

Indvandrermedicin i hospitalsregi

Hos lægen taler jeg med fingrene

Det kulturelle *blind-spot* syndrom: Lægers kliniske multikulturelle kompetencer

Morten Sodemann

Half a medicine

“The price for a technologically sophisticated medicine seems to be impersonal, calculating treatment from revolving sets of specialists who, because they are consumed with the scientific elements in health care, seem divided from the ordinary human experiences that surround pain, suffering, and dying ...

Patients long for doctors who comprehend what they go through and who, as a result, stay the course with them through their illnesses. A medicine practiced without a genuine and obligating awareness of what patients go through may fulfill its technical goals, but it is an empty medicine, or, at best, half a medicine ...”

(Charon [1])

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 [2]. Dette kapitel handler om hvordan man med autencitet, selvindsigt, et bredt normalitets begreb, 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.

Patienten stemme: ensomhed i fællesskabet

As sickness is the greatest misery, so the greatest misery of sickness is solitude. . . .

(John Donne, Devotions Upon Emergent Occasions)

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 patient rollen 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 [3].

Ansigtet etc etc. En læge der vil elske mig og passe på mig...

The milk of human kindness

Læger har altid været i fare for at blive besat og berørt af patienternes klagesang – næsten som sirenernes forførende sange. Teknologien har sikret dem mod snigende sympati og stetoskopet var det første instrument, som fik synliggjort en vis afstand ved at sætte en stopper for den svedige direkte kontakt mellem lægens øre og patientens hud, kloroform bedøvelse stoppede effektivt kirurgers uafviselige medfølelse udløst af amputationspatientens skrig. Kloroform stoppede heldigvis også kirurgers behov for selv at blive bedøvet med alkohol for at kunne udstå ukontrollabel medfølelse [3]. Biologi og genetik har siden da udhulet lægers oprindelige lindrende og håndspålæggende metoder og fjernet den sidste rest af venlig vekselvirkning og indføling med patientens lidelser. Som Herbert Blumgart forklarede de læge studerende på Harvard University i 1963: *“The milk of human kindness has been curdled [klumpet] by molecular biology.”*

Flygtninges smerter, tab og klagesange truer også med at rive lægen ind i en cyklon af humanitær velgørenhed, grænseløs sympati og medfølelse. Men sangen har en anden lyd end vi er vant til, det er ukendte toner og handler om mærkelige oplevelser som vi er usikre overfor. Derfor vælger vi at beskytte os mod overdreven ustyrlig sympati med et ekstra langt stetoskop. Vi beslutter os for at de er fremmede som vi alligevel ikke kan komme til at forstå. Vi tænker, at flygtninge kommer fra en anden verden, de taler sprog vi ikke kender og de har ideer om kroppen som er os helt fremmedartede.

Det kulturelle *blind spot* syndrome

Der er mange indbyggede modsætninger i lægens rolle. På den ene side, kæmper læger for løsrivelse fra patienten 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 kropsfølelser, 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”.

(Cutter IS. The art of medicine. Jour. American Medical Assoc. 1923; lxxx:1010–11.)

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 [4]. Anerkendelse af en patients 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 [5].

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 [6].

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 [7]. 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 [8]. Men der er også en tendens til at behandlerens almene kliniske kompetencer bedømmes gennem et filter af patientens opfattelse af dennes multikulturelle viden og indlevelsesevne [9].

Faktum er at patienters oplevelse af lægers etniske kompetencer betyder noget for patienternes tilfredshed og tiltro til lægen, herunder hyppigheden af utilfredshed og klagesager [10]. 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.

*Sick people need physicians who can understand their diseases, treat their medical problems
and accompany them through their illnesses
(Rita Charon Columbia University School of Medicine)[11]*

De fleste studier synes at pege på at etnisk konkordans mellem læge og patient har en gavnlig effekt på patientens oplevelse af lægens indlevelsesevne og patient inddragelse samt på faktisk compliance og sygdomskontrol [12]. 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 [13]. Med andre ord: der eksisterer kompetencer som alle læger, uanset køn og etnicitet, kan tilegne sig, som udgør 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.

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 non-verbale 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 to-sprogede 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 0 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 behandlings muligheder. 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 velbegrundet 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.

Mange foreslår derfor, at man erstatter ideen om at der findes særlige kulturelle "lærebogs-" kompetencer med mere praktiske begreber som kulturel og narrativ ydmyghed [14-16]. "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.

*A story is like water
that you heat for your bath.
It takes messages
between the fire
and your skin. It lets them meet,
and it cleans you!*
(Jalal al-Din Rumi, persisk digter, 1207-1273)

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 [1]. 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.

Ydmyg nysgerrighed

Der er brug for lidt kulturel ydmyghed i stedet for fordomme, stereotyper 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.

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 interventionsstudier er, i den bedste mening, indhyllede i tåger af stereotyper og fordomme som ikke bidrager til at reducere ulighed i sundhed. Meget ofte lader læger som om kultur er noget entydigt der kan reduceres til nogle få håndgrib og et par handy oplysninger i en manual. Komplexiteten 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 [17]:

Twelve Suggestions That Facilitate Multicultural Competence

1. Develop skill in discovering each person's unique cultural outlook.
 2. Acknowledge and control personal biases by articulating your worldview and evaluating its sources and validity.
 3. Develop sensitivity to cultural differences without overemphasizing them.
 4. Uncouple theory from culture.
 5. Develop a sufficiently complex set of cultural categories.
 6. Critically evaluate the methods used to collect culturally relevant data before applying the findings in psychological services.
 7. Develop a means of determining a person's acceptance of relevant cultural themes.
 8. Develop a means of determining the salience of ethnic identity for each client.
 9. Match any psychological tests to client characteristics.
 10. Contextualize all assessments.
 11. Consider clients' ethnic and world views in selecting therapists, intervention goals, and methods.
 12. Respect clients' beliefs, but attempt to change them when necessary.
-

Kilde: [17]

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 narkotika misbruger så kan man have mere komplekse intellektuelle behov. Han foreslår at man tilegner sig en rutine med at "udpakke" 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[18]. Man kunne også kalde det et kulturelt røntgen blik, 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 afro-amerikanere 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 velbegrunnet mistro store dele af det afro-amerikanske miljø. De fælles miljø "stressorer" blev fejlfortolket som etnisk kulturelt betingede - også en hyppig fejl i forskning.

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 selv refleksion, 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.

Skønhed, sandhed og fordomme i det kliniske møde

Strukturelle kompetencer

Stort set al lægevidenskabelig forskning omkring 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 [19]. 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-patient møde til også at omfatte opbygningen af institutioner og udformningen af politikker, samt af hvordan nærmiljøet påvirker den enkelte syge indvandrerpatient, hvis klinikere til påvirke stigma relateret ulighed i sundhed [20]. 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 socio-økonomiske/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*[21]. Epidemierne er hverken resultatet af anerledes "kultur" eller individuelle karakterbrister, men af historiske og økonomiske processer, der tilsammen begrænser individuelle handle muligheder. Strukturelle overgreb foregår i alle sociale strukturer og normaliseres af de stabile sociale institutioner (kommuner, socialvæsen, hospitaler) og cementeres af almindelige hverdags erfaringer [22].

*The poor are the natural constituents of public health, and physicians, are the natural attorneys of the poor.
In this struggle, equity in healthcare is our responsibility
(Virchow)*

Fordi strukturelle overgreb er en så almindelige og velintegrerede 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".

Strukturel sårbarhed: *nobodies*

Det mere neutrale begreb sårbarhed (modtagelighed) kan være nyttigt fordi det udvider de økonomiske, materielle og politiske elementer i de strukturelle overgreb, til også at omfatte kulturelle og sensitive årsager til dårligt fysisk og psykisk helbred. Strukturel sårbarhed beskriver de fysiske og følelsesmæssige problemer som påføres bestemte etniske grupper igennem fastlagte mønstre [23]. Det omfatter (1) grad af social værdighed, (2) ideer om normalitet, og (3) i skæringspunktet mellem individuel lægevidenskabelig patologi og en personlig livshistorie med social eksklusion. Strukturel sårbarhed er en position, hvor sårbarheden skabes af patientens placering i en hierarkisk social orden og dens forskellige netværk af magt, kulturel kontrol og begrænsede kommunikations muligheder pga. sprog og manglende viden.

Enkeltpersoner er strukturelt sårbare, når de er genstand for strukturel vold i bredeste forstand. Det omfatter grænsefladen mellem deres personlige egenskaber-såsom udseende, følelser og kognitive funktioner på den ene side og så kulturelle værdier og institutionelle strukturer på den anden side. Strukturel sårbarhed producerer *nobodies* eller "overflødige" personer, der efterlades uden navigationsevne i sundhedsvæsenet, handlingslammede i forhold til de sociale myndigheder, marginaliserede i deres egen familie og stigmatiserede uden kontakt med deres sociale netværk [24]. En slags usynlige dobbeltminoriteter med en avanceret for form handicap: fysisk og psykisk såvel som strukturelt indskrænkede bevæge- og handlemuligheder .

Structural competency in medical education

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953613003778>

Empati score

Ambiguity tolerance

Beslutningstræthed

Dehumanisation

Digt til dehumanization (ukendt, men hedder the *Vivisector*):

Then seeks the hospital,
An oft frequented place,
With knife in hand and knitted brow,
He scans each anguish'd face,
With hopes in some poor waif to find,
An 'interesting case'!
No pity born of human love,
No sympathy with pain,
... But reader can you – would you call,
This soulless thing a Man?

Compassionate detachment (Hermann Blumgart):

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3906540/pdf/emss-56396.pdf>

Klinisk sympati (Bourke)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3906540/pdf/emss-56396.pdf>

1. Charon, R., *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. 2006.
2. Shannon, M.T., *Face off: searching for truth and beauty in the clinical encounter*. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2012. **15**(3): p. 329-335.
3. Bourke, J., *Pain, sympathy and the medical encounter between the mid eighteenth and the mid twentieth centuries*. *Historical Research*, 2012. **85**(229): p. 430-452.
4. Blumgart, H.L., *Caring for the patient*. *The New England journal of medicine*, 1964. **270**: p. 449-456.
5. Lief, H.I. and R.C. Fox, *Training for "detached concern" in medical students*. *The psychological basis of medical practice*, 1963. **12**: p. 35.
6. Johnson, R.L., et al., *Racial and ethnic differences in patient perceptions of bias and cultural competence in health care*. *Journal of general internal medicine*, 2004. **19**(2): p. 101-110.
7. Bensing, J.M., D.L. Roter, and R.L. Hulsman, *Communication patterns of primary care physicians in the United States and the Netherlands*. *Journal of general internal medicine*, 2003. **18**(5): p. 335-342.
8. Fuertes, J.N. and K. Brobst, *Clients' ratings of counselor multicultural competency*. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 2002. **8**(3): p. 214.
9. Constantine, M.G., *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): p. 255.
10. Roter, D.L., et al., *Communication patterns of primary care physicians*. *Jama*, 1997. **277**(4): p. 350-356.
11. Charon, R., *Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust*. *Jama*, 2001. **286**(15): p. 1897-1902.
12. Cooper-Patrick, L., et al., *Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship*. *Jama*, 1999. **282**(6): p. 583-589.
13. Lin, E.H., *Intraethnic characteristics and the patient-physician interaction: "Cultural blind spot syndrome."*. *The Journal of family practice*, 1983.
14. Tervalon, M. and J. Murray-Garcia, *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): p. 117-125.
15. Kumagai, A.K. and M.L. Lyson, *Beyond cultural competence: critical consciousness, social justice, and multicultural education*. *Academic Medicine*, 2009. **84**(6): p. 782-787.
16. DasGupta, S., *Narrative humility*. *The Lancet*, 2008. **371**(9617): p. 980-981.
17. Stuart, R.B., *Twelve Practical Suggestions for Achieving Multicultural Competence*. *Professional psychology: Research and practice*, 2004. **35**(1): p. 3.
18. Bond, M.H. and J.T. Tedeschi, *Polishing the Jade: A Modest Proposal for Improving the Study of Social Psychology across Cultures*. 2001.
19. Adams, V., et al., *Aging disaster: Mortality, vulnerability, and long-term recovery among Katrina survivors*. *Medical anthropology*, 2011. **30**(3): p. 247-270.
20. Metz, J.M. and H. Hansen, *Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality*. *Social Science & Medicine*, 2014. **103**: p. 126-133.
21. Farmer, P., *Infections and inequalities: The modern plagues*. 2001: Univ of California Press.
22. Farmer, P.E., et al., *Structural violence and clinical medicine*. *PLoS Medicine*, 2006. **3**(10): p. e449.
23. Quesada, J., L.K. Hart, and P. Bourgois, *Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States*. *Medical anthropology*, 2011. **30**(4): p. 339-362.

24. Green, L., *The nobodies: neoliberalism, violence, and migration*. Med Anthropol, 2011. **30**(4): p. 366-85.