

«Legekofferten»

– en verktøykasse for helsepersonell til bruk i

AV ARILD AAMBØ OG NORA AHLBERG

The term "medicine" among the Indians of North America covered much more than just remedies for illness. Every venture had its "medicine": beneficial acts were "good medicine", unsuccessful efforts were bad "medicine". Every brave carried a medicine bag in which his good luck and the power of his spiritual force symbolically resided. Losing one's medicine bag was a catastrophe¹.

Legekofferten er en svært personlig ting. Som lege er det lett å føle seg ubekvem med å måtte låne andres koffert. Man vil gjerne savne tryggheten som er opparbeidet ved å kjenne sin egen koffert til bunns. En og annen gang oppstår det likevel situasjoner hvor man mangler medikamenter eller utstyr for å takle situasjonen på best mulig måte. Slike tilfeller fører gjerne til at innholdet blir supplert eller endret. Også det mest personlige må nemlig tilpasses egne og andres erfaringer.

I mange år nå har det pågått en diskusjon om kvalitetssikring av legekoffertens innhold – en slags standardisering, men det har vært vanskelig å enes om en minimumsstandard som skal gjelde for alle. De regionale forskjellene er store, ulike situasjoner krever ulikt utstyr og behovet for et fornuftig tilpasset utvalg av medisinsk og teknisk utstyr i kofferten er derfor også stort. Rutiner for oppdatering av innholdet har likevel vært gjenstand for Helsetilsynets oppmerksomhet², og på nettsiden www.turnuslegen.no/legekofferten.htm gis følgende råd: «Det tar tid å rydde opp i et utilstrekkelig utstyrsoppsett – gjør derfor denne jobben før det er for sent!»

Denne artikkelen skal *ikke* handle om legekofferten som sådan. I denne sammenhengen er den valgt som en metafor som synes å være nyttig når vi i det følgende skal presentere noen foreløpige råd for den krysskulturelle konsultasjonen. Disse er baserte på et pågående utviklingsarbeid som tar sikte på en nasjonal klinisk strategi for NAKMI*. Vi er for

* NAKMI – Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse – er et kompetansesenter som gjennom forskning, formidling og utviklingsprosjekter skal bidra til kunnskap om forhold som gjelder innvandrere og andre etniske minoriteters fysiske og psykiske helse og omsorg.



Arild Aambø

Allmennpraktiserende lege. Opprettet i 1994 Primærmedisinsk verksted og har vært leder for dette frem til 2005. Er i dag nestleder på NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse.



Nora Ahlberg

Forskningsdirektør/leder av NAKMI, professor i transkulturell psykologi, Universitetet i Oslo.

øvrig åpne for kommentarer og innspill fra leger og andre som har erfaringer på dette feltet.

Som for innholdet i legekofferten er konsultasjoner i høy grad preget av personlig stil og erfaring. Videre er det vanskelig å enes om hva som *må* være med, fordi forskjellene mellom ulike personer som søker hjelp, er store. Like fullt må vår konsultasjonspraksis kontinuerlig oppdateres og suppleres, slik at den blir på høyde med 'state of the art'.

Undersøkelser som er utført i regi av det tidligere *Psykososialt senter for flyktninger* har vist at behandlere opplever et stort behov for kompetanseheving når det gjelder både flerkulturell kommunikasjon og kulturforståelse mer generelt^{3,4,5}. «Kultur» er blitt sammenlignet med det å synge i kor; enten man synger «rent» eller «falskt», setter det sitt preg på kommunikasjonen. Gary Burkett sier det slik:

Culture (as meaning system) is not an optional factor that only sometimes influences health and illness; it is prerequisite for all meaningful human experience, including that of being ill. A more adequate model of the relationship between culture and illness would demonstrate the pre-eminence of culture in the experience of illness among all people, not just members of 'exotic cultures; would view healers as well as patients as dwellers in culture; would incorporate the role of culture as meaning system in linking body, mind and world; and would promote the significance of the cultural context as a resource for research and therapy⁶.

På sitt beste blir kulturmøter som en slags byttehandel hvor man utveksler «gaver», og det er ikke noen absolutt nødvendighet med tanke på tilfredshet at partene forstår hver-

den krysskulturelle konsultasjonen

andre fullt ut. Derimot må det foreligge et minimum av enighet omkring rammene for møtet. Selv om kulturelle faktorer er viktige når det gjelder å forstå og håndtere sykdom, vil en tro på at møtet med innvandrerpasienter krever noe helt spesielt i seg selv kunne bidra til å skape avstand mellom helsearbeidere og pasienter. Helsepersonell som opplever at de ikke strekker til på dette feltet, har en tendens til å trekke seg unna slik at de ikke får brukt og videreutviklet den kompetansen de faktisk har. Resultatet blir tjenester av dårligere kvalitet⁷.

Vi vil hevde at det finnes grunnleggende likhetstrekk i alle konsultasjoner og videre at det som er god helsetjeneste for innvandrere og andre etniske minoriteter, også kan være god helsetjeneste for etnisk norske pasienter. Gjennom den pågående prosessen med utvikling av en modulisert «legekoffert» til bruk i krysskulturelle konsultasjoner, ønsker vi likevel å gi et insitament til å rydde opp i og supplere den eksisterende verktøyskassen.

Før vi ser nærmere på innholdssiden, skal vi kort presentere noen av de problemene som er blitt særlig poengtert i denne type arbeid. Subjektive helseplager ser ut til å være et svært utbredt fenomen, ikke bare i industrialiserte land⁸. Dersom evnen til å mestre stressende livssituasjoner er nedsatt, for eksempel som følge av migrasjon og møte med nye kreverende omgivelser, kan dette gjøre personer ekstra følsomme for slike plager.

Håndtering av subjektive helseplager utgjør storparten av en allmennpraktikers hverdag, og bare en liten del av tilfellene kvalifiserer for en medisinsk diagnose. Men selv om legen ved den medisinske undersøkelsen ikke kan påvise objektive funn, har mange pasienter likevel plager som de vil fortsette å etterspørre medisinske forklaringer på og/eller hjelp for. Av og til finner legen en sykdom som pasienten ikke selv er klar over, men det er gjerne det motsatte – at legen ikke finner noen klar årsak til pasienters plager – som kan bli ekstra problematisk i den krysskulturelle konsultasjon.

At helse i bunn og grunn handler om å være i stand til å håndtere dagliglivets påkjenninger er i tråd med sosiologen Aaron Antonovskys arbeid⁹. Han hevder at vi gjennom

hele livet utsettes for psykososiale, fysiske og biokjemiske stressfaktorer som skaper en spenningstilstand.

For Antonovsky blir det viktigste spørsmålet hvordan vi kan håndtere dette. Han har utviklet konseptet 'general resistance resources' (GRRs) – ressurser som bidrar til at vi kan håndtere stresset. Blant annet er han opptatt av hvilken betydning våre omgivelser har for vår evne til mestring, ettersom det har vist seg at et godt sosialt nettverk og støtte kan modifisere og omdanne våre reaksjoner på slike stressende opplevelser¹⁰.

Hvilke faktorer er det så som nedsetter vår evne til mestring? Birgit Lie studerte en uselektert gruppe av flyktninger kort tid etter bosetting i kommunene, og fant at de som hadde vært utsatt for fysisk vold eller tortur eller var blitt tvungne til å skilles fra familien, hadde mest plager¹¹. Slike negative livshendelser har ofte en ødeleggende effekt på ens personlige integritet. De fører til økt sårbarhet og er forbundet med øket sykdomsrisiko. Vanlige symptomer er søvn- og konsentrasjonsvansker, irritabilitet, ulike smertetilstander eller depresjoner. En kan også se endringer i selvbildet, i evnen til å omgås andre eller til å fortolke den sosiale konteksten en lever i på en meningsfull måte; noe som igjen vil kunne føre til ensomhet eller en følelse av å være forlatt.

Hvis man føyer krysskulturell migrasjon til slike flyktningrelaterte traumer, blir vi stilt overfor sammensatte problemer som krever en gjennomgang av våre analytiske verktøy. Disse må i langt større grad ta hensyn til at en symptomproduserende fortid som flyktning kan virke sammen med belastninger som gjør seg gjeldende også når man skal tilpasse seg som minoritet i et nytt land. En kartlegging av helsetilstanden blant innvandrere i Norge viser således at ikke bare alder ved ankomst, men også hvor lenge man har oppholdt seg i landet, har betydning når en skal forklare at sykdomskurven med alderen stiger brattere hos innvandrere enn hos majoritetsbefolkningen¹². Tall fra Statistisk sentralbyrå indikerer også at det går dårligere med dem når de først er blitt syke¹³.

Hvordan er så helsetjenesten rustet til å håndtere slike lidelser? For et par år tilbake ble det gjennom samarbeid



mellom Primærmedisinsk verksted* og Kingosgate rehabiliteringssenter** dannet en konsensusgruppe bestående av ti innvandrere, alle med mye erfaring fra møter med det norske helsevesenet, og fem helsearbeidere, deriblant to leger. Under tre møter diskuterte man hvilke barrierer man opplevde i møte mellom innvandrerpasienter og deres behandlere. Det ble enighet om at følgende faktorer bidrar til utilfredstillende konsultasjoner:

- Innvandrere opplever at de får kortere konsultasjoner enn nordmenn i samme situasjon.
- Pasienten blir redd og får ikke uttrykt seg fordi legen er stresset.
- Legene ser bare det som er interessant ut fra et biomedisinsk perspektiv.
- Pasientene sier ikke hva de tenker av frykt for ikke å bli respektert.
- Det er vanskelig å skaffe tolk, og mange stoler ikke på tolken.
- Legenes spørsmål hjelper ikke pasienten til å sette ord på sin situasjon.

Disse punktene vil helt sikkert også mange etnisk norske pasienter kunne kjenne seg igjen i. Flere av punktene krever likevel ytterligere kommentarer sett ut fra et krysskulturelt perspektiv:

Tiden som innvandreren har til rådighet i møte med legen er en avgjørende faktor for en vellykket konsultasjon. En person som ikke behersker språket har krav på tolk^{14,15}. En tolket konsultasjon krever automatisk dobbelt så lang tid, fordi alt skal sies to ganger og medisinsk terminologi krever ofte også mer omstendelige forklaringer. Dette kan være en grunn til at innvandrere opplever at de får kortere konsultasjoner. Problemet kan også skyldes at mange leger opplever situasjonen som så fremmedartet at de blir overveldet og ikke går inn i saken på samme måte som de ville ha gjort hvis det gjaldt en pasient fra egen kulturkrets. Kan-skje slutter en i slike situasjoner å stille spørsmål og lener seg til 'vedtatte sannheter'. Hvis pasienten samtidig er redd for å oppta legens tid eller å ikke bli respektert, sier det seg selv at konsultasjonen blir mangelfull.

Det kan hevdes at vi som behandlere må være mer serviceinnstilte eller sensitive overfor de problemene pasientene faktisk presenterer – med andre ord at leger i større grad må sette seg inn i sine pasienters perspektiver og vurdere behandlingsalternativer ut fra hvilke konsekvenser disse har for dem. Men samtidig er det innenfor alt offentlig arbeid tradisjon for

at behandlere i møte med klientene *skal* være orientert mot det spesifikke og det universelle, det som gjelder for alle. Samhandlingen begrenses derfor til de trekk ved klienten eller hans sak som er offisielt definert som relevante og behandleren skal påse at personer med samme egenskaper eller kvalifikasjoner får samme behandling¹⁶. På et legekontor fører dette lett til at det antall trekk ved pasientene eller deres sak som betraktes som relevante, reduseres. Dette skjer, selv om det kan komme i strid med overordnede målsettinger.

Behovet for forenkling og for å gardere seg mot ansvar, i betydningen etterfølgende kritikk eller selvbebreidelser, blir sentralt. Tidligere professor i sosiologi ved Universitetet i Oslo, Knut Dahl Jacobsen, hevder at slike tendenser er mest uttalt i sentraliserte organisasjoner hvor ledelsens behov for effektivitetsmål og forsvar mot kritikk får dominere. I en slik organisasjon

«vil det lettere utvikles standardiserte kontrollformer og effektivitetskriterier som går på enkle forhold og lett lar seg måle. Kriteriene knyttes gjerne til anvendelsen av enkle virkemidler som antas å lede frem til måloppnåelse, og dette fører lett til den forveksling av interne og eksterne effektivitetskriterier som så ofte observeres i undersøkelser av offentlig forvaltning»¹⁷.

Mange leger vil kjenne seg igjen i dette bildet: Effektivitet måles i antall konsultasjoner eller innleggelser, ikke i antall ferdig behandlede pasienter. Legens oppgave er likevel å håndtere slike motstridende hensyn på en slik måte at det ikke går ut over pasienten.

Men innsnevringen av legers oppmerksomhet kan også skyldes utviklingen innen de medisinske fagene. Legekunsten er blitt mer og mer overskygget av den naturvitenskapelige modell som, i følge Gary Burkett, karakteriseres av at kontekstuelle faktorer kun betraktes som forstyrrende element:

In this view, the pursuit of truth requires abstracting entities from their natural contexts so that they might be freed from extraneous influences. These influences are seen as noise that interferes with the discovery of scientific knowledge rather than as potential subjects for study, in and of themselves. Objective knowledge is knowledge that has been stripped of context.¹⁸

På lignende måte mener den danske psykologiprofessor Gretty Mirdal at grunnen til at man ikke har tillagt kulturelle data tilstrekkelig vekt i forhold til andre informasjonskilder, henger sammen med skiftet til en mer naturvitenskapelig sykdomsmodell, også på mentalhelsesiden¹⁹. Samtidig som dette har økt kravene til presisjon og reliabilitet i diagnostiseringsprosessen, har det skjedd en utvikling i retning av små og presise diagnoser som vanskelig lar seg overføre til andre sosiokulturelle sammenhenger.

* Primærmedisinsk verksted (PMV) er et kompetansesenter for helsefremmende arbeid i en flerkulturell befolkning i Gamle Oslo. Senteret eies og drives av Stiftelsen Kirkens Bymisjon.

** Kingosgate rehabiliteringssenter er et kommunalt tilbud til pasienter med kroniske lidelser på Grünerløkka i Oslo.



Flere tendenser virker altså i samme retning: Både tidsaspektet, det at mange pasienter ikke spontant kommer frem med det de har på hjertet, tendensen til å trekke seg unna det som virker fremmedartet, offentlige føringer og fagets utvikling bidrar til at leger gjerne konsentrerer seg om de rent somatiske aspektene ved sykdom. Men dersom vi skal kunne forstå de problemer som minoriteter strever med, kommer man ikke utenom de kontekstuelle faktorenes betydning. Spørsmålet vi må stille oss er: «Hvordan kan den allmennpraktiserende legen forholde seg til dette uten at situasjonen blir overveldende og fullstendig sprenger rammene for konsultasjonen?»

Professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen, Kirsti Malterud, hevder i likhet med flere andre forfattere, at spørsmål vedrørende pasientens egne ressurser og muligheter må med i den allmennmedisinske konsultasjonen, til tross for at de inntil nylig stort sett har vært fraværende i allmennmedisinsk forskning og teoridannelse²⁰. Hun presenterer også en teoretisk referanseramme for arbeidet med pasienters selvrapporterte ressurser og en modell for klinisk anvendelse som indikerer hvorfor og hvordan en allmennpraktiker kan bidra til å samle slik kunnskap. For å ivareta dette introduserer hun et «dobbel løp» for konsultasjonen: Ett løp som søker etter pasientens egenopplevelse av sykdommen og relevante ressurser for å takle denne og ett løp som handler om legens medisinske agenda: Diagnostisering av sykdom, risikofaktorer og General Resistance Resources (GRRs etter Antonovsky).

Professor Even Lærum ved Nasjonalt ryggnettverk har tatt tidsaspektet på alvor og utviklet en liste over spørsmål som pasienten kan arbeide med hjemme og som kan bidra til å belyse så vel den psykososiale situasjonen som pasientens mestringsstrategier. Evalueringen av dette opplegget viste stor tilfredshet både hos lege og pasient. Circa en tredjedel av pasientene kunne også, på grunnlag av de svarene de selv hadde gitt, på egen hånd lage en «aksjonsplan» med f.eks. fokus på livsstil, endringer på jobben, bedring av selvbildet, mestringsstrategier eller forholdet til signifikante andre²¹. Skjemaet er enda ikke prøvd ut i arbeid med minoritetspasienter, men synes å ha et stort potensiale også i en slik sammenheng.

Ved NAKMI har vi stilt oss spørsmålet om slike modeller, eventuelt med små endringer, kan være egnet som et utgangspunkt for klinisk arbeid også i en flerkulturell befolkning. I stedet for et dobbelt løp snakker vi om en «legekoffert» med to rom: Et rom som inneholder strategier for diagnostisering av sykdom og påvisning av risikofaktorer og et annet rom som inneholder strategier for å synliggjøre pasientens egen forståelse av situasjonen, hvilke ressurser som står til rådighet og hva pasienten selv er motivert for å gjøre for å ta vare på sin helse/behandle sin sykdom. I denne forbindelse synes det relevant å minne om det skille den amerikanske etnopsykiateren Arthur Kleinman gjør mellom 'illness' og 'disease':

Illness refers to the patient's perception, experience, expression, and pattern of coping with symptoms, while disease

refers to the way practitioners recast illness in terms of their theoretical models of pathology²².

Vi skal i det følgende, til tross for at dette også er nødvendige og viktige aspekter som må ivaretas i konsultasjonen, la diagnostisering og teoretiske modeller for patologi ligge, og se nærmere på hva man kan gjøre for å lokke frem pasienters egen forståelse av sin sykdom, deres strategier for mestring og motivasjon for endring. For enkelhetens skyld vil vi gjøre bruk av de alminnelige instrumentene i legeskofferten, som metaforer.

I. Blodtrykksapparat: Måler blodtrykket for å kunne si noe om hvilket press «hjertet» arbeider under.

Overført til den krysskulturelle konsultasjonen handler dette om å utvikle relasjonen mellom pasient og lege. Som leger er vi vant til at selve legerollen tillegges tillit. Vi opererer under taushetsplikt og har en sterk etisk forpliktelse til å gjøre det beste for folk. Vi er da også vant til at folk er åpne og tillitsfulle når de snakker med legen. Dette er imidlertid ikke selvsagt for alle som av en eller annen grunn blir pasienter, og noen ganger må legen vise stor tålmodighet i arbeidet med å utvikle tillit. Dette tillitsbyggende arbeidet kan lettes betydelig dersom en følger noen enkle regler:

§1 Hjelperen klargjør forutsetningene for sitt hjelpearbeid
Dette psykoedukative momentet handler helt enkelt om å gjøre prosedyrer og arbeidsmåter mer eksplisitt forståelige for begge parter; herunder også om å forklare hvorfor og hvordan ting gjøres i vår egen praksis. En åpning kan f.eks. være at legen sier til den engstelige pasienten: «Jeg vil gjerne hjelpe deg, men dersom jeg skal kunne hjelpe deg på en måte som du er fornøyd med, trenger jeg å stille deg noen spørsmål. Er det greit for deg?»

§2 Hjelperen er villig til å delta i en prosess hvor gjensidig påvirkning blir verdsatt

Dette profesjonsetiske momentet handler om empati, men også om vilje til å lære av pasienten. Mange erfarne leger har uttalt at det vesentligste de har lært om medisin har de lært av sine pasienter. I møte med personer fra underprivilegerte grupper er det spesielt viktig at legen er villig til å lytte, lære om og innrette seg etter hvilke ressurser og muligheter pasienten selv ser.

§3 Hjelperen tar ansvar for å utvikle en positiv relasjon

Det er en god regel å ikke overta ansvaret for pasientens situasjon, men like fullt er det nødvendig at legen tar ansvaret for å utvikle relasjonen til pasienten. Dette punktet er særlig viktig, fordi det er relasjonen som er avgjørende for hvordan ting blir oppfattet og fortolket.

II. Oftalmoskop og otoskop: Frembringer og fokuserer lys og brukes når selve undersøkelsessituasjonen gjør at det faller skygge på det området som skal undersøkes.

Som vi tidligere har vært inne på, er der områder som pasientene sjelden berører med mindre de blir oppfordret til det gjennom legens spørsmål. De siste årene har legene ut ifra forebyggende hensyn blitt flinkere til å spørre deprimerede pasienter om de noen ganger har hatt i tankene at de vil ta sitt eget liv. Nedenfor listes opp enkelte andre temaer som kan trenge å bli spesielt belyst, særlig i arbeid med pasienter med bakgrunn fra den tredje verden. Det enkelte tema ledsages av konkrete eksempler på spørsmål som kan være nyttige i denne sammenheng:

Pasientens egen modell for å forklare sykdom

- Hvorfor tror du at du ble syk akkurat nå?
- Hvordan skjedde det?

Pasientens egne mestringsstrategier

- Hvordan klarte du...?
- Hvordan holder du ut?
- Når du tar i betraktning alt som du har vært igjennom, hvordan kan det ha seg at det ikke er verre?

Pasientens ressurser og ressurser i pasientens miljø

- Er det noen ganger det er litt lettere å leve med smertene? Hva har vært til hjelp så langt?
- Hvem vil være den første som merker at du er blitt bedre, tror du?

III. Stetoskop: Fanger opp og forsterker lyder fra kroppen – til å lytte med på områder der pasienten ville kunne føle seg krenket om legen la øret inntil.

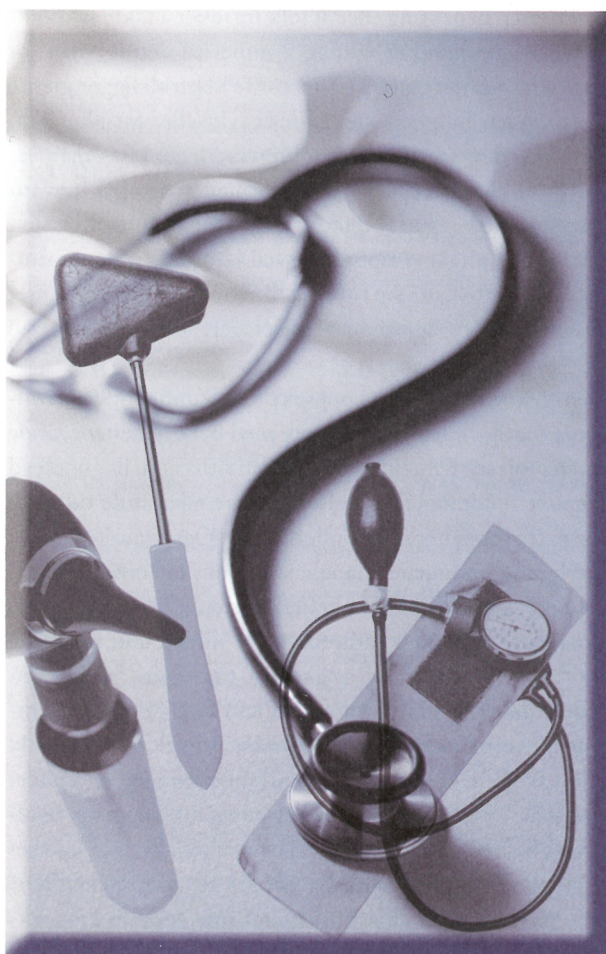
I den krysskulturelle konsultasjonen handler dette om å lytte etter det pasienten sier, gripe tak i det og utforske det, fremfor å fortelle pasienten hva han bør gjøre. Modellen som presenteres under er utviklet ved Brief Family Therapy Center i Milwaukee²³. Vi har valgt å beholde den engelske terminologien på grunn av akronymet EARS som tydelig viser at dette har med aktiv lytting å gjøre:

Elicit – lokke frem pasientens egen kompetanse, mestringsstrategier, hva som går bedre.

Nyttige spørsmål finnes under punkt II.

Amplify – forstørre temaet opp ved å:

- 1) dvele ved temaet: Du sa at ... Kan du si litt mer om dette?
- 2) spørre etter detaljer: Når skjedde det? Hvor? Hvem var du sammen med? Hvem gjorde hva for at dette skulle skje?



- 3) introdusere andre perspektiver: Hvem vil være den første som legger merke til dette? Hvem andre vil kunne være interesserte? Hva vil de legge merke til?

Reinforce – forsterke, eller bringe opplevelsen til bevissthet ved å:

- 1) vise interesse, gjøre notater osv.
- 2) vise at en blir forvirret: Hva var det du sa?! Kan du si det igjen?! Nå blir jeg litt forvirret – kan du forklare hva du gjorde en gang til?!
- 3) spille djevelens advokat: Det kan umulig være sant!?

Start over – begynne forfra med et nytt emne:

Når temaet er uttømt, starte hele prosessen igjen: Finnes det andre, lignende situasjoner? Hva mer?

IV. Reflekshammer: Utløser senereflekser – fremkaller reaksjoner på en myk og kontrollert måte.

I konsultasjonen dreier dette seg om spørsmål av litt mer reflekterende karakter, f.eks.:

Hypotetiske spørsmål om endringer:

- Hva ville skje hvis...? Sett at det skjer et mirakel som gjør at...? Hvordan tenker du at livet vil bli når du en gang blir frisk?

Skalerings spørsmål:

Skalerings spørsmål kan for eksempel formes slik: Kan jeg stille deg et litt underlig spørsmål? Tenk deg en skala fra en til ti hvor én står for at situasjonen er så vanskelig som den kan bli og ti for at problemene som vi har snakket om i dag er løst. Hvor på skalaen vil du si at du befinner deg akkurat i dag?²⁴ I en flerkulturell sammenheng er det ikke alltid mulig å bruke skala med tall. I slike situasjoner kan en likevel bruke visualisering ved hjelp av tegninger, eller ved konkret å spørre hvordan pasienten vil plassere seg på en linje mellom «når det var som verst» og når problemet er løst.

Det kan også være nyttig å «skalere» pasientens motivasjon for behandling, sjansene for at en viss fremgang skal fortsette osv*.

V. Noen utvalgte medisiner: Noen ganger vil en fra kofferten gi medisiner, i enkelte tilfeller tilstrekkelig for en kur, andre ganger kun for å sette i gang behandlingen.

Dette dreier seg om å øke pasientens behandlingsmotivasjon og å styrke pasienten i troen på at han kan klare å gjennomføre behandlingen eller bli frisk.

Gi kompliment:

Gi en tilbakemelding som fokuserer på det som fungerer, det som leder inn på riktig spor. Ikke glem å gi pasientene kompliment for at de tar sin situasjon alvorlig, at de gjerne vil få hjelp, at de viser evne til samarbeid. Selve det faktum at de har møtt frem på kontoret eller tilkalt hjelp, viser det. Om det er flere til stede under konsultasjonen, gi kompliment til hver enkelt for deres respektive bidrag.

VI. Reseptblokk: Når pasienten får en resept, overlates de samtidig et ansvar for å gjennomføre behandlingen.

I en mer terapeutisk anlagt samtale kan en, i tillegg til punkt I–V, også gi oppgaver av typen: Legg merke til positive endringer, eller situasjoner hvor det går bedre, så kan vi snakke om dette når du kommer tilbake. Kanskje kan vi da komme et steg videre i å forstå de problemene du har.

De som måtte være interesserte i å gå videre med dette, henvises til litteratur om løsningsorienterte samtaler. Her skal bare nevnes at flere evalueringsstudier viser at slike spørsmål også er godt egnet i en flerkulturell sammenheng.^{25,26,27,28}

I forbindelse med resepten, synes det her naturlig å knytte noen kommentarer til resepter og medikamentforeskriving generelt. Noen ganger kan begrensningene som ligger

* For en detaljert gjennomgang av disse spørsmålene, se Aambø, A: LOS – Løsningsorienterte samtaler. Gyldendal akademisk.

i forskjellige underliggende forestillinger og holdninger spille inn på ganske utilsiktede måter, – også i forbindelse med medisinerer. I et gripende dokument om et innvandrerbarn med epilepsi og hennes engasjerte behandlere på et amerikansk sykehus, beskrives etiske dilemmaer knyttet til hvordan selv det aller beste medisinske opplegget kan gjøre situasjonen verre dersom omgivelsene er ute av stand til eller av religiøse grunner er lite motiverte for å følge opp. I dette tilfellet gjaldt det en omfattende og komplisert medisinerer for å forhindre hjerneskade. Følgende sitat er tatt fra legejournalen:

The mother states that she will not give the Dilantin at home. In addition, she also states that she has increased the child's Phenobarbital to 60 mg b.i.d. Finally the mother states that she run out of Tegretol and the child has not received it in the last four days. The mother brought a large sack full of medication bottles and on closer examination by myself there were three half empty bottles of Tegretol. The mother stated that she was unaware that these bottles were Tegretol. In addition, the mother also was unable to identify the Dilantin bottle and gave that bottle to me and said that she did not want it at home²⁹.

Denne lille pasientens foreldre ønsket ikke den hjelp de ble tilbudt av grunner som legene ikke hadde noen aning om før situasjonen tok en meget tragisk vending. Hvis leger ikke forsikrer seg om at pasientene forstår hva som står på medisinfasken, eller det ikke har slått dem at pasienten kanskje ikke har tatt sin medisin som foreskrevet, kan det hende at de tror at den har hatt dårlig virkning og øker dosen, noe som kan bli farlig. Med andre ord: Gitt i feil sosio-kulturelle innpakking kan selv riktig medisinsk behandling forverre problemene.

Rommet rundt konsultasjonen

Det er en smertelig erfaring at mange som er i stort behov for legehjelp, ikke selv søker lege³⁰. For innvandrere kan helsetjenesten oppleves uforståelig og skremmende og dialogen blir iblant vanskelig for en eller begge parter. Like barn leker best, og helsepersonell yter best arbeid overfor dem som de opplever naturlig samhörighet med. Derfor er det viktig å «arbeide for å øke forståelse og identifikasjon mellom helsepersonell og de ulike brukergruppene, slik at opplevelse av fremmedhet kan vike plassen for nysgjerrighet og innlevelse»³¹.

Manglende opptak av helsetjenester er ikke et fenomen som kun gjelder innvandrere. Flere undersøkelser viser at de som trenger tjenestene mest – bedømt ut fra hvilke belastninger de har vært igjennom og hvilke risikofaktorer som gjør seg gjeldende – faktisk er de som faller utenom^{32,33}.

Utsettelse, benekting eller at folk forsøker å takle sykdommen på egen hånd er viktige grunner til dette. Frykt for visse sykdommer og frykt for å miste kontroll ligger gjerne til grunn når folk benekter at de er syke eller forsøker å takle tilstanden selv, fremfor å oppsøke lege. Hvis man ser bort fra alternative behandlingsformer, som også innvandrere benytter seg av, består slik egenbehandling ikke sjelden i at en unngår symptomene ved å innrette seg etter situasjonen. Dette kan i sin tur lede til en mer og mer begrenset livsutfoldelse og dermed økende plager.

Men en slik vegring for å oppsøke lege handler også om tidligere dårlige opplevelser i møte med helsetjenestene, at de kan ha følt seg bebreidet for sin egen situasjon, har opplevd negative holdninger fra helsearbeidere eller at de tidligere har hatt problemer med å utløse hjelp. Også vansker med å forklare symptomene, manglende kunnskap om sykdomsfaktorer og/eller hvordan helsetjenesten i Norge fungerer, kan føre til unnvikelsesadferd. Bedre blir det ikke når legen ikke finner medisinske årsaker til pasientens problemer. Problemet er at slike forhold lett kan føre til lave forventninger overfor helsetjenestene, underforbruk eller feilbruk. Flere av disse barrierene trår inn før pasienten overhodet kommer i kontakt med helsetjenesten. Negative holdninger baseres på rykter eller på hva slekt og venner kan berette, og de rammer naturligvis også oss som behandlere, ikke minst fordi mange bare møter innvandrere i avmek-tige roller som hjelpetrengende.

Vi tror at slike barrierer best kan overkommes gjennom lokalsamfunnsarbeid, eller kanskje rettere et folkehelsearbeid – gjennom å opprette og utvikle flere møteplasser utenom den kliniske situasjonen, hvor dialogen kan dyrkes og gjensidige relasjoner utvikles på en helt annen måte enn i den usymmetriske konstellasjonen en konsultasjon nødvendigvis må representere^{34,35}. Et slikt folkehelsearbeid vil, hvis det lykkes, kunne bidra til å styrke hele befolkningens evne til å mestre sykdom og motgang, gi mulighet for å takle geografiske og sosiokulturelle skiller bedre også i en konsultasjonssituasjon (dvs gjennom tilbakeføring av ny-erhvervede innsikter) og, ved å mobilisere og involvere lokalsamfunnet, på sikt bidra til bærekraftig endring.

Vi på NAKMI vil være meget takknemlige for alle gode råd og kommentarer til bruk i den videre prosessen med å utvikle en modell for god konsultasjonspraksis med personer med minoritetsbakgrunn, – særlig fra minoritetspråklige fagpersoner. Slike kommentarer kan sendes til a.aa@nakmi.no

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Gunhild Felde. Kontakt henne på gunhild.felde@sensewave.com

Noter

- Lyons, A.S., Petrucelli, R.J. (1978) Medicine, An Illustrated History. New York: Harry N. Abrams, Inc., Publishers (s. 33).
- Ovanger, M. Holmboe, J. (2002) Tilsynsrapport fra kommunehelsetjenesten i Loppa kommune. www.helsetilsynet.no
- Neumayer, S.M. (1996) Førstelinjetjenestene og det psykososiale arbeidet med flyktninger – en kartlegging av behovet for faglig styrking. Linjer nr. 2, s. 4–6. NKVTS.
- Major, E.F. (2003) Behandling av psykisk traumatiserte flyktninger i Norge. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening nr. 19, 123: 2709–12.
- Major, E. F. (2000). Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 120: 3420–3.
- Burkett, G.L. (1991) Culture, Illness, and the Biopsychosocial Model. Family Medicine 23: 287–91.
- Stortingsmelding 17 (1996–97) Om innvandring og det flerkulturelle Norge. Sosial og helsedepartementet.
- Eriksen, H.R., Hellesnes, B. Staff, P og Ursin, H. (2004) Are Subjective Health Complaints a Result of Modern Civilization? International Journal of Behavioral Medicine Vol 11, No 2, 122–125.
- Antonovsky, A. (1988) Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey Bass Publishers
- House, J.S., Umberson, D., Landis, K.R. (1988) Structures and processes of social support. Ann Rev Sociol 14: 293–318.
- Lie, B og Lavik, N.J. (2001) Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. Journal of Refugee Studies Vol. 14, no 3 s. 276–294
- Blom, S. & Ramm, J. (1998) Ikke-vestlige innvandreres helse: Ikke flere syke, men når de først blir syke ... Samfunnspeilet 3. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Blom, S. & Ramm, J. (1998) Ikke-vestlige innvandreres helse: Ikke flere syke, men når de først blir syke ... Samfunnspeilet 3. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Lov om pasientrettigheter 2. juli Nr 63 1999
- Sosial og helsedirektoratets veileder (2002) Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger IS-nr 1022
- Dahl Jacobsen, K. (1976) Problemer for den enkelte i forhold til en sentralisert/desentralisert forvaltning. Nordisk administrativt tidsskrift Volum 57 Nr 3/4 Side 219–224.
- Dahl Jacobsen, K. (1976) Problemer for den enkelte i forhold til en sentralisert/desentralisert forvaltning. Nordisk administrativt tidsskrift Volum 57 Nr 3/4 Side 219–224.
- Burkett, G.L. (1991) Culture, Illness, and the Biopsychosocial Model. Family Medicine 23: 287–91
- Mirdal G M (2001) Om Oplevelsen av de andres lidelser. Psyke & Logos 22, 1, 50–59. København.
- Hollnagel, H. og Malterud, K. (1995) Shifting attention from objective risk factors to patients' self-assessed health resources: a clinical model for general practice. Family Practice Vol. 12, no 4 s. 423–429.
- Lærum, E. og medarbeidere (2002) The final version of the Patient Perspective Survey (PPS) a new tool to improve consultation outcome and patient participation in general practice patients with complex health problems. Family Practice Vol. 19, no 3 s. 264–271.
- Kleinman, A. (1988) Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience. New York: Free Press.
- Gingerich, W.J., de Shazer, S. og Weiner-Davis, M. (1987) Constructing change: A Research View of Interviewing. I: E. Lipchik (Red.) Interviewing. The Family Therapy Collections, 24. New York: Aspen Publishers
- Berg, I.K. og Miller, S.D. (1992) Working With the Problem Drinker – A Solution Focused Approach. New York: W.W. Norton & Company, Inc
- de Shazer, S. (1991) Putting Difference to Work. New York: W.W. Norton & Company
- Aambø, A. (2004) Løsningsorienterte Samtaler. Oslo: Gyldendal
- Unstad, M.E. (2001) Samtalekompetanse i trygden – forsøk med løsningsorienterte samtaler. Prosjektrapport 301. Oslo: Byggeforsk
- Bakke, K.M., Søholt, S. (1996) Kommunikativ kompetanse i praksis – en evaluering av Primærmedisinsk verksteds opplæring av helsearbeidere. Byggeforsknotat 18. Oslo: Byggeforsk
- Anne Fadiman (1997). The Spirit Catches You and You Fall Down. A Hmong Child – her American Doctors and the Collision of Two Cultures. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Lie, B og Lavik, N.J. (2001) Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. Journal of Refugee Studies Vol. 14, no 3 s. 276–294
- Tilsynsmelding 2000, Kapittel 3: Speiler helsetjenesten et flerkulturelt samfunn? Statens helsetilsyn.
- Lie, B og Lavik, N.J. (2001) Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. Journal of Refugee Studies Vol. 14, no 3 s. 276–294
- Tod, A.M., Read, C., Lacey, A. og Abbott, J. (2001) Barriers to uptake of services for coronary heart disease: qualitative study. British Medical Journal 323, s. 214–17
- Aambø, A. (1997) Tasteful Solutions: Solution Focused work with groups of immigrants.

Før forskrivning av SINGULAIR®, se preparatomtalen.
SINGULAIR® er et registrert varemerke tilhørende
Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

C Singulair MSD

Leukotrienreceptorantagonist.

ATC-nr.: R03D C03

TABLETTER 10 mg: Hver tablett inneholder: Montelukastnatrium 10,4 mg tilsv. montelukast 10 mg, laktosemonohydrat 89,3 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt og gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Filmrasiert. **TYGGETABLETTER 4 mg og 5 mg:** Hver tyggetablett inneholder: Montelukastnatrium 4,2 mg, resp. 5,2 mg tilsv. montelukast 4 mg, resp. 5 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172). Kirsebærsmak. **Indikasjoner:** Tilleggsbehandling ved bronkialastma når behandling med inhalasjonssteroider og kort-tidsvirkende beta₂-agonist tatt ved behov ikke gir tilstrekkelig kontroll av sykdommen. Symptomlindring ved sesongrelatert allergisk rhinitt. **Dosering:** Dosering: Skal tas én gang daglig. Astma: Dosen bør tas om kvelden. **Voksne og barn >15 år:** 10 mg (1 tablett) daglig. Forsøksvis til behandling av barn: **Barn: 6-14 år:** 5 mg (1 tyggetablett) daglig. **2-5 år:** 4 mg (1 tyggetablett) daglig. Terapeutisk effekt sees i løpet av én dag. Bør tas selv om sykdommen er under kontroll, og i perioder med forverring av sykdommen. **Sesongrelatert allergisk rhinitt:** Doseringstidspunkt kan individualiseres. **Voksne og barn >15 år:** 10 mg (1 tablett) daglig. **Barn: 6-14 år:** 5 mg (1 tyggetablett) daglig. **2-5 år:** 4 mg (1 tyggetablett) daglig. Bruk hos barn 2-14 år ved sesongrelatert allergisk rhinitt kan overveies basert på dokumentert sikkerhet i denne aldersgruppen, selv om effekt ikke er dokumentert i kliniske studier. **Generelle anbefalinger:** Tabletter 10 mg kan tas alene eller sammen med mat. Tyggetabletter 4 mg og 5 mg bør tas 1 time før eller 2 timer etter mat. Skal ikke brukes samtidig med andre preparater som inneholder montelukast. Ingen dosejustering er nødvendig for eldre, ved redusert nyrefunksjon eller ved mild til moderat leversykdom. Det finnes ingen data fra bruk ved sterkt nedsatt leverfunksjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Brukes ikke til behandling av akutte astmaanfall. Pasienten bør rådes til å ha akuttmedisin tilgjengelig. Ved akutte anfall gis korttidsvirkende beta₂-agonister. Pasienten bør kontakte lege snarest mulig dersom det er nødvendig med flere inhalasjoner av korttidsvirkende beta₂-agonister enn vanlig. Montelukast bør ikke erstatte inhalerte eller perorale kortikosteroider. Det finnes ikke tilgjengelige data som viser at perorale kortikosteroider kan reduseres ved samtidig inntak av montelukast. Etter reduksjon i dosen av systemiske kortikosteroider har det i sjeldne tilfeller forekommet en eller flere av følgende: Eosinofili, vaskulittisk utslett, forverring av lungesykdommer, hjertekomplikasjoner og/eller neuropati, noen ganger diagnostisert som Churg-Strauss' syndrom, en systemisk eosinofil vaskulitt. Årsakssammenheng er uklar, men det anbefales forsiktighet og klinisk oppfølging når reduksjon av systemiske kortikosteroider vurderes. Dokumentasjon for bruk til barn er begrenset. Det foreligger ingen data vedrørende effekt og sikkerhet hos barn under 2 år. Tyggetablettene inneholder aspartam som hos fenylketonuripasienter omdannes til fenylalanin. **Interaksjoner:** Preparatet kan tas sammen med teofyllin, prednison, prednisonol, p-piller (etinyløstradiol 35 µg/noretisteron 1 mg), terfenadin, digoksin og warfarin uten fare for interaksjoner av klinisk betydning. Arealen under plasmakonsentrasjonskurven (AUC) for montelukast ble redusert med ca. 40% ved samtidig inntak av fenobarbital. Siden montelukast metaboliseres av CYP 3A4 bør forsiktighet utvises, spesielt ved behandling av barn, når montelukast gis samtidig med medikamenter som inducerer dette enzymet, f.eks. fenytoin, fenobarbital og rifampicin. **Graviditet/Amning: Overgang i placentar:** Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra menneskelig er begrenset. Bruk av montelukast under graviditet bør derfor unngås. **Overgang i morsmelk:** Utiskilles i morsmelk hos rotter. Konsentrasjonen i melk er ca. 1/3 av plasmakonsentrasjonen. Det er mulig at barn som ammes kan påvirkes. Montelukast bør derfor ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Tolereres vanligvis godt. Bivirkningene er vanligvis milde og krever vanligvis ikke avbrudd i behandlingen. Tabletter (voksne): **Hyppige (>1/100):** Asteni/trethet, feber, mavesmerter, traumer. Gastrointestinale: Diaré, dyspepsi, infeksjos gastroenteritt, tannpine. Hud: Utslett. Luftveier: Tetthet i nesene, hoste, influensa. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine, søvnløshet. Tyggetabletter (barn 6-14 år): **Hyppige (>1/100):** Hodepine. Gastrointestinale: Diaré, kvalme. Luftveier: Faryngitt, influensa, sinusitt. Øvrige: Feber. Tyggetabletter (barn 2-5 år): **Svært hyppige:** Hoste (>10%). Følgende bivirkninger er rapportert: Utilipassethet, ødem, overfølsomhetsreaksjoner (inkl. anafylaksi, angioødem, pruritus, utslett, urticaria og svært sjelden eosinofil leverinfiltrat), unormale drømmer inkl. mareritt, søvnighet, irritasjon, opphisselse inkl. aggressiv oppførsel, rastløshet, søvnløshet, paresteser/hypoestesi, epileptisk anfall, hallusinasjoner, tørr munn, kvalme, oppkast/brekninger, dyspepsi, diaré, økt ALAT og ASAT, isolerte tilfeller av kolestatisk hepatitt, artagali og myalgia inkl. muskelkramper, økt blødningsstendens, blåmerker, palpitasjoner. **Overdosering/Forgiftning:** I studier på pasienter med kronisk astma er det gitt doser opptil 200 mg/dag i 22 uker, og i korttidsstudier er det gitt opptil 900 mg/dag i ca. 1 uke, uten at det ble observert klinisk signifikante bivirkninger. Akutt overdosering er rapportert hos barn ved doser på minst 150 mg/dag. Kliniske funn og laboratoriefunn avviker ikke fra det som er sett hos voksne og eldre barn. De vanligste symptomene er tørste, søvnighet, mydriasis, hyperkineser, mavesmerter. Det er ikke kjent om montelukast er dialyserbar ved peritoneal- eller hemodialyse. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Selektiv leukotrienreceptorantagonist. **Virkningsmekanisme:** Bindes med høy affinitet og selektivitet til cysteinylleukotrienreceptorer (CysLT₁) og hemmer derved bronkokonstriksjon og inflammatoriske parametre, samt symptomer forbundet med allergisk rhinitt. Reduserer mucusutskillelse, vaskulær permeabilitet og dannelse av eosinofile celler i blod og luftveier forårsaket av cysteinylleukotriener (LTC₄, LTD₄, LTE₄). Hemmer antigen fremkalt bronkokonstriksjon både i tidlig og sen fase. Gir bedring i morgen FEV₁, ekspiratorisk toppstrøms hastighet (PEFR) om morgenen og reduksjon i total bruk av beta₂-agonister. Reduksjon i anstrengelsesutløst bronkokonstriksjon er vist hos voksne og barn. Den bronkodilerende effekten av beta₂-agonister er additiv til effekten av montelukast. Montelukast har tilleggseffekt til inhalasjonssteroider. Terapeutiske plasmakonsentrasjoner av montelukast blokkerer ikke cytokrom P-450 3A4, 2C9, 1A2, 2A6, 2C19 eller 2D6 og derved unngås levertoksitet. **Absorpsjon:** Raskt etter peroral administrering. Tabletter: Gjennomsnittlig plasmakonsentrasjon, C_{max}, oppnås etter 3 timer. Tyggetabletter: C_{max} oppnås etter 2 timer. Bronkodilasjon er sett innen 2 timer etter peroral administrering. Biotilgjengelighet: Tabletter: 64%. Tyggetabletter: Ca. 73%. **Proteinbinding:** >99%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum 8-11 liter. Minimal distribusjon over blod-hjernebarrieren (dyreforsøk). Minimal konsentrasjon i alle vev 24 timer etter dosering. **Halveringstid:** 2,7-5,5 timer. **Metabolisme:** Utstrakt metabolisme som involverer cytokrom P-450 3A4, 2A6 og 2C9. Metabolittene bidrar minimalt til den terapeutiske effekten. **Utskillelse:** Plasmaclearance er gjennomsnittlig 45 ml/minutt. Montelukast og dets metabolitter utskilles nesten fullstendig via galle.

Pakninger og priser:

10 mg: tablett:	28 stk.	kr. 398,10	98 stk.	kr. 1307,40
5 mg: tyggetablett	28 stk.	kr. 398,70	98 stk.	kr. 1278,10
4 mg: tyggetabletter:	28 stk.	kr. 389,70	98 stk.	kr. 1278,10

T: 2h.

Refusjon: Behandling med Singulair (montelukast) til barn skal være instituttet av spesialist i barne- eller lungesykdom. Ved behandling av astma skal kombinasjonen av inhalasjonssteroider og langtidsvirkende beta₂-agonister være prøvd med utilstrekkelig effekt eller ikke akseptable bivirkninger, før montelukast refunderes. Behandlingseffekten av montelukast skal evalueres innen tre måneder. **Sist endret:** 01.01.2005

- Bousquet et al. Allergic Rhinitis and Its impact on Asthma. WHO Initiative. J Allergy Clin Immunol Suppl 2001;108(5):S147-S334.
- Philip G et al. The effect of montelukast on rhinitis symptoms in patients with asthma and seasonal allergic rhinitis. Curr Med Res Opin 2004;20(10): 1549-1558

TABLETT DAGLIG
SINGULAIR
(montelukast, MSD)