

Tværkulturelle konflikter og misforståelser - forebyggelse og nedtrapning

Morten Sodemann, Dorthe Nielsen, Indvandrermedicinsk klinik, Odense Universitetshospital

Opdateret 10. juli 2018

Hvad bygger guiden på?

Denne guide er blevet til i et forsøg på at imødegå nogle af de udfordringer og konflikter, der kan opstå, når sundhedspersonale har med etniske minoritetspatienter at gøre. Guiden opridser en række typiske problemstillinger og mulige forklaringer herpå og munder ud i en serie guidelines og gode råd for mere gnidningsfri støtte til patienter og pårørende med etnisk minoritetsbaggrund. Guiden bygger på erfaringer fra Indvandrermedicinsk klinik på Odense Universitetshospital med input fra Etnisk ressource team i Region Hovedstaden (Naveed Baiq og Eigil Hansen Bargfeldt), tidligere hospitalsdirektør Torben Mogensen og de deltagende tolke i Region Syddanmarks tolkeintroduktionsprogram.

Hvorfor en guide om tværkulturelle konflikter?

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: 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: 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. Det 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/konflikt niveau 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.

Fra kultursammenstød til rutinesammenstød

Der er derfor ikke, som mange ellers gerne så det-, tale om kultursammenstød, men derimod om sammenstød mellem forskellige rutiner (patientens og personalets) 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 eskalere 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, ligeglade, 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.

To-sprogede 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: 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. Kommunikationen 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/indvandrer 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.

Udfordringer med etniske minoritetspatienter og -pårørende

Typiske eksempler på situationer med konfliktpotentialer

- Situationer omkring eller i forbindelse med døden.
- Ulykker, pludselig voldsom sygdom
- Patient eller pårørende, der fra starten er ”stærkt kritisk” eller fordømmende – eller frames som sådan
- Hvis personalet fra starten er ”stærkt kritisk” eller fordømmende overfor patient/pårørende
- Patientforløb, der starter med serielle afvisninger og bagatellisering i skadestue, akutmodtagelse eller vagtlæge.
- Hvis der fra starten udtrykkes tvetydighed i diagnose. Hvis læger udtrykker åbenlys uenighed.
- Handover hostility (patientoverleverings fjendtlighed): hvis personalet på én afdeling højtlydt kommer med negative kommentarer til tidligere lægers diagnoser eller behandling på en anden afdeling.
- Hvis patient og pårørende involveres i for mange detaljer og mellemregninger, der ikke efterfølgende samles op (blev mistanken be- eller afkræftet?). For mange detaljer tvinger patient/pårørende til selv at selektere og her vælges enten de oplysninger der tyder på alvorlig sygdom eller det modsatte. Dét kan føre til konflikter når den endelige diagnose oplyses.
- Overinvolvering i beslutningsprocesser kan give et falsk indtryk af at der er ”frit valg på alle hylder” ift. valg af behandling og behandlingssted.
- Patient informationsmateriale kan give anledning til konflikter: f.eks. oplyses der som standard i patientinformation på sygehus at patienten frit kan vælge at blive undersøgt/behandlet på et andet sygehus, herunder i udlandet i givet fald. Især sidste mulighed har givet anledning til en del alvorlige skuffelser og konflikter.
- Ventetid på undersøgelser og behandlinger kan være rutine for personalet men en enorm stress faktor for pårørende. Manglende information om ventetider og baggrunden for dem er godt konfliktstof.
- Hvis meget aktive og krævende pårørende længere tid end rimeligt får opfyldt grundløse krav, kan det være næsten umuligt at genoprette en normal tone. Misforstået ydmyghed eller angst for konflikter kan skabe langt mere alvorlige konflikter. Tvetydige regler og ambivalente informationer skaber konflikter.
- Når ledelsen ikke informeres i tide om en pågående konflikt.

- Når ledelsen holder sig væk fra konfliktfyldte situationer og overlader det til personalet
- Når personalet er ude af stand til at "lade som ingenting", når de bliver kritiseret. På trods af forsikring om fuld opbakning fra ledelsen.
- Når man vælger at sende "hardlinere" ind til patienter i en allerede konfliktfyldt situation
- Når personalet insisterer på at patienten taler tilstrækkeligt dansk eller engelsk til at denne kan gøre sig forståelig og derfor ikke har brug for tolk, mens patienten er uenig.
- Når personalet udviser undgåelsesadfærd ifht en udfordrende vanskelig patient/pårørende.
- Behandlinger, hvor der pålægges patient og pårørende mange ekstraopgaver og for patienten "grænseoverskridende" handlinger (pasning af sår, slanger, rør, injektioner, intimpleje, medicindoseringer). Grænsen for, hvad man forventes at yde som patient og pårørende, kan være kulturelt bestemt og meget varierende.
- Hvis patient/pårørende er meget forsigtige eller bange for at gøre noget forkert, og derfor ikke følger personalets anvisninger, mens personalet er patroniserende/bagatelliserende
- Hvis sygehusafdelinger har meget forskellige (men utydelige) forventninger til patienters involvering og egenomsorg.
- Hvis der er meget forskellig adgang/tilgængelighed (telefon).

Eksempler på sundhedsprofessionelle stressfaktorer, der kan starte en konflikt:

- Tydelige generaliseringer, der opleves som uretfærdige og som patienten ikke har sproglig styrke til at tale imod. Patienten føler sig som en løve i bur og kan kun reagere med resignation eller aggression.
- Hvis alvorlige psyko-sociale faktorer ignoreres eller bagatelliseres.
- Hvis patienten (eller pårørende) pålægges store skjulte behandlingsbyrder.
- Hvis patient/pårørende opdager, at sygehistorien er forkert eller mangelfuld.
- Hvis patienten er udsat for sammenhængsbaserede kliniske beslutninger, tværkulturel bias, gætteri og kliniske vildskud ("etniske smerter", "symptomer med kulturelt præg").
- Hvis man anvender åbenlyst uhensigtsmæssige lette løsninger i et forsøg på at afkorte en ubehagelig samtale.
- Hvis lægen udviser mangelfuld klinisk viden om sygdomme blandt etniske minoriteter (arvelige blodsygdomme, middelhavsfeber, tuberkulose, leverbetændelse).
- Patienten opdager fejl der alene skyldes at lægen afviser at anvende tolk.
- Hvis der først arrangeres tolk til informeret samtykke efter en operation er udført, efter en undersøgelse er foretaget eller efter at en medicinsk behandling er iværksat.

Case: 32-årig flygtning, der ifølge henvisende læge har haft "mere end almindeligt svært ved at lære dansk", og "kommunen har haft svært ved at aktivere ham pga. recidiverende klager over smerter i begge ankler efter få timers stående arbejde", og at alle undersøgelser var normale - endelig anførte lægen, at "Om patienten har psykiske ting med i bagagen står hen i det uvisse. – han har ikke selv ytret sig om det". Patienten var vred på lægen og sin sagsbehandler, fordi de ikke forstod ham og ikke ville tage hans problemer alvorligt. Med en god tolk kom det frem, at patienten havde symmetriske ledsmerter og hævelser samt tegn på psoriasis og et kraftigt forhøjet muskelenzym i blodet. Ved vurdering på gigtafdelingen fandt man, at sygdomsbilledet tydede på en psoriasis-gigt med aksial involvering. Patienten følte ikke at den henvisende læges spørgsmål omkring det psykiske havde hjulpet ham, og det virkede som lægen var uinteressert i patientens fortid. Patienten havde krigstraumer og symptomer på PTSD og blev henvist til behandling.

Andre almindelige situationer i sundhedsvæsenet, der kan give anledning til konflikter er f.eks.

- Undersøgelser, behandlinger eller komplikationer med uoverskuelige konsekvenser
- Hurtige udredningsforløb med høj kompleksitet (kombinationsscanninger, specielle UL med vævsprøver)
- Udredninger, der består af usædvanligt mange trin, med mange undersøgelser, hvor der er multiple teoretiske udfald
- Patienter med mange sygdomme, og hvor fokus skifter uden, at patienten kan følge med
- Lange differentialdiagnostiske, og meget teoretiske, udredningsforløb (patienten involveres i for mange mellemregninger)
- Pludselig opstart med flere slags ny medicin på én gang
- Medicin med usædvanligt mange bivirkninger, som er alvorlige
- Patienter, der serielt gennemgår mange forskellige behandlingsforsøg beskriver en ubehagelig "Forsøgskanin fornemmelse", som dehumaniserer og kan give anledning til konflikt.

Opståede konflikter og mulige forklaringer

Personalets oplevelse af at patienters pårørende "støjer", er ét af de hyppigste "stridspunkter" på hospitals afdelinger. 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:

- Overlevelses strategier 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 højlydt 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 to-sprogede 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, differential diagnoser 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 to-sprogede 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.

Døden og den døende

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 den skal være den rigtige.

Case: 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: et barn af forældre med anden etnisk herkomst end dansk dør i en trafikulykke. En to-sproget 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: Omkring 30 pårørende er tilstede 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. Den ansvarlige 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. Derefter begynder de pårørende langsomt at gå hjem igen.

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 synonymer, 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 feed back der modtages fra opkalderen, vær specielt opmærksom på:

1. Artikulér: tal tydeligt og bestemt.
2. brug simple ord hvis opkalder ikke forstår 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 to-sproget sundhedspersonale, der ikke sjældent kan opleve nedsættende tale fra patienters side (ofte kun under 4 øjne, hvilket bidrager til at forlænge konflikter).

Case: En tidligere lejesoldat indlægges med konfusion og vægttab. 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 to-sprogede. 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 to-sprogede ansatte i sundhedsvæsenet 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 hun havde urene hænder der ikke kunne vaskes.

En patient fik at vide af en læge at hvis hun (patienten) ikke talte dansk til næste lægesamtale skulle hun opsøge en dyrlæge i stedet.

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. Det 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: 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 i blandt 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 rukke 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 hospitalsvæsnene i hjemlandet (voldsomme hospitalsophold, operationer)
- Tidligere erfaringer og oplevelser med hospitalsvæsnene 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, "ligeegyldighed", 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.
- Lav 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 tværfagligt hjælp og have kontaktoplysninger på evt. eksterne ressourcer der kan hjælpe med at understøtte de åndelige og religiøse behov.

Kilder og læs mere

Line Vikkelsøe Slot. Udfordringer og veje at gå – mødet mellem sundhedsprofessionel og patient uanset etnisk oprindelse. Institut For menneskerettigheder 2013.

Tange, Hanne. "Jensen, Iben: Grundbog i kulturforståelse. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag, 2005. 147 sider." *Hermes* 36 (2006): 227-30.

Lisa Duus. Den gode dialog. VIA Systime 2013.

Kulturel spørgeguide. Traume.dk <http://www.traume.dk/content/kulturel-sp%C3%B8rgeguide>

Lise Dyhr. Det almene i det anderledes. Belysning af problemer i mødet mellem praktiserende læger og tyrkiske indvandrerkvinder i Danmark, set fra en klinisk synsvinkel. PhD afhandling. Københavns Universitet, 1997.

Eriksen, Thomas Hylland, et al. *Kulturforskelle: kulturmøder i praksis*. Munksaard Danmark, 2003.

Søgaard, Ditte Maria. "Ny bog: Vandringer i det kulturelle spinatbed." (2013).

Mette Blauenfeldt & Sara Priskorn. Traumatiserede flygtninge og socialt arbejde. 2.udgave. Hans Reitzels Forlag 2013.

Sodemann M. Sårbar? Det kan du selv være. Odense Universitetshospital 2018. Download: www.ouh.dk/saarbar

Sodemann M. Det du ikke ved får patienten ondt af <http://www.ouh.dk/dwn390400>

Tolkevejledning. Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital 2018. Download: <http://www.ouh.dk/wm506791>

Mari Holen. Medinddragelse og lighed – en god ide? PhD afhandling. Roskilde Universitet 2011.

Sodemann M. Videnskabelig rapport: [Oversete eller misfortolkede lidelser hos etniske minoritetspatienter](#). Indvandrermedicinsk Klinik 2017.

Tatiana Jessen. Interkulturelt samspil. Vejledning for psykologer der arbejder med sproglige og kulturelle minoriteter. Dansk Psykologforening 2015.

Omar Sultan Haque and Adam Waytz. Dehumanization in Medicine : Causes, Solutions, and Functions. *Perspectives on Psychological Science* 2012 7: 176

Van der Kolk, Bessel. *The body keeps the score*. New York: Viking, 2014.

Anette Sonne Nielsen og Hanne Mogensen. Kulturmøder i sundhedsvæsenet (temanummer af Sygdom & Samfund). <https://tidsskrift.dk/sydomogsamfund/article/viewFile/487/417>

Baig, Naveed, Marianne Kastrup, and Lissi Rasmussen, eds. Tro, omsorg og interkultur. Hans Reitzels Forlag, 2010.

Alberdi, Francisco, et al., eds. *Transkulturel psykiatri*. Hans Reitzels Forlag, 2002.

D. Nielsen, L. Minet, L. Zeraiq, DN. Rasmussen, M. Sodemann (2017): "Caught in a Generation Gap": A Generation Perspective on Refugees Getting Old in Denmark — A Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 07/2017

D. Nielsen, L. Minet, L. Zeraiq, DN. Rasmussen, M. Sodemann (2017): Older Migrants in Exile: The Past Holding Hands with the Present – A Qualitative Study. Scandinavian Journal of Caring Science, 04/2017

D. Nielsen. Mødet mellem mennesker i sundhedsvæsenet. Sygeplejefagligt tidsskrift, Forstyrrelsen. 2016(1): 11-14

D. Nielsen, L. Twisttmann Bay. Sprog og Etik sat ind i en etisk kontekst. Sygeplejeetisk Råds Jubilæumskonference 12. maj, 2015.

<http://www.dsr.dk/ser/Documents/JubilæumsskriftSER2015web.pdf>

D. Nielsen (2016): "Familiesygepleje til sårbare udsatte patienter med anden etnisk baggrund" (kaptitel 13) i Familiesygepleje. Redigeret af B. Østergaard og H. Konradsen, Munksgaard, 1. udgave

D. Nielsen (2013): "Mødet med patienten med anden etnisk baggrund" i Patientologi – At være patient. Redigeret af AM. Graubæk, Gads Forlag, 2. udgave