





Etnisk ulighed i sundhed



REGIONSRÅDSMEDLEM
Anders Kühnau

Ulighed i sundhed er et emne, der har fået stigende opmærksomhed i vores sundhedsvæsen i de seneste år. Mange er blevet

opmærksomme på de store menneskelige og økonomiske problemer, den store ulighed i sundhed er årsag til, og vi har efterhånden en omfattende viden om, hvordan uligheden kommer til udtryk i vores sundhedsvæsen.

Noget af den nyeste viden vi har om ulighed i sundhed, har vi fået i en ny rapport om etniske minoritetsgruppers sundhedstilstand. Rapporten, som præsenteres i dette nummer af *mi(d)t Liv*, viser bl.a., at flere af de etniske minoritetsgrupper har et dårligere helbred og er mere udsatte for at blive langvarigt syge med fx diabetes, hjerte-problemer eller psykiske lidelser. Undersøgelsen, der ligger til grund for rapporten, giver også en række forklaringer på den oversygelighed, vi ser blandt de etniske minoriteter. Man kan således se en anden sundhedsadfærd hos nydanskerne – eksempelvis er der flere rygere blandt indvandrere end blandt de etnisk danske borgere.

Rapporten er med til at sætte fokus på et vigtigt emne, og resultaterne kalder på politisk handling. Region Midtjylland har til formålet nedsat et midlertidigt udvalg, som beskæftiger sig med ulighed i sundhed, og udvalget har på sit første møde haft de etniske minoriteters sundhed på dagsordenen.

Dette nummer af *mi(d)t Liv* sætter fokus på etniske minoriteters sundhed, herunder møder i det danske sundhedsvæsen. Det er spændende læsning, der giver stof til eftertanke, og som ud over at udfordre vores traditionelle syn på sundhedssektoren også minder os om den store udfordring, der ligger i at gøre kontakten og møderne så problemfrie som muligt. Udfordringen ligger først og fremmest hos de sundhedsprofessionelle, der møder indvandrerne på sygehuset eller i almen praksis, men politikerne har i sidste ende ansvaret for at skabe de rammer, der gør møderne gode – både for personale og patienter.

Noget af det flere af artiklerne også peger på er, at der skal ske en forventningsafstemning mellem patient og personale. Det skal der for så vidt uanset hvilken patient – etnisk eller dansk – der er tale om; men det kan være særligt vanskeligt med de etniske minoriteter, som kan have helt anderledes forventninger til, hvilken hjælp man kan få i sundhedssektoren, og hvilken rolle man har som patient. Der kan vi måske hjælpe med at klæde de sundhedsprofessionelle bedre på, så denne forventningsafstemning kan ske så tidligt i behandlingsforløbet som muligt. Udvalget vedr. sociale forskelle i sundhed vil primo 2009 udarbejde en rapport med flere anbefalinger til, hvordan man fx kan blive bedre til at behandle de etniske minoriteter i vores sundhedsvæsen og dermed forhåbentligt bidrage til at reducere uligheden i sundhed.

Anders Kühnau, Regionsrådet (A)
formand for det midlertidige udvalg
vedr. sociale forskelle i sundhed

mi(d)t Liv – november 2008

Bladet for beslutningstagere og sundhedspersonale i Midtjylland samt nationale samarbejdspartnere

Udgiver

Region Midtjylland, Center for Folkesundhed
Sundhedsfremme og Forebyggelse
Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N
www.centerforfolkesundhed.dk

Redaktionspanel

Merete Bech Bennetsen
MTV-konsulent, Center for Folkesundhed
Lene Dørrfler
sundhedskonsulent, Silkeborg Kommune
Lars Foged
praktiserende læge, Skjern
Anette Larsen
socialrådgiver, Center for Folkesundhed
Doris Nørgård
ledende sundhedskonsulent
Center for Folkesundhed
Anna Birte Sparvath
chefsyrgeplejerske, Regionshospitalet Horsens,
Brædstrup og Odder

Redaktion

Lucette Meillier
sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4713, lucette.meillier@stab.rm.dk
Gerd Nielsen
redaktionssekretær, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4711, gerd.nielsen@stab.rm.dk
Kirsten Vinther-Jensen (ansvarsh.)
kontorchef, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4707, kirsten.vinther-jensen@stab.rm.dk

Kontakt

Redaktionssekretær Gerd Nielsen
Tlf. 8728 4711, gerd.nielsen@stab.rm.dk

Forside, tegninger: Hanne Ravn Hermansen

Grafisk tilrettelæggelse

Weitemeyer Design & Communication

Tryk: Werks Offset A/S

Oplag: 4.000 stk.

Online version: www.midtliv.rm.dk

Næste udgivelse: marts/april 2009

ISSN 1902-7257

Etniske minoriteters sundhed er genstand for stigende opmærksomhed og med god grund. Sundhedstilstanden er generelt dårligere, og mange etniske minoritetsgrupper rapporterer om dårligere selvvurderet helbred og psykisk sundhed sammenlignet med etniske danskere. Det er en opgave og en udfordring for sundhedsvæsenet at reducere forskellene, hvilket ikke kan ske, uden at der også fokuseres på etniske minoriteters vilkår og forudsætninger for at kunne begå sig i et dansk sundhedsvæsen og få fuldt udbytte af tilbud og indsatser. Samtidigt er det vigtigt at huske på, at alle mennesker er unikke og at ethvert møde – også i sundhedsvæsenet – er noget særligt for de involverede.

Artiklerne i dette nummer af *mi(d)t Liv* handler om såvel sundhedstilstanden som møder i sundhedsvæsenet set fra forskellige perspektiver. Der er også eksempler på initiativer, som helt specifikt retter sig mod etniske minoriteter.

Vi håber, at bladet kan blive endnu et input til en øget viden om og forståelse af etniske minoriteters sundhed og bidrage til et nuanceret syn.

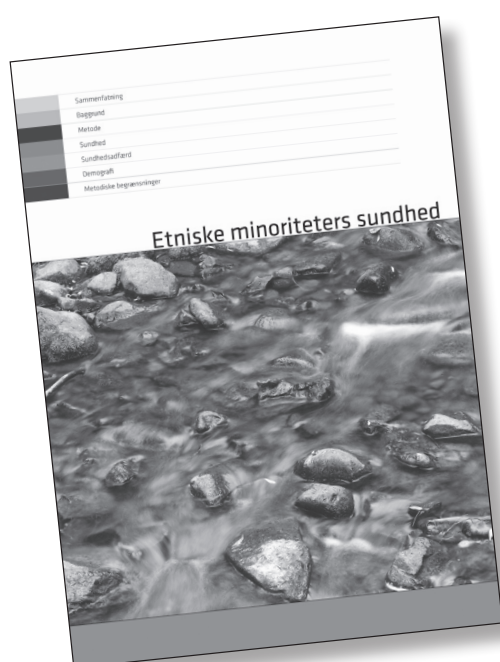
God læselyst
REDAKTIONEN

-
- | | | |
|---|---|--|
| 03 I dette nummer
Tema:
Etniske minoriteter og sundhed | 17 Farvel til lægen
som mini-gud | 27 Behandling af krigstraumer
i Region Midtjylland |
| 04 Etniske minoriteters
sundhed | 19 Tolkeanvendelse
i sundhedsvæsenet | 30 Regionalt sundhedssamarbejde
Sundhedsaftaler |
| 08 At forstå og blive forstået
- møder på hospitalet | 22 Kulturelle mediatorer
på Bispebjerg Hospital | 31 Regionalt sundhedssamarbejde
Sunde indspark ... |
| 10 Mødet med etniske
minoriteter i almen praksis | 23 Etnisk sundhed
i fokus | |
| 14 InterMultiFemina | 25 Højt ambitionsniveau
- brede kompetencer,
store ører! | |
-

Etniske minoriteters sundhed

Indvandreres helbred er betydeligt dårligere sammenlignet med etniske danskere

■ John Singhammer, projektleder, Center for Folkesundhed/Sundhedsfremme og Forebyggelse, Region Midtjylland



I juni 2008 blev resultaterne af en landsdækkende undersøgelse om sundhed og sygdom blandt de 7 største etniske minoritetsgrupper i Danmark offentliggjort.⁽¹⁾ Profilen *Etniske minoriteters sundhed* er planlagt og fulgt til dørs af et Partnerskab, som blev etableret i 2005. Viden om sygdom, sundhed og sundhedsadfærd er en forudsætning for at målrette og kvalificere det sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende arbejde i regioner og kommuner, og viden om alle grupper i samfundet er et væsentligt grundlag for at kunne målrette tilbuddene og give alle lige muligheder for at opnå sundhed.

Hvad viser resultaterne?

Når et menneske selv vurderer, om det har et meget godt, godt, nogenlunde eller dårligt helbred, er det en vigtig rettesnor for, hvordan det kommer til at gå med sygdom

og dødsfald i fremtiden. I visse tilfælde bedre end objektive diagnoser stillet af en læge. Andelen med dårligt selv vurderet helbred blandt alle indvandrergrupper er betydeligt højere sammenlignet med etniske danskere i alderen 18-66 år. Forskellen bliver større med stigende alder. I alle etniske grupper rapporterer særligt kvinder, at deres helbred er dårligt (tabel 1).

Langvarige sygdomme forekommer også oftere blandt de fleste etniske minoritetsgrupper sammenlignet med etniske danskere (tabel 2). For eksempel rapporterer mellem 18 og 52%, at de har rygsygdom mod 14% blandt etniske danskere. Rygsygdom er dermed den hyppigst forekommende langvarige sygdom blandt 4 ud af 7 indvandrergrupper og forekommer hos hver tredje person. Blandt indvandrere fra Iran og blandt efterkommere af indvandrere fra Pakistan og Tyrkiet ligner sygdomsmønsteret de etniske danskere. Selvom langvarige sygdomme forekommer hyppigere blandt etniske minoriteter end blandt etniske danskere, er der også stor variation mellem grupper af forskellige etniske minoriteter. De langvarige sygdomme indvandrere fra fx Tyrkiet rapporterer, er ikke de samme, som dem indvandrere fra Irak angiver. Det er altså forskellige tiltag, der skal tilbydes de forskellige indvandrergrupper.

Sundhedsadfærd

Undersøgelsen omfatter også rygning, fysisk aktivitet, indtag af sukker og overvægt. Særlig resultaterne for rygning er opsigtsvækkende, idet der blandt mænd er betydeligt flere som ryger dagligt blandt næsten alle etniske minoritetsgrupper sammenlignet med etniske danskere (figur 1). Andelen, som ryger dagligt, er dog mindre blandt mænd fra Somalia. Generelt er der færre kvinder end mænd som ryger dagligt. Den højeste andel dagligrygere findes blandt mandlige efterkommere fra Tyrkiet med 53%. På trods af den høje rygeforekomst blandt flere af de etniske minoritetsgrupper er det imidlertid positivt, at mange rygere også rapporterer, at de ønsker at holde op med at ryge. Faktisk rapporterer mellem halvdelen og trejerdedele i alle etniske grupper, at de er motiverede for rygeophør.

Perspektiver

De foreløbige resultater af undersøgelsen peger på, hvad vi kan forvente os blandt etniske minoriteter i fremtiden. Efterhånden som de etniske minoritetsgrupper, der er omfattet af undersøgelsen, bliver ældre, vil sundhedstilstanden være præget af livsstilsrelaterede sygdomme. Disse sygdomme vil optræde i større omfang end blandt danskere. Dette gælder i særdeleshed luftvejssygdomme,

PARTNERSKABET

I juni 2005 blev der underskrevet en partnerskabsaftale med deltagelse af Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Midtjylland, Københavns, Odense (fra 2006) og Århus kommuner samt Sundhedsstyrelsen. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet blev tilknyttet projektets arbejdsgruppe.

herunder KOL og kræft, hvor rygning er en direkte årsag til udvikling af sygdommen. Hjerter-kar-sygdomme kan også forventes at optræde i langt større omfang blandt etniske minoriteter i fremtiden, da flere risikofaktorer som fx rygning, manglende motion og overvægt optræder hyppigere. Muskel-skeletlidelser vil også udgøre et betydeligt element i det fremtidige sygdomsbillede blandt de kommende ældre indvandrere.

Årsager til sundhedsforskellene

Forskere, som beskæftiger sig med etniske minoriteters sundhed, skelner generelt mellem de følgende tre bagvedliggende forhold, som har betydning for sundheden:

1. Forhold i hjemlandet
2. Forhold under migrationsprocessen
3. Forhold i det land som indvandrere bosætter sig i.

Forholdenes betydning for sundhed blandt etniske minoriteter i Danmark belyses i flere detaljer i andre artikler i dette nummer.

De fleste langvarige sygdomme, som forekommer i langt større omfang blandt de etniske minoriteter, er længe om at udvikle sig. Det vil sige, at der går lang tid fra man udsættes for sygdomsfremkaldende forhold til sygdommen bryder ud. De sygdomme, der er spurgt til i undersøgelsen, udvikler sig tidligst efter 15 år – nogle endog efter endnu flere år. Det kan derfor ikke udelukkes, at årsagerne til en del langvarige sygdomme blandt de etniske minoriteter skal findes i indvandrernes oprindelseslande.

Den antagelse styrkes af, at efterkommere af indvandrere fra Pakistan og Tyrkiet, som er født og opvokset i Danmark, har en sundhedsprofil som mere ligner etniske danskeres end de pakistane og tyrkere, der er født og opvokset i hjemlandet. Efterkommernes opvækst adskiller sig da også væsentligt fra forældrenes. Tæt opfølgning fra før fødsel, regelmæssige helbredsundersøgelser under opvæksten, tilgang til sundhedstjenester og mindre eksponering for sundhedsskadelige risici er alle faktorer, som tilsammen og hver for sig kan

forklare en bedre sundhedstilstand blandt efterkommere sammenlignet med deres forældre.⁽²⁾

Vejen videre

For at kvalificere den sundhedsfremmende og forebyggende indsats rettet mod etniske minoriteter bør man vide mere om årsager til sundhedsforskelle blandt etniske minoritetsgrupper og mellem etniske minoriteter og etniske danskere.

Viden om traumatiserende oplevelser blandt etniske minoriteter kan være vigtig, da konsekvenserne rækker langt frem i tid og lægger beslag på nødvendige ressourcer, som indvandrere skal bruge til at etablere et nyt liv. Konsekvenserne af traumatiserende oplevelser rækker også ind på sundhedsområdet. Der er således god grund til at gribe fat i denne problemstilling og få kortlagt omfanget og betydningen heraf.

Tabel 1: Dårligt selv vurderet helbred – køn, alder og oprindelsesland

	INDVANDRERE								EFTERKOMMERE		
	Danmark (18-66 år)	Ex-Jugoslavien	Irak	Iran	Libanon/Palæstina	Pakistan	Somalia	Tyrkiet	Pakistan	Tyrkiet	Danmark (18-39 år)
Procent											
Køn											
Kvinder	11	37	42	23	35	38	21	31	5	6	7
Mænd	9	28	33	22	25	15	11	17	5	9	6
Alder											
18-29 år	6	8	18	7	9	16	6	6	5	7	6
30-39 år	6	24	37	22	33	22	10	19	5	17	6
40-49 år	9	40	50	29	43	34	17	35	-	-	-
50-66 år	16	63	58	34	63	42	31	44	-	-	-
Alle	10	33	37	22	30	28	13	23	5	7	6
Alle - standardiseret*	10	41	48	27	42	29	22	29	5	12	6

■ Signifikant lavere end etniske danskere

■ Signifikant højere end etniske danskere

*) Køns- og aldersstandardiseret

- Ingen deltagere

Et andet aspekt er sociale forholds betydning for sundheden blandt etniske minoriteter. Mange indvandrere har modtaget formel uddannelse i deres oprindelsesland, men tilgængelig information om indvandre- res uddannelse fra hjemlandet dækker ikke alle indvandrere. Dertil kommer, at en given uddannelse i indvandreres oprindelsesland ikke umiddelbart kan sammenlignes med en tilsvarende dansk uddannelse. Andre indikatorer på social position omfatter fx indkomst og beskæftigelse. En undersø-

gelse af de forskellige sociale indikatorers betydning for sundhed vil også skulle tage højde for indvandreres evt. manglende sprogkunderskaber og graden af integration.

Handling nu

Undersøgelsen om etniske minoriteters sundhed dokumenterer, at dårligt selvvurderet helbred, langvarige sygdomme og risikofyldt sundhedsadfærd blandt de syv største etniske minoritetsgrupper i Danmark forekommer langt hyppigere sammenlignet

med etniske danskere. En række spørgsmål om årsager til sundhedsforskelle blandt etniske minoriteter og etniske danskere er fortsat ubesvaret. Dette betyder dog ikke, at vi skal vente med at handle. Et betydningsfuldt område, hvor der umiddelbart kan gøres noget, er over for rygning.

Forekomsten af rygning blandt flere etniske grupper er foruroligende høj. Rygning er den livsstilsfaktor, som medfører størst risiko for udvikling af langvarige sygdom-

Tabel 2: Langvarig sygdom* - oprindelsesland

	INDVANDRERE							EFTERKOMMERE			
	Danmark (18-66 år)	Ex-Jugoslavien	Irak	Iran	Libanon/ Palæstina	Pakistan	Somalia	Tyrkiet	Pakistan	Tyrkiet	Danmark (18-39 år)
	Procent										
Astma	7	4	11	9	13	9	12	11	8	4	8
Allergi	19	19	34	22	34	25	43	19	32	13	21
Diabetes	2	12	17	3	13	14	13	13	1	2	1
Grå stær	1	1	23	1	16	3	8	0	0	0	0
Forhøjet blodtryk	9	27	19	13	18	19	11	18	2	5	2
Hjerteproblemer	2	18	12	7	9	9	16	6	1	0	1
Hjerneblødning	1	1	3	1	3	1	3	2	0	0	0
Kronisk bronkitis/ emfysem	2	8	3	3	8	2	5	9	1	2	2
Slidgigt/leddegigt	10	29	23	18	26	20	27	26	1	4	2
Knogleskørhed	1	4	13	10	11	5	11	9	0	0	0
Mavesår/sår på tolvfingertarmen	2	15	14	10	18	9	17	12	2	2	1
Kræft	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Migræne/ hyppig hovedpine	12	36	33	27	28	26	29	19	13	15	13
Forbigående psykisk lidelse	10	33	40	28	37	23	16	14	7	11	9
Rygsygdom	14	35	52	18	51	23	19	25	6	11	8
HIV/AIDS	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Andre sygdomme	9	8	7	12	5	6	5	12	5	7	5

■ Signifikant lavere end etniske danskere

■ Signifikant højere end etniske danskere

* Køns- og aldersstandardiseret

me og tidlig død. Rygning er endvidere den faktor, som har det største forebyggende potentiale til at reducere sygelighed og dødelighed. Rygning har ikke kun konsekvenser for rygerens helbred, men påvirker også personer i rygerens omgivelser. En reduktion i antallet af rygere vil medføre et betydeligt løft for den generelle sundhedstilstand i befolkningen i form af lavere forekomst af en række rygerelaterede kroniske sygdomme først og fremmest kræft, kredsløbssygdomme og kroniske luftvejsygdomme.

Spørgeskemaundersøgelsen om etniske minoriteters sundhed viser, at andelen af rygere, som er motiverede for at holde op med at ryge, er høj. Aktiviteter, der kan mindske rygning blandt etniske minoriteter, er derfor en opgave, der burde have høj prioritet. I Danmark er der tradition for at oplyse borgerne om rygningens skadelige indvirkning på helbredet. Der er derfor også udarbejdet informationsmateriale på sproget, som retter sig mod mange etniske minoritetsgrupper. Ud over det tilgængelige oplysningsmateriale foregår der i dag et stort arbejde i kommuner og regioner for at udvikle metoder til fremme af sundhed og forebyggelse af sygdom blandt etniske minoriteter. Mange af de eksisterende tiltag

er udviklet i dialog med de etniske minoritetsgrupper. Den fremgangsmåde kan bidrage til, at målgruppen udvikler et ejerskab til tiltagene og bidrager sandsynligvis også til at overkomme de sproglige og sociale begrænsninger, som udgør et grundvilkår for flere etniske minoritetsgrupper. Der er basis for at andre fremtidige tiltag blandt etniske minoriteter baseres på en løbende dialog med målgruppen.

Det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde rettet mod etniske minoriteter er kun lige begyndt. Der vil løbende være behov for at evaluere de tiltag, der gennemføres, og dele erfaringer. Der vil også være behov for en fortsat monitorering af sundhedsforholdene blandt de etniske minoriteter for at kunne justere tiltag i styrke og omfang. Spørgeskemaundersøgelsen *Etniske minoriteters sundhed* er et vigtigt første skridt mod at dokumentere, at sundhed blandt etniske minoriteter er meget forskellig fra majoritetsbefolkningen. Det er en national målsætning, at vi alle skal leve sundt hele livet.⁽³⁾ Med undersøgelsen om etniske minoriteters sundhed har Partnerskabet vist vej mod at kunne yde en indsats inden for det sundhedsfremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende område, som omfatter hele befolkningen. ■

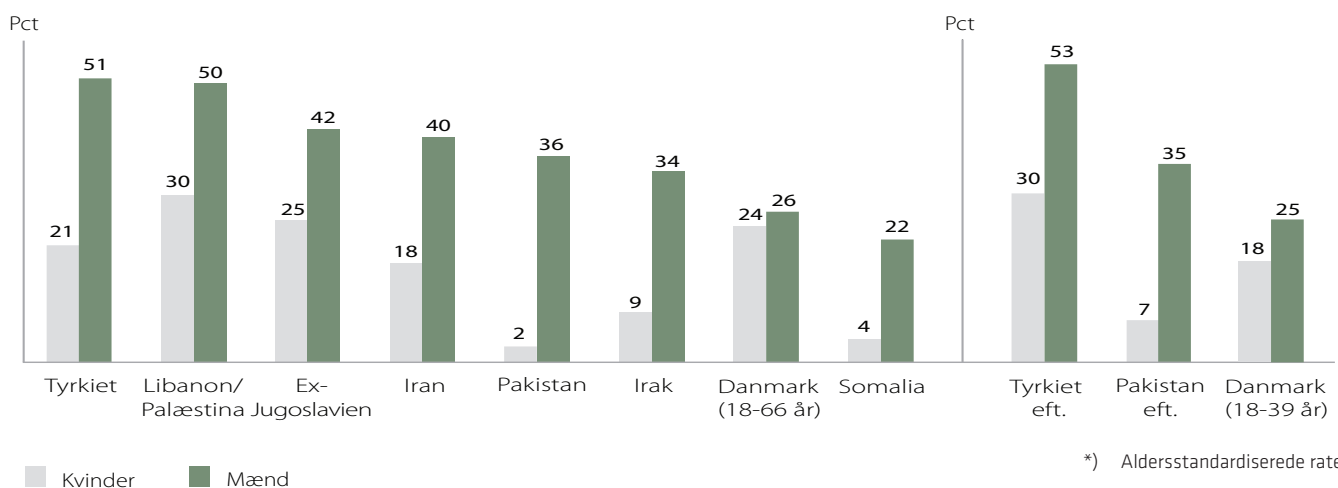
SPØRGESKEMA- UNDERSØGELSEN

Resultaterne i rapporten bygger på en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til indvandrere fra Ex-Jugoslavien, Irak, Iran, Libanon/Palæstina, Pakistan, Somalia og Tyrkiet og efterkommere med Pakistansk og Tyrkisk oprindelse. Undersøgelsen omfatter også et udvalg af etniske danskere. Alle deltagere var mellem 18-66 år. Der blev udtrukket 11.450 personer, hvoraf oplysninger fra Det Centrale Personregister var tilgængelige for 9.515 personer. 4.952 deltagere gennemførte et telefoninterview på dansk eller på deltagerens 'modersmål'. Svarprocenten var 52,1%. Danmarks Statistik gennemførte de mange interview. Indsamlingen af data begyndte i marts 2007 og blev afsluttet i august samme år.

REFERENCER

- (1) Singhammer J 2008, Etniske minoriteters sundhed. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland. Rapporten er udarbejdet og udgivet i samarbejde med Partnerskabet.
- (2) Kuh D & Ben-Shlomo Y. A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology. Oxford University Press 2004.
- (3) Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002, Sundt hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København.

Figur 1: *Dagligrygere* - køn og oprindelsesland*





At forstå og blive forstået – møder på hospitalet

■ Helle Høstrup, sundhedsfaglig konsulent, Århus Universitetshospital Skejby, sygeplejerske, cand. cur., MSA

Amina er indlagt på barselsafdelingen efter at have født sit første barn ved en ukompliceret fødsel. Barnet er lille og har brug for ekstra ernæring og lidt professionel overvågning et par dage for at få en god start. Amina ligger i sengen og klager sig, når sygeplejerskerne kommer ind på stuen. Hun ringer tit på klokken for at bede om drikkevarer eller hjælp til at få barnet op fra vuggen. Personalet føler stigende irritation og forklarer Amina, at hun selv skal stå op af sengen og hente både barn og drikkevarer. Amina føler på sin side stigende irritation over, at personalet ikke opfylder hendes behov, og hun har en følelse af, at de undgår hende.⁽¹⁾

Situationen er velkendt på mange hospitalsafdelinger. Et typisk udfald af situationen kan være vrede fra både patient og sygeplejepersonale. Men hvad er der på spil? Amina har jo sandsynligvis ikke planer om at genere plejepersonalet, ligesom de med stor sandsynlighed vil Aminas bedste. Her er forskellige forventninger til hinanden og forskellige opfattelser af, hvad det vil sige *at være barselspatient*. Amina er måske opdraget med, at kvinden har bedst af hvile efter fødslen, og hun kan være forskrækket eller overrasket over sin krops reaktioner på fødslen. Det sundhedsfaglige personale agerer derimod ud fra en overbevisning om det gode i at komme hurtigt ud af sengen og sørge for sig selv. De betragter barselsperioden som en sund og naturlig tilstand, hvor kvinden ved at tage vare på sig selv og sit barn hurtigere bliver i stand til at bygge hverdagen op omkring sin nye familie. Hvordan løses situationen bedst?⁽¹⁾

Erkendelse af forskelligheder

På en dansk hospitalsafdeling må det professionelle arbejde nødvendigvis foregå på

danske præmisser. Personalet må holde fast i deres viden om sundhedsfremmende indsatser i forhold til nybagte mødre, men i stedet for at lade situationen udvikle sig til vreden opstår, kan sygeplejerskerne arbejde på at styrke opmærksomheden på deres patienters forskelligheder. Situationen kan måske tages i opløbet, hvis den gravide kvinde fra starten af sin kontakt med sundhedsvæsenet bliver mødt med forståelse for sin situation og gøres opmærksom på de forventninger, hun vil blive mødt med ved fødslen og i barselsperioden. På den måde kan den gravide kvinde også selv blive opmærksom på, at hendes forventninger kan være anderledes. Erkendelsen af forskelligheder er første skridt på vejen og en tydelig kommunikation om faglighed det næste.

Sprog og kultur – en forståelseskluft

Mange patienter med anden etnisk baggrund end dansk er fremmedsprogede eller tosprogede. Flere kommer fra lande med en kulturel baggrund, som er væsensforskellig fra den danske. Det betyder, at der kan være en forståelseskluft mellem

disse patienter og afdelingens personale, som både er sproglig og kulturel.⁽²⁾ Når sprogproblemerne bliver blandet med modstridende eller overraskende opfattelser af sundhed og sygdom, er der grobund for misforståelser. De danske sygdoms- og sundhedsopfattelser forekommer mange patienter fremmede, og det falder mange svært at forstå, at sygdom kan behandles med fx livsstilsændringer. Derfor kan det være en fordel at benytte en tolk med erfaring i tolkning inden for sundhedsområdet. Det kræver stor tålmodighed og ofte mere tid at arbejde med fremmedsprogede patienter. Tiden og tålmodigheden er imidlertid godt investeret, men alt må selvfølgelig foregå i en afvejning af det mulige, så det ikke går unødigt ud over andre patienter.

En tolk skal være en professionel tolk, når en patient skal informeres om sygdom og behandling. Her skal familien ikke benyttes. De pårørende vil være bekymrede og måske forskrækkede, og det kan meget vel være sådan, at familien vil beskytte den syge ved at tilbageholde oplysninger.

Det kan betyde, at patienten kommer til at mangle oplysninger, som kan være nødvendige i samarbejdet med de sundhedsprofessionelle. For mange vil det høje danske informationsniveau forekomme meget fremmed, fordi man andre steder i verden vil beskytte et alvorligt sygt menneske mod bekymrende informationer.

Kommunikation er det vigtigste redskab i behandling og pleje af både danske og fremmedsprogede patienter. Spørg direkte til patientens kulturelle baggrund, hjemland, vilkår i Danmark etc. Den bedste informationskilde er patienten selv eller de pårørende. Det giver en langt bedre individuel kontakt at tale direkte om de personlige ting.

Politik mod forskelsbehandling

Det forekommer ind imellem, at patienter med anden etnisk baggrund end dansk bliver udsat for racistiske udtalelser fra medpatienter, pårørende eller hospitalspersonale, men racisme i retning fra patient mod personalet kan også forekomme. Det sker også, at en patient modsætter sig at blive behandlet af sundhedspersonale af bestemt køn eller oprindelse. Det er natur-

ligvis helt uacceptabelt, og det kan være en stor hjælp for både patienter og personale at have en skriftlig politik, hvor forskelsbehandling pga. farve, etniske forhold etc. på hospitalsafdelingen ikke accepteres.

Sygebesøgets to sider

Sygebesøg er et ofte diskuteret tema, når det handler om patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Mange patienter får overordentligt mange besøg, og af mange familiemedlemmer anses det for en kærlig pligt at besøge den syge og adspredde hans/hendes tanker. Det kolliderer imidlertid med den danske tradition for ro og hvile, og hospitalerne er dårligt indrettede til familiesammenkomster. Det kan være anstrengende for medpatienter. Personalet må tage ansvaret for, at eventuelle besøgsregler overholdes – både hvad antallet af gæster og besøgstider angår. På den anden side kan de besøgende være vældig gavnlige for den syge og til stor hjælp med praktiske ting, og kan man på nogen måde skabe rammer til alles tilfredshed, er det selvfølgelig det optimale. Når det er sagt,

har jeg på min egen krop og i min egen familie erfaret, hvor dejligt det er at kunne være samlet omkring det syge familiemedlem. Igen er det vigtige at kommunikere tydeligt, hvordan muligheder og rammer er i hver enkelt situation.

Tydelig kommunikation

At pleje og behandle mennesker med anden etnisk baggrund handler i bund og grund om tydelighed i sin kommunikation. I lyset af de *tydelige forskelligheder*, som er på spil i samarbejdet med fremmedsprogede patienter, blegner forskellene – som kan være lige så store – mellem sundhedsprofessionelle og indfødte danskere. Fremfor at fortvivle over de store forskelle, kan samarbejdet med tosprogede patienter måske lære begge parter nye måder at kommunikere på. ■



REFERENCER

- (1) Høstrup H. Smerte i et kulturelt perspektiv. I: Fasting U & Lunderoff L (red.). Smerte og smertebehandling i klinisk praksis. København: Munksgaard 2001.
- (2) Hylland Eriksen T & Arntsen Sørheim I. Kulturforskelle - kulturmøder i praksis. København: Munksgaard 2005.

Mødet med *etniske minoriteter* i almen praksis

■ Lise Dyhr, praktiserende læge, Forskningsenheden for Almen Praksis i København, Center for Sundhed og Samfund

”En læge skal vide alting og ikke spørge for meget. Lægen i Tyrkiet spørger aldrig personen: Hvordan og hvorledes? Jeg fortæller, du lytter – og så er det sådan! Kan du så ikke se, når man kommer til Danmark: Spørgsmål og spørgsmål hele tiden. Du bliver spurgt i hoved og r... – Ja undskyld, men man bliver helt chokeret. Det er en lang proces at lære sin krop at kende på den måde, og at man sådan skal deltage i lægens arbejde.”^{1, (1)}

Kvinde, født og opvokset i Tyrkiet om mødet med den praktiserende læge i Danmark

”... generelt synes jeg nok, at det er svært at leve sig ind i, hvad forventer de egentlig, jeg skal gøre – og hvad forventer de af en lægerolle?”

Praktiserende læge

Som profession er vi i almen praksis, hvad man i ordets bogstaveligste forstand kan kalde en minoritet, set på verdensplan. Dansk almen praksis-organisation er unik. Kun få steder fungerer den praktiserende læge i så udstrakt grad som vores, som ’gatekeeper’ til det øvrige sundhedsvæsen – og måske eksisterer vi slet ikke som profession? Patienten foretager selv visitationen til sundhedssystemet: Går til mave-tarm-lægen ved ondt i maven; til gynækologen ved underlivsproblemer osv. Kun få andre steder fordeles udgifter til lægehjælp m.m. over skattebilletten, således at det ikke ubetinget bliver en udgift for den enkelte og familien at være syg. Lægen er ofte en, der ’uanset hvad’ er den, der ved bedst.

”Der er de [vi] meget autoritetstro. Din læge er en læge, og ved bedst. ... Jeg kan huske, at på den vuggestue, hvor jeg arbejdede, der var der en lægemor, og så spurgte hun mig: Ih, Fatma prøv lige at

kigge på Jonas, har han røde hunde? Så sagde jeg: Vil du lige holde op, du er læge, hvorfor spørger du mig? Jeg var dybt forarget! ... Så fortalte hun mig, at sådan og sådan og der fik jeg selvfølgelig en forståelse for, hvorfor hun spurgte. Men jeg var lidt skuffet, for det er vi ikke vant til fra Tyrkiet. Der ved læger alt. ... Har du fx ondt, og kommer til lægen og siger: Jeg har ondt! Nå, hvor har du ondt? – I maven eller fx i ørerne. Så får du en masse medicin, fordi så er du syg, ... og så kommer du hjem, og så tager du den [medicinen], og så bliver du rask.”

Fatma, født og opvokset i Tyrkiet, bosat i Danmark

Ud over forskellige opfattelser af lægens rolle kan der også være forskellige opfattelser af patientrollen. Gretty Mirdal har illustreret, hvorledes ’den gode patient’ forventes at opføre sig i forskellige lande. Det har hun gjort ved at sammenstille citater fra bøger om god skik og tone.⁽²⁾

Bayri, 1947

I Istanbul forvandler sygdom ethvert hjem til et skrækindgydende og stille bedested. Alt kommer til at dreje sig om patienten. Madlavning, borddækning, alt og alle undtagen den syge bliver forsømt. Selv det at sove betragtes som en synd for de raske medlemmer af familien. Derfor holder alle sig vågne nat og dag, de går rundt i en døs, og er ude af stand til at præstere en fornuftig tanke eller et rimeligt stykke arbejde.

Emma Gad, 1918

Patienten må ikke kræve mere end det højst nødvendige af pasning og underholdning, idet han eller hun må forstå, at Livet trods alt må gå sin gang for de Andre. ... Patienten bør også afholde sig fra at tale om sin mulige forestående Død af hensyn til de Andre, for hvem det er vanskeligt at drøfte Æmnet i den lyse tone, som man helst vil anslaa.

Som bekendt kan symptomer udtrykkes meget forskelligt. Nogle anser vi for 'pivede', mens andre er mere 'seje', hvad angår udtryk for fx smerter. Vi ved også, at der er kulturelt betingede forskelle i måden at udtrykke sig på. Eksempelvis er der forskel fra den sydlandske temperamentsfulde måde til den mere diskret negligerende, som fx ældre landmænd fra det midtjyske repræsenterer. For enhver klinisk arbejdende læge er det derfor en udfordring, at tolke patientens måde at beskrive symptomer på.

I det følgende skal jeg prøve at ridse nogle af de udfordringer op, som almen praksis og andre med interesse for almen praksis står overfor. Min baggrund er egne praktisererfaringer fra Brøndby Strand, syd for København (ca. 80% af vore patienter har anden etnisk baggrund end dansk), arbejde som indvandrerkonsulent i almen praksis og forskellige typer af dokumenteret viden.

Særlige udfordringer for almen praksis – og sundhedsvæsenet

Samtalen

I almen praksis, i den enkelte konsultation har vi samtalen til at pejle os ind på hinanden, når vore og patientens forståelser skal bringes til at spille sammen. Udfordringer som de skitserede løses selvfølgelig ikke via en enkelt konsultation, men over flere: Ved at skabe trygge rammer; ved at udvise og kræve respekt; ved som læge at spørge ind til forhold, der ikke er umiddelbart forståelige.⁽¹⁾ At give sig tid til at skabe en sådan atmosfære og udvikling er vigtig. For ellers:

”Altså, konsultationerne er ikke egnet til dage, hvor der er pres på. ... Lægen skal ikke være stresset, fordi så går det i skuddermodder. Du må ha' god tid.”

Praktiserende læge

Inddragelse af levevilkår

En relativ stor andel af vore patienter med anden etnisk baggrund end dansk er udvandret fra eller har rødder i såkaldte tredje-verdenslande eller i Østeuropa. Motivet for at komme til Danmark har været at opnå bedre levevilkår eller asyl. I Danmark er de, man tidligere kaldte gæstearbejdere og flygtninge samt deres efterkommere, som gruppe betraget relativt socialt belastede. Dette i form af relativ fattigdom, lavere grad af uddannelse og arbejdsmarkedstilknudning samt anden social belastning ud over sygdom.

Patienternes levevilkår er som oftest i spil i de enkelte konsultationer – ikke mindst i de socialmedicinske møder, hvor vi som læger skal udtale os om patientens prognose i de såkaldt LÆ. LÆ er lægeattester, som kan rekvireres af de kommunale myndigheder, når borgeren/vor patient er sygemeldt og/eller har henvendt sig i forbindelse med et

NÅR LEVEVILKÅRENE ER TRUET AF ANDET END SYGDOM OG I SIG SELV KAN SKABE SYGDOM – en case²

Muhammed er i slutningen af 20'erne, fra Melleløst. Han har haft få og sporadiske kontakter til praksis. Han ringer for at få tid samme dag til en attest, idet attesten egentlig skulle være afleveret i går. Der er ingen ledige tider. Han får en tid, men kommer 25 min. for sent. Virker oprevet, brokker sig, da der er kø ved skranken. Går udenfor og ryger. Traver frem og tilbage. Han har fået lov til at vente, til der 'kommer et hul'. Han ønsker en sygemelding til sin skole, fordi han ikke har været i skole i flere uger, og nu får han ikke penge fra kommunen. Han mener egentlig ikke, at han er syg, han kan bare ikke lære noget. Muhammed fortæller i løbet af gentagne konsultationer om:

- Koncentrationsbesvær, søvnbesvær og mareridt, (problemer med aggressionsforvaltning, isolationstendens).
- Kan ikke sidde stille længe pga. rygsmerter, kan ikke deltage i sport (bange for hjertesygdom, lufthunger), kan ikke løbe pga. stikken i fødder.
- Får hovedpine efter kort tid i skolen, men i øvrigt også i fritiden.
- Har gennem længere tid haft besvær med at skrive pga. stikken i hænder og følelsesløshed, synsbesvær (flimmer og irritation), høreproblemer, fordøjelsesproblemer (forstoppelse og diaré), vandladningsproblemer.

Muhammeds største ønske er at finde en pige og få børn sammen med hende og leve en helt normal tilværelse. Men han har svært ved tæt følelsesmæssig kontakt – føler sig følelsesmæssig død.



ønske om økonomisk bistand og angiver et helbredsmæssigt problem.

Det er indtrykket blandt kollegaer, at mange af disse socialmedicinske konsultationer trækker tænder ud.³ Ikke alene er konsultationerne psykisk belastende, de giver også anledning til faglig frustration. Dels er der forhold på spil, som ligger uden for den enkelte læges mulighed for at behandle. Dels har mange af vore patienter ikke erfaring fra hjemlandet med, at lægen også skal indtage den socialmedicinske rolle, som jo ikke er at *behandle* sygdom, men at *attestere* en helbredstilstands betydning for den aktuelle sociale sag. Grænserne for den enkelte konsultation skal derfor ofte afsøges.⁽³⁾⁽⁴⁾

Sygdommene

– og de mulige sygdomme

Ligesom nogle af vore patienter med anden etnisk baggrund ikke er vant til vor socialmedicinske rolle, tager det også tid at vænne sig til, at lægen er tiltænkt en sygdomsforebyggende rolle. Hvad angår forebyggende børneundersøgelser og graviditetsundersøgelser, er gruppen relativt godt med, såfremt man korrigerer for eventuelle sociale forholds betydning. Vi ved ikke, hvordan det forholder sig med anden forebyggelse af sygdom.

Som Fatma (i citatet side 10) nævnte, er det normen for mange borgere i verden, at man

overvejende går til lægen ved symptomer. Selvfølgelig sker der også inden for dette område en udvikling og tilnærmelse til aktuel praksis i Danmark. Det er fx erfaringen fra min egen praksis, at mange af vore patienter har et forebyggende sigte med konsultationen: ønsker kolesterolmålinger, at få målt

D-vitamin, kommer til sukkersygekontroller osv. Vi oplever dog også jævnligt, at det – som ved andre patienter – kan være vanskeligt at komme igennem med forebyggelse, som følgende udsagn⁽⁵⁾ fra en praktiserende læge kan illustrere:

”Rigtig svær patient, som i ung alder har type-2 DM [sukkersyge]. I familien er der overvægt. Familiens ressourcer til at indgå i radikale livsstilsændringer er få. Han er et godt eksempel på, at det også er rigtig svært at have sådan en sygdom, fordi hans dagligdag er travl: Har små børn (nogle er ikke hans egne), skal tjene penge, finde ud af at være i landet og at leve livet. ... Han håndterer sin type-2 diabetes ved at gå til læge hver tredje måned. Han har også været på diabetesskole. Han har ikke mere plads på REM'en [harddisken]. Ikke plads til egenomsorg på den måde, som jeg synes, det skulle være. ... Han fortæller fx til mig, at han ikke kan holde op med at ryge, fordi så bliver han så irriteret, at hans familie ikke kan holde det ud. Også hustruen og den ældste datter har fået mange livsstilsændrende konsultationer uden virkning. På sigt en familie, der har risiko for alvorlig sygdom. ... Datteren har ikke formået at være brobygger. Hun er selv dårlig til medicincompliance og livsstilsændringer på trods af gymnasieuddannelse.”

Praktiserende læge

Der foreligger kun få undersøgelser af etniske minoriteters sygdomsmønstre i Danmark. Flere sygdomme forekommer med en overhyppighed blandt visse etniske minoritetsgrupperinger, som fx sukkersyge, infektions-, mangel- og arvelige sygdomme samt ikke mindst PTSD (Posttraumatic Stress Disorder). Af infektionssygdomme er det især tuberkulose, leverbetændelse og mavesårsbakterien *helicobacter pylori*, der er på spil. Den særlige risiko for infektionssygdom afhænger selvfølgelig også af patientens oprindelsesland, øvrige ophold i udlandet og risikoadfærd.⁽³⁾

Inden for mangelsygdommene er der især fokus på D-vitaminmangel-relaterede sygdomme. D-vitaminmangel er meget hyppigt forekommende blandt patienter med indvandrerbaggrund.⁽³⁾ Der er dog desangående p.t. stor faglig uenighed blandt medicinske specialister, hvad angår diagnostik og behandling. Også Posttraumatisk Stress Disorder (PTSD) ses relativt hyppigt blandt etniske minoriteter – udløst af forskellige former for traumatisk stressbelastning, som bl.a. en del flygtninge har været udsat for. PTSD er en veldefineret psykiatrisk lidelse, som kan være vanskelig at diagnosticere og behandle.⁽³⁾ Behandlingstilbuddene er mangelfulde, og vore patienter – som fx Muhammed – og ikke mindst familierne lider herunder. (Se også artiklen side 27 ff.)

Konkluderende, jf. også første artikel i dette blad, er behovet for en indsats over for de såkaldte livsstilssygdomme vigtig, idet der er en relativ høj forekomst heraf blandt visse etniske minoritetsgrupper.

Den gode læge

Da jeg i forbindelse med et forskningsprojekt interviewede kvinder født og opvokset i Tyrkiet, bosat i Danmark, om deres opfattelser af den gode læge, faldt svaret prompte: ”Den gode læge skal tage sig af den syge, hva’

ellers?"⁽¹⁾ Flere lod skinne igennem, at det var et underligt spørgsmål at blive præsenteret for, da de syntes, at svaret var givet. Som skitseret i det foregående kan det dog være lettere sagt end gjort at være 'den gode læge'. Det er indtrykket, at der gøres et stort arbejde i de fleste praksis for at håndtere de evt. særlige udfordringer, der måtte være i mødet med etniske minoriteter. Det være at give sig tid til at afklare og afstemme forventninger, at indgå i komplicerede socialmedicinske sager, at rekvirere tolke osv.

Udfordringerne skifter over tid. Mange af vore patienter med anden etnisk baggrund end dansk har været her længe, mange er født og opvokset i Danmark, de er fortrolige med vores sundhedssystem og opfatter heller ikke sig selv som 'særlige' og/eller som en etnisk *minoritet* i mødet med deres læge.

Øget social ulighed

Den største udfordring for almen praksis og andre med interesse herfor er for øjeblikket den tilsyneladende tendens til stigende social ulighed i sundhed. Gruppen af etniske minoriteter er således i risikozonen. Dels er de overrepræsenterede blandt den del af befolkningen, som er socialt belastede, dels er de overrepræsenterede i gruppen af såkaldte sårbare/ressourcesvage patienter⁽⁶⁾ – alle patienter, som har en relativ høj sygelighed. Almen praksis har en vigtig rolle i håndteringen af også denne opgave, men kan ikke klare den alene.⁽⁷⁾ ■

NOTER

1. Alle citater i denne artikel stammer fra reference [1]. Citaterne er lettere redigeret af redaktionen.
2. Anvendt til undervisning af praktiserende læger samt på Speciallægeuddannelsen i almen medicin.
3. Det er dog heldigvis ikke alle af vore patienter med anden etnisk baggrund, der er så hårdt ramte, som Muhammed, som bl.a. lider af PTSD.

KONTAKTMØNSTRET til almen praksis

En undersøgelse baseret på alle kontakter til almen praksis og skadestue i Københavns Kommune gennem ét år viste i vid udstrækning samme køns- og aldersafhængige kontaktmønstre til almen praksis:

- For *børn* med gæstearbejder- og flygtningebaggrund var kontaktraten i såvel dagtid som vagttid lavere, mens kontaktraten til skadestue var den samme, som for børn uden indvandrerbaggrund.
- De voksne (*19-59-årige*) kvinder med hhv. gæstearbejder- og flygtningebaggrund havde en kontaktrate til almen praksis i dagtid, som var 3 og 2% højere, i vagttid mellem 7 og 30% højere, til skadestue 47-50% højere end for de alderssvarende kvinder uden indvandrerbaggrund.
- For *mændenes* vedkommende var kontaktraten til almen praksis i dagtid 5-17% højere, i vagttid 23-49% og til skadestue 20-42% højere end for de alderssvarende mænd uden indvandrerbaggrund.
- De *ældre (60+-årige)* udviste større variationer afhængigt af oprindelsesland og køn.
- Personer med gæstearbejder- og flygtningebaggrund havde en lav hyppighed af telefonkonsultationer og en tilsvarende højere klinikkonsultationsrate.

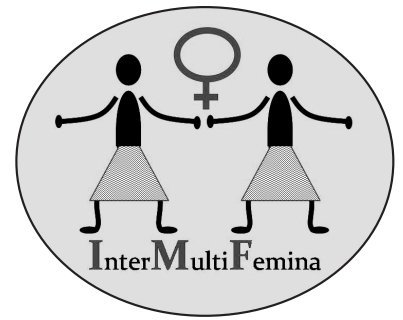
Om end den øgede kontaktrate til lægevagt og skadestue for voksne med gæstearbejder- og flygtningebaggrund ikke i antal er så stort, (andelen af personer med indvandrerbaggrund er <10%), er det en udfordring for almen praksis – og andre med interesse herfor – at undersøge, om forskellige udtrykkes en større andel af akutte sygdomme blandt de nævnte indvandrergrupper eller, om der er andre forhold på spil, som man må gøre noget ved, idet behandling af ikke-akutte sygdomme også for denne gruppe formodes at foregå mest optimalt i dagtid!

Kilder: Dyhr L & Andersen JS. Kontaktraten til almen praksis i dagtid ... Ugeskr Læger 2006;168(38):3217
Andersen JS & Dyhr L. Kontaktraten til almen praksis i vagttid og skadestue ... Ugeskr Læger 2006;168(38):3222

REFERENCER

- (1) Dyhr L. Det almene i det anderledes. Belysning af problemer i mødet mellem praktiserende læger og tyrkiske indvandrerkvinder i Danmark, set fra en klinisk synsvinkel. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 1996.
- (2) Mirdal, G. Psykosomatik, Sårbarhed, stress og sygdom. København: Munksgaard 1990.
- (3) Indvandrermedicin, særtryk Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 2006.
- (4) www.gpract.ku.dk/Indvandrerkonsulentrapportfinal.pdf
- (5) www.gpract.ku.dk/publikationer/feasibility/
- (6) Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode patientforløb. København: Sundhedsstyrelsen 2005.
- (7) Udredning - sårbare patienter I og II. Fagligt Udvalg, PLO/Danske Regioner, marts 2008.

InterMultiFemina



I sundhedsvæsenet peges der ofte på, at det er etniske minoritetspatienters anderledes kultur, der gør møder i sundhedsvæsenet problematiske. Kultur er ikke et problem for etniske minoritetskvinder. Derimod savner de tid, forståelse og anerkendelse viser en antropologisk undersøgelse af etniske minoritetskvinders perspektiv på sygdom, sundhed og trivsel i Danmark.

■ Inge Wittrup, sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed/Sundhedsfremme og Forebyggelse, Region Midtjylland

I mine feltnoter til undersøgelsen af etniske minoritetskvinders erfaringer med det danske sundhedsvæsen står følgende at læse:

Når kvinderne mødes – på gaden, i basaren, i indkøbscentret – udspiller der sig en forunderlig udveksling af hilsener. Kindkysene og de rituelle velsignelser efterfølges ofte af et forvrænget ansigtsudtryk og et skridt tilbage, mens der peges på den smertende kropsdel – en lidende og utilpasset mimik.

Denne situation er et billede på, hvordan undersøgelsens etniske minoritetskvinder oplever deres helbreds situation. Faktisk opfanger billedet også på udmærket vis en mere diffus samfundsmæssig diskurs om etniske minoritetskvinders generelle sundhed og trivsel. Det passer desuden godt med en mere faktuel viden om, at etniske minoriteter er overrepræsenterede, når det gælder henvendelser til sundhedsvæsenet⁽¹⁾, at der er både store og særlige sundhedsproblemer i forskellige minoritetsgrupper⁽²⁾, og at der er mange sundhedsprofessionelle, som kan skrive under på, at etniske minoritetspatienter 'fylder meget'.⁽³⁾

Deltagerobservation og interview

Undersøgelsens data bygger på deltagerobservation gennem flere års arbejde med

sundhedsfremme og forebyggelse i det vestlige Århus^(4;5) og på kvalitative interview med ti kvinder med etnisk minoritetsbaggrund.⁽⁶⁾ Nogle er blevet interviewet flere gange, nogle interview er foregået i kvindernes hjem, nogle er foretaget med tolk. Flest er interviewet én gang, i det fælles beboerhus og uden tolk. De har alle fortalt om sygdom, sundhed og trivsel i deres respektive hjemlande og i Danmark.

Hvem er de?

De er fantastisk smukke og farvestrålende, kvinderne. Og så er de sjove. De er mellem 30 og 50 år og har alle været i Danmark i flere år. Halvdelen er gift, én er enke, og fire er skilt; de har mellem 2 og 6 børn, nogle små andre store. Én har aldrig gået i skole, syv har gået i grundskole i fra 2 til 9 år, én er frisør og en anden sygeplejerske. Alle er på overførselsindkomst, alle bor i lejebolig, og alle har et andet modersmål end dansk. Desuden er de blevet spurgt om deres selvvalgte helbred. Hertil er der ingen, der svarer 'virkelig godt', 1 siger 'godt', 1 siger 'nogenlunde', 6 siger 'dårligt' og 2 siger 'meget dårligt'. Alt det afspejler, at for at forstå etniske minoritetskvinders sundhed og kvalificere arbejdet hermed, må der refereres til den efterhånden omfattende viden om social ulighed i sundhed.⁽⁷⁾

En dominerende fortælling

I antropologien opereres der med begrebet 'en dominerende fortælling'. Det er en overordnet fortælling, der florerer i et samfund, hvis grundstruktur og grundtema kan genfindes i utallige specifikke fortællinger. Den fortælling, som er den verbale parallel i hilseformen, og som udgør det narrative indhold i mine interview, kan ses som resultat af en sådan dominerende fortælling. Jeg vælger her at trække temaet om mødet i almen praksis frem for at opnå en større forståelse af fortællingernes omfang, betydning og konsekvenser.

Fortællingerne om mødet i almen praksis har en meget tydelig grundstruktur til fælles, uanset hvem der fortæller den. Strukturen er tredelt:

1. Kvinderne oplever, at de ikke bliver mødt med forståelse i sundhedsvæsenet
2. Kvinderne bekræfter hinanden i og forstærker deres egen forståelse af deres helbred
3. Kvinderne udtrykker et ønske om at få anerkendelse og nå frem til en ny fælles forståelse.

Grundtemaet knytter an til det at være muslim i Danmark og italesættes i narrativerne om sygdom, sundhed og trivsel.

Det gør ondt at være i Danmark, kravene er vanskelige at honorere, og især udfordres deres kvindelighed. Lad mig illustrere med nogle citater fra fortællingerne:

1. Kvinderne oplever, at de ikke bliver mødt med forståelse i sundhedsvæsenet

– Jeg vil gerne sige nogen ting, men du må ikke blive sur. Danske læger er meget kolde, de er ligeglade. Mange gange jeg går til lægen, siger sådan og sådan, jeg bliver træt.

Arabisk kvinde

– Jeg magter ikke mere min læge.

Iransk kvinde

Der er en udbredt opfattelse blandt kvinderne af, at der ikke bliver lyttet til dem, når de kommer med deres smerter og problemer. Der er også udbredt enighed om, at der ikke er afsat tid nok, og at de ikke bliver anerkendt. Den fortælling har en sådan kraft, at den let bliver en slags selvopfyldende profeti.

2. Kvinderne bekræfter hinanden i og forstærker deres egen forståelse af deres helbred

– Det var meget svært, ... lægen kunne ikke forstå det, ... at jeg har ondt i hjertet.

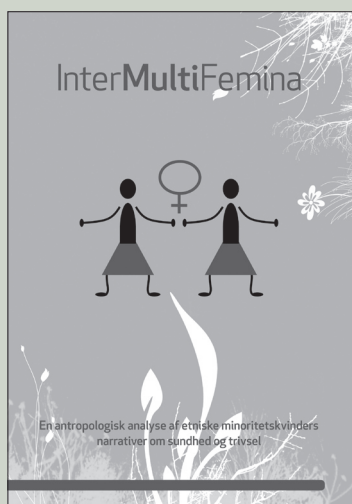
Arabisk kvinde

– Jeg tror det, og hvis man tænker for meget over det. ... Og alt det der er også med til at få depression, hvis man tænker for meget på det.

Arabisk kvinde

'Ondt i hjertet' og 'tænker for meget over det', er genkommende udtryk i kvindernes fortællinger om deres forståelser af, hvorfor de har ondt. Deres forklaringsmodel dækker over problematikker, som de ikke har fået anerkendelse for hos lægen. Problematikker af identitetsmæssig, familiemæssig, ægteskabelig eller børneopdragelsesmæssig art. I kvindernes egen forståelse er der en nøje sammenhæng mellem klagerne og smerterne i kroppen. Så længe denne forståelse ikke på kvalificeret vis mødes og anerkendes, vil den have et solidt tag i kvindernes fortællinger.

OM PROJEKTET



InterMultiFemina er en antropologisk analyse af etniske minoritetskvinders perspektiv på sygdom, sundhed og trivsel i Danmark. Rapporten er en interviewundersøgelse, hvor ti etniske minoritetskvinder fortæller om deres erfaringer på sundhedsområdet. I rapporten behandles emner som sundhedsantropologi, sygdomsopfattelse, familieforhold, eksiltilværelse, børneopdragelse og et nostalgisk tilbageblik på tiden i hjemlandet. Det fremgår af rapporten, at især mødet med det danske sundhedsvæsen volder kvinderne problemer.

Undersøgelsen bygger på forfatterens mangeårige sundhedsfremmende arbejde i den vestlige del af Århus med iværksættelse af forskellige undervisningstilbud, deltagelse i aktiviteter og etablering af forskellige typer af samarbejde. Analysen af interviewene er solidt forankret i den kontekst, som udgør rammen for de interviewede kvinders hverdags erfaringer.

Rapporten henvender sig til sundhedsprofessionelle og til repræsentanter fra etniske minoriteter – som i enighed kan nikke genkendende til mange af kvindernes fortællinger. Men rapporten præsenterer ikke kun synspunkter, som negativt definerer møder i sundhedsvæsenet, uden også at pege på løsninger, hvor specielt 'gensidig anerkendelse' er et nøgleord. Rapporten foreslår at iværksætte åben kommunikation, gensidig anerkendelse og dialog.

InterMultiFemina tilbydes som et reflekterende værktøj med et nyt og fremadrettet fokus. Parterne får muligheden for at tegne en streg i sandet og træde en ny sti. Som reflekterende værktøj tages der udgangspunkt i en forståelse af, at etniske minoritetskvinder er *midt imellem* (Inter), er *mangfoldige og flertydige* (Multi) og *på vej mod en ny køns-identitet* (Femina).

Rapporten kan rekvireres hos Center for Folkesundhed eller printes via www.centerforfolkesundhed.dk

3. Kvinderne udtrykker et ønske om at få anerkendelse og nå frem til en ny fælles forståelse

– Tryghed. Og blive behandlet. Tryghed og blive behandlet og blive rask, så har jeg alt. ... Man bliver nødt til at integrere sig. ... Det man savner, det er jo familiens omsorg, altså det er det eneste. Men hun er glad for at være her, det er hun. Men hun synes også, hun er for ung til at begynde at gå med stok.

Somalisk kvinde, med tolk

– At de [lægerne] kan godt hjælpe, eller de kan godt give et råd, et godt råd, fordi jeg og hende har de samme problemer derhjemme, og vi har de samme problemer med børnene, men vi kan ikke altid hjælpe hinanden.

Arabisk kvinde

Der er i interviewene flere af den slags invitationer, hvor kvinderne giver udtryk for, at de har brug for en lille hjælpende hånd til at komme videre med deres liv. Og efter deres opfattelse burde lægerne i Danmark spille en stor rolle i udformningen af en ny, alternativ dominerende fortælling. Der skal nemlig en særlig anstrengelse til at konstruere en anderledes og fælles opfattelse i det

grænseland, som møder i sundhedsvæsenet kan karakteriseres som.⁽⁸⁾ Det er et særlig sensitivt område, som kræver nytænkning både hos sundhedsprofessionelle og hos de etniske minoritetskvinder.

InterMultiFemina

Den dominerende fortælling omkring klager og smerter sætter rammen for mange af de møder og konflikter, der eksisterer mellem etniske minoritetskvinder og sundhedsprofessionelle. Det betyder, at begge parter hyppigere oplever konflikter, end det måske er nødvendigt. Det er derfor værd at arbejde på en ændring af den dominerende fortælling, og gøre det ganske bevidst. Hertil kan *InterMultiFemina*, som ramme for sensitive møder i grænselands, være en god start. Med *Inter* tilbydes en anerkendelse af, at kvinderne er midt imellem, med *Multi* tilbydes en forståelse af flertydighed og mangfoldighed, og med *Femina* tilbydes en forståelse af kønsidentitet under forandring. Det er nemlig sådan med den dominerende fortælling, at den næres ved at blive fortalt og genfortalt. Den er ikke statisk, men kan udfordres og ændres af andre fortællinger. For der er andre fortællinger blandt både sundhedsprofessionelle og patienter. Dem skal de finde frem til i fællesskab – og med *InterMultiFemina* er det måske lettere at få øje på potentialerne. ■

REFERENCER

- (1) Folmann N & Jørgensen T. Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet. Et registerstudie. København: Sundhedsstyrelsen 2006.
- (2) Singhammer J. Etniske minoriteters sundhed. Århus: Region Midtjylland, Center for Folkesundhed 2008.
- (3) Heiberg A. Konferenceavis om etniske minoriteters sundhed. Århus: Region Midtjylland 2006.
- (4) Wittrup I. Sundhed, arbejde og familie – Sundhedsfremme, anerkendelse og skabelse af sammenhæng – netværkets betydning for sundhed og trivsel blandt etniske minoritetskvinder i Bispehaven. Århus: Aarhus Amt 2004.
- (5) Wittrup I & Kristensen JK. Diabetesskole for etniske minoriteter i nærmiljøet. Århus: Region Midtjylland, Center for Folkesundhed & Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed 2008.
- (6) Wittrup I. InterMultiFemina – en antropologisk analyse af etniske minoritetskvinders narrativ om sundhed og trivsel. Århus: Region Midtjylland, Center for Folkesundhed 2008.
- (7) Breinholt Larsen F et al. Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner. Århus: Region Midtjylland, Center for Folkesundhed 2006.
- (8) Mattingly C. Reading Minds and Telling Tales in a Cultural Borderland. *Ethos*, vol. 36, nr. 1, 2008.

ANBEFALINGER

Er der mere, vi (og det gælder alle os, der arbejder i feltet) i sundhedsvæsenet kan lære af de etniske minoritetskvinder? Kommer der en viden og forståelse frem i narrativerne, som kan skabe forandring i sundhedsvæsenets praksis? Ud fra interviewene i rapporten *InterMultiFemina* vil jeg mene, at der er fem aspekter, der med fordel kan reflekteres over i det fremtidige forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende arbejde:

- **Anerkendelse:** Det går igen i interviewene, at kvinderne mangler anerkendelse i sundhedsvæsenet. Derved går man glip af både viden og forståelse.
- **Narrativer:** Brugen af narrativer bør introduceres i kommunikationsøjemed, men også i helbredelsesmæssig øjemed. Det vil give adgang til viden om kontekst og forståelse for sammenhænge – langt ud over symptomerne.
- **Fælles refleksion:** Det er vigtigt at sikre, at der er overensstemmelse mellem sundhedsvæsenets og patientens opfattelse af en situation. Dermed kan man i fællesskab opstille handleplaner.
- **Forandringsagenter:** Etniske minoritetskvinder uddannes til at støtte hinanden og til at skabe netværk, hvor den brede opfattelse af sundhed og trivsel operationaliseres. Det vil ligeledes være relevant at inddrage hele familien i et fælles fokus på sundhed.
- **Samarbejde:** Skabelse af et tæt samarbejde med øvrige aktører på området. I nogle tilfælde skal man måske ligefrem overveje at skabe en klinisk praksis, der i højere grad matcher de etniske minoritetskvinders og andres specifikke behov. En praksis, der formår at række ud over grænselandet med de gensidige udfordringer, der ligger heri.



Farvel til lægen som MINI-GUD

Krishna Sellaswamy fortæller om den dybe kløft mellem opfattelsen af lægerollen og sygdomsforståelsen i Sri Lanka og Danmark

■ Karl Jack, journalist

– I Sri Lanka er lægen en mini-gud. Han fortæller dig ikke, hvad du fejler. Eller hvad det er for nogle piller, han ordinerer. Han skriver dem bare ud, og du betaler.

– I Danmark møder lægen dig med medmenneskelig forståelse. Og I finder gennem en dialog ud af, hvad der skal gøres.

Så skarpt stiller Krishna Sellaswamy kontrasten op. Han oplever en verden til forskel mellem sundhedssystemet i Sri Lanka, som han forlod for 25 år siden, og systemet i sit nye land Danmark. Forskellen har slået ham som patient fra et etnisk mindretal. Men også gennem masser af tolkeopgaver, når han har ledsaget nydanskere til læge eller sygehus.

Krishna havde en handelsuddannelse og erfaring med bl.a. eksport af te med sig til Danmark. Men han havde også den tragedie med i bagagen, at hans kone døde som følge af lægefejl under en operation. I Danmark ernærer han sig som tolk – i begyndelsen mellem engelsk og tamilsk eller singalesisk, de to store sprog i Sri Lanka, senere mellem dansk og modersmålet. Han er 65 år og bor i Skjern. Siden 1987 har hans læge været Lars Foged, og han bruger ham bl.a. til at regulere sin diabetes.

– Jeg er så heldig at have en læge, der forstår mig. Meget klarer vi faktisk over

telefonen, og det giver gode resultater, siger Krishna.

Hans erfaringer peger på flere punkter, hvor sundhedsvæsenet og sygdomsopfattelsen i Danmark og i Sri Lanka (men også i andre tredjeverdenslande og muslimske lande) adskiller sig fra hinanden i forholdet mellem læge og patient.

Altid penge

– I Sri Lanka er der i modsætning til i Danmark altid penge mellem parterne. Folk kommer derfor først, hvis de har voldsomt behov for hjælp og ikke kan klare tingene selv. Lægerne arbejder ud fra 'den britiske tradition'. Efter at have undersøgt patienten siger de, at han skal tage de og de piller. Lægerne er nærmest mini-guder, som ikke mener, at patienten behøver at vide, hvad han fejler, eller hvad medicinen indeholder. Men patienten forventer til gengæld, at pillerne virker, så pengene til læge og apotek ikke er spildt, forklarer Krishna.

I Danmark møder patienten medmenneskelig omsorg og respekt. Lægen tager en dialog med patienten og sætter fokus på hele patientens livssituation – socialt, kostmæssigt m.v. Det er en tilgang, patienter med en ikke-dansk baggrund først skal vænne sig langsomt til. Og de kan komme til at tvivle på en dansk læges dygtighed, når de ser ham slå op i *den grønne medicinbog*. For de er vant til, at en læge i deres hjemland 'bare ud af hovedet' skriver en recept.

Anden sygdomsopfattelse

Men der er ifølge Krishna andre barrierer. En af dem er den kulturelle. Den viser sig tydeligt i forskellige opfattelser af sundhed og sygdom. Mange fra Sri Lanka medbringer en tradition for naturmedicin, som er fremmed for den danske lægeverden. De har en anden forklaring på sygdomme. Ofte vil det desuden være andre sygdomme, som dominerer, og som de kender til, end dem danskerne oplever som 'de store'. Og de vil, særligt hvis de er vokset op langt ude på landet og har en begrænset uddannelse bag sig, kende meget lidt til, hvordan en krop fungerer set med vestlige naturvidenskabelige øjne.

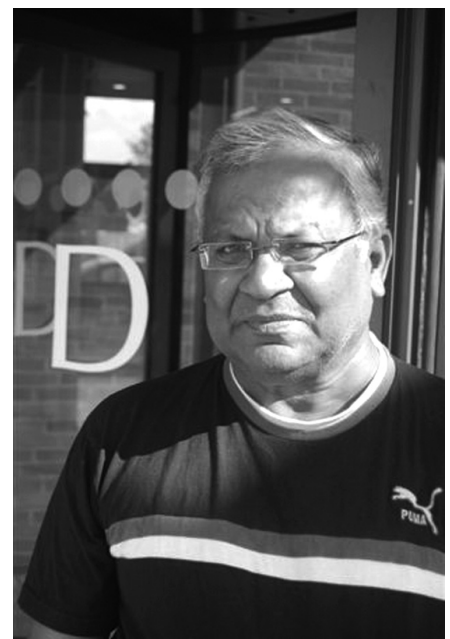


FOTO: Karl Jack

I Danmark er lægerne ikke små guder. Og det er Krishna Sellaswamy fra Sri Lanka glad for.

- I Sri Lanka er lægen en mini-gud. Han fortæller dig ikke, hvad du fejler.



Forskellig opfattelse af kønsroller kan være en anden barriere. Hvis en kvinde fra Sri Lanka – eller et andet muslimsk land – kommer til sin danske læge i forbindelse med en graviditet, vil hun typisk have sin mand med, og det vil være ham, der fortæller om den seneste menstruation, mens kvinden blot vil nikke bekræftende, men ikke sige noget. Og seksuelle problemer tager man nødtigt op, specielt da hvis det er over for både en mandlig læge og en mandlig tolk.

Lægen må gætte

Men allerede manglen på et fælles sprog giver problemer. Krishna advarer mod, at danske læger taler med etniske patienter, hvis dansk er begrænset. De kan eksempelvis godt sige, at de har ondt i maven, men ikke præcis hvordan. Lægen må gætte og prøve sig frem. Det tager tid og giver måske ikke en præcis nok diagnose:

– Når der er en tolk med, afsætter vi normalt dobbelt tid, og det plejer at være nok. Men også her kan det gå galt, hvis tolken ikke har erfaring med medicinsk tolkning. Det kan være, han er en student med sri lankansk baggrund, men født og opvokset i Danmark, og derfor har et begrænset kendskab til sprogene dernede.

Krishna har gennem sine år i Danmark set, at store vestlige sygdomme som kræft og hjerte-kar-lidelser breder sig blandt nydanskere. De bliver ikke længere så ofte syge på grund af dårlig hygiejne og manglende

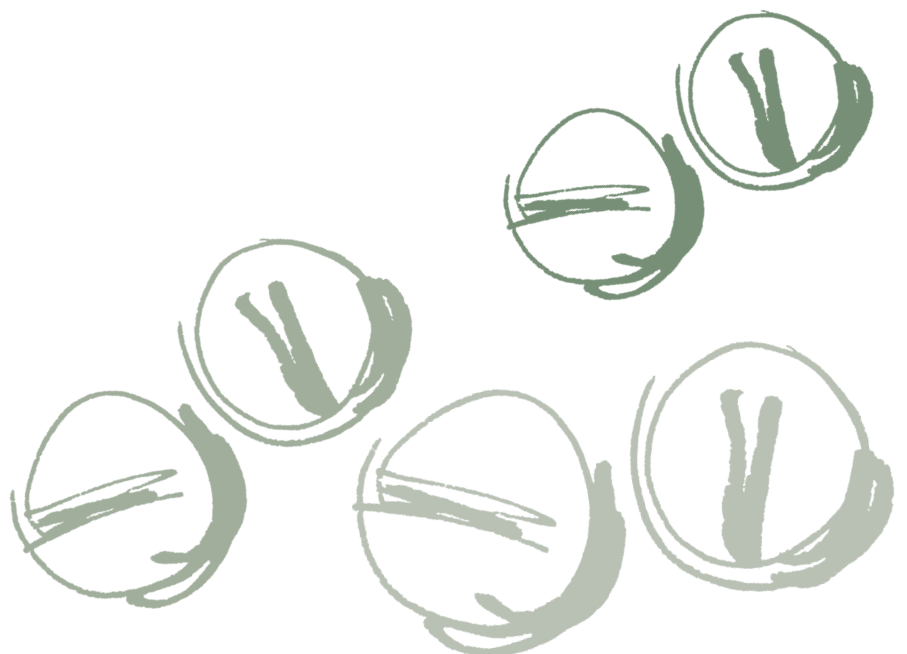
ernæring, men på grund af usund livsstil. Det er der efterhånden en vis forståelse for blandt dem. Forklaringen er ikke mindst, at behovet for at forebygge og leve sundt tages op i sri lankansk tv, som via parabol ses i Danmark. Det føles derfor ikke mere som underligt, i hvert fald ikke blandt nye danskere med en vis uddannelse, at læger appellerer til dem om at tage mere ansvar for deres eget liv og leve sundere.

Den svære samtale

En sådan snak om forebyggelse er positiv. Kontrasten er den svære samtale, hvor lægen skal forklare, at patienten har en livstruende sygdom, måske fremskreden kræft. Her er det vigtigt for både gammel- og nydanske patienter, at de har en nær pårørende med. Men det er ikke altid nok, når det gælder patienter fra Sri Lanka.

Forskellen ligger allerede i, at en læge i Sri Lanka slet ikke vil sige den slags direkte til patienten, men lade det sive gennem den syges familie. Det opfattes som mere skånsomt. Krishna:

– Når det som i Danmark er lægens rolle at aflevere budskabet, vil det ofte over for patienter med en anden etnisk baggrund end dansk være nødvendigt at følge op med flere samtaler over en vis tid. Ellers kan man ikke være sikker på, at det lægen fortæller, og som patienten frygteligt gerne vil skubbe fra sig, virkelig er trængt ind. ■



Tolkeanvendelse i sundhedsvæsenet

■ Stina Lou, projektleder, Center for Folkesundhed/Sundhedsfremme og Forebyggelse, Region Midtjylland

Antropologien bruger ind imellem sammenligningen mellem det fremmede og ukendte og det mere forståelige og genkendelige. I min undersøgelse af tolkeanvendelse på hospitaler og i almen praksis i Region Midtjylland har jeg ind imellem tænkt på min veninde Line, som under en rygsæksrejse i Syd- og Mellemamerika pludselig fik frygtelig ondt i maven. På meget kort tid og uden at forstå hverken spansk eller hvad der foregik omkring hende, endte hun på operationsbordet på et hospital i Bogota, hvor hun fik sin blindtarm fjernet. Det er ikke svært at forestille sig hendes

ubehagelige oplevelse af smerte, uvished og angst kombineret med oplevelsen af ikke at kunne kommunikere ordentligt med hospitalets personale.

Sprogbarrierer

Blandt flygtninge og indvandrere, der bor i Danmark, er der en gruppe, der ikke taler godt nok dansk til at kunne gøre sig forståelig i mødet med sundhedsvæsenet eller selv forstår alt det, der sker. Det er en fortsat udfordring for både disse patienter og for de sundhedsprofessionelle, som møder dem, at kommunikere på tværs af sprogbarrieren

og en stadig kilde til uvished, usikkerhed og frustration for alle parter. I de tilfælde, hvor patienten ikke behersker tilstrækkeligt dansk til at kunne informeres om udredning, diagnose og behandling, er det nødvendigt at tilkalde en tolk. Man bliver nødt til at lægge kommunikationen i hænderne på en tredjepart, der kan oversætte og formidle mellem sundhedsprofessionel og patient, mellem to forskellige sprog og ofte også mellem to forskellige kulturer.

Tolkebistand

I Danmark er tolkebistanden i sundheds-

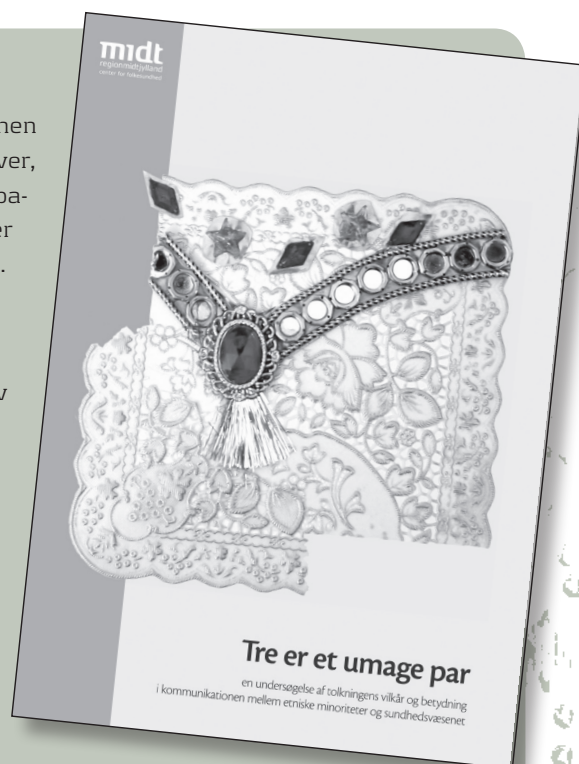
PROJEKT TOLKNINGENS VILKÅR OG BETYDNING

Formålet med projektet "Tolknings vilkår og betydning i kommunikationen mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet" er at give et overblik over, hvordan tolkning rekvireres, praktiseres og evalueres i møderne mellem patienter med dårlige danskundskaber og sundhedsprofessionelle. Målet er at gøre den tolkede samtale mere håndterbar for sundhedsprofessionelle.

Projektet tager afsæt i et litteraturstudie til belysning af allerede eksisterende viden om tolkeanvendelse i sundhedsvæsenet. Et spørgeskema, der kortlægger praksis omkring tolkeanvendelse i sundhedsvæsenet, blev sendt til 157 lægepraksis og 8 hospitalsafdelinger i Region Midtjylland. Svarprocenten var 62% i almen praksis og 42% på hospitalerne (varierende fra 39% til 72% på de deltagende afdelinger).

Der er sideløbende med og i forlængelse af undersøgelsen gennemført kvalitative interviews med sundhedspersonale fra almen praksis og hospitaler, med tolke og med etniske minoritetspatienter. Der er endvidere gennemført deltagerobservation i almen praksis.

Undersøgelsens resultater er samlet i rapporten *Tre er et umage par*.⁽¹⁾ Rapporten kan rekvireres hos Center for Folkesundhed eller printes via www.centerforfolkesundhed.dk



væsenet udliciteret til private tolkebureauer. Her kan almen praksis og hospitalsafdelinger bestille tolkebistand efter behov. Disse tolke kaldes 'professionelle tolke', men der er her i landet intet krav om certificering. Det er derfor de færreste professionelle tolke, der har en formaliseret tolkeuddannelse, og patienter og sundhedspersonale kan således ikke automatisk gå ud fra, at tolken har et (indgående) kendskab til fx medicinske termer eller sundhedsvæsenets organisering. Nogle tolke har selvfølgelig solid erfaring med tolkerollen og et godt kendskab til sundhedsvæsenet, men det er desværre ikke alle. Fælles for alle tolke er dog, at de er underlagt tavshedspligt, og at de fra tolkebureauet er instrueret i at forholde sig professionelt og neutralt til situationen og kommunikationen. Min undersøgelse om tolkningens vilkår og betydning viser, at både patienter, sundhedsprofessionelle og tolke lægger vægt på, at tolken er en upartisk person, der oversætter så neutralt og direkte som muligt.

At tolke er en vanskelig kunst

Umiddelbart skulle man måske synes, at tolkning var ganske let. Tolken skal jo 'bare' oversætte det, der bliver sagt. I den daglige praksis opstår der imidlertid en række situationer, hvor det ikke er så enkelt, hverken at oversætte direkte eller vurdere,

hvad der bliver sagt. Tolkningen foregår jo 'live', og tolken skal på et øjeblik håndtere de fejl, misforståelser og indforståetheder, som karakteriserer al verbal kommunikation. Tolken vil her være nødt til at foretage nogle vurderinger og valg i sin oversættelse af parternes udsagn. Han/hun må vurdere og formidle parternes udsagn for at gøre dialogen forståelig og meningsfuld for de involverede parter.

Metakommunikation i tolkede samtaler

Der kan opstå situationer, hvor sundhedsprofessionel og patient oplever, at der sker noget i samtalen, som de ikke kan forstå. I interviewene taler de sundhedsprofessionelle om 'at miste noget' i de tolkede samtaler. Det kan eksempelvis være, når tolken fører en længere samtale med patienten, som enten slet ikke oversættes eller som kun oversættes med en enkelt sætning. En mulig forklaring kan være, at tolken skal sikre sig, at han/hun har forstået hvad det er, patienten siger, men hvis dette ikke kommunikerer til lægen, kan denne sidde tilbage med oplevelsen af at have 'mistet noget'.

Undersøgelsen viser endvidere, at et flertal af de sundhedsprofessionelle oplever øget faglig usikkerhed i tolkede konsultationer, og at årsagerne hertil primært er usikkerhed på, om patientens symptomer er forstået korrekt, og/eller om patienten har forstået diagnose og behandling. Derfor er det også meget vigtigt, at der er åbenhed omkring kommunikationen i den tolkede samtale, og at samtalens parter bliver oplyst om de valg, som tolken må tage i løbet af konsultationen. I rapporten *Tre er et umage par*⁽¹⁾ beskrives denne kommunikation som 'me-

takommunikation', og det er de sundhedsprofessionelle, som fra konsultationens start må tydeliggøre, at man forventer og støtter op om denne metakommunikation.

Tolkens dobbeltrolle

Undersøgelsen viser også, at tolkene oplever at være placeret i en dobbeltrolle mellem sundhedsprofessionel og patient, hvor der kan være tvivl om, hvorvidt tolken er en del af sundhedspersonalet eller en del af patientgruppen. Det er eksempelvis meget almindeligt, at tolken venter sammen med patienterne i venteværelset inden konsultationen. Her identificerer patienten tolken som 'en som mig' og begynder måske allerede her at fortælle tolken sin sygehistorie og andre personlige problemer. Flere interviewede tolke oplever, at patienterne ikke altid respekterer tolkens behov for professionel distance, men ønsker en mere personlig relation. Samtidig forventer den sundhedsprofessionelle også, at tolken er loyal over for ham/hende. Tolke beretter om læger, der fortæller tolken noget, de ikke forventer bliver oversat, eller som nærmest overlader det til tolken at finde hoved og hale i patientens sygehistorie.

Tolkens dobbeltrolle er blandt andet et resultat af, at tolken er 'betwixt and between' – altså falder imellem de roller, der normalt er repræsenteret i en konsultation.

'Betwixt and between' bruges i antropologisk ritualteori, og betegner den periode i et overgangsritual, hvor individet er trådt ud af sin gamle status, men endnu ikke har tilegnet sig den nye. I denne periode, hvor individet ikke passer ind i etablerede kategorier i samfundet, defineres individet ofte som 'farligt', 'urent' eller 'forhekset'.

Tolken er *hverken* patient *eller* sundhedsprofessionel. At tolken er svær at placere og kategorisere øger potentialet for usikkerhed. Fordi tolkens rolle er uklar, forbliver det også uklart, hvilke forventninger og forpligtigelser læge og patient kan møde tolken med, og hvem der har ansvaret for den tolkede samtale.

Sundhedsprofessionelle skaber rammerne

De sundhedsprofessionelle bør bidrage aktivt til at give tolken en tydeligere og mere entydig rolle i den tolkede samtale. En rolle som professionel og som tilknyttet sundhedsvæsenet. Dette kan bl.a. gøres ved at undlade at lade tolk og patient vente sammen, ved at præsentere tolken som neutral og professionel ved samtalestart, og ved eksempelvis at lade tolken bære et navneskilt på samme måde som det sundhedsprofessionelle personale. Disse små og store tiltag kan imødegå forvirring og forhandling om tolkens rolle.

Line fik opereret sin blindtarm ud og fortæller nu med en høj latter om sin angst for, om kirurgerne også ville høste hendes ene nyre og videresælge den på det sorte marked, mens hun lå der i fuld narkose. Men den historie er jo kun sjov, fordi problemet løste sig, og Line kunne rejse hjem. For mange etniske minoritetspatienter med dårlige danskundskaber er det ikke en reel mulighed. De bor i et land, hvor de ikke taler sproget, og er derfor gennem en kortere eller længere periode nødt til at lægge kommunikation om sygdom og sundhed i andres hænder. Det er sundhedsvæsenets opgave at sikre sig, at rammerne for og kvaliteten af denne kommunikation er så god som absolut mulig.

Tillid og ansvar

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at tolkede samtaler kan fungere godt, når tolken behersker begge sprog, og når parterne har tillid til hinanden. I den daglige praksis er der dog behov for, at sundhedsprofessionelle i høj grad tager ansvaret for de tolkede samtaler og anerkender, hvor bekymrende og frustrerende en oplevelse det kan være ikke at kunne kommunikere med sin læge, når man er syg. ■

SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN – UDVALGTE RESULTATER ⁽¹⁾

- 21% af hospitalslægerne har ugentligt eller oftere tolket kontakt med etniske minoritetspatienter med begrænsede danskundskaber. Blandt de praktiserende læger drejer det sig om 59%.
- 50% af hospitalslægerne ved ikke, om der er retningslinjer for tolkeanvendelse i afdelingen.
- 37% af de praktiserende læger sætter kun ind imellem eller aldrig ekstra tid af til tolkede konsultationer.
- 77% af de praktiserende læger anvender ofte professionel tolk til tolkede samtaler, 40% bruger ofte et familiemedlem.
- 74% af de praktiserende læger og 73% af hospitalslægerne oplever ind imellem eller ofte større faglig usikkerhed i tolkede konsultationer.
- 40% af de praktiserende læger og 54% af praksispersonalet er interesserede i at modtage yderligere information eller undervisning i den tolkede samtale. Det samme gælder 70% af hospitalslægerne og 80% af -sygeplejerskerne.

REFERENCER

- (1) Lou S. Tre er et umage par. Århus: Region Midtjylland, Center for Folkesundhed 2008.

Kulturelle mediatorer på Bispebjerg Hospital

Siden juni 2008 har kulturelle mediatorer været ansat på to afdelinger på hospitalet – 8 timer ugentligt. De deltager i et pilotprojekt, der skal afprøve kulturelle mediatorer som metode til at forbedre mødet og kommunikationen mellem sundhedspersonale og patienter med anden etnisk baggrund end dansk.

■ Birgit Norberg, udviklingskonsulent, HR & Udvikling, Bispebjerg Hospital

Tanken med projektet er at uddanne nogle kulturelle mediatorer, som ved mere om fremmede kulturer end det øvrige personale, og som kan vejlede og hjælpe med at håndtere de udfordringer, der ofte dukker op, når man står over for en patient med anden etnisk baggrund end dansk.

De to kulturelle mediatorer har som led i projektet taget en eksamen i interkulturel kommunikation og kommer i øvrigt selv med en anden kulturel baggrund end dansk. Det vigtigste, de har med i rygsækken, er en ydmyghed over for forskelligheden og en teknik til at spørge ind til de forskellige forståelser, der kan være, så budskaberne kan trænge bedre igennem hos begge parter – sundhedsprofessionel som patient.¹

Som del af den forebyggende indsats rettet mod etniske minoriteter inviterede Sundhedsstyrelsen i starten af 2008 til samarbejde med henblik på at afprøve brug af kulturelle mediatorer i sygehusvæsenet. Glostrup Hospital, Odense Universitetshospital og Bispebjerg Hospital blev modelhospitalet for pilotprojektet. De to mediatorer på Bispebjerg Hospital er begge sygeplejersker, men én dag om ugen arbejder de som *kulturelle mediatorer* – en ny stillingsbetegnelse på hospitalet.

Projektstart

Inden projektets start foranledigede Sundhedsstyrelsen en forundersøgelse gennemført af Als Research ApS. Via interviews og spørgeskemaer blev det på 'modelafdelingerne' undersøgt, hvordan patienter med minoritetsetnisk baggrund oplevede deres indlæggelse, og ligeledes hvordan sundhedspersonalets indstilling til behandling og pleje af patienter af anden etnisk baggrund end dansk var. Undersøgelsen danner en baseline, der har indgået i en afklaring af mediators rolle, og danner baggrund for en evaluering af pilotprojektet i 2009.

Informationsmateriale og tolke

Sprogbarrierer kan være medvirkende til kommunikationsproblemer, selvom patienten tilsyneladende taler nogenlunde dansk. Her har de to mediatorer kunnet vejlede i tolkebistand og god tolkeanvendelse. Udover at hjælpe til i konkrete situationer og vejlede både personale og patienter, vil de to mediatorer også arbejde på at skabe et overblik over de pjecer, der findes på forskellige sprog og vurdere, om der er behov for mere materiale.

Særlige behov

Det er for eksempel en misforståelse at tro, at patienter med minoritetsetnisk baggrund altid har et solidt netværk, skønt der er mange besøgende. Dette kan den kulturelle mediator være med til at gøre opmærksom på. Ligeledes kan der være en baggrund med traumer og tortur hos patienterne, som ikke kommunikerer direkte, og her kan den kulturelle mediator bidrage med undervisning i observations- og spørgeteknikker.

Særlig viden gør en forskel

De kulturelle mediatorer på Bispebjerg

Hospital har en ny professionel rolle, der kan være svær at integrere i dagligdagen, men de er blevet godt modtaget på de to afdelinger (hjertemedicinsk- og diabetesafdeling), hvor de er blevet ansat – og vi mener allerede, at de gør en forskel. Både i forhold til undervisning af de ansatte og videreformidling af relevant materiale og i forhold til de indlagte patienter med anden etnisk baggrund end dansk, som drager nytte af mediatorernes særlige viden og praksiskunnen. ■

FLERE INFORMATIONER

Læs mere om projektet i *Informationsmateriale om kulturelle mediatorer i sygehusvæsenet*, der findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk/etniske-minoriteter.

Endvidere henvises til publikationerne: *Udenlandske erfaringer med anvendelse af kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet* (rapport udgivet af Sundhedsstyrelsen 2006) samt *Sundhedsprofessionelle i en multikulturel verden* (udgivet af Sundhedsstyrelsen 2007).

NOTE

1. Fra interview med Birgit Norberg, der er lokal tovholder på projektet på Bispebjerg Hospital. Interviewet og en omtale af projektet: www.bispebjerghospital.dk (vælg: Nyt & presse/26. juni 2008, Kulturelle mediatorer på Bispebjerg Hospital). [red.]

Etnisk sundhed i fokus

Århus Kommune etablerer en flerstrengt sundhedsindsats for minoritetsetniske borgere

■ Bjørn Hvidt-Pedersen, folkesundhedschef, Århus Kommune

Etniske minoritetsgrupper har et væsentligt ringere helbred end den gennemsnitlige befolkning. Flere har fx diabetes, hjerte-kar-sygdomme eller rygerlunger, og middellevetiden er lavere end gennemsnittet i Danmark. Det viser bl.a. sundhedsprofilen *Etniske minoriteters sundhed*, som blev offentliggjort i juni 2008 (se artiklen side 4 ff.).

Samtidig viser en undersøgelse i Århus Vest, hvor der bor en stor koncentration af borgere med anden etnisk baggrund end dansk, at det er et stort ønske hos områdets beboere, de praktiserende læger og de sundhedsansvarlige kommunale afdelinger, at der bliver etableret et sundhedscenter i lokalområdet. Århus Kommune er derfor gået i gang med at etablere et Sundhedscenter Vest og udvikle en generel sundhedsindsats i Århus Vest.

Rammer for indsatsen

Sidste års politiske forlig om Århus Kommunes budget for 2008 indeholdt en hensigtserklæring om etablering af et sundhedscenter i Århus Vest. Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg har derfor gennem inddragelse af borgerne og øvrige aktører i området undersøgt mulighederne for at etablere et sådant sundhedscenter. Dette års budgetforlig for 2009 fulgte op på hensigtserklæringen med den første bevilling på i alt 4,2 mio. kr. til etablering af et Sundhedscenter Vest. Samtidig arbejder Århus Kommune med en "helhedsplan for

Gellerup og Toveshøj", der også indeholder etableringen af "et sundhedscenter sammen med lokalcenteret i forskellige lokaliteter i området med særlig fokus på de sundhedsfaglige problemstillinger herunder en forebyggende indsats, der gør sig gældende for denne del af byen".

Parallelt med disse initiativer vedtog Århus Byråd den 11. juni 2008 efter et års udviklingsarbejde og høringsprocesser kommunens første samlede overordnede *Sundhedspolitik i Århus 2008-2009. Vi vil gi' Århus et KRAM*. Århus Kommunes sundhedsindsats skal både være forebyggende og sundhedsfremmende, og der skal etableres konkrete tilbud målrettet bestemte udsatte grupper og bestemte geografiske områder, så den sociale ulighed i sundhed bliver reduceret.

Hovedfokus er forebyggelse inden for KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol og Motion), og det angives, at der skal udvikles forskellige indsatser i forhold til de forskellige målgrupper på såvel individ-, som på gruppe- og generelt niveau. Sundhedspolitikken er et resultat af, at kommunen – jf. Sundhedslovens § 119 – fra den 1. januar 2007 er forpligtet til at skabe sunde rammer og sundhedstilbud for borgerne.

Den dobbelte strategi

Århus Kommune er midt i en beslutningsproces for igangsættelse af en konkret sundhedsindsats i Vestbyen. Det følgende er de foreløbige overvejelser, der afventer forligspartiernes endelige tilsagn inden årets udgang.





Der overvejes en dobbelt strategi bestående af to dele. *Den ene indsats* er en intensiv kompetenceudvikling af medarbejdere i bydelen baseret på et udviklingsprojekt "Tanker til tiden" i Magistratsafdelingen for Børn og Unge, Videncenter for Børnesundhed. *Den anden indsats* er etableringen af et sundhedscenter i Vestbyen.

Kompetenceudviklingsprojektet bygger på forskning om mentalt overskud og mental træning og tager udgangspunkt i, at sundhed skabes gennem en kombination af *viden* om, hvad der er sundt, *holdninger* til at ville leve sundt og *handlemuligheder* for at omsætte viden og holdninger. Udviklingsprojektet skal klæde medarbejderne på til bedre at kunne rådgive borgerne om trivsel og sundhed – uanset alder, således at det sikres, at sundhed bliver en del af hverdagen for alle borgere.

Perspektiver

I forlængelse af sundhedspolitikken vil der løbende blive arbejdet på at videreudvikle strategier og handleplaner for indsatser målrettet de forskellige målgrupper under hensyntagen til alder, køn og etnisk/sproglig/kulturel baggrund. Der vil bl.a. blive etableret et samarbejdsorgan mellem Magistratsafdelingen for Børn og Unge, Magistratsafdeling for Social og Beskæftigelse og Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg, således at sammenhæng mellem eksisterende indsatser og nye sundhedstilbud i Århus Vest sikres.

Sundhedscentret i Århus Vest vil således fungere som katalysator for forskellige kommunale afdelingers arbejde med borgernes trivsel. Samtidig er det forventningen, at mange af de borgere, der gennemfører forløb på sundhedscentret, fremover vil fungere som ambassadører for sundhed i Vestbyen. ■

SUNDHEDSCENTER ÅRHUS VEST

– ideer til konkrete aktiviteter

Sundhedscentret vil i forlængelse af sundhedspolitikken bestå af tre dele:

1. en åben del
2. en lægevisiteret del
3. en opsøgende del.

1. Den åbne del

Sundhedscentrets åbne del kan benyttes af borgerne, frivillige foreninger og institutioner i forbindelse med deres sundhedsarbejde. Sundhedsfaglige, tokulturelle sundhedsformidlere tilbyder "sundhed på dit sprog", dvs. råd, vejledning og motivation inden for sundhedsfaglige emner. Temaerne vil være kost, rygning, alkohol, motion samt seksuel sundhed.

– tilbud /konkrete aktiviteter

Der vil blive givet råd og vejledning i forhold til KRAM-faktorerne, dvs. råd og vejledning om Kost, Rygning, Alkohol og Motion. Konkret forventes bl.a. etableret rygestopforløb: 1 gruppe på 8 deltagere starter hver 2. måned, 8 grp. pr. år, i alt 64 'rygestoppere' samt 16 individuelle rygestopforløb. *Effekt i forhold til rygning: 80 borgere årligt vil benytte et rygestopforløb - heraf forventes 28% fortsat at være røgfrie efter 1 år, lige så mange vil være i gang med deres 2. rygestopforløb.*

2. Den lægevisiterede del

Den lægevisiterede del efterspørges af de praktiserende læger og er baseret på afprøvede og beskrevne koncepter på baggrund af SundhedsCenter Århus' indhøstede erfaringer, eksempelvis: lægehenviste patientskoleforløb, hvor diabetikere henvises af egen praktiserende læge til diabetesskole, etableret i samarbejde med Lokalcentret Gellerup. Andre patientskoletemaer er: depression, hjerte-kar-sygdomme, KOL, angst og posttraumatisk stresssyndrom.

– tilbud

Lægevisiteret patientskole: nyt hold på 10 deltagere starter hver måned (12 ugers forløb). På årsbasis ca. 100 deltagere. *Effekt: 100 borgere årligt bliver bedre i stand til at regulere deres sukkersyge, rygerlunger eller hjerte-kar-sygdom. Bedre trivsel, mindre medicin, færre lægekonsultationer og genindlæggelser.*

3. Den opsøgende del

I den opsøgende del skal der ske formidling om KRAM-indsatserne til foreninger, grupper og institutioner. Til sikring af en overordnet koordination og undgåelse af overlappende indsatser skal arbejdet foregå i tæt samarbejde med relevante magistratsafdelinger.

– tilbud

1-2 opsøgende aktiviteter med 8-15 borgere pr. uge, på årsbasis 50 aktiviteter. De opsøgende aktiviteter rækkevidde: 300 borgere. *Effekt: 300 borgere får konkrete redskaber til livsstilsændringer og vil påvirke deres familier, så rækkevidden er større.*



Højt ambitionsniveau – brede kompetencer, store ører!

To års arbejde med sundhed i Vollsmose

■ Ellen Breddam, leder af Sundhedscenter Vollsmose, Odense Kommune, speciallæge i samfundsmedicin

Lokalkendskab og lydhørhed har været nogle af nøgleordene bag Sundhedscenter Vollsmoses gode resultater, som er opnået gennem de to år, centret har været et projekt. Centret var et af de 18 sundhedscentre, der fik midler af daværende Sundheds- og Indenrigsministerium til forsøg på sundhedscenterområdet.

Sundhedscentret nu i drift

Sundhedscentret kom med i det seneste budgetforlig for 2009 og frem, og vi skal efter en mere eksperimenterende tilgang til arbejdet nu sætte nogle af de gode erfaringer i drift. Heldigvis har vi netop fået midler til også at udvikle, idet vi på tværs af forvaltninger *dels* skal arbejde med model for forløbskoordination for borgere med kronisk sygdom og ringe egenomsorgsevne – i samarbejde med almen lægepraksis og sygehus – og *dels* har fået satspuljemidler til at arbejde med vægtstop og vægtvedligeholdelse for gravide og socialt udsatte kvinder med anden etnisk baggrund end dansk.

Sundhedscentret blev etableret samtidig med udviklingen af sundhedspolitikken i Odense Kommune. Det gav mulighed for gensidig påvirkning, og vi har arbejdet bredt med politikens områder. Odense Kommune valgte ikke at etablere flere sundhedscentre, og man har netop vedtaget organisering af hele sundhedsområdet, som fra 1. januar bliver

fordelt mellem fagforvaltningerne. Samtidig arbejder man med model(ler) for, hvordan man sikrer sammenhæng i indsatserne for borgerne.

Borgerinddragelse og lydhørhed

Vi fik i projektperioden nedsat styregruppe og referencegruppe og på den måde skabt formel inddragelse af samarbejdsparter. Begge grupper har været til stor støtte for os. Vi valgte ikke at bruge kræfter på at etablere formel borgerinddragelse i projektperioden i form af brugerråd eller lignende. Til gengæld brugte vi god tid i starten til at skabe kontakt med både borgere og samarbejdsparter – kommunale enheder, foreningslivet og andre grupperinger i lokalområdet. Det gav os et billede af, at der var behov for koordinering af sundhedsindsatser og et meget stort behov for viden om sundhed blandt borgerne. Et fint udgangspunkt for arbejdet.

Et eksempel på lydhørhed kunne være, at vi efter at have hørt ønsket mange gange bad den lokale idrætsforening om at etablere tilbud om kønsopdelt svømning. Et andet eksempel er, at vi nu flere gange om måneden er til stede i det lokale indkøbscenter, fordi vi ikke fik kontakt med ret mange mænd i sundhedscentret. Vi har på den måde fundet mange borgere med ubehandlet blodtryksforhøjelse og forhøjet blodsukker. Alle bliver henvist til egen læge til udredning og

behandling, mens vi tilbyder at tage os af de livsstilsrelaterede områder.

Også en række sundhedsemner har vi taget op efter anmodning fra borgergrupper. Eksempelvis er der stor efterspørgsel efter viden om stress, angst og depression, emner der altid medfører henvendelser fra enkeltpersoner, som har fået forståelse for, hvorfor de har symptomer, og nu ønsker hjælp. Mange af dem har traumer i bagagen. En særlig indsats om type 2-diabetes har ført med sig, at vi i henhold til sundhedsaftalerne etablerer diabetesskole – med stor inspiration hentet i Århus-projektet¹. En anden indsats, der bygger på århusianske erfaringer, er familiebaseret kostrådgivning, hvor vi har skabt et rigtig godt samarbejde med Sundhedstjenesten i Børn- og Ungeforvaltningen om et tilbud, der er stor efterspørgsel efter.

Lokalkendskab og kulturel viden = tillid og troværdighed

Vores sundhedsfaglige konsulent, Sisi Buch, havde ved sin ansættelse i sundhedscentret næsten 25 års erfaring fra sit arbejde i Vollsmose. Det var også et af de gode udgangspunkter, for Sisi havde netop erfaring med at arbejde med en stor gruppe af de borgere, der var vores målgruppe, nemlig de borgere, som har brug for en ekstra hånd for at kunne profitere af sundheds- og socialvæsenets tilbud og forstå samfundets krav og muligheder.

FOTO: Sundhedscenter Vollsmose



Ved at ansætte sundhedsformidlere med palæstinensisk, irakisk, tyrkisk og somalisk baggrund kan vi sprogligt og kulturelt dække 80% af befolkningen i Vollsmose. Ved ansættelsen af sundhedsformidlerne lagde vi vægt på en vis sundhedsmæssig baggrund, forståelse for sundhedsproblemer i bred forstand i lokalområdet, indgående kendskab til egen kultur og stort kendskab til dansk kultur samt ikke mindst viden om eller formodning om, at medarbejderen var respekteret og anset i egen gruppe.

Ingen af disse medarbejdere har dansk sundhedsuddannelse eller autorisation, men de har i den grad kompetencer! En sygeplejerske, en tandlæge, en læge, en biolog, en

medarbejder med mange års erfaring som tolk i sundhedsvæsenet. Siden er en dansk uddannet socialpædagog kommet til. Alle er deltidsansatte, ofte i kombinationsstillinger med andre projekter. I øjeblikket har vi en kvinde med en særlig vietnamesisk sundhedsuddannelse i praktik, og hvad der ikke er lykkedes før, ser ud til at lykkes nu, nemlig at få kontakt med borgere med vietnamesisk baggrund i Vollsmose. Vi har haft en bosnisk sygeplejerske i praktik, og også her lykkedes det at få kontakt med den bosniske gruppe. I et nyt vægtstoppjekt får vi desuden en medarbejder med pakistansk baggrund, og vi forventer nu at få skabt bedre kontakt til borgere med pakistansk baggrund i Odense.

Brug for mere viden

Samarbejdet i Partnerskabet² om sundhedsprofilen *Etniske minoriteters sundhed* har været uhyre nyttigt. Vi henviser om ikke dagligt så ugentligt til undersøgelsens resultater, og vi ser frem til, at undersøgelsen vil blive brugt til at give os endnu mere viden.

Vi ser også frem til et fortsat samarbejde med kommuner, der arbejder med samme målgruppe(r), og med forskningsinstitutioner. Potentialet for at skabe ny viden er stort. Jeg håber, at vi i fællesskab kan være med til at gøre opmærksom på, at det ikke bare kan klares med stort engagement og lydhørhed. Et højt ambitionsniveau kræver også økonomi. ■

LINK

www.odense.dk (vælg: Kommunen/Sundhedsportalen/Sundhedscenter Vollsmose)

NOTER

1. Se rapporten *Diabetesskole for etniske minoriteter i nærmiljøet - udvikling og evaluering af et undervisningstilbud*, udarbejdet af sundhedskonsulent Inge Witttrup & praktiserende læge Jette Kolding Kristensen. Udgivet af Center for Folkesundhed, Region Midtjylland og Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet 2007. [red.]
2. Læs om Partnerskabet på side 4. [red.]

FOLKESUNDHEDSPRISEN 2008

Dansk Selskab for Folkesundhed valgte Sundhedscenter Vollsmose ved overlæge Ellen Breddam som modtager af Folkesundhedsprisen 2008. Begrundelsen lyder:

"Folkesundhedsprisen tildeles Sundhedscenter Vollsmose, fordi det er et banebrydende initiativ i sit konkrete arbejde med etniske minoriteters og socialt udsattes sundhed. Sundhedscentrets tilbud er udviklet i tæt samarbejde med boligområdets beboere og medarbejdere med stor kulturel indsigt. Vollsmose centret kan anvendes som inspiration for den kommunale sundhedsfremmende og forebyggende indsats."

Borgmester Jan Boye, Odense Kommune, der er politisk ansvarlig for projektet, modtog prisen den 25. september på Dansk Selskab for Folkesundheds årlige folkesundhedsdage på Hotel Nyborg Strand. Prisen, der består af en plakate samt en check, uddeles årligt til en person eller institution, som har ydet en særlig indsats for folkesundheden.

Kilde: www.danskselskabforfolkesundhed.dk

«آر سی - تی»

Behandling af *krigstraumer* i Region Midtjylland

At være både flygtning og torturoffer på samme tid er at være i en situation, hvor menneskelige tab, fysisk og psykisk smerte OG integrationsproblemer sætter selv de stærkeste på prøve – og hvis ikke traumerne og de psykosociale problemer skal gå i arv, er der behov for en samlet indsats.

■ Annemarie Gottlieb, centerleder RCT Midtjylland, Horsens og Århus afdelinger

Hvorfor er det så svært?

“Kun for de døde er krigen glemt”, sagde Platon. Og han havde ret. Hvis man har levet i en krigszone i Bagdad, Mostar, Beirut eller i de kurdiske bjergegne, glemmer man aldrig nogensinde krigen igen. Den trænger sig konstant på, når man mindst venter det; når man hører lyden af et fly, når der lyder råb fra børns leg, når man ser TV, når der fyres fyrværkeri af nytårsaften – eller når man lugter en særlig lugt, som minder om krigens lugte. Mest af alt trænger erindringen sig på i form af angst og mareridt, når man forsøger at sove, og man har brug for hvile for at kunne være forælder, gå i sprogskole eller på arbejde dagen efter.

Langvarige belastninger – også i Danmark

Kompleksiteten i tilstanden og udfordringen i behandlingen forstærkes af, at der er tale om mennesker med en anden sproglig og kulturel baggrund, som på grund af etnisk udrensning, forfølgelse eller krig i perioder (op til mange år) har levet i stor fattigdom og med ringe muligheder for skolegang og uddannelse. Belastningen fortsætter for manges vedkommende i Danmark i form af lange ophold i asylcentre og midlertidige opholdstilladelser – med stor usikkerhed og angst for fremtiden. Mange er flygtet til Danmark fra krigstilstande og vold med et håb om uddannelse og om at kunne forsørge sig selv og sin familie. Da mange traumatiserede flygtninge har svære problemer med hukommelse og indlæring, brister denne drøm dog ofte på grund af vanskeligheder

med at lære dansk og med at finde fodfæste på det danske arbejdsmarked. De senere års faldende arbejdsløshed har dog langsomt gjort en tilknytning til arbejdsmarkedet mere realistisk for dem, som har ressourcerne.

Behov for dynamisk kulturopfattelse

Kulturen spiller også en rolle – men i hvilken udstrækning er blandt andet afhængigt af, hvilket miljø klienten er vokset op i, og hvilken skolegang han eller hun har modtaget. Det er også afhængigt af i hvilken udstrækning, der er adgang til professionel tolkning, samt hvorvidt behandleren er i stand til at respektere og forstå det menneske, som har brug for hjælp på tværs af kultur og sprog. Inden for området tales om en ‘dynamisk kulturopfattelse’, hvor man i kontakten forsøger at have opmærksomhed på de elementer i både egen og klientens kultur, som kan skygge for god praksis. Vi kan derigennem forsøge at gøre op med etnocentrien – med det, at vi betragter afvigelser fra vores egen gruppe som afvigelser fra ‘det normale’.

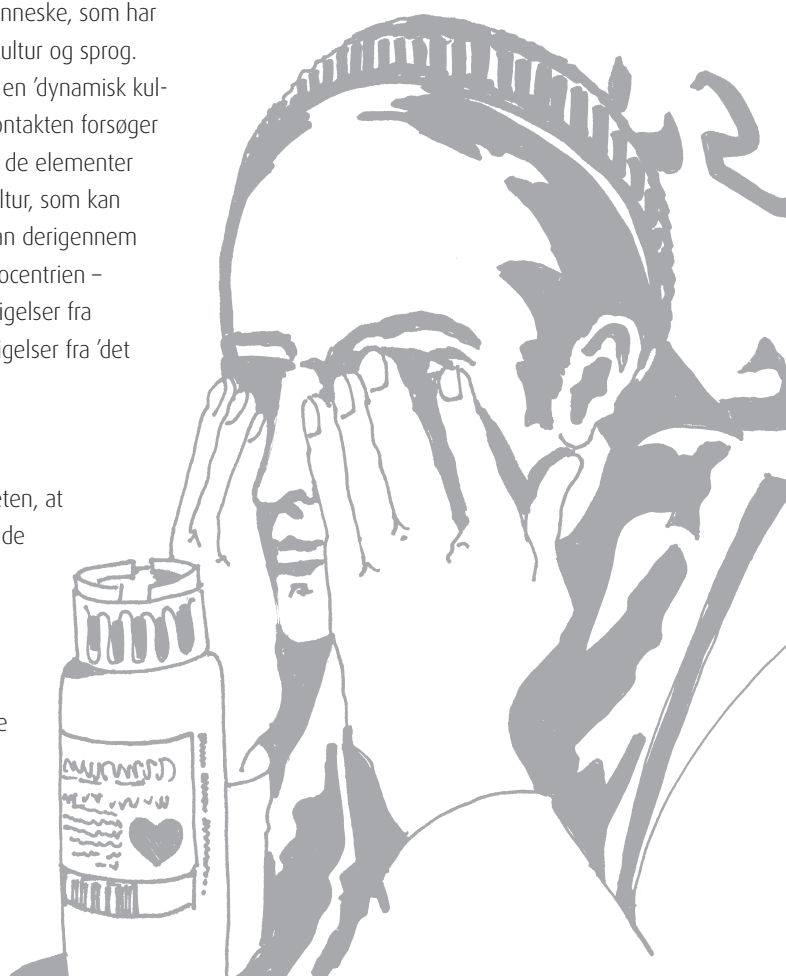
Ingen enkle svar

Alt i alt betyder kompleksiteten, at det er vanskeligt at adskille de fysiske, psykiske og sociale aspekter af skaderne efter krig og tortur. Mange af de sværest ramte har svært ved at klare helt almindelige dagligdags funktioner som at lave mad, gå på arbejde og drage omsorg for deres

børn. Behandlingen af de mest syge og belastede kræver derfor en samlet tværfaglig indsats – og et stabilt samarbejde med de involverede professionelle – typisk klientens sagsbehandler(e) og egen læge. I de sværeste tilfælde vil der desuden også være behov for samarbejde med socialpsykiatrien i den enkelte kommune.

Behov for en bred indsats

Kompleksiteten i tilstanden nødvendiggør således et tæt samarbejde – også omkring den psykofarmakologiske behandling. Den



توانبخشی در «آر-سی-تی»

DIAGNOSTISK REFERENCERAMME

Massive krigs-, flugt- og torturoplevelser 'sætter sig' på stort set alle områder af et menneskes liv og påvirker funktionsniveauet. Diagnostisk taler vi om, at personen lider af PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) eller om 'personlighedsændring efter katastrofeoplevelser' (WHO; ICD-10: F43.1 og F62.0).⁽⁴⁾ Klinikere inden for området taler om 'kompleks posttraumatisk stressforstyrrelse' eller 'ekstrem psykotraumatisering'. Derudover er der desuden hyppigt tale om en udpræget grad af comorbiditet hos denne gruppe i form af svære depressioner, generaliseret angst og psykoselignende tilstande. I de senere år ses der endvidere et tiltagende misbrug i et forsøg på selvmedicinering. Comorbiditet udvikles især, hvor der ikke tidligt nok er sat ind med den relevante støtte og behandling.

I psykiatrien i Danmark anvendes WHO's ICD-10 som den diagnostiske referenceramme. Dette giver god mening i udredningen og i samarbejdet. I de senere år har det dog også i WHO-sammenhænge været diskuteret, hvordan man kan udvikle diagnosesystemet, så det i højere grad tager højde for symptomdannelsen hos langvarigt multitraumatiserede mennesker – herunder ofre for krig og tortur.

DESNOS-diagnosen (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified) er det amerikanske diagnosesystem DSM's forsøg på at indramme målgruppen – ligesom de i den seneste udgave også har forsøgt at tage højde for en del kulturelle aspekter. Dette mangler endnu i ICD-10.

generelle belastningsgrad gør det ofte vanskeligt for klienterne at håndtere de mange bivirkninger, der kan være af medicin. Desuden kan der være kulturelle og sproglige barrierer i mødet med lægen, eller der kan være tale om, at medicin har været anvendt ved mishandlinger i hjemlandet. Ofte har begge ægtefæller behov for medicin, og da gruppen generelt er præget af mange børn og relativ fattigdom, kan det være vanskeligt at få råd til at prioritere medicinen.

Erfaringsmæssigt er det vanskeligt at anvende den medicinske behandling der for nuværende er tilgængelig i nødvendigt omfang – og selv erfarne psykiatere må prøve sig frem for at finde den rette medicinering. Der findes kun få kontrollerede studier, og resultaterne af disse er tvetydige – der er kort sagt et påtrængende behov for forskning.

Anerkendte forskere inden for området betragter PTSD som en sygdoms enhed på det neurobiologiske plan og som en empirisk set relativt velafgrænset kategori. De ser for eksempel forandringerne i de hormonale stresssystemer og de karakteristiske skift

mellem intrusive (påtrængende) symptomer – flashbacks, mareridt o.a. – og undgåelses-symptomer som specifikke for PTSD. Patienter med disse reaktioner adskiller sig, efter forskernes vurdering, fra andre psykiatriske patienter og fra raske kontrolpersoner.

Tortur og andre krigsrelaterede volds- og voldtægtsoplevelser spiller også en væsentlig rolle, når man skal vurdere, hvordan og i hvilken udstrækning en klient kan hjælpes. For mange er smerterne fra disse oplevelser konstant – og tilstanden kan til dels sammenlignes med andre kroniske smertepatienters tilstand. Karakteren af de overgreb som torturofferet har været udsat for kræver en særlig viden, hvis den skal udredes og behandles og erfaringen viser, at mange ikke fortæller om disse overgreb. Der kan desuden være store forskelle i den kulturelle forståelse af årsagen til og behandlingen af smerter – hvilket vanskeliggør behandlingen. Når der ikke sættes ind med behandling i tide, risikerer smertetilstanden at forværres over tid, efterhånden som det enkelte krigs- eller torturoffer bliver ældre.

En bred indsats i behandlingen anbefales af læge Jessica Carlsson på baggrund af resultaterne af hendes forskning på Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre i København. Jessica Carlsson gennemgår to forskningsstudier i perioden 2000-2004.⁽¹⁾ Heraf fremgår det, at de faktorer, som viser sig at være tæt associeret med et dårligere psykisk helbred og en lavere livskvalitet, ikke bare relaterer sig til en fortid med tortur og traumer. Det at være uden beskæftigelse og leve i social isolation er også i høj grad medbestemmende for sygdomsbilledet. Resultaterne viser, at torturens direkte påvirkning af det psykiske helbred med årene bliver medieret af problemer relateret til livet i eksil. Et forhold, der får Jessica Carlsson til at pege på, at der blandt andet er behov for langvarig støtte, psykoedukation og for at inddrage relationer og nutidige sociale problemer.

Behandlingstilbud i regionen

I Region Midtjylland varetages behandlingen af krigstraumatiserede flygtninge af tre klinikker i henholdsvis Holstebro, Århus og Horsens. Klinikken i Holstebro har eksisteret

i godt to år, mens der i det gamle Århus Amt har været et tilbud til målgruppen i 21 år – og man har herfra for halvandet år siden også etableret en afdeling i Horsens, som tilbud til klientgruppen i den sydlige del af regionen. I forbindelse med implementering af ny behandlingsmodel skifter både TTF i Holstebro og RCT Midtjylland navn. Det nye navn bliver Klinik for Traumatiserede Flygtninge – hhv. Horsens, Holstebro og Århus.

I det tidligere Århus Amt er der igennem årene blevet udredt og rehabiliteret ca. 1.400 flygtninge og familiesammenførte til flygtninge. Det drejer sig om mennesker fra mange forskellige lande og fra mange forskellige væbnede konflikter: Vietnam, Chile, Iran, Irak, Tyrkiet, Afghanistan, Kosovo, Albanien, Bosnien, Etiopien, Somalia og enkelte andre lande. Der er dog en klar overvægt fra de arabisktalende lande – herunder især irakere og statsløse palæstinensere fra Libanon.

Alle disse mennesker repræsenterer store forskelligheder både politisk, religiøst, kulturelt og uddannelsesmæssigt. De har haft meget forskellige forudsætninger for at integrere sig i det danske samfund og for at profitere af behandling af de psykiske og fysiske mén efter krig og tortur. Eksempelvis var de chilenerne, som kom til Danmark i 80'erne, for en stor dels vedkommende højtuddannede og politisk aktive – mens de, der i de senere år er kommet fra Afghanistan, næsten (eller helt) er uden skolegang – hvor den 'politiske aktivitet', som de blandt andet risikerede at blive straffet for, var at ville uddanne sig.

Regionale strategier

Da der er lang ventetid til den specialiserede traumebehandling, arbejdes der i Region Midtjylland aktuelt på at etablere et ensartet tilbud for hele regionen med kortere behandlingstid og en mere snæver ramme,

end tilfældet hidtil har været i Østjylland. Med kortere behandlingstid øges risikoen for genhenvisninger – mens en hurtigere indsats omvendt må formodes at mindske risikoen for kronificering af tilstanden og for udvikling af comorbiditet. Da tilstanden hos den langt overvejende del af klienterne er kompliceret af migrationsvanskeligheder samt af fysiske og sociale problemer, kræver den nye behandlingsmodel samtidig en højere grad af samarbejde med de kommunale forvaltninger og med egen læge end hidtil (shared care).

Samtidig sættes øget fokus på dokumentation af indsatsen med henblik på systematisk at finde dokumenterede svar på, hvad der virker. Der er dog desværre mangel på redskaber, som er sprogligt og kulturelt tilpasset målgruppen. I 2006 blev der på den baggrund på klinikken i Århus taget initiativ til et samarbejde med MarselisborgCentret og seks andre centre i landet med henblik på tilpasning af ICF (International Classification of Functioning) til brug for monitorering af behandlingen af netop denne målgruppe. Projektet forventes afsluttet medio 2009.⁽²⁾

Forskning og dokumentation har igennem årene generelt været nedprioriteret inden for behandlingen af traumatiserede flygtninge – og det har ikke været muligt at iværksætte en samlet vurdering af den behandling, der er foregået på de mange specialiserede behandlingscentre. I Danmark har vi i mange år, som i en lang række andre lande fx Holland, England, Norge, Sverige, Tyskland og Australien, arbejdet ud fra metoder, som inddrager både fysiske, psykiske og sociale aspekter. Det sker i erkendelsen af, at krigstraumer og flugt virker ind på alle niveauer af et menneskes liv og af, at der er tale om komplicerede tilstande, som er vanskelige at behandle.

I et forsøg på at sammenfatte de nationale og internationale erfaringer har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Region Syddanmark iværksat udarbejdelsen af en MTV-analyse, som forventes præsenteret i januar 2009. Målet i Region Syddanmark er at øge kapaciteten med henblik på at nå ned på en ventetid på tre måneder senest i 2012.⁽³⁾ ■



Jubilæumsskrift for RCT Midtjylland kan rekvireres på tlf. 8930 8250 eller findes på www.rctmidtjylland.dk

REFERENCER

- (1) Carlsson J. Mental health and health-related quality of life in tortured refugees. Ph.d.-afhandling 2005.
- (2) Nyhedsbrev nr. 8, MarselisborgCentret, www.marselisborgcentret.dk
- (3) Region Syddanmarks hjemmeside: <http://www.regionsyddanmark.dk/wm218112>
- (4) Bertelsen A. WHO, ICD-10, Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. København: Munksgaard 2000.

LINK

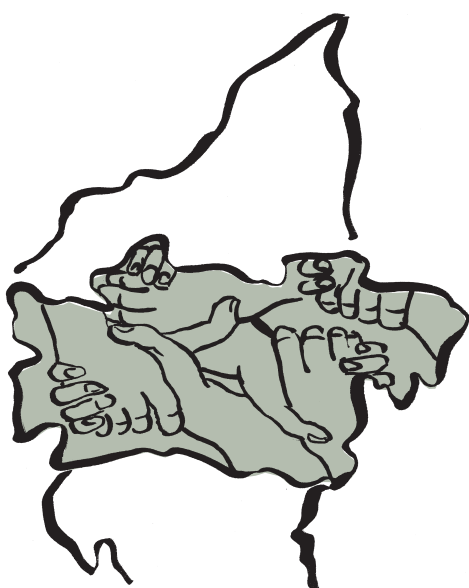
www.vftp.dk/diagnoser/ptsd/definition.html [Kriterier for PTSD - posttraumatisk belastningsreaktion - ifølge WHO ICD-10 (F43.1)].

www.netpsych.dk/Articles.aspx?id=231 [Kriterier for personlighedsændring efter katastrofeoplevelse - ifølge WHO ICD-10 (F62.0)].

Sundhedsaftaler

Benarbejdet med at revidere sundhedsaftalerne er tilendebragt. 1. oktober skulle aftalerne indsendes til Sundhedsstyrelsen for så vidt, de var godkendt i både Regionsråd og kommunalbestyrelser. Det sidste har knebet lidt, men medio oktober mangler kun én kommune at godkende aftalen formelt.

■ Jens Bejer Damgaard, kontorchef, Regionalt Sundhedssamarbejde /Kommunesamarbejde og Sundhedsaftaler, Region Midtjylland



Sundhedsaftalernes sideantal er ikke blevet mindre med revisionen. Det bemærker alle, der har været med i processen. Alle der skal læse sundhedsaftalerne noterer også, at omfanget af sider er steget.

I den sammenhæng er det værd at huske på, at Sundhedskoordinationsudvalget er enig i en prioritering, hvorefter sundhedsaftaler udarbejdes:

- til sundhedspersonale i kommuner, regioner og hos alment praktiserende læger
- som et politisk dokument mellem kommuner og region
- til Sundhedsstyrelsen, der skal godkende aftalerne.

Det er på denne baggrund, man skal forstå og se Sundhedskoordinationsudvalgets beslutning om at fremsende en skrivelse til Sundhedsstyrelsen. I skrivelsen påpeges det, at sundhedsaftalerne kan bygges mere hensigtsmæssigt op, og at det kan gøres uden tab af detaljer. I øjeblikket er det således, at Sundhedsstyrelsen kan vælge at se et kapitel for en hel region som én aftale. Hvis man kun læser et kapitel, så nytter det ikke noget, hvis der i kapitel 2 henvises til kapitel 1 – altså må teksten gentages. Det fylder aftalerne op med gentaget tekst uden at bidrage til indholdet.

Der er flere eksempler på sådanne uhensigtsmæssigheder. For forståelsen gælder imidlertid også, at Sundhedsstyrelsen er bundet af en meget detaljeret bekendtgørelse. Styrelsen kan altså ikke alene ændre de bureaukratiske arbejdsvilkår. Derfor lægger skrivelsen fra Sundhedskoordinationsudvalget også op til, at Sundhedsstyrelsen inddrager regioner og kommuner i deres dialog med ministeriet og departementet. Kun derigennem kan vi ændre bekendtgørelsen og få indflydelse på 2. generation af sundhedsaftaler.

Da andre regioner oplever samme tendens, har de sendt nogenlunde samme signaler. Selvom der ikke er kommet et officielt svar på Sundhedskoordinationsudvalget for Region Midtjyllands henvendelse, så er der indikationer fra andre regioner på, at

Sundhedsstyrelsen vil lytte. – Blicher det til virkelighed, er der håb om, at vi kan udvikle sundhedsaftalerne i en retning, der tilgodeser den prioritering Sundhedskoordinationsudvalget har foretaget.

Ros til revisionen

Når det så er sagt og skrevet, så skyldes der ros for det arbejde, der er udført i forbindelse med revisionen. Sundhedsaftalerne er blevet klarere formuleret, og der er blevet strammet op, således at de nødvendige organer er etableret. Det betyder bl.a. nedsættelse af *et råd for sundhedsfremme og forebyggelse*, og *et råd for hjælpemidler/behandlingsredskaber*. Begge råd skal adressere snitfladen mellem kommuner og region. Samtidig er regionen ved at udarbejde en pixieudgave af sundhedsaftalen. Den bliver lille og handy og vil kunne passe i enhver kitellomme.

Ny organisering i Region Midtjylland

Som det vil være nogle læsere bekendt, ændres organiseringen på det psykiatriske og sociale område i Region Midtjylland. Administrativt betyder det, at Regionalt Sundhedssamarbejde/Kommunesamarbejde og Sundhedsaftaler overtager opgaverne med at indgå sundhedsaftalen på det psykiatriske område og med at indgå de sociale rammeaftaler. Opgaveflytningerne forventes effektueret pr. 1. januar 2009. ■

Sunde *indspark* ...

Hvad er vigtigst at gøre noget ved i de kommende år? Temaerne for fremtidens sundhedsvæsen skal findes. I Region Midtjylland arbejdes der lige nu med at finde ud af, hvor regionsrådet vil gøre en *særlig indsats*.

■ Maiken Rose Hjortbak, fuldmægtig, Hospitalsplanlægning, Region Midtjylland

Region Midtjylland er ved at lave sin første samlede sundhedsplan. Det er en plan, der beskriver sundhedsvæsenet i dag, men som også udstikker retningen for de kommende års arbejde med sundhed. I spidsen for sundhedsplanen står et midlertidigt politisk udvalg bestående af 11 regionsrådspolitikere, og hvor Johannes Flensted-Jensen er formand.

Udvalget lægger stor vægt på at få ideer og indspark til mulige temaer for sundhedsplanen. Derfor har de lagt et ambitiøst program for 2008, der bl.a. har budt på studietur og sundhedsplankonference – og den 1. november på borgertopmøde.

Hvad gør man i andre lande?

Studieturen blev afholdt den 9.-12. september, hvor Sundhedsplanudvalget tog til Edinburgh i Skotland sammen med Sundhedskoordinationsudvalget. Formålet med rejsen var at se, hvordan man i andre lande tackler nogle af de udfordringer, som også Region Midtjylland står overfor.

I Skotland oplevede delegationen bl.a., hvordan skotterne har en anden tilgang til samarbejdet mellem parterne på sundhedsområdet. Her organiserer man indsatsen i såkaldte *sundhedspartnerskaber*, der er formaliserede samarbejder mellem hospitalsvæsenet, praktiserende læger og sociale myndigheder. Frivillige og velgørende organisationer er også en del af

partnerskaberne – de indgår aftaler med de skotske myndigheder om at løse udvalgte opgaver. Partnerskabstanken kommer bl.a. til udtryk i *Community Health & Care Partnerships*, der er en salgs sundhedscentre, hvor borgerne kan få hjælp til både helbredsmæssige og sociale problemer.

Konference: Pejlemærker for sundhed

Mandag den 29. september 2008 afholdt Sundhedsplanudvalget konferencen *Pejlemærker for sundhed* i Messecenter Herning. På konferencen fik deltagerne mulighed for at kigge inden for i politikernes arbejdsværelse og komme med deres input og ideer til temaer.

Konferencen så på nogle af de udfordringer, som Region Midtjyllands sundhedsvæsen står overfor. Derfor handlede formiddagens oplæg i plenum om folkesundhed og snitfladerne mellem sektorer i sundhedsvæsenet. Netop i snitfladerne mellem forskellige dele af systemet kan der opstå problemer, og oplægsholderne kom med hver deres bud på, hvordan disse problemer kan håndteres. Eftermiddagen bød på fire workshops om: rekruttering og fastholdelse, effektivisering og opgavetilrettelæggelse, social ulighed i sundhed samt konsolidering af sundhedsaftaler. Her havde deltagerne mulighed for at lytte og lære – og for at komme med indspark til sundhedsplanen.

Borgertopmøde om fremtidens sundhedsvæsen

Borgernes holdninger vil også blive hørt. Lørdag den 1. november 2008 afholdt Region Midtjylland i samarbejde med Danske Regioner et borgertopmøde, hvor omkring 200 personligt inviterede borgere fik mulighed for at snakke sundhed med hinanden, mens politikere fra regionsrådet lyttede. Se www.borgertopmoede.rm.dk

På samme tid blev der afholdt tilsvarende arrangementer i Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden. Dermed havde i alt 800 borgere mulighed for at give deres mening til kende over for landets regionalpolitikere.

Godt rustet

Resultaterne fra borgertopmødet vil – sammen med de øvrige indspark fra nær og fjern – udgøre et solidt grundlag, når Sundhedsplanudvalget trækker i arbejdstøjet for at foretage det endelige valg af temaer.

Deltag i debatten "Sund Fremtid" og få mere information om arbejdet med Region Midtjyllands sundhedsplan på www.sundhedsplan.rm.dk ■

KONFERENCE

Onsdag, den 10. december 2008

Hvordan har du det? – og hvad gør vi ved det?



Om sundhedsforhold, sundhedspolitik og sundhedsinterventioner i Region Midtjylland og kommunerne i regionen

Center for Folkesundhed i Region Midtjylland inviterer til konference om status og fremtid for *Hvordan har du det?*

Status

Brug af sundhedsprofilens data i regionens og kommunernes sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende arbejde, sundhedsplanlægning m.v.

Fremtid

Hvordan skal det fremtidige arbejde med sundhedsprofiler og monitorering organiseres? Hvordan udbygges det regionale-kommunale samarbejde om sundhedsprofiler?

Konferencen har plenumoplæg, parallelsessioner og markedsplads:

- plenumoplæg om Region Midtjyllands sundhedsprofil på arbejde i kommuner, region og almen praksis samt om sundhedsprofilerne i Region Hovedstaden og Region Nordjylland.
- parallelsessioner med temaerne: psykisk sundhed, KRAM-faktorer og patientuddannelse
- markedsplads, hvor kommuner og region præsenterer sundhedsplaner, -projekter og -aktiviteter.

Tid og sted

Onsdag, den 10. december 2008 kl. 12-17 i Kongressalen i Herning Kongrescenter, Østergade 37, Herning. Konferencen starter med en let frokost.

Deltagerantal og pris

Der er plads til 375 deltagere efter først til mølleprincippet. Pris pr. deltager kr. 350.

Tilmelding

Via hjemmesiden: www.hvordanhardudet.rm.dk
Tilmeldingsfrist: fredag den 28. november 2008.

Yderligere oplysninger

Kontakt Bitten.Bønnelykke.Warming@stab.rm.dk, tlf. 8728 4703.

Spørgsmål vedrørende tilmelding, afmelding og fakturering rettes til:

Kongreskompagniet, Nordhavnsgade 1, 8000 Århus C,
tlf. 8629 6960,
mail: hvordanhardudet@kongreskompagniet.dk