget man kan klare eller om det vil kræve en stor personlig indsats at komme over den. Opgaven man står overfor, kan svær men overkommelig eller man kan som patient have den opfattelse at opgaven kræver en stor mængde held, som man bare må vente på (953).

Den informerede beslutning

Det er etisk, lovgivningsmæssigt og kulturelt betinget at patienter har ret til, og generelt også beder om, informerede beslutninger om deres helbred og behandling. Men det er ikke alle lande og kulturer, der værdsætter denne ret/frihed – tværtimod. For nogle er det utænkeligt at vide noget om kroppens funktioner, særligt dem der er forbundet med urin, afføring og sekreter. For andre er kroppen en samlet organisme uden enkelt dele, men adskilt fra familien og omverdenen af hud. Endelig er der ofte tale om at dele af kroppen ikke er ens egne, som det f.eks. kan være tilfældet med hjertet eller hos kvinder: underlivet. En kvindes underliv tilhører familiens (og svigerfamiliens) og der kan ikke tages individuelle beslutninger om behandling eller operation. Den simple og nemme løsning er at spørge patienten om disse forhold og at få klarlagt hvordan de selv ser deres krop og om der er andre end dem selv, der skal involveres i beslutningen om den konkrete undersøgelse eller behandling som lægen foreslår.

Udfordringen er at jo mindre man ved om patienten, enten fordi man ikke har brugt tid på det som læge eller fordi det kan kræve mere tid end der er afsat, så bliver den manglende viden fyldt ud med erstatningsviden i form af fordomme og bias og hvad patienter i den (formodede) kultur-sociologiske gruppe patienten tilhører, plejer at gøre eller mene. I jagten på at skabe mening, men i mangel på indsigt eller forklaring overdriver lægen betydningen af kulturelle, etniske og religiøse forklaringer på patientens uforklarede symptomer, dårlige sygdomskontrol eller manglende compliance. Hvis man både er selektiv i indsamling af viden og i bearbejdning af viden og samtidig fylder den manglende viden ud med ikke-faglige fordomme så har vi opskriften på diagnostiske fejl og forsinkelser samt patientskader.

Skjulte moralske værdier udgør en anden type af ikke-lægelige faktorer med indflydelse på den diagnostiske proces: holdninger som ”Du må yde før du kan nyde”, ”Du har ikke endnu fortjent at vi starte xx behandling”, eller ideer om forventet egenomsorg eller motivation er værdier som transmitteres til patienten uden at lægen måske tænker over det, men mange patienter kan fornemme det, eller overfortolker det og påvirker dermed indirekte patientens rolle som medspiller i den kliniske proces (91). Lægens interaktionsstil kan signalere at der ligger, uvedkommende, moralske værdier til grund for lægens plan eller forklaringer: ”menstruationssmerter må man leve med”, ”du må tabe dig før jeg vil snakke med dig om dine knæ smerter” eller ”hvis du bare tog dig sammen og lærte dansk kunne jeg forstå hvad du sagde”. Skjulte moralske værdier påvirker lægers kliniske dømmekraft og burde bearbejdes gennem lægeuddannelsen (954). Der er solid dokumentation for, at mænd er overrepræsenterede i forsinkede diagnoser, fordi deres interaktionsstil er mindre tydelig når det kommer til sårbarhed og formulering af behov for hjælp (846). Mandlige læger har imidlertid også en et andet klinisk beslutningsmønster end kvindelige læger f.eks. i ordination af smertestillende og antibiotika (styrke og varighed) (955). Det gælder i særdeleshed for etniske minoritets patienter og lægen har en særlig professionel opgave med at undgå at klientgøre eller intimidere indvandrerpatienter. Når vi møder en patient der taler sparsomt dansk ændrer vi stemmeføringen til en blanding af at tale til en døv, en dement og et barn. Det opfanger patienterne, der stritter imod, bliver vrede og kede af det og mister tilliden. Det er voksent og professionelt empatisk at anvende tolkebistand, fordi man opnår at kunne føre en ligeværdig og voksen samtale.

Andre forhold kan også signaleres med mere eller mindre skjult tydelighed: lægens forventninger til undersøgelsens succes, lægens tro på om ”patienten kan finde ud af det”, undersøgelses- eller behandlingsvalg som følge af patientens (formodede) uddannelsesniveau, etnicitet, forventninger til netværks støtte eller lægens egen ikke-erkendte stigma udøvelse (243).

Endelig er mange læger i dag så overlæssede med forskningsresultater fra store nationale eller internationale dobbelt blinde studier og folkesundhedsundersøgelser at de fylder manglende viden om den enkelte patient ud med vilkårlige forskningsresultater, også kaldet *over-applikation af epidemiologiske fund på individuelle patienter i det kliniske rum*: alle somaliere har TB, så de er alle sammen, og udelukkende, undersøgt for TB, men lægen får ikke inddraget de mere sandsynlige diagnoser før sent i forløbet: hypertension, diabetes, kræft, leddegigt, PTSD og laktose intolerans (90, 243).

Den diagnostiske samtale afsæt

Der er to tankesæt (og mål), der skal mødes i en tværkulturel læge-patient samtale. Præmisser og afsæt er vigtige, men er i sagens natur meget forskellige.

På den ene side en læge med et givent sæt kompetencer, viden og erfaringer, der skal i spil indenfor en snæver tidsramme. I en helt ny interviewundersøgelse blandt praktiserende læger svarede 68 % at konsultationer med indvandrerpatienter er tidskrævende og 54 % svarer at det kan være vanskeligt at vurdere symptomerne og 46 % svarer at de savner et sted de kan henvise indvandrerpatienter med komplekse problemstillinger (845). På den anden side af bordet sidder indvandrerpatienter, som for 37 %'s vedkommende ikke har tolkebistand, selvom de føler et behov. Halvdelen føler ikke lægen er lydhør i tilstrækkeligt omfang (en tredjedel så mange som etnisk danske patienter) og hver femte patient har oplevet fejl hos lægen (dobbelt så mange som etniske danske patienter).

Der skal arbejdes målrettet og stædigt fra begge sider for at få de platforme til at hænge sammen. Hvis man forsømmer sig mod at afklare samtaleens dagsorden, præmisser og afsæt er der stor risiko for at den diagnostiske proces afspores eller forsinkes. Det kan være en fordel at gøre sig bekendt med de almindeligste forstyrrende og forsinkende faktorer i processen: forventninger, de egentlige behov, angst, læse- og sprog vanskeligheder, hukommelses- og koncentrationsevner, tro på lægen, kræftmistanke, dødsangst, grundlæggende anden opfattelse af symptom årsager, afvigende kronologisk forståelse etc.

Svage eller manglende skolekundskaber kan forstærke eksisterende fejlopfattelser og komplicerer i forvejen svære emner i en samtale fordi mange begreber skal forklares og ikke bare kan oversættes. Det kan f.eks. være at beskrive forskellen mellem at være bærer af en sygdom i modsætning til at være syg af en sygdom. Det kan være f.eks. infektioner som leverbetændelse, tuberkulose eller HPV, det kan være komplicerede genetiske defekter hvor risiko og bærer tilstanden skal kædes sammen, eller det kan være den sammensatte risiko for sukkersyge eller hjertesygdom hvor både levevilkår, kost, motion og genetik indgår samtidig. En anden udfordring er at bekymringsafstemme konsekvenserne af den lange liste med bivirkninger på en indlægsseddel for en panodil eller en antidepressiv behandling op mod den forventede effekt.

Det er vigtigt at lægen adskiller antagelser baseret på egen "klinisk viden" fra patientens følelser og behov. Hør hvad patienten siger – ikke hvad du (tror!) du ved. Patienter fejlfortolker meget ofte hverdagssituationer – ikke mindst når de er syge, bange og har sprogproblemer. Stressede patienter kan være hypersensitive for signaler og nedtoner det sproglige indhold til fordel for lægens bevidste eller ubevidste tegn – patienter kan have en fornemmelse af at de alligevel ikke forstår lægen eller ikke får "hele sandheden" og så kæmper de for at scanne lægens kropssprog og øjenbevægelser for skjulte beskeder og lidt almindelig medmenneskelighed. Alt i mens lægen i detaljer forklarer hvad lymfekræft er, behandlingens bivirkninger og overlevelseshancerne. Når samtalen er slut, spørger patienten tolken: "hvad er det der lymfelægen startede med at sige?" Patienter er ekstremt opmærksomme på og følsomme for lægers og sygeplejerskers antagelser, fordomme og bedømmelser af dem og det kan præge opfattelsen en hel samtale og her kan kropssproget være afgørende for om der opnås tillid og lytte fokus eller det modsatte.

Fejldiagnoser og forsinkelser i diagnoser opstår når lægen ikke er tilstrækkeligt selvkritisk, tilbageholdende og tålmodig i forhold til at stille diagnoser. En manglende diagnose kan være en udfordring for et læ-patientforhold, ikke mindst i fastholdelse af tillid. Lægen kan tænke at hvis der ikke er en diagnose, så må det "sidde mellem ørerne" og patienten kan tænke at det enten "nok er kræft fordi lægen hele tiden bestiller nye undersøgelser uden at sige noget klart" eller at "lægen er ikke dygtig, hun kigger hele tiden hen på computerskærmen og bestiller undersøgelser, der ikke viser noget". Lægen skal

hele tiden have to udveje åbne: enten en tydelig og handlekraftig diagnose eller en forklaring som patienten kan leve styrket og informeret videre med. Man kan ikke sætte sig mellem to stole i denne sammenhæng uden at sende patienten videre i livet med tvivl, angst og mistillid til både lægen og den tågede diagnose. Det er en opgave der kræver opmærksomhed, empati og professionalisme at sende patienter styrket afsted efter et undersøgelsesprogram, både videnskæssigt og psykosocialt så patienten ikke føler sig tilsidesat og bagatelliseret eller ligefrem bagatelliseret. Ethvert trin i den diagnostiske proces skal derfor funderes solidt før næste skridt: både mht. vidensdeling og hvor patienten er i forståelse og selvopfattelse her og nu.

Dehumanisering

Empati er godt for sjælen, men at det også er god medicin, er måske mindre indlysende. I et studie af sammenhængen mellem diabetes kontrol og lægens empati for patienten var der signifikant lavere HbA_{1c} og LDL-kolesterolindhold i blodet, hvis patienten havde en høj empati score og der var tilsyneladende en vis dosis-responseeffekt (955). Og samme effekt er vist i en lang række andre kliniske sammenhænge (956). Empati er åbenbart en flygtig evne, for studier tyder samstemmende på at lægestuderende mister empati i studiet samtidig med at de begynder at møde patienter 3 år inde i studieforløbet (957). Mandlige studerende mister mere empati end kvinder under lægestudiet og studerende, der tænker en fremtid i mere teknologisk baserede specialer mister mere empati end dem der tænker sig i mere menneske/person orienterede specialer. Mens dem, der har mest empati fra starten af studiet, mister mindst empati i løbet af studiet, har studerende med mindst empati en høj risiko for at miste den lille smule empati de måtte møde med første dag i lægeskolen (958). Den eskalerende kynisme og "idealatrofien" er beskrevet som en del af den socialisering af medicin studerende, der sker som led i at forberede dem på deres professionelle lægeliv (959). Processen fortsætter som den "etiske korrosion", der indtræder under de lægestuderendes kliniske træning (960). Blandt medicinstuderende har 80 % gjort noget de fandt direkte uetisk eller at de havde bevidst fejl informeret og 98 % havde overværet en ældre kollega tale nedsættende om patienter (961). Nogle studerende udvikler en kollektiv "social amnesi", hvor empati gradvist forsvinder "som en truet dyreart" (962, 963). Mary-Jo Good har i kvalitative studier af lægestuderende påvist hvordan det "medicinske blik" gradvist bliver den eneste dominerende forståelsesramme på lægestudiet og de studerende læres at værdsætte og prioritere tidsforbrug, styring og effektivitet. Lægestuderende lærer af deres ældre kolleger at være mest interesserede i, og at gøre mest for, de patienter der gerne vil være en del af den "lægelige fortælling" vi har og de undersøgelser og behandlinger vi gerne vil nå frem til (964).

Dehumanisering

Meget tyder på at lægestuderende og nyuddannede læger har svært ved at navigere mellem de formelle, uformelle og skjulte læringsmål. Rammer og værdier for deres kontakt med patienter, kolleger og sundhedsvæsenet opleves som skjulte koder og overlevelsestrategien er at kopiere ældre kolleger uden en teoretisk forståelsesramme (957). Læger bliver generte når de konfronteres med patienters følelser og selvom de på den ene side gerne vil fremtræde empatisk overfor patienterne, så angiver de fleste at de er bange for at blive overvældede af patientens eller egne følelser (965). De skjulte læringsmål giver læger det indtryk, at det er en tydelig barriere for patient involvering i behandling, hvis patienten tydeligt viser følelser (966). Krav, moral og mål på universitetet og på sygehuset er ofte ukoordinerede og modstridende. I artiklen "*Vanishing virtues*" beskriver Coulehan det selvmodsigende i at man på den ene side eksplicit docerer klassiske lægelige dyder som empati, medfølelse, lindring, altruisme, men samtidigt doceres stiltiende en etisk frigørelse fra patienten, objektivitet og selv centreret (967). Det er ikke klart, hvor de kan få støtte til at danne deres egen mening og identitet. I en stor kvalitativ interviewundersøgelse blandt engelske og australske medicinstuderende blev det ligefrem beskrevet som et kultursammenstød af de studerende – et møde som de ikke var forberedte på og som efterlader dem rådvilde og handlingslammede. De studerende så deres lærings situationer som uoverensstemmende, uden mål eller retning, og fandt at udviklingen i deres lægelige identitet var tilfældig og foregik som serielle kultursammenstød (968). Sammenhængen mellem de skjulte læringsmål og dehumanisering kom særligt tydeligt frem i en canadisk undersøgelse blandt medicinstuderende. De studerende beskrev hvordan de gradvist overtog de kliniske

lektorerens værdiopfattelse ved at kopiere sprogbrug og opfattelser af at fedme, narkotikamisbrug, fattigdom og psykisk sygdom var udtryk for individuelt svigt eller moralsk forfald og etniske minoritetspatienter blev reduceret til én gruppe med sammenfaldende stereotype karakteristika (968).

At der fortsat, også efter kandidateksamen, sker en langsom umenneskeliggørelse, *dehumanisering*, af det miljø, som lægers kliniske processer udspiller sig i, er bekymrende (969). Der er beskrevet en række faktorer, der hver for sig bidrager til en snigende reduktion af den menneskelige faktor til et irriterende og forstyrrende element: Den første er af-individualiseringen af personen ved at opfatte patienter som tilhørende en gruppe/type af patienter. Dehumanisering betyder at man afviser patientens ret til en særlig identitet og ignorerer behovet for at være en uafhængig person med klare træk, der adskiller vedkommende fra andre patienter og man affærdiger som læge patientens ret til selv at tage beslutninger og vælge. Dehumanisering forstærkes især blandt etniske minoritetspatienter fordi de ses som marginale grupper med lav heterogenitet gennem et batteri af fordomme og stereotypier. Dehumaniseringen slår bl.a. igennem ved at der ikke bruges så lang tid på at prøve at forstå patientens helbredsproblemer, så undersøgelsesprogrammet og behandlingen besluttet på et gruppebaseret billede af patienten og ikke på baggrund af den individuelle patients symptomer, ressourcer og behov (970). Umenneskeligheden styrkes af at patienter faktisk er syge og i mindre grad i stand til at agere normalt, udtrykker sig ofte mindre tydeligt og har ikke kræfter til at forsvare sig. Der er flere studier, der viser hvordan fagpersoner dehumaniserer patienter til en diagnose i stedet for en person med et navn og at den sammenhæng forstærkes, jo mere syg, afvigende fra et normalt raskt voksent menneske, patienten er (971). Patienter ændrer adfærd, reaktionsmønster og basale menneskelige funktioner påvirkes og får dermed, et i lægens øjne, mindre menneskeligt ansigt (972). Det kan være nødvendigt for lægen at dekomponere patienter i fysiologiske eller organ systemer fordi det er nødvendigt for den diagnostiske løsningsproces, men der er en fare for, at lægen ikke får re-komponeret patienten igen og det bidrager til dehumaniseringen.

Den kliniske strategi er en konstant balance mellem opløsningen af patientens hele sociale væsen og sammenhængskraft som menneske og så dekomponeringen i biomedicinske elementer som forudsætning for specialiseret medicinsk tænkning og beslutning. Hvis følelser truer med at påvirke lægens "objektivitet" kan lægen simpelthen skrue ned for empatien for patienten - dehumaniseringen er en internaliseret "professionel" nedregulerings mekanisme, som er blevet indlært gennem kopiering af kliniske rollemodeller og erfaringer fra læge-patient sammenhænge. Hvis læger vil have patienters tillid (tilbage) er det vigtigt at kende de følelsesmæssige, fysiologiske og praktiske konsekvenser af at diskvalificere patienters følelser og behov for respekt som hele mennesker. Meget tyder på at patienters tillid til lægen hænger sammen med om patienten, ubevidst, registrerer at lægen har empati og ærligt føler med patienten, også kaldet "fysiologisk konkordans" og det kan observeres og måles ved neuro-biologiske radiologiske undersøgelser (973). En central dimension i lægers kompetencer er evnen til at kunne leve med og håndtere tvivl, tvetydighed og usikkerhed (i symptomer, sygehistorie eller patientens behov og ressourcer) (18). Faktisk er det så vigtigt at der er udviklet et *ambiguity tolerance index* (974, 975). Der er lavet en række studier blandt medicinstuderende og læger over de seneste 25 år. Som udgangspunkt falder *ambiguity tolerance* for 70 % af de studerende i løbet af studiet: den tvetydigheds tolerance man har ved kandidateksamen, er lavere end, eller den samme som, den man startede studiet med. Dem der er i stand til at bevare den er den med høj tvetydigheds tolerance, er dem med den højeste tolerance fra starten og især kvindelige studerende (976).

Lægens opgaver før en samtale

Det er ikke ofte en læge har tid til grundig forberedelse før en samtale, men der kan være grund til at bruge ekstra tid på at overveje strategien for en samtale med sprogbarriere. Vi plejer at sige, at hvis du som læge ikke tager dig tid til patienten, så tager patienten din tid.

Det er f.eks. en god ide at overveje om tolken, hvis det er en tolket samtale, skal briefes før samtalen hvis det er en vanskelig samtale, om f.eks. en kræft diagnose eller en alvorlig kronisk sygdom. Det kan også være tilfælde hvor der er tale om specielle undersøgelser eller behandling med bivirkninger. Hvis tolken er forberedt, får samtalen en bedre start og tilpasses det kommende emne. Tolke kan beskrive pinlige situationer hvor de er startet med friske hilsner for så at finde ud af at samtalen handler om en kræft

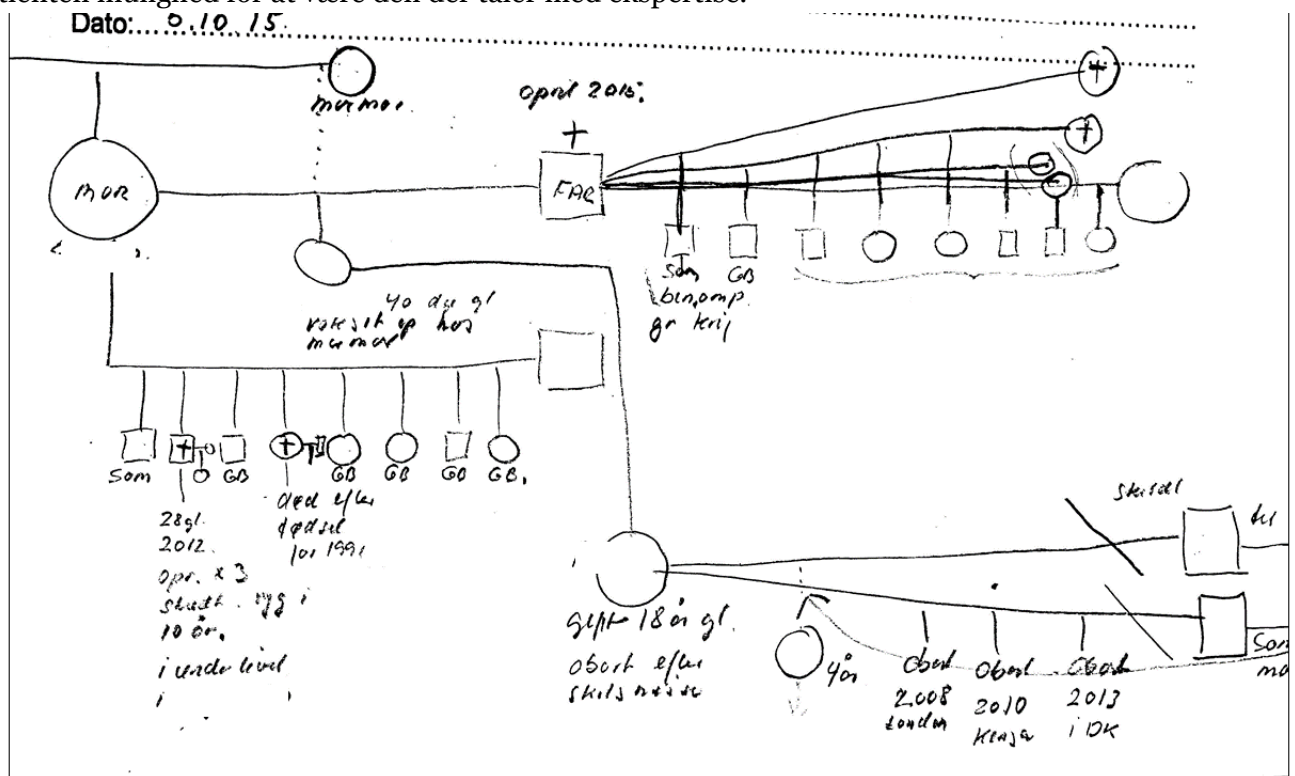
diagnose eller et dødsfald. Man kan med fordel gennemgå samtaleens opbygning og mål med tolken så tolken kan være en medaktør i lægens plan med den.

En strategi for samtalen

I indvandrermedicinsk klinik er de primære samtaler struktureret omkring 5 værktøjer, der tilsammen danner basis for en helhedsforståelse af patienten, personen med sygdomme:

Livshistorien – hvor opvæksten, positive og negative sociale begivenheder, livsovergange, sygdomme og traumer placeres tidsmæssigt og kan anvendes som mulige forklaringer på aktuelle symptomer. Ofte kan psykiske problemer forklares af patienten selv gennem livshistorien.

Genogrammet / familietræet – giver strukturelt indblik i patientens liv og kan være et godt samtaleværktøj hvis patienten har svært ved at forklare sin situation med egne ord. Familiemedlemmer der har ydet positiv eller negativ indflydelse kan omtales og give mening til aktuelle sygdomstilstand. Giver patienten mulighed for at være den der taler med ekspertise.



Figur 22. Eksempel på genogram (navne og visse stednavne er slettet)

Problemlisten – er en komplet liste over alle patientens problemer: psykisk, fysisk, økonomi, socialt, ægteskabeligt, ifht. Myndigheder, opholdsgrundlag, familiekonflikter etc. Listen tjener flere formål, dels skal den bistå patienten med at strukturere sine problemer, dels er det et værktøj der aktivt involverer patienten, dels er det en øvelse der er stress reducerende i sig selv og endelig sikrer det at alle problemer der kan påvirke symptomopfattelse, udredning, diagnostik og behandling er dokumenterede og dermed kan anvendes i terapeutisk og pædagogisk øjemed. Når problemlisten er færdig går man den systematisk igennem sammen med patienten, ét for ét, og for hvert problem skal der aftales en handling: hvem gør hvad – men en handling kan også være at det må vente, at problemet er for stort lige nu eller at problemet er uløseligt – hvis bare læge og patient er enige om det. I figur 22 og 23 ses eksempler på problemlister og hvor forskellige de kan være.

Helbredsmæssige problemer	Andre problemer
Følger efter ventrikulær cancer Hypertension Diabetes	Altid været chefen – nu afhængig af sociale ydelser Tabt livsgnisten efter sønnens død 27 år gammel af kræft Kørestolsbunden Enorme medicinudgifter (gæld), ofte medicinpauser

Cerebellart infarkt	Kontrolenhed beskyldte ham (uretmæssigt) for socialt bedrageri
Cervikal spinalstenose	Kan ikke hjælpe børnene økonomisk, bekymret for børnene
Lumbal spinalstenose	Ensom (døtre kommer kun på besøg når der er problemer)
Ulnaris neuropati	Mistet danske sprog efter kræftsygdom – ydmygende at være afhængig af tolk
Recidiverende DVT'er	Ydmygende at skulle spørge sagsbehandler om lov til at rejse på ferie
Rejsningsproblem	Mareridt og dårlig søvn
Uforklaret væggtab	Bange for at være alene
Anæmi	Bange for at blive mere handicappet
	Skyldfølelse over at have været årsag til at familien måtte flygte

Figur 23. Eksempel på problemliste (59-årig mandlig flygtning)

Hej Sygely hjemme og Kommune!

Vil De være så elskværdig, at hjælpe mig - Jeg vil snakke med Dem Sundhedsplejerske og Sundhedsstyrelse luge hmsat Jeg skrive på papir ordbog dansk - Jeg problemt udtaler ikke god og Fortå dansk ikke godt - vil Dem ser laser på papir - Jeg har Syg meget er dårlig min's Krop ikke rask, Kold og Fingre, Kno, Knogle, Knæ, Ben Svapper trætte, læn, Sene, Ribben Knogge, muskel Krampe Spasme, Hikke, Indvo lde, Diarre, Influenza, Infektion, Jeg Svimmel, opkastet tørste, smerte ful, Røv hul forstoppet - Betændelse balde pukkel, Forkølet - forfrossen vammel, Knurre pukkel, snot snue, Skodde - Skoldkopper min Krop Fryse og Klø Jeg er min Svækling Svække, tarm Svullen, Balde har pukkel Svulme, Svulst, hjerte åndenød, ånden, ånder forpustet og forfrossen - Utilpas, Jeg hoste slim floppet i næsen ondt i halsen, Forkølelse hals - Jeg er forkølet - Jeg vil gerne har medicinere tablette pille hedder - Influenza, Forkølelsen, Svimmelhed, Snot snue, hoste slim, Sene Ribben Knogle Knæ Spasme Krampe, tarm Balde pukkel Snot snue Klø pollenallergi, Benaliv Øjendråber, halsbrand hedde gaviscon Jeg tigge håb Dem hjælpe og vil lig glad Fordi Jeg er ensom Jeg borenlig Hvis Dem hjælpe mig medicinere Jeg er Sødme og dejlig og hyggelig og Jeg Dem vil lig hjælpe enig Jeg ønske meget gerne vil godt lide vil ven skabelig Jeg vente det svar og håbe herne fra Dem til mig Jeg er Totak

Murcolysin letter hosten, og Zyx mod halspine Tusind tak
Zyx = enKalyptus Benzylaminhydrochlorid Med venlighilsen

Figur 24. En patients håndskrevne problemliste. Patienten talte ikke dansk og anvendte Google Translate til at oversætte fra modersmålet.

Baggrundsinformation – skolegang, uddannelse, sprogkunderskaber, læsefærdigheder, dialekt, familieforhold, sociale forhold, funktionsniveau, søvn, traume og PTSD-screening, depressions screening, kontaktpreferencer, tolkepreferencer

Klinisk checkliste – særligt udviklet liste med tværkulturelle kliniske opmærksomhedspunkter (se kapitel om helbredsundersøgelse af nyankomne flygtninge/indvandrere).

Når alt glipper

Hvis der er sparsom tid til samtalen og måske kun tid til at gøre én ting for patienten, så spørg hvad der betyder mest for patienten i dennes opfattelse af sygdom og behandling. Det er ikke en særlig kompetence, men derimod en menneskelig egenskab som alle læger burde gøre helt naturligt for at få den rigtige kontakt med patienten. Fokus skal være på patienten som individ, ikke som stereotypi, men som et menneske der befinder sig i fare og usikkerhed, og ikke bare en patientcase (92). Spark bolden tilbage og prøv at møde patienten i den "fælles sårbarhed" det er at være usikre, uenige, ikke forstå hinanden eller mærke at der er en afgrund mellem lægens opfattelse af symptomerne og patientens opfattelse af uvejret sin krop. Sig hvad du er i tvivl om, forklar hvor det er du oplever uenighed, påpeg de uklare punkter i patientens fortælling, årsagsforklaringer eller opstil dine muligheder overfor patientens krav og bed om deres kommentar. Vi oplever tit at samtalen "ikke kører" fordi der er emner, problemer, bekymringer eller angst som ikke har været inddraget i samtalen. Her kan man med fordel gå direkte til fadet: "er der noget vigtigt som du ikke har fortalt mig?", "Er der noget vigtigt som du ikke kan tale om?", "Kan du forklare mig om der er noget du er særlig bange for?", "Hvad skulle der til for at vi kunne tale om det?", "Alle mennesker har hemmeligheder og nogle kan være vigtige, men svære at få sagt", etc.. Man kan også gå en anden direkte vej: "Er du bange for at det er kræft?", "Er du bange for at det er noget du dør af?", "Er det fordi du slet ikke tager din medicin?".



15: Patientens narrativ som klinisk redskab

Fortællinger og fortolkninger

Den traditionelle lægelige fortolkning af patientens sygehistorie resumeres som en anamnese i journalen eller som en kort klinisk case efter stramme regler. Den kan måske være et udtryk for en naturhistorie, men den fortæller intet om individet eller personen i en historisk og social sammenhæng. Livshistorien, erfaringerne, byrderne og levevilkårene, som sygdommen leves i er klinisk rensset ud så de udvalgte symptomer fører direkte til en diagnose. Der er intet subjekt i en stram anamnese, men henfører derimod indirekte til genstanden for den faglige opmærksomhed som f.eks. ”21-årig førstegangsgavid med hyperventilation”. For at bringe mennesket tilbage i centrum må læger uddybe case-historien til et narrativ, en fortælling. På den måde kan der komme et ”hvem”, et ”hvad” – en rigtig person, et menneske med sygdom, en patient ind i relation med de fysiske naturhistoriske observationer og måske give dem et nyt og tiltrængt livsskær. Neurologen Oliver Sacks beskriver kliniske eksempler på det i *The Man Who Mistook His Wife For a Hat and Other Clinical Tales* fra 1985 (977). Narrativ medicin som samtaleredskab er langsomt ved at vinde indpas som fag på de lægelige uddannelser (978). Empati har fra begyndelsen været en hjørnesteen i narrativ medicin, og det skyldes sandsynligvis et generelt fokus på, at nutidens lægeuddannelser og sundhedssystem tilsyneladende skaber et ”underskud” af empati. Gennem nærlæsning og kreativ skrivning skærpes de lægestuderendes professionelle empati og evne til at tage kliniske beslutninger i komplekse ambivalente patientfortællinger. Tit møder læger patienter i krise, hvor patienterne ikke altid har ordet i deres magt, men er overmandet af ukendte følelser og reaktioner. De skjulte byrder bag sygdom og behandling, frygten for at miste magten over livet eller tabe førligheden eller angsten for at dø, alt det kan litteraturen hjælpe med at sætte ord på, når patienten ikke selv magter det.

Fortællinger, og versioner af fortællinger, er en fundamental måde at få erfaring og oplevelser til at give mening. Når man fortæller og fortolker erfaringer, kan narrativet være formidler mellem de indre tanker og følelser og den ydre verdens interaktioner og tilstand. Narrativet er en aktiv produktiv proces, hvor man trækker på både personlige og kulturelle ressourcer. Historier kan være et effektivt værktøj til at formidle oplevelser til en person, f.eks. lægen, der ikke har haft samme oplevelse eller erfaring (979). Narrativet er en hybrid mellem det der huskes og den måde det fortolkes på gennem det aktuelle filter af erfaringer og i rammerne af den specifikke kontekst, fortællingen fremsættes i. Det var måske Freud, som blev kaldt mesteren af den narrative tradition, der som den første viste hvordan man kan knytte umiddelbart tilfældige hændelser og minder sammen med associationer og drømme sammen til en sammenhængende meningsfuld fortælling, der kan danne udgangspunkt for selvindsigt og behandling. I behandlingen af PTSD-patienter har målet altid været at genskabe en sammenhæng i fortællingen for derigennem at give mening til en meningsløs oplevelse, der har forstyrret hele livsfortællingen. Ved at lade andre bevidne oplevelserne og anerkende fortællingen kan patienten potentielt genvinde kontrol og respekt for sig selv på trods af de ofte horrible traumer og invasive tanker. Gennem en afkodning og en genfortælling af fortiden, sammen med behandleren, får den kaotiske overflade en dybere mening. Eisenberg mener at det er et helt grundlæggende fælles mål for læge og patient må være samskabelsen af en holdbar og troværdig patientberetning (980). Når patienten opsøger lægen, er det en anmodning om fortolkning. Lægen er patientens tolk og sammen forhandler de sig gennem oplevelser, erindringer, følelser og forklaringer til en sygehistorie. Gennem anerkendelse af hele historien ophører patienten med at føle sig som offer for det uforklarlige og ukontrollable og symptomerne mister deres angstprovokerende potentiale, bliver til at leve med og forsvinder måske med tiden. Hvis lægen er en dygtig og tillidsvækkende fortolker, kan der i samskabelsen opstå multiple alternative eller parallelle versioner af livshistorien, hvor der viser sig nye muligheder for forklaringer (og behandling). Mange flygtninge har netop multiple versioner af deres liv fordi ofte tvinges til at retfærdiggøre sig, forklare sig og tilpasse sig nye juridiske, kulturelle, sociale og sundhedsmæssige sammenhænge. Der er ”helte” fortællinger og ”offer” fortællinger og der er ”anti-helte” fortællinger, hvor der blev taget nødvendige, men stærkt ubehagelige beslutninger - oplevelse som man må leve alene med indtil der er en behandler der kan rumme dem.

Grundelementerne i livshistorier er plots og metaforer. Det er i sundhedsvæsenets interesse, at patienters mange-facetterede, komplekse og hullede sygehistorier reduceres til én kort struktureret sygehistorie/et livs abstract, der kun indeholder de klinisk interessante *high lights* og plots, der er nødvendige og tilstrækkelige for at understøtte den diagnose og behandling, man har satset på. Der skal helst være én historie med ét plot og derfor kun én diagnose med tilhørende behandling. Forskellige typer af plot, såsom komedie, tragedie eller melodrama, er almindeligt kendte. Indenfor hver plottype er det vigtigt at lægge mærke til hvad der sker når historiens hældning ændrer sig (dvs. situationen bliver bedre eller bliver værre over tid). Faktisk kan klassiske plot karakteriseres som en række fortællende skråninger: for eksempel bliver tingene bedre i et melodrama, så værre, så bedre, så værre osv. En anden tilgang til plotanalyse er at finde ind til selve kernefortællingen, som er et billede på den strukturelle essens eller plot i hver historie. For eksempel denne patients historie, der også siger noget om selvpåfattelse og handlemuligheder: "Da jeg var ung, havde jeg en lys fremtid. Men bipolar sygdom har ødelagt mit liv og vil sandsynligvis undergrave ethvert forsøg fra min side på at forbedre mit liv i fremtiden". En anden patient opsummerede sit liv: "Jeg har aldrig haft en god dag i mit liv".

Metaforer er en væsentlig komponent i enhver patientfortælling eller historie, hvor metaforen støtter historiens røde tråd og skaber mening i komplekse oplevelser som patienten ellers ville have svært ved at beskrive. Patienter anvender metaforer til at fortælle *hvad* der er *galt* og hvad de har brug for *hjælp* til. Metaforer repræsenterer den aktuelle version af deres liv og er et redskab, der bruges til at forklare noget nyt ved hjælp af et velkendt objekt eller fænomen og som erstatter beskrivelsen af den ellers uklare begivenhed eller situation. I modsætning til lignelser og analogier, hvor en genstand eller begivenhed anses for at være som en anden i en eller anden henseende, så erstatter metaforen helt oplevelsen eller følelsen. Det værdifulde ved metaforer er, at de gør det muligt for både fortæller og lytter at forstå komplekse og detaljerede oplevelser på en kortfattet måde. Det gør det faktisk muligt for både lytter og fortæller at være aktivt involveret i en fortolkningsproces og en beskrivelse af f.eks. et symptom. Det letter og tilskynder en fortolkningsproces ved at skabe forbindelser mellem det kendte og det ukendte. Metaforer skaber ofte klare billeder af hvilket følelsesunivers patienten taler om og hvilke elementer der er i symptomerne. Metaforer giver en måde at se et fænomen på, som ellers ikke ville være tydeligt. For eksempel er en kort beskrivelse som "jeg kæmper mod min sygdom" i stand til at skabe indblik og medfølelse. Metaforen personificerer effektivt sygdommen som en modstander og offeret for sygdommen som en hovedperson, hvor de to er fastlåst i en kamp, der bølger frem og tilbage. Læger, sygeplejersker og terapeuter bliver allierede eller medkæmpere, der er med i krigen mod sygdommen. Medicin, kirurgi og samtale er våben rettet mod sygdommen med det formål at ødelægge eller besejre den. Patienters metaforer benævner og indsnævrer deres problemer på og forklarer overfor lægen hvordan de ser deres egen verden. Metaforerne kan samtidig give lægen en ide om hvordan patienten vil modtage eventuelle forsøg på at hjælpe med at løse deres problemer (981). Forskere har fundet ud af at patienter anvender to hovedgrupper af metaforer til at beskrive og organisere deres patientfortælling (982, 983):

1. **Metaforer der beskriver et ændret livsmoment:** hastighed, inert, drivkraft, acceleration og deceleration dvs billeder på processer der handler om at få ens liv i gang igen, livet bremses, livet går forbi, livet står på pause eller livet står i stampe uden at komme ud af stedet.
2. **Metaforer der beskriver en oplevelse af fangenskab:** illustrerer en væsentligt anden måde, hvorpå patienter kan organisere og fortolke deres livshistorier end momentmetaforer. Henviser til at være stærkt begrænset eller begrænset af livsforhold og et stort ønske om at flygte eller finde en vej ud af den fastlåste tilstand. De beskrev sig selv som både ude af stand til at tolerere og ude af stand til at undslippe deres livsforhold. Fælles for disse livshistorier er en konflikt mellem patientens ønsker og virkeligheden. Der er en konflikt mellem den historie, de gerne vil fortælle, og begivenhederne i deres liv, som de i øjeblikket udfolder sig og fastholder personen i en handlingslammet og håbløs situation. Begreber som fastspændt, kontroltab, offer, fængsel, opgiveness og utilstrækkelighed præger de billeder patienten ønsker at skabe hos modtageren.

Eksempler på patientmetaforer fra forskellige områder af livet og livet med sygdom, ses i tabel 29. Eksemplerne er hentet fra samtaler med patienter i Indvandrermedicinsk klinik.

Tabel 29. Eksempler på patientmetaforer fra forskellige områder af livet og livet med sygdom. Indvandrermedicinsk klinik.

Tema	Patient metafor
Børn og unge	Har du prøvet oplevelsen af at ikke engang din egen mor kan beskytte dig? – så er der jo intet der er sikkert her i verden. Kender du den følelse af at ingen kan hjælpe dig udover loftet over dig som – måske, måske ikke – holder bomberne ude
At blive voksen	Jeg føler mig som en nyfødt baby der skal passes på
Forældre	Små børn spiser brød – store børn spiser hjerter
Medicin	Mine børn er som medicin: de tager mine smerter
Minder	Jeg føler mig som en nyfødt uden minder
Identitet	Jeg føler mig som en uvelkommen gæst til en fest hvor der ikke er mad til alle
Lyde	Lyden af et stempel er lyden af en dødsdom
Sprog	Jeg er fattig på dansk men rig på mit eget sprog
Livsvalg	Mit liv er som en rundkørsel med 1000 afkørsler – jeg ved ikke hvilken jeg skal tage og det kører alt for hurtigt
Nye rammer og værdier	Jeg har ikke kørekort til det her liv
Energi	Man har gode hormoner i sit hjemland
Hjælp	Kan du lære mig at gå igen?
Traumer	Grimme oplevelser skæres ind i hjertet med en sløv kniv
Stoflighed	En brækket hånd heler – det gør et hjerte ikke. Mit hjerte er som et stykke papir hvor kanterne er brændt. Jeg føler mig som en kedelig sodavand uden brus. Jeg har ikke mere vand i hjernen til at græde med. Mit liv er som glasskår i lommen – hver gang jeg stikker hånden i lommen, skærer jeg mig. Mit liv er som glasskår i lommen – hver gang jeg stikker hånden i lommen, skærer jeg mig.
Gradbøjning af mørke	Jeg ved godt hvordan mørke ser ud, men det her er godt nok sort.
Svaghed	Jeg var så svag at vinden blæste mig omkuld og selv nattens mørke var for lyst for mig. Jeg stoler ikke længere på mine knogler
Håbløshed	Jeg er bange for at jeg er en død mand....men jeg er ikke sikker. Jeg har levet et uleveligt liv indtil nu.
Heling	De ar man får i hjertet, heler aldrig rigtigt. Man får bare en lynlås i arret
Forstå kroppen med hovedet	Kroppen tager noter i et sprog som mit hoved ikke forstår.
At leve uden at leve	Jeg har oplevet for meget og alligevel har jeg aldrig levet

Det er imidlertid en helt anden og mangfoldig narrativ virkelighed, der åbner sig, når man går lidt mere i dybden med den sårbare, udsattes eller komplekse patients sygehistorie. Historien består her ofte af en urskov af kontinuerligt-udviklede, parallelle og cirkulære sygehistorier, nogle rudimentære, andre mere komplette. Hver af dem repræsenterer en fortælling, skabt på et givet tidspunkt i patientens liv under de daværende vilkår. På det overordnede plan har patienter som udgangspunkt ofte meget forskellige udgaver af deres sygehistorie i de kontekster, hvor den kan komme på tale: for sig selv, hjemme, for ægtefælle, for børnene, for familie, for venner, på hjemegnen, for egen læge, for speciallæge, på sygehus, til kommune og arbejdsplads. Nogle fortællinger har haft en bestemt betydning eller funktion på et bestemt tidspunkt, men vilkårene har ændret sig, så dén version er blevet forladt til fordel for en nyere version ("jeg troede i mange år, at jeg havde kræft, men det var angst" eller "jeg er sikker på, jeg havde allergi, men det forsvandt og nu har jeg mavesår). Andre fortællinger kører i ring og får aldrig rigtig en klar betydning eller mening ("måske havde jeg kræft dengang, måske var jeg ved at blive sindssyg, måske overså lægen noget, men jeg har lært at leve med det"). Nogle fortællinger kan patienten ikke en gang fortælle sig selv, men de er der alligevel (seksuel misbrug, langsomt eskalerende misbrug, observeret vægttab og fortrængning pga. angst for kræft, psykiske traumer med somatiske symptomer). Nogle fortællinger er udviklet i tæt samarbejde med familie/pårørende, mens andre er skræddersyede til mødet med sundhedsvæsenet. Og så er der ét eller andet sted den mindst ringe udgave af den samlede komplekse historie, som patienter sjældent selv formår at samle uden professionel, struktureret hjælp. Patienter går ikke til læge for at blive tilskyndet til at fortælle én simpel sygehistorie, de kommer for at lægen skal bevidne deres oplevelser, lytte til dem sammen med patienten, og hjælpe patienten til en primært verbal lindring gennem mening og en anden mindre dystre fremtid end den patienten gik til lægen med. Patienten skal være mere tilfreds og mindre bange når vedkommende forlader lægen end da vedkommende ankom. Det kræver lægens motivation til at lytte, samskabe og fortolke patientens fragmenterede oplevelser til en sammenhængende meningsfuld fortælling.

Livshistorien der ikke vil hænge sammen

Livet kædes sammen af sociale begivenheder, der hver især tones op og ned afhængigt af kontekst og mål. Vi har alle udviklet mange forskellige livshistorier til brug i forskellige sammenhænge. I de fleste versioner er vi helte eller i værste fald ofre – det er sjældent at vores livshistorie bygger på alle de mindre heldige beslutninger vi har taget, eller inkluderer de situationer, hvor vi optrådte som antihelte.

En flygtning sagde: "Tro mig, man tager ikke særligt ærefulde beslutninger under en krig eller på flugten". Livet i modtagerlandet er ikke altid en succesfuld proces. Manglende anerkendelse, nederlag på uddannelsesområdet og arbejdsmarkedet afløses af familiekonflikter og usikkerhed om fortsat opholdsgrundlag. Flygtninges selvopfattelse rystes og det kan være svært at skabe en sammenhængende livshistorie, som man selv kan leve med og som kan holde til at blive delt med andre mennesker. Mange flygtninge har derfor kun flygtige fragmenter, der modsætter sig at blive sat sammen til noget meningsfyldt. Som behandler er det vigtigt at gøre sig klart at der kan være mange parallelle livshistorier, der tilmed at atomiserede og der har måske aldrig været forsøg på at præsentere dem i en mere sammenhængende form. Flygtninge fortæller at de i deres forsøg på at blive forstået i modtagerlandet har forsøgt at præsentere sensitive dele af deres livshistorie overfor myndigheds personer og behandlere. I det forsøg har de ofte oplevet, at deres forsøg blev ignoreret eller at deres fortælling blev diskvalificeret som uinteressant, usand eller usammenhængende. Livshistorien kommer til at stoppe der hvor patienten oplevede ubehageligheder og fortællingen har en tendens til at fortabe sig i tågerne af den desperat kamp med sprog, sociallovgivning, myndigheder og en familie der falder fra hinanden, efter ankomsten til modtagerlandet. Man bevæger sig sprogløst rundt i et samfund man ikke forstå og internaliserer en følelse af at være nytteløs, en uindbudt gæst eller "efterladt bagage" (984). Den permanente midlertidighed i flygtninge/indvandreres liv er en ekskluderende inklusion, hvor man som en flygtning udtrykte det, "får lov til at græsse som køer, men ingen malker", uden adgang til de sociale sammenhænge, der normalt gør mennesker til mennesker.

I tværkulturelle sammenhænge er kulturel viden om sygdomme vigtig, men det er ikke altid at sygdomsviden fra andre samfund er ligetil med et deterministisk mønster af årsag-virkning. Der kan

være flere samtidige, men indbyrdes selvmodsiggende, forklaringer. F.eks. beskrev Farmer hvordan der på Haiti opstod to forskellige forklaringer på HIV-sygdommen.

Det er behandlerens opgave at hjælpe patienten med at lægge stumperne i en stor bunke og begynde at samle puslespillet. De manglende brikker skal nok komme og med dem kommer de terapeutiske kroge der kan være kliniske værktøjer. Men nogle gange går patienten til læge som en slags selvmedicinering, hvor konsultationsrummet bare er rammen en fortælling og lægen er en faciliterende statist. Det følgende er et eksempel på at narrativer kan opstå, hvis lægen intet gør – måske den mest svære klinisk øvelse.

Et narrativt eksempel: Manden med de røde øjne

Gæld og røde øjne

Salomon kommer fra et uroligt land på det afrikanske kontinent. Han er 44 år i dag. Han har en alvorlig kronisk sygdom, der kræver daglig medicin og hyppige kontakter med sygehuset. Han passer på sig selv, tager sin medicin og kommer til alle sygehusaftaler. Salomon har et fysisk hårdt fuldtidsarbejde og en chef som ikke er særlig venlig synes Salomon, men han er stolt af sit arbejde og at han er i stand til at ernære en ret stor familie. Det vigtigste for ham er at sikre sin familie tryghed og stabilitet: dvs. at tjene penge nok, opføre sig normalt og få et pas til sig selv, sin kone og sine 9 børn. Han har en gæld til det offentlige pga. en mindre restance i børnebidrag til et barn han har med sin tidligere kone. Han arbejder for at hele familien kan føle sikkerhed med ham som familieoverhoved. Men han kæmper med arbejdet, og en dag fortæller han lægen på sygehuset at han pludselig blev fyret dagen før. Chefen havde sagt til ham at han altid havde røde øjne når han mødte på arbejde og chefen synes også Salomon for ofte svarede igen og blandede sig i chefens ledelse. Chefen mente at Salomon tog stoffer med de røde øjne og humørsygen. Salomon var så rasende at han bare havde smidt kosten efter chefen og havde forladt virksomheden. Sandheden var at han i årevis havde haft timelange mareridt om nogle konkrete oplevelser han havde i fængslet i sit hjemland. Men det ville han ikke fortælle om – han kom egentlig bare til lægen, sammen med sin ægtefælle, for at få hjælp til at begå selvmord med en pille der ikke gjorde ondt. Ægtefællen var fortvivlet men Salomon var stålsat: uden arbejde, ingen pas, ingen familieoverhoved, ingen familie og derfor heller ingen grund til at han blev på jorden, der nok i virkeligheden var bedre tjent uden sådan en håbløs mand, der ikke engang kunne tjene penge. Lægen ville hellere høre lidt mere om hans liv og baggrund inden diskussionen om hans manglende livslyst. Så Salomon (S) fortalte sin livshistorie (i forventning om at han så bagefter fik endeligt fred med en pille, fortalte han senere). Alice, hans ægtefælle, er med til samtalen hos lægen.

Forkert navn med forkert næse

Hænderne er levende og farer rundt - den gamle S er derinde et sted og vil gerne snart vende tilbage til hvad, han engang var. En respekteret, højtuddannet og stolt mand. I sit hjemland var S familiens forsørger, politisk aktiv og med til at vælte sit lands mangeårige diktator, hvorefter han blev ansat som leder i en afdeling af landets efterretningstjeneste under den nye præsident. Nu bor den samme mand i Odense sammen med sin kone, Alice, og fire af deres ni sammenbragte børn i et kvarter af almene boliger. I den fireværelses lejlighed er S' traumer og magtesløshed en konstant faktor, der frustrerer ham lige så meget, som den frustrerer resten af familien. Som i dag, hvor livet ikke længere var værd at leve. S kunne ikke genkende sig selv længere. Han vil være en god far for sine børn og tage mig af sin familie, men mangler kræfter til at arbejde og være ansvarsfuld over for dem. S føler at hjertet er træt, og hovedet er træt og han falder lidt hen i sine egne tanker. Alice prikker til ham - så løfter han hovedet igen og vender han tilbage til sin historie. I hjemlandet kom hans position som efterretningschef hurtigt til at vakle. Den nye præsident ville ikke dele, og for at undgå et kup, skulle alle fra S' etniske gruppe dræbes. S blev mistænkeliggjort. Hans mor var fra den forfulgte etniske gruppe, så S har et efternavn, der afslører det og han har en, siger han, karakteristisk næse, der er "for spids" og som hans etniske gruppe er kendetegnet ved. Alle med spids næse skulle dræbes.

Hullet i gulvet

- En dag mødte der mænd fra militæret op i Efterretningsministeriet og sagde, at S skulle møde på præsidentens kontor. Det var den dag, jeg blev fanget, fortæller S. - De havde elektriske ledninger, som de satte fast på kroppen og tændte for, hvis man nægtede at tale. S prøvede også, at de få en sort hætte over hovedet hvorpå de proppede hovedet ned i vand. Engang satte de S ind i et tomt sort rum, hvor han skulle være i en uge uden kontakt med nogen. De pegede bare på et hjørne og sagde, at det var mit toilet, og jeg skulle sove på gulvet. Torturen, siger han, var en del af dagligdagen, og den psykiske afstraffelse var mindst lige så slem som den fysiske.

- Der var en sø under fængslet, og hvis de ville slå dig ihjel, åbnede de bare en lem i gulvet og smed dig i. Jeg vågnede hver dag og var sikker på, at den dag var min sidste. Og sådan blev det ved. Jeg kom dertil, hvor jeg var parat til at dø hver eneste dag. Det var hårdt. Jeg vidste ikke, om jeg nogensinde skulle se mine børn, kone og familie igen, siger S, som havde flere venner, der mistede livet i fængslet. På det tidspunkt havde han og Alice været sammen i fire år, og hun arbejdede på en restaurant for højtstående embedsmænd og militærfolk. De hjalp hende med at få S løsladt. I starten af 2001 flygtede S til nabolandet, til en UNHCR's flygtningelejr. Alice skulle slutte sig til ham hurtigst muligt, men inden da skete der en ting, som ændrede familiens liv for altid. Militæret trængte ind i parrets hjem for at lede efter S, som allerede var flygtet ud af landet. I stedet voldtog soldaterne den gravide Alice og smittede hende (og senere spædbarnet) med HIV. Familien fandt først ud af, de var syge efter ankomsten til Danmark i november 2002. Der var S også smittet.

Jagten på det normale liv

Men det er ikke kun traditionerne, som S og Alice har taget med sig. Forældreparrets traumatiserende oplevelser i hjemlandet er en del af livet i Danmark, og begge er diagnosticeret med posttraumatisk stressyndrom, PTSD.

- Når jeg for eksempel hører sirener fra en ambulance eller politibil, bliver jeg rigtig bange for, om de kommer her hen og vil fange mig. Jeg er hele tiden usikker, det er hverdag for mig, fortæller S, der sammen med Alice og parrets to fælles børn, kom til Danmark som kvoteflygtninge. S forsøger at leve et normalt liv i Danmark og glemme torturen, men det er ikke let.

- Når jeg for eksempel sidder der alene, kommer det hele tilbage til mig, og jeg ser det for mig igen ligesom en film, siger han og peger på sin faste plads i den ene af parrets to sorte sofaer.

- De sidste par dage har været ekstra hårde fordi, jeg har set i tv, hvordan de slog Gaddafi og Saddam Hussein ihjel, og hvordan de fangede dem. Det gør mig bange, når jeg skal sove.

For ligesom mange traumatiserede mennesker, sover S dårligt om natten. Omkring fire ud af ugens syv dage vågner han op til flere gange på grund af voldsomme mareridt. Om dagen kan der køre film med den tortur han blev udsat for – og hullet i gulvet ned til søen under fængslets torturum.

- Mit hjerte begynder at banke meget hårdt. Jeg bliver nødt til at vække Alice, når det sker, fordi jeg ikke kan sove, og jeg er bange.

De mange mareridt gør, at S ofte føler sig træt og udmattet. Han får ondt i hovedet, har uforklarlige smerter i kroppen, og det er svært for ham at have et normalt job. Det er derfor han har røde øjne om morgenen – S rør hverken alkohol eller narkotika og har aldrig gjort det. Den tidligere efterretningsschef har været på sygedagpenge de sidste to år.

- Tre uger efter vi ankom, skulle vi på sprogskole tre dage om ugen og i aktivering to dage om ugen. Der var ikke nogen, som spurgte ind til vores psykiske tilstand, men jeg kunne godt mærke, hvordan mine oplevelser havde ændret mig.

Hjernen siger stop

Nytårsaften 2002 fik S en hjerneblødning. Han blev lam i hele højre side og måtte tilbringe de næste seks måneder på hospitalet.

- Lægerne sagde, det var på grund af stress. Jeg havde mange tanker i den periode, hvor vi lige var kommet, 'hvad skal jeg lave her?', 'hvad er min fremtid?'. Jeg blev jo nødt til at starte helt forfra. Jeg er uddannet

psykolog, men kunne ikke lave det arbejde her. Jeg skulle starte på sprogskole og først derefter begynde på en ny uddannelse, siger S, som fik følelsen tilbage i kroppen efter seks måneder.

Efter endt sprogskole uddannede S sig til serviceassistent og modtog SU i stedet for starthjælp.

- Samtidig blev jeg nødt til at have et job for at kunne forsørge min kone og børn, siger S, hvis familie var gået fra to til tre børn efter, at Alices datter fra et tidligere forhold, Dacias, også kom til Danmark.

- Det var om natten, og jeg skulle tømme containere i en kæde af forretninger. Jeg var færdig med arbejde klokken fem om morgenen og skulle være i skole klokken otte. Der nåede jeg at sove i to timer og nogle gange også fire timer om eftermiddagen, så jeg var hele tiden træt. Arbejdet ødelagde mig, min arm og ryg, for det var meget fysisk hårdt. Vælger man så at stoppe med skole eller arbejde? Jeg stoppede med skolen og fortsatte med at arbejde.

Nervøsiteten styrer

Efter blot tre måneder blev jobbet dog for meget for S. Kroppen var svag på grund af HIV og medicin, og samtidig tog de psykiske problemer til igen.

- Jeg var tvunget til at droppe min uddannelse, og jeg kunne ikke planlægge mit liv. Jeg følte mig hele tiden nervøs uden at vide, hvor nervøsiteten kom fra. Jeg kunne ikke styre det.

Siden dengang har S haft forskellige jobs, men på grund af sine helbredsproblemer, har han ikke været i stand til at beholde et job ret længe ad gangen. S's sidste job var for et rengøringsfirma, hvor han var i to år.

- Jeg var glad for at arbejde der. Det var hårdt, men det var godt at komme ud og se nye mennesker.

Udover HIV-medicinen tager S også medicin for depression og angst, og han går til tjek på sygehuset hver tredje måned. S fortæller, at han meget gerne vil arbejde. At Kommunen de sidste to år har sagt, de prøver at finde et flexjob til ham.

- Jeg venter stadig. Selvom min krop ikke fungerer godt, vil jeg arbejde. Det giver ikke respekt bare at sidde her og kigge på sine børn. Det gør mig frustreret, fortæller S.

Ikke kommet for at være syg

- Jeg er ikke kommet til Danmark for at være syg og på kontanthjælp. Jeg er syg, men ikke dum. Jeg vil bidrage med noget. Jeg vil bruge mine hænder til at tjene penge, for jeg vil ikke være som dem, de taler om i fjernsynet, der bare er her for at få kontanthjælp og stjæle samfundets penge. Jeg vil ikke være et af de mennesker. Især børnenes situation giver ofte S dårlig samvittighed.

- En dag, hvor jeg var trist over, at jeg ikke kunne få permanent opholdstilladelse, kom min søn hen til mig og sagde, 'far, du må ikke være ked af det, når jeg bliver voksen og begynder at arbejde, så sparer vi børn 10.000 kroner op hver og betaler din gæld. Så får du permanent'.

- Det er ikke rart, når ens barn fortæller dig sådan noget, siger S.

S kan ikke få permanent opholdstilladelse, fordi han skylder kommunen penge for børnebidrag til sin eks-kone. Hun var også politisk aktiv i hjemlandet og måtte flygte med sine og S's tre børn. De har nu boet i Danmark sammen med deres mor i fem et halvt år, og S har regnet ud, at når alle tre børn er fyldt 18 år, vil han skyldte kommunen 136.000 kr. Før han har betalt dem, kan han ikke få papir på, at han kan bo her permanent.

- Jeg vil godt betale, men jeg forstår ikke, hvorfor jeg skal straffes og ikke må få permanent opholdstilladelse. Jeg har ikke gjort noget ulovligt. Jeg har gået og ventet på den dag i syv år, og så får jeg afslag. Jeg skal forny min opholdstilladelse hvert andet år, og det stresser mig. Jeg føler mig ikke velkommen og rigtigt integreret, siger S.

Du må ikke se nyhederne

- Det påvirker mine børn at se deres far magtesløs, og de får tunge tanker, selvom de kun er børn. Det er ikke normalt. Det er mig, som skal passe på dem, men det er dem, som tænker, hvordan de skal passe på mig. Det gør mig trist.

- Jeg bliver sur over små ting, men fordi jeg er uddannet psykolog, forsøger jeg selv at styre mit temperament, så jeg ikke hidser mig op hver gang. Jeg har lavet en regel for mig selv. Hvis jeg bliver meget sur, så tager jeg min jakke og går ud, fortæller S.

- Det er ikke godt for børnene, at far er glad og et minut efter, er far sur. Børnene forstår jo ikke, at mor og far reagerer sådan, fordi de har traumer. Men børn lærer hurtigt. De ved præcis hvilke situationer, der gør mig nervøs. For eksempel siger de til mig, at jeg ikke skal se nyhederne.

Udover de 6 børn i hjemmet har S yderligere tre børn, som han forsørger og har kæmpet for at få til Danmark. En 18-årig pige, som er hans ældste barn og fra et tidligere forhold, samt hans nevø og niece der kom til landet for seks måneder siden og satte for en kort stund låg på den skyldfølelse, som S længe havde gået med. Salomons lillesøster, nevøen og niecens mor, blev voldtaget og dræbt i den kirke, hvor hun arbejdede som præst, fordi soldaterne ledte efter S. Det er en skyldfølelse der har gjort hans familie projekt endnu mere nødvendigt – for at kunne leve med skylden.

Fortiden banker på døren

S fortæller lægen om en dag hvor han blev ekstra bange. En mand fra hjemlandet, bosiddende i et andet land i Europa, havde kontaktet den 18-årige datter og et par af børnene og stillet mærkelige spørgsmål. Da samme mand også kontaktede Alice blev S for alvor bange, for S havde fundet ud af at det var en mand der var ansat i det nye efterretningssvæsen i hjemlandet. S fortæller at hjemlandets nye regering har folk i alle europæiske lande og man kan aldrig vide sig sikker. S gik til Politiet og manden forsvandt fra byen. Der har været perioder, hvor livet i Danmark er gået godt. Efter sin hjerneblødning fik den 42-årige familiefar behandling på et rehabiliteringscenter for torturoverlevende.

- Der fik jeg kræfterne tilbage og gik til psykolog. Vi tog på gruppeture til Tivoli og Zoologisk Have, og jeg kunne få svar på alle mine spørgsmål. De hjalp mig med at få alle mine børn til Danmark, og det var dejligt at have nogen at dele mine byrder med, forklarer S.

- Derefter havde jeg det godt, og jeg arbejdede i næsten to år uden problemer. Men så lige pludselig gik det ned ad for mig igen.

Papegøje i bur

- Hvis jeg fik tilbud om behandling igen, ville jeg sige ja, for det hjælper. Der kan man få styr på sin situation og hjælp til at starte forfra. I øjeblikket føler jeg mig som en papegøje i et bur.

Det er dog ikke nemt at få behandling. I hvert fald ikke på netop det tidspunkt, hvor man mærker, man har brug for det. Ventetiden er lang, og ifølge S, bad han sin sagsbehandler om at komme i behandling igen for to år siden, da han måtte stoppe hos rengøringsfirmaet og begynde på sygedagpenge. Han venter stadig. S ville ønske, han havde fået behandling tidligere - inden traumernes symptomer udviklede sig til en hjerneblødning.

- Også fordi man som ny ankommen glæder sig til en ny start, og føler man kan bidrage med noget. Jeg glædede mig til at glemme fortiden og starte på en bedre fremtid. Men jeg fik ikke hjælp. Det danske system er meget firkantet, og jeg fik først hjælp, da jeg havde ramt bunden. Men hvorfor først dér spørger, S lægen.

Måske er livet alligevel værd at leve

S forklarer, at hans liv er en kamp – for sig selv som familieoverhoved og for at holde sammen på flokken, familien og for at udbedre de skader han indirekte har forvoldt på sin familie. Inde i ham har fortidens traumer og nutidens frustrationer hobet sig op og skabt en mur, som er svær at klatre over.

- Jeg føler mig dansk. Jeg har ikke andre steder, jeg kan tage hen. Jeg vil kæmpe indtil jeg en dag får en identitet - min permanente opholdstilladelse. Mit liv er en kamp mod det og mod at få kræfter til at passe mine børn.

S fortæller til sidst at han aldrig vil kunne rejse til sit hjemland igen – han ville blive slået ihjel med det samme. Det er en stor sorg for ham, som han prøver at bearbejde ved at stå for en indsamling af

hospitalsudstyr til sygehuset i det område han kom fra – han har fået et stort shippingfirma til at stille en gratis container til rådighed. Han spørger om lægen kan hjælpe med at skaffe brugt udstyr fra sygehuset. - Måske er livet værd at leve alligevel siger Salomon til sidst. Alice ser glad ud. Salomon har glemt alt om den pille han opsøgte lægen for at få. Den blev aldrig omtalt siden.

Ved næste samtale er det fremtiden der er samtaleemnet. Salomon føler sig som en respekteret mand og familieoverhoved. En af de ældste døtre er begyndt at skrive en bog, på fransk, om hans livshistorie. Det er Salomon stolt af – nu er hans projekt ved at lykkes.

Kommentar

Lægen lader patientens primære anmodning om assisteret selvmord hænge i luften som den oplagte prøveballon den ér. I stedet skaber lægen en alternativ ramme for samtalen ved at flytte fokus fra selvmordstankerne hen mod baggrunden, præmisserne og forløbet op til patientens beslutning. Lægen beder patienten fortælle om sit liv. Ved ikke at svare på patientens direkte anmodning om en pille, anerkendes patientens prøveballon – den får lov til at svæve i rummet og afvises ikke aktivt. Lægen kunne have valgt at skyde den ned med det samme og henvise patienten til psykiatrisk skadestue, men så var der ikke blevet skabt en fortælling og patienten havde ikke helbredt sig selv. Patienten skyder selv ballonen ned igen.

(Tak til Kristine Bugbee og Tina Tjørner for lån af udvalgte citater fra deres interviewopgave med titlen ”Den Evige Kamp”).

Et narrativt eksempel: Jeg vil gerne flytte ind til mine medmennesker

Halima er en 49-årig kvinde fra Nordøstafrika, der blev familiesammenført til sin mand i Danmark i 2003. Halima har aldrig gået i skole og kan hverken læse eller skrive. Hun henvises med træthed og uforklarede smerte og fordi kommunen undrer sig over at hun ikke længere kan arbejde. Der har ikke været anvendt tolk tidligere da Halima forventedes at kunne tale dansk efter så mange år i Danmark. Hun har været gravid 12 gange og har 9 levende børn. Halima har midlertidigt ophold i Danmark, mens ægtefællen (nu ex-mand og fraflyttet Halima) har dansk pas ligesom 3 af børnene har – det har givet anledning til mange konflikter i familien: hvem må blive og hvorfor må andre ikke? De yngste børn er mest bange for at mor bliver sendt tilbage til hjemlandet. Ægtefællen var selvmedicinerende pga natlige mareridt og var psykisk ustabil pga sit misbrug, hvorfor Halima til sidst måtte smide ham ud. Halima har i nogle år arbejde i en børnehave, hun er meget glad for arbejdet, men begynder pludselig at have mange sygedage uden at kunne forklare hvorfor eller hvordan hun er syg og fyres til sidst. Halima er velklædt, altid i mange farver, og bruger gerne make-up. Hun tilhører en meget lille etnisk gruppe og dermed blev hun oplevet som en trussel mod de andre gifte fra samme land, men samtidig et let offer uden et netværk i Danmark til at beskytte sig. Hendes nærmeste familie og venner boede i London og uden permanent opholdstilladelse i Danmark var det ikke lykkedes hende at få indrejsetilladelse til England for at besøge familien – ligesom de ikke kunne få indrejsetilladelse til Danmark. Som resultat er Halima konstant forfulgt med tilråb og fornærmelser i sit nærmiljø: en belastet boligblok i en mindre by. Hendes børn chikaneres af en gruppe knallertkørende unge. Én af børnene køres ned, en anden får en flaske i hovedet, og flere af børnene tør ikke gå i skole eller lege udenfor. Filmen knækker for Halima da de flere gange i træk får smidt brosten gennem vinduet om natten. Hun isolerer sig, får hovedpine, kan ikke tåle larm og stress og ligger vågen hele natten eller har lange mareridt. Halima går meget til læge med ondt i ryggen, hovedet, maven, underlivsproblemer, migræne, svedeture og klager over at ”mit hjerte har travlt”. Hun bliver sendt til mange undersøgelser og speciallæger: alle undersøgelserne er ”helt normale” og lægerne siger hun ikke fejler noget. Det gør hende forvirret og usikker at lægerne ikke kan se hun har det skidt og Halima begynder at tænke over hvor hun ellers kan få hjælp eller om hun er ved at blive skør. Måske er det ”boofis” tænker hun – en tilstand som på somalisk betyder at man er meget ked af det, isolerer sig og bliver utilregnelig i humøret. En bekendt fortæller Halima at der er en klinik for ”sådan nogen som os” på sygehuset og hun beder sin læge om at blive undersøgt på klinikken. Hun henvises til Indvandrermedicinsk klinik og her fortæller Halima at hun har hovedpine og smerter i hele kroppen, har svært ved at huske, kan ikke koncentrere sig og har det bedst om dagen, når hun er alene hjemme. Halima er undersøgt flere gange hos speciallæger og har fået scannet

hoved og nakke, men de sagde der ikke var noget og at hendes hovedpine skyldes muskelknuder fordi hun ikke motionerer. Hun er også undersøgt af en rygspecialist som fandt en discus-prolaps og tilbød operation, men det turde Halima ikke af frygt for at dø mens hun var bedøvet. Halima fortæller om sit liv i hjemlandet hvor hun så faderen blive dræbt og moderen voldtaget ovenpå liget af faderen. En senere situation beskriver hun som en rigtig dårlig film, hvor overværede at soldater slog Halimas gravide søster og hendes onkel ihjel. ”De var ikke normale mennesker så jeg valgte at glemme dem ved ikke at tale med nogen i 3 måneder efter, men de er stadig i mit hoved”. De scener gennemgår hun både dag og nat i en film, der ikke vil stoppe: ”jeg har ikke nogen fjernbetjening”. En 3. situation skræmmer hende på en anden måde: ”Jeg blev bange for mig selv da jeg under flugten stod 10 meter fra to militssoldater, der købte cigaretter ved en bod mens de stod med en bazooka imellem sig – den ene slog til bazookaen og det næste jeg så var den enes hoved og den andens krop landede lige foran mig. Jeg kiggede bare på det uden at føle noget. Det var mærkeligt, men jeg havde jo valgt at glemme alt, så jeg valgte også at være ligeglad med halve mennesker”. Da Halima kom til Danmark fik hun arbejde, men: ”efter 2 år i børnehaven, så begyndte jeg pludselig at græde.....i de år var det eneste jeg kunne at græde-arbejde-græde-arbejde-græde”. Halima fortæller at der var en mandlig pædagog med et skæg, der lignede skægget på en af de soldater, der slog hendes søster ihjel, men hun turde ikke sige det og var glad for arbejdet. Halima beder om hjælp, i første omgang vil hun gerne have hjælp til at flygte ud af den by hun bor i: ”I mit hjemland ville jeg vide hvem der kunne hjælpe mig og hvilken vej jeg skulle flygte, men jeg ved ikke hvem der kan hjælpe mig i Danmark. Derefter beder hun om, at familien får lov til at flytte til Vollsmose: ”ind til mine medmennesker”, så jeg bedre kan få hjælp til at beskytte min familie. Halima fortæller også at ægtefællen brugte for mange penge, også i hendes navn og at de skylder penge i banken, til Bilka og til private og ex-manden viste sig også at have en anden kone med 6 børn. 2 af Halimas egne børn er sengevædere og det har givet problemer i skolen på skovture og Halima ved at alle snakker om at Halima har handicappede børn. Halima er opgivende og venter på et mirakel: ”Jeg kunne godt tænke mig ikke at være her – jeg kan ikke lide mit liv og jeg gider ikke mit liv.....men alligevel gør jeg ikke noget, for det kunne jo være jeg bliver rask.....og man må ikke begå selvmord....ikke mens børnene er små”. Halima viser sig også at have svær astma (som flere af børnene), blod i urinen, rådne tænder med tandbylder, bihulebetændelse, inkontinens samt svær støvmide allergi – de er mange mennesker lille lejlighed, aldrig fået at vide man skal lufte ud. Halima og familien flytter til Vollsmose til en større og bedre lejlighed. Men Halima får det ikke bedre. Hun får afslag på permanent ophold flere gange og demotiveres mens hun indstiller sig på at skulle forlade de af børnene, der har pas i Danmark, mens resten må tage med tilbage til hjemlandet. Chikanerierne fra landsmændene holder ikke op, der er daglige husspektakler, offentlige skænderier og skyderier i Vollsmose og mange udrykninger. Børnene føler sig utrygge og deres sengevæder problem blusser op igen. Som Halima sagde: ”det er lige så slemt som hvor vi flyttede fra bare meget mere og værre og jeg kan ikke komme væk herfra – det er for dyrt”. Halima klager over afslaget på permanent opholdstilladelse efter nye lægeerklæringer og, hvorefter udlændingestyrelsen beder om en endnu mere detaljeret lægeerklæring - og opnår permanent ophold efter 12 års ansøgninger og 12 års usikkerhed. Eller som Halima ser det: ”Det er ikke 12 år det er hver dag i 12 år”. 2 år efter har Halima og børnene de samme symptomer og uløste problemer, økonomien er endnu dårligere pga. stramninger i kontanthjælp, nogle af børnene er flyttet hjemmefra og én af drengene er blevet medlem af en *hang-around* gruppe til én af områdets kriminelle grupper. Halima føler sig usikker og utryg uden at hun ved hvem hun skal få hjælp fra. Halima har hørt at regeringen nu sender somaliske flygtninge hjem. Hun kan ikke få noget at vide for ingen ved noget, men alle siger at de første allerede er sat på et fly. De store børn er bekymrede for mor: ”hun er som et spøgelse derhjemme, hun holder sig for sig selv og vil ikke ud mere”. Langsomt fik Halima det bedre ved at komme til støttende samtaler om sine store og små udfordringer med hjælp til beslutninger og styrkelse af selvværd – baseret på hendes egen livshistorie.

Kommentar

Halima søgte fred i en mindre by i Danmark, men fandt den ikke, tværtimod. Freden bragte nye konflikter, nogle medbragt fra hjemlandet, og Halima måtte flygte til en større by, hvor freden heller

ikke indfandt sig. Med freden kom en ny og uvant uro, og de sociale strukturer virkede ikke som i hjemlandet. Halima presses også ud i en undtagelsestilstand, da flugten til Vollsmose ikke får det forventede fredelige resultat. Hun går tit for sig selv og "sidder og stirrer" og opfører sig som et spøgelse som børnene siger. Halima måtte kæmpe med sin ekskludering fra sin etniske gruppe og en samtidig besværliggjorte inklusion i det danske samfund. Halima lever i en kronisk flugttilstand og finder ikke ro før hun kommer i et forløb hvor følelser, oplevelser og beslutninger forankres i patientens egen livshistorie. Halimos livshistorie var fyldt med modgang, uheld og svære valg, men den var også udtryk for resiliens, vilje og handling og i dét lys kunne Halimo bevare modet. Halima bor indelukket i Vollsmose som i en øde landsby i hjemlandet. Hun bor i Vollsmose af nød, men kan ikke holde det ud og er låst, fordi det koster penge at slippe væk. Man måler sig med andre med lige så dårligt helbred, så sygdom bliver en normal tilstand for Halima. Hun beder om at flytte ind til sine "medmennesker" i drømmen om trykthed, men finder de samme sygdomme og uligheder, hun flygtede fra. Halima prøver at hæve sig selv, sit udseende og familien op ad den sociale rangstige, men finder ud af, at det er ugleset at være ambitiøs i Vollsmose. Hun ender i det, der sociologisk er beskrevet som flygtninges de-kompensering: den totale kollaps af egenomsorg, overblik, coping- strategier, moral, motivation og livsenergi. Hun overvældes af selv de mindste af livets udfordringer, rutinebrud opleves som angstudløsende frontalangreb, hendes almindelige hukommelsesprocesser står stille, og tomrummet udfyldes uhæmmet af gamle problemer, traumer og uløste konflikter. De brudte familieforhold medfører usikkerhed, og vilkårlighed og en uholdbar beslutningsstruktur i familieanliggender medfører uvante konflikter mellem generationer, som forsøges løst af de voksne sønner, der ikke har den nødvendige beslutningssikkerhed i ældre rollemodeller. Halimas livslange drøm om et normalt og usynligt "borgerligt" liv præges af et voldsomt præstationspres, fordi man skal være "1000 gange bedre" end alle andre, men drømmen forstyrres af, at de myndigheder og institutioner, som drømmen er afhængig af, politi, sociale myndigheder og sundhedsvæsenet, ikke nødvendigvis vil hjælpe på en forudsigelig måde. Men netop hendes egen livshistorie bliver, på godt og ondt, hendes redningsplanke. Ved at forstå sig selv som en historie giver fremtiden mening for hende.

16: Sproget i identitet, helbred og integration

Sproget er lægens primære værktøj og patientens eneste værktøj. Men sprogbarrieren er et hårdt vilkår i samtaler med etniske minoritetspatienter. Der er ikke lavet meget forskning om det tværkulturelle sygdomssprog, men læger kan lære en del af generel sprogforskning og i særdeleshed forskning om hvordan eksilstress, Post Traumatisk Stress og social-økonomiske vilkår kan påvirke indlæring, hukommelse og sprogtilegnelse.

Sprog er ikke til at spøge med. Vi slås på et hvilket som helst sprog med præcist at udtrykke præcist det man mener, også på vores modersmål, så hvad er sprog egentlig andet end elendige oversættelser af tanker? Sproget skal vi passe på - det er vores eneste forbindelse. Man lærer at kaste op, have ondt i maven, brække benet, være ked af det og have følelser på sit modersmål – man er klogest på modersmålet og man er bedst til at være syg på sit eget sprog. Begreber, værdier og oplevelser kodes, kategoriseres og huskes på modersmålet. Som Birthe Rønn Hornbech sagde: ”Troen har man på sit modersmål”. Modersmålet er en målestok for livet, vi bliver til personer gennem sproget. Vi bliver medlemmer af et fællesskab gennem sproget, der gør verden forståelig og meningsfuld. Vores liv bliver virkelige gennem sproget. Vi bliver selv synlige og meningsfulde gennem sproget (106). Erindringer, der bruges til at forstå nutiden, og føle os sikre på fremtiden, er skabt i modersmålet. Vi kan gøre vores fortællinger levende og tegne os selv som personer. Man får respekt og accept på sit modersmål.

Enhver lægesamtale starter med sproget som eneste værktøj – skanninger, blodprøver og behandlinger er sekundære til sproget. ”Hvis de ikke taler dansk, må de gå til dyrlæge næste gang”, sagde en overlæge til en patient, der havde behov for tolk. Bedømt på kommentarer i medierne og fra politikere er der mange fordomme om sprogtilegnelse, sprogvidenskab og kulturelle tilpasnings teorier: som f.eks. at patienter med flygtningebaggrund, og som har boet 3 år i Danmark, kan tale dansk, at det er et personligt ansvar at lære dansk, mens det kun er dovne flygtninge, når de ikke får lært dansk og kontanthjælpen skal fratages dem der ikke taler det danske sprog. Vi har svært ved at tolerere at selv den mindste lille franske accent skal ødelægge vores sprog – vi synes det er intellektuel dovenskab, frækt og respektløst at klamre sig til dette lille sproglige visitkort - et udtryk for vrangvillighed, en provokation, og en tydelig modstand mod assimilation. Men som Wiesenthal sagde: ”En flygtning er en person, der har mistet alt undtagen sin accent”. Paradoksalt nok tror danskere selv de er gode til engelsk – rigtig gode endda. Et studie der undersøgte, hvad der sker når den samme forelæsning på universitetet blev holdt på dansk og på engelsk fandt at: sproget bliver stift, kedeligt og upersonligt, nuancerne forsvinder, de gode historier untlades, pointer forsvinder, associationer udelades, alt blev forklaret med lange ufærdige sætninger og det faglige indhold blev uacceptabelt lavt. Englænderne er vant til at få deres sprog mishandlet af andre sprogtraditioner, så de untlader at kommentere vore sprogkundskaber, men det betyder ikke, at vi er gode til engelsk – englænderne er bare høfligere og mere skånsomme end danskere på dét punkt. Forfatteren har mødt danskere i Afrika, der ikke talte forståeligt engelsk efter 25 år i udlandet – de talte stadig et fynsk-engelsk kaudervælsk. Jeg har lidt sprogøre, men nåede aldrig at få andet end et tåleligt arbejdssprog, da jeg arbejdede næsten 4 år i Guinea-Bissau i Vestafrika. Ironi, vittigheder og metaforer blev aldrig en del af mit sprog og de gange jeg forsøgte endte som en katastrofe.

Det er vigtigt at forstå at andetsproget er et sekundært sprog – mange grundlæggende begreber og deres kulturelle værdi kodes meget tidligt i barndommen på modersmålet. Derudover har tosprogede ofte et hverdagssprog på andetsproget og et kompleksprog knyttet til modersmålet hvor følelser, værdier, livsholdninger og tekniske, f.eks. sundhedsrelaterede, begreber også kodes. Det betyder at selv relativt almindelige sundhedsfaglige begreber er svære at forstå på dansk for tosprogede (985).

De største internationale undersøgelser af sprogtilegnelse blandt flygtninge og migranter viser at 50-60 % af flygtninge opnår moderate sprogkundskaber på 10 år, mens ca. 70 % af (arbejds-) migranter opnår moderate sprogkundskaber på samme tid (986). Knap 10 % af flygtninge har ingen sprogkundskaber på andetsproget efter 10 år. Det er også logisk, men sjældent respekteret af sundhedsvæsenet, at ældre hyppigere har betydelige sprogbarrierer end andre (987). Forskellen i læsefærdigheder mellem flygtninge og baggrundsbefolkningen er størst i de nordiske lande og den store forskel bidrager til at demotivere flygtninges sprogtilegnelse. Med andre ord, så har 6 ud af 10 flygtninge,

i internationale undersøgelser, et sprog, der nok rækker til at klare sig på deres arbejdsplads og indkøb, men som er helt utilstrækkelige i uvante sociale sammenhænge eller ved sygdom. Migranter der kommer fra lande med en globaliseret økonomi har lettere ved at lære andetsproget (f.eks. dansk), men det har vist sig at den samme etniske gruppe har meget forskellig sprogtilegnelse i forskellige lande (somaliere er f.eks. bedre sprogligt integrerede i nogle lande end i andre lande, samme gælder irakere og burmesere). I lande hvor der er et relativt indvandrerfjendtligt miljø er der færre migranter der får tilstrækkelige sproglige kompetencer på andetsproget og samme gælder i lande, hvor man ikke gør en aktiv sproglig integrationsindsats (988). Det er vist at når etniske den etniske identitet generelt er truet i offentligheden kan det påvirke sprogtilegnelse negativt (989). Stigma, funktioneludstødelse og isolation kan demotivere sprogdannelse (990). Den konstante lancering af ideen om parallelsamfund er kontraproduktiv fordi det cementerer udstødelse og fastlåser monosproglighed.

En beboer i Gellerup planen bemærkede, i den aktuelle debat, at der var færre i hendes omgangskreds der talte dansk nu end der tidligere havde været. Sprogtilegnelse er ikke et særskilt dansk integrationsproblem sådan som regeringspartierne, og senest Socialdemokraterne, har forsøgt at gøre det til. Det er et migrationsvilkår, som aldrig er blevet forstået eller taget tilstrækkeligt alvorligt. Flere undersøgelser tyder på at systematisk sprogundervisning kan rette op på det, men ikke alle flygtninge indvandrere er blevet tilbudt denne undervisning og sparsom entusiasme fra myndighederne med at fastholde eleverne i frugtbare læringsmiljøer har bidraget til lave succesrater (295, 991). Jo længere der er mellem sprogstammer jo sværere er det at opnå en moderat sprogbeherskelse på andetsproget – dét er der heller ikke taget integrations politisk højde for med mere tid eller tilpasset sprogundervisning til visse sprog (992, 993). Succes med sprogundervisning blandt flygtninge er dog klart størst blandt flygtninge, der kommer fra en baggrund med højt uddannelsesniveau og fra større byer – sprogundervisning er et stangvare produkt rettet mod et uddannelsesniveau der ofte er for højt og socialt skævt ifht. flertallet af flygtninge (994). De unge, og yngre midaldrende, migranter havde den største sprogtilegnelse, men kun hvis de havde en tydelig karriere foran sig (995). Sprogklassernes sammensætning og kollektive ambitionsniveau har signifikant betydning for motivation og grad af sprogtilegnelse (996). En lang række motivationsfaktorer i sprogundervisning mangler at blive undersøgt nærmere i integrations sammenhæng: Motivation for sprogtilegnelse er en kulturel konstruktion: man kan kollektivt danne en mening om at man KAN (skal?) tilegne sig et andet sprog eller det stik modsatte - og dét kan påvirke den enkeltes beslutningsproces og engagement – et forhold, der heller ikke udnyttes sprog politisk (990). Selv personlighedstyper har vist sig at have en betydning for hvordan og hvor meget sprog man tilegner sig (997).

Og når man taler om sprog og integration, så er der kæmpestor forskel på om man er sociokulturelt integreret eller socioøkonomisk integreret ifht. at tilegne sig det danske sprog (295). Danskere er ikke enige om hvad de mener, når de siger ”integration”, for vi tænker arbejdsintegration, men det er den sociokulturelle integration, der virker bedst på sprogtilegnelsen – desværre kræver den sociokulturelle integration at danskerne yder en aktiv indsats – og dét vil vi ikke. Det er i øvrigt et lovmæssigt krav at sprogskolerne skal lære flygtninge ”erhvervs dansk”, mens det i virkeligheden er ”social hverdags dansk” og ”sygdoms dansk” de har brug for. I Danmark svigtede vi politisk og socialt en hel generation af unge ”fremmedarbejdere” fra Tyrkiet, der steg ud af flyet fra Tyrkiet og begyndte at gøre rent næste morgen indtil de blev fyret som 55-årige, uden sprog, venner eller mening med livet (998). Dengang var der ikke én eneste politiker, der afviste deres arbejdskraft, men nu folketingsmedlemmer i kø for at skælde dem ud over at de ikke kan tale dansk. Generelt har vi socialpolitisk svigtet migrantkvinder: I familier med børn har indvandrerkvinderne betydeligt mindre chance for lære andetsproget (f.eks. dansk), mens det ikke har nogen betydning for mændene (999). Man har ikke indset at stort set alle etniske grupper slås med sprogtilegnelse: effekterne af sprogfærdigheder, social støtte, økonomisk stabilitet og forventninger til og tilfredshed med livet i modtagerlandet påvirker integrations stress og dermed indlæring. Sprogproblemer og barrierer for adgang til uddannelse, beskæftigelsesmuligheder og til sundhedsvæsnets forårsager demotivation, lavt selvværd og indlæringsvanskeligheder i alle etniske grupper (1000). Depression og arbejdsløshed forhindrer sprogtilegnelse (652). Krigstraumer, Post Traumatisk

Stress Syndrom og tilsvarende tilstande påvirker direkte hukommelse, koncentration og indlæringsevne, især sprogindlæring – en stor udfordring for social-, sundheds- eller integrationspolitisk (36, 178, 1001).

Post Traumatisk Stress, sprogtilegnelse og indlæringsproblemer

Mellem 30 og 70 % af flygtninge har haft svære traumatiske oplevelser og har udviklet tegn på kronisk Post Traumatisk Stress syndrom med varierende sværheds- og udtryksform.

Migration indebærer tab af sprog (især dagligdags og dialekt), holdninger, værdier, sociale strukturer, normale livsstrategier, handlemuligheder og støttenetværk. Sproget, modersmålet, vil ofte være det eneste tilbageværende, der giver flygtningen en identitet, sikkerhed og tryghed (196). For særligt skrøbelige flygtninge med krigstraumer og ingen skoleuddannelse er deres modersmål, det eneste sikre kommunikationsmiddel og det er forbundet med angst og forhøjet alarmberedskab at forsøge at ændre på et så grundlæggende element i en i øvrigt kaotisk og usikker flygtninge tilværelse. Resultatet er, at både den kulturelle identitet og den kulturelle overensstemmelse med den nye kultur nedbrydes samtidigt og efterlader en flygtning i et u-konstruktivt sprogligt ingenmandsland. Mange af de patienter der henvises til Indvandrermedicinsk klinik er netop havnet i et sprogligt limbo og har givet op overfor sprog, krop, helbred og social interaktion. Det er en menneskeligt omkostningsrig tilstand, hvis omdrejningspunkt er tabt sprog og dermed tabt identitet.

Traumatiserede flygtninge ankommer til et nyt land udmattede og desorienterede. Samtidig stilles de over for mange samtidige og nye udfordringer såsom at få sikret deres ophold, lære et nyt sprog, og møde en ny kultur, finde bolig, beskæftigelse, tilpasse forældre rollen osv.

Selv om det er vigtigt ikke at sygeliggøre de virkninger, krig og andre katastrofer kan have på enkeltpersoner, er det også vigtigt ikke at undervurdere deres indvirkning på den enkeltes muligheder for at tilpasse sig livet i et nyt samfund som flygtning i eksil. Udfordringerne i genbosættelse i et nyt land kan ikke adskilles fra læsefærdigheder og sproglig udvikling. Læsefærdighed omfatter også talforståelse, problemløsning og evnen til at læse, udover at kunne skrive og tale på dansk. Men det indebærer også følelsesmæssige og sociale færdigheder såsom motivation, effektiv interaktion med andre mennesker, kritisk tænkning og kulturel bevidsthed (629).

De fleste undersøgelser, af læringsprocesser for flygtninge, dokumenterer vigtigheden af at forstå de psykiske traumer, som mange flygtninge har udholdt inden ankomsten til deres nye lande. Traumer kan omfatte fysisk og psykisk tortur, ophold i primitive forhold i transitlejre i lange perioder, vedvarende adskillelse fra familie og venner og kulturel fremmedgørelse i deres nye værtssamfund (1002). De flygtninge der viser sig at have læringsvanskeligheder er præget af magtesløshed, de-motivation, nedtrykthed og angst, håbløshed og manglende planer for fremtiden. De har ofte u hensigtsmæssige måder at løse konflikter på og har ofte kun sporadisk planløs skolegang bag sig pga. uroligheder, flugt og konstant migration (1002).

Patienter der er i alarmberedskab, opsøger information i hjernen (cortex) på en anden måde end rolige patienter. Selv om ny viden er blevet lagret hensigtsmæssigt i cortex, kan den være svær at få adgang til når man er i alarmberedskab og angst. Er patienten meget bange kan adgangen til "voksen og rationel" tænkning og analyse være helt blokeret og patienten kan det pludselig fremstå som umoden i sine rationaler – det er mindre rationelle og primitive hjerne områder, under cortex niveau, der styrer. Verbale og nonverbale signaler overfortolkes og fordrejes så patienten fremtræder som utroværdig, umoden og med lavt intellekt. Patienter der er bange, fokuserer på få indtryk der er vigtige ifht. angsten, mens ny viden eller nye opgaver ignoreres eller fremkalder mere angst. Voksne med PTSD kan have svært ved at være "til stede" i sprogklassen og har svært ved at håndtere sproglige tvetydigheder og diskussioner eller tvivlsspørgsmål som andet end angst fremkaldende (181, 182, 1003). Patienten kan som resultat få meget negative skole oplevelser, som kompromitterer deres muligheder for fortsat indlæring (183).

Det videnskabelige grundlag for den generelt nedsatte indlæringsevne, herunder påvirkede hukommelse ved kronisk PTSD er solidt (1004-1013). PTSD påvirker koncentrationsevne og kort- samt langtidshukommelsen (181, 1003, 1013-1016). PTSD-patienters indlæringsvanskeligheder og kognitive problemer øges med alvorligheden og varigheden af PTSD-symptomer (1017). Hukommelses og koncentrationspåvirkningen hos PTSD-patienter synes ensartet uanset traumets type, omstændigheder og

geografi (1018-1024). Men fragmenteret og desorganiseret hukommelse specielt omkring traumatet kan fastholde PTSD patienter i en situation, hvor de ikke kan starte indlæring før der er iværksat en forudgående målrettet behandling, der er rettet mod en bedre hukommelsesstruktur (184, 185). Mange flygtninge har symptomer, der direkte påvirker indlæring og opmærksomhed. I en undersøgelse havde således 69 % hovedpine, 58 % koncentrationsbesvær og 57 % klagede over tydeligt hukommelsesbesvær (1014). Der er en række neuro-anatomiske studier til støtte for de kognitive fund ved PTSD (1025, 1026). En serie studier har desuden skabt et begyndende biologisk grundlag for at forstå de neuro-hormonelle baggrunde for bl.a. de læringsmæssige udfordringer ved kronisk PTSD (1010, 1027).

En række studier påviser at kombinationen af PTSD og analfabetisme, på grund af forstyrret eller afbrudt skoleuddannelse i hjemlandet, hæmmer sprogindlærings processen (1028, 1029). Disse faktorer påvirker flygtninges læringsproces fordi de fører til øget isolation, hukommelsesforstyrrelser og ændring i normale neurologiske processer (1030).

I et banebrydende svensk opfølgings studie (longitudinelt studie) af PTSD ramte irakiske flygtninges sprogindlæring, fandt man at jo flere PTSD-symptomer flygtningen havde, jo længere tid gik der uden sproglige fremskridt og jo mindre sprog lærte de (1017). Det var det første studie der direkte påviste en effekt af PTSD-symptomer på sprogindlæring. Jo mere omfattende patientens PTSD-symptomer er, jo mere påvirkes den måde personen tænker, taler og skriver. Personens tankesæt ændres bl.a. ved at metaforer skifter, sætninger opbygges anderledes, begreber anvendes med en anden betydning og hele tanke og hukommelsesstrukturen ændres (1031).

Meget tyder på, at når en hændelse, ulykke, begivenhed eller situation bryder et menneskes beskyttende psykiske skjold, bliver personen kastet tilbage til gamle reaktioner på uhåndterlige problemer, reaktionsmønstre, der ikke har set dagens lys før. Mønstrene er både adfærdsmæssige og kropslige, men også sproglige: Traumatisk sprog er en verbal udgave af det visuelle sprog i drømme, ord er metaforer, lignelser og symbolske ligninger, de har status af indre, men ikke interne objekter de bliver udtryk for følelse snarere end mening. Under tiden bliver sproget og begrebsdannelse næsten autistisk eller funktionelt afatisk hos traumeofre (1032).

PTSD er ensbetydende med ukontrollabel angst, konstant alarmberedskab og hurtig aktivering af højt stress niveau. Angst og stress påvirker den måde patienten tænker på, føler og handler. En patient i alarmberedskab har svært ved at koncentrere sig, lukker mange sanseindtryk ude og har opmærksomheden rettet mod nonverbale tegn så som stemmeføring, toneleje, intonation, ansigtsmimik og kropssprog og fejlfortolker ofte de nonverbale signaler pga. det høje alarmberedskab, som stærkt begrænser ressourcer til at tilegne sig et nyt (andet-) sprog (1003). Disse mekanismer er vigtige for at forstå hvad der sker med voksne elever i sprogundervisnings situationer (1033). Den negative konsekvens er at PTSD sprogelver har svært ved at overskue og vurdere risiko: de er utilbøjelige til at starte nye opgaver/udfordringer, svare på spørgsmål eller bare overveje et alternativt argument i en diskussion (1034). PTSD-elever kan være i en alarmtilstand uden at læreren opdager det og lærerens, velmente, ordrer kan blive fejlfortolket og lede til en kaskade af misforståelser, der opbygger og forstærker patientens ubehag ved undervisningsformen og fører til kognitivt fravær og i sidste ende afbrydelse af sprogskeleforløbet (1033). En ikke ubetydelig del af flygtninge har desuden ubehagelige oplevelser fra skoletiden i barndommen i hjemlandet som kan spille ind uden at eleven selv er klar over det eller kan skille PTSD stress fra genoplevelser fra dengang.

Et specifikt problem for PTSD-patienter er at nye ord og begreber forstås og huskes afhængigt af hvilken type følelser der er knyttet til dem. PTSD-patienter kan ikke huske alle ord lige godt eller forstå dem korrekt og det er individuelt hvilke begreber der er problemer med (1035).

Helt grundlæggende er tilegnelse af andetsproget et regulært kultursammenstød med konstante begrebsmæssige tvivlsspørgsmål, diskussioner om mening og sammenhæng etc., dvs. netop de oplevelser som PTSD-patienter frygter mest fordi de forstærker usikkerhed og er angst provokerende (1036).

I en ny dansk Phd påvistes det, at dissociation, som følge af PTSD, er meget hyppigere end hidtil antaget (186). Dissociation er en grund mekanisme i PTSD som kraftig svækker PTSD patienters indlæringssevne (1037) (1011, 1035, 1038). PTSD-patienter har svært ved at skelne mellem farlige og ufarlige begreber med

det resultat at farlige begreber med stærke tilknyttede følelser får overhånd, hvilket er særdeles uhensigtsmæssigt i læringsituationer (1038, 1039). PTSD ramte elever kan derfor optræde aldersvarende og tilstedeværende den ene dag, for den næste dag i sprogskolen at optræde som rodede og uskoledede. For nogle flygtninge kan genbosættelse i det nye land være et større traume end tidligere traumer fra krig og flygtningelejre. De kan have været i flygtningelejre det meste af deres liv, kender slet ikke til det "almindelige hverdagsliv" og kender kun meget lidt af deres eget land. De kan være faldet år bagud i uddannelse eller aldrig har haft nogen formel uddannelse. Disse flygtninge ved endnu mindre om det nye samfund de bor i og dets opbygning og er ikke i stand til at få adgang til og bruge viden, som kun findes på dansk.

De læringsmæssige konsekvenser kan være:

- Usynlighed: de færdigheder (akademiske, sociale og kreative), de kommer med har ringe mulighed for at komme til udtryk. De er i et misforhold til den nye kultur og derudover er det svært at udtrykke og vise samarbejdsevner indtil man har opnået tilstrækkelige danskundskaber. Det kan tage mange år.
- Lav faglighed: sprog lærerne er ude af stand til at have detaljerede diskussioner med eleverne på grund af for store sprog forskelle.
- Manglende tværkulturel forståelse: de fleste lærere har en begrænset forståelse af flygtninges oplevelser og erfaringer og kender ofte for lidt til processen omkring kultur indlæring.
- Skyld og skam: flygtningen bebrejder sig selv, ikke deres situation, for deres utilfredshed og fiasko.
- Nederlag: Sprogundervisningen bliver endnu et nederlag.

Nedsat sprogindlæring er, udover den udtalte påvirkning af hukommelse, den mest studerede effekt af PTSD. I en doktorafhandling påvises hvordan den sproglige indlæring er påvirket uafhængigt af hukommelsespåvirkningen gennem forkert sprogkodning, forkert lagring og afbrudt adgang til begrebsdannelse (1040). Der er flere studier der tyder på at det primært er indlæringsevnen der er påvirket mens hukommelsen er sekundært påvirket (1005, 1041).

Mere indirekte men mere praktiske beviser for reduceret sprog indlæring er f.eks. at flygtninge med PTSD i Holland var mere tilbøjelige til at bede om tolkebistand ligesom antallet af traumer, samt alvorligheden af PTSD-symptomer, lineært øgede behovet for tolkebistand (1042).

For nogle PTSD-patienter er sprogundervisningen et sikkert fristed, hvor de har mulighed for at fortælle om deres oplevelser, men for andre er klasseværelset et sikkert fristed, hvor de netop er fri for at skulle fortælle Deres egen historie eller høre andres historie (1043). For de sidstnævnte patienter bliver deres sprogundervisning stærkt kompromitteret og mange af dem får afbrudt deres sprogundervisning enten af læreren, der opdager problemet eller af patienten selv. Uanset hvem, der stopper undervisningen, så bliver afbrudte sprogforløb endnu et nederlag i deres liv og det vil sjældent være i patientens interesse at prøve igen (1016). Pga. en påvirket forvrænget adgang til hukommelse har PTSD patienter sværere ved at "læse" sociale sammenhænge og er dårligere til at løse sociale problemer end andre (640). PTSD-patienter misforstår hyppigere meningen med negativt ladede ord (1044). PTSD-patienter bliver lettere distraheret i sociale sammenhænge (642). Denne effekt påvirker også indlæring i klassesammenhænge.

En af de store udfordringer i mødet med etniske minoriteter er at der på begge sider er ukendte, men meget vigtige, koder der skal kendes og knækkes. Indvandrermedicinsk klinik har beskrevet flere eksempler på hvorfor det er vigtigt at afklare de kulturelle etniske koder i det kliniske møde mellem læge og patient (78, 179, 180). Dette problem synes også at udspille sig, på usynlig og u-konstruktiv vis, i undervisningssituationer. Manglende viden om den kulturelle viden og de værdier der er grundlæggende for sprog og begrebsdannelse forhindrer sprog indlæring og fører til, hvad nogen opfatter som "kulturelle traumer", fordi det er ydmygende og handlingslammende som sprogelev (eller patient), at fornemme at der er vigtige koder man ikke har knækket og man er hjælpeløs i forhold til en udvej (1045, 1046). Sprog og begreber lagres forskelligt på modersmål og andetsproget. For mange PTSD patienter kan modersmålet være forbundet med traumer, mens andet sproget er et "sikkert sprog", men for PTSD patienter med sprogvanskeligheder bliver også andetsproget traumefyldt (også kaldet "andetsprogs angst")(1047).

Endelig kan der være undervisning og viden om f.eks. verdenshistorien, der skaber en usikkerhed og tvivl, fordi den strider mod hvad eleven tidligere har lært og derfor er direkte uhensigtsmæssig for PTSD-patienter der risikerer at opleve en øget arousal og dissociation, der forhindrer indlæring (1048).

Udover de oplagte barrierer som etniske minoritets kvinder ofte må slås med som f.eks. fri bevægelighed, adgang til uddannelse og store huslige opgaver, så er der også mange studier der peger på at kvinder der har svære traumer, er ældre end andre flygtningekvinder, har flere børn og hyppigere lav eller ingen skolegang. Derudover har kvinder fra krigsområder hyppigt oplevet seksuelle overgreb, også under flugten og i flygtningelejre. Det er overgreb som de må bære og lide med alene og som cementerer en grundlæggende utryghed, også overfor lærere (1049). Der kan desuden være kønsafhængige sproglige effekter af psykiske traumer ligesom der kan være kønsmæssig forskellig adgang til hukommelse, som kan have betydning for sproglæring og ny viden (1050).

Et overset aspekt ved eksil tilværelsen er, at det af en række grunde kan blive en overlevelses strategi bla. blandt PTSD-patienter at pålægge sig selv tavshed, selv overfor familiemedlemmer og venner (1051). Det betyder f.eks. at man ikke deltager aktivt kognitivt i samtaler, hverken hjemme eller i f.eks. skole eller til sprogundervisning. Tavshed kan ligeledes være en kombination af langsom eller "forkert" adgang til hukommelsen, der tilmed kan forstærkes af et psykosocialt pres om ikke at tale om fortiden (1052). Uanset årsagen er det faktorer, der påvirker indlæringsevnen mærkbart hos PTSD-patienter.

To særlige forhold, der kan have læringsmæssige konsekvenser, som fortjener at blive fremhævet, er søvnmangel og smerter. Søvnmangel og søvnforstyrrelser er et basalt symptom hos PTSD-patienter og skyldes en kombination af undvigelsesadfærd, hyperarousal, ukontrollerede genoplevelser, angst, mareridt og tankemylder (1038, 1053). Smerter er ligeledes et centralt og hyppigt ledsagefænomen til PTSD, dels som direkte fysisk skade efter legemsbeskadigelse efter tortur, skud eller granat nedslag dels med elementer af neurogene smertesyndromer blandet med angst dreven smerte oplevelse (1054). Natlige smerter hos PTSD-patienter påvirker søvnmønster og omvendt og placerer dermed mange PTSD-patienter i en ond cirkel, der forhindrer dem at deltage i læringsmiljøer og i andre sociale sammenhænge. PTSD og kroniske smertesyndromer er udløser, forstærker og fastholder hinanden gensidigt (610).

I en svensk undersøgelse af voksne relativt veluddannede flygtninge (11 års skolegang i hjemlandet) på sprogskole havde 44 % klinisk defineret søvnløshed (samme tal var 15 % blandt etniske svenske). 80 % oplevede betydende koncentrationsbesvær i skolen pga. traumer, bekymringer om familiens velfærd og fremtid. Flertallet havde flyttet mellem 2 og 7 gange i undervisningsforløbet. Samlet set konkluderede rapporten at søvnløshed som følge af traumer og bekymringer var en betydende og alvorlig hindring for sprogindlæring (1055, 1056).

Tosprogede patienter udtrykker intensitet og karakteristika ved symptomer kraftigere og tydeligere på modersmålet end på andetsproget (selv med tolkebistand) (1057, 1058). Patienter der undersøgtes af psykiatere, var hyppigere psykotiske og havde flere hallucinationer på deres modersmål end på andetsproget (1047). Det betyder, at ved at tvinge patienter til at udtrykke sig på andetsproget, f.eks. gennem sprogundervisning, forhindres patienten i at udtrykke sig præcist om symptomer og/eller traume intensitet. PTSD-patienter vil derfor opleve det angstprovokerende at skulle tale på andetsproget fordi der er en tydelig fornemmelse af ikke at blive forstået godt nok og at ens behov ikke kommer så tydeligt frem. Selve sprogundervisningen kan for PTSD patienter, stik imod målsætningen, få en negativ integrations konsekvens, fordi patienterne ikke oplever at der er sammenhæng mellem modersmål og andetsproget.

PTSD-patienter udvikler hyppigere demens og i en yngre alder end andre personer (674). Fysiske tegn på for tidlig aldring (høretab, hjerte-kar-sygdom, slidgigt) er oftere til stede og de underliggende genetiske faktorer er delvist beskrevet (674, 1059, 1060). I et studie om selvoplevet alder vurderede PTSD patienter med en gennemsnitsalder på 42 år sig 20 % *ældre* end deres biologiske alder, i samme aldersgruppe vurderer etniske danskere sig derimod 20 % *ynge* end deres biologiske alder (1061). Udover biologisk alder så spiller funktionel demens og præmatur aldring formentlig også en rolle for forsinket/ingen sproglig læring.

Livet som flygtning indebærer, udover de allerede nævnte psykiske barrierer for sprogindlæring, en række praktiske barrierer, der forstærkes af manglende sprogbeherskelse, svage systemkompetencer og sparsom økonomi: bosættelse i udkantsområder, dyr offentlig transport, mange familiemedlemmer, kroniske sygdomme og handicaps, problemer med bolig, kønsproblematikker og navigationsbesvær.

En australsk undersøgelse fandt at mens flygtninge der kunne læse på modersmålet skulle bruge 900-1000 timer til at opnå engelsk sprogfærdigheder så de kunne fungere minimalt i sociale/arbejdsmæssige sammenhænge. For funktionelle analfabeter tog det dobbelt så lang tid dvs. 1800-2000 timer for at opnår samme færdigheder. For absolutte analfabeter var situationen en helt anden: Rapporten konkluderede at *"(...) læringsprocessen for analfabeter er ekstremt langsom. Den traditionelle tankegang med automatisk trappetrins læring hele tiden til nyt højere niveau børn udfordres, da den ikke giver mening i denne sammenhæng"* (1062).

Indvandrermedicinsk klinik på Odense Universitetshospital har tidligere rapporteret om særlige kliniske udfordringer omkring indlæring og sprogdannelse blandt patienter med PTSD og fysisk sygdom, henvist til klinikken (51, 78, 179, 180). PTSD-patienter har svært ved at overskue symptomer og sygdomsbehandling pga. det samme hukommelses og koncentrationsbesvær som svækker deres sprogindlæringsmuligheder (1063). Vi må også konstatere at mange af patienterne mister ordforråd på deres modersmål fordi de lever isolerede liv uden kontakt med andre end nære familiemedlemmer og fordi de ikke tør se TV som led i deres PTSD-tilstand. Deres børn taler et post-migrationsprog som forældrene ikke kan forstå (1064). PTSD-patienter mister meget let deres danske sprogkundskaber, hvis de udsættes for rutinebrud eller sociale/fysiske/psykiske begivenheder. Vi har i klinikken set eksempler på tab af dansk sprog efter biluheld, arbejdsulykker, krav om aktivering, operation, mistede familiemedlemmer, skilsmisse og hyppigt efter afbrudte sprogskole forløb.

Hvis PTSD-patienter ikke kommer i behandling risikerer de at søvnløshed og hukommelsestab bliver kroniske hvorved deres evne til at lære nyt og at vedligeholde eksisterende sprogkundskaber i værste fald bliver ødelagt for bestandigt. PTSD-patienter har behov for, og klinisk gavn af, to centrale indsatser: behandling af deres PTSD og ro i deres tilværelse gennem et sikkert opholdsgrundlag.



17: Blinde vinkler i samtalen med indvandrerpatienten

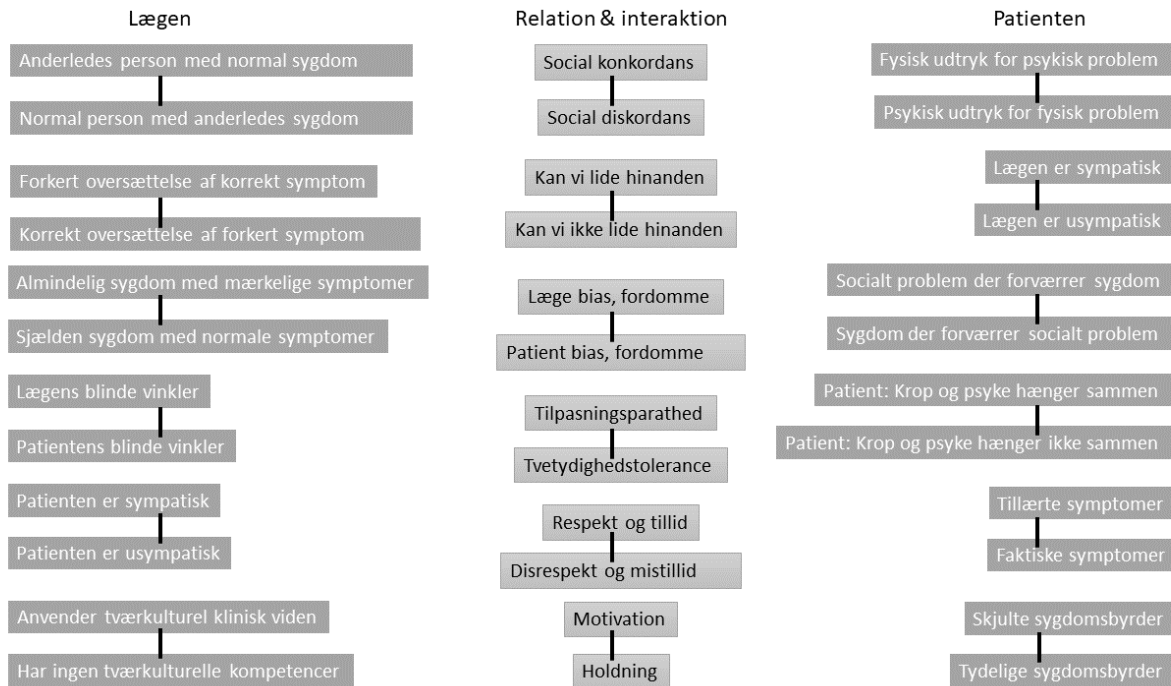
Eksilets grundvilkår: fravær af historien

Én af de største barrierer i samtalen med indvandrerpatienter er, at læger ofte ikke formår at inddrage flygtninge/indvandreres grundvilkår i samtale, information, undersøgelser og behandling. Den bredere baggrund og forståelse af grundvilkår er beskrevet i en ny rapport fra Indvandrermedicinsk klinik "Det du ikke ved, får patienten ondt af" (1001). Sundhedsprofessionelle har svært ved at forstå - og at inddrage etniske minoritets patienters liv *før* de kom til modtagerlandet, hvilket ofte fører til fejlslagne undersøgelsesprogrammer, lav behandlingskvalitet, lægefejl og ringe effekt af sundhedspædagogiske tiltag (51, 173, 174). Aktuelle livsvilkår og bekymringer er sjældent i fokus ved planlægning af undersøgelser, men kan også have betydning for patienters deltagelse i kliniske undersøgelser, hvis hensigten med dem ikke er helt klar (175).

Det er ikke fordi, det er særligt svært at gøre det, det skyldes snarere, at læger ikke er klar over hvor stor en rolle patienters grundvilkår spiller i forhold til egenomsorg, sundhed og sygdom. Især når der er tale om patienter med sprogbarrierer, og som er opvokset i en kulturel sammenhæng der er meget forskellig fra en dansk. Det er ikke klinisk produktivt at lade som om patientens liv først begyndte den dag de satte foden på dansk grund. Hvis lægen samtidig ignorerer eller bagatelliserer sprogbarrieren, vil patienten opleve at blive diskvalificeret på både sin herkomst, sine opvækstvilkår, sin kultur og sit sprog. Dermed sætter lægen en præmis for samtalen som patienten ikke har en chance for at ændre - og dermed er patientens eneste udvej at beskytte sig selv. Det gør patienter ved 1) at lære sig lægens kodesprog, dvs. kun at præsentere ét symptom og kun stille ét spørgsmål og 2) ved at sige "nej" hvis han ikke har forstået lægens information og 3) og ved kun at give lægen information på "*need to know basis*": lægen må spørge, hvis lægen vil vide noget. Samtaler mellem indvandrerpatienter og deres læge, er skrøbelig og går i let stykker og 4) ved at sige "ja", men tænker "nej" fordi lægen alligevel ikke forstår hvad det drejer sig om. Desværre opdager hverken lægen eller patienten det før meget senere: "lægens spørgsmål hjælper mig ikke", tænker patienten og lægen føler sig igen magtesløs og bekræftet i at indvandrerpatienter ikke hører efter hvad lægen siger. En hollandsk undersøgelse viste at praktiserende læger brugte mindre tid på patientsamtaler med sprogbarriere og lægerne var mere dominerende end overfor andre patienter, mens patienterne omvendt var mere ydmyge end andre patienter (52). I figur 23 ses eksempler på blinde vinkler i læge-patientsamtalen.

Case 1

45-årig kvinde med mavesmerter henvises af mave-tarm medicinsk afdeling til MR-scanning af abdomen. Patienten udebliver fra den første aftale om scanning, men tildeles en ny tid, der imidlertid aflyses af røntgenafdelingen, der oplyser til henvisende afdeling at patienten har fået en ny tid. Henvisende læge aflyser den nye tid, som imidlertid allerede var sendt til patienten. Lægen begrundede sit ønske om aflysning med, at patienten var udeblevet til den første aftale og at patienten sandsynligvis ville udeblive igen og at patientens symptomer måske var blevet mindre eftersom patienten var udeblevet én gang. Det blev efterfølgende oplyst at afdelingen normalt afsluttede patienter, når de udeblev første gang. Patienten selv oplyste i IMK, at hun led af PTSD, søvnbesvær, hukommelses besvær og orienteringsbesvær og at hun var 100 % afhængig af sin ældste søn, når hun skulle f.eks. på sygehus, da hun ellers ville miste orienteringen og blive væk. Hun og sønnen var mødt op til den første aftale 5 minutter for sent (pga. 1 times togforsinkelse) og de blev afvist af sekretæren ved skranken. I røntgen notatet står der udelukkende, at patienten er udeblevet. Sønnen kunne ikke tage med patienten til den nye aftale og havde forsøgt flere gange at ringe afbud uden held.



Figur 25. Eksempler på blinde vinkler i den tværkulturelle læge-patientsamtale.

Det er en selvforståelse blandt læger (og en forventning fra patienterne) at vi ser og vurderer patienter objektivt og uden fordomme, idet vi bruger biomedicinske observationer fra den objektive undersøgelse kombineret med blodprøver og andre parakliniske undersøgelser til at stille en diagnose og lægge en behandlingsplan. Forskning, tyder på at det er en uhensigtsmæssig måde at se på læge-patient mødet (241, 242). Van Ryn har beskrevet de områder, hvor der er dokumenteret en forskelsbehandling, som mangler lægefagligt belæg: osteoporosebehandling/forebyggelse, rygestopsundervisning, reduktion i alkoholoverforbrug, henvisning til mammografi, råd om amning, håndtering af smertebehandling, henvisning til dialyse, henvisning til ballonudvidelse ved blopprop i hjertet, indstilling til nyretransplantation og psykiatrisk behandling (79). De mange ikke-lægefaglige faktorer der er i spil, når lægen tager en klinisk beslutning, er dokumenteret i en række testlaboratorie studier, f.eks. i undersøgelse, hvor patienten havde langvarig hoste og var ryger, men blev præsenteret med forskellige social karakteristika: 192 læger blev testet og der var en klar tendens til, at yngre patienter fik at vide, at det var psykosomatisk hoste og henvisning til røntgen undersøgelse eller rygestop afhang stort kun af sociale (ikke-lægelige) faktorer (243).

I en svensk undersøgelse blandt 149 læger og sygeplejersker på diabetesområdet undersøgte man deres opfattelse af forskelle mellem etniske svenske og etniske minoritetspatienters holdninger til diabetes. Afhængigt af om der blev spurgt til holdninger eller adfærd svarede 12-31 % svarede af de sundhedsprofessionelle at de ikke vidste noget om det (1065). De opfattede migranter som mindre vidende, mindre interesserede og mere knyttede til traditioner og gamle vaner end etniske svenskere. Hovedparten, 89 %, fandt at kommunikation og kulturelle forskelle var hovedårsagen til complianceproblemer.

Gardenswartz og Rowe beskriver i deres bog om diversitet i sundhedsvæsenet 6 realiteter om kulturel programmering :

- Kultur er ikke åbenbar. Kultur diskuteres kun når regler brydes. Man kan ikke "se" en kultur ved at se på en person.
- Vi er alle etnocentriske ("her fra min verden går"). Vi går ud fra at smerter, følelser og holdninger vi kender er mere valide end dem vi ikke er vant til at blive konfronteret med. Smerter skal udtrykkes "på min måde" ellers er de ikke troværdige. Patientrollen er den jeg kender – andre patientroller er mærkværdige (eller ligefrem skræmmende).

- Vi observerer non-verbalt og fortolker selv hvad vi ser uden at drøfte det åbent. Vi inviterer ikke til dialog om fordomme og generaliseringer – de er, mener vi, et givent DNA. Men vi fejlfortolker hyppigt uden at opdage at vi selv er årsagen.
- Vi ved ofte ikke når vi fornærmer eller krænker andre med vores holdning eller adfærd.
- Opmærksomhed, sensitivitet og viden øger vore handle- og valgmuligheder. Ved at søge at kende, og anerkende, forskelle og barrierer i relation til andre menneskers baggrund, kan vi etablere bedre interaktion og dermed sikrere løsninger.
- Det første skridt i et tværkulturelt møde er at kende, og anerkende, ens eget kulturelle ”software”. Når man kender sine egne værdier, grænser og barrierer bliver man mere kulturelt sensitiv fordi mange reaktioner er mere personlige end fagligt begrundede.

Der skal meget lidt til at patienter bliver opfattet som fremmede, mærkværdige, afvigende eller bizarre. Mari Holen undersøgte på 2 afdelinger, hvordan patienter kan blive forståelige gennem personalets kategoriseringer (1066). Hun fandt 4 normer:

Objekthed – dvs at patienten gør sig til et objekt for medicinen/behandlingen og samtidig gør sig gnidningsfri i meningen effektiv og produktiv.

Selvstændighed – dvs gøre sig aktiv på måder, der viser at man vil og kan bidrage som patient

Troværdighed – man skal vise oprigtighed i ønsket om at patientforløbet skal gå godt

Særlighed – nogle patienter bliver brugt som rollemodeller for personalets tilgang til patienterne og meningen med arbejdet.

Men Mari Holen kommer også frem til at restgruppen, de patienter der ikke opfylder de 4 normer, er mærkværdige. Så bliver patienten til problemet som individ. Det viste sig at patienter har svært ved at komme igennem med deres egne behov og ønsker, især når de bryder med de 4 normer. At bryde med herskende normer medfører en problematiseret patientposition, der ofte hænger ved resten af livet. Patienter der ikke tager normerne til sig truer afdelingens orden og det professionelle arbejde, de andre patienter og afdelingens mulighed for at nå sine mål. De mærkværdige forstyrrer produktionen. Holen observerer hvordan mærkværdiggørelsen fritager de professionelle fra ansvar og at det er mærkværdige patienters eget ansvar at gøre sig fortjent til at personalets opmærksomhed. De er lagt på is og er selv ude om det. Det er kun mærkværdige patienter med et bredt ”kunderegister”, forhandlingskompetencer og et stærkt socialt netværk, der kan bryde normen, uden at blive mærkværdiggjort. Det sidste er sjældent tilfældet for flygtninge/indvandrere.

Tværkulturelle værktøjer

Kulturel kompetenceopbygning kan forebygge nogle af de patientmøder der fører til fremmed – eller mærkværdiggørelse. Der er tale om en 3 trinsmodel:

- Opbygning af relationen
- Vurdering af patientens problem
- Patientens sociale og sundhedsmæssige kapital
- Forhandling
- Samskabelse om løsning/behandling af patientens problem

Opbygning af relationen

I den direkte sproglige kommunikation er det vigtigt at man taler direkte og i et normalt toneleje, uden at anvende slang, metaforer eller tekniske betegnelser. Der skal stilles ét spørgsmål ad gangen og målet er konsensus for hver oplysning. Hvad angår den non-verbale kommunikation skal man være forsigtig og meget opmærksom på hvordan budskaber rent faktisk modtages:

Gestikulation og fagter er ikke universelle (pas på etnocentricitet). Brug hellere sproglige understregninger. Men vis den vilje til at forstå, smil, så information modtages som ”venlig” information og ikke ”skæld ud”. Med eller uden tolk, så er det fælles sprog i to-sprogede samtaler stærkt reduceret og

venlige informationer eller råd, kan lyde som beskyldninger, anklage eller stigmatiseret fordi tonen opleves som hård og sproget er firkantet, fordi øjenene ikke er venlige. Jo mindre man forstår af sproget, jo mere må man forlige sig på det non-verbale sprog og det går meget let galt.

Det personlige rum er samfundsbåret. Man har f.eks. regnet ud at i Vestlige samfund er det personlige rum hos lægen er mellem 46 cm og 120 cm, mens det personlige rum i almindelige social sammenhænge er 120 cm til 3,6m. Derimod er det personlige rum i mange ikke-vestlige samfund betydeligt kortere, hvilket kan få udvidende læger og sygeplejersker til at misforstå patientens psykiske tilstand som stærkt påvirket eller opførslen som professionelt intimiderende (1067). Samme gælder øjenkontakt, hvor en patient, der ikke holder øjenkontakt opfattes som en person, der ikke fortæller sandheden eller skammer sig over det der tales om, mens det i mange samfund er respektløst at se direkte på et andet menneske, ikke mindst en læge, i for lang tid.

Vurdering af patientens problem

Her er de gode spørgsmål rettet mod at afklare patientens opfattelse og forståelsesramme. Symptomers udtryk og deres betydning har kulturel forankring og samme gælder sygdomme (1068). Stigma, accept og tidligere erfaringer med sygdom former og omfortolker symptomer. Det er derfor vigtigt at flytte patientens tankesæt til den kontekst, hvor symptomerne opstod: hvad tror du forårsagede symptomerne? Hvad skete der da du opdagede symptomet? Hvad gør sygdommen ved dig? Hvad er du mest bange for ved sygdommen? Hvad er vigtigt for dig at fortælle om sygdommen? Hvor alvorligt mener du det er? Hvad håber du er resultatet af behandlingen? Hvad gør sygdommen ved dit forhold til familie? Venner? Arbejde? (Hvis relevant) Hvad ville du gøre hvis du havde været i dit hjemland? Har du allerede søgt hjælp eller vejledning andre steder? Hvem har besluttet at du skulle gå til læge? Hvad siger dine nærmeste til dig om symptomerne?

Patientens sociale og helbredsmæssige kapital

Når der er skabt overblik over sygdommen, hvordan den opfattes af patienten og hvilke behandlingsmuligheder der er, er det næste skridt at få overblik over patientens sociale vilkår – en oversigt over systemer i patientens liv:

- Strategi. Hvem bestemmer i din familie? Er der nogen, der bestemmer over dit helbred? Nogen der hjælper dig med beslutninger?
- Økonomi. Hvor stort et problem er penge i hverdagen. Er der økonomisk modstandskraft? Hvor meget er der til medicin? Behov for budgetordning på apoteket? Medicintilskud? Hvem bestemmer?
- Aftaler. Hvordan holder patienten styr på aftaler? Brug for hjælp (SMS, smartphone alarm)? Har patienten en støtteperson/mentor
- Opholdsgrundlag. Type? Hvor lang er patientens opholdstilladelse? Hvor mange i familien har permanent ophold? Er det et problem, der fylder og for hvem? Behov for støtte?
- Familieoversigt/genogram. Hvem er familien, hvem mangler og hvor er de?
- Socialt netværk. Nære fortrolige? ensomhed? Konflikter? Religiøse tilhørsforhold? Har patienten en støtteperson/mentor
- Stress faktorer. Noget der stresser særligt meget? (steder, personer, situationer, organisationer, familiært)
- Sprog. Skrive og læse på eget sprog? På dansk? Altid tolk, eller kun tolk til bestemte (hvilke) problemer? Bestemte sprogbehov (dialekt, sprogstamme, sprogniveau)? Er der skyld og skam i forbindelse med sprog (modersmål eller dansk?). Hvad tales der i hjemmet? Hvem er hyppigst tolk for patienten?

Forhandling

For at undgå at der opstår modstand mod diagnose eller behandling eller for at undgå at der senere opstår complianceproblemer, er det en god idé at se på:

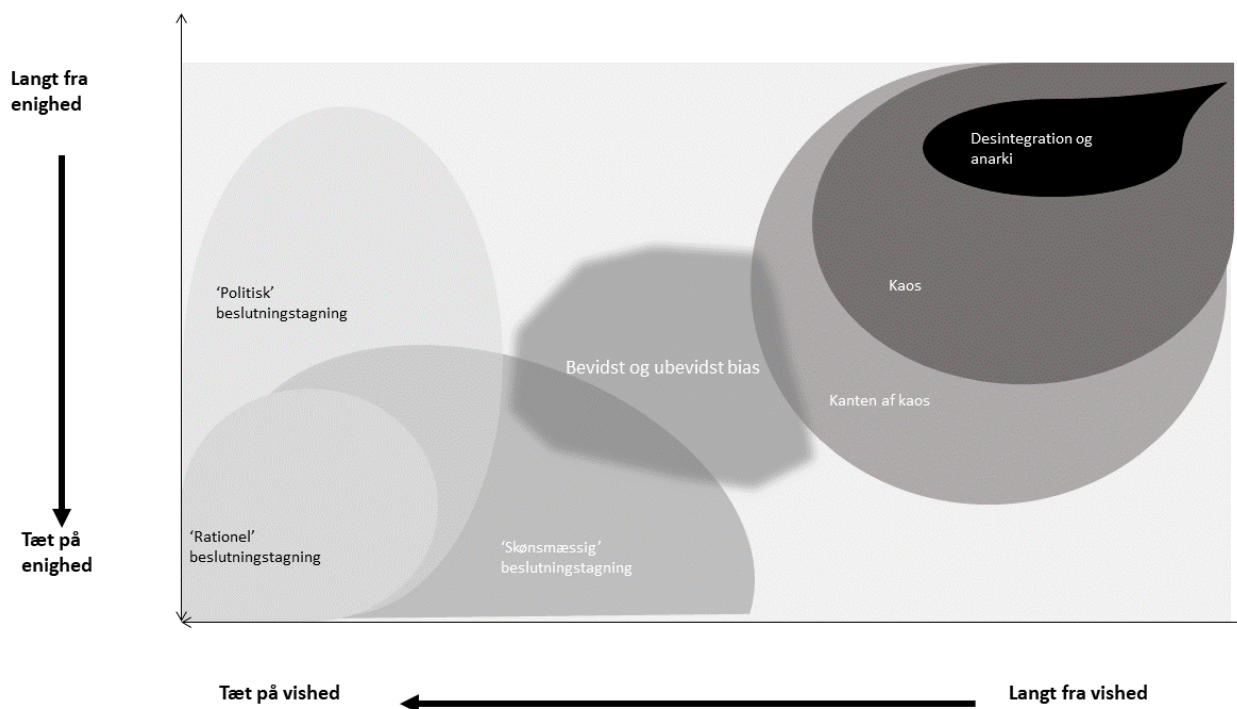
- Patientens forklaringsmodel for sygdommen. Uddyb den og vis professionel nysgerrighed.
- På hvilke punkter afviger forklaringsmodellen fra den lægen anvender?
- Forklar den biomedicinske model med simple begreber og anvend gerne nogle af patientens egne begreber til det.
- Find ud af i hvor høj grad patienten forstår og accepterer den biomedicinske model.
- Hvis der stadig er uoverensstemmelser så revurdér kernekulturelle værdier og den sociale kontekst: er der forståelser der kan flyttes eller omformuleres? Er der andre personer i patientens netværk der kunne hjælpe med at øge forståelsen? Brug gerne tolken til en mere åben dialog om forskelle og ligheder og valide argumenter.
- Prioritér behandlingsmæssige informationer og hold det simpelt.
- Afdæk patientens behandlingsmæssige præferencer.
- Afdæk i hvor høj grad patienten er enig i den fælles plan (hvad kan patienten leve med og hvad skal patienten lære at leve med og hvad er patienten skeptisk overfor?).
- Hvis der stadig er uenighed om behandlingsvalg og plan, så fokusér forhandlingen med patienten på de absolut mest nødvendige elementer i behandlingen. Kan der reduceres på normale kriterier? Kan der laves aftaler om gensidige handlinger? I afgørende/alvorligere tilfælde: Kan der være behov for familieråd med lægedeltagelse?

Samskabel af løsning/behandling af patientens problem

Forhandlingsvillighed er central i tværkulturelle beslutningsprocesser og det er vigtigt at man hurtigt får kendskab til familiens rolle i beslutninger om behandling. Sørg for at informationen er den nødvendige og tilstrækkelige for den konkrete patient især i forhold til patientens sundhedskompetencer og patientens reelle behov. Nogle patienter vil bare gerne høre de muligheder der er, men overlader det til lægen at foreslå en løsning, mens andre patienter er mere forsigtige og vil tænke over hver enkelt løsning. Ad hoc tegninger kan være et godt fælles redskab og løbende forsøg på konsensus inddrager patienten aktivt i en proces hen imod en løsning som de selv er trykke ved. Bryske beslutninger har ofte den modsatte effekt og skræmmer patienten væk. Overfokus på risici fra enten lægens eller patientens side kan forvride en ødelægge en god løsning. Søg løbende at få patienten til at komme med en del konklusion: hvad er du enig i? Hvad er det tryk ved? Hvad er du stadig bange for? Hvordan tænker du kan komme nærmere en løsning? Lad patienten gøre tankearbejdet med de informationer de får og arbejd aktivt med den tvivl der er tilbage. Ofte kan det være en ide at få ryddet patientens "store dyr" ud af rummet: bliver jeg afhængig af behandlingen? Bliver jeg invalid eller sindssyg? Dør jeg af det? Er det kræft? Med andre ord er det første skridt at finde ud af hvad patienten mangler at få at vide før du fortæller patienten de muligheder vedkommende har. Undlader man at gøre dét, så lytter patienten ikke til andet end sin egen indre stemme, der siger: Det er kræft!

Der er mange faldgruber, men her er nogle eksempler, som er vigtige at kende: Social status er i vestlig sammenhæng materialistiske, fysiske og karrieremæssige præstationer, mens det i andre samfund er bundet mere op på familiestyrker og køn. Sygdomme kan rykke ved status i nogle samfund men ikke andre. Begreber som mådehold, tilbageholdenhed og skam kan betyde meget for nogle samfund, men ikke (så meget) i andre samfund. Fatalisme og eksterne faktorerers ansvar i sygdom og sundhed varierer ligeledes meget og påvirker om man anvender introverte eller ekstroverte beslutningsmønstre som patient. Ofte består en lægesamtale af gode og dårlige nyheder, men i nogle samfund overleverer man ikke dårlige nyheder – det er en kommunikationsform, der er uvant for vestlige læger og som ofte volder besvær og fører til uenighed og konflikter, hvis man ikke er vant til at lave forhandlinger og skabe løsninger i tværkulturelle patientsammenhænge.

I tværkulturelle patientsammenhænge, hvor der er stor afstand mellem lægens og patientens forståelsesrammer og prioriteringer, kan det være gavnligt at tænke samtalen som en proces hvor man bevæger sig fra kaos, uenighed og uvished, til en tilstand med mindre uvished, mindre uenighed og mere kompleksitet end kaos. Se fig. 25



Figur 26. Kompleks samskabelse og beslutningstagning

18: Tværkulturel sundhedskommunikation: kroppen i sproget, sproget i kroppen

Magtforholdet i tværkulturelle møder: hvem har retten til at bestemme, hvad et billede viser og betyder? Hvem har retten til at bestemme hvilken forståelsesramme der skal anlægges? Viser man en hånd hvor man viser 4 fingre mens tommelen gemmes vil en der aldrig har gået i skole sige at det er en person der har en hånd hvor tommelfingeren mangler (mistet ved en ulykke), mens en person med skoleuddannelse vil se tallet "4". En tegning af 3 ølglass: et fyldt, et halvfyldt og et tomt skulle danne udgangspunkt for en diskussion om forskellige vinkler på virkeligheden. Men diskussion blev præget i en helt anden, ikke intenderet, retning, for det tomme ølglass havde ikke en ølbrik under sig og dét tog opmærksomheden fra det planlagte mål med tegningen (tegneren havde overset den manglende ølbrik). Det er muligt at det anvendte billede eller metafor har en entydig betydning i lægens eget sociale miljø, men det betyder ikke at den er alment gyldig i alle miljøer.

Det kan være fornuftigt at overveje de magtforhold, der er på spil i en tosproget samtale. Er der tale om et spændende kulturmøde, et kultursammenstød eller om en magtudøvelse udført gennem en tolk? Man taler gerne om at tolken bistår med en kulturel oversættelse, men begrebet 'kulturmøde' bruges oftest om situationer, hvor magtforholdet er stærkt asymmetrisk. Om mere ligeværdige magtforhold bruges hellere begreber som interaktion, samspil, udveksling etc. I begrebet 'kulturmøde' er der således lejret bestemte, forudfattede magtstrukturer som reproduceres med anvendelsen af en tolk. Ikke mindst inden for postkoloniale studier er begrebet 'oversættelse' derfor introduceret som et begreb, der bedre formår at åbne op for minoritetsaspekter i f.eks. en læge-patientsamtale, samt at sætte fokus på kreativitet, forhandling og forvandling snarere end på integration og assimilation. Dermed være ikke sagt, at begrebet 'kulturmøde' skal forsøges undgået; det er formentlig lige så umuligt som at udrydde begrebet 'kultur', der jo på tilsvarende vis er omdiskuteret (102, 1069).

Følelser kan udtrykkes igennem ord og udtryk (jeg tør ikke, jeg er i tvivl, jeg er bange), igennem stemmen (stemmekvalitet, toneleje, talehastighed, tøven mm.), igennem kroppen (blik, gestikulering, rysten, sved, afvigemanøvrer). Der er forskellige måder at beskrive det følelsesmæssige på forskellige sprog fx på arabisk: Min tilstand er træt, eller på somalisk jeg har *boofis* (jeg har ondt i kroppen, jeg er træt og ked af det). Hvis patientens intonation, mimik, tonefald eller gestik ikke formidles af tolken, risikerer man let at miste værdifulde nuancer i patientens beskrivelse af problemet. Den anden vej, kan lægens empatiske mimik eller tonefald blive væk i oversættelsen. Uden tolk kan det i nogle tilfælde ende med en tom følelsesforladt samtale selvom hver part i virkeligheden, hver for sig, har meddelt sig detaljeret og følelsesladet.

Flygtninge i Danmark har svært ved at navigere i mange nye sygdomme og sygdomsbegreber, som næppe ville have haft et navn eller ville have udløst en reaktion fra sundhedsvæsnet eller samfundet i hjemlandet. Går man til læge, tandlæge eller fysioterapeut i Danmark, så skal der hæftes en diagnose på. Men sygdomme som paradentose, nedsunken forfod, knyster, overvægt eller høretab, kan, hvis de ikke kommunikerer detaljeret (via tolk om nødvendigt), blive forstået som sygdomme, der har samme betydning og forventet funktionstab, som blodprop i hjertet eller kræft. Slidgigt bliver associeret med at **være** "slidt op" eller "slidt ned". Røntgenbeskrivelser bliver, af forskellige faglige og juridiske grunde, mere og mere detaljerede, så alt der er observeret skal dokumenteres. Degenerative forandringer har de fleste voksne i varierende grader, men de kan være svære at forklare eller oversætte uden at patienten får et billede af en krop der allerede ér i fuldstændigt forfald. Åreknuder kan lyde farligt og stærkt ubehageligt, hvis man ikke er klar over forskellen mellem arterier og vener. Tunghørhed kan opfattes som om det er hele hjernen der er syg, at patienten opfattes som "tung" i forståelsen mindre godt begavet.

Anne Fadiman beskriver i sin bog *The Spirit Catches You and You Fall Down*, en konkret konflikt, et langvarigt slowmotionsammenstød, mellem sundhedsvæsnet og en Hmong familie, med et barn, som fra 3 måneders alderen udviklede anfald, hvor hun falder om med kramper. Lægerne på sygehuset siger det er epilepsi, men det accepterer familien ikke (epilepsi er lig med psykisk sygdom i Hmong samfundet. Derimod mener Hmong familien at pigen er særligt udvalgt, at det er en velsignelse.

Men der blev ikke gjort forsøg på at udveksle disse oplysninger for sygehuset anvendte kun sjældent tolke. Hmong forældrene forstod ikke at lægerne mente det var epilepsi og lægerne vidste ikke at forældrene allerede havde diagnosticeret, at ånderne havde taget plads i patienten. Hmong samfundet var generelt skeptiske overfor det amerikanske sundhedsvæsen, hvor lægerne tog meget blod ud af patienterne og skar dem op når de var døde for at fjerne og sælge organerne. Hmong folket mener at man bliver født med en bestemt mængde blod og hver gang der tages en blodprøve, så er der mindre blod tilbage. Når man er bedøvet, er sjælen stadig vågen, så en operation kan være farlig for sjælen. Hmong familien var derfor afvisende overfor bedøvelse når datteren skulle undersøges og de diskuterede nødvendigheden af hver eneste blodprøve med lægerne, der opfattede dem som "besværlige patienter" uden at søge at forstå præmisserne. Datteren var svært overvægtig og lægerne var meget bebrejdende overfor forældrenes omsorgssvigt i forhold til kost. Personalet fik aldrig indsigt i den sociale kode: et barn skal se sundt ud, for så kan andre se at forældrene passer godt på barnet. Sundhed er lig med tydelig overvægt og det er ekstra vigtigt at opretholde billedet af stærke gode forældre, når barnet er sygt. Hmong sociale kode om værdien af overvægt var stærkere end sygehuspersonalets knap så forståelige krav om at udsulte barnet og dermed give forældrene ry som dårlige forældre. Når pigen var indlagt, fjernede de pårørende slanger og rør og bare hende ned på gulvet, så de kunne sove sammen – et barn må ikke sove alene. Forsøg på i stedet at sende en hjemmesygeplejerske og en tolk hjem til familien, men det blev til serielle udskiftninger fordi sygeplejerskerne havde travlt og ikke havde tid til at lytte. Familien oplevede det som overgreb og som uindbudte gæster og sygeplejersken oplevede dem som "non-compliant". Tolken fik ikke en chance, fordi tolken var gift med en amerikaner og dermed havde vendt sit land og sin kultur ryggen. Gæster skal opføre sig som sådan og bliver kun langsomt accepteret i familien. Et konstant konfliktpunkt var epilepsimedicinen som patienten kun fik sporadisk og der var konstant nye spørgsmål til meningen med fortsat behandling. For Hmong forældrene var medicin en kort kur og så er man rask. Længerevarende medicinsk behandling er skadelig og fører til afhængighed, infertilitet og rygter om at patienten er sindssyg. Forældrene fremtrådte stolte og forsvarende, men der blev ikke gjort forsøg på at give forældrene mulighed for at trække sig lidt tilbage uden at tabe ansigt. Fadiman sammenfatter situationen: "Dét som lægerne opfattede som klinisk effektivitet, var for Hmong forældrene en iskold arrogance". I interview om udfordringerne med Hmong samfundet for hospitalets læger, blev det klart at lægerne blev trigget af at Hmong patienter var passivt underdanige og lydige, hvorved de beskyttede deres værdighed ved at skjule deres egen uvidenhed og lægens dyd forsvarede patienterne ved at lade som om de lyttede andægtigt. Lægerne opfandt en "Hmong-cocktail" til uforklarlige symptomer hos patienter fra den etniske gruppe – en cocktail bestående af en smertestillende pille, et antidepressivt middel og en B-12 injektion. Lægerne og jordemødrene på fødegangen var rædselsslagne for fødsler med Hmong mødre fordi de aldrig sagde en lyd under fødslen. Personalet var ikke klar over at de fødende var skrækslagne fordi de var blevet nægtet at udføre de sædvanlige ritualer omkring fødsel og man er en dårlig mor, hvis man skriger når man føder sit barn.

Familiens pige blev tvangsfjernet pga. det man opfattede som omsorgssvigt fra forældrenes side, men det medførte at pigen stoppede med at tage sin medicin helt. Hun fik et alvorligt langvarigt krampeanfald, hvor hun efterfølgende var dybt bevidstløs. Ved scanning og andre undersøgelser blev hun erklæret hjernedød. Lægerne talte kun med den af døtrene der talte bedst engelsk. De fortalte datteren at lægerne ville stoppe al behandling, hvorefter en læge fjernede tuben til ventilatoren og hendes veneadgange. Men datteren forstod det som om lægerne skulle bruge ventilatoren til en anden patient og forstod ikke at hendes søster var ved at dø. Da det gik op for dem at pigen var døende forlangte de at få hende med hjem. Det krævede at tvangsfjernelsen blev ophævet, hvilket skete da lægerne forklarede at patienten var hjernedød og ikke ville leve længe. Men pigen døde ikke. Hun blev ernæret gennem en særlig Hmong diæt til denne tilstand og hun blev båret på ryggen på skift i en slynge af sine søskende. Pigen blev en gang årligt pligt skyldigt bragt til kontrol på sygehuset.

Livshistorien og i nogle tilfælde også den kulturelle livshistorie, som i Hmong tilfældet, er vigtige for at forstå sygdomsopfattelse, behov og behandlingsønsker. Livshistorien giver mening til meningsløse forløb og skaber muligheder for fælles løsninger. Interkulturel kommunikation handler ikke

kun om at bestille en tolk. Det handler også om alt det man ikke ved man ikke ved og hvordan man forbereder sig på dette vilkår.

Ingrid Piller beskriver i sin bog ”*Intercultural Communication*” to studier af tværkulturelle holdninger og adfærd. I et flyselskab med engelske og italienske medarbejdere i transitskranker, så man at de udviste stort set den samme adfærd overfor flypassagerer, der oplevede fejl eller aflysninger i forbindelse med deres rejse. Men de italienske medarbejdere var parat til at gå lidt længere i forhold til at søge pragmatiske løsninger og begrundede det med ”medfølelse”, mens de engelske medarbejdere aldrig gik længere end svarende til reglerne. Holdninger er mest påvirkelige af kultur, mens adfærd kan trænes. I det andet studie undersøgte man kommunikationen i asiatiske skobutikker i Los Angeles. Medarbejderne havde altid den samme tilgang til kunder: hilsen – handelstransaktion – afslutning uanset om kunden var asiatisk, afroamerikaner eller hvide amerikanere. Men de afroamerikanske og hvide amerikanske kunder følte sig ignoreret og dårligt behandlet af ekspedienterne, som de opfattede som racistiske. På videooptagelserne så man at kunderne forsøgte at small-talke om vejr og almindeligheder, mens ekspedienterne enten ikke svarede eller også var de demonstrativt kortfattede. Da man spurgte ekspedienterne om hvad de oplevede, så fortalte de at de følte kundernes bemærkninger var upassende og intimiderende i en professionel handelsrelation – det var udtryk for dårlige manerer (1070). Tværkulturel kommunikation handler ikke kun om at reducere sprogbarrieren, men også om at forstå hvordan mennesker skaber et sygdomssprog forment af livserfaringer, levevilkår, relationer og i forskellige kontekster. Holdninger og adfærd har ikke samme oprindelse og ethvert menneske har sit eget sprog i kroppen. Det kræver etablering af en god relation og en samtale der ikke er to monologer, men reel dialog, at nærme sig et andet menneskes sygdomssprog.

Hverdagsord som ”stress” og ”depression” har, i nogen grad, en ensartet betydning på dansk. Men når tolken skal oversætte det, kommer han/hun hurtigt i problemer. På russisk betyder stress at man har travlt på en god måde, mens der på mange sprog ikke er et udtryk der matcher det danske depressionsbegreb – tværtimod er der ofte tale om en helt anden forståelse af krop-psyke sammenhæng og af psykisk ubehag, der gør en oversættelse næsten umulig, for i mange samfund beskrives følelsen som frustration, usikkerhed, hjælpeløshed, skyld, skam, udsigtsløshed, ensomhed, handlingslammelse, shock, vrede, kontroltab eller forråelse eller som fysiske symptomer som søvnløshed, hovedpine og mavesmerter (1071). Det danske depressionsbegreb tager udgangspunkt i at det er patienten, der er syg og har et psykisk problem – depression har en negativ klang. I andre samfund forstås psykisk ubehag som en relationel og mindre individuel problemstilling. Man kan have negative følelser, men de har en anden årsag og konsekvens, når de opleves i et andet samfund end der hvor man er vokset op, som en afrikansk patient forklarede det: ”Jeg føler mig som en fugl uden vinger – dem der plejer at hjælpe mig, er ikke her i Danmark”. Somaliske flygtninge kom til Danmark i 90’erne og oplevede at mange blev kede af det, led afsagn, kronisk sorg og muskelsmerter. De tilskrev det den dårlige tågede kolde danske vinterluft og kunne kun finde et somalisk udtryk for det: *boofis*, der i hjemlandet betyder en person der er ked af det, isolerer sig og ikke kan opnå det vedkommende gerne vil – det er også en person der er træt af sig selv og som man skal holde sig fra. I Afghanistan behandler man ikke depression, men f.eks. *mualag*, der betyder ’dyb sørgelig fornemmelse af at svæve udspændt midt i luften’ (1070). Der skal en dialog, ikke en oversættelse, til for at nærme sig en fælles forståelse af hvad patienten faktisk slås med – depression i sig selv giver ikke mening uden et tilhørende patientperspektiv.

Kronisk sorg over tab kan påvirke egenomsorg, livskvalitet og forhindre sprogtilegnelse (1072). Kronisk sorg kan kompliceres af samtidig PTSD (1073). Men sorg er en kulturel konstruktion og tårer er en luksus i mange samfund (1074).

Jeg lytter ikke til dig

Vi er døve overfor sprog vi ikke taler og samtidig er flygtninge bange for at dø på et sprog de ikke taler. Det er effektivt at vende det døve øre til, men det har konsekvenser. Pårørende til en psykisk syg berettede om at personalet overhørte patientens klage over hovedpine efter at være faldet ned fra et tag. Personalet fortolkede oplysningen som en psykotisk oplevelse, selvom patienten viste sig at have ret. En australsk intensivlæge måtte have hjælp fra en kollega på et andet sygehus til at forklare kirurgerne at han ikke havde

blodprop i hjertet, men blindtarmsbetændelse. Han prøvede at forklare at hans EKG så mærkeligt ud fordi han var blevet hjerteopereret som barn, men de hørte ham ikke fordi han ikke længere blev opfattet som læge, men som patient (1075). Bekræftelses bias, bekvemme antagelser og fordomme plager altid lægelige kliniske beslutningsprocesser og anses for at være en del af det uformelle og skjulte curriculum som lægestuderende gennemgår (1076, 1077). På samme måde lærer man yngre kolleger at ”komme af med patienter” (KAMP-teknikker) gennem en række skjulte tricks og kompetencer som tingsliggørelse, intimidering, ignorering og udeladelse af ellers relevante kliniske detaljer (456). Mange af disse skjulte lærebogskompetencer kommer i spil i mødet med etniske minoritetspatienter, hvor manglende anvendelse af tolkebistand kan tilføjes. Når et klinisk problem er ude af lægens kontrol, er det en rationel løsning at ignorere patienten ved at undlade at give patienten mulighed for at tale. Man kan ligefrem facilitere *victim blaming* (at det er patientens egen skyld) overfor kolleger ved at udnytte sprogbarrieren. Ved at gøre patienten tavs og sprogløs baner lægen vejen for stigmatiserende holdninger om patienten (og som ovenikøbet vil følge dem resten af patientlivet): patienten opfører sig som et barn, patienten er en dårlig oplyser, patienten er småt begavet, patienten gør som det passer, patienten er stædig og non-compliant, patienten forlader afdelingen mod givet råd etc. Den skjulte sociale læring begynder for medicinstuderende allerede i det 3. år. I en klassisk artikel med titlen *The devil is in the third year*, beskrev Hojat gennem interview med studerende hvordan de ældre kolleger modellerede deres lægerolle henimod en patient tilgang der var effektiv og som gav de lægestuderende en teamfølelse med de ældre færdiguddannede kolleger og rollemodeller (958). Kenison undersøgte gennem interview, ligeledes med lægestuderende, hvordan de ældre lægekolleger påvirkede deres selvopfattelse, roller og patienttilgang. Eftersom de var studerende, var der flere mekanismer de ikke ”opdagede” men som stadig er en del af rollemodelleringen. Baseret på erfaringer fra undervisning og patientsamtaler i Indvandrermedicinsk klinik, opstilles der i tabel 30 en model for hvordan ældre kolleger formidler indirekte, direkte, indifferent og tvetydig rollemodellering af studerende og yngre læger.

Tabel 30. Ældre kollegers rollemodellering af yngre kolleger opfattelsen af samtaler med patienter hvor der er en sprogbarriere. (Baseret på erfaringer fra Indvandrermedicinsk klinik og (1000)).

Tema	Typisk holdning/adfærd
Indirekte negativ rollemodellering	<p>Slet skjult ”rullen med øjnene”.</p> <p>Tydelig utilfredshed med at skulle ringe til tolk.</p> <p>Nonverbalt udtrykkes at ”Jeg er allerede bagud og nu skal jeg have en patient der ikke taler dansk.</p> <p>Tydeligt afstår fra samtale med patienten og går direkte til undersøgelse af patienten.</p> <p>Samme tid til alle patienter uanset tolkebehov.</p> <p>Manglende informationsmateriale på fremmedsprog.</p> <p>Taler om behandlingens pris som et argument.</p> <p>Patienten skal gøre sig fortjent til en given behandling.</p> <p>Patienter afvises alene fordi der er en sprogbarriere (psykolog til kræftpatienter, patientskole, smertehold, vægttab, genoptræning, sexologisk rådgivning, vokse seksuelt misbrugte som børn).</p> <p>Omtale nogle sygdomme som mere interessante end andre.</p> <p>Omtale nogle sygdomme som selvforskyldte og dermed ikke værdige til opmærksomhed.</p>
Direkte negativ rollemodellering	<p>Det ser vi tit: ”det er etniske smerter”.</p> <p>Forhåndstilkendegivelse af at ”denne type samtaler tager irriterende lang tid”.</p> <p>Irritation over at patienten ikke taler dansk efter xx år i Danmark.</p> <p>”De kommer hele tiden med smerter men prøverne er altid normale”</p> <p>De har en anden smertetærskel end os.</p> <p>Patienter der ikke taler dansk må gå til dyrlæge.</p> <p>Vi bruger ikke tolke, fordi det tager for lang tid og tolkene er for dårlige til sprog.</p> <p>Tolke forstyrrer bare – de fleste patienter kan godt lidt dansk eller engelsk.</p>

	<p>Patienten gør hvad der passer ham. Her behøves vi ingen kontrol, patienten kommer alligevel ikke.</p>
Indifferent rollemodellering	<p>Ingen tydelig anvisning eller italesættelse af hvad der er mindste rimelige standard for patienter med sprogbarriere. Det er op til den enkelte hvor langt vedkommende vil strække sig. Det legitimeres stiltiende at der på nogle afdelinger aldrig anvendes tolk. Lad os nu få dette her overstået – vi har travlt. Besværlig procedure for bestilling af tolk (eller der kræves godkendelse før der anvendes tolk).</p>
Tvetydig rollemodellering	<p>Halvhjertede indsatser, der stoppes før de er fuldendt.</p>
Intimiderende rollemodellering	<p>Ekstroverte ældre kolleger, der ikke tåler modsigelser. Postuleret o-fejlskultur: ”Her laver vi ikke fejl, hvis patienter klager er det deres egen skyld at der er sket fejl”.</p>
Strukturel rollemodellering	<p>Patienter modtages kun hvis de taler dansk, engelsk eller tysk. Manglende vejledninger på fremmedsprog. Patientfejl som følge af sprogbarriere, manglende tolk eller manglende samtykke anses ikke for en fejl. Ingen akut tolkefunktion. Manglende forløbskoordination til sårbare. Epidemisituationer: manglende information på fremmedsprog. Manglende helbredsbedømmelse af nyankomne flygtninge eller migranter i særlig risiko. Gebyr på tolkebistand. Gebyr på udeblivelse. Ikke afsat nok tid til stuegang, patientsamtaler. Effektivitetssprog er fremherskende. Patienten ses som en hindring for produktion. Arbejdsfællesskabet har højere værdi end relation til patienten og vigtigere end patientoplevelsen. Ingen mulighed for at påpege strukturelle uligheder.</p>

At man forhindrer patienter i at tale anses for en mindre synd end at de ikke får en diagnose eller kommer i behandling. Men selv den bedste medicin virker ikke på den forkerte historie. Det har hidtil ikke været fokus i migrant forskning hvad det på længere sigt betyder at mennesker systematisk frarøves muligheden for at tale, forklare sig, præcisere, reflektere og tage til genmæle. Med tiden internaliseres mundkurven og kognitive funktioner visner (68). Moorehead fulgte flygtninge i Nordøstlige England og var vidne til flere selvmord blandt sprogligt isolerede mennesker. Fraværet af muligheden for at kommunikere førte til ensomhed, frygt og langsom demoralisering af meningsløsheden. Deres liv skrumpede ind til ingenting, hvor døden var et fint alternativ (1078).

For lægen er det vigtigt at være opmærksom på at hvis man ikke ophæver sprogbarrieren, så ændrer relationen med patienten karakter. Patienten oplever det som, endnu en, afvisning, og for nogen endnu et hadefuldt overgreb i en lang række af overgreb (1070). Dermed er magtbalancen i den i forvejen asymmetriske læge-patientsamtale skubbet så langt, at patienten enten opgiver eller indtager en gidselrolle, hvor der skal forhandles om alt (1079).

Roberts analyserede 232 videofilmede lægekonsultationer i 4 forskellige områder af London med en andel af etniske minoriteter. Han fandt at der var afgørende misforståelser i hver 5. patientsamtale og det var sprogbarrierer der var afgørende, mens kulturbårne sygdomsopfattelser, som normalt opfattes af lægerne som det største problem, ikke spillede en rolle i misforståelserne (1080). De identificerede en række gennemgående temaer i årsager til misforståelserne:

- Misforståelser der skyldes uklar udtale af almindelige ord.
- Upræcis grammatik specielt om tider og relationer.

- Semantisk problematiske udtryk og metaforer.
- Fagudtryk som lægen ikke mener er forklaringskrævende (gråzoneord).
- Usædvanlige formuleringer.
- Uafklarede forskelle i forventninger til samtalen.
- Uvidenhed om baggrunden for lægens spørgsmål.
- Forskelle i præsentations- og interaktionsstil (hvordan og hvornår præsenteres kerneinformation i i samtalen)
- Forskelle i verbal interaktionsstil mellem patient og læge

Alle misforståelserne kredser om sprogbrug, semantik, metaforer, udtale og manglen på fælles kontekstuel viden. Forskelle i præsentationsstil var en mere subtil årsag til misforståelser, der pudsigt nok oftest forekom på lægeside. Læger var generelt dårligere end patienter til at opfatte når der opstod misforståelser. Måske skærper tosprogethed fornemmelsen for mulige misforståelser fordi flygtninge/indvandrere har mangeårige, bitre, erfaring med det og derfor kender flere af de hyppigste årsager end læger gør. Læger gør sig sjældent klart at der er mange sprog involveret i tosprogede samtaler: lægesprog, lægens fordanskning, tolkens opfattelse af lægens fordanskning, tolkens sprog og lægmandssproget på patientens sprog. Sproget krydres ydermere af metaforer, billeder og ofte også tegninger med symboler og forenklinger. Hvert af disse kommunikationssprog og værktøjer har kulturbårne betydninger som ikke altid forhandles entydigt på plads. Roberts gør opmærksom på at lægestuderendes kommunikationsundervisning tager udgangspunkt i en mono-sproglig, etnocentrisk forståelse af patientrelationen. Læger burde have kompetencer i at vurdere subtile sproglige udfordringer og tage ved lære af tosprogede patienters solide erfaringer med de hyppigste sproglige årsager til misforståelser.

Lettere bliver det ikke af at det ikke er altid at mennesker er motiverede for at forstå hinanden. Der kan i tværkulturelle samtaler være meget forskellige behov på spil, nogle gange så store at de er uløselige, så længe de ikke direkte adresseres. Det er ikke nok med en tolk og tværkulturelle kompetencer – man skal også være klar over at lægen og patienten altid kan have divergerende mål med samtalen. Sprogbarrierer og opfattede kulturbarrierer kan stå i vejen for den virkelige barriere: den manglende forventnings- eller bekymringsafstemning tillægges sprog og kulturforskelle (eller ligefrem racisme), men handler kun om at de basale vilkår for samtalen ikke er håndteret som man normalt gør.

I tosprogede samtaler sker der desuden hyppigt misforståelser pga.

- Hyppige afbrydelser på begge sider. Store spring i emner og tankesæt.
- Spring i argumentationsniveau.
- Deltagere taler med meget forskellige formål uden at gøre sig det klart
- Forvirring hvis den ene part kommer med upræcist eller forvirrende svar på spørgsmål.
- Uforvarende anvendelse af sårende udtryk, fornærmelser.
- Divergerende opfattelse af en pauses betydning (har jeg sagt noget forkert/sårende? Er patienten tungt opfattende? Autoritetskonflikt?)
- Den ene part trækker sig stiltiende ud af samtalen og svarer med "hmm", der (fejl-) fortolkes som samtykke.

Helt generelt sker der en sproglig forsimpning når flere sprog er involveret. sprogbarrierer medfører at begge parter bliver passive i deres interaktionsstil. Der stilles betydeligt færre spørgsmål og samtale parterne er mindre tilbøjelige til at diskutere og afklare tvivl. Sproget bliver stift, formelt, lærebogsagtigt og unuanceret, ligesom de sproglige nuancer, der skaber personen, forsvinder. Det faglige indhold bliver mindre og der skal anvendes langt flere sætninger til at forklare det samme. Ofte lykkes forklaringer ikke, fordi man mangler det præcise ord, hvorfor man må forklare flere ord indirekte så den grundlæggende oplysning forsvinder i delforklaringer. Humoren og dens kropssprog forsvinder, ligesom de rammende metaforer, illustrative anekdoter eller sammenligninger eller underholdende anekdoter udelades.

Som fagperson er der erfaringsmæssigt mange bekymringer om samtaler med sprogbarrierer. Der opstår let tvivl om budskabet er forstået: hvorfor stiller patienten de samme spørgsmål igen og igen? Man mister den sikre fornemmelse af faglighed og muligheden for at nuancere og tilpasse budskabet forsvinder. Det faglige karikerer. Der anvendes et meget basalt hverdagsprog – kun overordnede temaer med ja/nej svar muligheder. Dialog er ikke en mulighed. Det nonverbale kan i desperation for at blive forstået, blive karikeret i et omfang, hvor det forvirrer og forstyrrer. Det kan være svært at vide hvornår man skal ”grave” efter den vigtige information og hvornår man allerede har fået den uden at opdage det. Det indforståede er ikke tydeligt. De personlige oplysninger kommer ikke spontant op når der er pause i lægens spørgsmål. Samtals dynamik og turtagning er uvant: Det ene spørgsmål leder ikke automatisk til det næste og svaret rammer ikke helt plet – nok til at man tænker: er spørgsmålet forstået eller er det svaret? Det bliver lynhurtigt (for) komplekst, så samtalen består af serielle forsøg på at genstarte en forklaring, som bliver ændret så mange gange at patienten mister overblikket eller får fornemmelsen af være med i et forsøg. Ideelt skal deltagerne i samtalen konstant forholde sig til hinandens bidrag til samtalen. Gennem analyser af samtals struktur kan man se, hvordan deltagerne viser hinanden, hvordan de forstår hinandens handlinger. Hvis man undlader at reflektere over samtaler og deres forløb mister man muligheden for at opfange patienters prøveballoner og hentydninger. Noget af det sværeste i tosprogede samtaler er faktisk afslutningen af samtalen. Ofte er der i afslutningen af en samtale et sammenstød mellem institutionens behov (tid, checklister etc.) og behovet for relationspleje (det relationelle: samtalen slutter i gensidig respekt, når begge parter er med på det). Desuden er farvelfraser og ritualer på mange sprog, fyldt med sociokulturelle værdier og religiøs tro. Hvis de ikke kommer i spil, er det ikke sikkert samtals sundhedsfaglige budskab får den fornødne vægt.

Andetsproget er et underligt løst sprog, der er strengt bundet op til de arbejdsammenhænge man har tilegnet sig sproget: aktivering, børnehave, gartneri, familie eller buschauffør. Ahmad havde kørt bus i 12 år, talte dansk i bussen og sit hovedsprog hjemme med ægtefællen. Da Ahmad blev syg havde han ingen sprog, han kendte ikke til sygdomme og havde ingen danske ord for sygdomme eller organer. Ahmad følte det som et nederlag, for han følte at han kunne tale dansk og alligevel blev han fuldstændig afhængig af en tolk, da han blev syg, hvilket blev til en så grundlæggende ydmygelse for ham, at det startede en social deroute, hvor han også slap kontrollen over andre områder af hverdagslivet, selvom han stadig magtede dem. Han talte bussprog, mens andre patienter taler et perfekt plantesprog (gartneri) eller bilsprog (autoværksted) med stort ordforråd, mens de ikke har et ordforråd på andre områder, som f.eks. krop, sygdom og sundhed. Tosprogede kan dermed snyde både lægen og sig selv.

En fransk-arabisk indvandrer havde tre sprog: ét på arbejde som mekaniker (dansk), ét i kommunen (arabisk) og ét på sygehuset (fransk) afhængigt af, hvor han havde det bedste ordforråd. En mandlig patient der havde arbejdet på et værksted det meste af sit liv, havde kvaler med at finde sprogtonen overfor de kvindelige sygeplejersker på sygehuset, da han blev syg: han talte et (mande-) værkstedsprog til dem og blev mødt med modvilje og en vis usikkerhed fra sygeplejerskernes side, indtil det blev klart, at det var det eneste sprog, han kendte. Han var af den klare opfattelse, at det var sådan man talte til hinanden i Danmark, mens det af etnisk danske professionelle blev opfattet som en stærkt grænseoverskridende sprogbrug.

En patient fra Mellemøsten havde arbejdet 12 år i Danmark, da han blev fyret og senere anklaget for at stjæle af pengekassen i firmaet, der havde et elektronisk afregningssystem og kvitteringer, som patienten havde gemt i en mappe. Patienten blev frikendt i byretten, men dømt i landsretten og startede derefter en psykosocial deroute og havde svært ved at passe sin sygdom. Han forstod intet af, hvad der foregik i retten: ”Jeg forstod under 10 % af, hvad de sagde, jeg mistede mit sprog, da jeg blev fyret”, men blev på intet tidspunkt spurgt om han havde brug for tolk. Hans høflige væsen og ordfattige svar tog man åbenbart for at være beskedenhed og ikke manglende sprogkunder.

Sproget overfører ikke bare mening, men danner og modellerer mening. Sprog er ofte følelsesmæssigt bearbejdet og indbygget i hovedsproget, men er ikke nødvendigvis lige så tilgængeligt på andetsproget. Kulturelle nuancer kan være kodet ind i sproget, bevidst og ubevidst, på en sådan måde, at de ikke umiddelbart bliver udtrykt på andetsproget uden mellemkomst af en professionel tolk. En 35-årig

afrikansk flygtning sagde til en sygeplejerske i IMK: ”Man skal forstå, hvordan det er ikke at blive forstået for at forstå det.”

Sprogbarrierer udspiller sig direkte i den faglige kommunikation med patienten og forstærker eksisterende fejlopfattelser, f.eks. kan en samtale, der skulle handle om informere og berolige patienten hurtigt få den stik modsatte effekt, hvis det f.eks. drejer sig om at være ”bærer” af en sygdom i forhold til faktisk at have sygdommen eller at være syg af sygdommen. Her mister en patient med kort/ingen skolegang hurtigt overblikket og ”står af samtalen”, før den fulde information er givet eller forstået og forlader samtalen i den overbevisning at have sygdommen. Det kan f.eks. dreje sig om at have en høj risiko for diabetes eller hjerte-kar-sygdom modsat at have disse sygdomme, det kan være arvelige sygdomsgener som ikke kommer til udtryk, men som kan videregives til eventuelle børn og dermed give sygdomsudtryk. Det kan også være svært at formidle sygdomme, som kun er smitsomme under meget bestemte forhold (kronisk hepatitis B og C) eller f.eks. HIV-sygdommen, som i dag kun kommer til udtryk og kan smitte, hvis patienten ikke tager eller holder pause med medicinen.

Den manglende information på fremmedsprog om svine influenzaepidemien og vaccinationsmuligheder gav anledning til mange mistillidsbaserede rygter blandt etniske minoriteter om det danske sundhedsvæsen, epidemiens navn og eventuelle indholdsstoffer i vaccinen (se: Indvandrere får ikke influenzainformation. Jyllands Posten. 23.11.2009 (1081)). I et kvalitativt studie af opfattelsen af HPV-vaccinen blandt arabisk talende og somaliske mødre og deres teenager døtre kom det frem at der i nogle etniske miljøer var en udbredt mistanke om at vaccinen gjorde pigerne infertile og at pigerne kun kunne få vaccinen hvis de blev undersøgt af en læge der skulle påvise at de ikke havde haft deres seksuelle debut endnu. Begge dele var uacceptable for mødrene, men det er tankevækkende at der er elementer af sandhed i mødrenes opfattelser som så er forstået i en anden kulturel sammenhæng og derved misforstås i en dansk sammenhæng og bliver direkte ekskluderende i sit budskab (1082).

Case 1

En kvinde henvist til IMK var fortvivlet efter at have været i skadestuen med sin datter der havde feber og purulent øreflåd. Der blev ikke anvendt tolk og moderen følte at sygeplejersken skældte ud. Hun forstod det sådan at hun og datteren havde smitsomme MRSA-bakterier og at de skulle holde sig fra andre mennesker. Hun tør ikke røre ved børnene eller ægtefællen og holder sig hjemme. Hun er også bange for at hvis ægtefællen, der har sclerose, bliver smittet med MRSA, så kan han få endnu et *attack* og det vil i så fald være hendes skyld. Det viste sig at mor og datter, på uklar baggrund, var blevet podet for MRSA i skadestuen. De havde ikke MRSA.

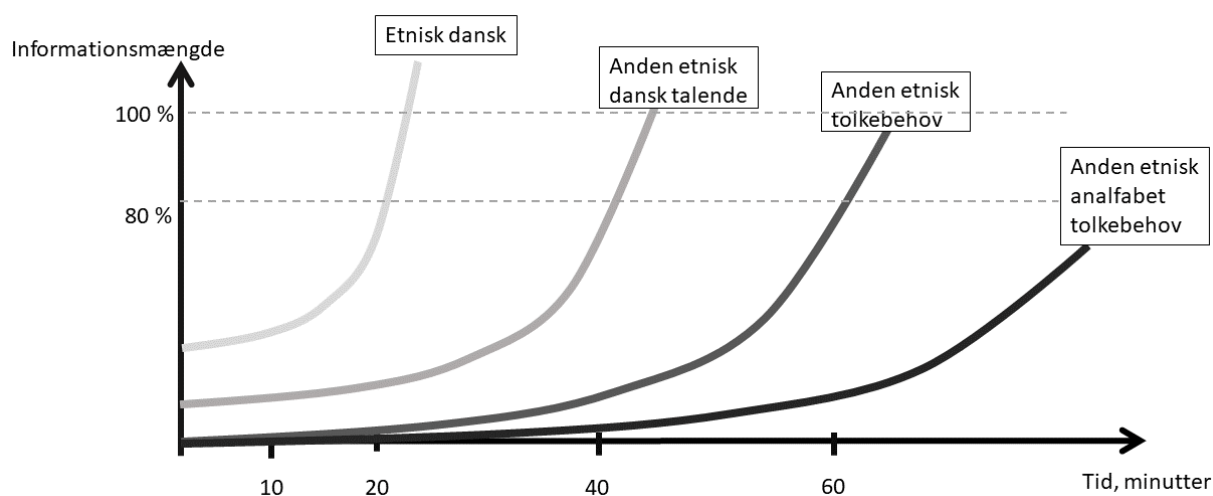
Et begreb som de færreste fagfolk er bekendt med, men som alligevel dækker over kernen i misforståelser, er **gråzonesprog**. Gråzoneord er ord som vi forudsætter bekendte og derfor ikke mener, er forklaringskrævende. Over 50 % af ordene i gruppen er helt fagspecifikke og vi bruger dem som fundament i en læge-patient samtale for at forklare nogle endnu mere faglige udtryk for patienter.

Eksempler på hyppige gråzoneord: foretager, det udvalgte, konsekvensen, kredsløbet, nedsat kondition, iltoptagelsen, vævene, forebygge, dehydrering, væskeregistrere, væskeindtag, ved mistanke om, øger risikoen for udvikling af, forebyggende element, ordinere og behandling. Hovedparten af etnisk danske patienter vil have en ide om, hvad de dækker og ville vide, hvornår de skulle spørge om en forklaring, men for tosprogede og patienter der er 100 % afhængige af tolkebistand, er de næsten alle forklaringskrævende. Desværre har tolke erfaringsmæssigt meget svært ved at mestre gråzone sprog, men føler det er ord, de burde kende og har derfor nok en tendens til at opfinde deres egne forklaringer/oversættelser.

I et studie af yngre læger i USA fandt man, at deres egen vurdering af hvor forståeligt sprog, herunder kropssprog, de anvendte, lå meget langt fra virkeligheden i form af efterfølgende videooptagelser af læge-patient samtaler: lægerne brugte i gennemsnit 2 lægejargon (gråzone-) begreber per minut og kun 1 ud af 5 brugte et støttende kropssprog og 4 ud af 5 forsøgte ikke at inddrage patienten i samtalen med opfordring ring til feedback omkring forståelse eller patient opfattelse (1083).

Det kan erfaringsmæssigt være en udfordring at formidle risiko som **begreb** til patienter med kort skolegang, men også **afvejningen af risici** mod hinanden f.eks. mellem typer af behandling eller mellem et givent symptom og en (måske meget lille) risiko for leverskade eller en 8 % risiko for hovedpine. Ligesom læsefærdighed kan være en hindring, så kan også manglende talforståelse (*numeracy*) være en, sjældnere anerkendt, forhindring i en samtale om fordele og ulemper ved en behandling, f.eks. i valget mellem mange forskellige operationer og kemoterapi ved brystkræft (1084). En pro-aktiv holdning hvor patientens bekymringer og behov for information tilgodeses fra starten, kan være fornuftig. Indlægssedlen til f.eks. paracetamol præparater er, af gode grunde, meget omfattende, men selvom præparatet af de fleste vil opfattes som en i normale doser harmløs pille, så kan indlægssedlens indhold få en forkert betydning, hvis den ikke gennemgås med lægen på forhånd. Det samme gælder andre hyppigt anvendte, men effektive, men relativt harmløse produkter, som svage hormoncremer ved urin inkontinens. Alternativet er, med sikkerhed, at den gennemgås af patientens søn eller datter på 12 år, som nok læser dansk, men næppe kan gradbøje betydningen af en mikroskopisk risiko for kræft i forhold til moderens primære problem med inkontinens.

Den følgende figur 26 viser, hvordan tidsfaktoren i en samtale spiller en rolle for, om man opnår sit mål, her sat arbitrært til at 80 % gensidigt udvekslet og forstået information mellem læge og patient. Den nødvendige samtaletid i minutter stiger, når der er ord, der skal forklares (mange gråzoneord), hvilket er tilfældet selv for reelt tosprogede, men den stiger drastisk, når der er tale om funktionelle analfabeter og patienter med meget kort eller ingen skolegang – ofte tager det mange timer at opnår den samme informationsudveksling i forhold til en etnisk dansk patient. Læg mærke til, at etniske danske, og i et vist omfang patienter født i Danmark af udenlandske forældre har et vist vidensniveau (*Health literacy*), der kan tages afsæt i. For andre patienter er der ikke et sådant afsæt – ja, af og til kan der ligefrem være negativ eller kontra produktiv viden der skal bearbejdes før man kan lægge ny information på.



Figur 27. Informationsmængdens sammenhæng med samtalelængde, sprogbarriere og skolegang

Patienter med sprog/læsevanskeligheder stiller færre spørgsmål til lægen om medicinske emner i løbet af en samtale end andre patienter (median=4 hos patienter med sprogvanskeligheder modsat 6 spørgsmål fra patienter uden sprogvanskeligheder). De stiller også færre spørgsmål om generelle, f.eks. praktiske, emner. Patienter med sprogbarrierer var også mere tilbøjelige til at skulle have flere informationer gentaget mere end en gang, hvilket tyder på, at grundlæggende informationer ikke blev forstået fra starten. De var mindre tilbøjelige til at anvende medicinske udtryk, til at referere til medicin ved dets rigtige navn, til at bede om yderligere hjælp eller information og de søgte sjældnere ny information andre steder om deres sygdom. Fundene var ikke relateret til køn, alder eller skolegang (1085).

Lægers og patienters kulturelle følsomhed og tilpasningsevne

Nogle af de faktorer, der har tiltrukket sig opmærksomhed er patienters grad af socialisering i modtagerlandet (den primære kulturelle orientering, *acculturation orientation*) og på den anden side, lægers tværkulturelle følsomhed (og kulturelle orientering). Kulturel orientering antages at have betydning for patienters tanker, forventninger og adfærd og for majoritetsbefolkningens holdning til forskellige etniske gruppers "værdi" (1086, 1087). Læge-patientrelationer, bliver ofte mere komplekse og suboptimale i interkulturel sammenhæng. Da kulturel tilnærmelse eller tilpasning er en særlig vigtig faktor i denne proces, og doktor-patientforholdet er en nøglekomponent i patientbehandling, er det vigtigt at være bevidst om den indbyrdes sammenhæng mellem den kulturelle orientering af den enkelte indvandrer patient med kvaliteten af læge-patientforholdet bedømt på behandlingskvalitet, hvordan det påvirker indvandreres sundhedsadfærd, patienttilfredshed og patienternes livskvalitet. En Phd om kulturel orientering fandt Whittal at lægens kulturelle orientering havde størst effekt på medicin compliance, mens effekten var mindre på f.eks. KRAM faktorer, der var mere påvirkelige af patientens kulturelle orientering. I et canadisk studie blev der fundet signifikant sammenhæng mellem kulturel tilknytning bedømt på forskellige faktorer, der beskriver i hvor høj grad deltagerne følte sig forbundet med modtagerlandet eller kulturen i hjemlandet. Kulturel orientering var signifikant forbundet med patientens opfattelse af, hvad lægen forventer af ham / hende og med patienternes livskvalitet. Patienternes forventninger til deres læge var signifikant relateret til patientens oplevede behandlingskvalitet, der samtidig var korreleret med forbedret sundhedsadfærd (medicin compliance, kost og motionsråd samt opretholdelse af egenomsorg). Kulturel orientering kan være en vigtig faktor i relationen mellem lægen og migrantpatienten via en kompleks proces, der involverer patienternes opfattelse af lægernes forventninger og oplevet kvalitet i behandlingen (1088). I en sammenligning mellem arabisktalende type 2 diabetespatienter og engelsktalende diabetespatienter, fandt man at de arabisktalende patienter gik senere til læge end de engelsktalende, selv når der var tydelige symptomer. De barrierer, der blev identificeret var bla. tidligere dårlige erfaringer med kontakten til læger og sygeplejersker, manglende brug af tolk, sparsomt netværk og manglende viden om sundhedsvæsenet (1089).

Læger, der undervises i kulturelle kompetencer, bliver bedre til at kommunikere med etniske minoritetspatienter gennem et større kommunikationsrepertoire, bedre og sikrere situationsbevidsthed, større tilpasningsevne og mere viden om centrale kulturelle spørgsmål. Samlet set øger træningen lægens interesse for andre kulturelle tilgange og motiverer for at anvende den tværkulturelle viden og nysgerrighed i patient diagnostik, behandling og patientinvolvering (1090-1092).

Opmærksomhedspunkter i tværkulturelle kommunikationsopgaver med patienter

Hvis man har et ønske om at arbejde med styrkelse af tværkulturel kommunikation, følger her en række generelle og mere specifikke opmærksomhedspunkter.

Generelle opgaver

Tolkebistand: Afdækning af behov, type og omfang

Kommunikationskompetencer til samtaler med patienter med behov for tolk

Kompetencer i sproglig variation og kompleksitetsniveau

Tværfaglig og interkollegial kommunikation under en patientsamtale

Refleksion over egne styrker, svagheder og begrænsninger, samt kritisk vurdering af egne færdigheder

Håndtering af egne følelser og reaktioner i interaktioner med patienter og pårørende

Bevidsthed om egne synspunkter og fordomme i forhold til patienten

Bevidst aktiv involvering af empati, sympati og professionel nysgerrighed

Nedtoning af antipatier, kynisme og ligegyldighed

Erkende egen tvetydighedstolerance, normalitetsbegreber og diversitets følsomhed

Spørgeteknik (fx passende brug af åbne og lukkede spørgsmål)

Håndtering af situationer, hvor lægen/sygeplejersken ikke føler sig tilstrækkeligt kompetent

Rammer og samtale indledning

Etablering af passende fysiske samtale rammer

Etablering af partnerskab i relationen med patienten

Udvis respekt i interaktionen med patienten

Opbygning af tillid

Reduktion af sygdoms relateret stress

Bevidsthed om kulturelle og sociale faktorer (fx religion, seksuel orientering, etnisk baggrund) i forholdet med patienten

Strategi for afdækning af skjulte behandlingsbyrder, sociale byrder og væsentlige psykosociale begivenheder af betydning for symptompræsentation, diagnose og behandling

Samtalen

Tavshedspligt er ofte et ukendt fænomen – nævn det og forklar det.

Anvend sprog som patienten forstår – metoder til sprogtilpasning

Sproglig tydeliggørelse af samtals struktur, dagsorden og mål (forklaringsopbygning, delkonklusioner, konsensusafklaring, opsamling, repetition)

Løbende opsummering og sikring af patientforståelse ("Er det rigtigt forstået at...?")

Anvend alternativer til den normale meget direkte stil med spørgsmål-svar udspørgen ved journaloptagelse (prøv en mere konverserende og mere indirekte spørgeteknik)

Følg aktivt op hvis patienten kommer med umiddelbart urelaterede oplysninger – de kan have betydning på en måde man ikke regner med eller kan gætte sig til.

Vend tilbage til emner der afføder meget korte svar eller meget tågede svar. Sørg for at tolken har forstået spørgsmålet og at der ikke er tale om et følsomt emne.

Gentag informationer. Hvis der er flere alternativer, så gennemgå dem detaljeret med tydelig adskillelse mellem dem

Signalering (anvendelse af sætninger som tydeligt markerer overgange i samtalen)

"Chunking" information (levering af mindre 'bidder' af information ad gangen)

Opmærksomhed og respons på "prøveballoner" og skjulte hentydninger (ledetråde)

Undgå abstraktioner, metaforer, idiommer etc da de aldrig kan oversættes entydigt og der er stor fare for alvorlige misforståelser bl.a. fordi metaforer f.eks. indebærer traditionelle værdier om objekter og dyr som ikke er ensartede på tværs af samfund (hunde, ræve, slanger).

Pas på med uklare hypotetiske sætninger der kræver dybere sprogkunderskaber – fx sætninger der starter med "Hvad hvis...", "Kunne du f.eks. tænke...", "Måske ville det være en idé..." (de kan forveksles med absolutte udsagn for personer der har gået kort tid i skole).

Vær tydelig om dine begrænsninger – at lytte til et problem, er ikke nødvendigvis lig med at man kan løse et problem

Gennemtænk strategier for præferencediagnostik - Identificering af patientens forventninger og behov og umiddelbart foretrukne udfald af forløbet.

Patientinddragelse i beslutningsprocessen baseret på patientens ønsker (Vurdering af patientens ønsker mht inddragelse i beslutningstagning). Inddragelse af patientperspektiver (fx ideer, bekymringer og følelser)

Levering af information om fordele og ulemper ved behandling og forventede resultater, samt konsekvenser af forskellige valg og fravalg af behandling

Tilpasning af behandlingsplanen i overensstemmelse med patientens perspektiver, behov, ressourcer og styrker

Validering af og respons på patientperspektiver på egen sygdom

Håndtering af usikkerhed i samtalen med patienten (mht. diagnose, behandlingsmuligheder, prognose osv.)

Tydeliggørelse af det kliniske beslutningsgrundlag

Håndtering af multisygdom og prioritering mellem sygdomme

Tilpasset kommunikation omkring risiko, balancering mellem fordele og ulemper ved procedure eller behandling

Håndtering af situationer, hvor patienten spørger efter lægens egen mening, med balance mellem eget bidrag og støtte af patientens beslutningstagning

Ansvarlig strategisk brug af autoritet

Håndtering af situationer, som kan være pinlige eller følsomme for patienter

Planlægning af videre forløb sammen med patienten

Indhentning af informeret samtykke

Inddragelse af pårørende

Strategier for at støtte adfærdsmæssige ændringer i patientens tilstand samt sundhedsfremme

Forebyggelse og håndtering af konfliktsituationer og strategier til løsninger af konflikter

Særlige situationer

Håndtering af emotionelle patienter (fx appellerende, grædende, angstede, latente)

Håndtering af utilfredse og krævende patienter

Håndtering af patienter med stærke følelser (fx vrede, fornægtelse, stress)

Håndtering af mærkværdige patienter – patienter med abnorme kommunikationsformer, afvigende sprogbrug eller tvetydighed

Håndtering af patienter med tab af impuls kontrol, aggressioner eller særligt højt stress niveau

Håndtering af meget talende patienter / patienter med stort tale pres om stærkt ubehagelige oplevelser

Håndtering af tavse patienter

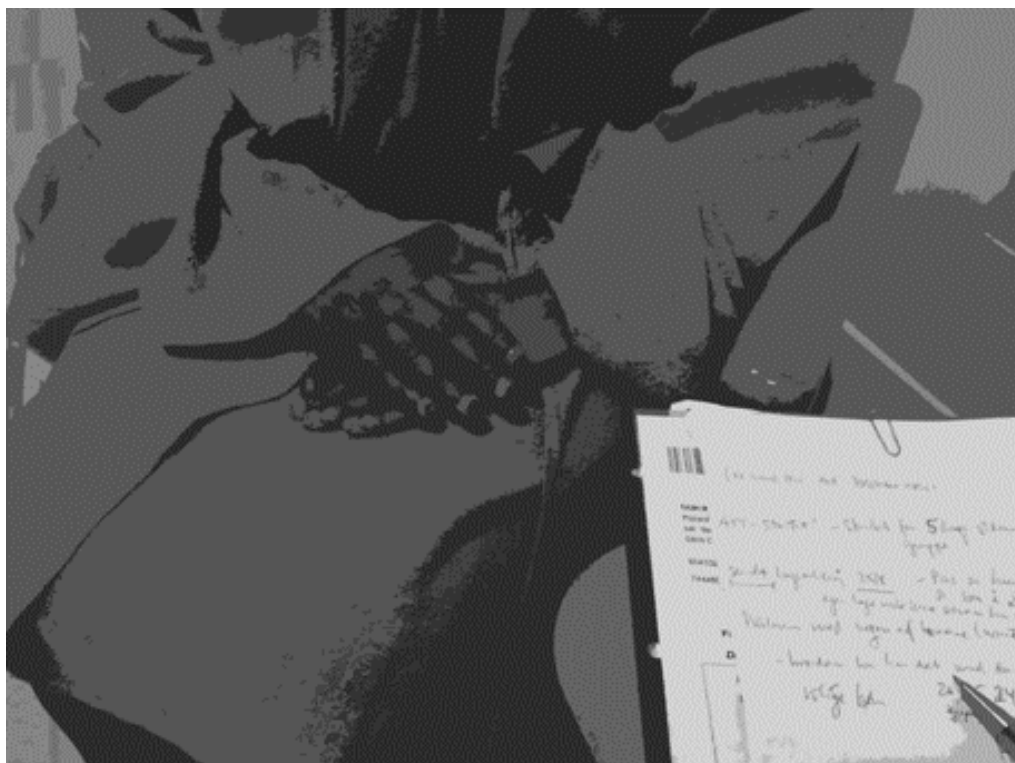
Håndtering af psykiatriske patienter (fx psykose, selvmordstanker, osv.)

Kommunikation med børn og deres forældre om vanskelige emner af betydning for hele familien

Kommunikation om etiske overvejelser og dilemmaer

Håndtering af fejl og utilsigtede hændelser

Kommunikation om døden og dødsfald, levering af en alvorlig besked



19: Sexologi i tværkulturelt perspektiv

Når man krydser landegrænser, krydser man også sproglige, følelsesmæssige og adfærdsmæssige grænser. Muligheder og barrierer ændres, sociale normer modelleres og roller skifter. Måske er det der var forbudt i hjemlandet, nu muligt eller det modsatte kan være tilfældet. Ord og begreber der er tabubelagt på modersmålet kan måske lettere udtrykkes på andetsproget. Hvis man kommer fra en kultur, hvor det er umuligt at tale om seksuelle forhold, kan andetsproget være et redskab til at diskutere spørgsmål, der er for pinlige til at diskutere med "forbudte" ord på ens første sprog (1093, 1094). Knap halvdelen af unge med tyrkisk herkomst i Tyskland foretrak tysk sprog, når de skulle tale om seksuelle emner og samme synes at være tilfældet i Danmark (1095). Kønsroller er altid et spændingsfelt under konstant forhandling og forvandling, men i et nyt land, med et nyt sprog og ny (ofte dobbelt-) identitet bliver det svært. Mange migranter er uforberedte på at følelsesmæssige og adfærdsmæssige grænser flyttes. Den "rette adfærd" for kvinder og piger sidestilles normalt med opfyldelsen af traditionelle kønsroller, der betyder kvinders tilslutning til familie og til traditionelle kulturelle værdier. Kvinders roller og seksualitet bliver traditionens "bastion" mod forvirrende og desorienterende kulturelle forskelle i modtagerlandet (1094). Nogle minoritetsgrupper skaber ideen om en ideel "dydig" kvinde og støtter kraftigt modsætningen mellem "vores kvinders renhed" versus forestillingen om "promiskuøse danske kvinder". Unge kvinder fra minoritetsgrupper bliver udfordret af yderligere konflikter. De er nødt til at finde en balance mellem den pålagte hyperseksualisering af en mainstream-kultur, der ser dem som "eksotiske" og samtidig forventes der en "hyper renhed" af dem. Den konstante overvågning af kvinders kroppe og adfærd bliver for indvandrerfamilier og grupper et middel til at hævde moralsk overlegenhed og holde fast ved det gamle og velkendte mod det nye og ukendte. Kvinders kønsroller kan ændre sig på grund af migration til et land med mere ligestilling og fordi det er nødvendigt at de tager arbejde i miljøer der er anderledes end dem de er vant til og i afstand fra familiens overvågning (1096). Seksualitet styres i høj grad af kultur. Det anses ikke for unormalt hvis en asiatisk kvinde ikke har seksuel drivkraft (1097). Seksuelle forestillinger er kulturelle overbevisninger sådan som den spansk-talende amerikanske mands *machismo* og kvindens *marianismo* såvel som de iranske kvinder, der opretholder et forventes at opretholde familiens ære i et *khanoum* billede (1098, 1099). Begrebet *marianismo*, der er forankret i katolicismen, placerer den latinske kvinde i en rollemodel for seksuel moral, ære, selvopofrelse, passivitet og omhu, mens *machismo* definerer en mands rolle som den udfarende maskulinitet der helt modsat udfordrer kvindelig ære og passivitet (1100). Den spanske mænds rolle som *machismo* kan udføres ved at have samleje, men i sidste ende er det kun graviditet, enten førægteskabelig eller under ægteskab, der er et autentisk bevis på hans *machismo* eller mandlighed (1101, 1102). I et interview med 50 bangladeshiske mænd blev magten over kvinder beskrevet som "naturlig" og "normal." Seksuel omgang blev beskrevet som et "spil", en kamp, (*khela*), og blev opfattet som den eneste konkurrence mellem kønnene, og derfor er dette det eneste spil, hvor en mand kan tabe til en kvinde (1103). Seksuelt samvær udgør dermed en trussel mod hans naturlige magt over kvinden. Skammen ved at "miste" eller ejakulere, før kvinden ønsker at stoppe samlejet, truer den maskuline seksualitet. I mange samfund er der en udpræget negativ holdning overfor for tidlig ejakulation som det bl.a. ses blandt muslimske mænd i der beskriver for tidlig ejakulation som en straf (1104).

Motiver for seksuel aktivitet varierer fra kultur til kultur. I kulturer, hvor seksualitet betragtes som et udtryk for kærlighed, hengivenhed og intimitet, kan seksuel dysfunktion ses som en trussel mod forholdet og den personlige relation mellem to mennesker. Hvor seksualitet betragtes som en kilde til glæde, fører afbrydelse af seksuel funktion til et tab af livskvalitet. Når motivation er reproduktion og en ægteskabelig pligt, har seksuel dysfunktion imidlertid en helt anden betydning, og her vil der være helt andre seksuelle problemer, som kan betyde skilsmisse eller social eksklusion. Franske mænd og kvinder associerede seksuel aktivitet med fornøjelse (44%) og kærlighed (42,1%), men sjældent med formering, børn og moderskab (7,8%) (1105). I Mozambique ser kvinder seksuelle møder som behagelige og vellykkede, når formålet direkte er at blive gravid og dermed skabe stabilitet i familien - indtil næste barn (1106).

Seksuelle problemer er et globalt problem, men symptomer og forventninger til behandling varierer meget. Vestligt defineret dysfunktion kan ofte få en kulturelt tilpasset forklaring og behandling,

som det er tilfældet i områder af Iran i landdistrikterne, hvor patienter med "ufuldbragte" ægteskaber mente, at kvinderne var "låst" og derfor havde behov for at blive "åbnet" af en traditionel healer (1107). Nygifte kvinder, der lider af vaginismus - ufrivillig sammentrækning af bækkenbundens muskelgruppe, der fører til smertefuld og / eller umulig vaginal penetration - har et enormt socialt pres på sig for at fuldføre ægteskabet den første aften af ægteskabet eller snart derefter (1108). Et "ufuldbragt" ægteskab kan udsætte disse kvinder for et tab af social status og yderligere traumer.

Lokale opfattelser harmonerer ikke altid med de sundhedsprofessionelles opfattelser. Praksis med "*dry sex*" der praktiseres i Afrika syd for Sahara såvel som Asien og Latinamerika beskrevet som en frivillig ændring af skeden for at skabe en jomfruelig tilstand, der repræsenterer en kvindes ungdommelighed og skaber mere friktion og større nydelse under samleje (1109, 1110). Denne opfattelse findes også hos Zulu befolkningsgruppen i Sydafrika, hvor traditionen siger at rigelig fugtighed under samleje er et resultat af sygdom eller utroskab. Vestlige klinikere er mere tilbøjelige til at se tørhed i vagina som en dysfunktion, f.eks. mangel på seksuel ophidselse (1111, 1112). Derudover er religion en sociokulturel faktor, der er tæt forbundet med seksualitet. Værdier og traditioner vedrørende seksuel betydning og ritualer er essentielle for religioner. Faktorer som seksuel skyld og skam er tæt forbundet med religiøs påvirkning (1113, 1114). Negativ omtale og tvetydige værdier omkring seksualitet påvirker seksuelt selvværd og uklare seksuelle normer skaber utryghed og skyldfølelse (1115-1117). Flere undersøgelser har vist at manglende diversitetsfølsomhed i seksuel rådgivning og behandling fører til ulighed i seksuel sundhed, ikke mindst blandt minoritetskvinder (1094, 1118).

I perioder kommer der et stigende antal migranter til Vesteuropa. Både antallet og nye etniske minoritetsgrupper fører til konkrete udfordringer og dilemmaer indenfor seksuel og reproduktiv sundhed. Ofte er der problemer med adgangen til sundhedsvæsenet, men også til informationens karakter og tilgængelighed, hvilket udfordrer sårbare migrantgruppers helbred (1119-1122). De "sociale" og kulturelle komponenter som kan være en del af årsagerne til seksuel dysfunktion, får ofte ikke tilstrækkelig opmærksomhed fra sundhedsprofessionelle. Sociokulturelle faktorer er betydningsfulde, fordi de er det unikke som hver enkelt person medbringer til den kliniske samtale. Kultur påvirker ikke kun, hvordan det enkelte menneske fortæller om seksuelle problemer, men også hvilke seksuelle problemer, han / hun er mest tilbøjelig til at fortælle om og hvordan de opfattes/forklares af patienten. Politisk korrekthed, manglende kulturelle kompetencer og et "mikro-" snarere end et makrosyn på seksuel dysfunktion, forhindrer ofte en tilstrækkelig inddragelse og analyse af den mulige rolle som kultur, religion og sociale normer, kan have på seksuel adfærd og funktion. Når dét er sagt, så er sundhedsprofessionelle udfordret fagligt og erfaringsmæssigt, når det drejer sig om reproduktiv sundhed og sexologiske problemstillinger (1123-1126). Kvindelige tolke udsættes for et specielt men ikke ualmindeligt problem, hvor deres tvetydige rolle som patientens fortrolige og professionel tolk kan bringe dem i situationer hvor mandlige patienter kan misforstå "intimiteten" i samtalen og invitere til, måske forvente, et seksuelt forhold (1127, 1128). Internt fordrevne og mennesker på flugt fra krig og konflikt kan ofte være vidner til eller udsættes selv for, for tortur, drab, grusomheder, fængsling, sult / berøvelse (f.eks. Mad, husly), (masse-) voldtægt, seksuelt overgreb og fysisk slagsmål. Mange flygtninge oplever flere traumatiske begivenheder. Ikke desto mindre garanterer flugt til flygtningelejre ikke en sikker havn, fordi lejrene ofte er overfyldte, fysisk usikre for især kvinder (men også mænd) og uhygiejniske. Desuden kan vold og seksuelle overgreb skabe et farligt psykisk miljø i lejren, hvor allerede eksisterende traumer og psykologiske problemer som f.eks. seksuel dysfunktion kan forværres og kronificeres (1129, 1130). Graviditet er af mange grunde en vigtig tilstand ikke mindst i en skrøbelig flygtningefamilie, men mange gravide har traumer fra hjemlandet, der kan få betydning (bl.a. retraumatisering, forhøjet alarmberedskab og depression) under graviditeten og i en Canadisk undersøgelse svarede over 50 % af gravide migrantkvinder at de havde været udsat for partnervold, der påvirkede deres samliv (1131). Kvindelig omskæring er i sagens natur et sammensat helbredsproblem, som kræver viden, erfaring og tværkulturelle kompetencer, der ikke dækkes af det almindelige curriculum på sundhedsuddannelserne (1132-1134).

Reproduktive værdier og holdninger til seksuallivet kan blandt migranter være meget langt fra den viden og holdninger der formidles på sundhedsuddannelserne i f.eks. Danmark (1135, 1136). Blandt kvindelige migranter er seksuel vold og seksuel udnyttelse blandt de vigtigste sundhedsemner som de

savner tilpassede sundhedstilbud til (1137, 1138). Blandt mandlige arbejdsmigranter er der særligt fokus på ændringer i seksuel adfærd (kaldet *situational inhibition*), der kan udsætte dem for seksuelle nederlag, voldtægtsanklager, HIV og andre seksuelt overførte sygdomme (1139). Indsamling af migranternes viden og holdninger til seksuel og reproduktiv sundhed kræver tilpassede og nogle gange utraditionelle strategier og forskningsmetoder (1140, 1141). Især kvinderne kan have brug for hjælp til at balancere mellem hjemlandets og modtagerlandets ofte konfliktladede værdier i eksil (1142-1144). Seksuelle minoriteter kan ende med at blive minoriteter i minoriteten som dobbelt ekskluderede og deres livskvalitet er ofte meget ringere end andre minoriteter fordi de lever flere dobbeltliv samtidigt, hvorfor de kan være svære at identificere og få i tale, samtidig er den tilgængelige faglige litteratur ikke til megen hjælp på dette område (1145, 1146). Seksuelt misbrug, voldtægt og overgreb på børn er ikke usædvanlige i kroniske konfliktområder og giver anledning til store forståelsesmæssige problemer for sundhedsprofessionelle fordi der både er tale om tidlig skade, psykiske men, skyld, skam, stigma og sprogbarrierer som samtidigt skal inddrages i diagnostik og behandling af seksuel dysfunktion (717, 1147, 1148). Migration til mere vestlige samfund medfører hyppigt tværkulturelle brydningsfelter mellem seksuelle og familiemæssige (generations-) kulturer i forhold til værtslandet. Generelt kan disse problemer og dilemmaer opdeles i fire kategorier: (1) hyppighed af sygdomme og særlige risikofaktorer; (2) psykosociale, etniske og kulturelle aspekter; (3) kommunikation; og (4) moralske og etiske dilemmaer. Grundlæggende etniske forskelle i "hvad man må vide noget om" og hvor åbenlys behovet for viden må udtrykkes er en udfordring som aldrig rigtig er taget op af sundhedsmyndighederne i lande der modtager migranter (1123, 1136, 1149). Nødvendigheden for at anvende tolke er en ekstra barriere som sjældent tages alvorligt i modtagerlandet (1123). Der er fundet store etniske forskelle i tilbøjeligheden til at ville omtale eller anmelde seksuelt misbrug af børn og det er vigtigt at læger og andre fagfolk, der arbejder på dette felt, oparbejder kompetencer i at opfange de ofte diskrete signaler, som ofte kan komme i forbindelse med sociale begivenheder (arbejde, fødsel, familiesammenføring) (1150).

Med hensyn til epidemiologi, er der blandt etniske minoriteter en øget forekomst af uønsket graviditet og abort, HIV / kønssygdomme, og seksuel vold. Effektiv prævention begrænses af sparsom og upræcis viden om kroppens funktioner, dårlig økonomi, tvetydig holdning til brugen af prævention, og problemer med at få adgang til information om prævention. Psykosociale og kulturelle aspekter berører de værdier, normer og holdninger enkeltpersoner og etniske grupper har med hensyn til familien, sociale relationer, seksualitet og køn. Normer og holdninger har indflydelse på de seksuelle og reproduktive valg folk foretager, og de muligheder og begrænsninger, de føler i deres valg. Problemer i kommunikationen vedrører ikke kun sprog, men også kommunikationsstil og rammer for kommunikationen, den måde patienterne præsenterer deres problemer, og de forventninger, de har fra sundhedsvæsenet. Kommunikationsproblemer fører let til forskelsbehandling og dårligere behandlingskvalitet. Moralske og etiske dilemmaer opstår, når kulturer og etnicitet mødes på områder hvor der er stærke og dybt forankrede, men forskellige, værdier og praksis. Det er for eksempel tydeligt i forbindelse med seksualoplysning, spørgsmål omkring jomfruelighed/kyskhed, forplantningens betydning, retten til sin egen krop (og livmoder) og adgangen til reproduktiv vejledning. I mange multietniske vestlige samfund, eksisterer forskelle på tværs af etniske seksuelle kulturer, da aborter (og utilsigtet graviditeter) er relativt mere udbredt blandt kvinder indvandrerbaggrund i forhold til deres vestlige kolleger (1151).

Skjulte faktorer

Nogle emner er betydeligt mere sensitive at tale om end andre. Specielt i det tværkulturelle felt er der risiko for kommunikationsbrist, eksklusion og alvorlige misforståelser. Seksualitet og seksualliv betragtes ofte som særligt følsomme emner og i etnisk minoritets sammenhæng kan de frembyde særlige udfordringer. Imidlertid er det mere den sammenhæng de drøftes i og hvilken situation de tages op i som er afgørende for om eller hvor sensitivt de opfattes. Samtalens rammer, de begreber der anvendes og måden emnerne tages op på er derfor helt afgørende og det kræver en grundforståelse af flygtninge-indvandreres vilkår og forskelligheder. Der er 3 skjulte faktorer i samtalen med potentielt sensitivt indhold, som man skal gøre sig klart fra starten:

1) mange mennesker har kun sjældent samtaler om seksuel identitet, seksuelle begreber eller oplevelser og kan derfor mangle et sikkert sprog og begrebsapparat i samtalen. Det sprog, der anvendes af den der spørger, fagpersonen, kan derfor være afgørende for om patienten/klienten oplever det som en uventet og voldsom indtrængen i privatlivet eller som en tryk og venlig samtale på egne vilkår med patientens/klientens egne begreber og vilkår. Mange etniske minoritetspatienter beskriver at "Lægens spørgsmål hjælper mig ikke". Vi kan som fagpersoner anvende ord og begreber, der forstyrrer eller forvirrer og vores spørgsmål kan ligge endog meget langt fra hvor patienten/klienten gerne vil hen med samtalen. Selvom en person virker interesseret i at tale om sensitive seksuelle forhold er det ikke givet at klient og terapeut/læge tænker det samme om indhold og mål. Det vil derfor være fagpersonens opgave at afklare mål og på hvilket detalje- og begrebs niveau der skal tales for at begge parter bevæger sig i samme retning. Prøv f.eks. at afklare opfattelsen af seksualitet: er det som udgangspunkt primært en reproduktivt defineret aktivitet eller er der også andre, mere sensitive, elementer i seksuelt samvær. Er der forskellige seksuelle livsstile eller kun én eller er der slet ikke en forestilling om seksualitet som noget der kan være genstand for oplevelser, holdninger eller problemer.

2) Patienter/klienter kan have forestillinger om at bestemte handlinger eller omstændigheder er afvigende eller frastødende. Det kan være handlinger de fortryder og som kunne føre til repressalier og øjeblikkelig udstødelse, hvis de kom frem indenfor deres egen etniske gruppe. I en lille minoritetsgruppe er de sociale kontakter, selv de svageste, af afgørende betydning og der kan være en, ofte helt disproportional, frygt for det afvigende og unormale som hæmmer samtalen hvis frygten ikke adresseres direkte af fagpersonen. Ofte er fornemmelsen af "det normale" forstyrret og uklart i et fremmed land og i regi af en mindre, broget, etnisk minoritet, der ikke altid som gruppe har et entydigt normalitetsbegreb. Der er få, oftest ingen, muligheder for at få afklaret personlig frygt og tvivl om seksualitet og praktikker og den enkelte er derfor ofte overladt til selv at foretage en vurdering, der ofte ender med skyld, skam og overdreven selvkontrol. For eksempel betragtes adskillige uretmæssige handlinger som haram - syndige, ulovlige og forbudte i Islamisk praksis. "Uacceptabel" adfærd kan have mange former, hvor "ulovlig" seksualitet udgør en af de vigtigste kategorier. Fordi heteroseksuel ægteskabelig sex er den eneste tilladte form for seksuel adfærd i henhold til islamisk retspraksis, er muligheden for mænd at involverer sig i *zina* eller "ulovlig" seksualitet. Selvom der er mange "syndere", er Islam ikke en religion, der fremmer individuel tilståelse (skrifte i kirken eller bekendelse til andre). Muslimske præster påtager sig normalt ikke en pastoral rolle som vidne, og dermed kan enkeltpersoner ikke gå til bekendelse af synd og kan ikke opnå "officiel" tilgivelse. Som et resultat har muslimer, der har "syndet" ikke religiøst sanktioneret eller socialt accepterede måder at fjerne deres *asrar* eller "hemmeligheder", herunder gennem støttegrupper eller psykoterapi. Som resultat kan patienten udvikle kronisk skamfølelse der kan påvirke seksuallyst og medføre rejsningsproblemer (1152, 1153).

3) betydningen af etnicitet i den konkrete samtale skal gøres klart. Ingen mennesker er "etniske" i sig selv. Det er noget der opstår i mødet med en person der ikke er en del af ens etniske gruppe: det er den tydelige forskel den ene eller begge oplever i mødet/samtalen mellem to etniske grupper. Oftest er der mere tale om en oplevet end en reel etnisk forskel. Skolegang, social status, sprogbeherskelse, integrationsniveau (akkulturation) og sundheds kompetencer vil ofte være de faktorer der reelt skal tages hensyn til (1154). En ukendt, men hyppig, social faktor er, at flygtninge nærer en frygt for at tilkendegivelse af helbredsproblemer af enhver art kan få betydning for deres opholdstilladelse, sociale ydelser og krav fra kommunen og de vil derfor være meget lidt tilbøjelige til at afsløre andet en "de mest nødvendige" symptomer. Der kan derfor ligge et arbejde for fagpersonen i at skabe tillid og motivation for at tale om mere sensitive dybereliggende emner. Spørgsmålet om tavshedspligt, herunder tolkes tavshedspligt er centralt. Aktiv oplysning om fagpersoners tavshedspligt er et vigtigt instrument i samtaler med svært indhold og forbavsende mange patienter ikke klar over denne pligt (1155).

Reproduktivt eksil

Antropologen Inhorn har i flere studier interviewet irakiske mænd, der henvendte sig til en privat fertilitetsklinik i Detroit, USA, hvor de fortalte om baggrunden for deres henvendelse og deres egen forståelse af deres seksuelle udfordringer som flygtninge i USA. Én case drejer sig om en mand, Shaykh Ali, som blev født med testikler der ikke var faldet ned. Han blev opereret i hjemlandet, men man hverken i hans sæd eller i en testikelbiopsi tegn på at der var levende sædceller. Han forsøgte alligevel, uden held, at få et barn med flere forskellige kvinder i Irak. Krigen kom og han endte som flygtning (som mange unge mænd) først i Saudi-Arabien og siden til USA. Her lykkedes det ham at finde en irakisk kvinde og de giftede sig, men efter 3 års ihærdige bestræbelser bad ægtefællen om skilsmisse pga barnløshed og hun fandt en ny mand som hun fik 2 børn med. Hun opkaldte, af respekt, et af sine børn efter Shaykh Ali og kaldte ham børnenes ”onkel”. Dét gjorde både patienten stolt og samtidigt stækkede det ham. Shaykh Ali fandt en ny ægtefælle og søgte fertilitetsklinikken om hjælp. Han havde, fra irakiske venner, hørt om en amerikansk fodboldspiller der havde fået skadet sine testikler i en fodboldkamp, men blev fertil igen ved at få transplanteret en af sin broders testikler. Klinikken afviste muligheden men anbefalede i første omgang at han selv leverede sæd (ved masturbation), som klinikken kunne ”koncentrere”. Patienten afviste muligheden fordi masturbation er forbudt (”haram”). Derimod var resultatet af ufrivillig ”natlig sædafgang” tilladt. Den løsning gav ikke resultat. Klinikken foreslog derefter muligheden med donorsæd, men overvejelserne om dén mulighed havde den omgående effekt at patienten fik hvad han selv kaldte ”dårlig psykologi” og tab af selvværd i forhold til sin nye ægtefælle. Shaykh Ali måtte erkende at der ikke var nogen acceptabel løsning for ham og hans nye ægtefælle forlod ham ligeledes.

I en anden case beskriver Inhorn 37-årige Ibrahim, engelsktalende ingeniør, der havde deltaget i oprøret mod Saddam Hussein, og som blev ramt af skud i bækkenet, der medførte en langvarig hospitalsindlæggelse med mange operationer i vitale områder. Mens han var indlagt, blev hans familie straffet af Saddam ved at patientens bror blev sat i fængsel og ”forsvandt”. Ibrahim flygtede men endte 6 år i saudisk fængsel før han endelig fik flygtningestatus og kom til USA. Som 30-årig havde Ibrahim kun haft to, købte, seksuelle erfaringer med kvinder, begge i hjemlandet. Den, i forhold til Irak, frie seksuelle moral i USA faciliterede at Ibrahim forsøgte at gøre flere kvinder i USA gravide, men uden held. Han bebrejdede sig selv og skød skylden på at han dels havde ”brugt al sin sæd” i hjemlandet ved købesex og nu straffede Allah ham meget hårdt ved at gøre det umuligt for ham at få børn. Ibrahims far i Irak arrangerede et ægteskab med en kvinde fra Irak, som fik familiesammenføring til USA. Da den nye ægtefælle fik indtryk af et grundlæggende reproduktionsproblem, fik hun arrangeret en undersøgelse på fertilitetsklinikken – en undersøgelse der viste at Ibrahim ikke var i stand til selv at levere sæden til at få børn. Ægtefællen var forstående og kærlig, men Ibrahim var knust: ”jeg er ikke en rigtig mand – det er en rigtig ubehagelig følelse”. Men ægtefællen insisterede og klinikken bidrog med information om tilstanden, så Ibrahim til sidst accepterede sin tilstand som en relativt normal tilstand som mange mænd må acceptere ligesom hårpragt, højde og udseende. Ibrahim skulle lære at mandighed ikke nødvendigvis udtrykkes gennem antallet af børn og at et ægteskab kan være baseret på andet end børn.

Hiv-smitte i etniske minoritetsgrupper er et typisk eksempel på et seksuelt relateret felt omgivet mere af forestillinger end fakta og hvor de fleste vælger tavsheden af frygt for udstødelse. Der kan også være tale om at dominerende toneangivende personer i vedkommendes etniske gruppe har en tydelig, men uhensigtsmæssig, holdning til seksualitet. Normalitet i minoritetssammenhæng er centralt: man må ikke afvige, dårligt helbred skaber bekymring og leder til bebrejdelser fra omgivelserne. I den sammenhæng kan det være udelukket at diskutere ethvert helbredsproblem, seksuelt eller ej, med andre i familien eller det sociale netværk. Fagpersonen kan dermed stå med et stort ansvar som den eneste patient/klient kan tale med om disse ofte helt almenmenneskelige og centrale problemer og værdier. Det respektfulde og professionelt nysgerrige i rammer der i starten bygges op af klienten og på klientens præmisser er centralt: de fleste mennesker er rationelle på deres egne præmisser – det er derfor præmisserne der skal frem.

I den store undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen i 2005 om viden om kønssygdomme blandt 4 store etniske grupper i Danmark fandt man at abortraten er højere for etniske minoritetskvinder samtidig med at viden om kønssygdomme og reproduktiv sundhed var meget beskedent. Usikre metoder

som afbrudt samleje og ”sikre perioder” var hyppige. Blandt unge var der en udbredt opfattelse af at kønssygdomme kun ramte etniske danskere og at mange havde den opfattelse at man ikke kunne få kønssygdomme, hvis man havde samleje med en person fra sin egen etniske gruppe. Der er store etniske forskelle i viden og adfærd, men nogle etniske grupper stødt først på information om reproduktiv sundhed i forbindelse med graviditet (1156). Forholdet til kvinders seksualitet afhænger af etnicitet, hvor den i Somalia, Sudan og Egypten samt Golf området er stærkt tabuiseret og indenfor de lande kan det, i snævrere kredse, endda direkte betragtes som skamfuldt. Derimod kan det opleves nemmere at tale om kvinders seksualitet for kvinder fra Palæstina, Libanon, Jordan og Syrien. Der er ingen klare anvendelige regler og den eneste løsning er at kredse sig ind på patientens egen holdning.

Eksisterende tilbud om seksuel sundhed anses ofte af flygtninge/indvandrere som kulturelt ufølsomme i deres sprog og indhold og den måde seksuelle emner omtales kan føre til at visse grupper direkte afviser tilbud: ”de emner vedrører ikke os – det er ikke problemer vi ser hos ”os”” (1157). Nogle kampagner har i deres sprogvalg haft en direkte modsat effekt af den forventede: HPV-vaccinen blev bla. præsenteret som en vaccine mod seksuelt overført sygdom og at den virker bedst hvis den gives før seksuel debut. Det budskab blev i nogle etniske grupper forstået som at pigerne skulle undersøges for seksuel aktivitet af lægen før de kunne vaccineres og mødrene afviste derfor vaccinen fordi mødrene bestemt afviste at deres døtre var seksuelt aktive og heller ikke skulle undersøges af en læge der kunne risikere at bryde mødommen med senere ægteskabelige problemer (1158).

Kulturelle forskelle i den sociale betydning af konkrete lidelser er hyppige, men ofte skjulte. Urin inkontinens er i nogle etniske grupper en social og menneskeligt helt uacceptabel lidelse. Som ”uren” må man ikke bede, inkontinens er udtryk for at kroppen er unormal og u-perfekt og det betragtes som et barnligt og umodent problem. Problemet er at det er et meget hyppigt problem for kvinder og at det er et emne der ikke må tales om, heller ikke med lægen. Problemet internaliseres og det påvirker patientens seksualliv, det religiøse liv, det reducerer selvværdet og risikoen for stigmatisering er stor (1159).

Der er udviklet kulturelt sensitive og validerede metoder til indhentning af sensitive informationer om seksuel adfærd og reproduktiv sundhed som kombinerer computerassisterede spørgeskemaer med direkte interview (1160).

Alder og generation

Unge flygtninge/indvandrere kan udgøre et særligt problem på grund af sparsom viden og sprogbarrierer i forhold til at tilegne sig viden. De sociale rammer ændres efter migration og der kan åbne sig muligheder for kontakt med seksualpartnere på andre måder og i andre sammenhænge end i hjemlandet, som kan give anledning til risiko seksuel risiko adfærd (1161) (1162). Mange unge oplever følelsesmæssige konflikter mellem moral og normer i hjemmet og så de nye muligheder. Vanskelige dobbeltliv er almindelige, men er ikke uden omkostninger og konflikter, der kan påvirke seksuel glæde i snitfladen mellem to kulturer (1163). Også blandt unge kan spørgsmål om fortrolighed, skyld og skam være barrierer for at tilegne sig viden (1164). Kønsforskelle i seksuelle værdier kan give anledning til frustrationer mellem kønnene: oftest er unge kvinder underlagt tydeligere og strammere seksuelle (abstinens) rammer end drenge der til gengæld tillades, at have flere seksuelle partnere før ægteskab (1165). Tilsvarende kan der opstå brydningsflader i adfærd og sprog mellem den viden piger tilegner sig typisk i skolen mod den viden drengene tilegner sig typisk udenfor skolen gennem f.eks. internettet (1166). Teenagere tilhørende etniske minoriteter er også sårbare over for at seksuel aktivitet bruges til at erstatte omsorg, kærlighed og accept, fordi de har et behov for at passe ind, og de kan have en begrænset social beslutningsstøtte i det nye land. For unge indvandrere, er det at blive seksuelt aktiv ensbetydende med, at de er voksne (1167). Der er ofte større seksuel frihed for drenge end for piger i etniske minoritetsgrupper med større accept af lejlighedsvis sex. Førægteskabelig sex accepteres åbent for drenge og ”dobbelt spil” kan ligefrem være sanktioneret og mandigt i nogle etniske grupper (1168).

I den anden ende af aldersskalaen er menopausen for mange kvinder et vendepunkt i seksuel sammenhæng. Menopausen betyder at man i nogle etniske grupper ophører med at være kvinde, fordi reproduktionsevnen ophører. En kvinde beskrev det således: ”*I mit land er man nærmest død når man er 60 og alle venter på man skal dø. I Danmark starter det gode liv når man er 60. Jeg kan se (etnik-*

danske mænd på 70 år kysse deres koner og holde hånd som om de var 20 år. Når mænd bliver 50 i mit land så vender de hovedet bort når de ser deres kone og man skal være glad for et "godaften" – det er en god dag, hvis man får det". Der er store etniske forskelle i seksuel lyst og aktivitet op til menopausen, men de skyldes primært forskelle i forventninger, relationer mellem kønnene og forventninger (1169).

Fagpersonen og religionerne

Få studier har set på de faglige udfordringer i seksuel rådgivning rettet mod etniske minoriteter med meget blandede religiøse tilhørsforhold. Et studie fra London blandt personalet på en rådgivningsklinik for seksuel sundhed fandt at følgende emner ofte krævede mere tid og kulturel/religiøs tilpasning: homoseksualitet, graviditetsafbrydelse, behandling af seksuel dysfunktion, viden om seksuelle forhold og anatomi og opfattelsen af høj-risiko adfærd. Studiet bemærkede at der kunne være store forskelle i hvor meget og hvor detaljeret viden man fandt det nødvendigt at have om kroppens funktioner (1170). Noget der er vigtigt at understrege er, at kultur/traditioner er ét og religion noget andet i. Mange af de myter og "regler" etniske minoriteter følger, er ældgamle traditioner, men bliver i eksilerede etniske minoritetssammenhænge tillagt et religiøst grundlag. Overordnet set er religion og etnicitet ikke i sig selv forbundet med hyppigere seksuel dysfunktion blandt etniske minoritets kvinder i forhold til baggrundsbefolkningen, men etniske minoritetsmænd har hyppigere lægesamtaler om seksuel dysfunktion end andre mænd i England (1171, 1172). Bedste indikator for underliggende seksuel dysfunktion hos mænd var hyppige aftaler med den praktiserende læge om "småting". Kultur og religion påvirker også seksuel funktion / dysfunktion, samt forståelsen og behandlingen af samlivsproblemer. Kulturindlæring og kulturelle og religiøse restriktioner kan hyppigt føre til seksuel dysfunktion specielt når de skal udledes i et tværkulturelt felt mellem majoritetens og minoritetens seksuelle holdninger. Særligt de unge der tilhører etniske minoriteter, er tyngede af dobbeltliv, ikke mindst i forhold til seksuelle normer og religiøsitet (1173, 1174).

Særlige vaginale praktikker

Der er beskrevet en lang række etnisk specifikke procedurer omkring vaginal hygiejne som i nogle tilfælde kan være helbredsskadelige og derfor er vigtige at kende, se f.eks. (1175, 1176). For mere udførlig gennemgang henvises til kapitlet om tværkulturel sexologi i Bogen "Sexologi – faglige perspektiver på sexologi" (1133).

Seksuel vold

Seksuelt betonet vold er blevet et krigsvåben der oftest rettes mod kvinder og børn, men også mænd udsættes for seksuelle ydmygelser i fængsler (1177, 1178). Seksuel vold har langtidskonsekvenser og sætter varige præg på voksnes seksualliv (1179, 1180). Her skal særlig gøres opmærksom på at mange PTSD-patienter mangler lysten til at have lyst, det kan være re-traumatiserende at gennemføre et vaginalt samleje fordi det kan føre til flashbacks (ukontrollerede genoplevelser af f.eks. tortur eller voldtægt). Af frygt for samlivet eller ægteskabet kan PTSD patienten vælge ikke at fortælle sin partner om tidligere oplevelser, men ikke sjældent kan tidligere seksuelle overgreb eller tortur blive et løbende konflikt punkt mellem ægtefæller og fører hyppigt til seksuel dysfunktion. Særlige torturformer med seksuelt indhold kan føre til både specifikke og uspecifikke seksuelle dysfunktioner, men kan også føre til angst for f.eks. moderne kikkert undersøgelser på sygehus, genoptrænings maskiner eller træning i svømmehaller.

Seksuelt vold har haft et næsten epidemisk præg under krige i det centrale Afrika, men der har også været krigsrelaterede voldtægter ved afslutningen af 2.verdenskrig i f.eks. Tyskland. De færreste krigsflygtninge fortæller spontant om disse oplevelser selvom de for de fleste dagligt er i spil og er årsagen til seksuel dysfunktion (1181).

Migrant kvinders og unges særlige udfordringer

Kvindens status er normalt knyttet til deres rolle og status i familien og er defineret i forhold til deres mandlige partnere. Migration kan derfor placere kvinder i situationer, hvor de oplever stress og angst på grund af tabet af deres relative sikkerhed i traditionelle sociale omgivelser og miljø. Migrantkvinder er mere sårbare og udsatte for seksuelt misbrug og vold, der også udsætter dem for højere risiko for

kønssygdomme, herunder HIV, og en række posttraumatisk stress lidelser forbundet med seksuel vold. Deres sociale integration i et nyt samfund, og den viden der følger med, kan være begrænset af kort uddannelse og mangel på erhvervs erfaring. Deres behov for viden om reproduktiv sundhed går ofte ubemærket hen og de er ofte ret ubeskyttede selv i velorganiserede og sikre flygtninge- og indvandrere situationer. Sundhedspersonale er ofte uvidende om indvandrerkvindernes behov for særlige ydelser og tilpasset information (1182).

En svensk sociologisk undersøgelse af somaliske kvinders og unges seksuelle brydninger i eksil viste resultaterne, at den somaliske kultur ikke støtter at børn har seksualundervisning på skoler eller at navne på kønsorganerne omtales udover som metaforer (1183). Pigerne oplever i modsætning til jævnaldrende drenge en meget skræmmende proces i barndommen, hvor deres selvværd reduceres gennem social styring og aktiv kontrol af "jomfruelighed" og seksualitet. Deres integritet som kvinder er derfor tilsidesat. Da somaliske flygtninge kom til Sverige, adapterede især de unge, til svensk livsstil og kulturelle normsystemer. Forholdet til en ny kultur med sine nye forventninger til lydighed overfor normer skabte nye muligheder for at styrke selvværd. Eksilsituationen har tendens til at generere vandrette konflikter, mellem ægtefæller og mellem grupper af mennesker med forskellige modstridende holdninger til balancen mellem traditionelle somaliske værdier og svenske værdier om køn og seksualitet. Det har også en tendens til at generere vertikale konflikter, fordi generationernes værdier støder sammen - især udtalt, når det drejer sig om seksualitet og seksuelle forhold. De unge generationer stiller spørgsmål til de voksnes myndighed som forældre og indsigt, fordi de unge får informationer ad andre kanaler end dem forældrene normalt kontrollerer. De unges nye drømme og valg passer imidlertid ikke til forældres forventninger, hvilket nogle gange fører til store problemer og umulige valg mellem familieliv og socialt liv. Politisk uro og fattigdom i hjemmet har tvunget mange somaliere til at emigrere. De forlod ikke kun deres hus, familier, pårørende og venner, men også kultur, skikke og rutiner og ofte ender de i værdimæssigt ingenmandsland, mens de unge udfordrer deres autoritet, viden og rutiner. Fra et traditionelt perspektiv mangler de unge respekt for traditioner og den oprindelige kultur. Fra et mandligt perspektiv betyder det mere specifikt manglende respekt for mandlige dominans og overlegenhed i seksuelle sammenhænge. I asiatiske migrantmiljøer har man påvist hvordan mange udvikler en hybrid "migrant identitet", med seksuel adfærd og værdier, der kan være svære at gennemskue og som derfor er utilgængelige for påvirkning (uden kvalitative studier) (1184). Værdier, der relaterer sig til seksuel og reproduktiv sundhed, dannes primært i den kulturelle sammenhæng, hvor man føler sig mest sikker, men remodelleres til stadighed af nye kulturelle og samfundsmæssige sammenhænge. Anden- eller tredjegenerationsindvandrere i Vesten har ofte en mere flydende og mosaiklignende seksualmoral med elementer fra flere kulturelle kontekster (1185). For eksempel kan forestillinger og idealer om "jomfruelighed" blandes og opdateres i mødet med nye kulturelle kontekster (1186-1188). De unge kvindelige migranter er meget tydelige i deres dilemmaerne i dobbeltlivet: forældrenes rutinemæssige mistillid og konstante sociale kontrol er psykisk opslidende og til sidst er den lette løsning at finde en ung mand "der forstår" og derigennem genvinde et lille hjørne af magt over eget (seksual-) liv (1189, 1190).

Der er en øget forekomst af uønsket graviditet, abort, seksuelt overførte infektioner og seksualiseret vold blandt indvandrere i forhold til værtslandets baggrundsbefolkning. At være indvandrer eller flygtninge kan udgøre en forhindring for adgang til seksuelle og reproduktive sundhedsydelser, og anvendelsen af prævention kan fx være mangelfuld, ligesom abortkvotienten er højere (1191), og flere undersøgelser peger på, at vidensniveauet om reproduktiv- og seksuel sundhed blandt flygtninge og indvandreres er lavere end i befolkningen under ét. Mulige barrierer kan være: Sproglige eller sociale barrierer, skam, misforståelser, dårlig kommunikation i familien og manglende kulturel sensitivitet i sundhedssystemet (1164).

Sundhed afhænger i høj grad af tidligere erfaringer, hvor negative seksuelle og reproduktive oplevelser er tæt knyttet til vold og psykiske problemer. Mange flygtninge kommer fra områder, hvor de var afskåret fra rådgivning og tilbud om reproduktiv sundhed og hvor seksuelle overgreb og partner vold er udbredt. Resultatet er internaliseret skyld, skam og stigma, hvor tavsheden er eneste udvej. I et kvalitativt studie blandt somaliske kvindelige flygtninge i Sverige blev tavshed, isolation, standhaftighed og religion de eneste udveje til at leve med de negative seksuelle oplevelser (1192). Undersøgelsen

konkluderer, at voldelige seksuelle oplevelser ofte ikke nævnes spontant og hyppigt overses i sundhedsvæsenet, selvom de kan bidrage kraftigt til isolation og negativ integration. Mange kvinder, særligt familiesammenførte, frygter at en evt. afsløring af tidligere seksuelle overgreb kan opløse ægteskabet og sende dem tilbage til hjemlandet. Fraskilte familiesammenførte kvinder udsættes ikke sjældent for krav om seksuelle modydelser af ex-manden mod at denne henter og bringer børnene fra skolen eller kører kvinden til lægen eller møde i kommunen. Det opleves som seksuelt overgreb men anmeldes ikke af frygt for at miste børn, transport støtte eller opholdstilladelsen. For at kunne tale om seksuelle overgreb og følger skal der mere end tolk til: man skal koncentrere sig om det enkelte menneskes vilkår udover det, der normalt opfattes som "det etniske" og "det kulturelle". Der skal bruges tid på at skabe tillid og ro til samtalen. Det er ikke altid hele sandheden kommer frem med tolkebistand – så må man forsøge sig uden tolk.

Mænd og kvinder tilhørende etniske minoriteter ændrer seksuel adfærd i modtagerlandet afhængigt af hvor meget og hvordan de integreres i det nye samfund – og af forskellige grunde: nogle tilpasser sig fuldstændigt med tiden, mens andre bevarer en vis tilknytning til deres oprindelig etniske holdninger (1193). Man taler nu også om intimt medborgerskab: udover de kendte rettigheder og pligter i medborgerskab, så bør man også inkludere retten til at kunne bestemme over sin seksualitet og krop (1194).

Eksil og Integration

Nordeuropæiske lande er præget af en relativt individualistisk adfærd og orientering mod uafhængighed, selvstændighed og personlige mål, som imidlertid kan øge seksuel udforskning og risiko sex. På den anden side, kan familieorienterede kulturer og nogle disciplinære regler beskytte mod seksuel risiko adfærd. Nogle undersøgelser tyder på, at indvandrere bevarer deres egen seksuelle adfærd i værtslandet (1195, 1196).

Indvandrere kan ikke ses som en homogen gruppe og nogle minoritetsgrupper ændrer hurtigere holdning til seksualitet end andre. F.eks. har iranske indvandrere i Sverige ændret deres syn på seksualitet mod mere åbenhed. Sex og seksualitets relaterede emner er ikke længere tabu og indvandrernes viden om seksualitet er øget. Men dialogerne om seksualitet er ofte rettet mod de unge, mens de ældre generationer er mere begrænsede i denne kommunikation. Processen med integration har også bragt de to køn sammen på mere lige fod og iranske mandlige indvandrere har mistet noget af deres dominans i seksuelle relationer. Disse ændringer er ikke permanente og er kontekst afhængige. Iranske indvandrere følger svenske seksuelle normer, mens de bor i Sverige, men når de er tættere på deres iranske rødder, følger de deres traditionelle hjemlige seksuelle normer (1197, 1198). Iranske indvandrere, der bor i Canada, har udviklet deres seksuelle synspunkter delvist i samme retning, mod mere åbenhed, men denne proces har samtidig haft negative konsekvenser for kvinderne. Iranske kvinder presses af deres gruppe til at handle i overensstemmelse med de traditionelle normer fra hjemlandet mens de samtidig skal stadig tackle den iranske mandlige dominans og med mændenes øgede og mere åbne interaktion med det modsatte køn i Canada. Disse negative virkninger har hovedsageligt påvirket den anden generation af iranere i Canada (1199). Integration kan spille en vigtig rolle i indvandrergupper for ændringer i seksuel adfærd og herunder seksuelt risikabel adfærd. Integrationsprocessen er dog ikke den eneste faktor der øger risikabel seksuel adfærd (1151, 1196).

En sammenlignende undersøgelse mellem muslimske indvandrere og unge fra baggrundsbefolkningen i Frankrig viser at indvandrere unge hyppigere fejlvurderer antallet af seksuelle relationer, evnen til at kommunikere om sex og seksualitet og erfaringer om sex. Selv når muslimske unge har boet i værtslandet siden den tidlige barndom, er deres kulturelle baggrund så stærk, at det dominerer deres holdning til seksualitet. For dem forbliver seksualitet og intimitet tabu (1200). De samme konklusioner er nået i en senere undersøgelse, der sammenligner unge med muslimsk og kristent tilhørsforhold. Den seksuelle adfærd blandt muslimske indvandrere er stærkt styret af traditioner og af frygt. Unge frygter deres forældres reaktioner og de frygter, at skade på deres omdømme (1201).

At være flygtning, teenager eller en del af de etniske minoriteter kan udgøre en forhindring for adgang til seksuelle og reproduktive sundhedsydelse (19, 1191, 1202). Undersøgelser viser en øget

forekomst af uønsket graviditet, abort, HIV, seksuelle overførte sygdomme og seksuel vold blandt indvandrere i værtslandene. Også anvendelsen af svangerskabsforebyggende er mangelfuld (1203). Som et resultat er seksuel sundhed blandt indvandrere lavere end i majoritetsbefolkningen. En undersøgelse foretaget i 2011 om sundhed og livskvalitet blandt russiske, somaliske og kurdiske indvandrere i Finland viste, at brugen af svangerskabsforebyggende metoder blandt indvandrerkvinder var lavere end i den almindelige befolkning. Også antallet af aborter var højere blandt indvandrerkvinder, den højeste forekomst sås blandt russiske immigranter, hvor mere end 50 % har haft mindst én abort (1151, 1204, 1205).

Kulturbårne tilstande: Koro og dhat

Koro er et malaysiske ord for skildpaddens hoved, der kan trækkes helt ind under skjoldet. Tilstanden er kendetegnet ved en angstpræget oplevelse af, at penis gradvist "forvinder" ind i kroppen, uden at manden er i stand til at kontrollere den langsomme skrumpning. Hos kvinder er der beskrevet lignende vrangforestillinger mht. bryster og kønslæber. Koro (undertiden betegnet *jinyin bema* eller *suk yeong*) er beskrevet i en lang række kulturer, men den har mange forskellige udtryk (1206). Der har været epidemier af koro i flere asiatiske lande, mens fænomenet er stort set ukendt i Europa og USA. Koro tilhører diagnostisk en gruppe af kulturspecifikke diagnoser, som behandles psykiatrisk. Koro-lignende symptomer kan være tegn på en grundlæggende psykosetilstand. Koro er beslægtet med den kulturbårne diagnose dhat (også kaldet *dhatu*, *jiryen* eller *shen-k'uci*), hvor patienten oplever træthed og muskelsmerter i relation til angsten for at have mistet vital sædvæske. Koro og dhat er omtalt i hhv. DSM-IV og ICD-10.

Medier, etnicitet og stigma

Stereotypier og fordomme er hyppigt anvendte værktøjer når vi skal forstå mennesker vi ikke kender. Nyhedsmedierne spiller en stor rolle i den måde flygtninge/indvandrere opfattes og seksualitet er en central del af det billede medierne giver læserne, viste en Phd om danske mediers omtale af etniske minoriteter. Der er ofte tale om et "os" og "dem" dilemma, hvor dansk seksualmoral er den gyldne målestok. Ofte nævnes den "kriminelle indvandrer" i pressen i sammenhæng med den "seksuelt aggressive muslimske mand" og den "undertrykte kvinde med tørklæde" – mens den etnisk danske befolkning implicit dermed blev en lovlydig, både kysk og frigjort befolkning. Seksualitet bliver brugt som en platform for en binær, race-baseret diskussion om seksuelle rettigheder og adfærd, hvor den etniske danske adfærd antages at være "god" og seksuel indvandrer adfærd "dårlig" (1207). Seksualitet og seksuel adfærd varierer meget mellem forskellige sociokulturelle sfærer, hvilket kræver, at sundhedspersonale har en kulturelt informeret tilgang til diagnostik og behandling inden for etiske rammer, der har respekt, forståelse og tolerance som grundlæggende elementer. Stereotypier og fordomme om seksualitet i tværkulturelt perspektiv bør erstattes med nysgerrighed, viden og indsigt (1208, 1209).

Anbefalinger

De fleste metoder i seksuel rådgivning mangler diversitetsfølsomhed og læger og psykologer må derfor indrette sig på at opnå indsigt i patientens og partnerens kultur, værdier og erfaringer gennem samtale (1210). Her er der 4 gode pejlemærker eller temaer, der kan anvendes i tilgangen: (1) bevidsthed om kulturelle forskelle, (2) viden om klientens kultur, (3) skelnen mellem patologi og kultur, (4) anvendelse af en kulturelt passende terapi. Vores egen kulturelle ståsted har som behandlere en evne til at agere målestok, men er udtryk for en kulturel blindhed, der kun kan ændres med faglig nysgerrighed og viden (1211, 1212).

Ved samtaler om seksuel sundhed skal den sundhedsprofessionelle opbygge et miljø, hvor klientens sociokulturelle og religiøse værdier kan undersøges korrekt med respekt, samvittighed og følsomhed. Frygten for at være uinformeret eller uvidende om andres kulturelle normer fører let til at lægen tøver med at komme ind på følsomme emner. Politisk korrekthed eller direkte berøringsangst, især med hensyn til indvandrer- og mindretalspopulationer i vestlige lande, er en hyppig årsag til tøven med at omtale aspekter af patienters seksualitet, der kan være vigtige for behandling og livskvalitet. Antagelser om en patients kulturelle værdier på baggrund af adfærd kan hæmme en korrekt lægelig vurdering af

patientens mål og forventninger. Følsomhed over for en kultur indikerer ikke, sådan som mange tror, enighed med patientens overbevisning om et seksuelt problem, det er snarere en metode til at acceptere, at der er forskelle i værdier og dermed skabe løsninger indenfor patientens eget tanke sæt. Introspektion af ens egne følelser og overbevisninger er især nødvendig på dette område, for at undgå fordomsfulde og forkerte beslutninger. Behovet for samskabelse med patienten i opfattelse og løsninger kan ikke overdrives på det tværkulturelle seksuelle område (1213). Mens sociale faktorer og kultur bidrager til seksualitet, er deres virkning i forhold til integration stadig ukendt, hvorfor samtalen bliver en vigtig del af at lære om klientens tværkulturelle påvirkninger og deres betydning for den seksuelle sundhed.

Opsummerende, så bør vurdering af seksuel sundhedsvurdering omfatte nysgerrighed, tværkulturelle kompetencer og den bør følge retningslinjer som anbefalet på den fjerde internationale kongres om seksuel sundhed – se figur 27

Evaluer patienter og deres partnere i sammenhæng med kulturelle baggrund, værdier & præferencer.
 Evaluer forstyrrende seksuelle symptomer, uanset om de er en anerkendt dysfunktion.
 Før samtalen på en kulturelt- og diversitetsfølsom måde, der anerkender kulturelle faktorer og sprogbarrierer og inkluderer enighed om hvilke begreber, detaljegråd og stil der er mest behageligt for klienten eller parret.
 Evaluer heteroseksuelle par, der henvender sig med "u-fuldbragt" ægteskab for tilstedeværelsen af kvindelige (vaginismus) eller mandlige seksuelle vanskeligheder (f.eks. For tidlig ejakulation) og hvordan de påvirker hinanden.
 Der bør udvikles kulturelt og religiøst tilpassede samtale og vurderingsværktøjer, der sikrer mod fordomme, misforståelser og udeladelser.
 Kend og erkend egne fordomme og forhåndsopfattelser om klienters etnicitet, køn, seksualitet og deres familiemedlemmer. Reducér indflydelse fra fordomme ved at søge information & gennem kendskab til den enkelte klients erfaringer, holdninger og præferencer.

Figur 28. Anbefalinger til samtaler om seksuel sundhed (Efter (1190)).

Cases

Case 1.

34-årig velintegreret mand, flere jobs, højt uddannet. Social deroute, forretning går konkurs, fyres fra rengøringsjob. Indlægges med bryst smerter og udskrives. Henvender sig til lægen ugentligt med ubetydeligheder. Fængslet i hjemlandet, seksuelt tortureret analt med fækal inkontinens til følge og intermitterende impotens som følge af tortur med strøm til kønsdelene. Impotens forværret da forretningen gik konkurs, føler sig ikke længere som en stor mand.

Kommentar:

Torturskader får ny betydning da patienten rammes af konkurs og efterfølgende tab af mandighed og følelse af generel utilstrækkelighed.

Case 2.

32-årig mand fra Vestafrikansk land henvist med "mange afrikanske symptomer". Patienten havde i lang tid klaget over at hans penis var meget lille. Patienten var blevet undersøgt hos en række speciallæger: neurolog, urolog, psykiater og hos psykolog uden held. Patienten fastholdt beskrivelsen af sine problemer: lille penis, træt og følte at han var blevet lavere i højden. Adspurgte hvordan han ville opfatte det samme problem i sit hjemland forklarede han at det betød at han ikke var i stand til at være sammen med kvinder, dvs. et rejsningsproblem. Hvor han kom fra sagde man "lille penis" når man mente "rejsningsproblem". Det troede han var et begreb mænd brugte overalt i verden og forstod ikke hvorfor danske læger ikke vidste det. Patienten var blevet impotent efter at hans ex-kone angiveligt havde snydt ham for alle hans penge, bilen og en ejerlejlighed og han var nu henvist til at bo på et mandehjem. Han følte sig som en lille mand og han var blevet lavere. Blev henvist til sexologisk rådgivning.

Kommentar:

Vigtigt at skabe rammer hvor patientens forståelsesramme kommer i spil og at behandleren lever sig ind i tankesættet for at kunne samskabe en løsning med patienten. Ofte en god ide at bede patienten forklare hvordan problemet ville blive opfattet og forstået i hjemlandet.

Case 3.

26-årig kvinde med klager over blødningsforstyrrelser. Mange lægebesøg, (mandlig) gynækolog finder intet abnormt, overfor kvindelig (ældre) gynækolog oplyser patienten at der er et infertilitets problem og smerter ved samleje. Overfor ung (jævnaaldrende) kvindelig læge oplyser patienten at hun mistede lysten til seksuelt samkvem med ægtefællen efter første graviditet for 7 år siden. Erindrer ikke hvordan hun blev gravid og har et ønske om at blive gravid uden seksuelt samvær: kan ikke lide den fysiske kontakt og er sikker på manden har en anden kone. Der er et stort pres fra svigerfamilien om flere børn og kvinden vil gerne have råd om hvordan hun kan blive gravid uden den fysiske kontakt.

Kommentar:

Vigtigt at arbejde med relationer med henblik at sikre den nødvendige tillid og intimitet. Man må ikke underkende betydningen af identifikation (her alder og køn). Seksuel rådgivning handler også om at have fornemmelse for patientens viden om kroppen og reproduktion – ikke alt er givet.

Case 4.

36-årig kvinde der under fødsels er ved at forbløde. Kirurgen kan ikke stoppe blødningen og må derfor fjerne livmoderen. Barnet og moderen overlever med nød og næppe. Kirurgen er tydeligt lettet og lidt stolt over at have reddet begge da han meddeler familien resultatet i venteværelset. Kirurgen lægger vægt på at de begge er i live og har det godt og nævner i en sidebemærkning at de måtte fjerne livmoderen. Manden forlader spontant og bryskt venteværelset. År senere henvises kvinden på grund af universelle smerter og depression. Kvinden forklarer at manden ikke har villet have seksuelt samvær med hende og han vil nu skilles. Kvinden mener manden er vred over at kirurgen fjernede livmoderen uden at spørge familien først. Der indkaldes til et, forsinket, *debriefing* møde med kirurgen hvor det kommer frem at en livmoder ikke bare er kvindens, men hele familiens livmoder – det er familiens organ, der sørger for at familien kan leve videre og den må ikke bare fjernes uden tilladelse. Sagen løses med en forklaring og undskyldning fra lægens side og anmodning om at det ikke lægges kvinden til last at kirurgen besluttede at redde mor og barn. Manden accepterede forklaringen.

Kommentar:

Vigtigt at tage udgangspunkt i patientens opfattelse og situation – uanset, hvad man måtte mene om den. Kroppen er en gave og den tilhører ikke bare personen men hele familien. Livmoderen er familiens livmoder fordi den anses for at sikre familiens fortsatte eksistens.

Case 5

32-årig mand fra Mellemøsten henvist fra sexologisk klinik med et rejsningsproblem, som man ikke havde haft held til at hjælpe patienten med. Der anvendes mandlig tolk til den første samtale og patientens 11 år yngre ægtefælle er med til samtalen. De er blevet gift knapt 1½ år før samtalen i Indvandrermedicinsk klinik. Det viser sig at patienten hellere vil tale arabisk end kurdisk om det aktuelle emne. Der skiftes derfor til en anden (ældre) mandlig arabisk tolk. Ægtefællen er under hele samtalen til fjern, virker uinteressert men blander sig af og til med et grin der virker "fjoget" og lidt upassende. Patienten oplyser at han bare vil have "ordnet" sit problem og han ser ingen grund til at tale mere om det – vi ved hvad det drejer sig om, han har prøvet alt uden effekt og nu vil han vil gerne opereres så det kan "fixes", som patienten udtrykker det. Forsøg på at involvere ægtefællen i samtalen lykkes ikke. Det aftales at der tages kontakt til sexologisk klinik for at høre hvilke behandlingsmuligheder, der præcist er afprøvet. Til næste samtale kommer patienten alene og der er nu valgt en kvindelig tolk på patientens egen alder. Der tales nu kurdisk.

Patienten bliver forvirret over samtalen og beder tolken forklare, at der må være tale om en misforståelse. Han har ikke rejsningsproblemer, men hans nye unge ægtefælle siger han har alvorlige problemer med for tidlig udløsning og hun skælder ham ud over det. Han undrer sig over hvor hun har den type information fra og er kommet i tvivl om ægtefællen har seksuelle erfaringer med andre mænd. Han fortæller at han ikke kunne tale med den tolk, der blev anvendt i sexologisk klinik fordi vedkommende var "ufølsom" og virkede fordømmende. Patienten havde været ikke interesseret i at ægtefællen skulle deltage i den sidste samtale i Indvandrermedicinsk klinik, men hun havde insisteret – han havde derfor bedt om en arabisk tolk, fordi ægtefællen ikke taler arabisk. Ægtefællen havde grinet fordi hun godt vidste hvorfor han valgte et andet sprog og gjorde lidt nar ad ham over det. Patienten fortalte at han aldrig har haft seksuelt samvær før i sit nuværende ægteskab som 32-årig. Patienten fik information om det var et hyppigt problem for mænd, men at det kunne forebygges og patienten blev derefter instrueret i øvelser til at forhindre for tidlig udløsning og blev præsenteret til en hjemmeside med øvelserne så han kunne vise dem til sin ægtefælle.

Kommentar:

Den sproglige skelnen mellem rejsningsproblem og for tidlig sædafgang er svær og kræver aktiv udspørgen og en tolk med en professionel tilgang til sensitive emner. Manglende viden på begge sider kan komplicere både forståelse og behandling hvis den ikke korrigeres af behandleren. Vigtigt at tolken ikke uforvarende bliver en barriere.

Case 6

42-årig kvinde, flygtning fra Afghanistan, henvist med kroniske lændesmerter og prikkende paræstesier i underkøben. Går hos privatpraktiserende psykiater pga. angst. Forklarer at hun har fået det bedre efter start på kommunal genoptræning og samtalerne hos psykiateren har haft effekt, så hun nu er begyndt at kunne glædes over små ting. Hun beskriver at hun har udviklet tanker om katastrofer og konstant uspecifik angst, som har overtaget hendes liv. Smerterne i lænden fik hun efter et meget tungt løft i hjemlandet. En nylig blokade har hjulet en anelse. Patienten er rastløs og giver samtidigt demonstrativt udtryk for at det går bedre. På direkte spørgsmål om der er væsentlige problemer i hendes liv som hun ikke har fortalt om eller som er svære at tale om, bryder patienten sammen. Hun fortæller at hun ikke orker sine forældre som hun jo ellers burde. Patienten spørger om hun må fortælle sin historie og da det bekræftes, fortæller patienten at hendes far var ludoman og alkoholiker og hendes mor var uligevægt og deprimeret, aldrig glad. Barndommen var præget af fysisk og psykisk vold fra begge forældres side og patienten er meget vred på dem begge, ville gerne elske dem, men kan ikke. Fortæller især om gentagne meget ubehagelige oplevelser, hvor moderen hver dag sendte hende på indkøb et sted hvor der var mange mænd, som befamlede hende på en stærkt krænkende måde fra hun var 8 år gammel. Moderen gav hende selv skylden for at være nedladende og sagde at hun skulle lære at være kysk og ikke skulle fortælle det til nogen. Seksuel aktivitet har siden været omgærdet af skyld og urenhed for patienten. Hendes nuværende ægtefælle og far til børnene har i Danmark været utro mod patienten, ovenikøbet med ægtefællens tidligere forlovede. Patienten har altid tænkt at hun havde en grim og beskidt krop og den tillærte skyld havde fået ekstra næring af ægtefællens utroskab. Patienten ville ikke have at hendes psykiater fik noget at vide om de sider af hendes liv, men patienten ville gerne tale mere om det i Indvandrermedicinsk klinik. Patienten forklarede at hun havde en klar fornemmelse af at smerter og føleforstyrrelser havde med hendes barndom at gøre, men at det var udelukket i hendes opfattelse at tale om det. Patienten valgte senere, efter yderligere samtaler i klinikken, at fortælle sin psykiater om sine barndomsoplevelser.

Kommentar:

Det er ikke sjældent at patienter begrænser (og fordeler) hvilke emner der tales om i de enkelte relationer med behandlere. Det kan skyldes et behov for kontrol over fortællingen og en erfaring for at hvis én person har den fulde patientfortælling er den for "farlig" eller gør patienten særligt sårbar. Vigtigheden af en livshistorie er vigtigt – inklusivt ubehagelige eller sensitive emner som her, hvor der både er tale om seksuelle overgreb i barndommen og at hun hadede sine forældre for sin traumefyldte barndom.

Patienten havde selv set sammenhængen, men som udgangspunkt var det tabubelagt at tænke på det. Livshistorien gav patienten en naturlig grund til alligevel at tale om det. Etableringen af en kontekst der faciliterer tillid gennem normalisering af menneskelige oplevelser af overgreb, er centralt.

Case 7.

51-årig mand fra Mellemøsten henvises med ryggener forværret efter en fyring som skraldemand – en fyring der tog hårdt på hans værdighed. Døjer desuden med udtalt træthed og gener fra et hiatushernie. Viser sig at patienten har studentereksamen fra hjemlandet og han arbejdede som matematik lærer i gymnasiet samtidig med at var virksomhedsejer. Kom i fængsel og blev udsat for tortur med seksuel ydmygelse om natten. Er inkontinent for fæces og urin. Har mareridt hvor han bliver kvalt af stor muskuløs mand hver nat. Han blev registreret med en forkert fødselsdato ved ankomsten til Danmark, men har efter flere forsøg opgivet at få det ændret – han er 8 år ældre end angivet. Leverbiopsi viser udtalt kryptogen steatose, som følges af gastro-enterologerne. Patienten har desuden tegn på søvnapnø, men BIPAP-behandlingen forværrede hans mareridt. Patienten oplever dog selv at det rejsningsproblem, der opstod efter fyringen, er det største problem, hvorfor henvises til sexologisk klinik.

Kommentar:

Selv når de somatiske problemstillinger synes overskuelige skal man være opmærksom når relativt velfungerende patienter, f.eks. efter en social begivenhed, udvikler tiltagende almensymptomer og funktionstab. Ofte kan f.eks. en fyring re-traumatisere patienter samtidig med at tab af arbejde kan starte en social deroute pga tab af værdighed. Der opstår ofte i en social deroute en øget opmærksomhed på kroppens signaler. Klinisk fokus skal altid revurderes og evalueres.

For en mere detaljeret gennemgang af tværkulturel sexologi anbefales kapitlet ” Seksualitet i et tværkulturelt perspektiv” i lærebogen ”Sexologi” (1133).

20: Den tolkede samtale

Hvad er vigtigt?

- Brug tolk til de vigtige centrale samtaler og for at afstemme begreber og forventninger. De fleste fejl sker fordi der ikke anvendes tolk.
- Afsæt ekstra tid til tolkede samtaler – alt skal siges to gange.
- Brief tolken om samtaleens overordnede indhold og de forventede mål – så bliver tolken en medspiller. Bed tolken sige til hvis der er vanskelige eller ukendte ord og begreber.
- Hvis samtalen ikke forløber som den burde så spørg om der er problemer med: dialekt, følsomme emner, tolkens køn/alder, frygt for at tolken sladrer.
- Mange specialord kan ikke bare oversættes, men skal forklares (ofte flere gange) – giv tolken tid til at forklare.
- Pårørende er pårørende og bør ikke også være tolke. Børn må under ingen omstændigheder tolke.
- Forkert spørgeteknik og manglende tværkulturel sensitivitet kan umuliggøre selv dygtige tolkes opgave. Træn kommunikation og kulturel sensitivitet for at få maksimalt udbytte af tolke.

Sprog og tolkning

Selv den bedste medicin virker ikke på den forkerte sygehistorie, og manglende anvendelse af tolkebistand fører til fejlagtige sygehistorier (1214, 1215). Et stort Canadisk review fra 2008 identificerede 82 studier af sprogbarrierers betydning for patientsikkerheden og fandt at 85 % af studierne påviste en signifikant negativ effekt på forebyggelse, behandling og patientsikkerhed (1216). De hyppigste årsager til at der ikke anvendes tolk er at behovet ikke er dokumenteret, at det er ”bedre” (nemmere) at anvende de pårørende som tolke eller at lægen bagatelliserer sprogbarrierens betydning (1217). Flere europæiske undersøgelser tyder på at ca. 30 % af to-sprogede patienter har behov for tolk (50, 830). Tumulty konkluderede allerede i 1970 for knap 40 år siden i *New England Journal of Medicine* at ”Vi læger er bedre uddannede og mere solidt videnskabeligt funderede end nogensinde, men vi er ikke blevet bedre til at tale med patienterne” (1218). Sprogbarrierer skaber udfordringer i udviklingen af sundhedspolitik og i lige adgang til sundhedsydelser (1219). Manglende evne til at kommunikere i læge-patient samtaler har store konsekvenser, og involverede mere end simpel oversættelse af ord, som *Lancet Commission on Culture and Health* konkluderede (1220). Patienter går sjældnere til læge, konsultationer er længere, der er mindre gensidig forståelse, der igen fører til manglende medicincompliance, færre henvisninger til andre specialer og til psykolog (1221-1223). Andre konsekvenser omfatter den øgede risiko for misforståelser, forsinket diagnostik og fejldiagnose (33, 34). Der kræves ofte meget omfattende parakliniske undersøgelser for at kompensere for dårlig kommunikation – man prøver at undgå at tage fejl ved at sikre sig med ekstra mange prøver og undersøgelser (871). Men interkulturel kommunikation og forståelse strækker sig langt ud over sprog. Kompetencer i interkulturel kommunikation indbefatter evnen til at sikre fælles forståelser af mennesker med forskellige sociale identiteter og migrant baggrund. Interkulturel sundhedskommunikation handler ikke kun om simpel oversættelse af sprog, men også om holdninger til sundhed, livskvalitet og adfærd ved sygdom. Et entydigt fokus på at der er tale om et sprogproblem skjuler de mange andre elementer i tværkulturel kommunikation. Flores fandt, at brug af uddannede ad hoc-tolke (familie, venner, børn) førte til dårligere behandlingskvalitet, flere fejl i fortolkning og mindre tilfredse patienter. Omvendt resulterede anvendelsen af professionelle tolke i et fald i misforståelser, øget patientcompliance, reduceret ulighed i adgang til sundhedsvæsenet, forbedrede kliniske resultater og højere patienttilfredshed. Hsieh har forsøgt at analysere de forskellige roller, der udspiller sig i en tolket samtale. Hun observerede tolkede samtaler på hospitaler på mandarin kinesisk (hvor Hsieh var flydende). Hun interviewede desuden de professionelle tolke (818). Undersøgelsen viste, at tolke kunne antage fire mulige roller, ofte indenfor én og samme lægekonsultation. Den overvejende rolle var den usynlige, faglige ”robot” rolle. Den anden rolle var patientfortaleren, men ikke alle tolke var lige fortrolige med denne rolle. Andre roller var den kulturelle mediator eller mægler og, endelig, at den uddannede professionelle rolle hvor tolken følte sig på lige fod med klinikerens i modsætning til en person, der var 'blot' var tosprogede og kun ydede

en instrumentel 'en tolketjeneste' (1224). En canadisk undersøgelse, fandt at indvandrergupper har forskellig sprogkapacitet, især i forbindelse med at diskutere sundhed, sygdom og handicap og det kræver derfor professionel tolkning, samt tværkulturelle kompetencer hos lægen, at etablere en meningsfuld lægepatient samtale (1225). Over-forsimplede forståelser af forskelle mellem etniciteter og for snævert fokus på sprogbarrierer i udviklingen af sundhedstilbud til flygtninge/indvandrere begrænser mulighederne for at relevante sundhedstilbud, der tager højde for interkulturelle kompleksiteter i sygdom og sundhed. Sociale etiketter og koder kan påvirke tolkens muligheder for at oversætte korrekt. Japanske tolke har svært ved at oversætte præsident Trump's usammenhængende hurtigt associerende taler med en sprogbrug som er socialt uacceptabel på japansk (1226).

Flere studier har vist at anvendelse af tolkebistand ikke bygger på objektive kriterier eller kliniske retningslinjer men derimod alene er en institutionel konstruktion der bygger på hospitalets, eller typisk afdelingens-, praksis (1227). Der er store forskelle i hvor ofte der anvendes tolk mellem forskellige afdelinger på det samme sygehus hvilket er tegn på vilkårlighed og manglende ledelsesmæssig interesse (1228). I en undersøgelse af sprogbarrierer på en dansk børneafdeling var der hyppigt sprogbarrierer, men på trods af det, så blev der ikke anvendt tolk til én eneste af de studerede samtaler (1229). I en finsk undersøgelse fandt man at i 30 % af de tilfælde hvor patienten selv angav at have sprogbarriere, så var tolkebehovet ikke dokumenteret i journalen (830). Det er en hyppig løsning i det offentlige at anvende ad hoc tolke, som f.eks. medbragte børn, pårørende eller en tosproget kollega i sundhedsvæsnet. De fleste mennesker har den forkerte antagelse, at en tosproget person kan tolke effektivt alene i deres egenskab af at være tosprogede. I virkeligheden er det sådan, at tosprogede personer, der ikke har modtaget tolkespecifik uddannelse, er mere tilbøjelige til at tilføje eller udelade oplysninger i samtalen mellem læge og patient. De har også en tendens til at blande deres egne meninger og antagelser ind i diskussionen, hvilket resulterer i ufuldstændige og / eller unøjagtige oplysninger. Det introducerer en bias i samtalen og kan potentielt true patientens sikkerhed og trivsel. Derudover er uuddannede tolke mere tilbøjelige til at engagere sig i samtaler med patient eller læge, der ikke er relateret til det egentlige emne. Disse "sidesamtaler" er kontraproduktive for samtalen, både læge og patient bliver distraheret fra den egentlige dagsorden og patienten kan føle sig ignoreret. I en undersøgelse af alle arabiske sundhedstolke i Danmark, var det knap hver 5. tolk, der var flydende på både arabisk og på dansk samtidigt. I samme undersøgelse var danskfødte arabiske tolke den gruppe der havde den dårligste beherskelse af det arabiske sprog – bl.a. fordi de havde lært det som et simpelt hverdagsarabisk af deres forældre (709). Samme er fundet i en amerikansk undersøgelse, der viste at ad hoc tolkning ved ikke-tolke uuddannede sundhedsprofessionelle medførte flere fejl end hos professionelle tolke (1230). Der er evidens for at systematisk træning i tværkulturel sensitivitet og kommunikation øger anvendelsen af professionelle tolke signifikant (1231, 1232).

Virker tolke?

Flere undersøgelser og litteratur reviews har gennem tiden forsøgt at svare på det oplagte spørgsmål om tolke giver bedre behandlingsresultater og færre brud på patientsikkerheden (se også kapitel om sprog og kommunikation). Spørger man erfarne tolke er der ingen tvivl: de føler ofte de gør en forskel mellem liv og død og de forhindrer ofte at der sker patientfejl og de stopper brud på patientsikkerheden (816). Spørgsmålet er dog hvad man skal måle effekten på da det er et meget komplekst problemfelt og de fleste studier er udført i USA med relativt få sprog involveret (typisk spansk og kinesisk) og blandt arbejdsmigranter. Flores et al fandt i et review fra 2005 at tolke øger behandlingskvaliteten blandt patienter der ellers modtager behandling af relativt lav kvalitet (34). Karliner fandt i et andet review at professionelle tolke sammenlignet med ad hoc eller uformelle tolke (f.eks. tosprogede hospitalsansatte) øgede patienternes adgang til, og brug af, sundhedsvæsnet, patientforståelse af information og i forhold til enkelte kliniske outcomes (33).

Patienter med sprogbarriere anvender sygdomsforebyggende tiltag mindre, tilbydes sjældnere rygestops instruktion, mammografi og vaccination og har dårligere medicincompliance. Det er klart at tolkebistand er en ekstra udgift, men de økonomiske og menneskelige konsekvenser af fejl der opstår som følge af manglende tolkebistand er langt større (36, 178, 792, 1013, 1233, 1234). Manglende

tolkebistand fører til flere unødvendige indlæggelser, flere farlige invasive procedurer, flere blodprøver, flere radiologiske undersøgelser, medicinfejl, komplikationer, betydeligt længere indlæggelse og mindre brug af psykiatrisk bistand (312, 313, 834, 1235). Tolkebistand har positiv effekt på compliance, forståelse af information, brug af sundhedsvæsenet, kliniske endemål og patienttilfredshed (33, 1236, 1237). Tolkebistand øger patienters forståelse af information, ikke mindst ved udskrivelse (1238). Tolkebistand har bl.a. den effekt at patienter med sprogbarrierer har færre, men mere koncentrerede, lægebesøg og anvender akutte sundhedstilbud i mindre grad end andre (1239). Uddannede tolke fører til færre patientfejl end uuddannede tolke (34, 1240, 1241). I et studie i en akut medicinsk afdeling, fandt man at patienter med sprogbarriere, som fik tolkebistand, var indlagt længere tid, fik foretaget flere undersøgelser og fik mere intravenøs væske samt mere medicinsk behandling end patienter med sprogbarrierer, som ikke fik tilbud tolk (1242). Flere studier tyder på at tolke eller tosprogede læger kan bidrage til at patienter bringer flere psykosociale problemer op med lægen og der er en større grad af patientinvolvering (1243, 1244). I et af få større prospektive randomiserede studier fandt man at tolkebistand i interventionsgruppen signifikant øgede hensigtsmæssig brug af familielæge og akutte sundhedstilbud, øgede antallet af udskrevne og indløste recepter og øgede anvendelsen af forebyggende tilbud som screening for blod i afføringen og influenzavaccination (1245).

Tabel 31. Eksempler på studier, der påviser negative effekter ved manglende adgang til tolkebistand for patienter med sprogbarrierer i sundhedsvæsnet.

<i>Observation</i>	<i>Kilde</i>
<i>Mindre brug af svangerskabsforebyggelse</i>	(1246)
<i>Bruger skadestue, vagtlæger mere, uhensigtsmæssig brug af familielæge</i>	(1247)
<i>Forstår mindre information ved udskrivelse</i>	(323)
<i>Lavere medicin compliance</i>	(1248, 1249)
<i>Mindre smertestillende akut behandling</i>	(1250)
<i>Hyppigere indlæggelse af børn</i>	(1251)
<i>Mediceringivningsfejl, fejl i væskebalance, mindre smertebehandling</i>	(830)
<i>Manglende informeret samtykke</i>	(819)
<i>Mindre patientinvolvering i lægesamtaler</i>	(328)
<i>Risiko for alvorlige patientfejl</i>	(792), (1252), (1253)
<i>Mindre brug af psykiatriske sundhedsvæsen</i>	(1254)
<i>Sjældnere ambulant klinisk opfølgning og færre blodprøver</i>	(1255)
<i>Har ringere blodsukkerstyring af deres sukkersyge</i>	(321)
<i>Forstår ikke medicinsedler, flere medicinfejl, flere bivirkninger, forstår ikke deres sygdom</i>	(794)
<i>Forkert eller mangelfuld visitation til sociale ydelser og hjælpemidler</i>	(1256)
<i>Patienten kommer ikke igen</i>	(329)
<i>Mindre kvalitet i palliativ behandling og pleje</i>	(765)
<i>Søger læge senere end andre</i>	(1257)
<i>Gravide får sjældnere bedøvelse under fødsel</i>	(1258)
<i>Udskrives oftere ”mod lægeligt råd”</i>	(1259)
<i>Patienter diagnosticeres hyppigere med ”psykosomatiske” symptomer</i>	(1227)
<i>Hyppigere anvendelse af respirator til børn og teenagere med astma</i>	(1260)
<i>Mindre brug af kræftscreening</i>	(1261), (1262)
<i>Senere diagnostik af demens</i>	(1263)
<i>Øger yngre lægers arbejdsrelaterede stress</i>	(1264)

Et studie blandt læger under uddannelse viste at lægerne meget nødtigt anvender tolk og hellere forsøger sig med deres, oftest helt utilstrækkelige sprogkunderskaber eller helt undgår at tale med patienter med sprogbarrierer (1265). Læger mener tilsyneladende, at de klarer sig udmærket uden tolkebistand, men misopfattelsen får netop lov til at bestå fordi patienterne ikke kommer til orde uden tolk (204, 1266-1268). Selvom tolke var tilgængelige i en akut modtageafdeling, blev de ikke anvendt af lægerne (1269). Læger der udviser sproglig og kulturel følsomhed fører til at deres patienter har bedre egenomsorg, interagerer mere og opnår bedre sundhedskompetencer (1270).

Selvom der er tolkebistand, er det ikke altid nok til at sikre at patienten forstår al information. I et studie fandt man at 67 % af patienterne, der havde hovedsproget som modersmål forstod lægens informationer, mens kun 57 % af patienterne der havde brug for tolkebistand, forstod lægens informationer (1271). Man skal være klar over at der ofte er tale om patienter med sparsomme sundhedskompetencer, som ikke kan kompenseres af en tolk (1269). Det er altså ikke kun selve tolkningen der er vigtig, men også hvordan information gives til patienten, hvordan lægen tilpasser sin interaktion og hvordan lægen sikrer sig, at patienten forstår informationen. For eksempel kan uøvede læger skabe forvirrende forstyrrelser med afbrydelser eller en demonstrativ fastlåsthed på én diagnose (se *coherence based decision making*) uden respektfuld involvering af patienten (1272). Et andet eksempel er kommunikation af risiko ved et kirurgisk indgreb eller en medicinsk behandling, hvor lægeinformationer normalt er meget talbaseret. Men etniske minoritetspatienter har i studier vist sig at have behov for verbale omformuleringer af risikotal til forståelige begreber og her er det lægens opgave at tilegne sig et passende ordforråd og indøve hensigtsmæssige formuleringer – det er ikke tolkens opgave (1273). En stor og

ambitiøs undersøgelse af internationale forskelle i somatiske symptomer ved depression fandt betydelige forskelle og at forskellene i lige så høj grad blev skabt af forskelle i lægevidenskabelige definitioner og traditioner og patientens møde med sundhedsvæsenet som var det et resultat af kulturelle forskelle

Det bestående lægelige curriculum formidler stereotypier og en "dem-os" tankegang, som kan være svære for en tolk at udjævne (367). Den måde lægen skaber, eller nedbryder, relationen med patienten (og tolken) på påvirker tolkens evne til at levere en meningsfuld tolkning. Læger kan være bange for at miste den særlige kontakt, der er kendetegnet ved læge-patientforholdet, ved at anvende tolkebistand (1274). Tolkebistand opfattes af unge læger som stressende/tidsrøvende og læger føler ikke de har mulighed for at opnå den samme kontakt med patienten hvis der er en tolk til stede (1264). Men i realiteten viser studier det stik modsatte: tolke bidrager til at langt flere emner kan tages op, dialogen er mere naturlig, der bruges ikke mere tid på patienten og patienterne er mere tilfredse, så noget tyder på at det er lægers angst og fordomme, der er problemet og ikke tolkens tilstedeværelse eller patientens oplevelse (914, 1267, 1275-1277). Tolk kan forbedre behandlingskvaliteten og andre kliniske og non-kliniske parametre stort set til niveauet for patienter uden tolkebehov (1251).

Patienternes opfattelse af tolke er i sagens natur brogede. En tolket samtale er en sensitiv og kompleks opgave, hvor tolken både skal tilfredsstille lægens (ofte uklare og urealistiske) krav til tolkens sundhedsviden, ordforråd og loyalitet og samtidig opfylde patientens krav til tolkens alder, køn, dialekt, politiske holdning, herkomst, socialstatus og ubetingede støtte til patienten. Patienter ønsker en tolk der både er professionel tolk og empatisk pårørende (1278). Undersøgelser af patienters krav til tolke viser at de ofte har modsatrettede og relativt personlige krav til tolkene samtidig med at de skal være talsmænd, objektive, neutrale og respektere privatsfæren (1279-1281). Tolkene må samtidig kæmpe med balancen mellem deres ønske om at være en integreret del af det kliniske team, holde en vis distance til patienten, mens det er afgørende at de opbygger tillid i relationen (1282, 1283). Der er evidens for at patienter og læger ikke er enige om tolkes kvaliteter, tolketyper og teknologier, hvilket vanskeliggør studier og analyser (1284). Det kan være svært for udenforstående helt at forstå kompleksiteten i tolkes arbejde, men fra videofilmene tolkede samtaler kan man se at tolkene konstant forhandler, formidler og fortolker begreber som ikke er umiddelbart oversættelige og kliniske beslutninger som bygger på lægevidenskabelige præmisser (1285). Tolkning af samtaler der involverer krigsforbrydelser, tortur, vold eller overgreb er særligt komplekse for tolke, der ikke sjældent selv har oplevelser med sig (1286). Der meget diskussion om forskelle og ligheder mellem rollen som tolk og rollen som kulturel mediator (1287). Problemet er at selvom der teoretisk set er tale om to forskellige opgaver, så blandes de i praksis altid sammen, fordi lægen, patienten og tolken selv kan have behov for hver af rollerne på forskellige tidspunkter i samtalen eller i patientforløbet (1288). Der opstår derfor let dissonans mellem hvornår tolken skal agere tolk og hvornår det forlanges at tolken er kulturel fortolker, sundhedsprofessionel, konfliktmægler eller socialrådgiver (818, 1289). Flere studier har entydigt vist at sproglig - og kulturelt fællesskab (konkordans) mellem læge og patient øger patientsikkerhed og behandlingsresultater (794, 1290).

I de senere år er der kommet fokus på tolke apps og mobile løsninger med IPADS (1291-1293). De fleste apps er dog enten meget fastlåst i målgruppe og indhold mens de mere åbne, f.eks. *Google Translate*, endnu ikke er pålidelige. Udfordringer som dialekter, diaspora sprog, internationale forskelle i kliniske standarder/retningslinjer og konstant skiftende fagudtryk gør apps upålidelige og uanvendelige for nuværende i den kliniske hverdag. Men der er ingen tvivl om at de alligevel anvendes – ofte helt ukritisk.

Endelig er det vigtigt at påpege at adgangen til tolkebistand ikke er nok til at reducere sprogbarrierer – de informationer tolken skal videregive, de spørgsmål der stilles og den måde patienten involveres på er kulturelle kompetencer som mange læger ikke besidder (233, 1242, 1294). Det viste f.eks. et studie fra London på en gynækologisk afdeling, hvor tilgængelighed, tolkekvalitet og lægens kulturelle sensitivitet samt kommunikative evner, var lige så vigtige som selve tolken (1295, 1296). Et andet studie viste at nogle sygdomme ikke umiddelbart kan "oversættes" til meningsfulde sygdomsbegreber på andetsproget, f.eks. smitsom leverbetændelse blandt Khmerer (hepatitis B) (1297). Mange tolkede samtaler udvikler sig til rene monologer fordi lægerne ikke har kompetencerne til at skabe dialog via en tolk (1298). Sociolinguvistiske studier har påvist hvordan utrænede læger i tolkede samtaler mister eller overser vigtige signaler, spor,

prøveballoner og informationer, glemmer at ”small-talk” og svigter relations dannelse med det resultat at patientens værdier, følelser og præferencer er fjernet fra patienthistorien (1299). Tolke har vist sig i stand til at håndtere selv komplekse problemstillinger, men læger forsømmer ofte en effektiv udnyttelse af tolke når de er til stede til at drøfte sensitive og/eller psykologisk komplekse emner op (1243). En kulturelt og kommunikativt sensitiv læge kan få det bedste ud af en middelmådig tolk, mens en kulturel ignorant kan gøre selv den bedste tolk til en ”dårlig tolk”. Læger der har adgang til professionelle og ad hoc tolke vælger professionelle tolke og de er mere cost-effektive end tosprogede sundhedsprofessionelle (1300, 1301). Læger der har mange tolkede samtaler bør jævnligt træne deres tværkulturelle og kommunikative kompetencer og der er evidens for at det styrker deres kommunikative kompetencer i tolkede samtaler (1232, 1302, 1303).

Skjulte mekanismer i tolkede samtaler

Der er (mindst) otte vigtige årsager til kulturelle kommunikationsproblemer i læge-patientsamtaler: (1) kulturelle forskelle i måder at forklare sundhed og sygdom; (2) forskelle i kulturelle værdier omkring sygdom og sundhed (3) kulturelle forskelle i patienternes præferencer i læge-patientrelationer og i behandling (4) fordomme, bias og generaliseringer (5) sprog barrierer (6) bevidste/ubevidste blinde pletter (7) ikke-erkendte misforståelser (8) væsentlige kulturelle forskelle i samtaleens magtforhold, rammer, struktur og turtagning (31, 240, 729).

Problemer i kommunikation mellem patient og læge kan forekomme, når

1. Parterne taler ikke samme sprog.
2. Parterne taler det samme sprog, men bruger ikke symboler på samme måde og deler ikke det samme værdisystem og mål.
3. Patienten mestrer i nogen grad lægens sprog, men kan ikke nuancere det.

En kvalitativ norsk undersøgelse af tolkede samtaler fandt 5 problemtemaer i tolkning og anvendelsen af tolke, som var vanskelige at oversætte (og som lægen ofte ikke søgte at få afklaret) (1304):

1. Indirekte udtryk. Mens de etnisk norske patienter var tydelige, nuancerede og ”ekstroverte”, så var patienter der havde brug for tolke det stik modsatte – men udtrykte de samme følelser og nuancer på en indirekte måde
2. Patienterne tilpassede deres sprog og omformulerede deres betragtninger med det mål at blive opfattet som ”en god patient”.
3. Latter var en del af samtlige observerede samtaler og havde lægeligt set en funktion der skulle reducere alvorligheden i patientens tilstand, men den blev ofte opfattet som en latterliggørelse fordi den ikke blev ledsaget af en verbal forklaring som tolken kunne legitimere latteren med.
4. Når der, trods tolken, var forståelsesproblemer søgte både patient og læge til et mere neutral semi-accepterende eller bagatelliserende sprog som f.eks. ”OK”, ”Hmm”, eller ”Det er ikke noget problem”, selvom information var tvetydig eller uforståelig.
5. De mange skjulte dagsordner og miskommunikation førte til et ”blødt” og upræcist sprogfællesskab hvor de virkelige problemer og ægte følelser blev udtrykt indirekte eller som ubetydeligheder. Når grundlæggende følelser pakkes ind i uoversættelige diskrete, men komplekse, antydninger kan tolken ikke oversætte dem og dermed risikerer lægen at få en forkert, eller slet ingen, sygehistorie.

Samme undersøgelse fandt at det der manglede, var reel patientfokus, en insisterende tæt dialog, opfølgende spørgsmål, løbende afklaring og konsensus.

For flygtninge har sprog har nogle helt særlige roller, som ofte overses. Fra en flygtnings synsvinkel er der uklare, faretruende og til en vis grad selvmodsigende roller for sprog, enten som et værktøj til at skabe mening (til repræsentation af flygtningens beretning) som et kategoriseringsværktøj (til juridisk klassifikation af flygtningens rettigheder, status og opholdsgrundlag) eller som et verifikationsværktøj (til vurdering af hvor korrekt flygtningens beretning er og hvor troværdigt flygtningen fremtræder) (1305). Det kan være svært for en flygtning at afkode hvilken funktion samtaler, og dermed sproget, har i en given situation. De fleste samtaler er myndighedssamtaler, hvor der ikke levnes meget plads til kulturel sensitivitet, men derimod anvendes et kontant og brysk bureaukratisk sprog, der minder om politiforhør, samtaler med grænsevagter eller asylsamtaler med danske myndigheder. Når man skal

udfylde et spørgeskema sammen med patienten, udfylde en skabelon i en elektronisk patientjournal eller forberede patienten til en operation, kan det lyde som en kategoriseringsamtale hos en myndighed. Når lægen vedvarende stiller spørgsmålstejn ved patientens oplevelser eller symptomer kan det føles som en verifikationsamtale. Fra patientens synsvinkel foregår begge samtaler i en aggressiv, negativ forhørsform og svarene bliver derefter og på *need-to-know* basis. Hvis tolken bedes om at tolke direkte, uden kulturelt tilpassede formuleringer, så vil tolken være bundet til at formidle en forhørslydende samtale og dermed selv blive associeret med en myndighed (1306).

Hvordan man arbejder med en tolk, tages ofte for givet. men brug af en tolk til at kommunikere er ikke så ligetil som det almindeligvis antages. Læger, der har ringe erfaring med at arbejde gennem tolke, er mere tilbøjelige til at undgå at tale med patienten. Dette fremmedgør patienten ved at samtalen gøres til en dialog udelukkende mellem læge og tolk ("sig til patienten, at jeg skal undersøge maven"). Sidesamtaler bliver også mere fristende, når læge og tolk udelukker patienten fra interaktionen. Det opleves ubevidst "lettere" at tale med tolken end det mere kunstige at tale med patienten gennem tolken. Derudover, når lægen henvender sig til tolken i stedet for patienten, så ignorerer man det faktum, at mange patienter kan forstå noget dansk, på trods af begrænsede danskkundskaber. Det kan måske føles underligt for lægen at henvende sig til patienten direkte, af frygt for at være uhøflig. I virkeligheden de to modsat: Det er respektløst at undgå at tale med patienten ud fra den antagelse, at hun eller han ikke kan forstå. Læger, der ikke er fortrolige med sprogtolkning, har tendens til at tale i lange sætninger. Eller de taler for hurtigt for tolken, der kommer til at oversætte informationen ufuldstændigt og upræcist. Læger gør ofte den ubevidste fejl tale ned til eller infantiliserer voksne med begrænsede færdigheder på dansk. Et andet fælles træk, er at lægen hæver stemmen, selvom problemet snarere er en sprogbarriere end en høretab. Patienterne hører, ser og forstår de verbale og nonverbale tegn som en eksklusion fra samtalen. Flertallet af tolke oplever dagligt konflikter imellem deres mange potentielle roller og i forhold til f.eks. lægers kommunikative stil. Der er identificeret 5 hovedgrupper af konflikter for tolke, som giver dem troværdigheds- eller tillidsproblemer:

1. *Behandlerens kommunikationsstil*: lægen kan løbende komme med "regi" bemærkninger henført til tolken, øjekast og anden mimik, eller føre parallelsamtaler med tolken i den tro at patienten ikke forstår hvad der bliver sagt eller signaleret. Det kan dreje sig om at tolken skal formidle en "normaldansk" værdi eller et forsimplet budskab om bivirkninger til en undersøgelse eller det kan dreje sig om at tolken skal meddele patienten at der ikke kan blive tale om særlige hensyn (køn, mad, informationsniveau). Læger argumenterer ifølge tolkene ofte med at "sådan skal det være – det er sådan vi gør her i Danmark", men det bliver til et tomt og meningsløst argument når det oversættes for en dybt traditionsbunden patient, der aldrig har gået i skole. Tolke kan fortælle at de blev ringet op af en læge og blev bedt om selv at ringe til patienten og sige at der var kræft i en vævsprøve, hvorefter patienten forståeligt nok havde stribet af spørgsmål, som tolken selvsagt ikke kunne svare på.
2. *Tolkens menneskelighed*: tolken fornemmer f.eks. at lægen ikke forklarer sig godt nok og at patienten er tydeligt frustreret, men lægen afviser at lytte til tolkens forsøg på at få en uddybning af lægen. Tolke møder ofte, lige som læger, patienter i meget følsomme øjeblikke, men lægens og tolkens rolle er meget forskellige. En tolk fortalte at hun blev bebrejdet at hun havde ladet patienten give tolken et meget dybfølt kram. Tolken skammede sig over at blive irettesat og fik derfor ikke forklaret at tolken havde været tilstede da patienten nogle år tidligere havde mistet et barn og at det var en spontan reaktion fra patientens side overfor en person (tolken), som patienten havde gennemgået en forfærdelig oplevelse med. I mange samfund, især på det Afrikanske kontinent, kan ethvert sygdomssymptom (svaghedstejn) bruges til et personangreb: at patienten er forbandet, spreder sygdom og påfører andre lidelse. Tolken ved det og fornemmer at patienten opfører sig som mindre kompetent eller upræcis oplyser – til skade for sin egen sygehistorie. Skal tolken presse patienten eller bare oversætte ordret? Tolke finder det særligt problematisk hvis lægen mangler helt basale kommunikative evner. En tolk nævnte som eksempel en læge, der spurgte patienten: "Vil du have foretaget amniocentese?". Patienten spurgte først tolken og derpå lægen: "Hvad synes

du jeg skal?”. Lægen svarede: ”Sådan foregår det ikke – det er en beslutning du skal tage, ikke jeg”. Tolken havde tidligere tolket en samtale på samme afdeling, hvor en anden læge havde opstillet 3 forskellige kvinders valg og baggrunden for deres valg og lægen havde ovenikøbet forklaret at han selv og hans kone havde været i samme situation og de havde valgt ikke at få foretaget amniocentese, fordi de havde taget beslutningen om at de ville have barnet uanset hvad. Den første læge stillede ikke det rigtige spørgsmål, mens den anden læge gav patienten muligheder for at spejle sig og lytte til hvordan andre mennesker gennemtænkte det vanskelige spørgsmål. Kræftdiagnoser og døden i det hele taget er stærkt kulturbårne områder, der kræver mere end tolkning. Her får tolken multiple roller og kan selv have svært ved at skille følelser fra arbejde. Der er ingen generalprøve på et kræftforløb eller et palliativt forløb, så det er vigtigt at det foregår så tæt på patientens og de pårørendes vilkår som muligt. Men skal tolken være ambassadør eller konfliktmægler (1307)? Gennem diskussioner med tolke kan man opstille følgende potentielle konfliktområder:

3. *Skift i samtals dynamik eller deltagere:* Sker f.eks. hvis en sygeplejerske støder til samtalen, hvorved samtals struktur og turtagning ændres på en måde der kan være svær at oversætte. Lægen og sygeplejersken kan have en faglig interaktion som de ikke forventer tolken oversætter, men patienten er måske urolig eller nysgerrig og prompter tolken for en oversættelse. Lægen kan henvende sig direkte til patienten udenom tolken og ”desavouere” tolkens arbejde. En pårørende kan på samme måde føre en ”fortrolig” samtale med patienten uden at den forventes oversat og den pårørende kan henvende sig direkte til lægen udenom tolken.
4. *Strukturelle forhindringer:* principielt må tolken ikke være alene med patienten, men i praksis forlader læger og sygeplejersker meget ofte samtalen. Hvis tolken forsøger at forlade rummet, bliver de bebrejdet det af personalet der ikke kender reglerne. Sundhedsvæsenet rammesætter patientsamtaler med den præmis at lægens tid er kostbar og knap. Tolken skal forsøge at være bindeled mellem en patient der gerne vil have lægens tid og en læge der ikke har tid. Tolke kan opleve at de bliver betragtet som en slags plejepersonale, der er forpligtet til at gennemgå vejledninger, indlægssedler og følge patienten til undersøgelser og blodprøvetagning som en del af deres arbejde (ofte støttet af patientens behov). Tolke er imidlertid ansat af en ekstern udbyder, der driver en ren tolkeforretning, som ikke indebærer serviceydelser af den type.
5. *Problematisk forventninger til tolkerollen:* uddannede tolke lærer at de skal prøve at undgå øjenkontakt med læge og patient for at skabe illusionen om at det er lægen og patienten der taler direkte med hinanden. Dét kan uerfarne læger og patienter opleve som kulturelt fremmedartet, upersonligt eller fornærmende. Patienter kan give tolken informationer, som tolken ikke må videregive og samme kan lægen gøre. Tolken kan omformulere lægens information til en, efter tolkens mening, mere tilpasset information: f.eks. kan tolken omformulere ”du skal undersøges for glaucom” til ”du skal have undersøgt trykket i dit øjet”, men det kan af lægen opleves som en upassende og upræcis omformulering, fordi lægen ikke er har orienteret sig om patientens forståelsesramme. Modsat kan tolke have store udfordringer, hvis patienten er ophidset og anvender stødende sprog, eller hvis lægen taler stærkt nedsættende til patienten. Her må tolke, med stor risiko, træde ud af rollen og konfrontere patienten eller lægen med konsekvenserne af at oversætte det der er sagt.

Tolkede samtaler stiller særlige krav til lægens kommunikations - og lytte evner. Tolkede og ikke tolkede samtaler er forskellige i struktur, indhold og mål. Patienter inddrages langt mindre af lægen hvis der er tolkebehov og patienter er mere passive. I videofilmede læge-patientsamtaler med og uden tolkebistand, fandt man at patienter i tolkede samtaler kom med langt færre spontane ”tilbud” til lægen omkring uddybning af symptomer, forventninger til sygdom/behandling, tanker og følelser vedrørende sygdommen og uspecifikke lededor/”prøveballoner” (328). Patienter i tolkede samtaler var mindre tilbøjelige til at knytte kommentarer om psykosociale forhold ved sygdommen og beskrev oftest kun fysiske symptomer overfor lægen. Patienter i ikke-tolkede samtaler kom med 3 gange så mange spontane oplysninger til lægen end patienter der havde behov for tolk. Patienter i tolkede samtaler, der kom med en

spontan oplysning, fik sjældnere respons på oplysningen end ikke-tolkekrævende patienter. Patienter der ikke havde brug for tolk blev generelt inddraget mere i samtalen og beslutningsprocessen.

Problematiske omfortolkninger og udeladelser

Tolke har travlt og skal kondensere lægens mange, og nogle gange usammenhængende, informationer til en meningsfyldt samtale. Det er ikke nogen let opgave, når læger ofte anvender serielle, indlærte meningskomprimerede automat-sætninger omkring behandling eller bivirkninger. Det er især svært fordi læger ikke giver tolke tid til refleksion eller opklarende spørgsmål og fordi lægernes sprog ikke altid er oversætteligt. Men det er stadig vigtigt at lægen er opmærksom på om det tolken oversætter nu også er præcis det patienten i virkeligheden har sagt:

Patient 1: *Hosten bliver bare ved og ved, en gang imellem er den væk, men så kommer den igen og jeg kan ikke sove om natten. Det er værst om sommeren.*

Tolk 1: *Patienten hoster meget.*

Patient 2: *det er mit øre....det er helt blokeret og lukket. Mit hoved er som en glasklokke. Der er en tone der hyler - Jeg kan intet høre. Jeg har hovedpine og nakken er helt stiv.*

Tolk 2: *Hun siger hun har ørepine og hovedpine.*

Patient 3: *Det her ben. Det gør ondt inde i det om natten. Om morgenen kan jeg massere det i gang, men om eftermiddagen kan jeg ikke gå rundt som jeg plejer. Hvis jeg bøjer det, så kan jeg ikke strække det igen pga. smerten. Jeg kan ikke arbejde længere.*

Tolk 3: *Han har ondt i højre ben – inde i knoglen.*

I alle 3 tilfælde går lægen glip af information, der øger antallet af differentialdiagnoser – information som tolken, der ikke tror lægen har behov for detaljer, nøjsommeligt fjerner fra oversættelsen. Patienten ender med at blive opfattet som en ”dårlig oplyser”. De hyppigste tolkefejl drejer sig om omfortolkninger og manglende tolkning af patientudsagn. De fleste fejl involverer navne, udeladelser, ”ekstra” information, erstatning af patientbegreber, ukorrekte tal (dato, mængder, tid) og forvanskning af patientens eller lægens budskab/svar (1308). Omfortolkninger kan ske ved at tolken blander to separate budskaber sammen til ét (usammenhængende) budskab. Patienter kan nævne information der for lægen er essentiel og afgørende, på en henkastet eller kort måde, som får tolken til at udelade det af sin oversættelse som uvæsentligt. Tolken vil, i bedste mening, nødig genere lægen med ligegyldig information, men det forhindrer lægen i at få vigtig information.

Tolke kan, på lægens vegne, udsende negative signaler om patientens samarbejds – eller oplysningsevner:

Tolk: *Har du hård mave?*

Patient: *ja*

Tolk: *Lægen spørger om du har diarre?*

Patient: *ja, ligesom en vandhane*

Tolk: *Du siger ja til at du har hård mave og du siger ja til at du har diarre. Tror vi leger en leg? Hvad skal lægen tro på?*

Samtalen ovenfor har problemer på flere planer. Udover at tolken, på lægens vegne, skælder ud over patientens misforståelse og tvetydige svar, så viste det sig efterfølgende at patienten forstod ”hård mave” som en ”genstridig” eller ”irriterende” mave – altså ikke uforeneligt med diarre.

Begreber kan ikke altid oversættes en-til-en og i nogle tilfælde er der ikke en oversættelse.

Lægen: *Har du haft nogen allergiske reaktioner på den medicin du fik recept på sidste gang?*

Tolk: *Kaster du op af den nye medicin?*

Tolken ved at patienten ikke forstår ”allergi”, som er et biomedicinsk begreb, så tolken er konkret – lidt for konkret, men det illustrerer at anvendelsen af gråzonebegreber giver tolke uløselige opgaver. Vær i stedet konkret: spørg til ”udslæt”, ”hovedpine” og ”opkast”. Samme gælder ord som bakterie, depression, angst eller sukkersyge. Undgå brug af kulturelt definerede metaforer, idiomatiske udtryk, ironiske udtryk og ordsprog uanset hvor almindelige de er, som f.eks.: ”Hvor hunden ligger begravet”, ”Hvor der handles,

der spildes”, ”Hun har bukserne på”, ”Han stillede træskoene”, ”har du sommerfugle i maven” eller ”Brændt barn skyr ilden”, da hunde, ild, bukser og spild har meget forskellige, ofte uforudsigelige, kulturelle betydninger. Tolke kan gennem uddannelse trænes til at hjælpe læger med at stille hensigtsmæssige spørgsmål, der giver lægen de svar de skal bruge. Læger bør trænes til at stille gode spørgsmål på almindeligt dansk og bør hele tiden bede tolken om at fortolke meningen med patientens begreber og følelser, så alle taler det samme sprog – og opnår den samme betydning af samtalen.

På besynderligvis kan etnocentriske forventninger være kontraproduktive. Følgende er en samtale mellem en psykiater og en vietnamesisk kvinde samt tolk:

Psykiater: *Spørg patienten hvor længe hun mener hun skal tage den anti-depressive medicin.*

Tolk til patient: *lægen siger du skal tage medicinen i 2 uger og så komme tilbage til en ny samtale med lægen.*

Tolk til lægen: *patienten siger hun vil tage medicinen i 2 uger og så vil hun gerne have en ny tid til samtale.*

Psykiateren prøver på moderne vis at inddrage patienten i beslutningen og prøver samtidig at aflure hvor motiveret patienten er for behandlingen. Tolken derimod mener det er lægens opgave at være præcis i sine ordrer, hvis patienten skal efterleve lægens beslutning. At lade det være patientens valg er i i vietnamesisk sammenhæng det samme som at afsløre psykiaterens usikkerhed og inkompetence, og dermed formindske patientens motivation til at tage medicinen.

Nogle læger er meget afvisende overfor at tolke, åbent, omfortolker, ord der ikke kan oversættes direkte, men forlanger at de alligevel gør det. Andre læger skælder tolke ud for hvad patienten har sagt – underforstået at det behøves tolken ikke oversætte – det kan være skældsord, stigmatiserende udsagn eller det kan være om ikke-biomedicinske sygdomsmodeller eller at de har søgt alternativ behandling. Med tiden kan det få tolke til helt at udelade bestemte emner eller ytringer fra deres oversættelse. Tolketræning og træning af læger i kulturel følsomhed kan fjerne berøringsangst i samtaler.

Fordi tolke ikke har dybere sundhedsvidenskabelig eller psykiatrisk detailviden, kan de komme til at normalisere tilstande som reelt er behandlingskrævende (1309). Patienter sender ofte, bevidste og ubevidste, verbale ”prøveballoner” op i samtaler – en slags vage forsøg på at nævne følelser/oplevelser hvis betydning de selv er i tvivl om. Fanger tolken ikke den sproglige ”godbid” eller har tolken et behov for at normalisere patientens tanker, kan lægen overse faretegn (1310). Som f.eks. i denne samtale:

Lægen: *Har du tanker, der gør dig bange eller forvirrer dig?*

Tolk til patient: *Er der noget der går dig på?*

Patient: *Jeg ved.....jeg ved Gud er med mig i dette her. Jeg er ikke sikker.....men jeg er ikke bange....de kan ikke ramme mig.....Jeg har de her nye bukser på og en stærk skjorte, så jeg er godt beskyttet mod dem. Jeg har det godt....ingen hovedpine og de tager mig ikke.*

Tolken til lægen: *Han siger han ikke længere er bange, han har det rigtig godt og har ikke hovedpine længere.*

Patienten har tydeligvis invasive tanker og paranoide forestillinger, som burde være efterforsket yderligere af lægen, men de små, distinkte, tegn forsvinder i oversættelsen.

Læger, der spørger meget, kan skabe frustration hos tolken, og patienten, så tolken føler sig kaldet til at begrænse antallet af spørgsmål eller omformulere et gentaget spørgsmål, som tolken, og sikkert også patienten, ikke forstår. Det kan være en god ide at forklare præmissen for bestemte spørgsmål og hvorfor præcis dén information er central (f.eks. årstidsvariation, symptomer under ferie, eller belastningsrelation). Spørgsmål om antal eller tidsmæssig udbredelse kan være problematiske at oversætte hvis tolken ved patienten ikke har gået i skole. Samme gælder spørgsmål om tidsmæssige sammenhænge mellem årsag og virkning, eller spørgsmål hvor patienten bedes om at vægte symptomets intensitet, betydning eller relation til bestemte handlinger. Spørgsmål hvor patienten skal bedømme på en skala (0-10 eller smileys) er svære at oversætte for patienter der ikke er vant til at se på tegninger, tal eller rækkefølger fra venstre mod højre etc.

Meget rutineprægede samtaler med højt komprimeret informationsniveau er en særlig udfordring for tolke. Tidsrammen er tydelig, tempoet er højt og tolken må finde en diplomatisk mellemvej, men da der ikke fra lægeside levnes tid til at reflektere eller spørge, må tolken tage hurtige beslutninger. Her er en samtale mellem en patient, en gynækolog og en tolk:

Læge: *Jeg skal undersøge dit underliv. Jeg tager en vævsprøve fra din livmoder – det er bare en muskel, så det vokser ud igen.*

Tolken (misforstår lægen): *lægen tager et stykke kød fra dit liv...fra maven, men det kommer igen.*

Patienten: (er skrækslagen, men tør ikke spørge og koncentrerer sig om at der nu fjernes en stor del af hendes mave).

Misforståelsen blev senere rettet, fordi patienten til en efterfølgende samtale med en anden læge, grædende bad om at få at vide ”hvor meget kød der var tilbage i maven”.

Lægens patientsamtale er struktureret efter bestemte mål, men skifter mellem fokus på dataindsamling, problemløsning, behandlingsmuligheder og patientinformation / sundhedspædagogik. Det betyder at tolken hele tiden skal skifte rolle og tone. Hvis tolken ikke kender lægens mål eller samtalestruktur og ikke er vant til lægens specifikke interaktionsstil, kan tolken blive hægtet af eller få et ufrivilligt utroværdigt skær i patientens øjne.

Tolken har to klienter, med meget forskellige interesser. Men tolken får løn af lægesiden/sundhedsvæsnet og tolke kan have et behov for at være på den professionelle side af triaden, hvorfor tolke har en tendens til ubevidst at søge primært at opfylde sundhedsvæsnets behov for præcision og hastighed.

Tolke lever og bor i et miljø, hvor der indgår relationer med personer fra samme etniske gruppe. Tolken kan være belastet af generel inside viden om miljøet, konflikter og handlemønstre, som kan påvirke den måde patientens informationer opfattes på – selvom tolk og patient ikke kender hinanden.

Generelt

Langt de fleste patientfejl involverende etniske minoritetspatienter skyldes manglende brug af tolk til de centrale samtaler i sundhedsvæsnet. Mange tolke er enten gode til dansk eller til deres modersmål, mens færre er dygtige på begge sprog. Dét kræver at tolkede samtaler foregår i et roligt tempo og et tillidsfuldt miljø med klare rammer.

Der anvendes tolke fra de(n) af den enkelte region godkendte bureau(er). Der arbejdes p.t. på at få gennemført en egentlig certificering af tolke i sundhedsvæsnet, men hverken uddannelse eller bedømmelseskriterier er fastlagt i skrivende stund (januar 2018).

Afsæt nødvendig og fornøden tid til tolkede samtaler: de tager minimum dobbelt så lang tid som en u-tolket samtale alene fordi alt skal siges to gange.

Skyd ikke tolken hvis der er problemer – det er sjældent deres skyld eller noget de kan ændre (umiddelbart) på.

Simultan (løbende direkte) tolkning er ikke muligt eller ønskværdigt i sundhedsvæsnet. Der er tale om samtaler omkring stærkt værdiladede kulturelt forankrede sygdomsbegreber og specialudtryk som kræver sensitiv oversættelse. Tolke i sundhedsvæsnet er ikke, og bliver aldrig, læger og kan ikke forventes at have et specialordforråd indenfor hvert af de 127 lægelige specialer.

Tekniske og praktiske bemærkninger:

Telefon tolkning

Er hurtig at etablere, og god til små beskeder (påmindelser, aftalte opfølgninger – dvs. hvor konteksten er tydelig), men er forbundet med flere problemer: ingen indtryk fra mimik, især dialekt problemer forstærkes, pga dårlig lyd kan mange patienter ikke forstå tolken, mange flygtninge har høreskader og tinnitus. Det er vigtigt at sikre sig at tolken har ordentlige tolke rammer: at tolken ikke sidder sammen med andre, ikke kører bil eller i offentlig transport hvor andre uvedkommende kan lytte med til samtalen.

Videotolkning

Kræver en skærm, men de fleste videoprogrammer kan nu køre på laptop eller tablets over WIFI eller 4G mobilnet. Skærmen kan slukkes så det kun er lyden der høres (f.eks. objektiv undersøgelse), skærmen kan pakkes i steril plastpose (operationsstuer). Lyd og billede er digital og i HD-kvalitet (mimik kan iagttages, lyden er som normale stemmer). Evidens for at videosamtaler med tolk er mere fokuserede og varer kortere tid end fremmøde tolke. Frembyder en række fordele for tolken og patienten – se under fremmøde tolk

Fremmøde tolk

Logistisk mere kompliceret. Flere personer i rummet. Opfattes traditionelt som ”det bedste” men der er evidens for at videotolkning er mindst lige så godt. Fremmøde tolk medfører at der er mange personer i rummet og patienter kan opleve det intimiderende. Tolke er kedede af at skulle have kontakt med patienterne i venteværelset hvor patienter kan forsøge at påvirke tolken forud for samtalen.

Tosprogede kolleger

Anvendes tit i akutte situationer, men nogle afdelinger anvender det konsekvent. Der er ingen evidens for at en kollega nødvendigvis er den bedste tolk. Der kan være konflikt mellem kollegaens rolle som sundhedsprofessionel og tolk, der gør at patienten udtaler sig på en anden måde eller udelader information. Blandingen af pleje og tolkning eller behandling og tolkning er ikke optimal i længden.

Familie eller venner som tolke

De fleste pårørende der opfattes som om de tolker for patienten er i virkeligheden almindelige pårørende: de er med for at der er flere om at lytte og spørge lægen - de interagerer med patienten fuldstændig som en etnisk dansk pårørende ville gøre: korrigerer, uddyber, følger op, afklarer praktiske forhold. Men en del patienter har desværre erfaring for at der oftest ikke er bestilt tolk til samtaler i sundhedsvæsenet. Derfor anvendes familie og venner ofte af patienterne som tolke – med sundhedspersonalets velsignelse fordi det er praktisk og let. For det første må børn, af en lang række årsager, under ingen omstændigheder anvendes som tolke. For det andet kan det være problematisk at nære familiemedlemmer skal tolke om følsomme eller alvorlige forhold, herunder intime, psykologiske og relationelle problemstillinger. Der kan dukke emner og informationer op som patienten ikke er forberedt på og som pårørende måske ikke skal have viden om. Pårørende kan anvendes indledende i helt akutte tilfælde og til praktiske korte neutrale tolkninger omkring aftaler, transport, hvis almindelig tolkning ikke skønnes praktisk. I sjældne tilfælde forlanger patienten at det er en bestemt pårørende der skal være tolk når der tales om bestemte emner og her må den sundhedsprofessionelle tage stilling i situationen: f.eks. at potentielt værdifuld information kun kan deles med denne bestemte person som tolk.

Google translate, apps og software

For praktiske formål er der ikke evidens for at Google translate har en plads i tolkede samtaler (dialekt, sprogstamme, forkerte faglige begreber, forkerte ordstillinger, problemer med benægtelser og endelser kan forvirre). Der er forskellige typer af apps på vej som er primært rettet mod anamnese optagelse og simple informationer om undersøgelser, men de er typisk landespecifikke og kan ikke umiddelbart anvendes i en dansk kontekst. Nogle apps kan bedre tilpasses danske forhold end andre, men i skrivende stund (oktober 2020) er der ikke alment tilgængelige apps til bred anvendelse i Danmark.

Forberedelse af tolkede samtale

Det er særlig vigtigt at forberede sig på en tolket samtale fordi samtaleens opbygning og mål lettere kan forstyrres eller forsinkes hvis der ikke er en klar plan. Priorité emner og gennemtænk hvordan informationen skal gives og hvad konklusionen (helst) skal være. Er der begreber som vil kræve en simple eller mere detaljeret forklaring (eksempler på begreber der ofte kræver ekstra uddybning: BMI,

milt, hypofyse, levertal, hepatitis bærer smitsomhed, arvelighed, kemoterapi, hvide blodlegemer, PET-scanning, stofskifte, epilepsi, stress etc.)

Taler patient og tolk samme sprog og dialekt? –sørg for konsensus om sprog og tilladelse til at fortsætte samtalen

Brief tolken kort om mål med samtalen (især hvis der er tale om meget alvorligt eller særlig følsomt emne)

Forklar kort hvilken afdeling patienten er på og hvad lægens rolle er samt hvad planen er for samtalen

Forklar eller indskærp tavshedspligt (hvis det skønnes nødvendigt ifht. samtalens emne). Det er i praksis yderst sjældent at tolke sladrer, men frygten for at det sker er meget stor og der må være en vis konduite fra de sundhedsprofessionelles side hvis patienten insisterer på at fravælge bestemte tolke på denne baggrund.

Når der er bestilt 1/2 time på tolkebilaget betyder det 30 min og ikke 50 min. Tolke oplever at afdelinger er forsinket med at ringe fordi de tror de har god tid. Det går ud over næste samtaler og det er ikke tolkens ansvar eller opgave at styre sygehusaftaler.

Ring tolken op et par minutter før pt. bliver kaldt ind. Hvis det er en mandlig tolk så forbered patienten hvis det er en kvindelig patient, så de ikke bliver overraskede når de kommer ind eller skærmen tændes. Overraskelsesmomentet kan give samtalen en skæv eller helt forkert start. Det samme gælder for mandlige patienter.

Forbered tolken meget kort før patienten kaldes ind om hvad samtalen handler om. Det giver glattere og mere naturligt forløb hvis tolken kender samtalens omdrejningspunkt og (forventede) mål.

Vær opmærksom på tiden sammen med tolken. Mange tolke oplever at patienter bliver sure på dem, hvis det kun er tolken der nævner, at der kun er lidt tid tilbage. Bliv enig om den resterende tid og informér patienten om det, så patienten ikke får opfattelsen af at det er tolken der afslutter samtalen (men lægen).

Den bedste tolkning opnås når alle kan se hinanden så: sluk kun for skærmen når det er absolut nødvendigt. Det kan f.eks være nødvendigt, hvis patienten ønsker at være anonym eller fordi patienten skal undersøges og evt. skal have noget af tøjet af.

Hold pause eller kig på tolken når du vil bede ham eller hende, om at tolke. Lade være med at antage, at tolken automatisk ved, hvornår der skal tolkes. Mens du taler til patienten, har tolken hele sit fokus på at huske dine informationer for at kunne gentage dem til patienten på andetsproget. Tolken overvåger konstant din kommunikation for at sikre sig, at du ikke siger for meget for ham eller hende til at det kan gengives præcist på andetsproget. Du bør holde målrettet pause efter at have talt et par sætninger for at lade tolken vide, hvornår vedkommende må begynde. Et hurtigt blik eller nik mod tolken kan også fungere som et nyttigt tydeligt tegn i turtagningen. Tal ikke i lange sætninger eller mange sætninger og stil kun ét spørgsmål i samme sætning. Byg din argumentation tydeligt op og forklar om fornødent tolken strukturen i din argumentation så tolken kan støtte din argumentstruktur i oversættelsen.

Tolken, og læge/patient, har gavn af muligheden for at tolken også kan fungere som en kulturel bro mellem patienten og lægen, mens tolken samtidig holder sig inden for rammerne af tolkning. Udover at gentage, hvad patienten siger til lægen, kan det i visse tilfælde være nødvendigt at tolken redegør for den kulturelle kontekst for en bestemt betragtning eller et udtryk. Der skal imidlertid udvises stor omhu for at tolken kun bidrager med de mest væsentlige, kulturelle baggrundsoplysninger. Gætterier, formodninger og fordomme må ikke accepteres. Hvis tolken ikke forstår det, der blev sagt, skal han eller hun bede om en præcisering for at kunne komme med en fuldstændig og præcis fortolkning.

Tolke KAN, lige som læger, blive distraheret og kan miste tråden. Vær tålmodig, hvis tolken beder jer om at gentage en sætning eller forklare en kompleks problemstilling én gang til. Bed tolken om at sige til hvis der er begreber vedkommende ikke kender eller hvis det er vanskeligt at oversætte lægens informationer (ikke alle begreber kan oversættes direkte). Hvis samtalen indeholder særligt sensitive emner, kan det være en fordel at være meget direkte og åben om det og sikre at tolk og patient hver især er indforståede med tolkningens indhold og begreber (voldtægt, misdannelser, psykiske traumer, overgreb, vold, seksuelle problemer, smitsomhed). Vær opmærksom på at nogle tolke selv er flygtninge og kan have oplevelser der minder om patientens. Debrief tolken hvis der er mistanke, men vær opmærksom og hvis du er i tvivl så sig det.

Tal langsomt i korte sætninger, hvor der er én information per sætning. Hold pause og iagttag tolkens og patientens reaktioner. Tvivl er ofte tydelige i mimik – sig hvis du har mistanke om tvivl – det inviterer patient og tolk til dialog og til at deltage i beslutningsprocesser. Sørg for konsensus for de vigtige centrale informationer: er grundbegreber og baggrund for centrale handlinger forstået? Kender patienten organet, sygdommen, operationen? Tegn og vis mere end du plejer. Bed patienten fortælle hvad planen er og hvem der skal gøre hvad.

Hold øje med øjenkontakten mellem patient og tolk: tvivlrådighed og tvetydighed udtrykkes ofte gennem ansigtsmimik

Hvis samtalen ikke forløber normalt så sig det. Hvis samtalen forløber ujævnt, hakkende eller springer mere end rimeligt, så sig det. Hvis patienten svarer overfladisk og upræcist så sig det og diskutér hvad årsagen er (dialekt?, tolkens/lægens køn?, særligt sensitivt emne? Patienten tvivler på tolkens kvalitet? Patienten er manisk/psykotisk/personlighedsforstyrret? Er tolken erfaren tolk? Er patienten bange for at tolken sladrer? Etniske modsætninger (klan forhold?))

Spørg hvad der er problemet, hvis tolken ofte må forklare det samme flere gange

Vær sikker på at centrale begreber og forklaringer er forstået af patienten

Hvis patienten og tolken diskuterer, så spørg hvad der diskuteres (oftest afklaring af begreber eller sammenligninger hvis informationen ikke kan oversættes direkte)

Undlad at gætte – spørg hvis du er i tvivl

Få løbende bekræftet patientens forståelse gennem del-konklusioner – især vedrørende de centrale forklaringer, undersøgelser, behandlinger, genoptræning, bivirkninger og komplikationer (ikke fra tolken, men fra patienten)

Få bekræftet planen her og nu og videre frem (ikke fra tolken, men fra patienten)

Afslut med at spørge om der er noget i planen som patienten er usikker på, bange for eller er i tvivl om.

Spørg patienten direkte om der er undersøgelser som patienten er særligt bange for.

Spørg om patienten har vigtige spørgsmål, som ikke er blevet diskuteret og observér tolkens og patientens reaktion.

Hvis det er vigtigt så spørg gerne patienten om tolken var acceptabel?

Alle har brug for ros en gang i mellem. Så hvis I oplever en god tolkning og en dygtig tolk så husk at rose dem.

Hvis samtalen ikke forløber normalt eller som forventet:

Taler tolk og patient samme sprog?

Er det tolkens primær eller sekundærsprog der tolkes? (f.eks. somalisk tolk, der tolker arabisk)

Serbisk tolk til bosnisk patient

By-sprog versus landsprog (kompleksitet, jargon)

Sprogniveau: f.eks. har arabisk sprog 5 forskellige kompleksitetsniveauer og de færreste patienter mestrer de højeste niveauer)

Uddannelsesniveau (på nogle sprog opfatter højtuddannede hverdagsprog som vulgært og frastødende etc.)

Er det samme dialekt?

Kurdiske dialekter

Arabiske dialekter (f.eks. marokkansk arabisk)

Anvender tolken (dvs lægen) et for avanceret sprog (tolken højt uddannet, patienten kort uddannet)

Køn – kan der være emner tolken kan have svært ved at tale om – eller emner patienten ikke kan tale om til modsatte køn

Tales der om et emne som patient og tolk har svært ved at tale om pga køn, aldersforskel? – dvs. undvigende indirekte svar/spørgsmål

Er tolken erfaren?

Er tolken uerfaren på det specifikke fagområde?

Stop samtalen hvis du er meget i tvivl om hvad der foregår og fortæl tolken om din tvivl – få en dialog om det.

Hvis tolken ikke kan etablere en normal samtale og der ikke er forklaringer jvnf. ovenstående (dvs. tolken er ikke i stand til at tolke forsvarligt) bør samtalen afsluttes og tolkebureauet skal have besked om det u hensigtsmæssige tolkeforløb.

Andre råd

Tolken er den "klogeste" person i rummet forstået på den måde at tolken er den eneste der verbalt forbinder patienten og lægen og kan skabe mening i kommunikationen. Gør tolken til en del af den kliniske samtale og undgå at placere tolken i en "tolkemaskine" rolle, som er u hensigtsmæssig og fører til usammenhængende oversættelse.

Tal samme sprog – find en sprogtone og et sprogligt niveau der passer til patientens. Man bliver let snydt af at tolken er højt uddannet, så lægen og tolken kommer til at føre en akademisk samtale mens patienten i realiteten ikke er med i samtalen.

Man kan blive snydt af at tolken taler "pænt dansk" til at tro at tolken så også er dygtig på sit modersmål. Dét er der intet belæg for at tro. Det er samtalens flow og indhold der skal bedømmes – ikke tolkens danske sprog. Samme kan ske for patienten og tolken: et godt somalisk sprog er ikke nødvendigvis lig med et godt dansk sprog.

Patienter er ofte vant til at tolkede samtaler er korte og at der ikke er afsat ekstra tid til samtalen. Dvs. patienter er vant til at fatte sig i korthed og ikke tage vanskelige emner op. Du skal sikre dig at patienter får tid og ro til at spørge og afklare.

Det nonverbale er særlig vigtigt i en tolket samtale: Du skal "ville" patienten i dit kropssprog, så patienten gør sig ekstra umage for at forklare sig.

Puds den kulturelle radar: Tænk på det almindelige først, selvom patientens forklaring lyder eksotisk og fremmed så er de fleste kliniske problemer af almindelig art.

Adressér og respekter aktivt patientens angst og bekymringer – de er ikke vant til at tale om det og nævner det ikke spontant – især ikke med tolk.

Skab tryghed, opbyg tillid & brug tid på det – både patient og tolk er nervøse

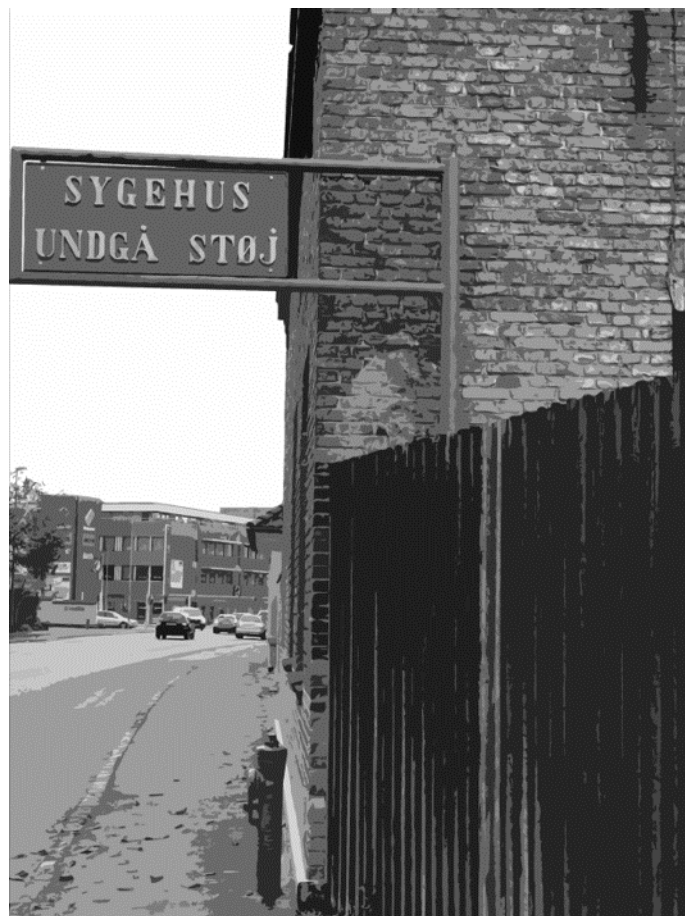
Bekymrings & forventningsafstemning er altid gavnlige især i tosprogede sammenhænge – også ifht. tolkens rolle.

Der er i skrivende stund startet et forsøg med en regional tolkeuddannelse i Region Syddanmark og der er tanker om en national tolkecertificering.

Eksempler på situationer, som tolkene finder særligt vanskelige

- Sur læge/sygeplejerske – fordi det smitter og tolker mister motivationen og føler sig værdiløs – mister koncentrationen.
- At sekretær tror at tolken kender patienten – jeg skal gå rundt og spørge "Har I brug for en tolk?"
- Respektløshed fra fagpersonale – påvirker humør/adfærd: jeg bliver vred hvis det går ud over min grænse.
- For kort tid mellem tolkeopgaver (meget tid går med papirarbejde fordi afd ikke har forberedt det).
- Lægerne er altid forsinkede – tager tolkens tid fra næste aftale. Tolken får kritik.
- For mange detaljer/for svære informationer – der stilles for store krav til patienten.
- Der er meget dårlig lyd i telefoner – telefon tolkning er ikke optimalt.
- Pårørende der bliver ved med at blande sig – der er for mange man skal tolke for på en gang.
- Lægers og sygeplejerskers nedladende tale eller respektløshed over for patienten er svært at tackle for tolken: Læger der taler ned til borgere, der ikke taler dansk – "Hvorfor taler du ikke dansk hvis du har været her i 20 år?"
- Stødende sprog som kan være svært at forholde sig til i oversættelsen.

- Når lægen vil have tolken til at udvælge information fra patienten, der skal tolkes (specielt i kommuner/psykiatrien) – beder reelt tolken om at være den der skal udvælge den fagligt relevante information.
- Ubehageligt for tolken, hvis man mister overblikket over lægens informationer eller hvis informationer er tvetydige og lægen ikke giver tid til spørgsmål eller opklaring.
- Alle patienter har svært at svare på lægers første spørgsmål: Hvordan går det? – patienten tror de skal begynde at forklare om alle symptomer, mens lægen opfatter det som en kort intro-hilsen.
- Patienter der forventer for meget hjælp fra tolken – ”Patienten ville have at jeg skulle køre til hende København. Da jeg sagde nej, ville hun ikke have mig mere”. Mange tolke oplever at blive diskvalificeret for deres tolkning fordi de ikke vil hjælpe patienten med andre praktiske problemer.
- Personalet beder tolken om at ringe til patienten og give en besked/svar – men patienten har spørgsmål om svaret, som tolken ikke må/kan svare på. Medfører at tolken bliver utroværdig.
- Når tolken ikke ved hvad samtalen handler om inden samtaler går i gang. Kender ikke kontekst eller mål med samtalen og kan ikke bistå til at facilitere samtalen. Der bliver ikke lavet en samtale ”kontrakt” og det svækker tolkens arbejde med at forklare lægens informationer.
- Når tolken finder ud af at pt'en spiller ’skuespil’ og fx pludselig bliver rask når de får tilkendt førtidspension. Svært for tolke at håndtere information de ikke må videregive for patienten.



21: Tværkulturelle konflikter og misforståelser*

På grund af tiltagende globalisering lever flere og flere mennesker sammen med mennesker der kommer fra helt andre religioner og samfund. Dét skaber konfliktpotentiale på mange af samfundets områder, herunder sundhedsvæsnet. Men tværkulturelle konflikter opstår primært fordi mange mennesker hverken er klar over deres egne, deres egen sociale netværks værdier, deres egen kulturs værdier eller andre kulturers værdier.

Kulturelle koder og værdier er en central del af enhver konflikt, fordi konflikter handler om relationer – hvordan de skabes, vedligeholdes og nedbrydes. Konflikter indeholder 3 elementer: Det materielle (hvad er der galt), det symbolske (betydningen af konfliktens ingredienser) og det relationelle mellem parterne. Hvert af elementerne er kulturelt forankrede og uden kendskab til dét, er det svært at forhindre eller løse konflikter (1311). Internationalt er der store forskelle i hvordan man opfatter og løser konflikter f.eks. i forhold til præferencer om mediering, kompromissøgning, konsensus og forhandling, samt involvering af religiøse eller rituelle metoder ("noget-for-noget") (1312-1316). I en metaanalyse af tværkulturelle konfliktløsningsmodeller (1317) fandt man at:

1. Individualistiske kulturer vælger tvang som en konfliktstil mere end kollektivistiske kulturer gør.
2. Kollektivistiske kulturer foretrækker en stil hvor man trækker sig lidt tilbage, går på kompromis med og løser problemerne mere end i individualistiske kulturer.
3. I individualistiske kulturer godkendes et kompromis oftere af kvinder end af mænd.
4. Kvinder er mere tilbøjelige til at godkende brugen af kompromiser end mænd, uanset kultur.
5. Mænd involveret i konflikter rapporterer oftere at modparten anvender tvang, end kvinder gør og
6. Med hensyn til organisatorisk rolle, så vælger mænd oftere end kvinder en løsningsstil der involverer tvang.

De fleste klinikere mangler viden til at forstå, hvordan kultur påvirker det kliniske møde og de har for sparsomme kompetencer til effektivt at bygge bro over potentielle forskelle mellem patientens og lægens opfattelse. Enhver kulturs funktion er at sikre, at dets medlemmer overlever og trives inden for en bestemt økologisk niche. En omfattende samfundsvidenskabelig litteratur viser tydeligt, at sundhed og midlerne til at opretholde, genvinde eller opnå velvære er kulturelt definerede (1318). Hver kultur definerer, hvad et godt helbred er for dets medlemmer, bestemmer hvad der er årsag til sygdomme, fastlægger de parametre, inden for hvilke ubehag defineres og signaleres, og ordinerer de passende midler til at behandle lidelsen, både medicinsk og socialt (1319). En forståelse af kulturens betydning for patienten er derfor helt grundlæggende for lægelig udredning, behandling og rehabilitering (535). Af nødvendighed er kulturer derfor dynamiske, lydige, sammenhængende systemer bestående af holdninger, værdier og livsstil, der har udviklet sig inden for en bestemt geografisk placering ved hjælp af tilgængelig teknologi og økonomiske ressourcer. Kulturen udvikler sig efter behov for at tilpasse sig skiftende miljøforhold og vilkår - også i eksil (166).

Konflikter og udfordringer i forbindelse med samtale med etniske minoritetspatienter og -pårørende bygger stort set altid på sprogbarrierer, udspilles gennem uforberedte samtaler i ad hoc sammenhæng med usikre rammer og uklar rollefordeling og forværres af forskellige måder at anvende sprog på, forskellige måder at indgå aftaler og forskellige mønstre for turtagning i en samtale.

Case 1

Personalet i en børnehave bebrejdede overfor et forældrepar, at de blev ved med at give barnet sukker med i børnehaven i en lille pose, selvom personalet havde påtalt det flere gange. Personalet opfattede det som en direkte provokation. Det viste sig at forældrene havde misforstået en seddel, de havde fået med hjem, med anmodning om at børnene fik ekstra sokker med til indendørsbrug. Forældrene troede det var et "tilskud" til børnehavens madlavning og forstod ikke hvorfor de fik skæld ud over at gøre som der blev sagt.

Ofte føler den ene part at der er leveret en klar besked til den anden part om en allerede taget beslutning, mens den anden part opfatter at der er indgået en klar gensidig aftale – men ingen af parterne forsøger at få bekræftet deres opfattelse.

Men, to monologer er ikke en samtale og to unilaterale aftaler er ikke en fælles aftale.

Case 2:

En mandlig patient med få års skolegang har tolket samtale hos en psykolog. Patienten siger ”*Det er som om der er en elefant, der tramper rundt på mig om natten*”. Tolken siger til psykologen, at tolken gerne vil forklare hvad det er patienten mener med det, men afskæres af psykologen med besked om at tolken kun skal oversætte præcis det der bliver sagt og ikke begynde at omformulere eller forklare hvad patienten siger på en anden måde end patientens. I stedet forhøres patienten om elefantens udseende, farve, hvornår på natten den kommer, om han oplever den faktisk er til stede etc. Patienten bliver tydeligt forvirret, stresset og til sidst vred over samtaleforløbet. Da psykologen spørger om han ved hvorfor han er syg svarer patienten ”*Det er skæbnen*” og på psykologens spørgsmål ”*Tror du at du bliver rask igen*” svarer patienten at det er op til Gud. Dét bliver psykologen kendeligt irriteret over og siger til patienten: ”*Kan vi ikke lige parkere Gud derovre i hjørnet?*”. Patienten bliver endnu mere vred og siger ”*Mennesker der har brug for at parkere Gud har selv brug for Gud*” og samtalen afsluttes af patienten på grund af det høje stress/konfliktniveau han følte i samtalen. Dét som psykologen aldrig fik at vide, var at udtrykket ”*der tramper en elefant rundt på mig*” er et almindeligt udtryk for rygsmerter.

Etniske minoritetspatienter kommer let til at bryde eller udfordre vanlige regler, rammer og rutiner. Oftest fordi de er ukendte eller opfattes som meningsløse. Tit kan forhandling om pragmatiske løsninger være vejen frem.

Case 3

Muslimske forældre med et nyfødt barn i kuvøse på neonatalafdelingen kan have et stærkt ønske om at barnet skal have et eksemplar af koranen inde i kuvøsen. Her kolliderer flere rutiner. Der er trange forhold i kuvøsen og hygiejnesygeplejersken modsætter sig at man anbringer ”urene” elementer i kuvøsen. Nogle neonatalafdelinger har løst det ved enten at placere koranen i en steril plasticpose, andre har forhandlet sig til en løsning hvor Koranen ligger tæt på barnet udenfor kuvøsen.

Sygdom eller lidelse, årsag og virkning

Korbin og Johnston (antropolog og børnelæge) beskriver i en artikel en case hvor en lægeligt set succesfuld behandling resulterer i at moderen til det syge barn aldrig vil have sit barn behandlet på sygehuset (1320). Barnet bliver indlagt svært påvirket med høj feber og svær væskemangel der skyldes tyfus, får behandling og udskrives som rask. Problemet er at det ikke går op for lægerne at moderen på to væsentlige punkter har en fundamentalt anderledes opfattelse af hvad der er problemet. Moderen mener at sønnens sygdom skyldes at han dagen før han blev syg, faldt ned af en trappe og slog ryggen og siden da havde han haft ondt i ryggen. Hun var vred over at lægerne ikke undersøgte drengens ryg og ikke behandlede rygsmerterne. Moderen kom fra Jamaica og var vant til at når man var syg så tog den lokale traditionelle healer en lille bloddråbe, som vedkommende stillede diagnosen på, startede behandlingen og forudsagde prognosen. For moderen var det derfor utrygt lægerne fortsatte med at tage store mængder blod til blodprøver. Moderen havde desuden den opfattelse at mennesker fødes med en bestemt mængde blod og at børnelægernes excessive forbrug af barnets blod ville efterlade hendes søn med meget sparsomme blodreserver til resten af livet. Diagnosen var klar, moderen modsatte sig lægernes behandling og moderen blev derfor truet med et retsligt pålæg eller en tvangsfjernelse af barnet, hvis de ikke fik lov til at fortsætte behandlingen. Moderen accepterede på den baggrund behandlingen. Lægerne var begejstrede over at de havde diagnosticeret en (I USA) relativt sjælden og relativt dødelig tyfus infektion og at de havde reddet barnets liv og ignorerede for længe moderens oplagte mishag med lægernes diagnose, blodforbrug og fejlbehandling af ryggen. Dette resulterede i at moderen, da drengen var rask, forlod sygehuset med en bemærkning om at hun aldrig ville opsøge et amerikansk sygehus igen: de lytter ikke, de forstår ikke og de tapper patienternes blod.

Fra kultursammenstød til rutinesammenstød

Der er derfor ikke, som mange ellers gerne så det-, tale om sammenstød mellem kulturer, men derimod om sammenstød mellem forskellige rutiner (patientens og personalets), mellem forskellige forståelsesrammer og mellem forskellige sociale koder (familiens og sygehusets/afdelings kulturen). Alle mennesker er rationelle – men på deres egne præmisser. Det er derfor præmisserne der er løsningen, mens sammenstødet mellem rationelle argumenter fastholder og eskalerer konflikten. Man skal ikke eliminere

forskelle i præmisser: opfattelser/værdier/behov men bruge den dynamik, der opstår ved professionel nysgerrig vekselvirkning.

Den sundhedsprofessionelle skal: styrke åbenhed, udveksle ideer, sidestille pointer og levere en professionel opsummering sammen med patienten – ellers opstår der uenigheder, misforståelser og konflikter.

Præmisserne for handlemønstre er vigtige og stiller krav til de ansatte – ikke mindst når det er tværkulturelle patient samtaler:

- Man er nødt til at forstå mere om patienten
- Man er nødt til at lære den enkelte patientens betydningssystemer
- Man er nødt til at tage mere højde for patienters ofte fremmedartede sårbarheder
- Man tvinges til at arbejde udenfor retningslinjer, tidsrammer og kompetencer

...og dét er ofte krav der gør de ansatte sårbare og presser dem – de bliver stressede, vrede, irritable, fordomsfulde, lige glade, trækker sig fra relationen, konfliktskabende, forvirrede eller utålmodige.

Mange situationer forværres af at der er intrakulturelle konflikter (intrapersonale uenigheder, dvs. personalet er uenige om holdninger, værdier og patienttilgang) om hvad sker og hvordan det skal tackles. Uenigheder mellem de (ofte etnisk danske) ansatte overføres til en tværkulturel konflikt. Men i virkeligheden starter konfliktoptrapningen i en etnisk dansk konflikt. Uenigheden afspejler sig i tvetydige usammenhængende informationer, uklare sociale regler, interne uenigheder omkring relationer til patienter, stressede pårørende trækker sig opgivende – kan ikke finde ud af det og ingen af de sundhedsprofessionelle prøver at gå ind problemforståelse med faglig nysgerrighed – tværtimod præges de ansattes interaktion af vilkårlighed og manglende faglighed: Mærkværdiggørelse, tropikalisering (at problemer man ikke forstår nødvendigvis må have rod i eksotiske forklaring og ritualer), kulturelle argumenter og pseudo-religiøse antagelser erstatter en professionaliseret tværkulturel tilgang til patienter og pårørende.

Tosprogede patienter og pårørende har ofte svært ved at gå i kritisk dialog om personalets generaliseringer (og mange af dem er internaliserede efter mange års erfaringer). Det kræver kommunikativ styrke at argumentere sig ud af en generalisering. Fordomme og bias er ofte mere tydelige end personalet selv er klar over og dét kan i sig selv virke provokerende og være en udfordring for patient og pårørende.

Konflikter mellem personale og patient kan opstå af flere grunde, en af de hyppigste er sprogbarrierer, men i særlige tilfælde kan personalets politiske holdning til flygtninge vise sig også at blokere for en professionel tilgang til patienten. Konflikthåndtering i tværkulturelle sammenhænge tager altid afsæt i patientens historie, hvor patienten kommer fra, hvilket sprog taler han/hun, hvad han har af familie og netværk, har han/hun oplevet krig, er der tegn eller symptomer på angst eller stress, hvilken opfattelse har patienten af sin tilstand og sygdom. Hvis patienten på forhånd er diskvalificeret som person og menneske pga sin flygtninge/indvandrer status bliver patientens baggrundsinformation aldrig indhentet, og det giver grobund for yderligere misforståelser med konfliktpotentiale.

Case 4:

I forbindelse med en henvendelse fra et af landets sygehuse, havde personalet brug for hjælp til at håndtere en patient med anden etnisk baggrund. Patienten ville angiveligt ikke samarbejde, var krævende og utilfreds. Ved tilsyn på afdelingen viser det sig at patienten ikke forstod dansk, men kunne, ifølge personalet, tale et rimeligt engelsk – et sprog som enkelte af afdelingens personale beherskede, mens andre havde et mere nødtørftigt engelsk ordforråd. Kommunikation mellem personale og patient kom derfor ofte til at bestå af envejskommunikation med korte kommandolignende beskeder fra personalets side til en usikker og angst patient, som ikke havde sin familie eller noget tæt netværk i Danmark. Patienten var flygtet fra krigen i Somalia og havde svære traumatiske oplevelser med sig fra barndommen. Det fælles engelske sprog mellem personale og var så sparsomt at det skabte konflikter: dels var personalets sundhedsfaglige engelske sprog i praksis, i modsætning til deres egen opfattelse, helt utilstrækkeligt, dels kom kommandosproget (Rejs dig! Flyt dig! Drik dit vand!) til at virke som hårdt soldatersprog, der gav anledning til uro og stress hos patienten pga. dennes baggrund (som personalet ikke havde gjort sig bekendt med).

Konflikthåndtering består også i at hjælpe personalet til at være bevidste om egne fordomme. Oftest viser fordommene sig som ubevidste handlinger, som hurtigt kan blive en hel afdelings kultur, hvor ingen får sat spørgsmålstegn ved om patienten modtager en ligeværdig og omsorgsfuld tilgang, pleje og behandling. Sundhedsprofessionelle der er af den overbevisning at flygtninge/indvandrere fremfor alt ikke skal være i landet, bliver således udfordret på deres fagligheder, hvorfor konflikt håndtering altid vil forudsætte en italesættelse og bevidstgørelse af personalets egen holdning og fordom overfor patienten.

Man er klogest på sit modersmål og man er bedst til at være syg på modersmålet. Symptomer, sygdomsopfattelser og adfærd ved sygdom kodes i meget ung alder på modersmålet. Hvis de centrale samtaler omkring patientens sygdom gennemføres uden tolk, er kimen lagt til serielle uenigheder og misforståelser, der vil opleves som "tværkulturelle konflikter", men i virkeligheden er udgangspunktet at personalet ikke har været professionelle i deres dialog om de centrale informationer. Patient og pårørende oplever det som forskelsbehandling og en bevidst handling fra personalets side. De ofte tvetydige informationer de får, når der ikke er tolkebistand, opleves som u-professionalisme og det øger konfliktrisikoen.

Når man som patient/pårørende udelukkes fra dialog om det centrale (diagnose og behandling) fordi der ikke er tolkebistand, flyttes pårørendes fokus til et angstdrevet fokus på fejl og mangler – når man ikke forstår indholdet, så kan man kun reagere på det, man kan se: når man ikke forstår baggrunden for personalets beslutninger og handlinger, så bliver de helt automatisk til fejl. En overflytning til en anden, fagligt set helt relevant-, afdeling kan ses som en afvisning eller at lægerne har givet op og bare sender problemet videre etc.

Det er derfor vigtigt at tidlige små ubetydelige tegn på misforståelser eller uoverensstemmelser direkte omtales, og at der inviteres til dialog om, hvad problemet er.

Mange hæver ubevidst stemmen overfor patienter i samtaler der præges af sprogbarriere – men det kan af patienten opfattes som "skæld ud", direkte ordrer eller et udtryk for at læge/sygeplejerske mener patienten er handicappet (uden at det var hensigten).

Der er i mange ikke-danske kulturer en konversations etik, der betyder at man lader den professionelle tale først og tale færdig, før man (forventet) får lov at tale som pårørende. Dét misforstår de ansatte ofte som om, patienten ikke har bemærkninger eller kommentarer og kommer til at afslutte samtalen på netop dét tidspunkt, hvor patienten/pårørende efter deres kodeks har lov til at tale. Det noteres at patienten samtykker....- men det gør de ikke. Man er høflig i en samtale og venter på sin tur – det er vigtigt at være tydelig om hvornår patienten skal bidrage med spørgsmål og kommentarer for reglerne kan være anderledes end patienten er vant til.

Berlin og Fowkes skabte i 1983 en klinisk huskeregel til at undgå tværkulturelle misforståelser (1321):

L – listen (lyt til patientens problem)

E – explain (forklar patienten opfattelsen af problemet)

A – acknowledge (anerkend problemet og eventuelle forskelle i opfattelser)

R – Recommend (foreslå muligheder)

N – Negotiate (forhandl den bedste mulighed sammen med patienten)

Levine og Gotlieb lavede i 2000 senere huskereglen

E – Explain (lad patienten fortælle om sit problem)

T – Treatment (hvilken behandling har patienten prøvet)

H – Healers (hvem har patienten søgt råd hos)

N – Negotiate (forhandling om en fælles acceptabel løsning)

I – Intervention (fælles handling)

C- collaboration (samarbejd med alle relevante personer om at fastholde løsningen)

Hyppige udfordringer med etniske minoritetspatienter og -pårørende

Personalets oplevelse af at patienters pårørende ”støjer”, er ét af de hyppigste ”stridspunkter” på hospitalsafdelinger. I stedet for professionel nysgerrighed og dialog opstilles der meget hurtigt skrappe krav om antal pårørende på stuen, hvem der må tale med hvem, der skældes ud og ”fløjlshandskerne tages af”. De ansattes individuelle reaktionsmønstre bliver tydelige: nogle ”trigges” af en hændelse eller en bemærkning og skælder ud, andre bliver bange og trækker sig mens andre igen prøver at være venligt imødekommende og udglattende. Hvad der er årsagen til konflikten eller den dårlige stemning, går aldrig op for patienten eller de pårørende og de meget forskellige, ofte modstridende eller tvetydige-, reaktioner fra personalet, skaber endnu mere forvirring, der bidrager til yderligere konfliktsituationer. Personalets uafklarede værdier og politik ift. Uvant social adfærd ender med at blive en del af årsagen til at konflikten forløber uhæmmet. Så, hvad kan være godt at vide? Gennem analyser af de konflikter Indvandrermedicinsk klinik har været involverede i, refleksion sammen med erfarne tolke og patientoplevelser kan følgende være redskaber til, at forebygge eller nedtrappe konflikter:

- Overlevelsesstrategier indlæres i 2-års alder (i familier med mange børn, der er født med korte mellemrum indlæres ”overlevelsesteknikker” så snart man får en yngre søskende: der skal kæmpes højt for at kærlighed, omsorg og hjælp)
- ”Går den så går den”- tilgang (i lav ressource lande skal der kæmpes hårdt for at få hjælp og alle kneb gælder)
- ”Man har pligt til at forsvare sin krop” (kroppen har man fået som en gave, til låns, og man skal passe på den og forsvare den med alle midler – ellers er man et dårligt menneske)
- Bange mennesker reagerer uventet (syge mennesker kan reagere uventet hvis de bliver meget bange. Det samme gælder de pårørende hvis de ikke kan overskue eller forstå hvad der sker. Nogle mennesker der er bange, bliver stumme og isolerer sig, mens andre bliver udadreagerende, krævende og forsøger at få opmærksomhed med høj stemmeføring)
- ”Hvad vil de andre ikke sige?” (en social kode, der f.eks. pålægger en patient og dennes pårørende at forsvare den syge eller det pålægges alle i patientens sociale netværk at aflægge besøg og forsvare den syge – selvom de ikke normalt er nærmeste pårørende så skal de alligevel udvise pårørende adfærd for ikke at blive genstand for samme sociale kode)
- Erfaring for ydmygelser, bagatelliseringer (nogle pårørende har tidligere oplevet at blive ydmyget, afvist eller tilsidesat ifht. deres/patientens behov og er derfor opsatte på at det ikke gentager sig)
- Patient/pårørende er vant til misforståelser, fordi de kun sjældent oplever at der er tolkebistand. Patient og pårørende er derfor ekstra vagtsomme og ”overopmærksomme” på fejl, misforståelser og misinformation
- Bulldozer-psykologi: Patienter og pårørende har erfaring for at læger og sygeplejersker alligevel ikke forstår deres behov (”Du kan alligevel ikke forstå det, jeg forventer ikke at du forstår det, så jeg maser bare på indtil jeg får mit behov opfyldt”).

Hvad stresser patienterne (og dermed øger risiko for uenigheder)?

Det, der er rutine for en ansat i sundhedsvæsenet, kan være en voldsom livsændring for patienten. For de fleste mennesker vil mødet med sundhedsvæsenet være en relativt sjælden hændelse og de fleste situationer er helt nye for patienten. Det er 1.gangshændelser, hvor de sociale koder er svære at lære, og patientens egne reaktioner vil ofte være uforudsigelige (og uforståelige, selv for dem selv og deres nærmeste).

Patienter har ingen reference ramme for første gang de er alvorligt syge, og der går noget tid før man ”lærer” eller danner sig en forståelsesramme. Der er ofte beslutninger, der skal tages, hvor der ikke er en fortrydelsesret (amputation, transplantation, kemoterapi-bivirkninger).

Effektive behandlinger er ofte forbundet med større eller mindre risiko for bivirkninger, komplikationer eller alvorlige følgesygdomme. Information til patienten indebærer derfor en risikovurdering som imidlertid kan vække voldsom angst hos patient og pårørende. Har man utilstrækkelig indsigt i beslutningsgrundlaget kan man komme i tvivl, spørge mere end andre patienter og forlange flere detaljer, særbehandling eller komme med ambivalente udsagn som personalet har svært ved at fortolke og som kan være starten på en konflikt.

Sygdomstolkning

Man lærer at have ondt i maven, kaste op og være bange på sit modersmål. Selv tosprogede kan komme i problemer hvis de bliver syge, fordi de ofte kun har modersmålet som basis for samtaler om følelser, sygdom, liv og død. Alle værdier og koder knyttet til symptomer og sygdom kodes meget tidligt i livet og deres betydning forhandles på modersmålet. De initiale samtaler om sygehistorien, om undersøgelser, differentialdiagnoser og livet med sygdom bør tilbydes med tolkebistand for at kunne etablere en god sygehistorie og for at sikre at de centrale begreber, undersøgelser og behandlinger er forstået. Anerkender de sundhedsprofessionelle ikke at tosprogede patienter kan have tolkebehov, kan det skabe grobund for misforståelser og konflikter. Mange konflikter starter med vigtige samtaler uden tolkebistand.

Høj uddannelse er ikke ensbetydende med at pårørende nødvendigvis forstår mere komplekse behandlinger, komplikationer eller bivirkninger. Misforståelser opstår let hvis information udelades fordi man antager at patientens uddannelsesniveau gør dem overflødige eller banale.

Når én forælder, der taler "lidt dansk", er orienteret, er det ikke ensbetydende med at den anden ægtefælle orienteres. Hvis børn/unge anvendes som tolke vil børn ofte have problemer med at oversætte beskeder fordi de er mere komplekse end de voksne tænker eller fordi mange børn har et yderst sparsomt ordforråd på deres forældres modersmål – Børnene har lært et simpelt hverdagsprog i Danmark og det rækker ikke til en lægesamtale.

Samtalens kulturelle turtagning

Hvordan man starter en samtale, hvornår samtalens omdrejningspunkt skal komme, turtagning, pausers betydning og hvem der får det sidste ord er kulturelt bestemte og styres af kontekst. Samtalens opbygning påvirker forståelsen: Er samtalens mål klart fra starten kan proces med opbygning af argumenter gennem præsentation af baggrundsinformation sikre at modtageren kan forstå & anvende de efterfølgende informationer korrekt – man sikrer en fælles forståelses ramme for argumentationens opbygning. Man skal blive enige om samtalens struktur og hensigt meget tidligt i en samtale så informationer anvendes rigtigt

Det kan være en god ide at forstå de variationer i sociale samtale koder, der ofte kan give anledning til misforståelser. I mange samfund forventes det, at man *giver plads* til at andre personer tager ordet. I Danmark kan patienter fra disse kulturer *vente forgæves*, mens den sundhedsprofessionelle opfatter *mangel på spørgsmål* som tegn på (stiltiende) accept... i virkeligheden venter patienten på tegn til at patientens får formel tilladelse til at tale. Det kan være uhøfligt at sige noget uopfordret og hvis den sundhedsprofessionelle ikke nøder og inviterer den tilbageholdende patient, så blander patienten sig ikke i en samtale.

Pauser har meget forskellig kulturel betydning og kan give anledning til tvetydighed. Pausens længde er kulturelt bestemt og signalerer på forskellig vis om man stadig tænker eller om man er færdig med at tale. Patienten tænker måske om lange pauser: *har jeg sagt noget helt forkert?* Eller om meget korte pauser: *hvorfor afbryder lægen hele tiden?*

I nogle kulturer skal man *vente med at komme til sagen* til slutningen af hvad de vil sige. Andre går *direkte til sagen*, mens andre igen kun lige *glimtvis indirekte berører* sagens kerne spredt ud over samtalen. I dansk samtale kultur kan vi have en tendens til at "gå direkte til sagen" uden omsvøb i starten af samtalen, men det kan give anledning til misforståelser hvis patienten forventer at konklusionen kommer til sidst i samtalen – patienten "hører ikke" hvad der bliver sagt i starten fordi det kulturelt set, fra patientens synsvinkel, ofte er høflighedsfraser og mindre vigtige informationer, der kommer i starten af en samtale. Hvis der ikke er enighed om hvornår samtalens omdrejningspunkt præsenteres kan det føre til at samtaler misforstås 100 % (hvis man hele tiden forventer at konklusionen kommer til sidst) eller føre til at lægens budskaber virker rodet og uprofessionelt (fordi det opleves at informationen gives spredt & tilfældigt og ikke til sidst i samtalen).

Tonefald er ligeledes kulturelt kodet – om vi går op og ned i tonefald når vi beder om hjælp eller informationer skaber mange misforståelser. Ords placering er vigtigt – vi forventer at ord kommer i en fast rækkefølge, derfor misforstår vi mere, hvis folk bruger ordstilling fra deres modersmål.

Mange misforståelser/konflikter opstår, fordi deltagerne i samtalen tror, de refererer til det samme fx ”god kontakt”, ”en god mor”, ”Ring hvis det bliver akut”. Skift i argumentationsniveau kan skabe misforståelser fordi de kan opfattes som en direkte anklage: ”Jeg går ind for ligestilling” modsvares med ”Hvordan kan du dét, når du altid laver mad hjemme?”. Andet eksempel: sætningen ”Har du tænkt på at rejse tilbage til dit hjemland” er måske ment som venligt et forsøg på at få patienten til at beskrive hvor de ser sin fremtid, men opleves som uvenlig af patienten. Et åbningsspørgsmål som ”Hvordan går det?”, der egentlig mest er en hilsen, kan udløse en meget lang detaljeret forklaring om børnene, økonomien, ægtefællen og problemer med sagsbehandleren.

Stereotyper starter konflikter

Et særligt problem i den tværkulturelle samtale er anvendelsen af generaliseringer og stereotyper, der ofte kan give anledning til konflikter. Generaliseringer opleves af den enkelte som en umyndiggørelse og umenneskeliggørelse. Sprogbeherskelse og forhandlingskompetencer er vigtige for den enkeltes mulighed for at tale op imod/nuancere den oplevede generalisering. Hvis patienten ikke magter at tale sig ud af generaliseringen, eller ikke inviteres til kritisk dialog, føler borgeren afmagt og demotiveres – og det kan ende med vrede, skuffelse og unødvendige konflikter.

Stereotyper er nødvendige for vores evne til at orientere os i verden. Den virkelige verden er på alle måder for stor, for kompleks og for flygtig til direkte bekendtskab mellem folk og deres omgivelser. Men stereotyper kræver åbenhed og hvis åbenheden forsvinder, kommer vi i problemer: absolutter og stereotyper er ikke smidige nok til at indfange de virkelige mennesker, der befolker verden. Mennesker lever mangfoldige liv. Paradoksalt nok synes alle mennesker at netop *deres måde* at se tingene på er den eneste naturlige og rigtige for mennesker, og andre måder er forkastelige eller fejlagtige. Hvert menneske lever egocentrisk forankret i sit historiske øjeblik, i sit samfund og sit fysiske miljø: *lukket inde i en boble af sin egen erfarede virkelighed og i sine egne kundskaber*. Som medarbejdere i sundhedsvæsenet skal man være klar over forskellen mellem sin egen virkelighed og patientens virkelighed – og at dele af forskellene skal søges i forskellige værdier, rutiner, fordomme og antipatier. Ved at kende dem, tale om dem og reducere deres indflydelse på samtalen kan man undgå alvorlige konflikter og misforståelser.

Ændrede beslutningsmønstre i familier

Hvis et familieoverhoved dør eller mister sin status pga. svær sygdom, ændres familiemønstret og beslutningsprocesser forstyrres. De ældste drenge får pludselig et stort ansvar som de ikke har erfaring med, forhandlingskompetencerne er måske ikke helt veludviklede endnu, men familien ser dem som de naturlige ”arvtagere” som familieoverhoveder. Presset fra familie og netværk kan facilitere at de unge mænd anvender et sprog og en retorik med konfliktpotentiale ifht. Sundhedspersonale. Ofte er de ældre i familien ikke klar over hvad de unge siger til personalet og kan derfor ikke moderere krav eller sprog. Børn lærer hurtigere end voksne og har en bedre sprogbeherskelse end deres forældre. I en digitaliseret offentlig sektor er børns erfaringer med internettet og computere med til at give dem et yderligere forspring ifht forældrene. Det forstyrrede og uvante familiemønster hvor børnene har ”voksen færdigheder” kan der opstå konflikter både i familien og ifht. Offentligt ansatte i den ofte bekvemme men ambivalente anvendelse af børn som tolke, socialrådgivere, jurister og talsmænd i selv højspændte samtaler.

Akut telefon kommunikation med patienter uden tolk

Råd nr.1: Lyt grundigt efter hvad der siges, vær specielt opmærksom på:

1. undgå at afbryde
2. ignorer ikke hvad opkalderen ikke forstod, det kan være vigtigt og relevant
3. vær opmærksom på at det opkalder siger kan være meget forskelligt fra hvad vedkommende egentlig gerne ville sige

4. vær opmærksom på opkalderens mulige sprog fejl der kan forstyrre meningen (ordvalg, forkerte synonymmer, tillægsord, grammatik)
5. bed opkalderen om at gentage uforståelige udtryk eller sætninger, så opkalder, kan omformulere dem og samtidig give modtageren en chance for at høre ordet eller sætningen igen
6. Er opkalder fysisk sammen med patienten eller er vedkommende blevet om at ringe op af personer der er sammen med patienten?

Råd nr. 2: Modtager skal sikre gensidig forståelse, vær specielt opmærksom på:

1. Gentag, omformulér og check al information der er potentielt vigtig
2. Undgå svar som "m-hm" eller "OK"
3. undgå at opfatte opkalderens "m-hm" eller "OK" som om de har forstået din information
4. brug opfølgings- og kontrol spørgsmål for at sikre gensidig forståelse
5. opfat generelle udtryk for at have forstået som tvetydige og upålidelige – vær specifik og enkel

Råd nr. 3: Modtager skal justere sit sprog afhængigt af den feedback der modtages fra opkalderen, vær specielt opmærksom på:

1. Artikulér: tal tydeligt og bestemt.
2. brug simple ord hvis opkalder ikke det du siger
3. undgå ord der er tve-/mangetydige
4. undgå metaforer eller danske traditionelle talemåder
5. undgå unødvendige ord (fyldord, talesprog). Stil et spørgsmål ad gangen, giv en information ad gangen
6. vær tydelig i forhold til: hvem, hvad og hvor
7. vær klar: instrukser er instrukser, spørgsmål er spørgsmål
8. styr slagets gang, hold fast i det enkle sprog og vær tydelig i hvad planen er med dine spørgsmål og informationer

Råd nr. 4: Modtager skal give relevant og tilstrækkelig information, vær specielt opmærksom på:

1. Sig hvad du gør og hvad opkalder skal gøre, gentag det
2. undgå at stoppe samtalen når du skal slå noget op, tale med kollega eller ringe andetsteds uden at informere opkalder
3. hvis du gør noget (sender ambulance, andet) så sig hvad du gør og hvem der skal gøre hvad i den anledning. Sig hvor ambulancen sendes til. Gentag.
4. Informer opkalder en gang til om baggrunden for dine spørgsmål og dine informationer.

Andre former for konflikter

Vær opmærksom på de "omvendte" konflikter med tosproget sundhedspersonale, der ikke sjældent kan opleve nedsættende tale fra patienters side (ofte kun under 4 øjne, hvilket bidrager til at forlænge konflikter).

Case 7:

En tidligere lejesoldat indlægges med konfusion og væggtab. Han fremtræder meget ekstrovert, tydelig i holdninger og værdier og kommenterer meget intimiderende på personalets udseende og adfærd. Personalet på det ene aftenhold af sygeplejersker er i overvejende grad mørke i huden og flere er tosprogede. Patienten nægter at blive "plejet af sådan nogle (N-ordet)". Ledelsen bliver først efter ganske mange sammenstød mellem patient og personale opmærksomme på konflikten da personalet oplyste, at de ville politi anmelde patienten for racisme. Patienten fik besked på at rette sig efter sygehuset og afdelingens politik på området og sagen blev ikke politi anmeldt. Patienten viste sig at have kræftsvulster i hjernen og fik efterfølgende et godt forhold til personalet.

Mange tosprogede ansatte i sundhedsvæsnet kan berette om "den lille hverdagsracisme". En ung sygeplejerske blev, af en patient, som elev kommanderet hen og vaske hænder flere gange ved håndvasken indtil patienten sagde at til eleven at hu havde urene hænder der ikke kunne vaskes.

Under svineinfluenza epidemien i 2009 fravalgte Sundhedsstyrelsen, på trods af de potentielle misforståelser og det høje alarmberedskab, at lave målrettede kampagner til etniske minoriteter. Det

resulterede i at minoritetsmiljøer i stedet måtte søge information om epidemien og vaccination på uregulerede internet hjemmesider. Dét resulterede i at udbredt og meget kontra-produktiv, misinformation om epidemien og vaccination bredte sig og skabte en meget ophedet og konfliktfyldt stemning: epidemien var startet af amerikanerne, virus blev spredt af grise, vaccinen indeholdt griseprotein og, mest alvorligt, at etniske minoriteter med vilje ikke blev vaccineret og at vaccinen kun var til etniske danskere. Samme mistillid og misinformation spredte sig omkring HPV-vaccinen fordi den i starten blev lanceret som en vaccine der beskytter piger mod seksuelt overførte sygdomme og som de skulle have før de blev seksuelt aktive.

I uvante situationer kan strukturer, regler og rutiner vise sig at være kontraproduktive, hvis de følges lidt for stift. Der kan være grund til pragmatiske beslutninger i tilspidsede, men uvante, situationer som den følgende case illustrerer:

Case 8:

I forbindelse med krigen i Libyen tilbød den daværende danske regering i 2011-2012 at et vist antal krigsskadede soldater kunne flyves til Danmark med henblik på behandling på danske hospitaler. En mindre gruppe af disse soldater blev indlagt på Odense Universitetshospital hvor en eksisterende afdeling blev omdannet til særlig afdeling med delvist nyt personale i den anledning. Soldaterne kom fra sygehuse i hjemlandet og blev derfor isolerede af frygt for MRSA og andre resistente bakterier. De libyske soldater var en udfordring for personalet – ikke alene var de tydeligt psykisk påvirkede over at være isolerede, de var krævende, stressede og talte højt følte personalet. Soldaterne respekterede ikke rygeforbud, hvilket gav anledning til alvorlige konflikter. Rengøringspersonalet følte sig dårligt behandlet af soldaterne og flere af dem nægtede at komme på afdelingen. Indvandrermedicinsk klinik blev bedt om at komme på tilsyn. Soldaterne var kede af at de ikke kunne tale sammen, de ville gerne ryge og de var kede af den mad de blev tilbudt og de manglede en tolk. Soldaterne havde kontaktet den libyske ambassadør der var villig til at afholde alle udgifter vedr. behandlingen. Der blev derefter etableret fast tolk i dag tiden, og tolken indvilgede i at sørge for mad til soldaterne fra en lokal Mellemøstlig restaurant. Efter samtaler med soldaterne blev det klart, at der var udækkede behov for samtaler om krigsoplevelser og en arabisktalende psykolog blev tilkaldt. Psykologen fandt at den ene af soldaterne havde meget alvorlige psykiske problemer og at de andre soldater var så bange for ham at de ikke turde være alene med ham. Psykologen indledte samtaler med soldaterne. En styregruppe under sygehusledelsen for soldaternes behandling besluttede efterfølgende at ophæve den individuelle isolation og erstatte den med kohorte (samlet) isolation og da afdelingen alligevel var en særlig afdeling blev det ekstraordinært besluttet at soldaterne måtte ryge på balkonen, da afdelingen alligevel skulle rengøres efter afsluttet behandling.

Casen illustrerer også at sygehusledelser bør involveres hurtigt og effektivt, hvis der er behov for midlertidigt at omgå retningslinjer, der normalt anses for ufravigelige.

Generelle råd og vejledning

- Træd et skridt frem – vær nysgerrig og anerkendende, spørg, sig hvad du føler mærker oplever. Søg at forstå patientens præmisser, angst og afklar misforståelser
- Afklar og justér forventninger til samtalen, undersøgelser og behandling
- Sig til hvis dine grænser overtrædes, men vis hvor dine grænser er FØR de overtrædes, ikke bagefter
- Søg støtte og hjælp i ledelsen – du må ikke ”putte” med det, og ikke tage det med hjem – forsøg ikke løse svære problemer alene.
- Skab enighed og fælles linjer iblandt personalet, have entydige kommunikationsveje, reducer brudflader og simplificér informationskanaler.
- Hvis man fornemmer et højt alarmberedskab hos patienten eller de pårørende er det vigtigt at det ikke vedligeholdes: den vedligeholdende adfærd skal identificeres og stoppes – hvis det varer for længe internaliseres det og bliver ”normen”/”rutinen” og kan være svært at reducere – rollerne er fordelt og det høje stress niveau etableres som ”baseline”. Ofte er der tale om enkeltpersoner, blandt de ansatte,

der er ”konfliktparate optrappere” og som ”pisker en bestemt stemning op”, men det kræver en systematisk tilgang at identificere dem. Samme gælder blandt de pårørende: hvem er dialogsøgende og hvem er konfliktsøgende? Hvem er det formelle og hvem er det uformelle talerør i familien.

- Pas på de instinktive paratreaktioner der ofte bygger på fordomme og generaliseringer der sjældent passer.
- Skyld, skam og faglig stolthed kan udfordre og forstyrre, eller erstatte, faglighed. Når man rammes på stolthed og faglighed kan det røkke ved noget eksistentielt: er det mig der er noget galt med? Gør jeg overhovedet noget rigtigt? Duer jeg til noget? – dét skal man ikke slås med alene – tal med sygehusets psykolog eller bed din afdelingsledelse om hjælp. – diskutér vanskelige situationer med kolleger og ledere.
- Hvis du gerne vil have inspiration til spørgsmål og spørgeteknik, så anvend Den Kulturelle Spørgeguide (se link under kilder)

Patient/pårørende faktorer der skal adresseres tidligt og systematisk:

- Tidligere erfaringer og oplevelser med hospitalsvæsenet i hjemlandet (voldsomme hospitalsophold, operationer)
- Tidligere erfaringer og oplevelser med hospitalsvæsenet i Danmark (fejl, misforståelser, afvisninger)
- Stor sorg, tab (kognitivt overskud, skyld og skam)
- Familiære konflikter (kognitivt overskud, skyld og skam)
- Konflikter med andre fra samme etniske grupper (stigma, udstødelse, ensomhed, compliance)
- Hvem tager de store beslutninger i familien og hvem påvirker dem der tager store beslutninger?
- Økonomi (integrationsydelse er lavere end kontanthjælp – svarer til SU, mange lån?)
- Religion og kultur (livssyn, forhold til sygdom og død, ritualer og åndelig omsorg).
- Opholdsgrundlag (tidsbegrænset, humanitært, permanent eller dansk statsborger)
- Krigstraumer, PTSD, psykisk sygdom (stress, vrede, dissociation, flugt, ”ligegyldighed”, forvrængede somatiske symptomer)
- Vær opmærksom på at personlighedsændringer /forstyrrelser kan bidrage til unødvendige konflikter (også blandt personalet!)
- De simple: hvad er vigtigt for dig? Er der noget du er særligt bange for og som vi bør vide?

Husk

- Brug tolk – ikke kun for patientens skyld.
- Gør tolken til en del af samtalen – tolken er ikke bare et redskab, men en kulturel brobygger
- En tolk kan ikke bare oversætte, men også formidle i de situationer hvor værdier og rutiner støder sammen. En tolk der forstår en konflikt kan løse den, formidle regler og rammer og sænke konfliktniveauet.
- *Brug tolk* til ligeværdig kontakt og fælles ramme – modersmål er nøgle & målestok til forståelse.
- Træd frem og vær nysgerrig – sig det højt hvis du er i tvivl eller usikker.
- Hvad er det jeg ikke har forstået? Hvad er det patienten ikke har forstået? Hvordan løser vi det?
- Lad være med at skælde ud – selv en henkastet bemærkning kan såre og varigt skade en god relation.
- Tillid er som papir – når først det er krøllet bliver det aldrig helt pænt.
- *Alle mennesker er rationelle*, men på deres egne præmisser – undersøg præmisserne før løsningen.
- Lad være med at løse et problem du ikke forstår – søg indsigt i kerneårsag/mekanismen.
- Hvis du ikke tager dig tid til patienten så tager patienten din tid – *tag tid til tillid*.
- Du vinder aldrig en kulturel gættekonkurrence – *spørg og vind respekt* i stedet.
- Fælles dagsorden! *Løbende delkonklusioner* under samtalen og bed patienten lave et ”*beslutningsreferat*”.
- Reflektér løbende med kolleger og ledere om de vanskelige situationer – skab fælles forståelse og tilgang.

- Relation og kontekst er vigtig: Find ud af i den givne relation og kontekst hvem der er bedst at tale med og hvem blandt personalet der er bedst til lige netop dén situation.
- Hvis der er tale om komplekse undersøgelser eller behandlinger: Ro på! Sæt tempoet ned. Få patient/pårørende med på hvert eneste step, forbered næste step godt, lad patient/pårørende få en succes oplevelse ind under huden før man går videre til næste step. Spørg direkte til angst, frygt, problemer, misforståelser. Vær sikker på at alle beskeder er modtaget korrekt før man går videre.
- Hvis du ikke har succes efter 3 gange, så prøv to gange til.
- Se ud som om du gerne vil forstå og hjælpe patienten og de pårørende.
- Lad dig ikke afskrække af kulturelle eller religiøse forskelligheder. Udvis en positiv nysgerrighed og vær ikke bange for at henvise videre, hvis du ikke kan svare på spørgsmål, hjælpe eller løse problemer.
- Vær åbent overfor tværfaglig hjælp og have kontaktoplysninger på evt. eksterne ressourcer der kan hjælpe med at understøtte de åndelige og religiøse behov.

*Tak til Naveed Baiq (Imam og leder af Etnisk Ressource Team Region Hovedstaden), sygeplejerske, lektor Dorthe Nielsen (Indvandrermedicinsk Klinik), samt sundhedstolk Batool Kamil for kommentarer til kapitlet.

22: Kilder

1. Dow HD. An overview of stressors faced by immigrants and refugees: a guide for mental health practitioners. *Home Health Care Management & Practice*. 2011;23(3):210-7.
2. Westermeyer J. *Mental health for refugees and other migrants: Social and preventive approaches*: Charles C Thomas, Publisher; 1989.
3. Mirkin MP. The impact of multiple contexts on recent immigrant families. In: McGoldrick M, editor. *Re-visioning family therapy: Race, culture, and gender in clinical practice*. New York: The Guilford Press; 1998. p. 370-83.
4. Murphy H. Migration, culture and mental health. *Psychol Med*. 1977;7(4):677-84.
5. Kunz E. The Refugee In Flight: Kinetic Models And~ orks of~ isjplacement. *International migration review*. 1973;7(2):125-46.
6. Kunz EF. Exile and resettlement: refugee theory. *International Migration Review*. 1981:42-51.
7. Reed RV, Fazel M, Jones L, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*. 2012;379(9812):250-65.
8. Shonkoff JP, Garner AS, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF, Garner AS, et al. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):e232-e46.
9. Miller G, Chen E, Parker KJ. Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychological Bulletin*. 2011;137(6).
10. Calam R. Public health implications and risks for children and families resettled after exposure to armed conflict and displacement. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2017;45(3):209-11.
11. Bateson P, Gluckman P, Hanson M. The biology of developmental plasticity and the Predictive Adaptive Response hypothesis. *The Journal of Physiology*. 2014;592(11):2357-68.
12. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*. 1998;14(4):245-58.
13. Rook GAW, Lowry CA, Raison CL. Hygiene and other early childhood influences on the subsequent function of the immune system. *Brain Research*. 2015;1617:47-62.
14. Kabel M KS. Dyspepsi hos fremmedarbejderbørn. *Ugeskrift for Læger*. 1974;136(50):3.
15. Hartmann F. Hvorfor døde fremmedarbejderbørnene? *Ugeskrift for Læger*. 1974;137(3):1.
16. Gitte. Hvem har ansvaret for de døde børn? *Land og Folk*. 1974 17.december 1974.
17. Heissel A. Svampeforgiftet familie fra Haslev fik god nok lægebehandling. *Ugeskrift for Læger*. 2018.
18. Geller G. Tolerance for ambiguity: an ethics-based criterion for medical student selection. *Academic Medicine*. 2013;88(5):581-4.
19. Davies AA, Basten A, Frattini C. Migration: a social determinant of the health of migrants. *Eurohealth*. 2009;16(1):10-2.
20. Krämer A. *Refugee Migration and Health: Challenges for Germany and Europe*: Springer; 2018.
21. Razum O, Zeeb H, Akgün HS, Yilmaz S. Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? *Tropical Medicine & International Health*. 1998;3(4):297-303.
22. Norredam M, Agyemang C, Hoejbjerg Hansen OK, Petersen JH, Byberg S, Krasnik A, et al. Duration of residence and disease occurrence among refugees and family reunited immigrants: test of the 'healthy migrant effect' hypothesis. *Tropical Medicine & International Health*. 2014;19(8):958-67.
23. Norredam M, Hansen OH, Petersen JH, Kunst AE, Kristiansen M, Krasnik A, et al. Remigration of migrants with severe disease: myth or reality?—a register-based cohort study. *The European Journal of Public Health*. 2014;25(1):84-9.
24. Norredam M, Olsbjerg M, Petersen JH, Juel K, Krasnik A. Inequalities in mortality among refugees and immigrants compared to native Danes—a historical prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2012;12(1):757.
25. Statistik D. *Indvandrere i Danmark*. København; 2010.

26. Ikram UZ, Mackenbach JP, Harding S, Rey G, Bhopal RS, Regidor E, et al. All-cause and cause-specific mortality of different migrant populations in Europe. *European journal of epidemiology*. 2016;31(7):655-65.
27. Moullan Y, Jusot F. Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries? *The European Journal of Public Health*. 2014;24(suppl_1):80-6.
28. Bo A, Zinckernagel L, Krasnik A, Petersen JH, Norredam M. Coronary heart disease incidence among non-Western immigrants compared to Danish-born people: effect of country of birth, migrant status, and income. *European journal of preventive cardiology*. 2015;22(10):1281-9.
29. Andersen GS, Kamper-Jørgensen Z, Carstensen B, Norredam M, Bygbjerg IC, Jørgensen ME. Diabetes among migrants in Denmark: incidence, mortality, and prevalence based on a longitudinal register study of the entire Danish population. *Diabetes research and clinical practice*. 2016;122:9-16.
30. Bhopal RS, Rafnsson SB, Agyemang C, Fagot-Campagna A, Giampaoli S, Hammar N, et al. Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept. *The European Journal of Public Health*. 2011;22(3):353-9.
31. Sodemann M, Kristensen TR, Sångren H, Nielsen DS. Barrierer i lægesamtalen med indvandrerpatienten. *Ugeskr Laeger*. 2015;177(35):2-6.
32. Harmsen H, Bernsen R, Meeuwesen L, Thomas S, Dorrenboom G, Pinto D, et al. The effect of educational intervention on intercultural communication: results of a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2005;55(514):343-50.
33. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health services research*. 2007;42(2):727-54.
34. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical care research and review*. 2005;62(3):255-99.
35. Lehane D, Champion P. Interpreters: why should the NHS provide them? : *British Journal of General Practice*; 2018.
36. Sodemann M. Undersøgelse af misforståede symptomer, alvorlige fejlrapporteringer og utilsigtede hændelser involverende etniske minoritetspatienter med sprogbarrierer. Hyppige udfordringer for patientsikkerheden ved sprogbarrierer. *Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital*; 2017.
37. van den Muijsenbergh M, van Weel-Baumgarten E, Burns N, O'Donnell C, Mair F, Spiegel W, et al. Communication in cross-cultural consultations in primary care in Europe: the case for improvement. The rationale for the RESTORE FP 7 project. *Primary health care research & development*. 2014;15(2):122-33.
38. Boateng D, Agyemang C, Beune E, Meeks K, Smeeth L, Schulze M, et al. Migration and cardiovascular disease risk among Ghanaian populations in Europe: the RODAM study (research on obesity and diabetes among African migrants). *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2017;10(11):e004013.
39. Agyemang C, Owusu-Dabo E, De Jonge A, Martins D, Ogedegbe G, Stronks K. Overweight and obesity among Ghanaian residents in The Netherlands: how do they weigh against their urban and rural counterparts in Ghana? *Public health nutrition*. 2009;12(7):909-16.
40. Piacentini T, O'Donnell C, Phipps A, Jackson I, Stack N. Moving beyond the 'language problem': developing an understanding of the intersections of health, language and immigration status in interpreter-mediated health encounters. *Language and Intercultural Communication*. 2018:1-16.
41. Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International journal of public health*. 2010;55(5):357-71.
42. Dinesen C, Nielsen SS, Mortensen LH, Krasnik A. Inequality in self-rated health among immigrants, their descendants and ethnic Danes: examining the role of socioeconomic position. *International journal of public health*. 2011;56(5):503-14.
43. Palmer D, Ward K. 'Lost': listening to the voices and mental health needs of forced migrants in London. *medicine, Conflict and Survival*. 2007;23(3):198-212.
44. Papadopoulos I, Lees S, Lay M, Gebrehiwot A. Ethiopian refugees in the UK: migration, adaptation and settlement experiences and their relevance to health. *Ethnicity & health*. 2004;9(1):55-73.
45. Adair R, Nwaneri MO, Barnes N. Health care access for Somali refugees: views of patients, doctors, nurses. *American Journal of Health Behavior*. 1999;23(4):286-92.
46. Morris MD, Popper ST, Rodwell TC, Brodine SK, Brouwer KC. Healthcare barriers of refugees post-resettlement. *Journal of community health*. 2009;34(6):529.

47. O'Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. " They think we're OK and we know we're not". A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Services Research*. 2007;7(1):75.
48. MacFarlane A, Dzebisova Z, Karapish D, Kovacevic B, Ogbemor F, Okonkwo E. Arranging and negotiating the use of informal interpreters in general practice consultations: experiences of refugees and asylum seekers in the west of Ireland. *Social science & medicine*. 2009;69(2):210-4.
49. Bhatia R, Wallace P. Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Family Practice*. 2007;8(1):48.
50. Harpelund L, Nielsen SS, Krasnik A. Self-perceived need for interpreter among immigrants in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2012;40(5):457-65.
51. Sodemann M, Svabo A, Jacobsen A. De hårde kampe starter, når krigen er slut. *Ugeskr Laeger*. 2010;172(2):141-4.
52. Meeuwesen L, Harmsen JA, Bernsen RM, Bruijnzeels MA. Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Social Science & Medicine*. 2006;63(9):2407-17.
53. Malmusi D. Immigrants' health and health inequality by type of integration policies in European countries. *The European Journal of Public Health*. 2014;25(2):293-9.
54. Sodemann M. Er der en særlig måde at være syg på i Vollsmose? In: Nielsen HL, editor. *Kampen om Vollsmose*. København: UPress; 2019. p. 183-218.
55. Wenzel T, Droždek B. *An Uncertain Safety: Integrative Health Care for the 21st Century Refugees*: Springer; 2018.
56. Sodemann M, Sisi, B. Den hemmelige lidelse. PTSD ramte familier i Vollsmose. In: Nielsen HL, editor. *Kampen om Vollsmose*. København: UPress; 2019. p. 151-77.
57. Sodemann M. Raesondk [Internet]: Ræson. 2019. Available from: <https://www.raeson.dk/2019/professor-morten-sodemann-udlaendingestramningerne-skaber-tragedier-for-oejnene-af-os-og-tvinger-flygtninge-ud-i-armod/>.
58. Clayton RB, Lang A, Leshner G, Quick BL. Who fights, who flees? An integration of the LC4MP and psychological reactance theory. *Media Psychology*. 2018:1-27.
59. Eriksen TH. *Kulturterrorismen: et oppgjør med tanken om kulturell renhet*: Spartacus; 1999.
60. Bhopal RS. Intertwining migration, ethnicity, racism, and health. *The Lancet*. 2017;390(10098):932.
61. Horton R. Offline: racism -the pathology we refuse to ignore. *Lancet*. 2017;390(10089):1.
62. Dovidio JF, Fiske ST. Under the radar: how unexamined biases in decision-making processes in clinical interactions can contribute to health care disparities. *American journal of public health*. 2012;102(5):945-52.
63. Vertovec S. Super-diversity and its implications. *Ethnic and Racial Studies*. 2007;30(6):1024-54.
64. Cleveland J, Rousseau C, Guzder J. *Cultural Consultation for Refugees*. Cultural Consultation: Springer; 2014. p. 245-68.
65. Silove D. The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework. *The Journal of nervous and mental disease*. 1999;187(4):200-7.
66. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*. 2009;302(5):537-49.
67. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Jama*. 2005;294(5):602-12.
68. Beiser M. *Strangers at the gate: The "boat people's" first ten years in Canada*: University of Toronto Press; 1999.
69. Rousseau C, Drapeau A. Are refugee children an at-risk group? A longitudinal study of Cambodian adolescents. *Journal of Refugee Studies*. 2003;16(1):67-81.
70. Pottie K, Ng E, Spitzer D, Mohammed A, Glazier R. Language proficiency, gender and self-reported health: an analysis of the first two waves of the longitudinal survey of immigrants to Canada. *Can J Public Health*. 2008;99(6):505-10.
71. McKeary M, Newbold B. Barriers to care: The challenges for Canadian refugees and their health care providers. *Journal of Refugee Studies*. 2010;23(4):523-45.

72. Schweitzer R, Melville F, Steel Z, Lacherez P. Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006;40(2):179-88.
73. Rousseau C, Hassan G, Moreau N, Thombs BD. Perceived discrimination and its association with psychological distress among newly arrived immigrants before and after September 11, 2001. *American journal of public health*. 2011;101(5):909.
74. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*. 2011;183(12):E959-E67.
75. Montague E, Winchester W, Valdez R, Vaughn-Cooke M, Perchonok J, editors. *Considering Culture in the Design and Evaluation of Health IT for Patients*. Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting; 2013: SAGE Publications.
76. Cooper LA, Hill MN, Powe NR. Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care. *Journal of General Internal Medicine*. 2002;17(6):477-86.
77. Russ AL, Fairbanks RJ, Karsh B-T, Militello LG, Saleem JJ, Wears RL. The science of human factors: separating fact from fiction. *BMJ quality & safety*. 2013;22(10):802-8.
78. Sodemann M. Tak fordi du lavede en bedre version af mig. *Indvandrermedicinsk Klinik*; 2013.
79. Van Ryn M. Research on the provider contribution to race/ethnicity disparities in medical care. *Medical care*. 2002;40(1):I-140-I-51.
80. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care (with CD)*: National Academies Press; 2009.
81. Sodemann M. Medicin substitution er farlig og skaber ulighed. *Ugeskr Laeger*. 2013;175(14).
82. Sodemann M. Ubehandlet inkontinens er en katastrofe i indvandrerfamilier: Men støtte, information på fremmedsprog og behandling virker. *K-nyt*. 2013;25(4):10-2.
83. Ngo-Metzger Q, Massagli MP, Clarridge BR, Manocchia M, Davis RB, Iezzoni LI, et al. Linguistic and cultural barriers to care. *Journal of general internal medicine*. 2003;18(1):44-52.
84. Richardson LD, Babcock Irvin C, Tamayo-Sarver JH. Racial and ethnic disparities in the clinical practice of emergency medicine. *Academic emergency medicine*. 2003;10(11):1184-8.
85. Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campbell LC, Decker S, Fillingim RB, et al. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain medicine*. 2003;4(3):277-94.
86. Schulman KA, Berlin JA, Harless W, Kerner JF, Sistrunk S, Gersh BJ, et al. The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *New England Journal of Medicine*. 1999;340(8):618-26.
87. Giese A, Uyar M, Uslucan HH, Becker S, Henning BF. How do hospitalised patients with Turkish migration background estimate their language skills and their comprehension of medical information--a prospective cross-sectional study and comparison to native patients in Germany to assess the language barrier and the need for translation. *BMC health services research*. 2013;13(1):196.
88. Ghooi R. Ensuring that informed consent is really an informed consent: Role of videography. *Perspectives in Clinical Research*. 2014;5(1):3.
89. Banks AD, Dracup K. Factors associated with prolonged prehospital delay of African Americans with acute myocardial infarction. *American Journal of Critical Care*. 2006;15(2):149-57.
90. Clark JA, Potter DA, McKinlay JB. Bringing social structure back into clinical decision making. *Social Science & Medicine*. 1991;32(8):853-66.
91. Burgess DJ, Fu SS, Van Ryn M. Why do providers contribute to disparities and what can be done about it? *Journal of General Internal Medicine*. 2004;19(11):1154-9.
92. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS medicine*. 2006;3(10):e294.
93. Gibson E. AEON [Internet]. Weintraub P, editor: Aeon Media Group 2017 25.september 2017. [cited 2017]. Available from: https://aeon.co/ideas/the-unexpected-benefits-of-getting-lost-in-translation?utm_source=Aeon+Newsletter&utm_campaign=9dd2e00d10-EMAIL_CAMPAIGN_2017_09_25&utm_medium=email&utm_term=0_411a82e59d-9dd2e00d10-69126157.
94. Jacquemet M. Transcribing refugees: the entextualization of asylum seekers' hearings in a transidiomatic environment. *Text & Talk-An Interdisciplinary Journal of Language, Discourse & Communication Studies*. 2009;29(5):525.
95. Jacquemet M. Crosstalk 2.0: asylum and communicative breakdowns. *Text & Talk-An Interdisciplinary Journal of Language, Discourse & Communication Studies*. 2011;31(4):475-97.

96. Stewart M, Anderson J, Beiser M, Mwakarimba E, Neufeld A, Simich L, et al. Multicultural meanings of social support among immigrants and refugees. *International Migration*. 2008;46(3):123-59.
97. Kristiansen M, Mygind A. Sundhedsadfærd influeres af psykosocial sårbarhed-en kvalitativ undersøgelse blandt migrantmænd i Danmark. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2011;6(2):60-9.
98. Kristiansen M, Mygind A, Krasnik A. Sundhedsmæssige konsekvenser af migration. *Ugeskrift for læger*. 2006;168(36):3006.
99. Helweg-Larsen K, Flachs EM, Kastrup M. Psykisk trivsel, psykisk sygdom: Etniske forskelle blandt unge i Danmark: Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
100. Kumar BN. Health and migration. Michael; 2011.
101. Kielsgaard K, Kristensen HK, Nielsen DS. Everyday life and occupational deprivation in single migrant mothers living in Denmark. *Journal of Occupational Science*. 2018;25(1):19-36.
102. Gimpel D, Thisted K. Lost-and gained-in translation: Kulturel oversættelse som transformativt rum. *Tidsskriftet Antropologi*. 2007(56).
103. Brach C, Fraserirector I. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research and Review*. 2000;57(4 suppl):181-217.
104. Horowitz CR, Davis MH, Palermo A-GS, Vladeck BC. Approaches to eliminating sociocultural disparities in health. *Health Care Financing Review*. 2000;21(4).
105. Coye MJ, Alvarez D, Fund C. Medicaid managed care and cultural diversity in California: Commonwealth Fund; 1999.
106. Spender D, Bardin N. *Man made language*. London: Routledge & Keegan Paul; 1985.
107. Nielsen AS. Generaliseringens magt. *Nordisk tidsskrift for Migrasjonsforskning*. 2006;2:48-62.
108. Larsen PG. *Hvorfor migration? ; 2016*.
109. Anderson P. 'You Don't Belong Here in Germany...': On the Social Situation of Refugee Children in Germany. *Journal of Refugee Studies*. 2001;14(2):187-99.
110. Kinzie JD, Boehnlein JK, Riley C, Sparr L. The effects of September 11 on traumatized refugees: Reactivation of posttraumatic stress disorder. *The Journal of nervous and mental disease*. 2002;190(7):437-41.
111. Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry*. 1997;170(4):351-7.
112. Carswell K, Blackburn P, Barker C. The Relationship Between Trauma, Post-Migration Problems and the Psychological Well-Being of Refugees and Asylum Seekers. *International Journal of Social Psychiatry*. 2011;57(2):107-19.
113. Gorst-Unsworth C, Goldenberg E. Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. *The British Journal of Psychiatry*. 1998;172(1):90-4.
114. Berry JW. Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied psychology*. 1997;46(1):5-34.
115. Phillimore J. Refugees, acculturation strategies, stress and integration. *Journal of Social Policy*. 2011;40(3):575-93.
116. Bhatia S, Ram A. Theorizing identity in transnational and diaspora cultures: A critical approach to acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*. 2009;33(2):140-9.
117. Stenner P, Taylor D. Psychosocial welfare: Reflections on an emerging field. *Critical Social Policy*. 2008;28(4):415-37.
118. Muecke MA. New paradigms for refugee health problems. *Social science & medicine*. 1992;35(4):515-23.
119. Jessen T. *Interkulturelt samspil. Vejledning for psykologer der arbejder med sproglige og kulturelle minoriteter*. København: Dansk Psykologforening; 2015.
120. Ward CA, Bochner S, Furnham A. *The psychology of culture shock*: Psychology Press; 2001.
121. Türk S. *Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund. Ein Leitfaden für die Betreuungspraxis*: Bundesanzeiger Verlag; 2018.
122. Gonsalves CJ. Psychological stages of the refugee process: A model for therapeutic interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1992;23(5):382.
123. Berry JW. *Cross-cultural psychology: Research and applications*: Cambridge University Press; 2002.
124. Berry JW. Understanding Individuals Moving Between Cultures. *Applied cross-cultural psychology*. 1990;14:232.

125. Schick M, Zumwald A, Knöpfli B, Nickerson A, Bryant RA, Schnyder U, et al. Challenging future, challenging past: the relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016;7(1):280-57.
126. Nesterko Y, Braehler E, Grande G, Glaesmer H. Life satisfaction and health-related quality of life in immigrants and native-born Germans: the role of immigration-related factors. *Quality of Life Research*. 2013;22(5):1005-13.
127. Detollenaere J, Baert S, Willems S. Association between cultural distance and migrant self-rated health. *The European Journal of Health Economics*. 2018;19(2):257-66.
128. Toselli S, Gualdi-Russo E, Marzouk D, Sundquist J, Sundquist K. Psychosocial health among immigrants in central and southern Europe. *The European Journal of Public Health*. 2014;24(suppl_1):26-30.
129. Schiefer D. Cultural Values and Group-Related Attitudes: A Comparison of Individuals With and Without Migration Background Across 24 Countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2013;44(2):245-62.
130. Caputo J, Carollo A, Mussino E, Ahrenfeldt LJ, Lindahl-Jacobsen R, Drefahl S, et al., editors. Gendered Spousal Order of Migration and Hospitalization Among Immigrants to Denmark. *Population Association of America (PAA)*; 2018.
131. Elrick J, Lightman N. Sorting or shaping? The gendered economic outcomes of immigration policy in Canada. *International Migration Review*. 2016;50(2):352-84.
132. Ishizawa H, Stevens G. Who arrived first? The timing of arrival among young immigrant wives and husbands. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 2011;37(4):525-42.
133. Sam DL, Vedder P, Liebkind K, Neto F, Virta E. Immigration, acculturation and the paradox of adaptation in Europe. *European Journal of Developmental Psychology*. 2008;5(2):138-58.
134. Wengler A. The health status of first- and second-generation Turkish immigrants in Germany. *International Journal of Public Health*. 2011;56(5):493-501.
135. Kulu H, González-Ferrer A. Family dynamics among immigrants and their descendants in Europe: Current research and opportunities. *European Journal of Population*. 2014;30(4):411-35.
136. Wallace M. Adult mortality among the descendants of immigrants in England and Wales: does a migrant mortality advantage persist beyond the first generation? *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 2016;42(9):1558-77.
137. Statistik D. Indvandrerne i Danmark 2010: Danmarks Statistik; 2010 [Available from: www.dst.dk/Publ/Indvandreridk].
138. Mindell JS, Knott CS, Ng Fat LS, Roth MA, Manor O, Soskolne V, et al. Explanatory factors for health inequalities across different ethnic and gender groups: data from a national survey in England. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2014;68(12):1133-44.
139. Wiking E, Johansson S-E, Sundquist J. Ethnicity, acculturation, and self-reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2004;58(7):574-82.
140. Kizilhan JI. Changes in Disease Perception, Coping Strategies and Diagnoses in the Case of First and Fourth Generations of Turkish Migrants in Germany. 2012.
141. Valsiner J, Rosa A. Contemporary socio-cultural research: uniting culture, society, and psychology. *The Cambridge handbook of sociocultural psychology*. 2007:1-20.
142. Barker C. *Cultural studies and discourse analysis: A dialogue on language and identity*: Sage; 2001.
143. Antonovsky A, Mortensen KM. *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*: KLO; 2008.
144. Saha S. Behavioral Science Hub [Internet]: London School of Economics. 2017 19. July 2017. [cited 2019]. Available from: <https://blogs.lse.ac.uk/behaviouralscience/2017/06/19/the-culture-in-reacting-to-risk-and-uncertainty/>.
145. Colic-Peisker V, Walker I. Human capital, acculturation and social identity: Bosnian refugees in Australia. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 2003;13(5):337-60.
146. Friedberg RM. You can't take it with you? Immigrant assimilation and the portability of human capital. *Journal of Labor Economics*. 2000;18(2):221-51.
147. McGoldrick M. Ethnicity and the family life cycle. *Family Business Review*. 1992;5(4):437-59.
148. Nielsen SS, Nørredam ML, Christiansen KL, Olsen C, Krasnik A. Psykisk helbred blandt asylbørn i Danmark. *Ugeskrift for læger*. 2007;169(43):3660-5.

149. Bodegård G. Pervasive loss of function in asylum-seeking children in Sweden. *Acta Paediatrica*. 2005;94(12):1706-7.
150. Hertz S. Immigrant children at the School Psychiatric Center in Copenhagen: A descriptive study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 1993;47(4):287-92.
151. Mirdal G. Indvandrerbørn. In: L. L, T. I, OS. J, FW. L, editors. *Børnepsykiatri*. København: Hans Reitzel; 1988.
152. Aurelius G. Psykiska pilfrestningar och reaktioner hos barn i indvandrarfamiljer. In: L. K, J. M, editors. *Barnets sundhed og udvikling Nordisk lærebog i socialpediatri*. København: Hans Reitzel; 1984.
153. Helman C. *Cross-cultural psychiatry. Culture, health and illness*, 4th edn Oxford: Butterworth-Heinemann. 2000:170-201.
154. Mock M. Clinical reflections on refugee families: Transforming crises into opportunities. In: Coldrick MM, editor. *Re-visioning family therapy*. New York: NY: Guilford; 1998. p. 347-59.
155. Sondergaard H, Kushnir M, Aronsson B, Sandstedt P, Bergquist J. Patterns of endogenous steroids in apathetic refugee children are compatible with long-term stress. *BMC Research Notes*. 2012;5(1):186.
156. Joelsson L, Dahlin K. Asylprocess grogrund för apati hos vissa barn. *Depression*. 2005;39(31):11.
157. Wikipedia. Asylsökande med apatiska barn 2013 [Available from: http://sv.wikipedia.org/wiki/Apatiska_flyktningbarn].
158. Eckersley R. Is modern Western culture a health hazard? *International Journal of Epidemiology*. 2006;35(2):252-8.
159. Markides KS, Coreil J. The health of Hispanics in the southwestern United States: an epidemiologic paradox. *Public health reports*. 1986;101(3):253.
160. Oksuzyan A, Carollo A, Mussino E, Ahrenfeldt LJ, Lindahl-Jacobsen R, Drefahl S, editors. *Spousal Order of Migration and Hospitalization among Immigrants to Denmark*. European Population Conference 2018; 2018.
161. Rafnsson SB, Bhopal RS, Agyemang C, Fagot-Campagna A, Harding S, Hammar N, et al. Sizable variations in circulatory disease mortality by region and country of birth in six European countries. *The European Journal of Public Health*. 2013.
162. Bhopal RS, Rafnsson SB, Agyemang C, Fagot-Campagna A, Giampaoli S, Hammar N, et al. Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept. *The European Journal of Public Health*. 2012;22(3):353-9.
163. Finley EP. *Fields of combat: Understanding PTSD among veterans of Iraq and Afghanistan*: Cornell University Press; 2011.
164. Royce AP. *Ethnic identity: Strategies of diversity*: Indiana University Press; 1982.
165. Taloyan M, Johansson LM, Johansson S-E, Sundquist J, Koctürk TO. Poor Self-reported Health and Sleeping Difficulties among Kurdish Immigrant Men in Sweden. *Transcultural Psychiatry*. 2006;43(3):445-61.
166. Sodemann M. Ghetto-syge - er der en særlig måde at være være syg på i Vollsmose. In: Nielsen HL, editor. *Kampen om Vollsmose*. København: Upress; 2019. p. 183-224.
167. Clement S, Schuman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2014:1-17.
168. Lakoff G, Johnson M. *Metaphors we live by*: University of Chicago press; 2008.
169. Lakoff G, Johnson M. *Metaphors we live by* Chicago. Chicago University. 1980.
170. Vogel DL, Wade NG, Hackler AH. Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*. 2007;54(1):40.
171. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American journal of public health*. 2013;103(5):813-21.
172. Dawit Shawel Abebe Nr. *Public Health Challenges of Immigrants in Norway*. Nakmi, Oslo; 2010.
173. Spallek J, Zeeb H, Razum O. What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? a life course approach. *Emerg Themes Epidemiol*. 2011;8(1):6.
174. Suite DH, La Bril R, Primm A, Harrison-Ross P. Beyond misdiagnosis, misunderstanding and mistrust: relevance of the historical perspective in the medical and mental health treatment of people of color. *Journal of the National Medical Association*. 2007;99(8):879.

175. Kessing LL, Norredam M, Kvernrod A-B, Mygind A, Kristiansen M. Contextualising migrants' health behaviour-a qualitative study of transnational ties and their implications for participation in mammography screening. *BMC public health*. 2013;13(1):431.
176. Sodemann M, Dyhr L. Samtalen med indvandrerpasienten. *Maanedsskrift for Praktisk Lægegering*. 2013;91(11):873-81.
177. Slot LV. Ufordringer og veje at gå - mødet mellem sundhedsprofessionelle og patient uanset etnisk oprindelse. Zarrehparvar M, editor. København: Institut for Menneskerettigheder; 2013.
178. Sodemann M. PTSD påvirker sprogindlæring. *Indvandrermedicinsk klinik, Infektionsmedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital*; 2014.
179. Sodemann M, Nielsen D, Korsholm KM, Svabo A. Kun en tåbe frygter ikke sproget. *Indvandrermedicinsk klinik, Center for Global Sundhed, SDU/OUH*; 2011.
180. Sodemann MoS, Arndis *Sprog*museet.dk. 2011. Available from: <http://sprog museet.dk/tolkning/sygdomstolkning/>.
181. Horsman J, editor "BUT I'M NOT A THERAPIST": THE CHALLENGE OF CREATING EFFECTIVE LITERACY LEARNING FOR SURVIVORS OF TRAUMA. Australian Council for Adult Literacy 21st National Conference: Literacy on the line Conference proceedings; 1998; Adelaide: University of South Australia.
182. Emdad R, Söndergaard HP, Theorell T. Learning problems, impaired short-term memory, and general intelligence in relation to severity and duration of disease in posttraumatic stress disorder patients. *Stress, Trauma, and Crisis*. 2005;8(1):25-43.
183. Finn HB. Overcoming barriers: Adult refugee trauma survivors in a learning community. *TESOL Quarterly*. 2010;44(3):586-96.
184. Gray MJ, Lombardo TW. Complexity of trauma narratives as an index of fragmented memory in PTSD: A critical analysis. *Applied Cognitive Psychology*. 2001;15(7):S171-S86.
185. Montgomery E. Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011;124(s440):1-46.
186. Palic S, Elklit A. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder in adult refugees: A systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique. *Journal of affective disorders*. 2011;131(1):8-23.
187. Emdad R, Söndergaard HP. Impaired memory and general intelligence related to severity and duration of patients' disease in Type A posttraumatic stress disorder. *Behavioral Medicine*. 2005;31(2):73-86.
188. Herman J. *Trauma And Recovery: The Aftermath Of Violence--from Domestic Abuse To Political Terror* Author: Judith Herman, Publisher. 1997.
189. Rundle L, Ysabet-Scott N. Violence: a barrier to our education. *Women's Education*. 1995;11:5-10.
190. Hinton DE, Kirmayer LJ. Local responses to trauma: symptom, affect, and healing. *Transcult Psychiatry*. 2013;50(5):607-21.
191. Summerfield D. War and mental health: a brief overview. *BMJ (Clinical research ed)*. 2000;321(7255):232-5.
192. Eades H. An exploration of the ways in which ethiopian refugee people living in the UK understand extreme adversity. http://roar.uel.ac.uk/3458/1/2013_DClinPsych_Eades.pdf: University of East London 2013.
193. Daft RL, Lengel RH. Organizational information requirements, media richness and structural design. *Management science*. 1986;32(5):554-71.
194. Weissenstein A, Ligges S, Brouwer B, Marschall B, Friederichs H. Measuring the ambiguity tolerance of medical students: a cross-sectional study from the first to sixth academic years. *BMC family practice*. 2014;15(1):6.
195. Lally J, Cantillon P. Uncertainty and Ambiguity and Their Association with Psychological Distress in Medical Students. *Acad Psychiatry*. 2014:1-6.
196. Bhugra D, Becker MA. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World psychiatry*. 2005;4(1):18.
197. Maryns K. Procedures without borders: The language-ideological anchorage of legal-administrative procedures in translocal institutional settings. *Language in Society*. 2013;42(01):71-92.
198. Blommaert J, Baynham M, De Fina A, Eades D, Jacquemet M, Jaffe A, et al. Language, asylum, and the national order. *Current Anthropology*. 2009;50(4):415-41.
199. Angermeyer PS. Multilingual speakers and language choice in the legal sphere. *Applied Linguistics Review*. 2013;4(1):105-26.

200. Maatta SK. Interpreting the discourse of reporting: The case of screening interviews with asylum seekers and police interviews in Finland. *Translation & Interpreting, The*. 2015;7(3):21.
201. Smith-Khan L. Negotiating narratives, accessing asylum: Evaluating language policy as multi-level practice, beliefs and management. *Multilingua*. 2017;36(1):31-57.
202. Bowe H, Martin K, Manns H. *Communication across cultures: Mutual understanding in a global world*: Cambridge University Press; 2014.
203. Hofstede G. *national culture*. 2017.
204. Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot M-L. Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC health services research*. 2011;11(1):10.
205. Halbert CH, Armstrong K, Gandy Jr OH, Shaker L. Racial differences in trust in health care providers. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(8):896.
206. Lemert C. *Durkheim's Ghosts: Cultural Logics and Social Things*: Cambridge University Press; 2006.
207. Kindig DA, Panzer AM, Nielsen-Bohlman L. *Health literacy: a prescription to end confusion*: National Academies Press; 2004.
208. Stein K. Moving cultural competency from abstract to act. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2010;110(2):180-4.
209. Flores G. Culture and the patient-physician relationship: achieving cultural competency in health care. *The Journal of pediatrics*. 2000;136(1):14-23.
210. Hodes M, Jones C, Davies H. Cross-cultural differences in maternal evaluation of children's body shapes. *International Journal of Eating Disorders*. 1996;19(3):257-63.
211. Arshad S. *Ethnicity and attitudes to body shape*: University of Leeds; 2007.
212. Furnham A, Alibhai N. Cross-cultural differences in the perception of female body shapes. *Psychological medicine*. 1983;13(4):829-37.
213. Musaiger AO, Shahbeek NE, Al-Mannai M. The role of social factors and weight status in ideal body-shape preferences as perceived by Arab women. *Journal of biosocial science*. 2004;36(6):699-707.
214. Andersen CL. Kulturforståelse og omsorg. In: Ressourceteam RHE, editor. *www.ressourceteam.dk Region Hovedstaden. Etnisk Ressourceteam*; 2014.
215. Duus L. *Den gode dialog*. Aarhus: VIA-systeme; 2013.
216. Baig N, Kastrup M, Rasmussen L. *Tro, omsorg og interkultur*: Hans Reitzels Forlag; 2010.
217. Rashid I. *Kulturforståelse i praksis - Indsigt som et redskab*: , 2, Udgivet og sponsoreret af Pfizer A/S, 2014. 2 ed: Pfizer A/S; 2014.
218. Bramsen I, Ploeg Hvd. Fifty years later: the long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999;100(5):350-8.
219. Deleuran MT. *Interkulturel sundhedsfremme, CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland*. Aarhus; 2011.
220. Nielsen D. Livshistorien er i centrum i Indvandrermedicinsk klinik. *Sygeplejersken* 2011. 2011:3.
221. Nielsen D. Mødet med den etniske minoritetspatient. I: *Patientologi: at være patient: Gad*; 2013.
222. Gilgen D, Maeusezahl D, Salis Gross C, Bategay E, Flubacher P, Tanner M, et al. Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel. *Health & Place*. 2005;11(3):261-73.
223. Sadik S, Bradley M, Al-Hasoon S, Jenkins R. Public perception of mental health in Iraq. *International journal of mental health systems*. 2010;4(26):1-11.
224. Sodemann M. Kuldsejlede KOL-patienter får hjælp på Indvandrerklinik. In: Rasmussen NL, editor. *KOL Inspiration i almen praksis Opskrifter på bedre behandling af KOL i praksis*. 1 ed. København: Dagens Medicin; 2012.
225. Christensen DS. *Dobbelt minoriteter: Danske Handicaporganisationer*; 2013 [Available from: <http://www.dobbeltminoriteter.dk/blog/>].
226. Ældreforum. *Ældre med anden etnisk baggrund - viden og inspiration til indsats*. 1 ed. København: Ældreforum; 2013.
227. Fitzgibbon ML, Blackman LR, Avellone ME. The Relationship Between Body Image Discrepancy and Body Mass Index Across Ethnic Groups. *Obesity Research*. 2000;8(8):582-9.
228. Nightingale CM, Rudnicka AR, Owen CG, Wells JC, Sattar N, Cook DG, et al. Influence of Adiposity on Insulin Resistance and Glycemia Markers Among UK Children of South Asian, Black African-

- Caribbean, and White European Origin Child Heart and Health Study in England. *Diabetes care*. 2013;36(6):1712-9.
229. Jones B, Balaji S, Cotzias C. The association between severity of impaired glucose tolerance in gestational diabetes with age, BMI, and ethnicity in the UK. 2013.
230. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*. 2009;24(3):285-96.
231. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000;15(3):259-67.
232. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80.
233. Anderson LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT, Fielding JE, Normand J, Services TFoCP. Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American journal of preventive medicine*. 2003;24(3):68-79.
234. Flores G, Abreu M, Schwartz I, Hill M. The importance of language and culture in pediatric care: case studies from the Latino community. *The Journal of pediatrics*. 2000;137(6):842-8.
235. Mueller M-R, Roussos S, Hill L, Salas N, Villarreal V, Baird N, et al. Medical interpreting by bilingual staff whose primary role is not interpreting: Contingencies influencing communication for dual-role interpreters. *Research in the Sociology of Health Care*. 2011;29:77-91.
236. Zanchetta MS, Poureslami IM. Health literacy within the reality of immigrants' culture and language. *Canadian Journal of Public Health*. 2006;97(2):S26.
237. Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-*. 2002;34(5):383-9.
238. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama*. 2002;288(4):475-82.
239. Chinn D. Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine*. 2011;73(1):60-7.
240. Sodemann M. Sårbar? Det kan du selv være. Odense Universitetshospital (gratis download (pdf format) <http://ouh.dk/dwn664471>): Eget forlag; 2018.
241. Hooper EM, Comstock LM, Goodwin JM, Goodwin JS. Patient characteristics that influence physician behavior. *Medical Care*. 1982;20(6):630-8.
242. Eisenberg JM. Sociologic influences on decision-making by clinicians. *Annals of Internal Medicine*. 1979;90(6):957-64.
243. McKinlay JB, Potter DA, Feldman HA. Non-medical influences on medical decision-making. *Social science & medicine*. 1996;42(5):769-76.
244. Bogart LM, Catz SL, Kelly JA, Benotsch EG. Factors influencing physicians' judgments of adherence and treatment decisions for patients with HIV disease. *Medical Decision Making*. 2001;21(1):28-36.
245. Anne Mette Ølholm JBC. MTV af hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Evalueringsrapport [HTA hospitalbased patient care coordination among ethnic minority patients - full report]. <http://www.ouh.dk/dwn428044>: Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV. Odense Universitetshospital; 2014.
246. Tigerström L. Når fordomme mellem læge og patient fører til dårligere behandling [Candidate]: Syddansk Universitet; 2012.
247. Statistik D. Indvandrere i Danmark. Statistisk rapport. København: Danmarks Statistik 2019 April 2019.
248. Singhammer J, Storgaard S, Mygind A, Blom A, Hempler N, Kousholt C, et al. Etniske minoriteters sundhed. 2008.
249. Andersson G, Drefahl S. Long-distance migration and mortality in Sweden: Testing the salmon bias and healthy migrant hypotheses. *Population, Space and Place*. 2017;23(4):e2032.
250. Frederiksen H, Nørredam M. Sundhedsforhold hos nyankomne indvandrere—en rapport fra Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (MESU). København: Forskningscenter for Migration Etnicitet og Sundhed (MESU), Institut for Sundhedstjenesteforskning, Københavns Universitet; 2013.
251. Salama E, Niemelä S, Suvisaari J, Laatikainen T, Koponen P, Castaneda AE. The prevalence of substance use among Russian, Somali and Kurdish migrants in Finland: a population-based study. *BMC Public Health*. 2018;18(1):651.

252. Villadsen SF, Sievers E, Andersen A-MN, Arntzen A, Audard-Mariller M, Martens G, et al. Cross-country variation in stillbirth and neonatal mortality in offspring of Turkish migrants in northern Europe. *European journal of public health*. 2010;20(5):530-5.
253. Martimianakis MAT, Hafferty FW. The world as the new local clinic: A critical analysis of three discourses of global medical competency. *Social Science & Medicine*. 2013.
254. Hempler NF, Larsen FB, Nielsen SS, Diderichsen F, Andreassen AH, Jørgensen T. A registry-based follow-up study, comparing the incidence of cardiovascular disease in native Danes and immigrants born in Turkey, Pakistan and the former Yugoslavia: do social inequalities play a role? *BMC public health*. 2011;11(1):662.
255. Kristensen JK, Bak JF, Wittrup I, Lauritzen T. Diabetes prevalence and quality of diabetes care among Lebanese or Turkish immigrants compared to a native Danish population. *Primary Care Diabetes*. 2007;1(3):159-65.
256. Hjörleifsdóttir Steiner K. Diabetes among Turkish immigrants in Sweden: a study of prevalence and risk factors. . Stockholm: Karolinska Universitet; 2013.
257. Sanchez-Ramirez DC, Krasnik A, Kildemoes HW. 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*. 2013;69(1):8.
258. Hjelm K, Isacson A, Apelqvist J, Sundquist J, Nyberg P. Foreign-and Swedish-born diabetic patients—a population-based study of prevalence, glycaemic control and social position. *Scandinavian journal of social medicine*. 1996;24(4):243-52.
259. Modell B, Petrou M, Layton M, Slater C, Ward R, Rodeck C, et al. Audit of prenatal diagnosis for haemoglobin disorders in the United Kingdom: the first 20 years. *BMJ*. 1997;315(7111):779-84.
260. Ben-Chetrit E, Touitou I. Familial Mediterranean fever in the world. *Arthritis Care & Research*. 2009;61(10):1447-53.
261. McGill P. Geographically specific infections and arthritis, including rheumatic syndromes associated with certain fungi and parasites, < i> Brucella</i> species and< i> Mycobacterium leprae</i>. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2003;17(2):289-307.
262. Lawrenson R, Leydon G, Freeman G, Fuller J, Ballard J, Ineichen B. Are we providing for ethnic diversity in accident & emergency (A&E) departments? *Ethnicity & health*. 1998;3(1-2):117-23.
263. Johnson MRD, Clark MD, Owen D, Szczepura A. The unavoidable costs of ethnicity: a review of evidence on health costs. Centre for Health Services Studies, University of Warwick; 1999.
264. Johnstone M-J, Kanitsaki O. Cultural racism, language prejudice and discrimination in hospital contexts: an Australian study. *Diversity in health and social care*. 2008;5(1):19-30.
265. Bakah M, Raphael D. New hypotheses regarding the Danish health puzzle. *Scandinavian journal of public health*. 2017;45(8):799-808.
266. Hvas Mortensen L, Helweg-Larsen K, Nybo Andersen A-M. Socioeconomic differences in perinatal health and disease. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7_suppl):110-4.
267. Villadsen SF, Mortensen LH, Andersen AN. Ethnic disparity in stillbirth and infant mortality in Denmark 1981–2003. *Journal of epidemiology and community health*. 2009;63(2):106-12.
268. Hertzum-Larsen R, Kjær SK, Frederiksen K, Thomsen LT. Participation in cervical cancer screening among immigrants and Danish-born women in Denmark. *Preventive Medicine*. 2019;123:55-64.
269. Leinonen MK, Campbell S, Ursin G, Tropé A, Nygård M. Barriers to cervical cancer screening faced by immigrants: a registry-based study of 1.4 million women in Norway. *The European Journal of Public Health*. 2017;27(5):873-9.
270. Jensen LF, Pedersen AF, Andersen B, Vedsted P. Identifying specific non-attending groups in breast cancer screening-population-based registry study of participation and socio-demography. *BMC Cancer*. 2012;12(1):518.
271. Larsen MB, Mikkelsen EM, Rasmussen M, Friis-Hansen L, Ovesen AU, Rahr HB, et al. Sociodemographic characteristics of nonparticipants in the Danish colorectal cancer screening program: a nationwide cross-sectional study. *Clinical epidemiology*. 2017;9:345.
272. Badre-Esfahani S, Larsen MB, Seibæk L, Petersen LK, Blaakær J, Støvring H, et al. Non-adherence to childhood hpv vaccination is associated with non-participation in cervical cancer screening—A nationwide danish register-based cohort study. *Clinical Epidemiology*. 2019;11:969.
273. Norredam M, Krasnik A, Pipper C, Keiding N. Differences in stage of disease between migrant women and native Danish women diagnosed with cancer: results from a population-based cohort study. *European Journal of Cancer Prevention*. 2008;17(3):185-90.

274. Norredam M, Krasnik A, Pipper C, Keiding N. Cancer incidence among 1st generation migrants compared to native Danes—a retrospective cohort study. *European Journal of Cancer*. 2007;43(18):2717-21.
275. Myrup C, Westergaard T, Schnack T, Oudin A, Ritz C, Wohlfahrt J, et al. Testicular cancer risk in first-and second-generation immigrants to Denmark. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2008;100(1):41-7.
276. Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB. Perinatal mental disorders in native Danes and immigrant women. *Archives of women's mental health*. 2010;13(4):319-26.
277. Nybo M, Friis-Hansen L, Felding P, Milman N. Higher prevalence of anemia among pregnant immigrant women compared to pregnant ethnic Danish women. *Annals of hematology*. 2007;86(9):647-51.
278. Pedersen GS, Mortensen LH, Gerster M, Rich-Edwards J, Andersen AMN. Preterm Birth and Birthweight-for-Gestational Age among Immigrant Women in Denmark 1978–2007: A Nationwide Registry Study. *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2012;26(6):534-42.
279. Brehm MC, Fredsted SV, Weber T, Wilken-Jensen C, Nybo AA. Higher rate of serious perinatal events in non-Western women in Denmark. *Danish medical journal*. 2016;63(3).
280. Dalla Zuanna T, Spadea T, Milana M, Petrelli A, Cacciani L, Simonato L, et al. Avoidable hospitalization among migrants and ethnic minority groups: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2017;27(5):861-8.
281. Abebe DS. Public Health Challenges of Immigrants in Norway: A Research Review. *NAKMI report*. 2010;2:2010.
282. Kumar BN. The Oslo immigrant health profile. *Diabetes*. 2009;3:8.
283. Lien E, Nafstad P, Rosvold EO. Non-western immigrants' satisfaction with the general practitioners' services in Oslo, Norway. *International journal for equity in health*. 2008;7:7.
284. Fagerli RA, Lien ME, Wandel M. Health worker style and trustworthiness as perceived by Pakistani-born persons with type 2 diabetes in Oslo, Norway. *Health*. 2007;11(1):109-29.
285. Naess M. Norwegian and immigrant patients at a health care center. Are there real differences?]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 1992;112(3):361.
286. Simonsen NF, Oxholm AS, Kristensen SR, Siciliani L. What explains differences in waiting times for health care across socioeconomic status? *Health Econ*. 2020;1-22.
287. Pearlin LI, Schieman S, Fazio EM, Meersman SC. Stress, health, and the life course: Some conceptual perspectives. *Journal of health and Social Behavior*. 2005;46(2):205-19.
288. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*. 2009;32(1):20-47.
289. Schmitt MT, Branscombe NR, Postmes T, Garcia A. The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*. 2014;140(4):921.
290. Carter RT. Racism and psychological and emotional injury: Recognizing and assessing race-based traumatic stress. *The Counseling Psychologist*. 2007;35(1):13-105.
291. Levecque K, Van Rossem R. Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethnicity & Health*. 2015;20(1):49-65.
292. Hudson DL, Puterman E, Bibbins-Domingo K, Matthews KA, Adler NE. Race, life course socioeconomic position, racial discrimination, depressive symptoms and self-rated health. *Social Science & Medicine*. 2013;97:7-14.
293. Heim D, Hunter SC, Jones R. Perceived Discrimination, Identification, Social Capital, and Well-Being: Relationships With Physical Health and Psychological Distress in a U.K. Minority Ethnic Community Sample. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2011;42(7):1145-64.
294. Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*. 2009;135(4):531.
295. Jasinskaja-Lahti I. Long-term immigrant adaptation: Eight-year follow-up study among immigrants from Russia and Estonia living in Finland. *International Journal of Psychology*. 2008;43(1):6-18.
296. Agudelo-Suárez AA, Ronda-Pérez E, Gil-González D, Vives-Cases C, García AM, Ruiz-Frutos C, et al. The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health*. 2011;11(1):652.

297. Bhui K, Stansfeld S, McKenzie K, Karlsen S, Nazroo J, Weich S. Racial/Ethnic Discrimination and Common Mental Disorders Among Workers: Findings From the EMPIRIC Study of Ethnic Minority Groups in the United Kingdom. *American Journal of Public Health*. 2005;95(3):496-501.
298. Kauff M, Wölfer R, Hewstone M. Impact of discrimination on health among adolescent immigrant minorities in Europe: The role of perceived discrimination by police and security personnel. *Journal of Social Issues*. 2017;73(4):831-51.
299. Schmitt M, Blue A, Aschenbrenner CA, Viggiano TR. Core competencies for interprofessional collaborative practice: reforming health care by transforming health professionals' education. *Academic Medicine*. 2011;86(11):1351.
300. Verkuyten M. Life satisfaction among ethnic minorities: The role of discrimination and group identification. *Social indicators research*. 2008;89(3):391-404.
301. Earnshaw VA, Rosenthal L, Gilstad-Hayden K, Carroll-Scott A, Kershaw TS, Santilli A, et al. Intersectional experiences of discrimination in a low-resource urban community: An exploratory latent class analysis. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 2018;28(2):80-93.
302. Frederiksen HW, Krasnik A, Nørredam M. Policies and practices in the health-related reception of quota refugees in Denmark. *Danish medical journal*. 2012;59(1):A4352.
303. Kjersem H. 1996.
304. Kristensen LD, Mandrup GH. Flygtninge-fejler de noget. *Ugeskrift for læger*. 2005;167(4):392-6.
305. Helsetilsynet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunale helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente i 2004. Rapport fra Helsetilsynet. Oslo: Helsetilsynet; 2005.
306. Frederiksen HWK, Allan; Kamper-Jorgensen Zaza, Agyemang, Charles; Norredam, Marie. Health-reception of newly arrived documented migrants in Europe—why, whom, what and how? *The European Journal of Public Health Advance Access*. 2013.
307. Korsholm KM. Tid, empati og tillid. *Socialrådgiveren*. 2011(12).
308. Nielsen D, Svabo A, Rønde Kristensen T, Sodemann M. Livet med diabetes som indvandrermedicinsk patient. *Medlemsblad for Fagligt selskab for diabetessygeplejersker FS* 19. 2011:37-40.
309. Holmberg T, Ahlmark N, Curtis T. " State of the art report" Etniske minoriteters sundhed i Danmark. Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed; 2009.
310. Alette Pantou TD, Lise-Lotte; Vibe Utzon, Lisbeth Slut med at leve bag nedrullede gardiner. *Politiken*. 2013;Sect. Konik.
311. Loefvander M, Dyhr L. Transcultural general practice in Scandinavia. *Scandinavian journal of primary health care*. 2002;20(1):6.
312. Waxman MA, Levitt MA. Are diagnostic testing and admission rates higher in non-english-speaking versus english-speaking patients in the emergency department? *Annals of emergency medicine*. 2000;36(5):456-61.
313. Hampers LC, Cha S, Gutglass DJ, Binns HJ, Krug SE. Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department. *Pediatrics*. 1999;103(6):1253-6.
314. Brown AF, Pérez-Stable EJ, Whitaker EE, Posner SF, Alexander M, Gathe J, et al. Ethnic differences in hormone replacement prescribing patterns. *Journal of general internal medicine*. 1999;14(11):663-9.
315. Rieder Nakhile A, A. Morabia, J.-P. Humair, S. Antonini and H. Stalder (2001). . Utilisation de l'hormonothérapie substitutive: comparaison entre une consultation de premier recours et la population générale. *Médecine Communautaire HUG*. 2001.
316. Cleeland CS, Gonin R, Baez L, Loehrer P, Pandya KJ. Pain and treatment of pain in minority patients with cancer: the Eastern Cooperative Oncology Group Minority Outpatient Pain Study. *Annals of internal medicine*. 1997;127(9):813-6.
317. Chan A, Woodruff RK. Comparison of palliative care needs of English-and non-English-speaking patients. *Journal of Palliative Care*. 1998;15(1):26-30.
318. Manson A. Language concordance as a determinant of patient compliance and emergency room use in patients with asthma. *Medical care*. 1988;26(12):1119-28.
319. Tocher T, Larson E. Quality of diabetes care for non-English-speaking patients. A comparative study. *Western Journal of Medicine*. 1998;168(6):504.
320. Lanting LC, Joung IM, Mackenbach JP, Lamberts SW, Bootsma AH. Ethnic Differences in Mortality, End-Stage Complications, and Quality of Care Among Diabetic Patients A review. *Diabetes care*. 2005;28(9):2280-8.

321. Karter AJ, Ferrara A, Darbinian JA, Ackerson LM, Selby JV. Self-monitoring of blood glucose: language and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes Care*. 2000;23(4):477-83.
322. Bischoff A, Bovier PA, Isah R, Françoise G, Ariel E, Louis L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social science & medicine*. 2003;57(3):503-12.
323. Crane JA. Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *The Journal of emergency medicine*. 1997;15(1):1-7.
324. David RA, Rhee M. The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban Hispanic community. *Mount Sinai Journal of Medicine*. 1998;65:393-7.
325. Borde T, David M, Kentenich H. Probleme der Kommunikation und Aufklärung im Krankenhaus aus der Sicht deutscher und türkischsprachiger PatientInnen sowie des Klinikpersonals. Berlin, Charité Campus Virchow-Klinikum. 2000.
326. Bischoff A, editor *Caring for migrant and minority patients in European hospitals: A review of effective interventions 2006: SFM*.
327. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Coates WC, Pitkin K. Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 1996;275(10):783-8.
328. Rivadeneyra R, Elderkin-Thompson V, Silver RC, Waitzkin H. Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter. *The American journal of medicine*. 2000;108(6):470-4.
329. Carrasquillo O, Orav EJ, Brennan TA, Burstin HR. Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. *Journal of General Internal Medicine*. 1999;14(2):82-7.
330. Bischoff A, Perneger TV, Bovier PA, Loutan L, Stalder H. Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *The British Journal of General Practice*. 2003;53(492):541.
331. Hansen L NT, Reinhold A. *Livsstil og Risiko. Modeller for sundhedsfremmende arbejde med etniske minoriteter*: UC Vest Press; 2008.
332. Michaelsen JJ, Krasnik A, Nielsen AS, Norredam M, Torres AM. Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital. *Scandinavian journal of public health*. 2004;32(4):287-95.
333. Fuglsang. HFEoM. Etniske forskelle i patienters oplevelser. En spørgeskema- og interviewundersøgelse om forskelle i indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser i forløbet fra praktiserende læge til hospital 2009.
334. Jahn AW. Usynlig forskelsbehandling. *Sygeplejersken Blad*. 2002(16).
335. Dyhr L. Det almene i det anderledes. Belysning af problemer i mødet mellem praktiserende læger og tyrkiske indvandrerkvinder i Danmark set fra en klinisk synsvinkel: Københavns UniversitetKøbenhavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige FakultetFaculty of Health Sciences, Institut for FolkesundhedsvidenskabDepartment of Public Health, Tidlig PatientkontaktTidlig Patientkontakt; 1996.
336. Nielsen A. *Painful experiences. An anthropological analysis of migrant women's narratives about disease, marginalisation and discursive hegemony [PhD]*: Københavns Universitet; 2005.
337. Breinholdt M. *Ugeskrift for Lægers Blog [Internet]: Ugeskrift For Læger*. 2013. Available from: <http://www.ugeskriftet.blogspot.dk/2013/03/med-ah-nej-patienten-pa-dagens-to-do.html>.
338. Stone J, Moskowitz GB. Non-conscious bias in medical decision making: what can be done to reduce it? *Medical education*. 2011;45(8):768-76.
339. Borowsky SJ, Rubenstein LV, Meredith LS, Camp P, Jackson-Triche M, Wells KB. Who is at risk of nondetection of mental health problems in primary care? *Journal of General Internal Medicine*. 2000;15(6):381-8.
340. McKinlay JB, Burns RB, Durante R, Feldman HA, Freund KM, Harrow BS, et al. Patient, physician and presentational influences on clinical decision making for breast cancer: results from a factorial experiment*. *Journal of evaluation in clinical practice*. 1997;3(1):23-57.
341. Redelmeier DA, Shafir E. Medical decision making in situations that offer multiple alternatives. *JAMA-Journal of the American Medical Association-US Edition*. 1995;273(4):302-5.
342. Roter DL, Hall JA. Health education theory: an application to the process of patient-provider communication. *Health Education Research*. 1991;6(2):185-93.
343. Van Ryn M, Fu SS. Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? *American Journal of Public Health*. 2003;93(2):248-55.

344. APOSAM. Apopleksi, rehabilitering og tværsektorielt samarbejde Region Hovedstaden; 2010.
345. Coutinho JM, Klaver EC, Roos YB, Stam J, Nederkoorn PJ. Ethnicity and thrombolysis in ischemic stroke: a hospital based study in Amsterdam. *BMC neurology*. 2011;11(1):81.
346. Lanting L, Joung I, Vogel I, Bootsma A, Lamberts S, Mackenbach J. Ethnic differences in outcomes of diabetes care and the role of self-management behavior. *Patient education and counseling*. 2008;72(1):146-54.
347. Alegría M, Nakash O, Lapatin S, Oddo V, Gao S, Lin J, et al. How missing information in diagnosis can lead to disparities in the clinical encounter. *Journal of public health management and practice: JPHMP*. 2008;14(Suppl):S26.
348. Ward MM. Education level and mortality in systemic lupus erythematosus (SLE): evidence of underascertainment of deaths due to SLE in ethnic minorities with low education levels. *Arthritis Care & Research*. 2004;51(4):616-24.
349. Sareen J, Cox BJ, Stein MB, Afifi TO, Fleet C, Asmundson GJ. Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic Medicine*. 2007;69(3):242-8.
350. Villadsen SF, Mortensen LH, Andersen AN. Ethnic disparity in stillbirth and infant mortality in Denmark 1981–2003. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2009;63(2):106-12.
351. Andersen A-MN, Gundlund A, Villadsen SF. Stillbirth and congenital anomalies in migrants in Europe. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2016;32:50-9.
352. Busck-Rasmussen M, Villadsen SF, Norsker FN, Mortensen L, Andersen A-MN. Breastfeeding practices in relation to country of origin among women living in Denmark: a population-based study. *Maternal and child health journal*. 2014;18(10):2479-88.
353. Pedersen GS, Mortensen LH, Andersen A-MN. Ethnic variations in mortality in pre-school children in Denmark, 1973–2004. *European journal of epidemiology*. 2011;26(7):527-36.
354. Gundlund A, Hansen AV, Pedersen GS, Villadsen SF, Mortensen LH, Brøndum-Nielsen K, et al. A Register-Based Study of Diseases With an Autosomal Recessive Origin in Small Children in Denmark According to Maternal Country of Origin. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2015;29(4):351-9.
355. Mock-muñoz de Luna CJ, Vitus K, Torslev MK, Krasnik A, Jervelund SS. Ethnic inequalities in child and adolescent health in the Scandinavian welfare states: The role of parental socioeconomic status—a systematic review. *Scandinavian journal of public health*. 2018;1403494818779853.
356. Dyhr L, Andersen S. Kontaktraten til almen praksis i dagtid for indvandrere med gæstearbejder- og flygtningebaggrund i Københavns Kommune 1998. *Ugeskrift for læger*. 1998;168:5.
357. Klebak S, Horst C. Fremmedarbejderbørn/danske børn-lige vilkår?: Sundhedstilstand og brug af medicinsk og social profylakse. Københavns Universitet, Institut for Socialmedicin; 1978.
358. Nødgaard H, Nielsen I. Børn af etniske mindretal på sygehus i Århus. Hvor tit - hvor længe - for hvad? *Ugeskrift for læger*. 1998;160:4.
359. Nielsen A. Migration - en gave til epidemiologien. *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*. 2007;4(7):21.
360. Glerup H, Rytter L, Mortensen L, Nathan E. Vitamin D deficiency among immigrant children in Denmark. *European journal of pediatrics*. 2004;163(4):272-3.
361. Christensen LB, Twetman S, Sundby A. Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2010;68(1):34-42.
362. Moller SP, Hjern A, Andersen A-MN, Norredam M. Differences in uptake of immunisations and health examinations among refugee children compared to Danish-born children: a cohort study. *European Journal of Pediatrics*. 2016;175(4):539-49.
363. Norredam M, Olsbjerg M, Petersen J, Bygbjerg I, Krasnik A. Mortality from infectious diseases among refugees and immigrants compared to native Danes: a historical prospective cohort study. *Tropical Medicine & International Health*. 2012;17(2):223-30.
364. Detollenaere J, Van Pottelberge A, Hanssens L, Pauwels L, van Loenen T, Willems S. Postponing a General Practitioner Visit: Describing Social Differences in Thirty-One European Countries. *Health Services Research*. 2017;52(6):2099-120.
365. Folkesundhed HoSif. Dansk HjerteStatistik 2010. 2010.
366. Manna D, Bootsma A, Lamberts S, Mackenbach J. Relation between ethnicity and reason for referral of new patients to the Internal Medicine outpatient clinic of the Academic Hospital Rotterdam-Dijkzigt, 1997]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 2000;144(37):1785.

367. Boutin-Foster C, Foster JC, Konopasek L. Viewpoint: physician, know thyself: the professional culture of medicine as a framework for teaching cultural competence. *Academic Medicine*. 2008;83(1):106-11.
368. Sabin JA, Rivara FP, Greenwald AG. Physician implicit attitudes and stereotypes about race and quality of medical care. *Medical care*. 2008;46(7):678-85.
369. Wiuff MB, Grøn L. Sårbarhed og handlekraft. Borgere og praktiserende lægers forståelse og italesættelse af sociale forskelle i sygdom og sundhed. Dansk Sundhedsinstitut; 2009.
370. Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain: The health of survivors of torture and organised violence. *BMJ: British Medical Journal*. 2001;322(7286):606.
371. Collins TC, Clark JA, Petersen LA, Kressin NR. Racial differences in how patients perceive physician communication regarding cardiac testing. *Medical care*. 2002;40(1):I-27-I-34.
372. Cohan D, Gomez E, Greenberg M, Washington S, Charlebois ED. Patient perspectives with abbreviated versus standard pre-test HIV counseling in the prenatal setting: a randomized-controlled, non-inferiority trial. *PLoS One*. 2009;4(4).
373. Marcatto F, Ferrante D. The regret and disappointment scale: An instrument for assessing regret and disappointment in decision making. *Judgment and Decision Making*. 2008;3(1):87.
374. Becerra-Perez M-M, Menear M, Turcotte S, Labrecque M, Légaré F. More primary care patients regret health decisions if they experienced decisional conflict in the consultation: a secondary analysis of a multicenter descriptive study. *BMC family practice*. 2016;17(1):156.
375. Wångdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden—a cross-sectional study. *BMC public health*. 2014;14(1):1030.
376. Altweck L, Marshall TC, Ferenczi N, Lefringhausen K. Mental health literacy: a cross-cultural approach to knowledge and beliefs about depression, schizophrenia and generalized anxiety disorder. *Frontiers in psychology*. 2015;6:1272.
377. Carruth L. Camel milk, amoxicillin, and a prayer: medical pluralism and medical humanitarian aid in the Somali Region of Ethiopia. *Social Science & Medicine*. 2014;120:405-12.
378. Ramzan S, Soelberg J, Jäger AK, Cantarero-Arévalo L. Traditional medicine among people of Pakistani descent in the capital region of Copenhagen. *Journal of ethnopharmacology*. 2017;196:267-80.
379. Kienzler H, Spence C, Wenzel T. A Culture-Sensitive and Person-Centred Approach: Understanding and Evaluating Cultural Factors, Social Background and History When Working with Refugees. *An Uncertain Safety*: Springer; 2019. p. 101-16.
380. Aambø AJEJoPH. Gossip and rumors—undervalued sources of suffering and disease Arild Aambø. 2017;27(suppl_3).
381. Dyhr L, Sodemann M. Udsatte grupper under coronakrisen og sundhedsvæsenets udfordringer. *Ugeskrift for læger*. 2020.
382. Sodemann M. Coronavirus øger den sociale afstand. *Ugeskr Laeger*. 2020;182(9).
383. Zeraiq L, Nielsen D, Sodemann MJSjoph. Attitudes towards human papillomavirus vaccination among Arab ethnic minority in Denmark: A qualitative study. 2015;43(4):408-14.
384. Engel GL. “Psychogenic” pain and the pain-prone patient. *The American journal of medicine*. 1959;26(6):899-918.
385. Elton D, Stanley GV, Burrows GD. Self-esteem and chronic pain. *Journal of psychosomatic research*. 1978;22(1):25-30.
386. Zola IK. Culture and symptoms—an analysis of patient's presenting complaints. *American sociological review*. 1966:615-30.
387. Hollen CV. Invoking vali: painful technologies of modern birth in south India. *Medical Anthropology Quarterly*. 2003;17(1):49-77.
388. Sullivan M, Ferrell B. Ethical challenges in the management of chronic nonmalignant pain: negotiating through the cloud of doubt. *The Journal of pain*. 2005;6(1):2-9.
389. Arenas JG. *Interkulturel psykologi*: Hans Reizels forl.; 1997.
390. Gifford SM. The meaning of lumps: a case study of the ambiguities of risk. *Anthropology and epidemiology*: Springer; 1986. p. 213-46.
391. Scarry E. *The body in pain: The making and unmaking of the world*: Oxford University Press, USA; 1987.
392. Lillrank A. Back pain and the resolution of diagnostic uncertainty in illness narratives. *Social science & medicine*. 2003;57(6):1045-54.
393. Dow CM, Roche PA, Ziebland S. Talk of frustration in the narratives of people with chronic pain. *Chronic illness*. 2012;8(3):176-91.

394. Ong BN, Hooper H, Dunn K, Croft P. Establishing self and meaning in low back pain narratives. *The Sociological Review*. 2004;52(4):532-49.
395. Ehlich KJTM. The language of pain. 1985;6(2):177-87.
396. Gerbert B. Perceived likeability and competence of simulated patients: influence on physicians' management plans. *Social science & medicine*. 1984;18(12):1053-9.
397. Mizrahi TJSoh, illness. Getting rid of patients: contradictions in the socialisation of internists to the doctor-patient relationship. 1985;7(2):214-35.
398. Das VJD. Language and body: Transactions in the construction of pain. 1996;125(1):67-91.
399. Kundera M. Identitet. 1 ed. København: Gyldendal; 1997. 122 p.
400. Jacobsen B. Eksistens og sårbarhed. Sårbarhed: Hans Reitzels Forlag; 2008.
401. Van der Kolk B. The body keeps the score: Viking New York; 2014.
402. Frankl VE. The unheard cry for meaning: Psychotherapy and humanism: Simon and Schuster; 2011.
403. Sarosi G. The Tyranny of Guidelines. *Annals of Internal Medicine*. 2015;163:2.
404. Nielsen AS. Generaliseringens magt. *Norsk tidsskrift for migrasjons forskning*. 2006(2):14.
405. Lorber J. Good patients and problem patients: Conformity and deviance in a general hospital. *Journal of Health and Social Behavior*. 1975:213-25.
406. Sharpe M, Mayou R, Seacroatt V, Surawy C, Warwick H, Bulstrode C, et al. Why do doctors find some patients difficult to help? *QJM: An International Journal of Medicine*. 1994;87(3):187-93.
407. Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Social science & medicine*. 2005;61(7):1505-15.
408. Shaw I. Doctors, "dirty work" patients, and "revolving doors". *Qualitative Health Research*. 2004;14(8):1032-45.
409. Barsky AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. *Annals of internal medicine*. 1981;94(4_Part_1):492-8.
410. Good M-JD, Brodwin P, Good B, Kleinman A. Pain as human experience: An anthropological perspective: Univ of California Press; 1994.
411. Schiavenato M, Craig KDJTCjop. Pain assessment as a social transaction: beyond the "gold standard". 2010;26(8):667-76.
412. Hankoff L. The Illness Narrative: Suffering, Healing, and the Human Condition. *JAMA*. 1988;260(6):859-60.
413. Pellegrino ED. Being ill and being healed: some reflections on the grounding of medical morality. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 1981;57(1):70.
414. Stull DE, Starling R, Haas G, Young JB. Becoming a patient with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 1999;28(4):284-92.
415. Clegg JS. Symptoms. *Analysis*. 1972;32(3):90-8.
416. Scott S, Walter F, Webster A, Sutton S, Emery J. The model of pathways to treatment: conceptualization and integration with existing theory. *British journal of health psychology*. 2013;18(1):45-65.
417. Gaffney A, Dunne EA. Developmental aspects of children's definitions of pain. *Pain*. 1986;26(1):105-17.
418. Risdon A, Eccleston C, Crombez G, McCracken L. How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Social science & medicine*. 2003;56(2):375-86.
419. Martin EJ. Bearing Witness and Finding Meaning. *Jama*. 2019;321(11):1051-2.
420. Broyard A. New York Times Book Review [Internet]: New York Times. 1990. [cited 2017]. Available from: <http://www.nytimes.com/1990/08/26/magazine/doctor-talk-to-me.html?pagewanted=all>.
421. Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *Bmj*. 2007;335(7612):184-7.
422. Weingarten K. Witnessing, wonder, and hope. *Family process*. 2000;39(4):389-402.
423. Carnevali C. Trauma: Terror and Pain. Importance of the Witness in the Analytical Relationship in Individual and Group Psychoanalysis. *Psychology*. 2017;7(1):20-8.
424. Herman JL. Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror: Hachette UK; 2015.
425. Green J, Darbyshire P, Adams A, Jackson D. It's agony for us as well: Neonatal nurses reflect on iatrogenic pain. *Nursing ethics*. 2016;23(2):176-90.

426. Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social science & medicine*. 1984;19(2):167-75.
427. Jani BD, Blane DN, Mercer SW. The role of empathy in therapy and the physician-patient relationship. *Complementary Medicine Research*. 2012;19(5):252-7.
428. D'Ausilio A, Novembre G, Fadiga L, Keller PE. What can music tell us about social interaction? *Trends in cognitive sciences*. 2015;19(3):111-4.
429. Kinreich S, Djalovski A, Kraus L, Louzoun Y, Feldman R. Brain-to-brain synchrony during naturalistic social interactions. *Scientific reports*. 2017;7(1):17060.
430. Falk E, Scholz C. Persuasion, influence, and value: Perspectives from communication and social neuroscience. *Annual review of psychology*. 2018;69:329-56.
431. Sachs ME, Ellis RJ, Schlaug G, Loui P. Brain connectivity reflects human aesthetic responses to music. *Social cognitive and affective neuroscience*. 2016;11(6):884-91.
432. McGettigan C. The social life of voices: studying the neural bases for the expression and perception of the self and others during spoken communication. *Frontiers in human neuroscience*. 2015;9:129.
433. Navratilova E, Morimura K, Xie JY, Atcherley CW, Ossipov MH, Porreca F. Positive emotions and brain reward circuits in chronic pain. *Journal of Comparative Neurology*. 2016;524(8):1646-52.
434. Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2016;113(16):4296-301.
435. Anderson KO, Green CR, Payne R, JTJoP. Racial and ethnic disparities in pain: causes and consequences of unequal care. 2009;10(12):1187-204.
436. Ferguson WJ, Candib LM, JFP. Presentations. *Culture, language, and the doctor-patient relationship*. 2002:61.
437. Scarry E. *The body in pain: The making and unmaking of the world*: Oxford University Press, USA; 1985.
438. Larrington R. Ludwig Wittgenstein Philosophical Investigations. *Central Works of Philosophy*. 2005;4:239.
439. Kleinman A, Kleinman JJ, NLH. How bodies remember: Social memory and bodily experience of criticism, resistance, and delegitimation following China's Cultural Revolution. 1994;25(3):707-23.
440. Karanci ANJ. Causal attributions for illness among Turkish psychiatric out-patients and differences between diagnostic groups. *Social psychiatry psychiatric epidemiology*. 1993;28(6):292-5.
441. Arkar H, Eker DJ, JoSP. Effect of psychiatric labels on attitudes toward mental illness in a Turkish sample. 1994;40(3):205-13.
442. Kleinman A. Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China. *Culture, medicine and psychiatry*. 1982;6(2):117-90.
443. Van Moffaert M, Vereecken AJC, medicine, psychiatry. Somatization of psychiatric illness in Mediterranean migrants in Belgium. 1989;13(3):297-313.
444. Uluşahin A, Başoğlu M, Paykel EJ, SP, Epidemiology P. A cross-cultural comparative study of depressive symptoms in British and Turkish clinical samples. 1994;29(1):31-9.
445. Mirdal G, JApS. The condition of "tightness": the somatic complaints of Turkish migrant women. 1985;71(3):287-96.
446. Abbato S, Greer R, Ryan J, Vayne-Bossert P, Good P. The impact of provision of professional language interpretation on length of stay and readmission rates in an acute care hospital setting. *Journal of immigrant and minority health*. 2018:1-6.
447. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic medicine*. 1998;60(4):420-30.
448. Yazar J, Littlewood RJ, JoSP. Against over-interpretation: the understanding of pain amongst Turkish and Kurdish speakers in London. 2001;47(2):20-33.
449. Singla R, JP, Logos. Psykosocial intervention—etniske minoriteter og ligeværdighed. 2001;22(1):11.
450. Rugkåsa M, JTFv. Etniske minoriteter og sosialt arbeid. 2018;21(02):180-5.
451. Jávo CJ, Tfu. Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer. *Transkulturell forståelse, veiledning og behandling*. 2011;11(1).
452. Tørring ML. Påvirker kulturen smerten? Om voldsomme udbrud og diskrete rynker i panden. *Tidsskriftet Antropologi*. 2008(58).
453. Han SJ, Tics. Neurocognitive basis of racial ingroup bias in empathy. 2018.

454. Hobara MJEjop. Beliefs about appropriate pain behavior: cross-cultural and sex differences between Japanese and Euro-Americans. 2005;9(4):389-.
455. Cikara M, Bruneau EG, Saxe RRJCDiPS. Us and them: Intergroup failures of empathy. 2011;20(3):149-53.
456. Mizrahi T. Getting rid of patients: contradictions in the socialisation of internists to the doctor-patient relationship. *Sociology of health & illness*. 1985;7(2):214-35.
457. Das V. *Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary*: Univ of California Press; 2007.
458. Kleinman A, Das V, Lock M, Lock MM. *Social suffering*: Univ of California Press; 1997.
459. Marsella AJJIJoIR. Culture and conflict: Understanding, negotiating, and reconciling conflicting constructions of reality. 2005;29(6):651-73.
460. Geertz C. Religion as a cultural system. *The interpretation of cultures: selected essays*: Fontana Press; 1993. p. 87-125.
461. Elsass P. *Torturoverleveren: psykoterapeutisk behandling af den traumatiserede flygtning*: Nordisk forlag; 1995.
462. Moiseeva SA, Bubyreva ZA, Lukyanova EV, Taranova ENJTSS. Verbalization of Sensations of Pain (Based on Differently Structured Languages). 2015;10(6):1262-5.
463. Beecher HK. Relationship of significance of wound to pain experienced. *Journal of the American Medical Association*. 1956;161(17):1609-13.
464. Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA internal medicine*. 2015;175(2):274-86.
465. Norstrand Bang AK, Sørensen MG. Sygeplejerskers møde med patienter af anden etnisk baggrund end skandinavisk på akutmodtagelsen. Et kvalitativt studie. 2017.
466. Sodemann M. En professor gør op med indvandreres 'etniske smerter'. "Vi giver dem mærkelige diagnoser, som ikke passer." <https://www.zetland.dk/historie/se6E3klo-aOPVEK2d-257e1>. In: Yasin Y, editor. *Zetlanddk*: Zetland.dk; 2018.
467. Mirdal GM. Den psykosociale og kulturelle baggrund for tyrkiske kvinders somatiske klager: *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*; 1984.
468. Mirdal G. Om oplevelse af de andres lidelse. *Psyke & Logos*. 2001;22(1).
469. Ali F. Don't call me Bibi—or anybody else, for that matter. *BMJ*. 2020;368:m535.
470. Zborowski M. Cultural components in responses to pain. *Journal of social issues*. 1952;8(4):16-30.
471. Zborowski M. *People in pain*: Jossey-Bass; 1969.
472. Lipton JA, Marbach JJ. Ethnicity and the pain experience. *Social science & medicine*. 1984;19(12):1279-98.
473. Fabian LA, McGuire L, Goodin BR, Edwards RR. Ethnicity, catastrophizing, and qualities of the pain experience. *Pain Medicine*. 2011;12(2):314-21.
474. Bates MS, Rankin-Hill L. Control, culture and chronic pain. *Social science & medicine*. 1994;39(5):629-45.
475. Parker G, Cheah Y-C, Roy K. Do the Chinese somatize depression? A cross-cultural study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2001;36(6):287-93.
476. Neill KM, Duggleby W, Roper JM. Ethnic Pain Styles in Acute Myocardial Infarctionl. *Western journal of nursing research*. 1993;15(5):531-47.
477. Canto JG, Shlipak MG, Rogers WJ, Malmgren JA, Frederick PD, Lambrew CT, et al. Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. *Jama*. 2000;283(24):3223-9.
478. Howard RF. Current status of pain management in children. *Jama*. 2003;290(18):2464-9.
479. McGrath PJ, McAlpine L. Psychologic perspectives on pediatric pain. *The Journal of pediatrics*. 1993;122(5):S2-S8.
480. Mathur A, Graham-Engeland JE, Slavish DC, Smyth JM, Lipton RB, Katz MJ, et al. Recalled early life adversity and pain: the role of mood, sleep, optimism, and control. *Journal of behavioral medicine*. 2018:1-12.
481. Zander V, Müllersdorf M, Christensson K, Eriksson H. Struggling for sense of control: Everyday life with chronic pain for women of the Iraqi diaspora in Sweden. *Scandinavian journal of public health*. 2013;41(8):799-807.
482. Waitzkin H, Magana H. The black box in somatization: unexplained physical symptoms, culture, and narratives of trauma. *Social Science & Medicine*. 1997;45(6):811-25.
483. Steffen V. Etniske smerter: Den dramatiske patient. *Teori Og Terapi*. 1995;25(5):12-3.

484. Ventriglio A, Ayonrinde O, Bhugra D. Relevance of culture-bound syndromes in the 21st century. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2016;70(1):3-6.
485. Sar V, Middleton W, Dorahy M. *Global perspectives on dissociative disorders: Individual and societal oppression*: Routledge; 2016.
486. Markens S. Premenstrual syndrome (PMS). *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*. 2016:1-2.
487. Garrusi B, Baneshi MR, Pakgozar M. Eating disorders among Iranian male adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2016;10(4).
488. A Levinson C, C Brosof L. Cultural and ethnic differences in eating disorders and disordered eating behaviors. *Current Psychiatry Reviews*. 2016;12(2):163-74.
489. Smink FR, van Hoeken D, Donker GA, Susser ES, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. *Psychological medicine*. 2016;46(6):1189-96.
490. Sen MS, Sahoo S, Aggarwal S, Singh SM. Systemic exercise intolerance disease: What's in a name? *Asian Journal of Psychiatry*. 2016;22:157-8.
491. Kato TA, Kanba S, Teo AR. Hikikomori: experience in Japan and international relevance. *World Psychiatry*. 2018;17(1):105.
492. Sallin K, Lagercrantz H, Evers K, Engström I, Hjern A, Petrovic P. Resignation syndrome: catatonia? Culture-bound? *Frontiers in behavioral neuroscience*. 2016;10:7.
493. Smigelsky MA, Aten JD, Gerberich S, Sanders M, Post R, Hook K, et al. Trauma in sub-Saharan Africa: Review of cost, estimation methods, and interventions. *International journal of emergency mental health*. 2013;16(2):354-65.
494. Meinert L, Whyte SR. Social sensations of symptoms: embodied socialities of HIV and trauma in Uganda. *Anthropology in Action*. 2017;24(1):20-6.
495. Im H, Ferguson A, Hunter M. Cultural translation of refugee trauma: Cultural idioms of distress among Somali refugees in displacement. *Transcultural psychiatry*. 2017;54(5-6):626-52.
496. Ryan JF. *Going'walli'and having'jinni': Exploring Somali expressions of psychological distress and approaches to treatment*: The University of Waikato; 2008.
497. De Jong JT, Reis R. Kiyang-yang, a West-African postwar idiom of distress. *Culture, medicine, and psychiatry*. 2010;34(2):301-21.
498. Dein S, Illaiee AS. Jinn and mental health: looking at jinn possession in modern psychiatric practice. *The Psychiatrist*. 2013;37(9):290-3.
499. Abramowitz SA. Trauma and humanitarian translation in Liberia: The tale of open mole. *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 2010;34(2):353-79.
500. Hinton DE, Lewis-Fernández R. Idioms of distress among trauma survivors: subtypes and clinical utility. *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 2010;34(2):209-18.
501. Mirdal GM. Mellem sundhed og sygdom: reflektioner over somatisering. *Psyke and Logos*. 1999(1):60-74.
502. Mirdal GM. Stress and distress in migration: Problems and resources of Turkish women in Denmark. *International Migration Review*. 1984;18(4):984-1003.
503. Mirdal GM. Stress and distress in migration: Twenty years after. *International migration review*. 2006;40(2):375-89.
504. Hauter AS. *Physicians, Magicians, Patients, and Prophets: Echoes of the Soul and Medical Knowledge at the Margins of War*: University of California, Berkeley; 2020.
505. Nünlist T. *Dämonenglaube im Islam*: Walter de Gruyter GmbH & Co KG; 2015.
506. Mumford DB. Somatization: A transcultural perspective. *International Review of Psychiatry*. 1993;5(2-3):231-42.
507. Helman CG. *Culture, health and illness*: CRC press; 2007.
508. Baer RD, Clark L, Peterson C. Folk illnesses. *Handbook of immigrant health*: Springer; 1998. p. 183-202.
509. Kizilhan J. Kulturelle Deutungen des Schmerzes in familienorientierten Gesellschaften. *Der Schmerz*. 2016;30(4):346-50.
510. Yates WR. Other psychiatric syndromes: adjustment disorder, factitious disorder, illicit steroid abuse, cultural syndromes. *The Medical Basis of Psychiatry*: Springer; 2016. p. 313-29.
511. Guthrie E, Abraham S, Nawaz S. Process of determining the value of belief about jinn possession and whether or not they are a result of mental illness. *Case Reports*. 2016;2016:bcr2015214005.
512. Chowdhury A. Koro in females: an analysis of 48 cases. *Transcultural psychiatric research review*. 1994;31(4):369-80.

513. Leng GA. Koro--its origin and nature as a disease entity. *Singapore Medical Journal*. 1968;9(1):3-6.
514. Ghosh S, Nath S, Brahma A, Chowdhury AN. Fifth koro epidemic in India: a review report. *World Cult Psychiatry Res Rev*. 2013;8(1):8-20.
515. Dan A, Mondal T, Chakraborty K, Chaudhuri A, Biswas A. Clinical course and treatment outcome of Koro: A follow up study from a Koro epidemic reported from West Bengal, India. *Asian Journal of Psychiatry*. 2017;26:14-20.
516. Lambo TA. Neuropsychiatric observations in the western region of Nigeria. *British Medical Journal*. 1956;2(5006):1388.
517. Sodemann M. Understanding unexplained and complex symptoms and diseases. In: Kumar BN, Dias E, editors. *Migrant Health: A Primary Care Perspective*: CRC Press; 2019.
518. Cheyne G. *The English malady: Or, a treatise of nervous diseases of all kinds. With the author's own case, etc*: George Risk; 1733.
519. Lee S, Kleinman A. Are somatoform disorders changing with time? The case of neurasthenia in China. *Psychosomatic Medicine*. 2007;69(9):846-9.
520. Mezzich JE, Raab ES. Depressive symptomatology across the Americas. *Archives of General Psychiatry*. 1980;37(7):818-23.
521. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1973;22(2-6):255-62.
522. Taylor GJ. Psychotherapy with the boring patient. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1984;29(3):217-22.
523. Janca A, Isaac M, Bennett L, Tacchini G. Somatoform disorders in different cultures—a mail questionnaire survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1995;30(1):44-8.
524. Cheung FM, Lau BW, Waldmann E. Somatization among Chinese depressives in general practice. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1981;10(4):361-74.
525. Ciftci A, Jones N, Corrigan PW. Mental health stigma in the Muslim community. *Journal of Muslim Mental Health*. 2013;7(1).
526. Gary FA. Stigma: Barrier to mental health care among ethnic minorities. *Issues in mental health nursing*. 2005;26(10):979-99.
527. Jasinskaja-Lahti I, Liebkind K, Perhoniemi R. Perceived discrimination and well-being: A victim study of different immigrant groups. *Journal of community & applied social psychology*. 2006;16(4):267-84.
528. Brown TT, Partanen J, Chuong L, Villaverde V, Griffin AC, Mendelson A. Discrimination hurts: The effect of discrimination on the development of chronic pain. *Social Science & Medicine*. 2018;204:1-8.
529. Brondolo E, Libby DJ, Denton E-g, Thompson S, Beatty DL, Schwartz J, et al. Racism and ambulatory blood pressure in a community sample. 2008;70(1):49-56.
530. Pryma J. Pain, citizenship, and invisibility: A response to Joanna Kempner. *Social science & medicine (1982)*. 2017;189:155.
531. ISAAC M, JANCA A, ORLEY J. Somatization-a culture-bound or universal syndrome? *Journal of Mental Health*. 1996;5(3):219-22.
532. Katon W, Lin E. Somatization: a spectrum of severity. *The American journal of psychiatry*. 1991;148(1):34.
533. Stern J, Murphy M, Bass C. Attitudes of British psychiatrists to the diagnosis of somatisation disorder: a questionnaire survey. *The British Journal of Psychiatry*. 1993;162(4):463-6.
534. Nørregaard C. *Kulturbundne syndromer, somatoforme tilstande, dissociation og angst. Transkulturel psykiatri*, Hans Reitzels Forlag, København. 2002.
535. Fadiman A. *The spirit catches you and you fall down*. 1997. New York: Farrar, Straus and Giroux.
536. Andersen M, Frederiksen HW, Ahmadi M, Kruse A, Nørredam M. Health assessment of newly arrived refugees to the Municipality of Copenhagen, Denmark: Mathilde Horn Andersen. *European Journal of Public Health*. 2019;29(Supplement_4):ckz187. 016.
537. de Bocanegra HT, Carter-Pokras O, Ingleby JD, Pottie K, Tchangalova N, Allen SI, et al. Addressing refugee health through evidence-based policies: a case study. *Ann Epidemiol*. 2018;28(6):411-9.
538. Hjern A, Østergaard LS, Nørredam M-L. Health examinations of child migrants in Europe: screening or assessment of healthcare needs? *BMJ paediatrics open*. 2019;3(1).

539. Ølholm AM, Christensen JB, Kamionka SL, Eriksen ML, Sodemann M. HOSPITAL-BASED CASE MANAGEMENT FOR MIGRANT PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW. *PANORAMA*. 2016;2(4):11.
540. Safety EUD-GfHaF. Handbook for Health Professionals in the EU/EEA: Health assessment of refugees and migrants in the EU/EEA. Handbook for health professionals. EU; 2015.
541. Hebebrand J, Anagnostopoulos D, Eliez S, Linse H, Pejovic-Milovancevic M, Klasen H. A first assessment of the needs of young refugees arriving in Europe: what mental health professionals need to know. Springer; 2016.
542. Pavli A, Maltezou H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *J Travel Med*. 2017;24(4).
543. Schilling T, Rauscher S, Menzel C, Reichenauer S, Müller-Schilling M, Schmid S, et al. Migrants and refugees in Europe: challenges, experiences and contributions. *Visceral medicine*. 2017;33(4):295-300.
544. Hvass AMF, Wejse C. Systematic health screening of refugees after resettlement in recipient countries: a scoping review. *Ann Hum Biol*. 2017;44(5):475-83.
545. Hvass AMF. A health profile of newly arrived refugees. results from a cross sectional study of general health assessments of refugees upon arrival in denmark [PhD thesis]. Aarhus: Aarhus Unievrstity; 2020.
546. Andersen M, Frederiksen HW, Ahmadi M, Kruse A, Nørredam M. Health assessment of newly arrived refugees to the Municipality of Copenhagen, Denmark. *European Journal of Public Health*. 2019;29(Supplement_4):ckz187. 016.
547. Greenaway C, Castelli F. Infectious diseases at different stages of migration: an expert review. *J Travel Med*. 2019;26(2):taz007.
548. Mathiasen VD, Eiset AH, Andersen PH, Wejse C, Lillebaek T. Epidemiology of tuberculous lymphadenitis in Denmark: A nationwide register-based study. *PloS one*. 2019;14(8):e0221232.
549. Kristensen KL, Ravn P, Petersen JH, Hargreaves S, Nellums LB, Friedland JS, et al. Long-term risk of tuberculosis among migrants according to migrant status: a cohort study. *International Journal of Epidemiology*. 2020.
550. Lindberg L, Johansen K, Kristiansen M, Lohmann J. 6.10-P9 Does the Cultural Formulation Interview provide valuable cultural information in the treatment of migrant patients in mental health services in Denmark? *The European Journal of Public Health*. 2018;28(suppl_1):cky048. 215.
551. Olsen DR, Montgomery E, Bøjholm S, Foldspang A. Prevalence of pain in the head, back and feet in refugees previously exposed to torture: a ten-year follow-up study. *Disability and rehabilitation*. 2007;29(2):163-71.
552. Frommberger U, Angenendt J, Berger M. Post-traumatic stress disorder—a diagnostic and therapeutic challenge. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2014;111(5):59.
553. Gerritsen AA, Bramsen I, Deville W, van Willigen LH, Hovens JE, Van der Ploeg HM. Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands. *The European Journal of Public Health*. 2006;16(4):394-9.
554. Ellegaard H, Manniche C. Post Traumatisk Stress og rygsmærter. Syddanmark, Rygcenter; 2013.
555. Gupta MA. Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*. 2013;25(1):86-99.
556. Wernersson R, Carlsson J. Der er sammenhæng mellem posttraumatisk belastningsreaktion og irritabel tyktarm. *Ugeskr Læger*. 2014;176(V05140287):6.
557. Arsenijević J, Schillberg E, Ponthieu A, Malvisi L, Ahmed WAE, Argenziano S, et al. A crisis of protection and safe passage: violence experienced by migrants/refugees travelling along the Western Balkan corridor to Northern Europe. *Conflict and health*. 2017;11(1):6.
558. Hollander A-C, Bruce D, Burström B, Ekblad S. Gender-related mental health differences between refugees and non-refugee immigrants—a cross-sectional register-based study. *BMC Public Health*. 2011;11(1):180.
559. Hollander A-C, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *bmj*. 2016;352:i1030.
560. Husain F, Anderson M, Cardozo BL, Becknell K, Blanton C, Araki D, et al. Prevalence of war-related mental health conditions and association with displacement status in postwar Jaffna District, Sri Lanka. *Jama*. 2011;306(5):522-31.

561. UN. Global Trends - Refugees, Asylum-seekers, Returnees, Internally Displaced and Stateless Persons.(2010). . United Nations High Commissioner for Refugees; 2009.
562. Müller M, Khamis D, Srivastava D, Exadaktylos AK, Pfortmueller CA, editors. Understanding refugees' health. *Semin Neurol*; 2018: Thieme Medical Publishers.
563. Kane JC, Ventevogel P, Spiegel P, Bass JK, Van Ommeren M, Tol WA. Mental, neurological, and substance use problems among refugees in primary health care: analysis of the Health Information System in 90 refugee camps. *BMC medicine*. 2014;12(1):228.
564. Alberer M, Wendeborn M, Löscher T, Seilmaier M. Spectrum of diseases occurring in refugees and asylum seekers: data from three different medical institutions in the Munich area from 2014 and 2015. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*. 2016;141(1):e8-15.
565. Holtan N, Antolak K, Johnson DR, Ide L, Jaranson J, Ta K. Unrecognized torture affects the health of refugees. *Minnesota Medicine*. 2002;85(5):35-9.
566. Crosby SS, Norredam M, Paasche-Orlow MK, Piwowarczyk L, Heeren T, Grodin MA. Prevalence of torture survivors among foreign-born patients presenting to an urban ambulatory care practice. *Journal of general internal medicine*. 2006;21(7):764-8.
567. Joksimovic I, Bierwirth J, Kruse J. Traumatisierte Flüchtlinge in der Psychotherapie. *Interkulturelle Medizin, S*. 2008:105-21.
568. Sigvardsdotter E, Vaez M, Hedman A-M, Saboonchi F. Prevalence of torture and other war-related traumatic events in forced migrants: a systematic review. *Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*. 2016;26(2):41-73.
569. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Cmaj*. 2011;183(12):E959-E67.
570. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*. 2015;15(1):29.
571. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. Asylum Seekers, Violence and Health: A Systematic Review of Research in High-Income Host Countries. *American Journal of Public Health*. 2013;103(3):e30-e42.
572. Bischoff A, Schneider M. The cost of war and the cost of health care—an epidemiological study of asylum seekers. *Swiss medical weekly*. 2011;141(4142).
573. Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, et al. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *British Journal of Psychiatry*. 2012;200(3):216-23.
574. Tingshög P, Malm A, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Lundin A, Saboonchi F. Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ open*. 2017;7(12):e018899.
575. Eytan A, Munyandamutsa N, Mahoro Nkubamugisha P, Gex-Fabry M. Long-term mental health outcome in post-conflict settings: Similarities and differences between Kosovo and Rwanda. *International journal of social psychiatry*. 2015;61(4):363-72.
576. Miller K, Rasmussen A. The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2017;26(2):129-38.
577. Marshall GN, Schell TL, Elliott MN, Berthold SM, Chun C-A. Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *Jama*. 2005;294(5):571-9.
578. Kaltenbach E, Schauer M, Hermenau K, Elbert T, Schalinski I. Course of Mental Health in Refugees—A One Year Panel Survey. *Frontiers in psychiatry*. 2018;9.
579. Weisæth L, Mehlum L, Mortensen MS. *Mennesker, traumer og kriser*: Universitetsforlaget; 1995.
580. Elklit A. Mødet med det onde i et psykotraumatologisk perspektiv. *Psyke & Logos*. 2003;24(1):10-.
581. Refby MH. EN NY KONTEKSTUALITET; HVEM 'EJER'SYMPTOMERNE—INDIVIDET ELLER FÆLLESSKABET? *Psyke & Logos*. 2001;22(1):12.
582. Elklit A. » Traumatiserede voldsofre «. Risskov: Psykologisk Institut, Aarhus Universitet; 2000.
583. Young MB. Understanding identity disruption and intimacy: One aspect of post-traumatic stress. *Contemporary Family Therapy*. 1988;10(1):30-43.
584. Young I. indi in your box [Internet]2017. Available from: <http://mailchi.mp/728fo4of8dfa/shocking-differences-1196353?e=e8c6341a66>.

585. Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P, Truong T, Tor S, Lavelle J. The Harvard Trauma Questionnaire: validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of nervous and mental disease*. 1992.
586. Halepota A, Wasif S. Harvard Trauma Questionnaire Urdu Translation: The only Cross-Culturally Validated Screening Instrument for the Assessment of Trauma Torture and their Sequelae. *JOURNAL-PAKISTAN MEDICAL ASSOCIATION*. 2001;51(8):285-9.
587. Lang AJ, Stein MB. An abbreviated PTSD checklist for use as a screening instrument in primary care. *Behaviour research and therapy*. 2005;43(5):585-94.
588. Wenzel T, Vökl-Kernstock S, Wittek TU, Baron D. Identifying Needs, Vulnerabilities and Resources in Refugee Persons and Groups. *An Uncertain Safety*: Springer; 2019. p. 51-99.
589. Hollifield M, Verbillis-Kolp S, Farmer B, Toolson EC, Woldehaimanot T, Yamazaki J, et al. The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *General hospital psychiatry*. 2013;35(2):202-9.
590. Socialstyrelsen, Sundhedsoplysning Kf. Faglige anvisninger. Til praktiserende læger og andre læger, som gennemfører helbredsmaessige vurderinger af nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge. København: Socialstyrelsen & Komiteen for Sundhedsoplysning; 2015.
591. Berthold SM, Mollica RF, Silove D, Tay AK, Lavelle J, Lindert J. The HTQ-5: revision of the Harvard Trauma Questionnaire for measuring torture, trauma and DSM-5 PTSD symptoms in refugee populations. *European journal of public health*. 2019;29(3):468-74.
592. Boynton L, Bentley J, Jackson JC, Gibbs TA. The role of stigma and state in the mental health of Somalis. *Journal of Psychiatric Practice®*. 2010;16(4):265-8.
593. Hinton D, Ba P, Peou S, Um K. Panic disorder among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic: Prevalence and subtypes. *General hospital psychiatry*. 2000;22(6):437-44.
594. Pfortmueller CA, Stotz M, Lindner G, Müller T, Rodondi N, Exadaktylos AK. Multimorbidity in adult asylum seekers: a first overview. *PLoS One*. 2013;8(12):e82671.
595. Van Ommeren M, Sharma B, Sharma GK, Komproe I, Cardeña E, de Jong JT. The relationship between somatic and PTSD symptoms among Bhutanese refugee torture survivors: examination of comorbidity with anxiety and depression. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 2002;15(5):415-21.
596. Spiller TR, Schick M, Schnyder U, Bryant RA, Nickerson A, Morina N. Somatisation and anger are associated with symptom severity of posttraumatic stress disorder in severely traumatised refugees and asylum seekers. *Swiss medical weekly*. 2016;146(1718).
597. Schick M, Morina N, Mistridis P, Schnyder U, Bryant RA, Nickerson A. Changes in Post-migration Living Difficulties Predict Treatment Outcome in Traumatized Refugees. *Frontiers in psychiatry*. 2018;9:476.
598. Bentley JA, Thoburn JW, Stewart DG, Boynton LD. The indirect effect of somatic complaints on report of posttraumatic psychological symptomatology among Somali refugees. *Journal of Traumatic Stress*. 2011;24(4):479-82.
599. Perron NJ, Hudelson P. Somatisation: illness perspectives of asylum seeker and refugee patients from the former country of Yugoslavia. *BMC family practice*. 2006;7(1):10.
600. Elklit A, Christiansen DM. Predictive factors for somatization in a trauma sample. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2009;5(1):1.
601. Westermeyer J, Bouafuely M, Neider J, Callies A. Somatization among refugees: an epidemiologic study. *Psychosomatics*. 1989;30(1):34-43.
602. Bosco MA, Gallinati JL, Clark ME. Conceptualizing and treating comorbid chronic pain and PTSD. *Pain research and treatment*. 2013;2013.
603. Shiphherd JC, Keyes M, Jovanovic T, Ready DJ, Baltzell D, Worley V, et al. Veterans seeking treatment for posttraumatic stress disorder: What about comorbid chronic pain? *Journal of Rehabilitation Research & Development*. 2007;44(2).
604. Asmundson GJ, Coons MJ, Taylor S, Katz J. PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2002;47(10):930-7.
605. DeCarvalho LT, Whealin JM. What pain specialists need to know about posttraumatic stress disorder in Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom returnees. *Journal of Musculoskeletal Pain*. 2006;14(3):37-45.
606. Otis JD, Keane TM, Kerns RD. An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder. *Journal of rehabilitation research and development*. 2003;40(5):397-406.

607. Villano CL, Rosenblum A, Magura S, Fong C. Prevalence and correlates of posttraumatic stress disorder and chronic severe pain in psychiatric outpatients. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 2007;44(2):167.
608. Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, Messer SC, Engel CC. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(1):150-3.
609. Liedl A, O'donnell M, Creamer M, Silove D, McFarlane A, Knaevelsrud C, et al. Support for the mutual maintenance of pain and post-traumatic stress disorder symptoms. *Psychological medicine*. 2010;40(7):1215-23.
610. Sharp TJ, Harvey AG. Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clinical psychology review*. 2001;21(6):857-77.
611. Morina N, Schnyder U, Schick M, Nickerson A, Bryant RA. Attachment style and interpersonal trauma in refugees. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2016;50(12):1161-8.
612. Schock K, Böttche M, Rosner R, Wenk-Ansohn M, Knaevelsrud C. Impact of new traumatic or stressful life events on pre-existing PTSD in traumatized refugees: results of a longitudinal study. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016;7(1):32106.
613. Kartal D, Kiropoulos L. Effects of acculturative stress on PTSD, depressive, and anxiety symptoms among refugees resettled in Australia and Austria. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016;7(1):28711.
614. Escobar RCHWYRJI. Somatization in Primary Care, With a Focus on Immigrants and Refugees. *Archives of Family Medicine*. 1995;4(7):9.
615. Petersen HD. The controlled study of torture victims: Epidemiological considerations and some future aspects. *Scandinavian journal of social medicine*. 1989;17(1):13-20.
616. Petersen HD, Jacobsen P. Psychological and physical symptoms after torture. A prospective controlled study. *Forensic science international*. 1985;29(3-4):179-89.
617. Petersen HD, Rasmussen OV. Medical appraisal of allegations of torture and the involvement of doctors in torture. *Forensic science international*. 1992;53(1):97-116.
618. Olsen DR, Montgomery E, Bøjholm S, Foldspang A. Prevalent musculoskeletal pain as a correlate of previous exposure to torture. *Scandinavian journal of public health*. 2006;34(5):496-503.
619. Lolk M, Byberg S, Carlsson J, Norredam M. Somatic comorbidity among migrants with posttraumatic stress disorder and depression – a prospective cohort study. *BMC psychiatry*. 2016;16(1):447.
620. Bloch-Infanger C, Bättig V, Kremo J, Widmer AF, Egli A, Bingisser R, et al. Increasing prevalence of infectious diseases in asylum seekers at a tertiary care hospital in Switzerland. *PLoS One*. 2017;12(6):e0179537.
621. Müller M, Klingberg K, Srivastava D, Exadaktylos AK. Consultations by asylum seekers: recent trends in the emergency department of a Swiss university hospital. *PLoS one*. 2016;11(5):e0155423.
622. Crepin S, Godet B, Chassain B, Preux P-M, Desport J-C. Malnutrition and epilepsy: a two-way relationship. *Clinical Nutrition*. 2009;28(3):219-25.
623. Chopra J. Neurological consequences of protein and protein-calorie undernutrition. *Critical reviews in neurobiology*. 1991;6(2):99-117.
624. Benson J, Phillips C, Kay M, Webber MT, Ratcliff AJ, Correa-Velez I, et al. Low vitamin B12 levels among newly-arrived refugees from Bhutan, Iran and Afghanistan: a multicentre Australian study. *PLoS One*. 2013;8(2):e57998.
625. Bryant RA, Edwards B, Creamer M, O'Donnell M, Forbes D, Felmingham KL, et al. The effect of post-traumatic stress disorder on refugees' parenting and their children's mental health: a cohort study. *The Lancet Public Health*. 2018;3(5):e249-e58.
626. East PL, Gahagan S, Al-Delaimy WK. The Impact of Refugee Mothers' Trauma, Posttraumatic Stress, and Depression on Their Children's Adjustment. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2018;20(2):271-82.
627. Yehuda R, Halligan SL, Grossman R. Childhood trauma and risk for PTSD: relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Development and psychopathology*. 2001;13(3):733-53.
628. Lev-Wiesel R. Intergenerational transmission of trauma across three generations: A preliminary study. *Qualitative Social Work*. 2007;6(1):75-94.
629. Magro K. Overcoming the Trauma of War: Literacy Challenges of Adults Learners. *Education Canada*. 2007;47(1):70-4.

630. Hayward M. Applying post-critical approaches to refugee-centred education [PhD]: Auckland University of Technology; 2007.
631. Benseman J. Adult refugee learners with limited literacy: needs and effective responses. 2012.
632. Kronish IM, Edmondson D, Goldfinger JZ, Fei K, Horowitz CR. Posttraumatic stress disorder and adherence to medications in survivors of strokes and transient ischemic attacks. *Stroke*. 2012;43(8):2192-7.
633. Weinberger S. Bombs' hidden impact: the brain war. *Nature News*. 2011;477(7365):390-3.
634. Mollica RF. Surviving torture. *New England Journal of Medicine*. 2004;351(1):5-7.
635. Perkins S, Graham-Bermann S. Violence exposure and the development of school-related functioning: Mental health, neurocognition, and learning. *Aggression and violent behavior*. 2012;17(1):89-98.
636. Kira I, Lewandowski L, Somers CL, Yoon JS, Chiodo L. The effects of trauma types, cumulative trauma, and PTSD on IQ in two highly traumatized adolescent groups. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2012;4(1):128.
637. Stevens G. Age at immigration and second language proficiency among foreign-born adults. *Language in society*. 1999;28(4):555-78.
638. MacIntyre PD. Motivation, anxiety and emotion in second language acquisition. Individual differences and instructed language learning. 2002;2:45-68.
639. Steel Z, Momartin S, Silove D, Coello M, Aroche J, Tay KW. Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Social Science & Medicine*. 2011;72(7):1149-56.
640. Sutherland K, Bryant RA. Social problem solving and autobiographical memory in posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2008;46(1):154-61.
641. Thomaes K, Dorrepaal E, Draijer N, de Rooter MB, Elzinga BM, Sjoerds Z, et al. Increased anterior cingulate cortex and hippocampus activation in Complex PTSD during encoding of negative words. *Social cognitive and affective neuroscience*. 2011;8(2):190-200.
642. Brandes D, Ben-Schachar G, Gilboa A, Bonne O, Freedman S, Shalev AY. PTSD symptoms and cognitive performance in recent trauma survivors. *Psychiatry Research*. 2002;110(3):231-8.
643. Nosè M, Ballette F, Bighelli I, Turrini G, Purgato M, Tol W, et al. Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2017;12(2):e0171030.
644. Tribe RH, Sendt K-V, Tracy DK. A systematic review of psychosocial interventions for adult refugees and asylum seekers. *Journal of Mental Health*. 2017:1-15.
645. Neuner F, Onyut PL, Ertl V, Odenwald M, Schauer E, Elbert T. Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008;76(4):686.
646. Buhmann CB, Nordentoft M, Ekstroem M, Carlsson J, Mortensen EL. The effect of flexible cognitive-behavioural therapy and medical treatment, including antidepressants on post-traumatic stress disorder and depression in traumatised refugees: pragmatic randomised controlled clinical trial. *British Journal of Psychiatry*. 2016;208(3):252-9.
647. Sartorius N, Üstün TB, e Silva J-AC, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, et al. An international study of psychological problems in primary care: preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. *Archives of general psychiatry*. 1993;50(10):819-24.
648. Williams DR, Gonzalez HM, Neighbors H, Nesse R, Abelson JM, Sweetman J, et al. Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: results from the National Survey of American Life. *Archives of general psychiatry*. 2007;64(3):305-15.
649. Aichberger M, Schouler-Ocak M, Mundt A, Busch M, Nickels E, Heimann H, et al. Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *European Psychiatry*. 2010;25(8):468-75.
650. Bhugra D, Gupta S, Schouler-Ocak M, Graeff-Calliess I, Deakin N, Qureshi A, et al. EPA guidance mental health care of migrants. *European Psychiatry*. 2014;29(2):107-15.
651. Heeren M, Wittmann L, Ehlert U, Schnyder U, Maier T, Müller J. Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55(4):818-25.

652. Beiser M, Hou F. Language acquisition, unemployment and depressive disorder among Southeast Asian refugees: a 10-year study. *Social science & medicine*. 2001;53(10):1321-34.
653. Salmon TW. THE RELATION OF IMMIGRATION TO THE REVALENCE OF INSANITY. *American Journal of Psychiatry*. 1907;64(1):53-71.
654. Shin J-H. Immoral Women, Delusional Men: Gender and Racial Differences among the US Immigrant Insane, 1892-1930. 2010.
655. Odegard O. Emigration and insanity: a study of mental disease among Norwegian born population in Minnesota. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*. 1932;7(suppl 4):1-206.
656. Bashford A. Insanity and immigration restriction Migration, Health and Ethnicity in the Modern World. London: Palgrave Macmillan; 2013. p. 14-35.
657. Smith JP. From Promising Settler to Undesirable Immigrant: The Deportation of British-born Migrants from Mental Hospitals in Interwar Australia and South Africa. *The Journal of Imperial and Commonwealth History*. 2018;46(3):502-23.
658. Bivins RE. Contagious communities: Medicine, migration, and the NHS in post-war Britain: Oxford University Press, USA; 2015.
659. Moore MD. Harnessing the Power of Difference: Colonialism and British Chronic Disease Research, 1940–1975. *Social History of Medicine*. 2015;29(2):384-404.
660. Kirkbride JB, Jones PB. *Epidemiological Aspects of Migration and Mental Illness*. Migration and mental health Cambridge University Press; 2010. p. 15-42.
661. Cantor-Graae E, Pedersen CB, Mcneil TF, Mortensen PB. Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;182(2):117-22.
662. Veling W, Hoek HW, Selten J-P, Susser E. Age at migration and future risk of psychotic disorders among immigrants in the Netherlands: a 7-year incidence study. *American Journal of Psychiatry*. 2011;168(12):1278-85.
663. Heinz A, Deserno L, Reininghaus U. Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry*. 2013;12(3):187-97.
664. Xavier S, Correia A, Barbosa S, Dindo V, Maia T. Identity, culture and psychosis: A non-systematic review. *European Psychiatry*. 2017;41(S1):S626-S7.
665. Rathke H, Poulsen S, Carlsson J, Palic S. PTSD with secondary psychotic features among trauma-affected refugees: The role of torture and depression. *Psychiatry Research*. 2020;287:112898.
666. Perret C. *L'enseignement de la torture, réflexions sur Jean Améry*: Librairie du XXIème siècle, Seuil; 2013.
667. Kucukalić A, Bravo-Mehmedbasić A, Dzubur-Kulenović A. Specific differences in trauma related symptoms between the refugees survivors of torture and refugees of war. *Psychiatria Danubina*. 2004;16(1-2):55-60.
668. Dilworth-Anderson P, Gibson BE. The cultural influence of values, norms, meanings, and perceptions in understanding dementia in ethnic minorities. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 2002;16:S56-S63.
669. Rosenbaum B, Kristensen M, Schmidt J. Dementia in elderly Turkish immigrants. *Ugeskr Laeger*. 2008;170(50):4109-13.
670. Nielsen TR, Vogel A, Phung T, Gade A, Waldemar G. Over-and under-diagnosis of dementia in ethnic minorities: a nationwide register-based study. *International journal of geriatric psychiatry*. 2011;26(11):1128-35.
671. Nielsen TR, Andersen BB, Kastrup M, Phung TKT, Waldemar G. Quality of dementia diagnostic evaluation for ethnic minority patients: a nationwide study. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2011;31(5):388-96.
672. Diaz E, Kumar BN, Engedal K. Immigrant patients with dementia and memory impairment in primary health care in Norway: a national registry study. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2015;39(5-6):321-31.
673. Greenberg MS, Tanev K, Marin M-F, Pitman RK. Stress, PTSD, and dementia. *Alzheimer's & Dementia*. 2014;10(3S):S155-S65.
674. Yaffe K, Vittinghoff E, Lindquist K, Barnes D, Covinsky KE, Neylan T, et al. Posttraumatic stress disorder and risk of dementia among US veterans. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67(6):608-13.
675. Flatt JD, Gilsanz P, Quesenberry Jr CP, Albers KB, Whitmer RA. Post-traumatic stress disorder and risk of dementia among members of a health care delivery system. *Alzheimer's & Dementia*. 2018;14(1):28-34.

676. Desmarais P, Weidman D, Wassef A, Bruneau M-A, Friedland J, Bajsarowicz P, et al. The interplay between post-traumatic stress disorder and dementia: a systematic review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2020;28(1):48-60.
677. van Achterberg ME, Rohrbaugh RM, Southwick SM. Emergence of PTSD in trauma survivors with dementia. 2001.
678. Stevnsborg L, Jensen-Dahm C, Nielsen TR, Gasse C, Waldemar G. Inequalities in access to treatment and care for patients with dementia and immigrant background: a Danish Nationwide Study. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2016;54(2):505-14.
679. Vissenberg R, Uysal O, Goudsmit M, van Campen J, Buurman-van Es B. Barriers in providing primary care for immigrant patients with dementia: GPs' perspectives. *BJGP open*. 2018;2(4):bjgpopen18X101610.
680. Jensen NK, Norredam M, Priebe S, Krasnik A. How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. *BMC family practice*. 2013;14(1):17.
681. Nielsen TR, Waldemar G, Nielsen DS. Rotational care practices in minority ethnic families managing dementia: A qualitative study. *Dementia*. 2020:1471301220914751.
682. Nielsen TR, Segers K, Vanderaspolden V, Bekkhus-Wetterberg P, Minthon L, Pissioti A, et al. Performance of middle-aged and elderly European minority and majority populations on a Cross-Cultural Neuropsychological Test Battery (CNTB). *The Clinical Neuropsychologist*. 2018;32(8):1411-30.
683. Nielsen TR, Nørredam M. Assessment tools for dementia and depression in older migrants. *Migrant Health: A Primary Care Perspective*. 2019:23.
684. Spallek J, Reeske A, Norredam M, Nielsen SS, Lehnhardt J, Razum O. Suicide among immigrants in Europe—a systematic literature review. *The European Journal of Public Health*. 2014;25(1):63-71.
685. Hollander A-C, Kirkbride J, Pitman A, Lundberg M, Lewis G, Magnusson C, et al. Are refugees at increased risk of suicide compared with non-refugee migrants and the host population? Anna-Clara Hollander. *European Journal of Public Health*. 2017;27(suppl_3).
686. Webb RT, Antonsen S, Pedersen CB, Mok PL, Cantor-Graae E, Agerbo E. Attempted suicide and violent criminality among Danish second-generation immigrants according to parental place of origin. *International journal of social psychiatry*. 2016;62(2):186-97.
687. Razum O, Zeeb H. Suicide mortality among Turks in Germany. *Der Nervenarzt*. 2004;75(11):1092-8.
688. Forte A, Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D., Cardamone, G., Giallonardo, V. Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities: A Literature Overview. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7).
689. Leenaars AA. Death systems and suicide around the world. *Death and bereavement around the world: Routledge*; 2017. p. 106-41.
690. Neuner F, Kurreck S, Ruf M, Odenwald M, Elbert T, Schauer M. Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cognitive behaviour therapy*. 2010;39(2):81-91.
691. Laban CJ, Gernaat HB, Komproe IH, Schreuders BA, De Jong JT. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*. 2004;192(12):843-51.
692. Bauer AM, Alegría M. Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: a systematic review. *Psychiatric Services*. 2010;61(8):765-73.
693. Küey L. Trauma and Migration: the role of stigma. *Trauma and Migration: Springer*; 2015. p. 57-68.
694. Lederbogen F, Kirsch P, Haddad L, Streit F, Tost H, Schuch P, et al. City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature*. 2011;474(7352):498.
695. Rose D, Thornicroft G, Pinfold V, Kassam A. 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC health services research*. 2007;7(1):97.
696. Schofield P, Ashworth M, Jones R. Ethnic isolation and psychosis: re-examining the ethnic density effect. *Psychological medicine*. 2011;41(6):1263-9.
697. Stafford M, Marmot M. Neighbourhood deprivation and health: does it affect us all equally? *International journal of epidemiology*. 2003;32(3):357-66.
698. Stafford M, Gimeno D, Marmot MG. Neighbourhood characteristics and trajectories of health functioning: a multilevel prospective analysis. *The European Journal of Public Health*. 2008;18(6):604-10.

699. Floen SK, Elklit A. Psychiatric diagnoses, trauma, and suicidality. *Annals of General Psychiatry*. 2007;6(1):12.
700. Sørensen J, Christensen J, Ølholm A. MTV om behandling og rehabilitering af PTSD.
701. Harlacher U, Nordin L, Polatin PB. Torture survivors' symptom load compared to chronic pain and psychiatric in-patients. *Torture Journal*. 2016;26(2):11-.
702. Kastrup M. Staff competence in dealing with traditional approaches. *European Psychiatry*. 2008;23:59-68.
703. Kirmayer LJ. Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism. *Social science & medicine*. 2012;75(2):249-56.
704. Qureshi A, Collazos F, Ramos M, Casas M. Cultural competency training in psychiatry. *European psychiatry*. 2008;23:49-58.
705. Johansen KS. Transkulturel psykiatri-psykiatriens forståelse af det kulturelt anderledes. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*. 2006;3(4):16.
706. Norredam M, Garcia-Lopez A, Keiding N, Krasnik A. Risk of mental disorders in refugees and native Danes: a register-based retrospective cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009;44(12):1023.
707. Marie N, Ana G-L, Niels K, Allan K. Risk of mental disorders in family reunification migrants and native Danes: a register-based historically prospective cohort study. *International Journal of Public Health*. 2010;55(5):413-9.
708. Schouler-Ocak M, Wintrob R, Moussaoui D, Villasenor Bayardo SJ, Zhao X-D, Kastrup MC. Background paper on the needs of migrant, refugee and asylum seeker patients around the globe. *International journal of culture and mental health*. 2016;9(3):216-32.
709. Itani N, Khalil MR, Sodemann M. Language Skills and Level of Experience among Arabic-Speaking Healthcare Interpreters in Denmark; an Explorative Study. *Diversity and Equality in Health and Care*. 2017;14(6):283-9.
710. Kamionka SL, Buus N, Sodemann M, Noehr-Jensen P, Larsen KJ. Intersectoral pathways of vulnerable patient groups in Southern Denmark. *International Journal of Integrated Care*. 2014;14(6).
711. Orhan P. Sne. København: Lindhardt og Ringhof; 2006.
712. Sayed MA. Conceptualization of mental illness within Arab cultures: Meeting challenges in cross-cultural settings. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2003;31(4):333-41.
713. Sayed MA. Arabic psychiatry and psychology: The physician who is a philosopher and the physician who is not a philosopher: Some cultural considerations. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2002;30(3):235-41.
714. Al-Subaie AS, Marwa MK, Hawari RA, Abdul-Rahim F-A. Psychiatric emergencies in a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Mental Health*. 1996;25(4):59-68.
715. El-Islam MF. Arabic cultural psychiatry. *Transcultural psychiatric research review*. 1982;19(1):5-24.
716. Mary Hutchinson PD. What does the literature say about resilience in refugee people? Implications for practice. *Journal of Social Inclusion*. 2012;3(2):24.
717. Alessi EJ. Resilience in sexual and gender minority forced migrants: A qualitative exploration. *Traumatology*. 2016;22(3):203.
718. Sossou M-A, Craig CD, Ogren H, Schnak M. A qualitative study of resilience factors of Bosnian refugee women resettled in the southern United States. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*. 2008;17(4):365-85.
719. Jakobsen IS. Resiliensprocesser-begreb, forskning og praksis: Lindhardt og Ringhof; 2014.
720. Rossen CB, Stenager E, Buus N. The experiences of being close relatives and informal carers of mentally ill Iraqi refugees: a qualitative study. *International Journal of Culture and Mental Health*. 2014;7(4):452-63.
721. Uiters E, van Dijk L, Devillé W, Foets M, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP. Ethnic minorities and prescription medication; concordance between self-reports and medical records. *BMC Health Services Research*. 2006;6(1):115.
722. Hull SA, Cornwell J, Harvey C, Eldridge S, Bare PO. Prescribing rates for psychotropic medication amongst east London general practices: low rates where Asian populations are greatest. *Family Practice*. 2001;18(2):167-73.
723. Haugbølle L, Søndergaard B, Morgall J. Optimal lægemiddelanvendelse blandt ikke-etniske danskere (del 2)-Gennemførelse af medicingennemgang [Optimal drug use among non-ethnic Danes (Part 2)-Medication reviews. In Danish]. 2009.

724. Youmans SL, Schillinger D. Functional health literacy and medication use: the pharmacist's role. *The Annals of pharmacotherapy*. 2003;37(11):1726-9.
725. Schwappach DL, Massetti CM, Gehring K. Communication barriers in counselling foreign-language patients in public pharmacies: threats to patient safety? *International journal of clinical pharmacy*. 2012;34(5):765-72.
726. Westberg SM, Sorensen TD. Pharmacy-related health disparities experienced by non-English-speaking patients: impact of pharmaceutical care. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2005;45(1):48-54.
727. Frederiksen HW, Zwisler A-D, Johnsen SP, Öztürk B, Lindhardt T, Norredam M. Differences in initiation and discontinuation of preventive medications and use of non-pharmacological interventions after acute coronary syndrome among migrants and Danish-born. *Eur Heart J*. 2018;39(25):2356-64.
728. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Medicine*. 2006;3(10):e449.
729. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient education and counseling*. 2006;64(1-3):21-34.
730. Roter D, Hall JA. *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits*: Greenwood Publishing Group; 2006.
731. Meeuwesen L, Tromp F, Schouten BC, Harmsen JA. Cultural differences in managing information during medical interaction: How does the physician get a clue? *Patient Education and Counseling*. 2007;67(1):183-90.
732. Skjeldestad K. *Culture and (mis) communication: A study of doctor-patient interactions and emotion*: University of Oslo; 2011.
733. Ahlmark N, Reynolds Whyte S, Curtis T, Tjørnhøj-Thomsen T. Positionings in healthcare: diabetes training for Arabic-speaking immigrants. *Health Education*. 2014;114(2):133-51.
734. Ahlmark N, Whyte SR, Harting J, Tjørnhøj-Thomsen T. Recognition as care: a longitudinal study of Arabic immigrants' experiences of diabetes training in Denmark. *Critical Public Health*. 2016;26(2):118-32.
735. Byrnit J. Primate theory of mind: a state of the art review. *Journal of Anthropological Psychology*. 2006;17:5-48.
736. Lund R, Christensen U, Iversen L. *Medicinsk sociologi: sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred*: Munksgaard; 2014.
737. Anna B. *Everyday Intercultural (Mis)Recognition and 'What One Does For Work'*. Honneth and Everyday Intercultural (Mis)Recognition: Work, Marginalisation and Integration. Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 157-97.
738. Oliver M. *Politics of disablement*: Macmillan International Higher Education; 1990.
739. Deen L, Cowan S, Wejse C, Petersen JH, Norredam M, Travellers ESGfli, et al. Refugees and family-reunified immigrants have a high incidence of HIV diagnosis and late presentation compared with Danish born: a nationwide register-based cohort study. *Infection*. 2018;46(5):659-67.
740. Schäfer G, Kreuels B, Schmiedel S, Hertling S, Hüfner A, Degen O, et al. High proportion of HIV late presenters at an academic tertiary care center in northern Germany confirms the results of several cohorts in Germany: time to put better HIV screening efforts on the national agenda? *Infection*. 2016;44(3):347-52.
741. Dyrehave C, Wejse C, Maindal H, Rodkjaer L. 4.10-P10Barriers to retention in care and health-related quality of life among HIV-infected African migrants in Denmark. *European Journal of Public Health*. 2018;28(suppl_1).
742. Soendergaard A, Laursen T, Chesney M, Sodemann M, Rodkjaer L. Differences in Coping Self-efficacy, Social Relations and Depression Among HIV-infected Ethnic Danes and Non-ethnic Danes in Denmark: A Cross-sectional Study. *International Journal of HIV/AIDS Prevention, Education and Behavioural Science*. 2019;5(2):156.
743. Langholz Kristensen K, Lillebaek T, Holm Petersen J, Hargreaves S, Nellums LB, Friedland JS, et al. Tuberculosis incidence among migrants according to migrant status: a cohort study, Denmark, 1993 to 2015. *Eurosurveillance*. 2019;24(44):1900238.
744. Eiset AH, Wejse C. Review of infectious diseases in refugees and asylum seekers—current status and going forward. *Public Health Rev*. 2017;38(1):1-16.
745. Kristensen KL, Nørredam M, Lillebæk T, Munk-Andersen E, Ravn P. Tuberculosis among asylum seekers. *Ugeskr Laeger*. 2018;180(19).
746. Lönnroth K, Shah NS, Lange C. State-of-the-art series on tuberculosis and migration. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2016;20(10):1280-1.

747. Nordholm AC, Ravn P, Kristensen KL, Nygaard U, Jensen SG, Wejse C, et al. Testing for latent tuberculosis infection needs to be improved in Denmark. *Ugeskr Laeger*. 2019;181(48).
748. Reitmanova S, Gustafson DL. Coloring the white plague: a syndemic approach to immigrant tuberculosis in Canada. *Ethnicity & Health*. 2012;17(4):403-18.
749. Mathiasen V, Kruse A, Wejse C, Andersen P, Nygaard U, Holm M. Tuberculosis among children and adolescents. *Ugeskr Laeger*. 2020;182(10).
750. Ilkilic I. *Global Bioethics and Human Rights: contemporary issues*. Lanha, Maryland: Rowman & Littlefield; 2014.
751. Zahedi F. The challenge of truth telling across cultures: a case study. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 2011;4:11-.
752. Ilkilic I. Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 2008;51(8):857-64.
753. Ilkilic I. Bioethical Conflicts between Muslim Patients and German Physicians and the Principles of Biomedical Ethics. *Medicine and Law*. 2002;21(2):13.
754. Kwak J, Haley WE. Current research findings on end-of-life decision making among racially or ethnically diverse groups. *The Gerontologist*. 2005;45(5):634-41.
755. Searight HR, Gafford J. "It's Like Playing With Your Destiny": Bosnian Immigrants' Views of Advance Directives and End-of-Life Decision-Making. *Journal of Immigrant Health*. 2005;7(3):195-203.
756. Koffman J, Morgan M, Edmonds P, Speck P, Higginson I. Cultural meanings of pain: a qualitative study of Black Caribbean and White British patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*. 2008;22(4):350-9.
757. Koffman J, Morgan M, Edmonds P, Speck P, Higginson IJ. "I know he controls cancer": The meanings of religion among Black Caribbean and White British patients with advanced cancer. *Social science & medicine*. 2008;67(5):780-9.
758. Krause I-B. Sinking heart: a Punjabi communication of distress. *Social Science & Medicine*. 1989;29(4):563-75.
759. Ahmed N, Bestall J, Ahmedzai SH, Payne S, Clark D, Noble B. Systematic review of the problems and issues of accessing specialist palliative care by patients, carers and health and social care professionals. *Palliative medicine*. 2004;18(6):525-42.
760. Krakauer EL, Crenner C, Fox K. Barriers to optimum end-of-life care for minority patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(1):182-90.
761. Karim K, Bailey M, Tunna K. Nonwhite ethnicity and the provision of specialist palliative care services: factors affecting doctors' referral patterns. *Palliative medicine*. 2000;14(6):471-8.
762. Elliott AM, Alexander SC, Mescher CA, Mohan D, Barnato AE. Differences in Physicians' Verbal and Nonverbal Communication With Black and White Patients at the End of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2016;51(1):1-8.
763. Granek L, Krzyzanowska MK, Tozer R, Mazzotta P. Oncologists' strategies and barriers to effective communication about the end of life. *Journal of oncology practice*. 2013;9(4):e129-e35.
764. Thornton JD, Pham K, Engelberg RA, Jackson JC, Curtis JR. Families with limited English proficiency receive less information and support in interpreted ICU family conferences. *Critical care medicine*. 2009;37(1):89.
765. Chan A, Woodruff RK. Comparison of palliative care needs of English-and non-English-speaking patients. *Journal of Palliative Care*. 1999;15(1):26-30.
766. Silva MD, Genoff M, Zaballa A, Jewell S, Stabler S, Gany FM, et al. Interpreting at the End of Life: A Systematic Review of the Impact of Interpreters on the Delivery of Palliative Care Services to Cancer Patients With Limited English Proficiency. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(3):569-80.
767. Schenker Y, Fernandez A, Kerr K, O'Riordan D, Pantilat SZ. Interpretation for discussions about end-of-life issues: results from a national survey of health care interpreters. *Journal of palliative medicine*. 2012;15(9):1019-26.
768. Norris WM, Wenrich MD, Nielsen EL, Treece PD, Jackson JC, Curtis JR. Communication about end-of-life care between language-discordant patients and clinicians: insights from medical interpreters. *J Palliat Med*. 2005;8(5):1016-24.
769. Bulhões Miranda L, Los A. Transkulturell palliativ omvårdnad: en litteraturöversikt. *Sophia Hemmets Högskola*; 2014.
770. Ekblad S, Marttila A, Emilsson M. Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm. *Journal of advanced nursing*. 2000;31(3):623-30.

771. Huang YL, Yates P, Prior D. Factors influencing oncology nurses' approaches to accommodating cultural needs in palliative care. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(24):3421-9.
772. Richardson A, Thomas VN, Richardson A. "Reduced to nods and smiles": experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups. *European Journal of Oncology Nursing*. 2006;10(2):93-101.
773. Kai J, Beavan J, Faull C. Challenges of mediated communication, disclosure and patient autonomy in cross-cultural cancer care. *British Journal of Cancer*. 2011;105(7):918.
774. Sneesby L, Satchell R, Good P, van der Riet P. Death and dying in Australia: perceptions of a Sudanese community. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(12):2696-702.
775. McGrath P, Holewa H, Koilparampil T, Koshy C, George S. Learning from each other: cross-cultural insights on palliative care in Indian and Australian regions. *International journal of palliative nursing*. 2009;15(10):499-509.
776. Frearson S, Henderson J, Raval B, Daniels C, Burke G, Koffman J. END-OF-LIFE CARE FOR THE BRITISH ASIAN HINDU COMMUNITY: PREFERENCES AND SOLUTIONS. *End of Life Journal*. 2013;3(3).
777. Crawley L, Payne R, Bolden J, Payne T, Washington P, Williams S. Palliative and end-of-life care in the African American community. *Jama*. 2000;284(19):2518-21.
778. Schultz M, Baddarni K, Bar-Sela G. Reflections on palliative care from the Jewish and Islamic tradition. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2012;2012.
779. Bülow H-H, Sprung CL, Reinhart K, Prayag S, Du B, Armaganidis A, et al. The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. *Intensive care medicine*. 2008;34(3):423-30.
780. Steinberg SM. Cultural and religious aspects of palliative care. *International journal of critical illness and injury science*. 2011;1(2):154.
781. Silcocks P, Rashid A, Culley L, Smith L. Inequality even in terminal illness. *Eur J Cancer*. 2001;37(Suppl 2):S1-S126.
782. Gunaratnam Y. Culture is not enough. In: D. F, J. H, N. S, editors. *Death, gender and ethnicity* London: Routledge: London: Routledge; 1997. p. 166-86.
783. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow H-H, Hovilehto S, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *Jama*. 2003;290(6):790-7.
784. Krauss N. *Great house: a novel*: WW Norton & Company; 2011.
785. Thomsen LL. Når en fremmed dør: Horisonter, mentalitetsrammer, samtidigt nærvær og belongning i sygdoms-og plejekonteksten: Institut for Sociologi, Socialt Arbejde og Organisation, Aalborg Universitet; 2014.
786. Kagawa-Singer M, Blackhall LJ. Negotiating cross-cultural issues at the end of life: you got to go where he lives. *Jama*. 2001;286(23):2993-3001.
787. Searight HR, Gafford J. Cultural diversity at the end of life: issues and guidelines for family physicians. *American family physician*. 2005;71(3).
788. Brorholdt G. Mangfoldighed eller enfoldighed - multikulturelle hospitaler for fremtiden. In: Baig N, Kastrop M, Rasmussen L, editors. *Tro, omsorg og interkultur*: Hans Reitzels Forlag; 2010. p. 165-82.
789. Koenig BA, Gates-Williams J. Understanding cultural difference in caring for dying patients. *West J Med*. 1995;163(3):244-9.
790. Naveed B, Boelsbjerg HB. At dø i fremmede arme. Etniske minoritetspatienters palliative behov under indlæggelse på sygehus. *Omsorg- Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin*. 2020(3):4.
791. Johnstone M-J, Kanitsaki O. Culture, language, and patient safety: making the link. *International journal for quality in health care*. 2006;18(5):383-8.
792. Divi C, Koss RG, Schmaltz SP, Loeb JM. Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *International journal for quality in health care*. 2007;19(2):60-7.
793. Gandhi TK, Burstin HR, Cook EF, Puopolo AL, Haas JS, Brennan TA, et al. Drug complications in outpatients. *Journal of General Internal Medicine*. 2000;15(3):149-54.
794. Wilson E, Chen AH, Grumbach K, Wang F, Fernandez A. Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension. *Journal of General Internal Medicine*. 2005;20(9):800-6.
795. Lion KC, Rafton SA, Shafii J, Brownstein D, Michel E, Tolman M, et al. Association between language, serious adverse events, and length of stay among hospitalized children. *Hospital pediatrics*. 2013;3(3):219-25.

796. Bhandari VK, Wang F, Bindman AB, Schillinger D. Quality of anticoagulation control: Do race and language matter? *Journal of health care for the poor and underserved*. 2008;19(1):41-55.
797. Fang MC, Panguluri P, Machtinger EL, Schillinger D. Language, literacy, and characterization of stroke among patients taking warfarin for stroke prevention: Implications for health communication. *Patient education and counseling*. 2009;75(3):403-10.
798. Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot M-L. Explaining ethnic disparities in patient safety: a qualitative analysis. *American journal of public health*. 2010;100(S1):S113-S7.
799. Metersky ML, Hunt DR, Kliman R, Wang Y, Curry M, Verzier N, et al. Racial disparities in the frequency of patient safety events: results from the national medicare patient safety monitoring system. *Medical care*. 2011;49(5):504-10.
800. Kelly PA, Haidet P. Physician overestimation of patient literacy: a potential source of health care disparities. *Patient education and counseling*. 2007;66(1):119-22.
801. Schenker Y, Wang F, Selig SJ, Ng R, Fernandez A. The impact of language barriers on documentation of informed consent at a hospital with on-site interpreter services. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(2):294-9.
802. Hempler NF, Diderichsen F, Larsen FB, Ladelund S, Jørgensen T. 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. *European journal of clinical pharmacology*. 2010;66(7):735-42.
803. Sanchez-Ramirez DC, Krasnik A, Kildemoes HW. 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*. 2013;69(1):87-95.
804. Michaelsen JJ. Forstærkning af sociale problemer? En case om livsstilsfokuseret sundhedspædagogik overfor immigrantmænd i hjerterehabilitering. *Norsk Tidsskrift for Migrasjonsforskning*. 2008(1):63-80.
805. Van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Social science & medicine*. 2000;50(6):813-28.
806. Vandenheede H, Deboosere P, Stirbu I, Agyemang CO, Harding S, Juel K, et al. Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. *European journal of epidemiology*. 2012;27(2):109-17.
807. Taloyan M, Saleh-Stattin N, Johansson S-E, Agréus L, Wändell P. Differences in Cardiovascular Risk Factors in Swedes and Assyrians/Syrian s with Type 2 Diabetes: Association with Lifestyle-Related Factors. *J Diabete s Metab*. 2010;1:110.
808. Agyemang C, Van Valkengoed I, Koopmans R, Stronks K. Factors associated with hypertension awareness, treatment and control among ethnic groups in Amsterdam, the Netherlands: the SUNSET study. *Journal of human hypertension*. 2006;20(11):874-81.
809. Bhopal R, Bansal N, Fischbacher C, Brown H, Capewell S. Ethnic variations in heart failure: Scottish Health and Ethnicity Linkage Study (SHELs). *Heart*. 2012;98(6):468-73.
810. Agyemang C, Vaartjes I, Bots M, Van Valkengoed I, de Munter J, de Bruin A, et al. Risk of death after first admission for cardiovascular diseases by country of birth in The Netherlands: a nationwide record-linked retrospective cohort study. *Heart*. 2009;95(9):747-53.
811. Stirbu I, Looman C, Nijhof GJ, Reulings PG, Mackenbach JP. Income inequalities in case death of ischaemic heart disease in the Netherlands: a national record-linked study. *Journal of epidemiology and community health*. 2012;66(12):1159-66.
812. Korda RJ, Clements MS, Kelman CW. Universal health care no guarantee of equity: comparison of socioeconomic inequalities in the receipt of coronary procedures in patients with acute myocardial infarction and angina. *BMC Public Health*. 2009;9(1):460.
813. Hasnain-Wynia R, Baker DW, Nerenz D, Feinglass J, Beal AC, Landrum MB, et al. Disparities in health care are driven by where minority patients seek care: examination of the hospital quality alliance measures. *Archives of Internal Medicine*. 2007;167(12):1233.
814. Wasserman M, Renfrew MR, Green AR, Lopez L, Tan-McGrory A, Brach C, et al. Identifying and preventing medical errors in patients with limited English proficiency: key findings and tools for the field. *Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality*. 2014;36(3):5-16.

815. Brandl EJ, Schreiter S, Schouler-Ocak M. Are Trained Medical Interpreters Worth the Cost? A Review of the Current Literature on Cost and Cost-Effectiveness. *Journal of immigrant and minority health*. 2019;1-7.
816. Wu MS, Rawal S. "It's the difference between life and death": The views of professional medical interpreters on their role in the delivery of safe care to patients with limited English proficiency. *PloS one*. 2017;12(10):e0185659.
817. Bittner-Fagan H, Davis J, Savoy M. Improving Patient Safety: Improving Communication. *FP essentials*. 2017;463:27-33.
818. Hsieh E. Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters. *Social science & medicine*. 2007;64(4):924-37.
819. Lee JS, Pérez-Stable EJ, Gregorich SE, Crawford MH, Green A, Livaudais-Toman J, et al. Increased access to professional interpreters in the hospital improves informed consent for patients with limited English proficiency. *Journal of general internal medicine*. 2017;32(8):863-70.
820. Lara-Otero K, Weil J, Guerra C, Cheng JKY, Youngblom J, Joseph G. Genetic Counselor and Healthcare Interpreter Perspectives on the Role of Interpreters in Cancer Genetic Counseling. *Health communication*. 2018:1-11.
821. Mengesha ZB, Perz J, Dune T, Ussher J. Talking about sexual and reproductive health through interpreters: The experiences of health care professionals consulting refugee and migrant women. *Sexual & reproductive healthcare*. 2018;16:199-205.
822. Suurmond J, Seeleman C, Essink-Bot M-L. Analyzing Fallacies in Argumentation to Enhance Effectiveness of Educational Interventions: The Case of Care Providers' Arguments Against Using Professional Interpretation. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2015;35(4):249-54.
823. Hudelson P. Improving patient-provider communication: insights from interpreters. *Family Practice*. 2005;22(3):311-6.
824. Ikram UZ, Essink-Bot M-L, Suurmond J. How we developed an effective e-learning module for medical students on using professional interpreters. *Medical teacher*. 2015;37(5):422-7.
825. Kalet A, Gany F, Senter L. Working with interpreters: an interactive Web-based learning module. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 2002;77(9):927-.
826. Zolnieriek KBH, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*. 2009;47(8):826.
827. Betancourt JR. Cultural competence and medical education: many names, many perspectives, one goal. *Academic Medicine*. 2006;81(6):499-501.
828. Dosani S. Practising medicine in a multicultural society. *BMJ (Clinical research ed)*. 2003;326(7379):S3-S.
829. Zwaan L. Diagnostic reasoning and diagnostic error in medicine: Vrije Universiteit Amsterdam; 2012.
830. van Rosse F, de Bruijne M, Suurmond J, Essink-Bot M-L, Wagner C. Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International journal of nursing studies*. 2016;54:45-53.
831. Bowen S. The impact of language barriers on patient safety and quality of care. *Société Santé en français*. 2015.
832. Cohen AL, Christakis DA. Primary language of parent is associated with disparities in pediatric preventive care. *The Journal of pediatrics*. 2006;148(2):254-8.
833. Levas MN, Cowden JD, Dowd MD. Effects of the limited English proficiency of parents on hospital length of stay and home health care referral for their home health care-eligible children with infections. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2011;165(9):831-6.
834. Bard MR, Goettler CE, Schenarts PJ, Collins BA. Language barrier leads to the unnecessary intubation of trauma patients. *The American Surgeon*. 2004;70(9):783.
835. LeSon S, Gershwin ME. Risk factors for asthmatic patients requiring intubation. III. Observations in young adults. *Journal of Asthma*. 1996;33(1):27-35.
836. Regalbuto R, Maurer MS, Chapel D, Mendez J, Shaffer JA. Joint Commission requirements for discharge instructions in patients with heart failure: is understanding important for preventing readmissions? *Journal of cardiac failure*. 2014;20(9):641-9.
837. Dilworth TJ, Mott D, Young H. Pharmacists' communication with Spanish-speaking patients: a review of the literature to establish an agenda for future research. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2009;5(2):108-20.

838. Karliner LS, Auerbach A, Nápoles A, Schillinger D, Nickleach D, Pérez-Stable EJ. Language barriers and understanding of hospital discharge instructions. *Medical care*. 2012;50(4):283.
839. Masland MC, Kang SH, Ma Y. Association between limited English proficiency and understanding prescription labels among five ethnic groups in California. *Ethnicity & Health*. 2011;16(2):125-44.
840. Samuels-Kalow ME, Stack AM, Porter SC. Parental language and dosing errors after discharge from the pediatric emergency department. *Pediatric emergency care*. 2013;29(9):982-7.
841. Rayan N, Admi H, Shadmi E. Transitions from hospital to community care: the role of patient-provider language concordance. *Israel journal of health policy research*. 2014;3(1):24.
842. Sodemann M, Kristensen TR, Sangren H, Nielsen D. [Barriers to communication between clinicians and immigrants]. *Ugeskrift for læger*. 2015;177(35).
843. White AA, Stubblefield-Tave B. Some advice for physicians and other clinicians treating minorities, women, and other patients at risk of receiving health care disparities. *Journal of racial and ethnic health disparities*. 2017;4(3):472-9.
844. Harpelund L, Nielsen SS, Krasnik A. Self-perceived need for interpreter among immigrants in Denmark. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 2012;40(5):457-65.
845. Vikkelsøe Slot L. Lige adgang til sundhed - en analyse af praktiserende lægers møde med patienter med etnisk minoritetsbaggrund. København: Institut for Menneskerettigheder; 2014.
846. Wentzer H. Menneskelige faktorer i forsinket diagnostik: Et litteraturstudie: KORA Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2013.
847. Charon R. *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. 2006.
848. Shannon MT. Face off: searching for truth and beauty in the clinical encounter. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2012;15(3):329-35.
849. Bourke J. Pain, sympathy and the medical encounter between the mid eighteenth and the mid twentieth centuries. *Historical Research*. 2012;85(229):430-52.
850. Schouten BC MLoHH. GP's Interactional Styles in Consultations with Dutch and Ethnic Minority Patients. *J Immigrant Minority Health*. 2009;11:468-75.
851. JAM H. Patients evaluation of quality of care in general practice: what are the cultural and linguistic barriers? *Patient Education and Counseling*. 2008;72:155-62.
852. Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain: Health needs of asylum seekers and refugees. *BMJ: British Medical Journal*. 2001;322(7285):544.
853. Miriam Lo M-C, Bahar R. Resisting the Colonization of the Lifeworld? Immigrant Patients' Experiences with Co-Ethnic Healthcare Workers. *Social Science & Medicine*. 2013.
854. Pérez-Stable EJ, Nápoles-Springer A, Miramontes JM. The effects of ethnicity and language on medical outcomes of patients with hypertension or diabetes. *Medical Care*. 1997;35(12):1212-9.
855. Sohler NL, Fitzpatrick LK, Lindsay RG, Anastos K, Cunningham CO. Does patient-provider racial/ethnic concordance influence ratings of trust in people with HIV infection? *AIDS and Behavior*. 2007;11(6):884-96.
856. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. *Jama*. 1997;277(4):350-6.
857. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, Vu HT, Powe NR, Nelson C, et al. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *Jama*. 1999;282(6):583-9.
858. Lin EH. Intraethnic characteristics and the patient-physician interaction: "Cultural blind spot syndrome". *The Journal of family practice*. 1983.
859. Ferguson WJ, Candib LM. Culture, language, and the doctor-patient relationship. *FMCH Publications and Presentations*. 2002:61.
860. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, Vu HT, Powe NR, Nelson C, et al. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 1999;282(6):583-9.
861. Cutter IS. *The Art of Medicine*. *Journal of the American Medical Association*. 1923;Lxxx:2.
862. Blumgart HL. Caring for the patient. *The New England journal of medicine*. 1964;270:449-56.
863. Lief HI, Fox RC. Training for "detached concern" in medical students. *The psychological basis of medical practice*. 1963;12:35.
864. Johnson RL, Saha S, Arbelaez JJ, Beach MC, Cooper LA. Racial and ethnic differences in patient perceptions of bias and cultural competence in health care. *Journal of general internal medicine*. 2004;19(2):101-10.

865. Bensing JM, Roter DL, Hulsman RL. Communication patterns of primary care physicians in the United States and the Netherlands. *Journal of general internal medicine*. 2003;18(5):335-42.
866. Fuertes JN, Brobst K. Clients' ratings of counselor multicultural competency. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2002;8(3):214.
867. Constantine MG. Predictors of satisfaction with counseling: Racial and ethnic minority clients' attitudes toward counseling and ratings of their counselors' general and multicultural counseling competence. *Journal of Counseling Psychology*. 2002;49(2):255.
868. Tervalon M, Murray-Garcia J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of health care for the poor and underserved*. 1998;9(2):117-25.
869. Kumagai AK, Lypton ML. Beyond cultural competence: critical consciousness, social justice, and multicultural education. *Academic Medicine*. 2009;84(6):782-7.
870. DasGupta S. Narrative humility. *The Lancet*. 2008;371(9617):980-1.
871. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC public health*. 2011;11(1):187.
872. Nielsen AS, Krasnik A, Michaelsen JJ, Nørredam ML, Torres AM. Hospitalspersonale har forskellige holdninger til indvandrerpatienter. *Ugeskrift for læger*. 2008;170(7):541-4.
873. Gillock KL, Zayfert C, Hegel MT, Ferguson RJ. Posttraumatic stress disorder in primary care: prevalence and relationships with physical symptoms and medical utilization. *General Hospital Psychiatry*. 2005;27(6):392-9.
874. Weisse CS, Sorum PC, Dominguez RE. The influence of gender and race on physicians' pain management decisions. *The journal of Pain*. 2003;4(9):505-10.
875. Weisse CS, Sorum PC, Sanders KN, Syat BL. Do gender and race affect decisions about pain management? *Journal of general internal medicine*. 2001;16(4):211-7.
876. Green AR, Pallin DJ, Raymond KL, Iezzoni LI. Implicit bias among physicians and its prediction of thrombolysis decisions for black and white patients. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(9):1231-8.
877. Dintica D. Att ge information till patienter med bristande språkkunskaper: En litteraturstudie: Malmö högskola, Hälsa och samhälle; 2004.
878. Santry HP, Wren SM. The role of unconscious bias in surgical safety and outcomes. *The Surgical clinics of North America*. 2012;92(1):137.
879. Cooke G, Hargreaves S, Natkunarajah J, Sandhu G, Dhasmana D, Eliahoo J, et al. Impact on and use of an inner-city London Infectious Diseases Department by international migrants: a questionnaire survey. *BMC health services research*. 2007;7(1):113.
880. Lanting LC, Bootsma AH, Lamberts SW, Mackenbach JP, Joung IM. Ethnic differences in internal medicine referrals and diagnosis in the Netherlands. *BMC Public Health*. 2008;8(1):287.
881. Wentzer HS. Menneskelige faktorer i forsinket diagnostik. Litteraturstudie. KORA; 2013.
882. Krupic F. Språket som hinder till en lyckad kommunikation. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet, Institution för vårdvetenskap och hälsa; 2007.
883. Jokinen K, Allwood J. Hesitation in intercultural communication: some observations and analyses on interpreting shoulder shrugging. *Culture and computing*: Springer; 2010. p. 55-70.
884. Næss HM. Norske pasienter og innvandrerpasienter ved et legecenter. Er det virkelig forskjeller? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 1992;3(112):361-4.
885. Bozo J. Urininkontinens og stigma: University of Southern Denmark; 2012.
886. Dæhli TW. Hva lærer fremtidige leger om migrasjon og helse?: En kartlegging av medisinstudiet i Oslo. 2011.
887. Teal CR, Street RL. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. *Social science & medicine*. 2009;68(3):533-43.
888. Smith SG, Wolf MS, Wagner Cv. Socioeconomic status, statistical confidence, and patient-provider communication: An analysis of the Health Information National Trends Survey (HINTS 2007). *Journal of health communication*. 2010;15(S3):169-85.
889. Hansen MTL, Nielsen SS. Tolkebrug i det danske sundhedsvæsen. *Ugeskr Læger*. 2012;175:10.
890. Djuve A, HC P. Syk og misforstått: en kartlegging av efraringene til 71 minoritetsspråklige pasienter ved Ullevål sykehus. Oslo: Fafo; 1998.
891. Jacobs EA, Shepard DS, Suaya JA, Stone E-L. Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services. *American Journal of Public Health*. 2004;94(5):866-9.

892. Nødgaard H. Børn af etniske minoriteter på sygehus - forståelsen skal bedres [Master]. Göteborg: Göteborg; 2001.
893. Fatahi N, Mattsson B, Hasanpoor J, Skott C. Interpreters' experiences of general practitioner-patient encounters. *Scandinavian journal of primary health care*. 2005;23(3):159-63.
894. Fatahi N, Hellström M, Skott C, Mattsson B. General practitioners' views on consultations with interpreters: A triad situation with complex issues. *Scandinavian journal of primary health care*. 2008;26(1):40-5.
895. Dysart-Gale D. Clinicians and medical interpreters: Negotiating culturally appropriate care for patients with limited English ability. *Family & community health*. 2007;30(3):237-46.
896. Balsa AI, McGuire TG. Statistical discrimination in health care. *Journal of health economics*. 2001;20(6):881-907.
897. Balsa AI, McGuire TG. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *Journal of health economics*. 2003;22(1):89-116.
898. Health NIOp. Discrimination - a threat to health. Final report – Health and Discrimination Project. . National Institute of Public Health, Sweden; 2006.
899. Szczepura A. Access to health care for ethnic minority populations. *Postgraduate Medical Journal*. 2005;81(953):141-7.
900. Borkan JM, Culhane-Pera KA. Towards cultural humility in healthcare for culturally diverse Rhode Island. *Rhode Island Medical Journal*. 2008;91(12):361.
901. Brassart E, Prévost C, Bétrisey C, Lemieux M, Desmarais C. Strategies developed by service providers to enhance treatment engagement by immigrant parents raising a child with a disability. *Journal of Child and Family Studies*. 2017;26(4):1230-44.
902. King G, Desmarais C, Lindsay S, Piérart G, Tétreault S. The roles of effective communication and client engagement in delivering culturally sensitive care to immigrant parents of children with disabilities. *Disability and Rehabilitation*. 2015;37(15):1372-81.
903. Lee S, Thompson S, Amarin-Woods D. One service, many voices: enhancing consumer participation in a primary health service for multicultural women. *Qual Prim Care*. 2009;17(1):63-9.
904. DeCamp LR, Gregory E, Polk S, Chrismer MC, Giusti F, Thompson DA, et al. A voice and a vote: the Advisory Board experiences of Spanish-speaking Latina mothers. *Hispanic health care international: the official journal of the National Association of Hispanic Nurses*. 2015;13(4):217.
905. Mendenhall TJ, Kelleher MT, Baird MA, Doherty WJ. Overcoming depression in a strange land: A Hmong woman's journey in the world of Western medicine. *Collaborative medicine case studies: Springer*; 2008. p. 327-40.
906. Benson J, Al Haris T, Saaid B. The meaning and the story: reflecting on a refugee's experiences of mental health services in Australia. *Mental health in family medicine*. 2010;7(1):3.
907. Naldemirci Ö, Lydahl D, Britten N, Elam M, Moore L, Wolf A. Tenacious assumptions of person-centred care? Exploring tensions and variations in practice. *Health (N Y)*. 2018;22(1):54-71.
908. Polo AJ, Alegría M, Sirkin JT. Increasing the engagement of Latinos in services through community-derived programs: The Right Question Project–Mental Health. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2012;43(3):208.
909. Cochran D, Saleem S, Khowaja-Punjwani S, Lantos JD. Cross-cultural differences in communication about a dying child. *Pediatrics*. 2017;140(5):e20170690.
910. Sheridan I. Treating the world without leaving your ED: opportunities to deliver culturally competent care. *Academic emergency medicine*. 2006;13(8):896-903.
911. Rhodes P, Nocon A, Wright J. Access to diabetes services: the experiences of Bangladeshi people in Bradford, UK. *Ethnicity & health*. 2003;8(3):171-88.
912. Bäärnhielm S, Ekblad S. Turkish migrant women encountering health care in Stockholm: a qualitative study of somatization and illness meaning. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2000;24(4):431-52.
913. Webster R. The experiences and health care needs of Asian coronary patients and their partners. *Methodological issues and preliminary findings. Nursing in critical care*. 1997;2(5):215.
914. Eshiett MU, Parry EH. Migrants and health: a cultural dilemma. *Clinical Medicine*. 2003;3(3):229-31.
915. Türkmen H. Gråzonesprog og flersprogethed: nogle gange kan man godt noget, man ikke kan! Fokus-På Dansk Som Andetsprog for Voksne. 2016(67):22-5.
916. Van Houtven CH, Voils CI, Oddone EZ, Weinfurt KP, Friedman JY, Schulman KA, et al. Perceived discrimination and reported delay of pharmacy prescriptions and medical tests. *Journal of General Internal Medicine*. 2005;20(7):578-83.

917. Aronson J, Burgess D, Phelan SM, Juarez L. Unhealthy interactions: the role of stereotype threat in health disparities. *Am J Public Health*. 2013;103(1):50-6.
918. Todd KH, Deaton C, D'Adamo AP, Goe L. Ethnicity and analgesic practice. *Annals of emergency medicine*. 2000;35(1):11-6.
919. Choudhry NK, Anderson GM, Laupacis A, Ross-Degnan D, Normand S-LT, Soumerai SB. Impact of adverse events on prescribing warfarin in patients with atrial fibrillation: matched pair analysis. *BMJ*. 2006;332(7534):141-5.
920. Lutfey KE, Link CL, Marceau LD, Grant RW, Adams A, Arber S, et al. Diagnostic certainty as a source of medical practice variation in coronary heart disease: results from a cross-national experiment of clinical decision making. *Medical Decision Making*. 2009;29(5):606-18.
921. Ketcham JD, Lutfey KE, Gerstenberger E, Link CL, McKinlay JB. Physician clinical information technology and health care disparities. *Medical Care Research and Review*. 2009;66(6):658-81.
922. Macrae CN, Bodenhausen GV. Social cognition: Categorical person perception. *British Journal of Psychology*. 2001;92(1):239-55.
923. Gilbert DT, Hixon JG. The trouble of thinking: activation and application of stereotypic beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991;60(4):509.
924. Hall JA. Clinicians' accuracy in perceiving patients: Its relevance for clinical practice and a narrative review of methods and correlates. *Patient Education and Counseling*. 2011;84(3):319-24.
925. Coelho KR, Galan C. Physician Cross-Cultural Nonverbal Communication Skills, Patient Satisfaction and Health Outcomes in the Physician-Patient Relationship. *International journal of family medicine*. 2012;2012.
926. Phillips KL, Chiriboga DA, Jang Y. Satisfaction With Care The Role of Patient-Provider Racial/Ethnic Concordance and Interpersonal Sensitivity. *Journal of Aging and Health*. 2012;24(7):1079-90.
927. Lippmann W. *Public opinion*: Transaction Publishers; 1946.
928. List P. Om stereotyper, især nationale. . *Sprogforum* 1994;1.
929. Nielsen AS. Generaliseringens magt. *Norsk Tidsskrift For Migrasjonsforskning*. 2006;1(2):48-62.
930. Karlsson Y. Prejudices on both sides hinder contact between immigrants and Norwegian doctors (interview with Anis Ahmed and Saeed Ajum). *Nordisk Medisin*. 1978;93:115-7.
931. Norredam M, Krasnik A, Sorensen TM, Keiding N, Michaelsen JJ, Nielsen AS. Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scandinavian journal of public health*. 2004;32(1):53-9.
932. Troelsen M. Undersøgelse: Indvandrere er en belastning. *Sygeplejersken*. 2006.
933. Jahn AW. Forskellsskaber og fællesskaber i fødselsrummet: om sociale kategoriseringsprocesser med etnicitet som eksempel: Institut for Antropologi; 2001.
934. Lou S. Tre er et umage par -en undersøgelse af tolkningens vilkår og betydning i kommunikationen mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet. 2008.
935. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H, editors. *Migration und gesundheitliche Ungleichheit*. *Public Health Forum*; 2008: Urban & Fischer.
936. Razum O, Zeeb H, Uta M, Schenk L, Bredehorst M, Broska P. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Statistisches Bundesamt Berlin, Robert Koch Institut*. 2008.
937. Van Houtven CH, Voils CI, Oddone EZ, Weinfurt KP, Friedman JY, Schulman KA, et al. Perceived discrimination and reported delay of pharmacy prescriptions and medical tests. *J Gen Intern Med*. 2005;20(7):578-83.
938. Jolly K, Greenfield SM, Hare R. Attendance of ethnic minority patients in cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. 2004;24(5):308-12.
939. Davidson PM, Macdonald P, Moser DK, Ang E, Paull G, Choucair S, et al. Cultural diversity in heart failure management: findings from the DISCOVER study (Part 2). *Contemporary nurse*. 2007;25(1-2):50-62.
940. Butow PN, Sze M, Dugal-Beri P, Mikhail M, Eisenbruch M, Jefford M, et al. From inside the bubble: migrants' perceptions of communication with the cancer team. *Supportive Care in Cancer*. 2011;19(2):281-90.
941. Thapa SB, Dalgard OS, Claussen B, Sandvik L, Hauff E. Psychological distress among immigrants from high-and low-income countries: findings from the Oslo Health Study. *Nordic journal of psychiatry*. 2007;61(6):459-65.

942. Stuart RB. Twelve Practical Suggestions for Achieving Multicultural Competence. *Professional psychology: Research and practice*. 2004;35(1):3.
943. Bond MH, Tedeschi JT. Polishing the Jade: A Modest Proposal for Improving the Study of Social Psychology across Cultures. 2001.
944. Adams V, Kaufman SR, Van Hattum T, Moody S. Aging disaster: Mortality, vulnerability, and long-term recovery among Katrina survivors. *Medical anthropology*. 2011;30(3):247-70.
945. Metzl JM, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*. 2014;103:126-33.
946. Farmer P. *Infections and inequalities: The modern plagues*: Univ of California Press; 2001.
947. Seeberg J. *Kulturens sorte kasse: AIDS og Afrika i Danmark*. Aarhus: Aarhus Universitet, Humanistisk Fakultet; 1996.
948. Jöhncke S. Culture in the Clinic. In: Haour-Knipe M, Rector R, editors. *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*. London: Taylor & Francis; 2002. p. 167-77.
949. Mogensen HO. Livsforlængende integration: Forvaltning af fremmedhed, hiv-status og afrikansk identitet. In: Olwign KF, Pærregård K, editors. *Integration Antropologiske perspektiver*. København: Museum Tusulanum; 2007. p. 229-48.
950. Vergheze A. *Knivens Æg*: Gyldendal; 2010.
951. Street Jr RL, Gordon H, Haidet P. Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social science & medicine*. 2007;65(3):586-98.
952. Waltz M, Cadigan RJ, Joyner B, Ossman P, Davis A. Perils of the hidden curriculum: emotional labor and "bad" pediatric proxies. *The Journal of clinical ethics*. 2019;30(2):154.
953. Kormanik MB, Rocco TS. Internal versus external control of reinforcement: A review of the locus of control construct. *Human Resource Development Review*. 2009;8(4):463-83.
954. Sabin JA, Marini M, Nosek BA. Implicit and explicit anti-fat bias among a large sample of medical doctors by BMI, race/ethnicity and gender. *PloS one*. 2012;7(11):e48448.
955. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*. 2011;86(3):359-64.
956. Haslam N. Humanising medical practice: the role of empathy. *Medical journal of Australia*. 2007;187(7):381.
957. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*. 2011;86(8):996-1009.
958. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*. 2009;84(9):1182-91.
959. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*. 1994;69(11):861-71.
960. Hafferty FW. *Into the valley: Death and the socialization of medical students*: Yale University Press New Haven; 1991.
961. Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. *Academic medicine*. 1994;69(8):670-9.
962. Novack DH. Therapeutic aspects of the clinical encounter. *The Medical Interview*: Springer; 1995. p. 32-49.
963. Novack DH. Therapeutic aspects of the clinical encounter. *Journal of General Internal Medicine*. 1987;2(5):346-55.
964. Good M-JD, James C, Good BJ, Becker AE. The culture of medicine and racial, ethnic, and class disparities in healthcare. *The Blackwell companion to social inequalities*. 2005;13:396.
965. Shapiro J. Perspective: Does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. *Academic Medicine*. 2011;86(3):326-32.
966. Bower DJ, Young S, Larson G, Simpson D, Tipnis S, Begaz T, et al. Characteristics of patient encounters that challenge medical students' provision of patient-centered care. *Academic Medicine*. 2009;84(10):S74-S8.
967. Coulehan J, Williams PC. Vanquishing virtue: the impact of medical education. *Academic Medicine*. 2001;76(6):598-605.
968. Monrouxe LV, Rees CE. "It's just a clash of cultures": emotional talk within medical students' narratives of professionalism dilemmas. *Advances in health sciences education*. 2012;17(5):671-701.

969. Haque OS, Waytz A. Dehumanization in medicine causes, solutions, and functions. *Perspectives on Psychological Science*. 2012;7(2):176-86.
970. Redelmeier DA, Tversky A. 36Discrepancy between Medical Decisions for Individual Patients and for Groups. *Preference, Belief, and Similarity*. 1990:887.
971. Epley N, Waytz A, Cacioppo JT. On seeing human: a three-factor theory of anthropomorphism. *Psychological review*. 2007;114(4):864.
972. Harris LT, Fiske ST. Dehumanizing the lowest of the low neuroimaging responses to extreme out-groups. *Psychological Science*. 2006;17(10):847-53.
973. Riess H. Empathy in medicine—a neurobiological perspective. *JAMA*. 2010;304(14):1604-5.
974. Geller G, Faden RR, Levine DM. Tolerance for ambiguity among medical students: Implications for their selection, training and practice. *Social Science & Medicine*. 1990;31(5):619-24.
975. Geller G, Tambor ES, Chase GA, Holtzman NA. Measuring physicians' tolerance for ambiguity and its relationship to their reported practices regarding genetic testing. *Medical care*. 1993;989-1001.
976. Wayne S, Dellmore D, Serna L, Jerabek R, Timm C, Kalishman S. The association between intolerance of ambiguity and decline in medical students' attitudes toward the underserved. *Academic Medicine*. 2011;86(7):877-82.
977. Sacks O. The New York Times [Internet]2015. Available from: <https://www.nytimes.com/2015/02/19/opinion/oliver-sacks-on-learning-he-has-terminal-cancer.html>.
978. Rasmussen AJ, Sodemann M. Narrativ medicin som nyt, interdisciplinært felt. *Ugeskr Laeger*. 2020;182:Vo8190446.
979. Garro LC, Mattingly C. Narrative as construct and construction. *Narrative and the cultural construction of illness and healing*2000. p. 1-48.
980. Eisenberg L. The physician as interpreter: Ascribing meaning to the illness experience. *Comprehensive psychiatry*. 1981.
981. Keefer LA, Landau MJ, Sullivan D, Rothschild ZK. Embodied metaphor and abstract problem solving: Testing a metaphoric fit hypothesis in the health domain. *J Exp Soc Psychol*. 2014;55:12-20.
982. Mallinson T, Kielhofner G, Mattingly C. Metaphor and meaning in a clinical interview. *Am J Occup Ther*. 1996;50(5):338-46.
983. Fredriksson L, Eriksson K. The patient's narrative of suffering: A path to health? An interpretative research synthesis on narrative understanding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2001;15(1):3-11.
984. Roberman S, editor Not to be hungry is not enough: An insight into contours of inclusion and exclusion in affluent western societies. *Sociological Forum*; 2015: Wiley Online Library.
985. Cooke MW, Wilson S, Cox P, Roalfe A. Public understanding of medical terminology: non-English speakers may not receive optimal care. *Emergency Medicine Journal*. 2000;17(2):119-21.
986. Bauböck R, Tripkovic M. The Integration of Migrants and Refugees. *EUI Forum on Migration, Citizenship, and Demography*. Florence: European University Institute, Robert Schuman Centre for Advanced Studies. 2017.
987. Donaldson L. Health and social status of elderly Asians: a community survey. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;293(6554):1079-82.
988. Van Tubergen F, Kalmijn M. Destination-language proficiency in cross-national perspective: A study of immigrant groups in nine western countries. *American Journal of Sociology*. 2005;110(5):1412-57.
989. Taylor D, Meynard R, Rhéault E. Threat to ethnic identity and second language learning. Dans, H. Giles (Ed.), *language, Ethnicity and Intergroup Relations* (pp. 98-118). London: Academic Press; 1977.
990. Gardner RC. Motivation and second language acquisition. 2007.
991. Hoehne J, Michalowski I. Long-Term Effects of Language Course Timing on Language Acquisition and Social Contacts: Turkish and Moroccan Immigrants in Western Europe. *International Migration Review*. 2016;50(1):133-62.
992. Chiswick BR, Miller PW. Linguistic distance: A quantitative measure of the distance between English and other languages. *Journal of Multilingual and Multicultural Development*. 2005;26(1):1-11.
993. Chiswick BR, Miller PW. A model of destination-language acquisition: Application to male immigrants in Canada. *Demography*. 2001;38(3):391-409.
994. Kristen C, Mühlau P, Schacht D. Language acquisition of recently arrived immigrants in England, Germany, Ireland, and the Netherlands. *Ethnicities*. 2016;16(2):180-212.

995. Remennick L. Language acquisition, ethnicity and social integration among former Soviet immigrants of the 1990s in Israel. *Ethnic and Racial Studies*. 2004;27(3):431-54.
996. Sprietsma M, Pfeil L. Peer effects in language training for migrants. 2015.
997. Osorio Naves MI, Quant Alvarenga LM. Correlation between personality types and english proficiency among the students of "Didactica III" in their 6th semester of academic year 2012 of the Licenciatura En Idioma Ingles Opción Enseñanza, at Universidad de El Salvador: Universidad de El Salvador; 2013.
998. Liversage A. Life below aLanguage threshold'? Stories of Turkish marriage migrant women in Denmark. *European journal of women's studies*. 2009;16(3):229-47.
999. Chiswick BR, Lee YL, Miller PW. Family matters: the role of the family in immigrants' destination language acquisition. *Journal of Population Economics*. 2005;18(4):631-47.
1000. Hauck FR, Lo E, Maxwell A, Reynolds PP. Factors influencing the acculturation of Burmese, Bhutanese, and Iraqi refugees into American society: Cross-cultural comparisons. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*. 2014;12(3):331-52.
1001. Sodemann M. Det du ikke ved får patienten ondt af. Om flygtningetilværelsens og eksilets grundvilkår af betydning for sygdom og helbred. Odense Universitetshospital: Indvandrermedicinsk klinik; 2014.
1002. Hayward M. Applying post-critical approaches to refugee-centred education: AUT; 2007.
1003. McDonald S. Trauma and second language learning. *Canadian modern language review*. 2000;56(4):690-6.
1004. Bremner JD. Does stress damage the brain? *Biological psychiatry*. 1999;45(7):797-805.
1005. Qureshi SU, Long ME, Bradshaw MR, Pyne JM, Magruder KM, Kimbrell T, et al. Does PTSD impair cognition beyond the effect of trauma? *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 2011;23(1):16-28.
1006. Gordon D. Trauma and Second Language Learning Among Laotian Refugees. *Journal of Southeast Asian American Education and Advancement*. 2011;6.
1007. Bremner JD, Scott TM, Delaney RC, Southwick SM, Mason JW, Johnson DR, et al. Deficits in short-term memory in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1993;150:1015-.
1008. Yehuda R, Keefe RS, Harvey PD, Levengood RA. Learning and memory in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*. 1995.
1009. Verfaellie M, Vasterling JJ. Memory in PTSD: A neurocognitive approach. *Post-Traumatic Stress Disorder: Springer*; 2009. p. 105-30.
1010. Flor H, Nees F. Learning, memory and brain plasticity in posttraumatic stress disorder: Context matters. *Restorative Neurology and Neuroscience*. 2013.
1011. Chu JA. Trauma and Dissociation: 30 Years of Study and Lessons Learned Along the Way. *Rebuilding Shattered Lives: Treating Complex PTSD and Dissociative Disorders, Second Edition*. 2011:1-19.
1012. Reza E, Peter SH, Tores T. Impairments in short-term memory, and figure logic, in PTSD patients compared to healthy controls with the same ethnic background. *Stress and Health*. 2005;21(1):33-44.
1013. Gordon D. Trauma and second language learning among Laotian refugees. *Journal of Southeast Asian American Education and Advancement*. 2011;6(1):13.
1014. Stevens CA. Perspectives on the meanings of symptoms among Cambodian refugees. *Journal of Sociology*. 2001;37(1):81-98.
1015. Bremner JD, Scott TM, Delaney RC, Southwick SM, Mason JW, Johnson DR, et al. Deficits in short-term memory in posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*. 1993.
1016. Horsman J. Too scared to learn: Women, violence, and education: Routledge; 2000.
1017. Söndergaard HP, Theorell T, et al. Language acquisition in relation to cumulative posttraumatic stress disorder symptom load over time in a sample of resettled refugees. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2004;73(5):320-3.
1018. Jenkins MA, Langlais PJ, Delis D, Cohen R. Learning and memory in rape victims with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(2):278-9.
1019. Sutker PB, Winstead DK, Galina ZH, Allain AN. Cognitive deficits and psychopathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict. *Am J Psychiatry*. 1991;148(1):67-72.
1020. Douglas Bremner J, Randall P, Scott TM, Capelli S, Delaney R, McCarthy G, et al. Deficits in short-term memory in adult survivors of childhood abuse. *Psychiatry research*. 1995;59(1):97-107.

1021. Vasterling JJ, Duke LM, Brailey K, Constans JI, Allain AN, Sutker PB. Attention, learning, and memory performances and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons. *Neuropsychology*. 2002;16(1):5.
1022. Yasik AE, Saigh PA, Oberfield RA, Halamandaris PV. Posttraumatic Stress Disorder: Memory and Learning Performance in Children and Adolescents. *Biological Psychiatry*. 2007;61(3):382-8.
1023. Golier JA, Harvey PD, Legge J, Yehuda R. Memory performance in older trauma survivors. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006;1071(1):54-66.
1024. Petkus AJ, Wetherell JL, Stein MB, Liu L, Barrett-Connor E. History of Sexual Assault Is Associated With Greater Declines in Executive Functioning in Older Adults With APOE ϵ 4. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2012;67(6):653-9.
1025. Bremner JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM, et al. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*. 1995;152(7):973.
1026. Sun Y, Wang Z, Ding W, Wan J, Zhuang Z, Zhang Y, et al. Alterations in white matter microstructure as vulnerability factors and acquired signs of traffic accident-induced PTSD. *PloS one*. 2013;8(12):e83473.
1027. van Ast VA, Cornelisse S, Marin M-F, Ackermann S, Garfinkel SN, Abercrombie HC. Modulatory mechanisms of cortisol effects on emotional learning and memory: Novel perspectives. *Psychoneuroendocrinology*. 2013;38(9):1874-82.
1028. Bonfiglio A, editor *Learning outside the classroom: non-formal refugee education in Uganda 2010*: UNHCR, Policy Development and Evaluation Service; 2010.
1029. Petersson KM, Reis A, Askelöf S, Castro-Caldas A, Ingvar M. Language processing modulated by literacy: a network analysis of verbal repetition in literate and illiterate subjects. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2000;12(3):364-82.
1030. Clarke GN, Sack WH, Ben R, Lanham K, Him C. English language skills in a group of previously traumatized Khmer adolescent refugees. *The Journal of nervous and mental disease*. 1993;181(7):454-5.
1031. Luno JA, Beck JG, Louwerse M. *Tell Us Your Story: Investigating the Linguistic Features of Trauma Narrative*.
1032. Mitchell J. Trauma, recognition, and the place of language. *Diacritics*. 1998;28(4):121-33.
1033. Perry BD. Fear and learning: Trauma-related factors in the adult education process. *New Directions for Adult and Continuing Education*. 2006;2006(110):21-7.
1034. Kerka S. *Trauma and adult learning*: ERIC Clearinghouse on Adult Career and Vocational Education; 2002.
1035. Baumann M, Zwissler B, Schalinski I, Ruf-Leuschner M, Schauer M, Kissler J. Directed forgetting in post-traumatic-stress-disorder: a study of refugee immigrants in Germany. *Frontiers in behavioral neuroscience*. 2013;7.
1036. Clarke MA. SECOND LANGUAGE ACQUISITION AS A CLASH OF CONSCIOUSNESS. *Language Learning*. 1976;26(2):377-90.
1037. Ebner-Priemer UW, Mauchnik J, Kleindienst N, Schmahl C, Peper M, Rosenthal MZ, et al. Emotional learning during dissociative states in borderline personality disorder. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*. 2009;34(3):214.
1038. Flor H. Some thoughts on trauma, pain, posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2011;18(2):205-6.
1039. Gilbertson MW, Williston SK, Paulus LA, Lasko NB, Gurvits TV, Shenton ME, et al. Configural cue performance in identical twins discordant for posttraumatic stress disorder: theoretical implications for the role of hippocampal function. *Biological Psychiatry*. 2007;62(5):513-20.
1040. Scheiner DL. *The contribution of posttraumatic stress disorder to verbal learning and memory performance profiles in major depression*: Fordham; 2013.
1041. Diener SJ, Flor H, Wessa M. Learning and consolidation of verbal declarative memory in patients with posttraumatic stress disorder. *Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology*. 2010;218(2):135-40.
1042. Vuijk V, Kleijn W, Smid G, Smith A. P02-493-Language acquisition in relation to complex PTSD. *European Psychiatry*. 2011;26:1089.
1043. Wagner A, Lynn Magnusson J. Neglected realities: exploring the impact of women's experiences of violence on learning in sites of higher education. *Gender and Education*. 2005;17(4):449-61.

1044. Thomaes K, Dorrepaal E, Draijer N, de Ruiter MB, Elzinga BM, Sjoerds Z, et al. Increased anterior cingulate cortex and hippocampus activation in Complex PTSD during encoding of negative words. *Social cognitive and affective neuroscience*. 2013;8(2):190-200.
1045. Trueba HT. English literacy acquisition: From cultural trauma to learning disabilities in minority students. *Linguistics and Education*. 1988;1(2):125-51.
1046. Klingner JK, Artiles AJ, Barletta LM. English Language Learners Who Struggle With Reading Language Acquisition or LD? *Journal of Learning Disabilities*. 2006;39(2):108-28.
1047. Foster RP. When immigration is trauma: Guidelines for the individual and family clinician. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2001;71(2):153-70.
1048. Gordon DM. Disrupting the master narrative: Global politics, historical memory, and the implications for naturalization education. *Anthropology & Education Quarterly*. 2010;41(1):1-17.
1049. Sodemann M. Ugeskrift for Læger [Internet]: Ugeskrift for Læger. 2011. Available from: <http://ugeskriftet.blogspot.dk/2011/11/er-det-farligere-at-vre-kvinde-end-at.html>.
1050. Hearth BB. *The Limits of Language: Gender, Trauma and the Holocaust [Master]*: Central Connecticut State University; 2008.
1051. Thomson S. Agency as silence and muted voice: the problem-solving networks of unaccompanied young Somali refugee women in Eastleigh, Nairobi. *Conflict, Security & Development*. 2013(ahead-of-print):1-21.
1052. Sorsoli L. "I remember", "I thought", "I know I didn't say": Silence and memory in trauma narratives. *Memory*. 2009;18(2):129-41.
1053. Morrison AR. Sleep disturbance as the hallmark of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1989;146(6):697-707.
1054. Bosco MA, Gallinati JL, Clark ME. Conceptualizing and Treating Comorbid Chronic Pain and PTSD. *Pain Research and Treatment*. 2013;2013:10.
1055. Eriksson-Sjö T, Ekblad S, Kecklund G. Hög förekomst av sömnproblem och trötthet hos flyktingar på SFI: konsekvenser för inlärning och hälsa. 2010.
1056. Eriksson-Sjö T, Ekblad S. Stress, sömn och livskvalitet: en studie bland flyktingar i SFI-utbildning, lärare och handläggare i Fosie stadsdel, Malmö: Hälsa och samhälle, Malmö högskola; 2009.
1057. Schwanberg JS. Does language of retrieval affect the remembering of trauma? *Journal of Trauma & Dissociation*. 2010;11(1):44-56.
1058. Czwartos L, Worthington, Paul. The importance of interpreters in mental health practice. *Psychology Postgraduate Affairs Group Quarterly*. 2011(81):14.
1059. Solomon Z, Greene T, Ein-Dor T, Zerach G, Benyamini Y, Ohry A. The long-term implications of war captivity for mortality and health. *Journal of Behavioral Medicine*. 2013:1-11.
1060. Ohry A. Premature aging, allostasis and restorigenesis. *Spinal cord*. 2013;51(9):723-.
1061. Sodemann M, Nielsen, D, Svabo, A, . You never become old if you feel secure. *EUPHA Migrant Health; Pezcs2011*.
1062. Benseman J. *Adult refugee learners with limited literacy: needs and effective responses*. New Zealand: Aotearoa, National Center for Tertiary Teaching Excellence; 2012.
1063. Ringkøbing J. Sabeha er blevet tryggere ved lægen. *Politiken*. 2009 23 August
1064. Ringkøbing J. Traumeramte flygtninge mister deres danske sprog. *Politiken*. 2009 23. August.
1065. Hjelm K, Isacsson Å, Apelqvist J. Healthcare professionals' perceptions of beliefs about health and illness in migrants with diabetes mellitus. *Practical Diabetes International*. 1998;15(8):233-7.
1066. Holen M. *Medinddragelse og lighed – en god idé? : Roskilde Universitet*; 2011.
1067. Misra-Hebert AD. Physician cultural competence: cross-cultural communication improves care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2003;70(4):289-303.
1068. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and careclinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of internal medicine*. 1978;88(2):251-8.
1069. Byford A. Lost and gained in translation: The impact of bilingual clients' choice of language in psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*. 2015;31(3):333-47.
1070. Piller I. *Intercultural communication: A critical introduction*: Edinburgh University Press; 2017.
1071. Tilbury F. "I feel I am a bird without wings": Discourses of sadness and loss among east Africans in Western Australia. *Identities: Global Studies in Culture and Power*. 2007;14(4):433-58.
1072. Nickerson A, Liddell BJ, Maccallum F, Steel Z, Silove D, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder and prolonged grief in refugees exposed to trauma and loss. *BMC psychiatry*. 2014;14(1):106.

1073. Momartin S, Silove D, Manicavasagar V, Steel Z. Complicated grief in Bosnian refugees: associations with posttraumatic stress disorder and depression. *Comprehensive Psychiatry*. 2004;45(6):475-82.
1074. Sweet M. 1843Magazine [Internet]: The Economist. 2016. [cited 2019]. Available from: <https://www.1843magazine.com/features/the-luxury-of-tears>.
1075. Buist M. Being a patient in your own ICU [Internet]. London: Risky Business; 2016. Podcast. Available from: <https://www.riskybusiness.events/talk.php?id=200>
1076. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 1998;73(4):403-7.
1077. Michalec B, Hafferty FW. Stunting professionalism: The potency and durability of the hidden curriculum within medical education. *Social Theory & Health*. 2013;11(4):388-406.
1078. Moorehead C. *Human Cargo: a Journey Among Refugees*: Random House; 2009.
1079. Berry LL, Danaher TS, Beckham D, Awdish RL, Mate KS, editors. *When Patients and Their Families Feel Like Hostages to Health Care*. Mayo Clin Proc; 2017: Elsevier.
1080. Roberts C, Moss B, Wass V, Sarangi S, Jones R. Misunderstandings: a qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications. *Medical education*. 2005;39(5):465-75.
1081. Ritzau. Indvandrere får ikke influenzainformation. *Jyllandsposten*. 2009 23.11.2009.
1082. Zeraiq L. Opfattelse af HPV blandt etniske minoriteter: Syddansk Universitet; 2011.
1083. Howard T, Jacobson KL, Kripalani S. Doctor Talk: Physicians' Use of Clear Verbal Communication. *Journal of health communication*. 2013(ahead-of-print):1-11.
1084. Schwartz LM, Woloshin S, Black WC, Welch HG. The role of numeracy in understanding the benefit of screening mammography. *Annals of internal medicine*. 1997;127(11):966-72.
1085. Katz MG, Jacobson TA. Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis. *Journal of general internal medicine*. 2007;22(6):782-6.
1086. Montreuil A, Bourhis RY. Majority acculturation orientations toward "valued" and "devalued" immigrants. *Journal of cross-cultural psychology*. 2001;32(6):698-719.
1087. van Leeuwen N, Rodgers RF, Bui E, Pirlot G, Chabrol H. Relations between acculturation orientations and antisocial behavior in adolescents and young adults from immigrant families. *International Journal of Culture and Mental Health*. 2014;7(1):68-82.
1088. Whittal A, Lippke S. Investigating patients with an immigration background in Canada: relationships between individual immigrant attitudes, the doctor-patient relationship, and health outcomes. *BMC Public Health*. 2016;16(1):23.
1089. Alzubaidi H, Mc Namara K, Browning C, Marriott J. Barriers and enablers to healthcare access and use among Arabic-speaking and Caucasian English-speaking patients with type 2 diabetes mellitus: a qualitative comparative study. *BMJ open*. 2015;5(11):e008687.
1090. Jackson VH. Practitioner characteristics and organizational contexts as essential elements in the evidence-based practice versus cultural competence debate. *Transcultural psychiatry*. 2015;52(2):150-73.
1091. Perloff RM, Bonder B, Ray GB, Ray EB, Siminoff LA. Doctor-patient communication, cultural competence, and minority health: Theoretical and empirical perspectives. *American Behavioral Scientist*. 2006;49(6):835-52.
1092. Bahreman NT, Swoboda SM. Honoring diversity: developing culturally competent communication skills through simulation. *Journal of Nursing Education*. 2016;55(2):105-8.
1093. Gonzalez-Reigosa F. The anxiety-arousing effect of taboo words in bilinguals: ProQuest Information & Learning; 1973.
1094. Espín OM. "Making Love in English:" Language in Psychotherapy with Immigrant Women. *Women Ther*. 2013;36(3-4):198-218.
1095. Nefc MU. The language of intimacy. *Actes de la Réunion Annuelle de L'Association de Linguistique Des Provinces Atlantiques*. 1993;17.
1096. Espín OM. Gender, sexuality, language, and migration. In: Mahalingam RE, editor. *Cultural psychology of immigrants*: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2006. p. 241-58.
1097. Lo SST, Kok WM. Sexual Behavior and Symptoms among Reproductive Age Chinese Women in Hong Kong. *The journal of sexual medicine*. 2014;11(7):1749-56.
1098. Hussain KM, Leija SG, Lewis F, Sanchez B. Unveiling sexual identity in the face of marianismo. *J Fem Fam Ther*. 2015;27(2):72-92.

1099. Rashidian M, Hussain R, Minichiello V. 'My culture haunts me no matter where I go': Iranian-American women discussing sexual and acculturation experiences. *Culture, health & sexuality*. 2013;15(7):866-77.
1100. Stevens EP. Machismo and marianismo. *Society*. 1973;10(6):57-63.
1101. Cianelli R, Villegas N, Lawson S, Ferrer L, Kaelber L, Peragallo N, et al. Unique factors that place older Hispanic women at risk for HIV: Intimate partner violence, machismo, and marianismo. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2013;24(4):341-54.
1102. Bull SS. Machismo/marianismo attitudes, employment, education, and sexual behavior among women in Ecuador and the Dominican Republic. *Journal of Gender, Culture and Health*. 1998;3(1):1-27.
1103. Khan SI, Hudson-Rodd N, Saggars S, Bhuiyan MI, Bhuiya A, Karim SA, et al. Phallus, performance and power: crisis of masculinity. *Sex Relation Ther*. 2008;23(1):37-49.
1104. Richardson D, Wood K, Goldmeier D. Ejaculatory disorders: A qualitative pilot study of Islamic men with lifelong premature (rapid) ejaculation. *The journal of sexual medicine*. 2006;3(2):337-43.
1105. Colson MH, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. COUPLES'SEXUAL DYSFUNCTION: Sexual Behaviors and Mental Perception, Satisfaction and Expectations of Sex Life in Men and Women in France. *The journal of sexual medicine*. 2006;3(1):121-31.
1106. Bagnol B, Mariano E. Vaginal practices: eroticism and implications for women's health and condom use in Mozambique. *Culture, health & sexuality*. 2008;10(6):573-85.
1107. Zargooshi J. Unconsummated marriage: clarification of aetiology; treatment with intracorporeal injection. *BJU Int*. 2000;86(1):75-9.
1108. Yasan A, Akdeniz N. Treatment of lifelong vaginismus in traditional Islamic couples: A prospective study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2009;6(4):1054-61.
1109. Hilber AM, Kenter E, Redmond S, Merten S, Bagnol B, Low N, et al. Vaginal practices as women's agency in sub-Saharan Africa: a synthesis of meaning and motivation through meta-ethnography. *Social science & medicine*. 2012;74(9):1311-23.
1110. Levin RJ. Wet and dry sex—the impact of cultural influence in modifying vaginal function. *Sex Relation Ther*. 2005;20(4):465-74.
1111. Salvatore S, Redaelli A, Baini I, Candiani M. Sexual function after delivery. childbirth-related pelvic floor dysfunction. New York: Springer International Publishing; 2016.
1112. Ebrahimi M, Haghghat S, Mehrdad N, Olfatbakhsh A, Azin A, Najafi S. Sexual dysfunction in breast cancer: a case-control study. *Archives of Breast Cancer*. 2015:15-20.
1113. So Hw, Cheung FM. Review of Chinese sex attitudes & applicability of sex therapy for Chinese couples with sexual dysfunction. *J Sex Res*. 2005;42(2):93-101.
1114. Ribner DS. Determinants of the intimate lives of Haredi (Ultra-Orthodox) Jewish couples. *Sex Relation Ther*. 2003;18(1):53-62.
1115. Aneja J, Grover S, Avasthi A, Mahajan S, Pokhrel P, Triveni D. Can masturbatory guilt lead to severe psychopathology: A case series. *Indian J Psychol Med*. 2015;37(1):81.
1116. Carvalheira A, Leal I. Masturbation among women: Associated factors and sexual response in a Portuguese community sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2013;39(4):347-67.
1117. Rosenbaum TY. Applying theories of social exchange and symbolic interaction in the treatment of unconsummated marriage/relationship. *Sex Relation Ther*. 2009;24(1):38-46.
1118. Moreira Jr ED, Brock G, Glasser DB, Nicolosi A, Laumann EO, Paik A, et al. Help-seeking behaviour for sexual problems: The global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Clin Pract*. 2005;59(1):6-16.
1119. Rade DA, Crawford G, Lobo R, Gray C, Brown G. Sexual Health Help-Seeking Behavior among Migrants from Sub-Saharan Africa and South East Asia living in High Income Countries: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(7):1311.
1120. Agu J, Lobo R, Crawford G, Chigwada B. Migrant sexual health help-seeking and experiences of stigmatization and discrimination in Perth, Western Australia: exploring barriers and enablers. *International journal of environmental research and public health*. 2016;13(5):485.
1121. Du H, Li X. Acculturation and HIV-related sexual behaviours among international migrants: A systematic review and meta-analysis. *Health psychology review*. 2015;9(1):103-22.
1122. Martinez-Donate AP, Zhang X, Rangel MG, Hovell MF, Gonzalez-Fagoaga JE, Magis-Rodriguez C, et al. Does Acculturative Stress Influence Immigrant Sexual HIV Risk and HIV Testing Behavior? Evidence from a Survey of Male Mexican Migrants. *Journal of racial and ethnic health disparities*. 2018;5(4):798-807.

1123. Mengesha Z, Perz J, Dune T, Ussher J. Preparedness of health care professionals for delivering sexual and reproductive health care to refugee and migrant women: a mixed methods study. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(1):174.
1124. Parajuli J, Horey D. How can healthcare professionals address poor health service utilisation among refugees after resettlement in Australia? A narrative systematic review of recent evidence. *Australian journal of primary health*. 2019;25(3):205-13.
1125. Tangmunkongvorakul A, Musumari PM, Srithanaviboonchai K, Manoyos V, Techasrivichien T, Suguimoto SP, et al. "When I first saw a condom, I was frightened": A qualitative study of sexual behavior, love and life of young cross-border migrants in urban Chiang Mai, Thailand. *PloS one*. 2017;12(8):e0183255.
1126. Johnson-Agbakwu C, Warren N. Interventions to address sexual function in women affected by female genital cutting: a scoping review. *Current Sexual Health Reports*. 2017;9(1):20-31.
1127. Norma C, Garcia-Caro O. Gender problems in the practice of professional interpreters assisting migrant women in Australia: a theoretical case for feminist education. *Violence against women*. 2016;22(11):1305-25.
1128. Sodemann M, Nielsen D, Korsholm KM, Svabo A. *Kun en tåbe frygter ikke sproget*. Odense: Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital; 2010.
1129. Bemak F, Chung RC-Y. Refugee Trauma: Culturally Responsive Counseling Interventions. *Journal of Counseling & Development*. 2017;95(3):299-308.
1130. Yakushko O, Blodgett E. Counseling recent immigrants. *Multicultural issues in counseling: New approaches to diversity*. 2018:215-27.
1131. Mehta P, Gagnon AJ. Responses of international migrant women to abuse associated with pregnancy. *Violence against women*. 2016;22(3):292-306.
1132. Brady SS, Connor JJ, Chaisson N, Mohamed FS. Female genital cutting and deinfibulation: Applying the theory of planned behavior to research and practice. *Archives of sexual behavior*. 2019:1-15.
1133. Sodemann M, Amneh H. Seksualitet i et tværkulturelt perspektiv. In: Graugaard C, Garibaldi AM, Møhl B, editors. *Sexologi Faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard; 2019.
1134. Essén B, Wilken-Jensen C. How to deal with female circumcision as a health issue in the Nordic countries. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2003;82(8):683-6.
1135. Royer PA, Olson LM, Jackson B, Weber LS, Gawron L, Sanders JN, et al. "In Africa, There Was No Family Planning. Every Year You Just Give Birth": Family Planning Knowledge, Attitudes, and Practices Among Somali and Congolese Refugee Women After Resettlement to the United States. *Qualitative health research*. 2019:1049732319861381.
1136. Metusela C, Ussher J, Perz J, Hawkey A, Morrow M, Narchal R, et al. "In My Culture, We Don't Know Anything About That": Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *International journal of behavioral medicine*. 2017;24(6):836-45.
1137. Senaratna C. Sexual abuses of left-behind children of migrant women: community-perceived vulnerabilities and barriers in prevention. *International Journal of Migration, Health and Social Care*. 2015;11(4):225-38.
1138. Mishra A. Health concerns of migrants and refugees. *International Journal of Biomedical and Advance Research*. 2016;7(12):558-61.
1139. Mucci N, Traversini V, Giorgi G, Garzaro G, Fiz-Perez J, Campagna M, et al. Migrant Workers and Physical Health: An Umbrella Review. *Sustainability*. 2019;11(1):232.
1140. Botfield JR, Zwi AB, Lenette C, Newman CE. *Ethical considerations of using walking interviews to engage migrant and refugee young people in health service research*: SAGE Publications Ltd; 2019.
1141. Koschollek C, Kuehne A, Amoah S, Batemona-Abeke H, Bursi TD, Mayamba P, et al. From peer to peer: Reaching migrants from sub-Saharan Africa with research on sexual health utilizing community-based participatory health research. *Survey Methods: Insights from the Field (SMIF)*. 2019.
1142. Horvat H. *To Menstruate In Peace: Embodied experiences of menstruation during migration*. 2018.
1143. Russo A, Lewis B, Ali R, Abed A, Russell G, Luchters S. Family planning and Afghan refugee women and men living in Melbourne, Australia: new opportunities and transcultural tensions. *Culture, health & sexuality*. 2019:1-17.
1144. Benyamini Y, Todorova I. Women's Reproductive Health in Sociocultural Context. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2017;24(6):799-802.

1145. Bränström R. Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction among sexual minorities across 28 European countries Richard Bränström. *European Journal of Public Health*. 2017;27(suppl_3).
1146. Alessi EJ, Kahn S. A framework for clinical practice with sexual and gender minority asylum seekers. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 2017;4(4):383-91.
1147. Alessi EJ, Kahn S, Chatterji S. 'The darkest times of my life': Recollections of child abuse among forced migrants persecuted because of their sexual orientation and gender identity. *Child abuse & neglect*. 2016;51:93-105.
1148. Consoli AJ, Khoury B, Whaling KM, Oromendia MF, Daouk S. International, sociocultural, and cross-cultural matters in clinical and counseling psychology. *Advances in cultural psychology: Constructing human development Internationalizing the teaching of psychology*. 2017:361-77.
1149. Kaczkowski W, Swartout KM. Exploring gender differences in sexual and reproductive health literacy among young people from refugee backgrounds. *Culture, Health & Sexuality*. 2019:1-16.
1150. Okur P, van der Knaap LM, Bogaerts S. Ethnic differences in help-seeking behaviour following child sexual abuse: a multi-method study. *Culture, Health & Sexuality*. 2016;18(1):99-111.
1151. Rademakers J, Moutaahan I, De Neef M. Diversity in sexual health: problems and dilemmas. *European J of Contraception and Reproductive Healthcare*. 2005;10(4):207-11.
1152. Inhorn MC. Islam, Sex, and Sin: IVF Ethnography as Muslim Men's Confessional. *Anthropological Quarterly*. 2018;91(1):25-51.
1153. Inhorn MC. Masturbation, semen collection and men's IVF experiences: anxieties in the Muslim world. *Body & Society*. 2007;13(3):37-53.
1154. Hanassab S, Tidwell R. Sex roles and sexual attitudes of young Iranian women: Implications for cross-cultural counseling. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 1996;24(2):185-94.
1155. Elam G, Fenton KA. Researching sensitive issues and ethnicity: lessons from sexual health. *Ethnicity and Health*. 2003;8(1):15-27.
1156. Henriksson G, Kildsgaard L, Kronborg T, Rasch V, Samuelsen H. Viden og forandring- Flygtninge og indvandreres viden, holdninger og erfaringer med prævention og reproduktiv sundhed samt brug af sundhedstilbud: Sundhedsstyrelsen; 2005.
1157. Beck A, Majumdar A, Estcourt C, Petrak J. "We don't really have cause to discuss these things, they don't affect us": a collaborative model for developing culturally appropriate sexual health services with the Bangladeshi community of Tower Hamlets. *Sexually transmitted infections*. 2005;81(2):158-62.
1158. Zeraiq L, Nielsen D, Sodemann M. Attitudes towards human papillomavirus vaccination among Arab ethnic minority in Denmark: A qualitative study. *Scandinavian journal of public health*. 2015;43(4):408-14.
1159. Bozo JN SA, Nielsen D, Sodemann M. Stigma and urine incontinence among ethnic minority women. In: Clinic TMH, editor. Accepted for Publication in *Danish Medical Bulletin* 2015.
1160. Langhaug LF, Sherr L, Cowan FM. How to improve the validity of sexual behaviour reporting: systematic review of questionnaire delivery modes in developing countries. *Tropical Medicine & International Health*. 2010;15(3):362-81.
1161. McMichael C, Gifford S. Narratives of sexual health risk and protection amongst young people from refugee backgrounds in Melbourne, Australia. *Culture, health & sexuality*. 2010;12(3):263-77.
1162. Knudsen LB. Ung2006. 15-24-åriges seksualitet-viden, holdninger og adfærd: rapport fra en undersøgelse foretaget i efteråret 2006. Sundhedsstyrelsen; 2007.
1163. Griffiths C, French RS, Patel-Kanwal H, Rait G. 'Always between two cultures': young British Bangladeshis and their mothers' views on sex and relationships. *Culture, health & sexuality*. 2008;10(7):709-23.
1164. McMichael C, Gifford S. "It is good to know now... before it's too late": Promoting sexual health literacy amongst resettled young people with refugee backgrounds. *Sexuality & culture*. 2009;13(4):218-36.
1165. Trinh SL, Ward LM, Day K, Thomas K, Levin D. Contributions of divergent peer and parent sexual messages to Asian American college students' sexual behaviors. *The Journal of Sex Research*. 2014;51(2):208-20.
1166. Griffiths C, Johnson A, Fenton K, Erens B, Hart G, Wellings K, et al. Attitudes and first heterosexual experiences among Indians and Pakistanis in Britain: evidence from a national probability survey. *International journal of STD & AIDS*. 2011;22(3):131-9.
1167. Jeltova I, Fish MC, Revenson TA. Risky sexual behaviors in immigrant adolescent girls from the former Soviet Union: Role of natal and host culture. *Journal of School Psychology*. 2005;43(1):3-22.

1168. Sprecher S, Treger S, Sakaluk JK. Premarital sexual standards and sociosexuality: Gender, ethnicity, and cohort differences. *Archives of sexual behavior*. 2013;42(8):1395-405.
1169. Avis NE, Zhao X, Johannes CB, Ory M, Brockwell S, Greendale GA. Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. 2005;12(4):385-98.
1170. Hobern K. Religion in Sexual Health: A Staff Perspective. *Journal of religion and health*. 2014;53(2):461-8.
1171. Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 1993;19(3):171-88.
1172. Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *Bmj*. 2003;327(7412):423.
1173. Ahmed K, Bhugra D. The role of culture in sexual dysfunction. *Psychiatry*. 2007;6(3):115-20.
1174. Le Espiritu Y. "We Don't Sleep around like White Girls Do": Family, Culture, and Gender in Filipina American Lives. *Signs*. 2001:415-40.
1175. Hilber AM, Hull TH, Preston-Whyte E, Bagnol B, Smit J, Wacharasin C, et al. A cross cultural study of vaginal practices and sexuality: implications for sexual health. *Social science & medicine*. 2010;70(3):392-400.
1176. Hull T, Hilber AM, Chersich MF, Bagnol B, Prohm A, Smit JA, et al. Prevalence, motivations, and adverse effects of vaginal practices in Africa and Asia: findings from a multicountry household survey. *Journal of Women's Health*. 2011;20(7):1097-109.
1177. Agger I. Seksuel tortur af kvindelige, politiske fanger. *Nord Sexol*. 1986;4:147-61.
1178. Agger I, Jensen S. Den potentielle ydmygelse-seksuel tortur af mandlige politiske fanger: nedbrydningsstrategier overfor mandling potens. *Nordisk Sexology*. 1988;6:32-54.
1179. Agger I, Jensen SB. The psychosexual trauma of torture. *International handbook of traumatic stress syndromes*: Springer; 1993. p. 685-702.
1180. Agger I. Speaking about the Unspeakable: Sexual Torture and the Power of Shame. Copenhagen: DIGNITY – Danish Institute Against Torture; 2015.
1181. Nørredam ML, Christensen V, Knudsen T, Ginzl A. Seksuel vold i væbnede konflikter. *Ugeskrift for læger*. 2010;172(2):107-9.
1182. Carballo M, Grocutt M, Hadzihanovic A. Women and migration: a public health issue. *World health statistics quarterly Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*. 1995;49(2):158-64.
1183. Aden A, Dahlgren L, Tarsitani G. Gendered Experiences of Conflict and Co-operation in Heterosexual Relations of Somalis in Exile in Gothenburg, Sweden. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004;1032:123-39.
1184. Wolffers I, Fernandez I, Verghis S, Vink M. Sexual behaviour and vulnerability of migrant workers for HIV infection. *Culture, Health & Sexuality*. 2002;4(4):459-73.
1185. Muladhat U. *The Muslimah Sex Manual: A Halal Guide to Mind Blowing Sex*. New York: Independently published: <https://themuslimahsexguide.com/>; 2017.
1186. Cinthio H. "You go home and tell that to my dad!" Conflicting Claims and Understandings on Hymen and Virginity. *Sexuality & Culture*. 2015;19(1):172-89.
1187. Buitelaar MW. Negotiating the rules of chaste behaviour: re-interpretations of the symbolic complex of virginity by young women of Moroccan descent in The Netherlands. *Ethnic and racial studies*. 2002;25(3):462-89.
1188. Skandrani S, Baubet T, Taïeb O, Rezzoug D, Moro MR. The rule of virginity among young women of Maghrebine origin in France. *Transcultural Psychiatry*. 2010;47(2):301-13.
1189. Prieur A. Magt over eget liv: om unge indvandrere, patriarkalske familieformer og nordiske ligestillingsidealer. *Control Over One's Own Life: About Young Immigrants, Patriarchal Family Forms and Nordic Ideals Of Gender Equality*. 2002:149-67.
1190. Følner B, Johansen SA, Hansen GE. Unges oplevelser af negativ social kontrol. København: ALS Research aps for Styrelsen for International Rekruttering og Integration; 2018.
1191. Organization WH. Social determinants of sexual and reproductive health. WHO Geneva; 2010.
1192. Byrskog U, Olsson P, Essén B, Allvin MK. Violence and reproductive health preceding flight from war: accounts from Somali born women in Sweden. *BMC public health*. 2014;14(1):892.
1193. Meston CM, Ahrold T. Ethnic, gender, and acculturation influences on sexual behaviors. *Archives of Sexual Behavior*. 2010;39(1):179-89.

1194. Mørck Y, Rosenbeck B. Intimt medborgerskab i det 21. århundrede. *Politica: Tidsskrift for Politisk Videnskab*. 2019;51(1).
1195. Kaufman CE, Desserich J, Crow CKB, Rock BH, Keane E, Mitchell CM. Culture, context, and sexual risk among Northern Plains American Indian youth. *Social science & medicine*. 2007;64(10):2152-64.
1196. Le TN, Kato T. The role of peer, parent, and culture in risky sexual behavior for Cambodian and Lao/Mien adolescents. *Journal of adolescent health*. 2006;38(3):288-96.
1197. Ahmadi N. Migration challenges views on sexuality. *Ethnic and racial studies*. 2003;26(4):684-706.
1198. Ahmadi N. Rocking sexualities: Iranian migrants' views on sexuality. *Archives of Sexual Behavior*. 2003;32(4):317-26.
1199. Shahidian H. Gender and sexuality among immigrant Iranians in Canada. *Sexualities*. 1999;2(2):189-222.
1200. Yahyaoui A, El Methni M, Lakhdar DBH, Gaultier S. Représentations et vécus de la sexualité à l'adolescence et appartenances culturelles. Étude comparative auprès de 134 adolescentes. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2010;58(3):132-9.
1201. Yahyaoui A, El Methni M, Gaultier S, Lakhdar-Yahyaoui DBH. Acculturative processes and adolescent sexuality: A comparative study of 115 immigrant adolescents from cultures influenced by Islam and 115 French adolescents from cultures influenced by Christianity. *International Journal of Intercultural Relations*. 2013;37(1):28-47.
1202. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *The Lancet*. 2007;369(9568):1220-31.
1203. Hoffman S, Higgins JA, Beckford-Jarrett ST, Augenbraun M, Bylander KE, Mantell JE, et al. Contexts of risk and networks of protection: NYC West Indian immigrants' perceptions of migration and vulnerability to sexually transmitted diseases. *Culture, health & sexuality*. 2011;13(05):513-28.
1204. Helström L, Zätterström C, Odland V. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2006;19(3):209-13.
1205. Collins PY, von Unger H, Armbrister A. Church ladies, good girls, and locas: Stigma and the intersection of gender, ethnicity, mental illness, and sexuality in relation to HIV risk. *Social Science & Medicine*. 2008;67(3):389-97.
1206. Chowdhury AN. The definition and classification of Koro. *Culture, medicine and psychiatry*. 1996;20(1):41-65.
1207. Andreassen R. *The Mass Media's Construction of Gender, Race, Sexuality and Nationality: An Analysis of the Danish News Media's Communication about Visible Minorities from 1971-2004*: Roskilde UniversitetRoskilde University, Institut for Kommunikation, Virksomhed og InformationsteknologierThe Department of Communication, Business and Information Technologies, Kommunikationsformer og vidensproduktionKnowledge Production and Communication; 2005.
1208. Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, Graham C, et al. Ethical and sociocultural aspects of sexual function and dysfunction in both sexes. *The journal of sexual medicine*. 2016;13(4):591-606.
1209. Heinemann J, Atallah S, Rosenbaum T. The impact of culture and ethnicity on sexuality and sexual function. *Current Sexual Health Reports*. 2016;8(3):144-50.
1210. Hall KS, Graham CA. *The cultural context of sexual pleasure and problems: Psychotherapy with diverse clients*: Routledge; 2012.
1211. López SR, Grover KP, Holland D, Johnson MJ, Kain CD, Kanel K, et al. Development of culturally sensitive psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1989;20(6):369.
1212. Kleinplatz PJ. *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives*: Taylor & Francis; 2012.
1213. Ahmed S, Amer MM. *Counseling Muslims: Handbook of mental health issues and interventions*: Routledge; 2013.
1214. Launer J. Taking medical histories through interpreters: practice in a Nigerian outpatient department. *British Medical Journal*. 1978;2(6142):934-5.
1215. Launer J. Why doctors should draw genograms—including their own. *Postgraduate Medical Journal*. 2017;93(1103):575-6.
1216. Bureau O-OLCD. *An Examination of the Strength of Evidence in "Language Barriers in Health Care Settings: An Annotated Bibliography of the Research Literature"*. Health Canada - Santé Canada; 2008.

1217. Bonacruz Kazzi G, Cooper C. Barriers to the use of interpreters in emergency room paediatric consultations. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2003;39(4):259-63.
1218. Tumulty PA. What Is a Clinician and What Does He Do? *New England Journal of Medicine*. 1970;283(1):20-4.
1219. Bryman M, Gribkova B, Starkey H. Developing the intercultural dimension in language teaching: A practical introduction for teachers. . Strasbourg: Council of Europe; 2002.
1220. Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H, et al. Culture and health. *The Lancet*. 2014;384(9954):1607-39.
1221. Pitkin Derosé K, Bahney BW, Lurie N, Escarce JJ. Immigrants and health care access, quality, and cost. *Medical Care Research and Review*. 2009;66(4):355-408.
1222. Van Wieringen JC, Harmsen JA, Bruijnzeels MA. Intercultural communication in general practice. *The European journal of public health*. 2002;12(1):63-8.
1223. Bischoff A, Perneger TV, Bovier PA, Loutan L, Stalder H. Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *Br J Gen Pract*. 2003;53(492):541-6.
1224. Hsieh E. "I am not a robot!" Interpreters' views of their roles in health care settings. *Qualitative Health Research*. 2008;18(10):1367-83.
1225. McKeary M, Newbold B. Barriers to care: The challenges for Canadian refugees and their health care providers. *Journal of Refugee Studies*. 2010;23(4):22.
1226. Jones W. Japanese translators can't handle Donald Trump's incoherent speeches. 2017 23. februar 2017.
1227. Drennan G, Swartz L. The paradoxical use of interpreting in psychiatry. *Social Science & Medicine*. 2002;54(12):1853-66.
1228. Hudelson P, Vilpert S. Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices. *BMC health services research*. 2009;9(1):187.
1229. Dungu K, Kruse A, Svane S, Dybdal D, Poulsen M, Juul A, et al. Language barriers and use of interpreters in two Danish paediatric emergency units. *Danish medical journal*. 2019;66(8).
1230. Elderkin-Thompson V, Silver RC, Waitzkin H. When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social science & medicine*. 2001;52(9):1343-58.
1231. Zuniga GC, Seol Y-H, Dadig B, Guion WK, Rice V. Progression in understanding and implementing the cultural and linguistic appropriate services standards: five-year follow-up at an academic center. *The health care manager*. 2013;32(2):167-72.
1232. Lubrano di Ciccone B, Brown RF, Gueguen JA, Bylund CL, Kissane DW. Interviewing patients using interpreters in an oncology setting: initial evaluation of a communication skills module. *Annals of oncology*. 2009;21(1):27-32.
1233. Schyve PM. Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the Joint Commission perspective. *Journal of general internal medicine*. 2007;22(2):360-1.
1234. Fiscella K, Franks P, Doescher MP, Saver BG. Disparities in health care by race, ethnicity, and language among the insured: findings from a national sample. *Medical care*. 2002;52-9.
1235. Lindholm M, Hargraves JL, Ferguson WJ, Reed G. Professional Language Interpretation and Inpatient Length of Stay and Readmission Rates. *Journal of General Internal Medicine*. 2012;27(10):1294-9.
1236. Lee LJ, Batal HA, Maselli JH, Kutner JS. Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic. *Journal of General Internal Medicine*. 2002;17(8):641-6.
1237. Moreno G, Morales LS. Hablamos Juntos (Together We Speak): interpreters, provider communication, and satisfaction with care. *Journal of general internal medicine*. 2010;25(12):1282-8.
1238. Gutman CK, Cousins L, Gritton J, Klein EJ, Brown JC, Scannell J, et al. Professional interpreter use and discharge communication in the pediatric emergency department. *Academic pediatrics*. 2018;18(8):935-43.
1239. Bischoff A, Denhaerynck K. What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Services Research*. 2010;10(1):248.
1240. Flores G, Abreu M, Barone CP, Bachur R, Lin H. Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A Comparison of Professional Versus Ad Hoc Versus No Interpreters. *Annals of Emergency Medicine*. 2012;60(5):545-53.
1241. Gany FM, Gonzalez CJ, Basu G, Hasan A, Mukherjee D, Datta M, et al. Reducing clinical errors in cancer education: interpreter training. *Journal of Cancer Education*. 2010;25(4):560-4.

1242. Bernstein J, Bernstein E, Dave A, Hardt E, James T, Linden J, et al. Trained medical interpreters in the emergency department: effects on services, subsequent charges, and follow-up. *Journal of immigrant health*. 2002;4(4):171-6.
1243. Rosenberg E, Richard C, Lussier M-T, Shuldiner T. The content of talk about health conditions and medications during appointments involving interpreters. *Family Practice*. 2010;28(3):317-22.
1244. Karliner LS, Hwang ES, Nickleach D, Kaplan CP. Language barriers and patient-centered breast cancer care. *Patient education and counseling*. 2011;84(2):223-8.
1245. Jacobs EA, Lauderdale DS, Meltzer D, Shorey JM, Levinson W, Thisted RA. Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients. *Journal of general internal medicine*. 2001;16(7):468-74.
1246. Mirza T, Kovacs GT, McDonald P. The Use of Family Planning Services by Non-English Speaking Background (NESB) Women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1999;39(3):341-3.
1247. Hu DJ, Covell RM. Health care usage by Hispanic outpatients as a function of primary language. *Western Journal of Medicine*. 1986;144(4):490.
1248. Apter AJ, Reisine ST, Affleck G, Barrows E, ZuWallack RL. Adherence with twice-daily dosing of inhaled steroids: socioeconomic and health-belief differences. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 1998;157(6):1810-7.
1249. Manson A. Language concordance as a determinant of patient compliance and emergency room use in patients with asthma. *Medical care*. 1988;1119-28.
1250. Todd KH, Samaroo N, Hoffman JR. Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *Jama*. 1993;269(12):1537-9.
1251. Hampers LC, McNulty JE. Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: effect on resource utilization. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2002;156(11):1108-13.
1252. Cohen AL, Rivara F, Marcuse EK, McPhillips H, Davis R. Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics*. 2005;116(3):575-9.
1253. Kale E. Vi tar det vi har»: Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo: En spørreundersøkelse. NAKMI; 2006.
1254. Ohtani A, Suzuki T, Takeuchi H, Uchida H. Language barriers and access to psychiatric care: a systematic review. *Psychiatric Services*. 2015;66(8):798-805.
1255. Ramirez D, Engel KG, Tang TS. Language interpreter utilization in the emergency department setting: a clinical review. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2008;19(2):352-62.
1256. Kriz K, Skivenes M. Lost in translation: How child welfare workers in Norway and England experience language difficulties when working with minority ethnic families. *British Journal of Social Work*. 2009;40(5):1353-67.
1257. D'Avanzo CE. Barriers to health care for Vietnamese refugees. *Journal of Professional Nursing*. 1992;8(4):245-53.
1258. DeVore JA, Koskela M. The language barrier in obstetric anesthesia. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1980;137(6):745.
1259. Jeremiah J, O'Sullivan P, Stein MD. Who leaves against medical advice? *Journal of General Internal Medicine*. 1995;10(7):403-5.
1260. Leson S, Gershwin ME. Risk Factors for Asthmatic Patients Requiring Intubation. I. Observations in Children. *Journal of Asthma*. 1995;32(4):285-94.
1261. Marks G, Solis J, Richardson JL, Collins LM, Birba L, Hisserich JC. Health behavior of elderly Hispanic women: does cultural assimilation make a difference? *American Journal of Public Health*. 1987;77(10):1315-9.
1262. Naish J, Brown J, Denton B. Intercultural consultations: investigation of factors that deter non-English speaking women from attending their general practitioners for cervical screening. *BMJ (Clinical research ed)*. 1994;309(6962):1126-8.
1263. LoGiudice D, Hassett A, Cook R, Flicker L, Ames D. Equity of access to a memory clinic in Melbourne? Non-English speaking background attenders are more severely demented and have increased rates of psychiatric disorders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2001;16(3):327-34.
1264. Chalabian J, Dunnington G. Impact of language barrier on quality of patient care, resident stress, and teaching. *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*. 1997;9(2):84-90.

1265. Burbano O'Leary SC, Federico S, Hampers LC. The Truth About Language Barriers: One Residency Program's Experience. *Pediatrics*. 2003;111(5):e569-e73.
1266. Diamond LC, Schenker Y, Curry L, Bradley EH, Fernandez A. Getting by: underuse of interpreters by resident physicians. *Journal of general internal medicine*. 2009;24(2):256-62.
1267. Jacobs EA, Diamond LC, Stevak L. The importance of teaching clinicians when and how to work with interpreters. *Patient education and counseling*. 2010;78(2):149-53.
1268. Schenker Y, Lo B, Ettinger KM, Fernandez A. Navigating language barriers under difficult circumstances. *Annals of Internal Medicine*. 2008;149(4):264-9.
1269. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Coates WC, Pitkin K. Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. *Jama*. 1996;275(10):783-8.
1270. Fernandez A, Schillinger D, Grumbach K, Rosenthal A, Stewart AL, Wang F, et al. Physician language ability and cultural competence. *Journal of General Internal Medicine*. 2004;19(2):167-74.
1271. Wiener ES, Rivera MI. Bridging language barriers: how to work with an interpreter. *Clinical pediatric emergency medicine*. 2004;5(2):93-101.
1272. Erzinger S. Communication between Spanish-speaking patients and their doctors in medical encounters. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1991;15(1):91-110.
1273. Smith SG, Wolf MS, Wagner Cv. Socioeconomic status, statistical confidence, and patient-provider communication: An analysis of the Health Information National Trends Survey (HINTS 2007). *Journal of health Communication*. 2010;15(sup3):169-85.
1274. Kline F, Acosta FX, Austin W, Johnson RG. The misunderstood Spanish-speaking patient. *The American journal of psychiatry*. 1980.
1275. Tocher TM, Larson EB. Do physicians spend more time with non-English-speaking patients? *Journal of General Internal Medicine*. 1999;14(5):303-9.
1276. Price CS, Cuellar I. Effects of language and related variables on the expression of psychopathology in Mexican American psychiatric patients. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 1981;3(2):145-60.
1277. Akhavan S, Karlsen S. Practitioner and client explanations for disparities in health care use between migrant and non-migrant groups in Sweden: A qualitative study. *Journal of immigrant and minority health*. 2013;15(1):188-97.
1278. Rosenberg E, Sellar R, Leanza Y. Through interpreters' eyes: Comparing roles of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling*. 2008;70(1):87-93.
1279. Hadziabdic E, Hjelm K. Arabic-speaking migrants' experiences of the use of interpreters in healthcare: a qualitative explorative study. *International journal for equity in health*. 2014;13(1):49.
1280. Hadziabdic E, Hjelm K. Perspectives of professional interpreters regarding their role and attitude in the healthcare encounter. *Divers Equal Health Care*. 2016;13:221-9.
1281. Hanneke B. The myth of the uninvolved interpreter interpreting in mental health and the development of a three-person psychology. *Benjamins Translation Library*. 2003;46:9.
1282. Dubus N. Interpreters' Self-Perceptions of Their Use of Self When Interpreting in Health and Behavioural Health Settings. *Refuge: Canada's Journal on Refugees*. 2016;32(3):119-24.
1283. Fatahi N, Mattsson B, Hasanpoor J, Skott C. Interpreters' experiences of general practitioner-patient encounters. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2005;23(3):159-63.
1284. Kuo D, Fagan MJ. Satisfaction with methods of spanish interpretation in an ambulatory care clinic. *Journal of General Internal Medicine*. 1999;14(9):547-50.
1285. Hatton DC. Information transmission in bilingual, bicultural contexts. *Journal of Community Health Nursing*. 1992;9(1):53-9.
1286. Engstrom DW, Roth T, Hollis J. The Use of Interpreters by Torture Treatment Providers. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*. 2010;19(1):54-72.
1287. Phelan M, Martín M. Interpreters and cultural mediators-different but complementary roles. *Translocations*. 2010;6(1).
1288. Kaufert JM, John D. O'NEIL, Koolage WW. Culture brokerage and advocacy in urban hospitals: The impact of native language interpreters. *Santé Culture Health Bulletin d'Information en Anthropologie Médicale et en Psychologie Transculturelle Montréal* 1985;3(2):6.
1289. Kaufert JM, Koolage WW. Role conflict among 'culture brokers': The experience of native Canadian medical interpreters. *Social Science & Medicine*. 1984;18(3):283-6.
1290. González HM, Vega WA, Tarraf W. Health care quality perceptions among foreign-born Latinos and the importance of speaking the same language. *J Am Board Fam Med*. 2010;23(6):745-52.
1291. Chen X, Acosta S, Barry AE. Machine or human? Evaluating the quality of a language translation mobile app for diabetes education material. *JMIR diabetes*. 2017;2(1):e13.

1292. Jackson KH, Mixer SJ. Using an iPad for basic communication between Spanish-speaking families and nurses in pediatric acute care: a feasibility pilot study. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 2017;35(8):401-7.
1293. Patil S, Davies P. Use of Google Translate in medical communication: evaluation of accuracy. *Bmj*. 2014;349:g7392.
1294. Haffner L. Translation is not enough. Interpreting in a medical setting. *Western Journal of Medicine*. 1992;157(3):255.
1295. Binder P, Borné Y, Johnsdotter S, Essén B. Shared language is essential: communication in a multiethnic obstetric care setting. *Journal of health communication*. 2012;17(10):1171-86.
1296. Kraut AM. Healers and strangers: immigrant attitudes toward the physician in America—a relationship in historical perspective. *Jama*. 1990;263(13):1807-11.
1297. Jackson JC, Rhodes LA, Inui TS, ScM, Buchwald D. Hepatitis B Among the Khmer. *Journal of General Internal Medicine*. 1997;12(5):292-8.
1298. Wiking E, Sundquist J, Saleh-Stattin N. Consultations between immigrant patients, their interpreters, and their general practitioners: are they real meetings or just encounters? A qualitative study in primary health care. *International journal of family medicine*. 2013;2013.
1299. Aranguri C, Davidson B, Ramirez R. Patterns of Communication through Interpreters: A Detailed Sociolinguistic Analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21(6):623-9.
1300. Hornberger J, Itakura H, Wilson SR. Bridging language and cultural barriers between physicians and patients. *Public Health Rep*. 1997;112(5):410-7.
1301. RADER GS. Management Decisions: Do We Really Need Interpreters? *Nursing Management*. 1988;19(7):46-9.
1302. Wu AC, Leventhal JM, Ortiz J, Gonzalez EE, Forsyth B. The interpreter as cultural educator of residents: Improving communication for Latino parents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2006;160(11):1145-50.
1303. Farnill D, Todisco J, Hayes S, Bartlett D. Videotaped interviewing of non-English speakers: training for medical students with volunteer clients. *Medical education*. 1997;31(2):87-93.
1304. Skjeldestad K. Culture and (mis)communication A study of doctor-patient interactions and emotion. Oslo: University of Oslo; 2011.
1305. Smith-Khan L. Different in the same way? Language, diversity, and refugee credibility. *International Journal of Refugee Law*. 2017;29(3):389-416.
1306. Inghilleri M. Mediating zones of uncertainty: Interpreter agency, the interpreting habitus and political asylum adjudication. *The Translator*. 2005;11(1):69-85.
1307. Hsieh E. Conflicts in how interpreters manage their roles in provider–patient interactions. *Social Science & Medicine*. 2006;62(3):721-30.
1308. Putsch RW. Cross-cultural communication: the special case of interpreters in health care. *Jama*. 1985;254(23):3344-8.
1309. Marcos LR. Effects of interpreters on the evaluation of psychopathology in non-English-speaking patients. *American journal of Psychiatry*. 1979;136(2):171-4.
1310. Sue DW, Sue D, Neville HA, Smith L. *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*: Wiley; 2019.
1311. LeBaron M, Pillay V. *Conflict across cultures*: Intercultural Press; 2004.
1312. Leung K. Some determinants of reactions to procedural models for conflict resolution: A cross-national study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987;53(5):898-908.
1313. Said AAaF, Nathan C. The Role of Faith in Cross-Cultural Conflict Resolution. *Peace and Conflict Studies*. 2002;9(1 (article 3)).
1314. Tyler TR, Lind EA, Huo YJ. Cultural values and authority relations: The psychology of conflict resolution across cultures. *Psychology, Public Policy, and Law*. 2000;6(4):1138-63.
1315. Oetzel J, Ting-Toomey S, Masumoto T, Yokochi Y, Pan X, Takai J, et al. Face and facework in conflict: a cross-cultural comparison of China, Germany, Japan, and the United States. *Communication Monographs*. 2001;68(3):235-58.
1316. Meinert L, Obika JA, Whyte SR. Crafting forgiveness accounts after war: Editing for effect in northern Uganda (Respond to this article at <http://www.therai.org.uk/at/debate>). *Anthropology Today*. 2014;30(4):10-4.
1317. Holt JL, DeVore CJ. Culture, gender, organizational role, and styles of conflict resolution: A meta-analysis. *International Journal of Intercultural Relations*. 2005;29(2):165-96.
1318. Lin EH, Carter WB, Kleinman AM. An exploration of somatization among Asian refugees and immigrants in primary care. *American Journal of Public Health*. 1985;75(9):1080-4.

1319. Angel R, Thoits P. The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1987;11(4):465-94.
1320. Korbin JE, Johnston M. Steps Toward Resolving Cultural Conflict in a Pediatric Hospital. *Clinical Pediatrics*. 1982;21(5):259-63.
1321. Berlin EA, Fowkes WC, Jr. A teaching framework for cross-cultural health care. Application in family practice. *West J Med*. 1983;139(6):934-8.

23: Om Indvandrermedicinsk klinik

Indvandrermedicinsk klinik (IMK) blev etableret i 2008 som et tværfagligt ambulatorium under Infektionsmedicinsk afdeling Q, Odense Universitetshospital. Det er ikke en klinik for alle indvandrerpatienter. Klinikken modtager komplicerede langvarigt syge patienter med varierende sprogbarrierer, patienter med vedvarende komplekse compliancesvigt eller patienter med behov for tværfaglig forløbskoordination til undersøgelse og behandling. Klinikens formål er desuden at dokumentere, afbøde og forebygge de helbredsmæssige konsekvenser af ulige adgang til sundhed, der opstår som følge af sprogbarrierer, lav eller ingen skolegang, stereotyper, antagelser, fordomme, manglende etniske kompetencer blandt sundhedspersoner, og de organisatoriske barrierer, der skabes i det normale sundhedsvæsen, i forhold til særligt udsatte patientgrupper. Klinikken er ikke en erstatning for andre specialer, men skal bistå og styrke specialerne på tværkulturelle og komplekse områder. Klinikken har siden sin start gennemgået ca. 2500 patienter. Denne bog bygger på de indsamlede erfaringer og den tilhørende videnskabelige litteratur.



En case-baseret lærebog om de blinde kliniske pletter i mødet med etniske minoritetspatienter i det danske sundhedsvæsen. Flygtninge, indvandrere og migranter er ikke en ensartet patientgruppe, men mødes alligevel ofte af fordomme og generaliseringer, der kan føre til fejldiagnoser, øger risikoen for bivirkninger og bidrager til at komplicere et eksilliv, der i forvejen er præget af mange store udfordringer. Sprog og værdier tilknyttet sygdom kodes i hjemlandet og på modersmålet, hvilket har afgørende betydning for tilgang og kommunikation med eller uden tolk. Lærebogen er primært rettet mod læger og lægestuderende, men kan læses og anvendes af alle der arbejder med flygtninge og migranternes sundhed. Bogen belyser typiske fejl og hyppige misforståelser og beskriver værktøjer der kan anvendes af alle, der arbejder med etniske minoriteters sundhed indenfor forebyggelse, kommunikation, diagnostik, behandling og rehabilitering. Bogen bygger på kliniske erfaringer fra Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital.

ISBN 978-87-972683-0-8