

Diabetiske komplika – onde sirkler eller mangelfull

■ ARILD AAMBØ • Seniorrådgiver, NAKMI (Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse)

Forekomsten av diabetes II blant innvandrere er stor og økende, og behandlingen i mange tilfeller krevende. Mange oppnår ikke adekvat kontroll av blodsukkeret, og risikoen for komplikasjoner er stor. Denne artikkelen vil belyse enkelte problemstillinger som kan gjøre seg gjeldende blant innvandrere fra Sør-Asia.

De siste 25 år har forekomsten av diabetes II økt kraftig i store deler av verden. Mest urovekkende er økningen i lav- og middelinntektsland, særlig på landsbygda (1), men det er stor variasjon i og mellom ulike land og folkeslag (2–5). Flere studier har vist at etniske minoriteter rammes sterkt (2) og at risikoen for å utvikle sykdommen øker ved flytting fra land til by (6) eller fra lavinntektsland til høynntektsland (7).

HOVEDBUDSKAP

- Både forekomsten av diabetes II og tendensen til å utvikle komplikasjoner varierer sterkt mellom ulike innvandrergrupper, og risikoen er spesielt stor hos sørsasiater.
- Ulike forhold i pasientens omgivelser betyr trolig mer for sykdomsutviklingen enn genetiske faktorer. Spesielt bør en være oppmerksom på kostendringer, fysisk aktivitet og forhold ved migrasjonen som medfører økt stressnivå.
- Legene kan bidra til å utsette både sykdomsdebut og utvikling av komplikasjoner ved å tilrettelegge for at pasienten oppnår optimal glykemisk kontroll.
- Mange pasienter har god innsikt i hvilke faktorer som påvirker deres sykdom og også kunnskap om tradisjonell behandling og sunn kost. Slik kunnskap bør lokkes frem og anerkjennes, eventuelt utfordres eller suppleres.
- For å sikre adekvat hjelp til den stadig voksende gruppen diabetikere, vil det i stigende grad bli nødvendig å sette i gang kultursensitive tiltak på gruppenivå. Slike tiltak bør være både opplysende og støttende.

I Norge er sykdommen utbredt blant innvandrere fra bl.a. Tyrkia, Pakistan, Sri Lanka, og Vietnam og særlig er forekomsten høy blant kvinner (8, 9). 14 ganger så mange kvinner av pakistansk opprinnelse rapporterer om diabetes sammenliknet med innfødt norske (9).

En rekke faktorer bidrar til den høye forekomsten av diabetes II blant innvandrere fra Sør-Asia. Bl.a. er det i denne folkegruppen påvist svakere insulinfølsomhet, tendens til β -celle dysfunksjon, forholdsvis mye abdominalt fettvev med høye nivåer av leptin og cytokiner (CRP), men lavere nivå av det beskyttende hormonet adiponectin (10, 11). I tillegg kommer forhold knyttet til urbanisering og migrasjon som både kan medføre et betydelig (akkulturasjons)stress og forsterke uheldige sider ved kostholdet (12–14).

Ikke bare finnes stor variasjon i forekomst av sykdommen. Ulike komplikasjoner er også ulikt fordelt i ulike folkegrupper. I denne artikkelen vil jeg rette oppmerksomheten mot sørsasiater. Det er flere grunner til det. For det første synes sykdommen å være mer aggressiv i denne gruppen. De utvikler aterosklerose tidligere, risikoen for hjerte- og karsykdom er økt, og første hjerteinfarkt opptrer i gjennomsnitt fem år tidligere enn hos kaukasiere (15, 16). For denne gruppen ser det dessuten ut til at vedvarende hyperglykemi har spesielt stor negativ innvirkning på hjertets autonome funksjon (17, 18). Sammenliknet med kaukasiere har sørsasiater dessuten økt tendens til hjerneslag. Når det gjelder mikrovaskulære komplikasjoner, er risikoen for nyresykdom og retinopati økt, mens (perifere) nevropatier er forholdsvis sjeldne (6). Sann-

synligheten for at det utvikles aterosklerose i beina – og således risikoen for amputasjoner – er også noe lavere (15). Enkelte av disse forholdene aktualiseres og illustreres i den følgende kasuistikken.

Bibis historie

Bibi er en pakistansk-norsk kvinne i femtiårene. Hun kontaktet meg fordi hun ønsket å formidle noen erfaringer fra sitt liv med diabetes. Bibi snakker flytende norsk, og samtykket i at det ble gjort opptak av samtalen. Deler av hennes fortelling gjengis i det følgende, men først litt bakgrunnsinformasjon. Hun ble født og vokste opp på landsbygda et godt stykke utenfor Lahore. Etter å ha giftet seg med en norskpakistansk mann, kom hun til Norge på 70-tallet, og i løpet av de neste ti år fødte hun fire barn. Mens hun var høygravid med den siste, fikk hun påvist svangerskapsdiabetes, og kort tid etter fødselen kom sykdommen tilbake. Den ble først holdt i sjakk med diett, men etter hvert økte problemene på, og hun måtte begynne med medisiner: Glucophage (metformin) tabletter, etter hvert i kombinasjon med insulin. De siste årene har hun brukt Insulatard kombinert med NovoRapid. Hennes fastlege lærte henne å måle blodsukkeret selv, og hun regulerer selv insulin dosen når det trengs. Dette er ikke spesielt. Behandlingen er «etter boken», men, som hun selv forteller, det er ikke alltid så lett:

Blodsukkeret går opp og ned. Det er høyt og lavt. Før hadde jeg en jobb. Jeg jobbet med mennesker, noe jeg likte veldig godt, og jeg gledet meg hver dag til å gå på jobben. Dessuten var jeg mye ute. Jeg likte å være ute – gå lange turer. Men nå har jeg fått forkalkninger i knærne og klarer ikke det lenger. Det er ikke det – jeg går ut to eller tre ganger hver dag, gjerne sammen med mannen min, men jeg blir fort sliten. Bare fem minutter på kjøkkenet gjør meg sliten. Jeg blir så svak. Det er vanskelig å reise seg også. Beina klarer ikke... og noen ganger får jeg vann i knærne... (pause) Jeg har fått uførepensjon, men jeg klarer heller ikke sitte hjemme.



sjoner kontroll?

I følge regjeringens *Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017* skal helsepersonell på alle nivåer ha kunnskap om sykdomsforekomsten i ulike innvandrergreper og om kulturelle utfordringer knyttet til å sikre innvandrere et likeverdig helse- og omsorgstilbud. NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, har siden opprettelsen i 2003 vært en landsdekkende kompetanseenhet og et samlingspunkt for kunnskap om minoritetshelse, og tillegges i strategien et betydelig ansvar for et slikt kunnskapsløft.

I denne forbindelse er det bl.a. inngått et samarbeid mellom Utposten og NAKMI om en serie praksisnære artikler for å belyse problemstillinger som allmennpraktikere kan møte.

Vi står her overfor flere problemstillinger som det er verdt å legge merke til. For det første får vi inntrykk av et svingende blodsukkernivå. For det andre plages Bibi av uttalt trettbarhet, og for det tredje har hun fått artroseforandringer i knærne som gjør fysisk aktivitet vanskelig. Før hun forteller videre, skal vi se litt nærmere disse forholdene.

Diabetes og kardiale komplikasjoner

Enkelte nyere undersøkelser viser at et sterkt svingende blodsukker, som hos type 2-diabetikere kan finne sted selv ved normalt HbA1c, gjerne medfører økt oksidativt stress og lavgradig inflammasjon – begge sentrale faktorer i utviklingen av diabetiske komplikasjoner (19). Svingende blodsukker kan i seg selv medføre trettthet og redusert aktivitet (20), men i Bibis tilfelle er det nærliggende å se tretttheten hun forteller om i sammenheng med den økte tendensen til forstyrrelser i hjertets autonome funksjon som en ofte ser hos sørasiater (16, 17). Slik funksjonssvikt kan oppstå uavhengig av koronar aterosklerose, og antas å ha sammenheng med den sterke bindingen mellom HbA1c og oksygen. En forhøyet verdi av HbA1c (> 7 prosent) vil således medføre redusert oksygentransport til hjertemuskulaturen. Resultatet blir at ventrikkelens kontraktile respons hemmes, arbeidskapasiteten reduseres og risikoen for koronarsykdom øker (17,21). Likevel kan det se ut som om Bibi er mer opptatt av plagene fra knærne.

Diabetes og artrose

Artrose er en vanlig sykdom. Forekomsten øker med alderen, og kvinner, særlig etter overgangsalder, rammes hyppigere enn menn. Tidligere ble tilstanden gjerne oppfattet som et resultat av fysisk belastning (for eksempel overvekt eller tungt, ensidig arbeid), tidligere skader eller høy alder. Men i det siste har metabolske forhold kommet i søkelyset (22–27), og man vet i



ILLUSTRASJONSFOTO



dag at fettvev ikke bare er et passivt energilager, men fungerer som et endokrint organ og produserer bl.a. ulike adipokiner, som for eksempel leptin. Dette hormonet har vist seg å spille en viktig rolle i utviklingen av både diabetes og artrose (11, 18). For eksempel er det påvist direkte sammenheng mellom BMI, grad av bruske degenerasjon og konsentrasjon av leptin i leddvesken (24). Det er dessuten velkjent at artrose forekommer spesielt hyppig blant diabetikere og at begge bedres ved vektreduksjon (28–30). Nå virket ikke Bibi spesielt overvektig, men asiater har, som nevnt, forholdsvis mye abdominalt, leptinproduserende fettvev. I denne gruppen vil derfor selv lett vektøkning øke risikoen for både diabetes og gonartrose betraktelig (32)¹. Nylig er det også kommet kliniske studier som viser at mangelfull diabetesregulering medfører økte smerter og nedsatt leddfunksjon hos pasienter med gonartrose (31).

Sammenhengen mellom Bibis kneplager og diabetes er ut fra dette neppe tilfeldig. Viktigere er det imidlertid at den reduserte fysiske aktiviteten – som følge av økt tretthet og knesmerter – gjør det vanskelig for Bibi å oppnå tilfredsstillende blodsukkerkontroll, og at dette i sin tur forverrer hennes plager. Det blir en «ond sirkel». Og det er ikke hennes eneste problem. Hun forteller videre:

Og så blir jeg sint og sur – kanskje på grunn av sukkersyken. Da vil jeg ikke snakke med andre. Jeg vet ikke hvorfor, men jeg blir helt stille. Det er nesten som å gråte. Og når jeg våkner om morgenen er blodsukkeret gjerne på 16–17. Da må jeg regulere insulin dosen, to–tre enheter, og så sjekker jeg blodsukkeret igjen etter en stund. Men jeg må være forsiktig med maten. Chapati er farlig! Der som jeg spiser mer enn en halv chapati, går blodsukkeret rett til værs. Jeg må også være forsiktig med ris. Derfor spiser jeg mye «norsk mat» – fisk og grønnsaker, av og til litt frukt, noen ganger en kake, men da må jeg ta ekstra insulin.

Diett

Flere studier viser at migrasjon kan medføre betydelige endringer i kostholdet. En rekke faktorer, som for eksempel hvilket land en kommer fra og om en kommer fra byen eller landsbygda, gjør seg gjeldende. Likeså andre sosiale, økonomiske og kulturelle forhold. Men det gjør også livssituasjonen i landet en kommer til. Ved inn-

¹ I denne gruppen predikerer livvidde diabetes II bedre enn BMI. Risikoen øker betydelig når livvidden overstiger 72–75 cm, mens tilsvarende verdi for kaukasiske kvinner er 85–88 cm (33, 34)



Migrasjon kan medføre betydelige endringer i forhold til det vannte kostholdet. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

vandring fra lavinntektsland til høyinntektsland er det en tendens til at kaloriinntaket stiger, ettersom det brukes mer fett, sukker og salt i maten, mens inntaket av fiber synker (12, 14). Bak slike endringer skimtes travle dager, høyt stressnivå, få sosiale relasjoner, barn med egne preferanser og krav, usikkerhet når det gjelder råvarens kvalitet samt begrenset tilgang til tradisjonelle matvarer (13). Bibis historie er imidlertid lite typisk i så måte. Hun har lagt om kosten i tråd med vanlige kostråd og spiser mye «norsk mat». Det skal vi komme tilbake til.

Diabetes og depresjon

Men, får vi ikke her også inntrykk av en viss dystymi – en slags innesluttet depresjon? Det har lenge vært antatt at det må være sammenheng mellom diabetes og depresjon. Sammenhengen synes å være sterkere i lav- og middelinntektsland (35), men igjen er det uklart hva som er årsak og virkning. Det er ikke urimelig å tenke at det å få påvist en alvorlig kronisk sykdom kan gjøre at en blir lei seg. Det er heller ikke rart om de daglige anstrengelsene for å holde sykdommen i sjakk kan gjøre en motløs og tafatt. Men kan det også være slik at langvarige depresjoner utløser eller forverrer sukkersyke? En meta-analyse av ni longitudinelle studier (fra før 2005) konkluderer med at deprimerte mennesker faktisk har høyere risiko for å utvikle diabetes II (36, 37), og dette bekreftes av en nyere amerikansk studie (38). En registerstudie på asylsøkere til Nederland i perioden 2000–2008 viser imidlertid ikke en slik sammenheng. Men her fant man sammenheng mellom diabetes og PTSD, og denne var faktisk sterkere for dem som ikke sam-

tidig led av depresjon (39). Det kan stemme med en amerikansk undersøkelse som viste at både mistillit overfor andres velvilje og kronisk stress var sterkere assosiert med lavgradig inflammasjon (som disponerer for diabetes) enn depresjon (CES-D score) (40). Litteraturen er altså ikke entydig på dette punktet. Flere studier viser imidlertid at mortaliteten øker betydelig hos diabetikere som er deprimerte (41, 42).

Stress og bekymringer knyttet til hjemlandet

Men så er det at jeg tenker så mye. Dersom det er et problem i familien, tenker jeg hele tiden – tenker, tenker, tenker. Det er ikke det at jeg har så mye problemer. Mine barn og deres familie her har det bra. En sønn og svigerdatter bor hjemme hos oss. De har en jente på syv måneder, og jeg liker å være sammen med dem. Men mine foreldre og svigerforeldre bor i Pakistan. Det er ikke alltid så lett ... selv om de bor bra og har det de trenger. Det hender at de krangler ... og når jeg tenker og hodet er fullt av bekymringer, så går blodsukkeret opp! Jeg tenker på gamle dager. Det er ikke vonde minner, men nå kommer minnene helt automatisk, hver dag! Jeg har en mann som er flink, snill, og han hjelper meg, men også han blir trett av dette og sier: «Hvorfor snakker du ikke? Nå må du være litt glad!» Og min sønn sier: «Nå må du glemme, mamma, vær så snill!» Men jeg glemmer ikke gamle dager. Det jeg glemmer er det vi snakket om i går – eller i dag.

Diabetes og kognitive forstyrrelser

Vår hjerne er et energikrevende organ. Det er anslått at så mye som 25 prosent av glukoseforbruket skjer i hjernen, og insulin spiller her en viktig rolle både for næringsinntak og i vårt belønningssystem. Dess-



uten har det betydning for læring, hukommelse og selektiv oppmerksomhet (43). Forstyrrelser i energimetabolismen i hjernen, oksidativt stress, lavgradig inflammasjon og nedsatt insulinfølsomhet ser ut til å spille en viktig rolle i utviklingen av demens (44), og en studie viser at en mild form for kognitiv svikt (dvs. at lege, pasienten selv eller en sykepleier uttrykte bekymring for pasientens kognitive funksjon) forekommer hyppigere dersom diabetes II oppstår før 65 års alder, dersom sykdommen har vart mer enn 10 år, og spesielt ved insulinbehandling og tilstedeværelse av andre komplikasjoner (45). Andre studier har vist at risikoen for demensutvikling øker dersom pasienten samtidig er deprimeret (46,47). Den økte risikoen tilskrives gjerne et kronisk forhøyet HbA1c, og det er da ikke usannsynlig at bedret glykemisk kontroll vil bedre tilstanden (48).

Vi kan selvfølgelig ikke diagnostisere depresjon og/eller kognitiv svikt bare ut fra Bibis fortelling, men i lys av den økte risikoen, gir den en mistanke som nok burde vært utredet nærmere. Vi skal også merke oss at for Bibi er det ikke så mye situasjonen i Norge som bekymrer henne, men det som skjer blant hennes nærmeste i hjemlandet. Det er hun ikke alene om. En annen uttrykte det slik: «Dersom jeg har det bra her, tenker jeg på dem der hjemme som lider, og da får jeg også vondt. Når jeg har det vanskelig her, tenker jeg på hvor bra jeg hadde det der, og smerten blir større». Slike utsagn står i en viss kontrast til epidemiologiske undersøkelser som viser at tilknytning til opprinnelseslandet er av liten betydning for utvikling av sykdom (49). Men, folk er ulike. Bibis bekymringer stopper heller ikke der:

Noen ganger glemmer jeg å ta insulin. Og når jeg er på besøk hos noen eller på en fest, er det vanskelig. Jeg klarer ikke å ta sprøyte når noen ser på. Jeg må gå inn i et annet rom ... Noen ganger blir blodsukkeret alt for lavt, også. En dag da jeg gikk i butikken sammen med mannen min, begynte jeg å se dårlig og jeg ble helt slapp i hele kroppen. Etter hvert klarte jeg ikke å snakke. Tungen lystret ikke. Jeg kunne ikke der og da få målt blodsukkeret, men mannen min tok meg inn på kafeteriaen og gav meg litt juice å drikke, men så husker jeg ikke mer før jeg våknet i ambulansen. Da fortalte de at jeg hadde hatt et alvorlig tilfelle av føling, og at de hadde gitt meg en sprøyte i armen ... Jeg fikk god hjelp, men jeg blir litt redd ... Bibi stopper opp et øyeblikk. Så kommer det: Jeg vil så gjerne reise til Pakistan! Kanskje tar vi en tur til vinteren. Jeg vil så gjerne se mine foreldre igjen! Men det er vanskelig. Det er så stor forskjell her og der. Og hva skal jeg gjøre med insulinen? Den skal helst oppbevares litt kjølig, men der er det så varmt! Ofte langt over 30 grader – og jeg må reise i mange timer med bil fra flyplassen. Kanskje hjelper det å ha den i en kjølebagg? Dette er en stor bekymring for meg. Hele tiden tenker jeg på: Hvordan kan jeg passe på insulinen?! Noen ganger når jeg er hos legen, forteller han at kolesterolet mitt er for høyt, men at alt er bra og jeg trenger ikke komme tilbake på tre måneder. Han overlater hele kontrollen til meg ... og så tenker jeg på det!

Bibi beskriver her det som i litteraturen gjerne går under betegnelsen «glukose- og insulin-ekskursjoner» – et sterkt svingende blodsukker som til tider gir alarmerende hypoglykemi. I den nye ADVANCE-studien har en sett en sammenheng mellom hypoglykemi og makrovaskulære komplikasjoner, og det postuleres at forekomsten av hypoglykemiske episoder faktisk kan peke ut hvilke pasienter som er mest utsatt for dette. Selv om Bibis blodsukker må antas å ligge ganske høyt, er det derfor ikke sikkert at en strengere regulering ville bedret hennes situasjon. Men det er tydelig at den situasjonen hun befinner seg i medfører både angst for sykdommen og bekymring for hvordan hun skal kunne greie behandlingen, spesielt dersom hun skulle ta sjansen på en tur til hjemlandet. Spørsmålet er da om en overflatisk kontroll hos fastlegen hver tredje måned er tilstrekkelig. Bibi har selv merket at bekymringer fører til økning av blodsukkeret, og ut fra det hun forteller kan det virke som om hun hadde ønsket mer tid hos legen for å snakke igjennom sin situasjon. Kanskje fastlegen også burde innta en mer aktiv rolle, for eksempel når det gjelder å forklare sykdomssammenhenger og behandlingmuligheter.

En serie av onde sirkler

Bibi, som har levd med type 2-diabetes i over 30 år og som nå erfarer at visse komplikasjoner i stigende grad gjør seg gjeldende, forteller sin historie så vennlig og stillferdig at en virkelig må forsøke å gå med henne inn i de ulike situasjonene for å forstå hva dette kan dreie seg om. Hennes hensyn til andres behov er påfallende. Hun forstår mannen, som vil at hun skal være glad, og sønnen, som vil at hun skal glemme det som har vært. Og hun vil gjerne komme dem i møte, men klarer det ikke. Hun ønsker å hjelpe sin familie i hjemlandet, men er bekymret for å reise og føler seg makteløs. Interessen i, for sin egen del å utvikle nye og bedre behandlingsstrategier, kommer helt i bakgrunnen. Hvorvidt dette er et resultat av en «diabetisk personlighet» (50, 51), om det er betinget av et høyt blodsukkernivå (52), eller om det skyldes sosial eller kulturell påvirkning, kan vi vanskelig si noe om. Men en studie har vist at et høyt blodsukkernivå faktisk er assosiert med mindre angst og depresjon, mindre fiendtlighet, selvpåttatthet og sårbarhet, og større velvilje overfor andre. Dersom dette er riktig, kan det se ut som om Bibis høye blodsukkernivå faktisk har en funksjon. Det kan være at det gjør henne mindre bekymret, trist, sint og frustrert enn hun ellers ville ha vært – at hun føler seg mer vennlig stemt overfor sine omgivelser og bedre i stand til å håndtere stress. Med andre ord: Kan det være at det høye blodsukkeret faktisk beskytter Bibi mot negative emosjoner og fremmer hennes opplevelse av mestring?

Vi ser at i Bibis tilfelle veves biologiske, psykologiske, familiære, sosiale og kulturelle forhold sammen til et nett som det er svært vanskelig å komme fri fra, et nett som med tiden er festnet til på grunn av selvforsterkende, «onde» sirkler. For det første medfører dårlig blodsukkerregulering økt trettbarhet og leddproblemer, hvilket igjen fører til inaktivitet og redusert insulinfølsomhet som ytterligere forverrer tilstanden. For det andre kan det se ut til at Bibi er i ferd med å utvikle kognitiv svikt på grunn av vedvarende høyt blodsukkernivå. Paradosalt nok kan tilførsel av eksogent insulin her kunne forverre denne svikten, ettersom kronisk perifer hyperinsulinemi gir nedsatt insulinopptak i hjernen, hukommelsesvan-sker og kognitiv svikt (45,53). For det tredje virker familieproblemer i hjemlandet stressende på henne. Hun har observert at blodsukkeret går til værs ved «bad news» og ønsker å reise hjem for med sine egne øyne å se hvordan tilstanden er. Men tanken på reisen bekymrer henne i en slik grad at hun



ILLUSTRASJONSFOTO



blir både motløs og deprimert. Når alt dette snøres sammen, er det ikke underlig om sykdommen progredierer.

Ulike behandlingsstrategier

Behov for tett oppfølging

Det er vist at både kognitiv funksjon og hjertets autonome funksjon bedres ved adekvat glykemisk kontroll (17, 21). I Bibis tilfelle har det vært vanskelig, og skrekken etter alvorlige hypoglykemiske anfall sitter i. Hun måler selv sitt blodsukker, og det er viktig. Men like viktig er det å få et bilde av hvordan nivået av HbA1c utvikler seg (57, 58). Det vet hun ikke noe om, og det er uklart om HbA1c i det hele tatt er blitt målt. I slike tilfeller vil det – i alle fall i perioder – neppe være tilstrekkelig med legekontroll hver tredje måned. Det handler ikke utelukkende om medikamentell behandling. For når legen, uten å måtte skynde seg, i komfortable omgivelser konsentrerer seg om pasienten, lytter til ham, undersøker ham nøye, forklarer hva som skjer og antyder veien videre, ligger det til rette for så vel god medisinsk behandling som betydelig placeboeffekt (54). Placebo er nemlig ikke bare noe vi må leve med og kontrollere for i kliniske studier, men noe vi kan optimalisere i pasientbehandlingen. Her er lege-pasientforholdet av største betydning. Det gjelder i høy grad også ved osteoartrose (55), hvor placebo effektivt reduserer smerter og stivhet og således bedrer funksjonsnivået – selv om effekten på røntgenfunnene uteblir (56).

Vektreduksjon og fysisk aktivitet

Mye tyder på at livsstilsendring i form av vektreduksjon (minst 7 prosent) og økt fysisk aktivitet av moderat intensitet, for eksempel hurtig gange i minst 150 min hver uke, kan bremse utviklingen av diabetes II like effektivt som metforminbehandling (82). Men selv friske innvandrere fra Sør-Asia synes å være lite fysisk aktive (83, 84), og selv de som ønsker livsstilsendring har vansker med å implementere råd om fysisk aktivitet i hverdagen. Mange anser det sågar som en ekstra byrde (85). En norsk studie viser at kvinner med pakistansk opprinnelse har spesielt lavt fysisk funksjonsnivå. Over 95 prosent rapporterte om smerter i muskelskjelettsystemet, spesielt i skuldre, armer og i leggene ved gange. Over 70 prosent om tretthet. De som rapporterte om smerter var også mer deprimerte og hadde hyppigere søvnproblemer (86).

For inaktive pakistanske menn fører økt fysisk aktivitet både til lavere insulinivå i blodet og redusert livvidde (87, 88). Om det



Måltidet uttrykker for mange felles verdier og etablerer kulturell identitet og styrker fellesskapet.

samme gjelder for kvinner, er mer usikkert. For dem kan det være nødvendig å legge til rette for felles turer, sørge for barnevakt, etc. (89). Ved depresjoner synes intens livsstilsintervensjon i form av vekttap å ha bedre virkning enn bare råd og informasjon (90). I begge tilfeller er støtte fra familien av stor betydning (84).

Kost og matkultur

Sørasiatisk kosthold beskrives som lavt inntak av umettede fettsyrer og fiber og høyt inntak av mettet fett, karbohydrater og transfett (1), et kosthold som er forbundet med nedsatt insulinfølsomhet og dyslipidemi. Man kunne her ønske at også positive sider ved det tradisjonelle sørasiatiske kostholdet i langt større grad ble fremhevet. På landsbygden, hvor forekomsten av hjerte- og karsykdom har vært lav, har det tradisjonelt vært et høyt inntak av fullkorn (i form av hvete, ris og hirse), belgfrukter (bønner og linser som er rike på linol- og α -linolensyre), sennepsolje (som er spesielt rik på omega-3-fettsyrer), samt chili, løk og hvitløk (antioksidanter) – en diett som kombinert med frisk frukt og grønnsaker beskytter mot hjertekarsykdom (59). I denne sammenhengen må også nevnes planter med regulerende virkning på blodsukkeret,

som gurkemeie (*curcuma longa* (60, 61) og bittergresskar (*momordica charantia*) (62). Alt dette er i dag mulig å skaffe i Norge, og kan være et verdifullt tilskudd til behandlingen. Vi vet ikke om Bibi har kunnskap om dette. Hun snakker i alle fall ikke om det, men fremhever «norsk mat». Det må vel da være fisken hun sikter til, siden det ikke er så vanlig å spise fisk der hun kommer fra. Men, det finnes utvilsomt sunne mattradisjoner også der hun kommer fra, og hjemme ville trolig tilfredsheten rundt matbordet bli større dersom hennes diett lettere lot seg forene med et tradisjonelt kosthold.

For kostholdet er ikke et individuelt anliggende – slett ikke i en sørasiatisk familie. For mange representerer den tradisjonelle kosten en betydelig kulturell verdi, og måltidet blir da et middel for å uttrykke spiritualitet og felles verdier og, ikke minst, for å etablere kulturell identitet og styrke fellesskapet. Det er således av stor betydning at leger og andre helsearbeidere forstår hvordan kostholdet påvirker og påvirkes av den sosiale og kulturelle konteksten, og tar det i betraktning ved utforming av tiltak. Spesielt viktig er det å forstå betydningen av slike kontekstuelle faktorer når den medisinske kunnskapen avviker fra pasientens oppfatning (63).



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



Medikamentell behandling

Medikamentell behandling av diabetes II er et omfattende tema, og det henvises her til nasjonale retningslinjer. Jeg skal bare antyde noen problemstillinger som er spesielt relevante for innvandrere fra Sør-Asia. God glykemisk kontroll er utvilsomt viktig også for disse, men en ny norsk undersøkelse viser at minoritetspasienter med diabetes i gjennomsnitt har høyere HbA1c enn innfødte norske (7,3–7,5 prosent versus 6,9 prosent), andelen med dårlig glykemisk kontroll (dvs. HbA1c > 9 prosent) er større (19,6 prosent, versus 5,6 prosent) og bare 56,1 prosent (versus 72,6 prosent av de innfødte norske) nådde behandlingsmålet, HbA1c < 7,5 prosent (64). Her er tydeligvis et stort forbedringspotensial. Hos sørasiater er risikoen for både hjerneslag og hjerteinfarkt betydelig større enn i andre etniske grupper. I denne sammenhengen er blodtrykkskontroll viktig, og det er vist betydelig reduksjon i både makro- og mikrovaskulære komplikasjoner ved blodtrykkreduksjon til 140 mm Hg (65). Aspirin (acetylsalicylsyre) som profylakse er omdiskutert (66,67). Mens enkelte studier har vist at aspirin kan redusere forekomsten av hjerneslag hos kvinner med diabetes og hjerteinfarkt hos menn med diabetes (65), har det vært reist tvil om hvorvidt

fordelene ved slik behandling oppveier risikoen. Tendensen går i dag mot en restriktiv bruk av aspirin til diabetespasienter uten kardiovaskulære komplikasjoner (67). I Bibis tilfelle, hvor gonartrose også er et problem, kunne vel en forsiktig bruk av antiflogistika likevel vært overveid.

Statiner ikke bare senker lipidnivået, men har gunstig effekt på blodplateaggregasjon, trombosedannelse, endotelfunksjon, lavgradig betennelse og plakstabilitet. Statiner reduserer således risikoen for kardiovaskulær sykdom betydelig (68–70). Når en vet at sørasiater har tendens til dysfunksjonelt HDL-kolesterol (71) og mindre og tettere LDL-partikler (72,73), kan det synes riktig å starte statinbehandling både tidlig og i forholdsvis høye doser. En dansk undersøkelse viser imidlertid at pakistanere, i likhet med enkelte andre innvandregrupper, bruker mindre statiner enn danskfødte, til tross for økt sykdomsrisiko. En forklaring på dette kan være at statinbehandling ofte gir bivirkninger i form av muskelsmerter, i enkelte studier opp til 24 prosent (74). Slike muskelsmerter ser ut til å forekomme særlig hos pasienter med lavt D-vitaminnivå (25-hydroxyvitamin-D < 26 ng/ml), men bedres når D-vitaminnivået korrigeres (75,76). Et adekvat D-vitaminnivå er også assosiert med bedret glykemisk kontroll (77–79), og en norsk forskergruppe har vist at når D-vitaminnivået hos diabetikere heves fra < 50 mmol/l til over 100 mmol/l, bedres også endotelets funksjon (80). Pr. i dag er der likevel neppe holdepunkter for å anbefale D-vitamintilskudd til diabetikere såfremt D-vitaminmangel ikke er påvist (81).

Fastlegens rolle

Ved kronisk sykdom bør allmennpraktikere ta rede på hvordan kulturen bidrar til å utforme symptomer og sykdomsattferd, vise interesse for så vel personlig mestring som tradisjonell behandling, og, ikke minst, utforske familieforhold som påvirker pasientens muligheter for tilpasning og akkulturasjon (91). Særlig er det grunn til oppmerksomhet når det gjelder pasientens opplevelse av sosial støtte (83).

Men en må også være oppmerksom på at mange innvandrerkvinner forblir tause om ikke-fysiske forhold ved helsen med mindre de blir spurt om livssituasjonen generelt, og selv da er det gjerne familiens helse – ikke kvinnens egen – som står i sentrum (92). Anerkjennelse av den enkeltes behov for å videreføre religiøs praksis, for eksempel faste under ramadan, kan i slike tilfeller være et godt utgangspunkt for videre samarbeid (93). En fornuftig bruk av tolkeres-

surser er et krav, men også en utfordring (96,97), og for dem som har bodd her lenge uten å ha funnet veien inn i storsamfunnet, kan det være nødvendig å finne frem til mer fleksible og kultursensitive tilnærminger, for eksempel gjennom å etablere samarbeid med ressurspersoner fra pasientens eget miljø (94,95). Enkelte har også sett god effekt av å sende korte påminnelser om behandlingsopplegg på SMS (84).

Vanlig undervisning om sukkersyke og hvordan den kan behandles synes å ha mindre effekt (84), men en norsk studie viser at et kulturelt tilpasset utdanningsprogram (InvaDiab-DEPLAN) basert på empowermentstrategier kan fungere godt (89). I dette opplegget blir pasientens egen erfaring og kunnskap lokket frem og anerkjent og deretter sammenholdt med mer evidensbasert veiledning og informasjon, bl.a. om kostens innvirkning på blodsukkeret og betydningen av fysisk aktivitet. Slik skapes en opplevelse av mestring.

Å leve med kronisk sykdom i familien kan til tider også være konfliktfylt, og i noen tilfeller bør legen overveie å dra hele familien inn i behandlingen (98). Om ikke andre tiltak fører frem, ser det ut til at det for noen kan være en løsning å flytte til et nabolag hvor forekomsten av diabetes er lavere (99). Å utforske pasientens sosiale forhold uten å bli for involvert i vedkommendes private anliggender kan til tider være vanskelig og blir av mange ansett som en kunst, men, som så ofte ellers, kan en komme langt med godt skjønn og interesse for saken.

Epilog

Noen måneder etter at Bibi hadde fortalt sin historie, fikk hun sitt første hjerneslag. Hun hadde da hatt sin sykdom betydelig lenger enn noen i de studiene som her er referert til, og det er usikkert hvorvidt slagtilfellet kunne vært unngått ved mer intens glykemisk kontroll, vektreduksjon eller profylaktisk bruk av statiner. Bibi ville kanskje opplevd større velvære og tilfredshet dersom hennes lege hadde vist henne mer oppmerksomhet, men Bibi er ikke alene. Antall eldre innvandrere vil øke i tiden som kommer, og det kan forventes en betydelig økning av kompliserte tilfeller av diabetes. Fastlegen kan da ikke rekke over alt. Men han eller hun kan ta initiativ til tiltak på gruppenivå hvor flere enn legen kan involveres. Funnene fra InvaDiab-DEPLAN (89) er oppmuntrende, og antyder veien videre.

REFERANSER FÅS VED HENVENDELSE TIL FORFATTER

■ A.AA@NAKMI.NO