

Allmennt medisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelse. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennt medisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.



Konsultasjoner med fremmedspråklige

Refleksjoner over en pasient

■ ESPERANZA DIAZ fastlege i Bergen og førsteamanuensis ved Faggruppe for allmennt medisin, Universitetet i Bergen

Norge er blitt et flerkulturelt samfunn hvor godt over en halv million av innbyggerne har innvandrerbakgrunn. Halvparten kommer fra Asia, Afrika og Latin Amerika, og mange bor i de større byene. To av ti innvandrere har bodd i Norge i mer enn 20 år, mens fire av ti har bodd her i fire år eller kortere tid (1). De fleste fastlegene møter derfor pasienter med innvandrerbakgrunn daglig. Noen pasienter klarer utmerket å snakke norsk, men det er flere tilfeller hvor samtalen enten er umulig uten tolk eller ikke kan utdypes på grunn av språklige eller kulturelle barrierer.

sier noe om «innvandrere» og helse. Den mest utbredte er kalt «frisk innvandrer-teori» (2). Det ble beskrevet for mange år siden i Nord-Amerika, hvor forskerne oppdaget at immigranter var gjennomsnittlig friskere enn tilsvarende mennesker i vertslandet. Man har prøvd å forklare dette gjennom enkelte variabler som sunnere kost, mindre røyking, osv. Hovedforståelsen er likevel at de friskeste eler mest ressurssterke mennesker fra et land har større sjanse til å klare å komme seg til et annet land. De syke, de som ikke har personlige ressurser, de som ikke er i stand til takle forandringer, blir igjen. Dette gjelder i større grad for innvandrere som kommer på grunn av flukt eller jobb, og ikke så mye når man ser på innvandrere som kommer for familiegjenforening. Likevel kan det være godt å huske når vi vurderer ressursene til våre pasienter.

Helsefordelene beskrevet over forsvinner likevel ettersom tiden går. Innvandrere som har bodd i et annet land i mange år, «mister» etter hvert sine helsefordeler. Dette kan igjen forklares på mange måter, også ved at innvandrere adopterer de dårlige vanene som de innfødte hadde, men den andre hovedteorien om innvandrere og helse går på at selve migrasjonen blir en overbelastning for de fleste mennesker. Å reise fra egen familie, eget språk og kultur, en viss posisjon i samfunnet, og kjent mat og klima, til blant annet et nytt språk, lite eller intet sosialt nettverk, ny kultur

Nanto kom for første gang til kontoret mitt for to år siden. På enkelt norsk forklarte han at han var fra Kina, hadde bodd i Norge i mange år og var lastebilsjåfør. Han hadde smerter i høyre skulder. Han ble undersøkt, fikk NSAID og en kort sykemelding. Et par uker etterpå kom han tilbake. Han hadde fortsatt smerter, nå strålende til nakken, kunne ikke sove og hadde ikke bitt bedre av NSAID. Bevegeligheten så ut til å være redusert sammenlignet med forrige gang, men det var likevel vanskelig å få ham med på undersøkelsen, siden den var smertefull. En mer grundig samtale viste seg også å bli vanskelig på grunn av språk. Vi avtalte en ny time med tolk på et språk jeg ikke hadde hørt om. Han fikk videre sykemelding og en time uken etterpå.

INNVANDRERE OG HELSE: Helsefordeler som forsvinner over tid

En innvandrer er en innbygger som er født utenfor Norge og som har begge foreldre fra utlandet. Først og fremst er «innvandrere» en så heterogen gruppe at det knapt er forsvarlig å beskrive dem som en gruppe. Både hvor man kommer fra, hvor gammel man var da man emigrerte, hvor mange år man har bodd i Norge og årsaken til migrasjonen, som for eksempel jobb, flukt, eller familiegjenforening, er avgjørende for hvordan den enkelte tilpasser seg den norske kulturen. Ikke minst er det enkelte individet akkurat det, et unik individ med sin egen personlighet og sine egne ressurser. På toppen av det hele kan man havne midt i et åpent og inkluderende lokalsamfunn eller blant naboer som har «fått nok» av innvandrere.

På tross av dette, er det en del teorier som



FOTO: ESTHER DIAZ

og muligens nye allment aksepterte verdier, kan for mange føre til en langvarig stressende situasjon. Dermed kan innvandrere oppleve det man kaller for *allostatic load* i forbindelse med selve migrasjonen og tiden i det nye landet. Modellen, som er relatert til kognitiv aktivitetsteori om stress (CATS) (3), beskriver hvordan kronisk stress fører til økt nevroendokrin respons over tid, som igjen har negative fysiologiske konsekvenser for kroppen (allostatic load). Denne teorien er brukt for å prøve å forstå kompliserte tilstander som medisinske uforklarte plager og sykdommer (MUPS), og sammenheng mellom en rekke sykdommer som hjerte-kar sykdommer eller kreft ... og levd liv. Teorien kan i høyeste

grad være relevant for en del av innvandrere som står på listene våre.

Den norske legeföreningen sendte i 2008 en hefte med tittel «Likeverdige helsetjenester? Om tjenester til ikke-vestlige innvandrere» (4) til alle leger. De fire hovedfunnene angående «ikke-vestlige» innvandrere og helse i Norge er følgende:

1. Levekårene for innvandrere er dårligere enn for majoritetsbefolkningen.
2. Sykdomskurven stiger brattere med alderen hos innvandrere.
3. Det går dårligere med dem når de først er blitt syke.
4. Mange som har et stort behov for legehjelp, søker ikke lege.

En gang i måneden i nesten ett år hadde jeg konsultasjoner med min pasient fra Kina og tolken. Den første var en dobbelttime; deretter brukte vi ikke mer en 20 minutter hver gang, og relasjonen ble etter hvert bygget opp. Da fikk jeg høre om en enslig muslimsk mann som var skilt, men hadde ansvar for en alvorlig syk sønn og en eks-kone som ikke håndterte situasjonen og som ringte ham hele tiden. Hver gang hun ringte måtte han bare gå fra alt. Han var sliten og sov ikke om natten. Tankene gikk i ett. Økonomien var elendig og han kunne egentlig ikke være sykemeldt, men klarte heller ikke å jobbe. Han hadde vondt i skulderen og var redd for å sovne mens han kjørte. Samtidig var han stolt av å være i arbeid, en mann som begynte å jobbe som fem-åring ved å selge tingene som familien lagde for å overleve. Nanto hadde hatt en alvorlig arbeidsulykke før han kom til Norge, men hadde ikke sluttet å jobbe for det. I Norge hadde han ikke andre å snakke med enn legen og tolken og de få menn med samme kulturell bakgrunn som bodde i byen. Og de pratet alltid mens de røykte, så det var ikke snakk om å slutte med røykingen på tross av oppdaget KOLS i disse konsultasjonene. Jeg fikk også høre at han fikk mye bedre hjelp av de tradisjonelle urtetablettene fra hjemlandet enn av de smertestillende jeg hadde skrevet på resept. Han trengte egentlig ikke dem...

PASIENT-SENTRERT KOMMUNIKASJON: også med innvandrere

Det finnes mange modeller for å tenke gjennom en pasientsentrert konsultasjon. De fleste modellene begynner med en kort åpning, fulgt av sykehistorien og klinisk undersøkelse og til slutt forklaring av tilstanden og videre tiltak før man avslutter konsultasjonen. Disse fasene skjer ikke alltid i den samme rekkefølgen, men vi bruker teorien både for å undervise studentene og for å vurdere våre egne konsultasjoner ved for eksempel gjensidig praksisbesøk. I forbindelse med sykehistorie eller sonderingsfasen lærer vi studentene i Bergen å være oppmerksom på fem punkter som alle begynner med «f»:

- **Forståelse:** Hvordan forstår pasienten sin egen situasjon?
- **Følelser:** Er pasienten engstelig, bekymret, er det skam knyttet til situasjonen, er pasienten rolig og fornøyd?
- **Forutsetninger:** Hva vet vi om pasientens familie, fag, fritid, økonomi, fortid (også når det gjelder helse)?
- **Forventninger:** Hva vil pasienten oppnå med legebekøket?
- **Forestillinger:** Hva tror pasienten selv om årsak, diagnose, prognose, hva bør gjøres?

Det er dokumentert at en samtale som tar opp disse f-punktene gir en mer treffende diagnose og behandling og bedre muligheter for compliance. Med min pasient og mange av dem som vi samtaler med på dårlig norsk, er det mulig å håndtere en overfladisk samtale og en enkel undersøkelse, men det kan være en utfordring å finne ut av ovenstående spørsmål uten tolk. Dette kan igjen føre oss til dårligere diagnose, og behandling, høyere risiko for bivirkninger og skadelige konsekvenser av behandling, samt lav etterlevelse og råd og lav compliance (5–7).

TABELL 1. Kulturell tilpasning

	LOKAL KULTUR (NORGE)	EGEN KULTUR
Assimilering	+	-
Integrering	+	-
Separasjon	-	+
Marginasjon	-	-

Kulturell bevissthet og kulturell kompetanse

Man kommer langt ved å tenke pasientsentrert også i møte med innvandrere, men det finnes to nyttige begrep som utvider perspektivet i møte med pasienter: kulturell kompetanse og kulturell bevissthet. Overlapp og egne spesifikke bidrag mellom pasientsentrert metode og kulturell kompetanse som teorier er godt forklart i en artikkel fra 2008 fra Saha et al., som anbefales til spesielt interesserte lesere (8).

Både kulturell bevissthet og kompetanse tar utgangspunkt i kultur som prosess i motsetning til statisk begrep. Man blir ikke født med en kultur, men *i* en kultur. Det er individets jobb å ta stilling til verdiene, normer og tradisjoner på en mer eller mindre bevisst måte gjennom livet. Prosessen blir tydeliggjort hvis man flytter til nye omgivelser hvor verdiene, normer og regler er annerledes enn tidligere, og hvor man må bestemme i hvilken grad man velger hvilke deler av den nye kulturen. Hvert

individ må revurdere sine tidligere valg ut ifra ressursene og mulighetene, slik at man kan bli integrert, assimilert, separert eller marginalisert fra vertssamfunnet (TABELL 1). Prosessen er ofte knyttet til en viss kulturell ambivalens på en rekke temaer. Hvor pasienten står på de forskjellige livsområdene, kan ikke legen vite på forhånd når pasienten kommer inn gjennom døren på legekontoret.

Kulturell kompetanse reflekterer ferdigheter i å kommunisere med folk fra andre kulturer. Det har å gjøre med å forstå betydningen av kultur, å vite noe om forskjellige kulturer, å verdsette diversitet, å være bevisst på forskjeller i helse og diskriminering mot enkelte minoritetsgrupper og, ikke minst, om effektiv bruk av tolk.

Forfatterne som A. Kleinman (9) klarte å sette kulturell kompetanse på dagsordenen ved mange amerikanske universiteter for noen år tilbake. Dessverre kokte dette ned en del steder til en liste over «lure spørsmål»



man burde stille til alle med utenlandsk bakgrunn, noe som ikke var hensikten til Kleinman. Kulturell kompetanse kan nemlig ikke oppsummeres i en liste over «gjør/ikke gjør», men kan med fordel inkluderes i det profesjonelle curriculum til helsearbeidere for å forbedre kvaliteten av helsetjenester for pasienter med innvandrerbakgrunn (10).

Kulturell bevissthet kan bli beskrevet som en holdning. En kulturelt bevisst lege er opptatt av pasientens kulturelle bakgrunn, men bør være like opptatt av sin egen kulturelle bakgrunn. I utallige situasjoner når vi mener at vi er verdinøytrale, har vi røttene dypt festet i egen kultur. Når jeg spør studentene hvilke utfordringer de har hatt i møte med pasienter fra Afrika eller Latin-Amerika svarer de ofte at disse pasientene «overdriver så mye» når de har smerter. Jeg prøver å sende svaret tilbake: Kan det tenkes at nordmenn viser for lite av egne smerter og følelser når de er syke? Vi eier ikke 0-punktet. Uten at man trenger å konkludere med at alle kulturer er like riktige eller likeverdige på alle plan, er det en forutsetning for en høy kulturell bevissthet å prøve å se på både egne og andre sine argumenter og begrunnelser fra et kulturelt perspektiv.

Pasienten ble etter hvert bedre, men det var vanskelig å hjelpe ham videre med skulderen, og han ble henvist til andrelinjetjenesten. Første gang forsto han ikke innkallelsesbrevet fra spesialisten før det var for sent. Jeg ringte spesialisten og forklarte, og han fikk ny time der, men uten tolk (på tross av dette sto tydelig i henvisningen). Det kom ikke noe ut av timen. Pasienten fikk da enda en ny time, men han fikk selv beskjed om å skaffe seg tolk. Dette fikk pasienten ikke til med en gang, og det gikk lang tid før neste time var på plass. Tiden gikk. Pasienten kom fortsatt en gang i måneden til meg for forlengelse av sykemeldingen. Etter ett år valgte ham å gå tilbake til jobben, fortsatt med plager i skulderen – men bedre på mange andre måter – og oppgitt over hjelpen som var å få i andrelinjetjenesten.

Bruk av helsetjenester

Mye er skrevet rundt bruk av helsetjenester blant pasienter med innvandrerbakgrunn. Noen studier tyder på at innvandrere bruker legevakten oftere i forhold til den innfødte befolkningen, også for plager som bedre hadde blitt håndtert av fastlegen (11, 12). Andre studier rapporterer lavere bruk av helsevesenet blant innvandrere (13, 14), og enda flere studier beskriver ulikheter vedrørende bruk av primærhelsetjenesten ved forskjellige innvandrergrupper (15–18). Årsakene til forskjellene er kun delvis kjent, men, i tillegg til

helsesituasjonen til den enkelte, spiller andre faktorer sannsynligvis en rolle, blant annet tilgjengelig informasjon om systemet, annerledes system i hjemlandet (19), forventninger ovenfor helsevesenet (20) og en opplevelse av å ikke få hjelp (21–23).

Det er også påvist forskjeller i henvisninger og bruk av andrelinjetjenesten (13). En ny studie fra England viser at pasienter med innvandrerbakgrunn fra Asia og Afrika med forskjellige typer kreft måtte oftere gå flere ganger til allmennpraktikeren før de ble henvist til spesialisten med mistanke om kreft, sammenlignet med innfødte pasienter. Forskjellene var større hos eldre pasienter (24).

Paragraf 28 i den nye fastlegeforskriften sier at «Fastlegen skal benytte tolk ved behov» og det er kommunen som skal stå for utgiftene. I andre linjetjenesten er tolkebruk en del av det totale budsjettet og kan derfor noen ganger blir salderingspost når økonomien blir trang (4). Underforbruk av tolketjenester er rapportert flere steder (25), blant annet i forrige Utpostens nummer (26). Ifølge legeföreningen (4) er en av konsekvensene for pasienter som opplever språkbarrierer, dårligere tilgang til helsetjenester. Dette gjelder også for barn av foreldre som opplever slike barrierer.

En siste del av kulturell bevissthet har å gjøre med kulturen i selve helsevesenet. Vår vestlige biomedisinske tankegang, evidensbaserte tilnærming og økende ansvarliggjøring av pasienten (forhåpentligvis ikke på en ulovlig måte som det hendte med pasienten min) er goder i våre samfunn, men de er ikke kultur-nøytrale, og kan, uten videre refleksjon, noen ganger være en måte å beholde stigma på. Å veilede pasienten i det nye systemet må begynne, som all god veiledning, fra pasientens ståsted.

REFERANSER

- Henriksen K, Østby L, Ellingsen D. Innvandring og innvandrere 2010. Statistisk Sentralbyrå - Statistikk Norge, 2010.
- McDonald JT, Kennedy S. Insights into the «healthy immigrant effect»: health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1613–27.
- Ursin H, Eriksen HR. The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology* 2004; 29: 567–92.
- Nissen-Meyer M, Shuja AL, Sletnes T. Likeverdige helsetjenester? Om tjenester til ikke-vestlige innvandrere. In: legeförening Dn, ed, 2008.
- Hogenhuis C, Grigoryan L, Numans MM, et al. Differences in antibiotic treatment and utilization of diagnostic tests in Dutch primary care between natives and non-western immigrants. *European Journal of General Practice* 2010; 16: 143–7.
- Reiff M, Zakut H, Weingarten MA. Illness and Treatment Perceptions of Ethiopian Immigrants and Their Doctors in Israel. *American journal of public health* 1999; 89 (12): 1814–8.
- Suurmond J, Uiters E, Bruijne mCd, et al. Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 2011; 11:10.

- Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality. *J Natl Med Assoc* 2008; 100 (11): 1275–85.
- Kleinman A, Benson P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it. *PLoS medicine* 2006; 3(10):1673–6.
- Rosenberg E, Richard C, Lussier M-T, et al. Intercultural communication competence in family medicine: Lessons from the field. *Patient Education and Counseling* 2006; 61: 236–45.
- Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, et al. Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. *European Journal of Public Health* 2007; 17 (5): 497–502.
- Goth US, Berg JE, Akman H. The Intercultural Challenges of general practitioners in Norway with Migrant Patients. *International Journal of Migration, Health and Social Care* 2010; 6 (1): 26–32.
- Sanz B, Regidor E, Galindo S, et al. Pattern of health services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain. *Int J Public Health* 2011.
- Gimeno-Feliu LA, Magallon-Botaya R, Macipe-Costa R, et al. Differences in the Use of Primary Care Services Between Spanish National and Immigrant Patients. *J Immigrant Minority Health* 2012; On line 22 May 2012.
- Scheppers E, Dongen Ev, Dekker J, et al. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice* 2006; 23: 325–48.
- Smaje C, Grand JL. Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS. *Soc Sci Med* 1997; 45 (3): 485–96.
- Setia MS, Quesnel-Vallee A, Abrahamowicz M, et al. Access to health-care in Canadian immigrants: a longitudinal study of the National Population Health Survey. *Health and Social Care in the Community* 2011; 19 (1): 70–9.
- Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. *BMC Health Services Research* 2012; 12: 308.
- Goth US, Godager G. Use of primary Care Emergency Services in Norway: Impact of Birth Country and Duration of Residence. *Nordic Journal of Health Economics* na.
- Lamkaddem M, Spreeuwenberg PM, Devillé WL, et al. Importance of quality aspects of GP care among ethnic minorities: role of cultural attitudes, language and healthcare system reference. *Scand J Prim Health Care* 2012; 40: 25–34.
- Lien E, Nafstad P, Rosvold EO. Non-western immigrants' satisfaction with the general practitioners' services in Oslo, Norway. *BMC International Journal for Equity in Health* 2008; 7 (7).
- Saha S, Komaromy M, Koepsell TD, et al. Patient-Physician Racial Concordance and the Perceived Quality and Use of Health Care. *Arch Intern Med* 1999; 159: 997–1004.
- Wiking E, Saleh-Stattin N, Johansson S-E, et al. Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden. *Scand J Caring Sci* 2009; 23: 290–7.
- Lyratzopoulos G, Neal RD, Barbiere JM, et al. Variation in the number of general practitioner consultations before hospital referral for cancer: findings from a national patient experience survey for cancer. *The Lancet Oncology* 2012; Feb 23. [Epub ahead of print] PMID: 22365494.
- Kaldheim O. Fastleger og tolketjenester. In: IMDI, ed. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2007: 50.
- Kongshavn T, Aarseth S, Maartmann-Moe K. Allmennlegers bruk av tolk. *Utposten* 2012; 5: 25–8.