

Indvandrermedicin i hospitalsregi (0)

# Dét i hjertet kræver altid tolk

Om flygtningetilværelsens og eksilets grundvilkår i sociale - og kliniske sammenhæng



Morten Sodemann

Indvandrermedicinsk Klinik, Infektionsmedicinsk afdeling Q, Odense Universitetshospital

Maj 2014

Denne artikel der er den første i en serie artikler om erfaringerne fra Indvandrermedicinsk klinik på Infektionsmedicinsk afdeling, Odense Universitetshospital. Den første artikel beskriver de grundvilkår som flygtninge kommer fra, og lever under, i eksil, men som sjældent bliver inddraget i lægers kliniske vurdering.

## Patienter læser ikke lægebøger

*"Keep an open mind – but not so open that your brains fall out"*

(Richard Rorty, Amerikansk filosof)

Patienter læser ikke lægebøger. Patienter gør det de er bedst til: de siger hvad de mærker, hvad de føler og kommer måske også med deres egen forklaring på symptomerne. Patienter har sjældent en anelse om hvordan, eller i hvilken rækkefølge, lægen skal have serveret symptomerne for at de forstås. Patienter forventer at lægen selv rydder op i symptomerne og bringer dem i orden så der kommer en diagnose frem af tågen, som begge parter kan være tilfredse med. Men så let går det ikke, lægen skal lige forstå det helt præcist: hvad kom først hoste eller rygsmærter? Hvad mærkede du så? Hjalp det da du holdt op med ryge? Fik du udslæt før eller efter du spiste fisk? Fik du samme symptomer på arbejde? Fortæl mig hvordan du oplevede mavesmerterne første gang....osv. Den afklaring kræver et sprogligt og forståelsesmæssigt fællesskab med patienten, hvor man mødes på midt vejen med et fælles ønske om **at forstå**: patienten vil gerne forstå lægens spørgsmål og lægen vil gerne forstå patientens svar. En slags venlig verbal vekselvirkning. Der er mange sprog i rummet når patienten med sprogbarriere møde lægen gennem en tolk: der er hverdags sprog på to forskellige sprog og lægesprog på 2 sprog. Lægen og patienten er nødt til at mødes på et tredje sprog: det sprog de kan blive enige om, nogen ville måske kalde det et tredje sprog. Det går oftest godt, hvis begge sider af lægens bord investerer lidt tid og lidt velvillighed. Men der er situationer hvor det **at forstå** både kræver en ekstra indsats, et lille drys empati og lidt mere tålmod end vi er vant til. Det gælder især i mødet med patienter med kort skolegang og sprogbarrierer. Det er ikke fordi det er svært, men der er meget langt mellem succesoplevelserne, på begge sider af lægens bord. Har man, som læge, ikke de gode erfaringer med at det faktisk hjælper at sætte tid af til **at forstå** eller har man som patient erfaring for at samtalerne altid stopper lige før man får lov at tale om det der er mest vigtigt, så holder man op med at prøve **at forstå** samtidigt på begge sider af bordet. En rigtig læge hungrer efter patienter, sagde Kafka, og lægens bedste redskaber er formidlet gennem et fælles sprog med patienten: nysgerrighed, empati og indsigt[1]. De to første kompetencer kan ikke købes eller tillæres – de må forudsættes, men den sidste kan der justeres på og det er det denne artikel serie skal hjælpe med.

## Læger læser ikke (indvandrer-) patienter

*"A man should be just cultured enough to be able to look with suspicion upon culture"*

(Samuel Butler)

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 [2].

I mange tilfælde, kan flere traumatiske hændelser have forstyrret persons daglige liv over en forlænget periode[3]. 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 [4]. 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 flygtnings mentale sundhed som viser, at gunstige betingelser i modtagerlandet, såsom adgang til beskæftigelse og passende bolig begrænser de negative virkninger af krigstraumer [5]. 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 [6, 7]. Modsat kan negative postmigrations vilkår påvirke flygtnings helbred i uhensigtsmæssig grad, af og til uopretteligt. Kendte stressfaktorer der kan påvirke integration og helbred blandt ny ankomne flygtninge omfatter sprog vanskeligheder [8], oplevelsen af store kulturelle forskelle [9], manglende anerkendelse af personlige/faglige kvalifikationer, tab af social støtte [10], oplevet diskrimination [11], eller kombinationer af faktorerne[12].

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 gætte konkurrence, 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 [13]. Hvis struktur og vilkår for de ansatte i sundhedsvæsenet er hensigtsmæssig, så vil kultur og etnicitet ikke fylde så meget i de enkelte læge-patient samtaler[14]. 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[15]. 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 [16-18]. Der sker flere medicin fejl og patientproblemer, bekymringer og behov tages ikke altid alvorligt, hvorved sundhedsvæsenet mister værdifuld tillid [19-21]. 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 [22]. Der sker flere lægefejl og komplikationer er mere alvorlige, smertestillende behandling er mindre optimal og der anvendes hyppigere mere sløvende psykofarmaka behandling [23]. Der bestilles flere unødvendige undersøgelser og rutine undersøgelsesprogrammer tager længere tid end vanligt mens relevante undersøgelser hyppigere undlades [18, 24]. Spædbørns- og mødredødeligheden 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 [25, 26]. 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 [27]. 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 [28].

Ikke sjældent påvirker stereotyper og bias lægens kliniske dømmekraft og det går ud over behandlingskvaliteten og rehabiliteringspotentialer i et omfang som mange læger ikke er klar over [27]. Læger er ofte helt uvidende om hvordan fundamentale kognitive mekanismer kan påvirke deres dømmekraft og kliniske beslutningsproces [29]. 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 u hensigtsmæssige 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 hjørnesteenene i at udligne de uligheder der opstår ved flygtninge/indvandreres møde med sundhedsvæsenet [30]. 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.

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 det omkring liggende samfund [31-33].

## Billeder i hovedet

Da Walter Lippmann introducerede begrebet stereotyper 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 (stereotyperne) 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 lægepatient 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.

## 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 sværheds- 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 [34-36]. 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 at 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 [37]. For en omfattende gennemgang af flygtningetyper og flugtveje, henvises til Kunz: The refugee in flight; kinetic models and forms of displacement [38].

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. 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 forsvars mekanismer. 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.

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 lovgivningsmæssig [39]. 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 flygtnings psykiske befindende, ved at øge risikoen for re-traumatisering og for at udvikle stress, angst og depression [40-42]. 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 genbosættelse har yderligere indflydelse på sundhed og post migrations determinanter omfatter type af arbejde, som flygtninge forventes at udføre i værtslandet, deres levevilkår, deres sprogkundskaber, 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 [43]. Kronisk angst, hjemve og isolation hindrer psykosocial 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.

Man plejer at opdele de faktorer der påvirker flygtnings 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 lovbefalet og dens forløb har betydning for det senere liv i Danmark. I følgende tabel ses de væsentligste faktorer i hver fase:

**Tabel. Faktorer, der i forskellige faser påvirker flygtnings fysiske og psykiske helbred.**

FASE	FAKTOR
<p><b>Præ-migration</b> <b>(hjemland)</b></p>	<p>Potentielt traumatiske oplevelser</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkeltstående, multiple</li> <li>• Diskrete eller kontinuerte</li> </ul> <p>Levevilkår</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Socio-økonomiske forhold</li> <li>• Familie situation</li> <li>• Position og tilhørsforhold (etniske, religiøst, socialt, politisk)</li> </ul> <p>Personlig historie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skrøbelighed, sårbarhed</li> <li>• Beskyttende faktorer, resiliens</li> </ul>
<p><b>Transit/flugt</b></p>	<p>Direkte flugt til modtager land vs. Transit ophold</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Flygtningelejr (internt/mellemland)</li> <li>▪ Transit land <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Udokumenteret ("illegalt") vs. Officielt vs. Familie/venner</li> <li>○ Økonomi, adgang til sundhed, skole</li> <li>○ Tilbageholdelse som følge af flygtninge status</li> </ul> </li> </ul> <p>Officielle/uofficielle rejsedokumenter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udgifter til smuglere, økonomiske følger</li> </ul> <p>Traumer under flugt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Familie adskillelse, forsvinden</li> <li>• Flugt med spædbørn/små børn, graviditet</li> <li>• Udnyttelse af smuglere</li> <li>• Ekstrem fattigdom</li> <li>• Ekstrem hjælpeløshed</li> <li>• Længerevarede oplevelse af marginalisering, fastlåsthed, tvivl, usikkerhed</li> <li>• Hunger, indespærring</li> <li>• Overgreb fra myndighedspersoner (grænsevagter, vogtere i flygtningelejre)</li> <li>• Voldtægt, røveri, overfald</li> </ul>
<p><b>Integration &amp; tilpasning</b></p>	<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 (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"> <li>• PTSD, angst, usikkerhed med kognitive effekter</li> <li>• Uens sprogtilegnelse</li> <li>• Familie struktur påvirkes</li> <li>• Forældrerolle ændres</li> <li>• Sprognederlag</li> </ul> <p>Børns trivsel</p> <p>Uens tilpasnings/integrations hastighed</p> <p>Høje eller forkerte forventninger, skuffelser</p>
<p><b>Post migration</b></p>	<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"> <li>• Frygt for hjemsendelse</li> <li>• Krav om sprogtilegnelse</li> </ul>

	<p>Levevilkår</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krav om job, aktivering, arbejdsprøvning</li> <li>• Vedvarende usikkerhed om sikkerhed for pårørende i hjemlandet eller i tredielande</li> <li>• Problemer med tilpasning til egen etnisk gruppe i modtagerland, skærpede eller uvante kulturelle krav</li> <li>• Frygt for at tilhørsforhold til tidligere sociale netværk, religiøs/politisk gruppering ophører</li> <li>• Tab af social identitet på flere områder (forsøger, familie, forældre, ressourceperson)</li> <li>• Begrænser adgang til arbejde, uddannelse, sundhedsvæsen, sociale myndigheder</li> <li>• Ingen familie, familiesammenført, fraskilt, enlig</li> <li>• Ingen funktionelle netværk</li> <li>• Fattigdom</li> <li>• Ekstrem privat gæld</li> <li>• Vedvarende oplevelse af marginalisering og diskrimination internaliseres</li> <li>• Generelle integrations udfordringer: sprog, arbejde, forsørgelse, identitet, kulturbarrierer, skjulte koder, navigationsproblemer, systemkompetencer, strategi vanskeligheder</li> </ul>
--	--

Ofte er stress og traume faktorer i eksil tilværelsen lige så kraftige som stress faktorer der udspillede sig i hjemlandet [34]. 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 [44-48].

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 [49, 50]. 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 [51]. Når hverdagens koder er uforståelige forstærkes angst, usikkerhed og samhörighed. 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 [16, 25].

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 [41]. 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 [42]. 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 [52, 53]. 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 kultur sammenstød kan føre til alvorlige tilpasningsproblemer og kaste flygtninge, og familien, ud i kaos, uhensigtsmæssige impulsive beslutninger og konstant uligevægt [54]. Det er bl.a. i dette minefelt lægen og sundhedsvæsenet skal møde den enkelte indvandrerpatient og lære at tilrettelægge sundhedsfremme og sygdomsbehandling.

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 [34]. 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 energi indtag og fedme. 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 familie dynamikken hvis magt strukturen forrykkes af, at nogen i familien behersker dansk bedre end andre: roller skifter og hierakiet vakler [34]. 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 [55]. 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 gætte konkurrence for alle parter[34]. 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) [56-58]. Der er store forskelle mellem de europæiske lande i forhold til hvor negativ værtslandets adfærdsmønste og vilkår påvirker flygtninges helbred, men der er ingen tvivl om at vestlig

levevis for de fleste flygtninge vil være et, helbredsmæssigt, særdeles usundt møde [59]. Ideen om "the healthy migrant" (de mest raske, der migrerer) er absurd i denne sammenhæng [60]. "Healthy" effekten giver ikke mening i en sammenhæng hvor sagesløse flygtninge skal finde rod fæste i en kulturel sammenhæng præget af alkohol overforbrug, ensomhed, tobaksrygning, trafikulykker og individ centreret. 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 [61]. 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 [62, 63].

Flygtninges 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 flygtninge familier 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 [64]. 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 [40].

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 [55]. 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 [34]. 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 flygtninges 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 rundhåandede 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 skyllede ind fra Europa [65].

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 risiko faktorer end traumer for udviklingen af depression [47]. Søvnforstyrrelser er næsten 4 gange hyppige blandt flygtninge end blandt andre og påvirker koncentration, hukommelse, indlæringssevne og nedsætter selv vurderet helbred [66].

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

*Sov roligt der bliver ikke krig. Men vær konstant på vagt, for dette er ikke fred.*

*Lev som om der bliver fred i 100 år. Og vær forberedt som om der bliver krig i morgen.*

(Bosniske paroler: Omtalt af Alen Meskovic, interview i Weekend avisen 4.april 2012 (bosnisk-dansk forfatter til "Ukulele-jam"))

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 månedsvis 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 interaliseret. 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 dum 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.

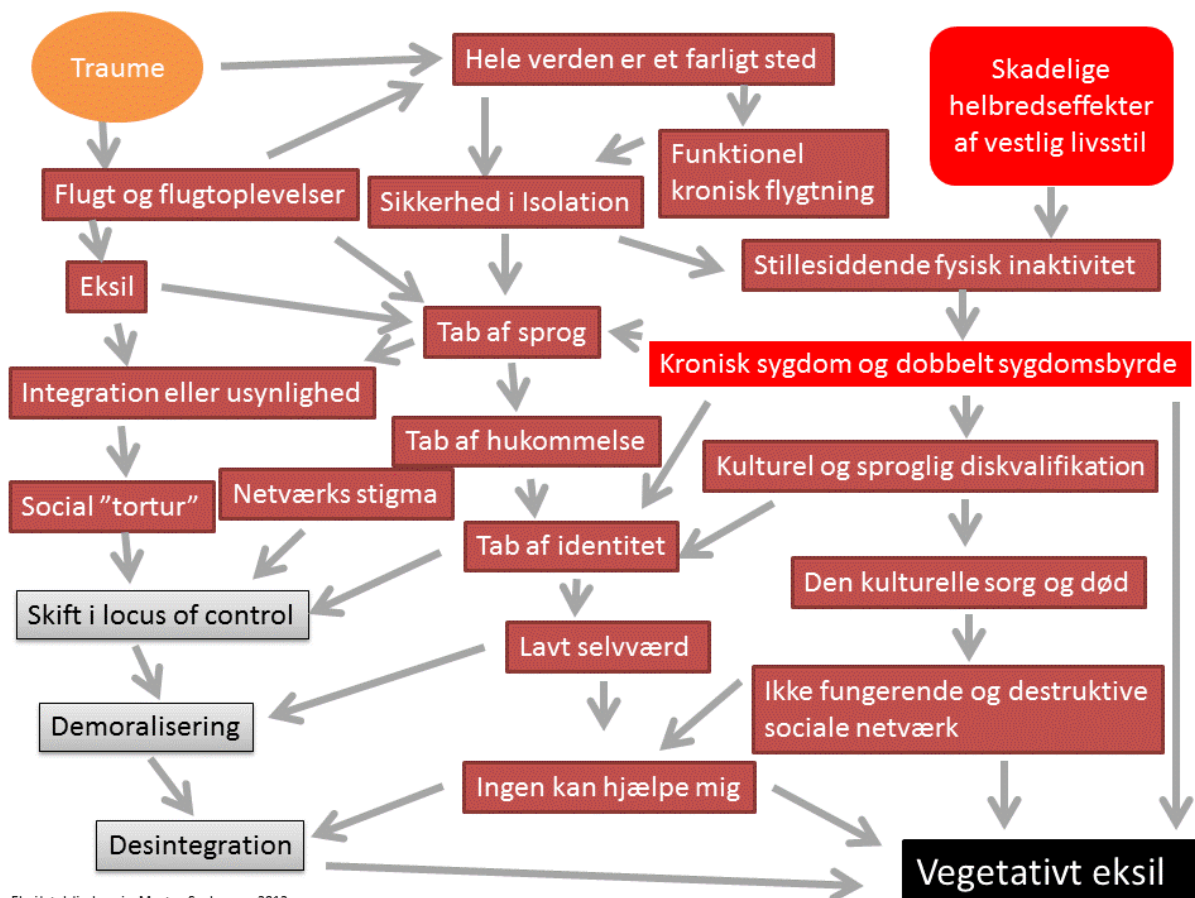
Tanken om flugt spredes i familien og bliver en del af familiens handlemulighed, selv blandt børnen. En dreng født og opvokset i Danmark sagde: *Jeg glæder mig til at se hvordan fred ser ud*, mens en mor, der oplevede at både børnene og de selv som forældre blev tyranniseret af en gruppe unge knallertkørere, 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.*

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 en dansk villavej.

## 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 system, 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 livstil 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[67]. 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[68]. 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 [69]. 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.



Eksil ets blindeveje. Morten Sodemann 2013

#### 4 klip i det mentale kørekort

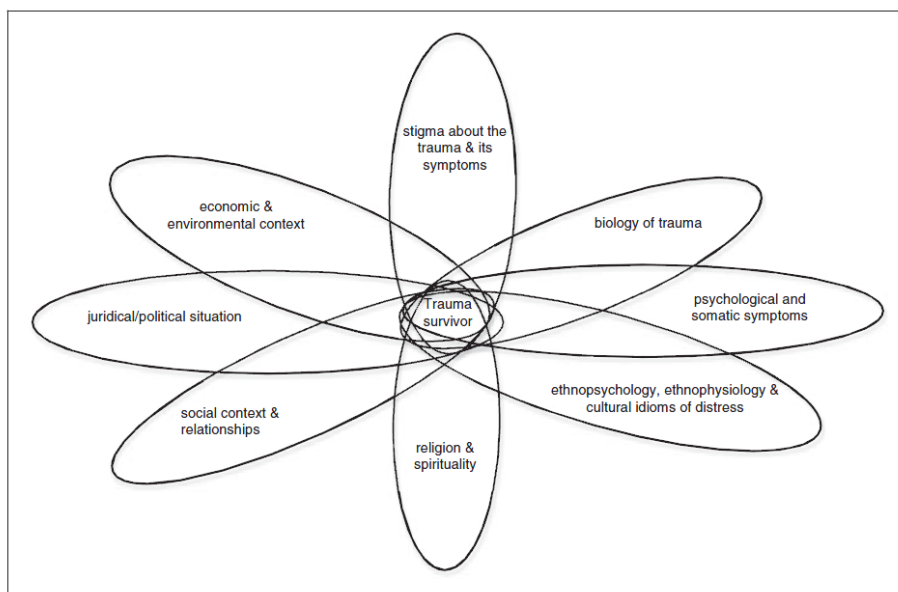
På trods af veldokumenteret ringere adgang til forebyggelse, behandling og efterbehandling er der meget få studier af barrierer i adgang til sundhedsvæsenet og årsager til forskelsbehandling i Danmark og i Norden [70]. Sociale forskelle i sundhed og sygdom er veldokumenterede. Imidlertid ignoreres flygtninge/indvandreres grundvilkår ofte i sundhedsmæssig sammenhæng. At være flygtning giver med det samme 4 klip i det mentale kørekort: **Selvagtelsen** udfordres, det **sociale sikkerhedsnet** undermineres, **stress styringen** 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 sprogløft 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.

#### Usynlige usunde betingelser

En 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 [71-73]. 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 [74, 75]. 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 [16, 76].

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 [16, 73]. 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, flash-backs, stemmehøring og grænsepsykotiske tilstande kan være i spil samtidigt og kan let forvirre klinikerne [77]. 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 [78].

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 [79]. Traumer slider på patientens selvgættelse og selvsikkerhed og med følelser af skyld, skam og ansvar for traumat er mange PTSD patienter i stor risiko for ikke at kunne tilegne sig viden, f.eks. om krop, sundhed og sygdom [80]. 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 "bekymring 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 hverdags situationer i undervisning, i bussen, til forældre samtalen eller i læge samtalen [81, 82]. 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. 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 [83]. I nedenstående figur ses de elementer der tilsammen styrer og præger hvornår og hvordan tidligere traumer kan opleves og komme til udtryk (kilde: [81]):



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 risiko faktor (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 [84-86].

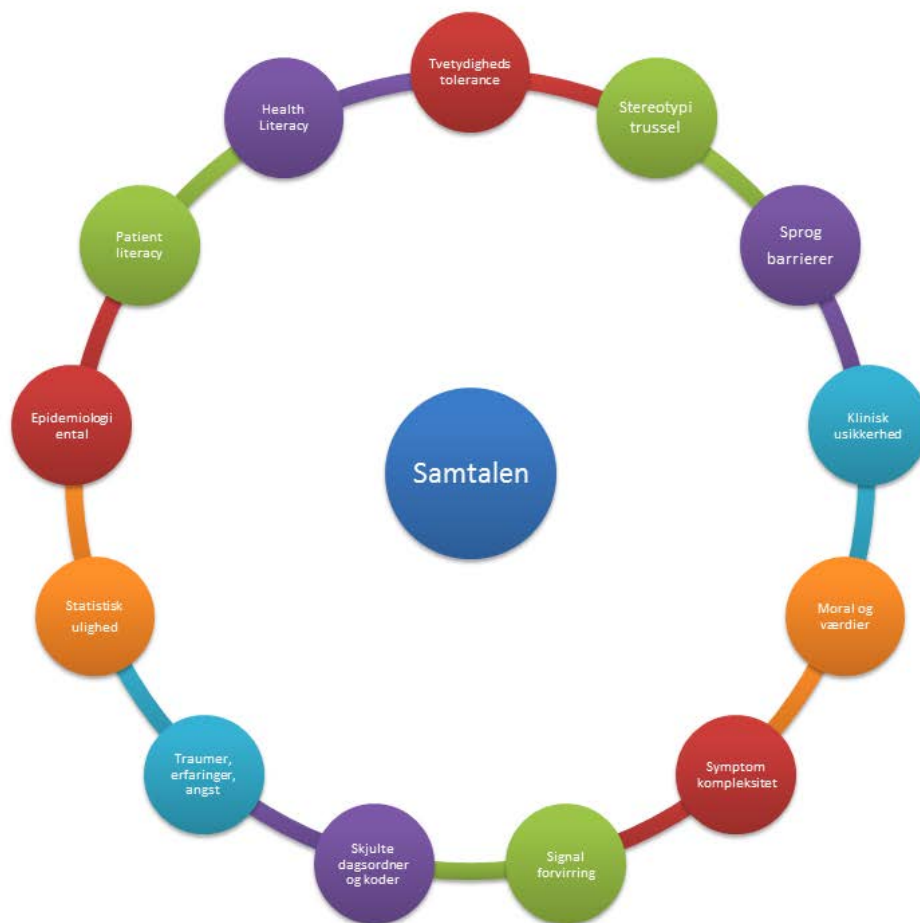
Meget er derfor gjort i en samtale hvis læge og patient sammen får klarlagt, hvad patienten er bange for, hvad det er ved sygdommen, undersøgelsen eller behandlingen patienten er utryk ved eller ikke forstår. Helt grundlæggende er det vores erfaring at nogle patienter:

- 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.

### **Samtale med benspænd**

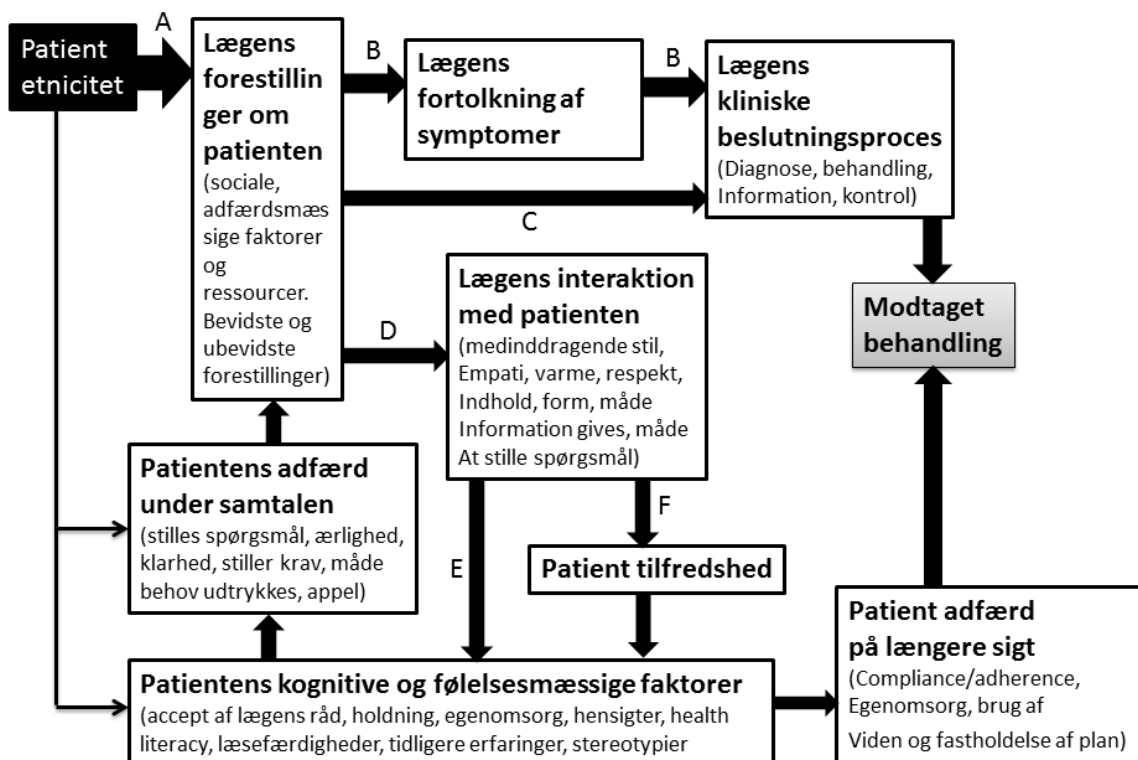
I en undersøgelse af hvordan fagligheden i undervisning på danske og norske universiteter påvirkedes af hvilket sprog der undervistes på fandt man at hvis undervisningen foregik på engelsk så faldt det faglige indhold, tvivlsspørgsmål blev ikke afklaret, humoren forsvandt, der gik for meget tid med at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



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)[87]. 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 [88, 89]. 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 lægen's, 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 [89]. 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[90]. Den følgende figur



viser de mange veje, der er i den diagnostiske proces og i valg af behandling når der er betydelige sproglige og etnisk betingede barrierer involveret.



Sammenhæng A er ret veldokumenteret, mens de øvrige sammenhænge er mindre velbeskrevne:

**A:** Stereotypier, 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

### 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 første sproget 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.

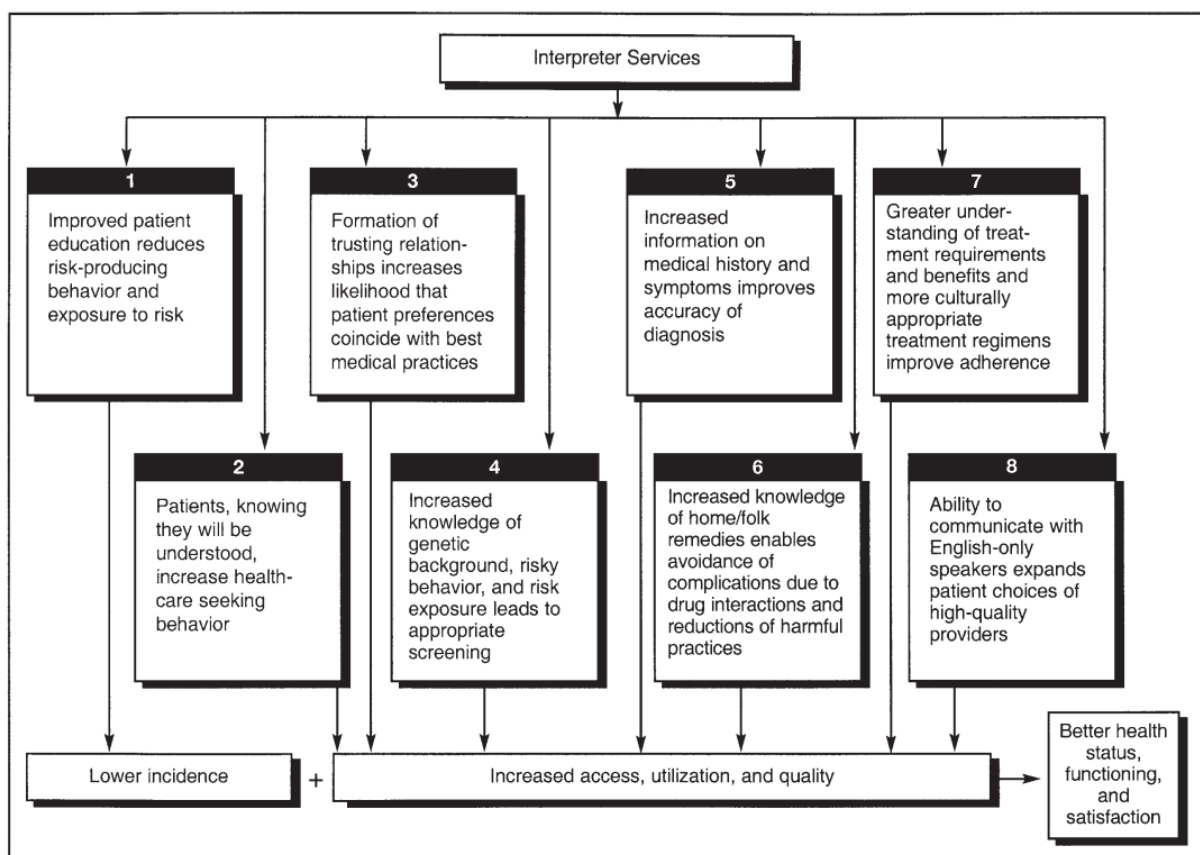
Migration indebærer tab af sprog (især dagligdags og dialekt), holdninger, værdier, sociale strukturer, normale livsstrategier, handlemuligheder og støttenetværk. Sproget, modersmålet, vil ofte være det eneste tilbageværende, der giver flygtningen en identitet, sikkerhed og tryghed[91]. For særligt skrøbelige 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.



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 modermål, 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 [92, 93].

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 [94].

Den følgende figur viser en model for hvordan og på hvilke områder tolkebistand kan bidrage til at udligne ulighed i sundhed (kilde: [31])



## Det kulturelle spøgelse

*Culture is what your butcher would have if he were a surgeon*

(Mary Pettibone Poole: A glass eye at a keyhole, citeret i: Charles Lemert. Durkheim's Ghosts: Cultural Logics and Social Things. (1938))

*Culture is roughly everything we do that monkeys don't*

(FitzRoy Somerset, 4th Baron Raglan)

Kultur er en liste med vasketøj, der er så blandet i farverne, at når det bliver vasket sammen bliver tøjlet blegt og kedeligt [95]. 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 kulturelle røntgenblik**

Det paradoksale er, at det kræver viden om kultur, religion og etnicitet at få dem ud af konsultationsrummet. 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 skrællet af. 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 røntgen blik 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 [1, 96-98].

### **PTSD påvirker sygdomsindsigt**

PTSD medfører hukommelses og koncentrationsbesvær, der medfører, at PTSD patienter forstår, bearbejder og gemmer viden på en måde der svækker sproglæring. Det kan påvirke flygtninges evne til at lære ny viden og bruge den, f.eks. viden om forebyggelse og sygdom [82]. 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 sprogkunderskaber hvis de udsættes for rutinebrud eller sociale/fysiske/psykiske begivenheder og der kan let opstå behov for tolkebistand i f.eks. sygdoms forløb. Hvis lægen ikke er opmærksom på dette forhold kan vigtig information gå tabt og føre til, for lægen uforståelige, compliance problemer [82, 99, 100].

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 non-verbale 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 [101, 102]. Patienten kan som resultat få meget negative hospitals oplevelser, som kompromitterer deres muligheder for fortsat indlæring [103]. Men fragmenteret og desorganiseret hukommelse specielt omkring traumat 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 [104, 105]

### **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 [71-73, 106]. 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 [97, 107-109]. Det kliniske potentiale i en patient centreret livshistorievinkel i den kliniske læge-patient samtale er velbeskrevet [71-73, 108, 110]. I studiet fra Schweiz fandt man f.eks. at flygtninge fra ex-jugoslavien oftest havde tilgrundliggende somatiske klager selvom de umiddelbart havde psykiske symptomer [110]. 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 psyko-sociale og psykiske årsager til somatiske symptomer, som kun kom frem ved at opbygge samtalen systematisk i forhold til at afsøge sådanne forklaringer hos patienten.

### **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 svaghedstegn og en selvforskyldt tilstand [111]. 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 [20]. 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 [97, 112]. 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. social stigma, dels pga. selvvalgt isolation pga. skam over "ikke at være et perfekt menneske" [16, 113]. 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 flygtninge familier 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 [114].

### **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 / health literacy i indvandrersammenhæng**

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 [115, 116]. 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 [117]. Desværre afhænger health literacy af to centrale kompetencer som intet har med sundhedsvæsenets opgaver at gøre: talfærdighed og læseevner. 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 [118-121]. 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 patient møder 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 [122]. Diabetes kontrol påvirkes f.eks.

direkte af patientens oplevelse af lægens kommunikationsevner [123]. 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 [124].

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.

### **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 [125, 126]. 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 [17]. 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 karateristika: 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 [127].

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 [125]. 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 [24, 128].

### **Indvandrer inerti 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 knæoperationen, 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 [129].

### **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 kulturel 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, familierod, 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



- Selvpfattet 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 rapporten "Tak fordi du lavede en bedre version af mig" er opgaverne og de tilgrundliggende forklaringer beskrevet i detaljer [16].

### Professionel diskvalificering

Det er IMK's erfaring, 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 [16, 130]. 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, forgodtbefindende 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 borgeres 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.

Den blinde og tonedøve diskvalificeringen 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 røntgen blik. Det er ofte vigtigere at finde ud af hvilken patient der har sygdommen end hvilken sygdom patienten har, som Virchow udtrykte det.

Patienter gør det de er bedst til og de gør det så godt de kan. Det bør vi også gøre som læger.

## Referencer

1. Rashid, I., *Kulturforståelse i praksis - Indsigt som et redskab: , 2, Udgivet og sponsoreret af Pfizer A/S, 2014*. 2 ed. 2014: Pfizer A/S.
2. Cleveland, J., C. Rousseau, and J. Guzder, *Cultural Consultation for Refugees*, in *Cultural Consultation*. 2014, Springer. p. 245-268.
3. 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): p. 200-207.
4. Steel, Z., et al., *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): p. 537-549.
5. Porter, M. and N. Haslam, *Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis*. *Jama*, 2005. **294**(5): p. 602-612.
6. Beiser, M., *Strangers at the gate: The "boat people's" first ten years in Canada*. 1999: University of Toronto Press.
7. Rousseau, C. and A. Drapeau, *Are refugee children an at-risk group? A longitudinal study of Cambodian adolescents*. *Journal of Refugee Studies*, 2003. **16**(1): p. 67-81.
8. Pottie, K., et al., *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): p. 505-10.
9. McKeary, M. and B. Newbold, *Barriers to care: The challenges for Canadian refugees and their health care providers*. *Journal of Refugee Studies*, 2010. **23**(4): p. 523-545.
10. Schweitzer, R., et al., *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): p. 179-188.
11. Rousseau, C., et al., *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): p. 909.
12. Kirmayer, L.J., et al., *Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care*. *Canadian Medical Association Journal*, 2011. **183**(12): p. E959-E967.
13. Montague, E., et al. *Considering Culture in the Design and Evaluation of Health IT for Patients*. in *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*. 2013. SAGE Publications.
14. Cooper, L.A., M.N. Hill, and N.R. Powe, *Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care*. *Journal of General Internal Medicine*, 2002. **17**(6): p. 477-486.
15. Russ, A.L., et al., *The science of human factors: separating fact from fiction*. *BMJ quality & safety*, 2013. **22**(10): p. 802-808.
16. Sodemann, M., *Tak fordi du lavede en bedre version af mig*. 2013, Indvandrermedicinsk Klinik.
17. Van Ryn, M., *Research on the provider contribution to race/ethnicity disparities in medical care*. *Medical care*, 2002. **40**(1): p. I-140-I-151.
18. Smedley, B.D., A.Y. Stith, and A.R. Nelson, *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care (with CD)*. 2009: National Academies Press.
19. Sodemann, M., *Medicinsubstitution er farlig og skaber ulighed*. *Ugeskrift for Læger*, 2013. **175**(14).
20. Sodemann, M., *Ubehandlet inkontinens er en katastrofe i indvandrerfamilier: Men støtte, information på fremmedsprog og behandling virker*. *K-nyt*, 2013. **25**(4): p. 10-12.
21. Ngo-Metzger, Q., et al., *Linguistic and cultural barriers to care*. *Journal of general internal medicine*, 2003. **18**(1): p. 44-52.

22. Richardson, L.D., C. Babcock Irvin, and J.H. Tamayo-Sarver, *Racial and ethnic disparities in the clinical practice of emergency medicine*. *Academic emergency medicine*, 2003. **10**(11): p. 1184-1188.
23. Green, C.R., et al., *The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain*. *Pain medicine*, 2003. **4**(3): p. 277-294.
24. Schulman, K.A., et al., *The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization*. *New England Journal of Medicine*, 1999. **340**(8): p. 618-626.
25. Giese, A., et al., *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): p. 196.
26. Ghooi, R., *Ensuring that informed consent is really an informed consent: Role of videography*. *Perspectives in Clinical Research*, 2014. **5**(1): p. 3.
27. Banks, A.D. and K. Dracup, *Factors associated with prolonged prehospital delay of African Americans with acute myocardial infarction*. *American Journal of Critical Care*, 2006. **15**(2): p. 149-157.
28. Clark, J.A., D.A. Potter, and J.B. McKinlay, *Bringing social structure back into clinical decision making*. *Social Science & Medicine*, 1991. **32**(8): p. 853-866.
29. Burgess, D.J., S.S. Fu, and M. Van Ryn, *Why do providers contribute to disparities and what can be done about it?* *Journal of General Internal Medicine*, 2004. **19**(11): p. 1154-1159.
30. Kleinman, A. and P. Benson, *Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it*. *PLoS medicine*, 2006. **3**(10): p. e294.
31. Brach, C. and I. Fraserirector, *Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model*. *Medical Care Research and Review*, 2000. **57**(4 suppl): p. 181-217.
32. Horowitz, C.R., et al., *Approaches to eliminating sociocultural disparities in health*. *Health Care Financing Review*, 2000. **21**(4).
33. Coye, M.J., D. Alvarez, and C. Fund, *Medicaid managed care and cultural diversity in California*. 1999: Commonwealth Fund.
34. Dow, H.D., *An overview of stressors faced by immigrants and refugees: a guide for mental health practitioners*. *Home Health Care Management & Practice*, 2011. **23**(3): p. 210-217.
35. Westermeyer, J., *Mental health for refugees and other migrants: Social and preventive approaches*. 1989: Charles C Thomas, Publisher.
36. Mirkin, M.P., *The impact of multiple contexts on recent immigrant families*, in *Re-visioning family therapy: Race, culture, and gender in clinical practice*, M. McGoldrick, Editor. 1998, The Guilford Press: New York. p. 370-383.
37. Murphy, H., *Migration, culture and mental health*. *Psychol Med*, 1977. **7**(4): p. 677-684.
38. Kunz, E., *The Refgee In Flight: Kinetic Models And~ orks of~ isjplacement*. *International migration review*, 1973. **7**(2): p. 125-146.
39. Stewart, M., et al., *Multicultural meanings of social support among immigrants and refugees*. *International Migration*, 2008. **46**(3): p. 123-159.
40. Kristiansen, M. and A. Mygind, *Sundhedsadfærd influeres af psykosocial sårbarhed-en kvalitativ undersøgelse blandt migrantmænd i Danmark*. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 2011. **6**(2): p. 60-69.
41. Kristiansen, M., A. Mygind, and A. Krasnik, *Sundhedsmæssige konsekvenser af migration*. *Ugeskrift for læger*, 2006. **168**(36): p. 3006.
42. Helweg-Larsen, K., E.M. Flachs, and M. Kastrup, *Psykisk trivsel, psykisk sygdom: Etniske forskelle blandt unge i Danmark*. 2007: Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed.
43. Kumar, B.N., *Health and migration*. 2011, Michael.
44. 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): p. 187-199.

45. Kinzie, J.D., et al., *The effects of September 11 on traumatized refugees: Reactivation of posttraumatic stress disorder*. The Journal of nervous and mental disease, 2002. **190**(7): p. 437-441.
46. Silove, D., et al., *Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors*. The British Journal of Psychiatry, 1997. **170**(4): p. 351-357.
47. Carswell, K., P. Blackburn, and C. Barker, *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): p. 107-119.
48. Gorst-Unsworth, C. and E. Goldenberg, *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): p. 90-94.
49. Valsiner, J. and A. Rosa, *Contemporary socio-cultural research: uniting culture, society, and psychology*. The Cambridge handbook of sociocultural psychology, 2007: p. 1-20.
50. Barker, C., *Cultural studies and discourse analysis: A dialogue on language and identity*. 2001: Sage.
51. Antonovsky, A. and K.M. Mortensen, *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. 2008: KLO.
52. Colic-Peisker, V. and I. Walker, *Human capital, acculturation and social identity: Bosnian refugees in Australia*. Journal of Community & Applied Social Psychology, 2003. **13**(5): p. 337-360.
53. Friedberg, R.M., *You can't take it with you? Immigrant assimilation and the portability of human capital*. Journal of Labor Economics, 2000. **18**(2): p. 221-251.
54. McGoldrick, M., *Ethnicity and the family life cycle*. Family Business Review, 1992. **5**(4): p. 437-459.
55. Mock, M., *Clinical reflections on refugee families: Transforming crises into opportunities*, in *Re-visioning family therapy*, M.M. Coldrick, Editor. 1998, NY: Guilford: New York. p. 347-359.
56. Sondergaard, H., et al., *Patterns of endogenous steroids in apathetic refugee children are compatible with long-term stress*. BMC Research Notes, 2012. **5**(1): p. 186.
57. Joellsson, L. and K. Dahlin, *Asylprocess grogrund för apati hos vissa barn*. Depression, 2005. **39**(31): p. 11.
58. Wikipedia. *Asylsökande med apatiska barn*. 2013; Available from: [http://sv.wikipedia.org/wiki/Apatiska\\_flyktingbarn](http://sv.wikipedia.org/wiki/Apatiska_flyktingbarn).
59. Eckersley, R., *Is modern Western culture a health hazard?* International Journal of Epidemiology, 2006. **35**(2): p. 252-258.
60. Markides, K.S. and J. Coreil, *The health of Hispanics in the southwestern United States: an epidemiologic paradox*. Public health reports, 1986. **101**(3): p. 253.
61. Statistik, D. *Indvandrere i Danmark 2010*. 2010; Available from: [www.dst.dk/Publ/Indvandrerleidk](http://www.dst.dk/Publ/Indvandrerleidk).
62. Rafnsson, S.B., 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.
63. Bhopal, R.S., et al., *Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept*. The European Journal of Public Health, 2012. **22**(3): p. 353-359.
64. Finley, E.P., *Fields of combat: Understanding PTSD among veterans of Iraq and Afghanistan*. 2011: Cornell University Press.
65. Royce, A.P., *Ethnic identity: Strategies of diversity*. Vol. 279. 1982: Indiana University Press Bloomington.
66. Taloyan, M., et al., *Poor Self-reported Health and Sleeping Difficulties among Kurdish Immigrant Men in Sweden*. Transcultural Psychiatry, 2006. **43**(3): p. 445-461.
67. Clement, S., 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: p. 1-17.
68. *Hva skal jeg med psykolog? Jeg er ikke "gal!"*, E. Kale, Editor., Norsk Psykolog Forening.
69. Vogel, D.L., N.G. Wade, and A.H. Hackler, *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): p. 40.

70. Dawit Shawel Abebe, N.r., *Public Health Challenges of Immigrants in Norway*, in NAKMI report 2/2010. 2010, Nakmi, Oslo.
71. Spallek, J., H. Zeeb, and O. Razum, *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): p. 6.
72. La Bril, R., A. Primm, and P. Harrison-Ross, *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): p. 879.
73. Sodemann, M., A. Svabo, and A. Jacobsen, *De hårde kampe starter, når krigen er slut*. Ugeskrift for Laeger, 2010. **172**(2): p. 141-4.
74. Kessing, L.L., et al., *Contextualising migrants' health behaviour-a qualitative study of transnational ties and their implications for participation in mammography screening*. BMC public health, 2013. **13**(1): p. 431.
75. Sodemann, M. and L. Dyhr, *Samtalen med indvandrerpatienten*. Maanedsskrift for Praktisk Laegegerning, 2013. **91**(11): p. 873-881.
76. Slot, L.V., *Ufordringer og veje at gå - mødet mellem sundhedsprofessionelle og patient uanset etnisk oprindelse*, ed. M. Zarreparvar. 2013, København: Institut for Menneskerettigheder.
77. Palic, S. and A. Elklit, *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): p. 8-23.
78. Emdad, R. and H.P. Söndergaard, *Impaired memory and general intelligence related to severity and duration of patients' disease in Type A posttraumatic stress disorder*. Behavioral Medicine, 2005. **31**(2): p. 73-86.
79. Herman, J., *Trauma And Recovery: The Aftermath Of Violence--from Domestic Abuse To Political Terror Author: Judith Herman, Publisher*. 1997.
80. Rundle, L. and N. Ysabet-Scott, *Violence: a barrier to our education*. Women's Education, 1995. **11**: p. 5-10.
81. Hinton, D.E. and L.J. Kirmayer, *Local responses to trauma: symptom, affect, and healing*. Transcult Psychiatry, 2013. **50**(5): p. 607-21.
82. Sodemann, M., *PTSD påvirker sprogindlæring*. 2014: Indvandrermedicinsk klinik, Infektionsmedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital.
83. Eades, H., *An exploration of the ways in which ethiopian refugee people living in the UK understand extreme adversity*, in *Clinical Psychology*. 2013, University of East London [http://roar.uel.ac.uk/3458/1/2013\\_DClinPsych\\_Eades.pdf](http://roar.uel.ac.uk/3458/1/2013_DClinPsych_Eades.pdf).
84. Fitzgibbon, M.L., L.R. Blackman, and M.E. Avellone, *The Relationship Between Body Image Discrepancy and Body Mass Index Across Ethnic Groups*. Obesity Research, 2000. **8**(8): p. 582-589.
85. Nightingale, C.M., 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): p. 1712-1719.
86. Jones, B., S. Balaji, and C. Cotzias, *The association between severity of impaired glucose tolerance in gestational diabetes with age, BMI, and ethnicity in the UK*. 2013.
87. Daft, R.L. and R.H. Lengel, *Organizational information requirements, media richness and structural design*. Management science, 1986. **32**(5): p. 554-571.
88. Weissenstein, A., et al., *Measuring the ambiguity tolerance of medical students: a cross-sectional study from the first to sixth academic years*. BMC family practice, 2014. **15**(1): p. 6.
89. Lally, J. and P. Cantillon, *Uncertainty and Ambiguity and Their Association with Psychological Distress in Medical Students*. Academic Psychiatry, 2014: p. 1-6.
90. Geller, G., *Tolerance for ambiguity: an ethics-based criterion for medical student selection*. Academic Medicine, 2013. **88**(5): p. 581-584.
91. Bhugra, D. and M.A. Becker, *Migration, cultural bereavement and cultural identity*. World Psychiatry, 2005. **4**(1): p. 18.

92. Suurmond, J., et al., *Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study*. BMC health services research, 2011. **11**(1): p. 10.
93. Halbert, C.H., et al., *Racial differences in trust in health care providers*. Archives of Internal Medicine, 2006. **166**(8): p. 896.
94. Nielsen, A.S., *Generaliseringens magt*.
95. Lemert, C., *Durkheim's Ghosts: Cultural Logics and Social Things*. 2006: Cambridge University Press.
96. Andersen, C.L., *Kulturforståelse og omsorg*, R.H.E. Ressourceteam, Editor. 2014, Region Hovedstaden. Etnisk Ressourceteam: [www.ressourceteam.dk](http://www.ressourceteam.dk)
97. Duus, L., *Den gode dialog*. 2013, Aarhus: VIA-systeme.
98. Baig, N., M. Kastrup, and L. Rasmussen, *Tro, omsorg og interkultur*. 2010: Hans Reitzels Forlag.
99. Sodemann, M., et al., *Kun en tåbe frygter ikke sproget*. 2011, Indvandrermedicinsk klinik, Center for Global Sundhed, SDU/OUH.
100. Sodemann, M.o.S., Arndis *Sygdomstolkning*. 2011, Sprog-museet.dk.
101. Horsman, J. "BUT I'M NOT A THERAPIST": THE CHALLENGE OF CREATING EFFECTIVE LITERACY LEARNING FOR SURVIVORS OF TRAUMA. in *Australian Council for Adult Literacy 21st National Conference: Literacy on the line. Conference proceedings*. 1998. Adelaide: University of South Australia.
102. EMDAD, R., H.P. SÖNDERGAARD, and T. THEORELL, *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): p. 25-43.
103. Finn, H.B., *Overcoming barriers: Adult refugee trauma survivors in a learning community*. TESOL Quarterly, 2010. **44**(3): p. 586-596.
104. Gray, M.J. and T.W. Lombardo, *Complexity of trauma narratives as an index of fragmented memory in PTSD: A critical analysis*. Applied Cognitive Psychology, 2001. **15**(7): p. S171-S186.
105. Montgomery, E., *Trauma, exile and mental health in young refugees*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2011. **124**(s440): p. 1-46.
106. Bramsen, I. and H.v.d. Ploeg, *Fifty years later: the long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1999. **100**(5): p. 350-358.
107. Deleuran, M.T., *Interkulturel sundhedsfremme, CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland*. 2011: Aarhus.
108. Nielsen, D., *Livshistorien er i centrum i Indvandrermedicinsk klinik*. Sygeplejersken 2011, 2011: p. 3.
109. Nielsen, D., *Mødet med den etniske minoritetspatient. I: Patientologi: at være patient*. 2013: Gad.
110. Gilgen, D., 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): p. 261-273.
111. Sadik, S., et al., *Public perception of mental health in Iraq*. International journal of mental health systems, 2010. **4**(26): p. 1-11.
112. Sodemann, M., *Kuldsejlede KOL-patienter får hjælp på Indvandrer-klinik*, in *KOL Inspiration i almen praksis. Opskrifter på bedre behandling af KOL i praksis*, N.L. Rasmussen, Editor. 2012, Dagens Medicin: København.
113. Christensen, D.S. *Dobbelt minoriteter*. 2013; Available from: <http://www.dobbeltminoriteter.dk/blog/>.
114. Ældreforum, *Ældre med anden etnisk baggrund - viden og inspiration til indsats*. 1 ed. 2013, København: Ældreforum.
115. Peerson, A. and M. Saunders, *Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?* Health Promotion International, 2009. **24**(3): p. 285-296.
116. 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): p. 259-267.
117. Sørensen, K., et al., *Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models*. BMC Public Health, 2012. **12**(1): p. 80.

118. Anderson, L.M., et al., *Culturally competent healthcare systems: a systematic review*. American journal of preventive medicine, 2003. **24**(3): p. 68-79.
119. Flores, G., et al., *The importance of language and culture in pediatric care: case studies from the Latino community*. The Journal of pediatrics, 2000. **137**(6): p. 842-848.
120. Mueller, M.-R., 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**: p. 77-91.
121. Zanchetta, M.S. and I.M. Poureslami, *Health literacy within the reality of immigrants' culture and language*. Canadian Journal of Public Health, 2006. **97**(2): p. S26.
122. Williams, M.V., et al., *The role of health literacy in patient-physician communication*. FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-, 2002. **34**(5): p. 383-389.
123. Schillinger, D., et al., *Association of health literacy with diabetes outcomes*. Jama, 2002. **288**(4): p. 475-482.
124. Chinn, D., *Critical health literacy: A review and critical analysis*. Social Science & Medicine, 2011. **73**(1): p. 60-67.
125. Hooper, E.M., et al., *Patient characteristics that influence physician behavior*. Medical Care, 1982. **20**(6): p. 630-638.
126. Eisenberg, J.M., *Sociologic influences on decision-making by clinicians*. Annals of Internal Medicine, 1979. **90**(6): p. 957-964.
127. McKinlay, J.B., D.A. Potter, and H.A. Feldman, *Non-medical influences on medical decision-making*. Social science & medicine, 1996. **42**(5): p. 769-776.
128. Bogart, L.M., et al., *Factors influencing physicians' judgments of adherence and treatment decisions for patients with HIV disease*. Medical Decision Making, 2001. **21**(1): p. 28-36.
129. Anne Mette Ølholm, J.B.C., *MTV af hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Evalueringsrapport*. 2014, Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV. Odense Universitetshospital: [www.ouh.dk/indvandrerklinik](http://www.ouh.dk/indvandrerklinik).
130. Tigerström, L., *Når fordomme mellem læge og patient fører til dårligere behandling*, in Center for Global Sundhed, Klinisk Institut. 2012, Syddansk Universitet.