

Migrasjonsmedisin

Norsk Elektronisk Legehåndbok

Forfatter Dr. Arild Aambø

FHI - NAKMI

arild.aambo@fhi.no

Takk til Warsame Ali og Ragnhild Magelssen

som har gitt innspill til innholdet

og til Esperanza Diaz, Harald Siem og Thor Indseth

som har bidratt med reflekterte kommentarer og forslag til endringer.

Innhold

Migrasjonsmedisin	1
Norsk Elektronisk Legehåndbok	1
Viktige definisjoner	5
Innvandrere	5
Norskfødte med innvandrereforeldre	6
Juridiske kategorier	6
Oppholdstillatelse.....	6
Asylsøker	6
Flyktning	6
Papirløse migranter	7
Familieinnvandring.....	7
Rett til helsetjenester	7
Rett til helsetjenester for <i>asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente m.m.</i>	7
Rett til helsetjenester for <i>personer uten fast opphold</i>	8
Rett til vurdering	8
Rett til øyeblikkelig hjelp	8
Rett til helsehjelp som ikke kan vente.....	8
Barn	8
Betaling for helsehjelpen.....	8
Rett til medvirkning.....	8
Rett til informasjon.....	9
Informasjon til nærmeste pårørende.....	9
Informasjonens form.....	9
Andre aktuelle lover	9
Bruk av tolk.....	9
Helsepersonelloven § 10	9
Forbud mot bruk av barn som tolk.....	9
Forvaltningsloven § 11 e.	9
Forbud mot omskjæring av kvinner	10
Straffeloven § 284. Kjønnsslemlestelse	10
Straffeloven § 285. Grov kjønnsslemlestelse.....	10
Forbud mot tvangsekteskap.....	10
Lov om ekteskap.....	10
§ 19.Oppløsning av ekteskap.....	10
§ 23. Skilsmisse på grunn av overgrep og tvangsekteskap.....	10

Likeverdige helsetjenester	11
Hva ligger i begrepet <i>likeverd</i> ?	11
Hva er <i>likeverdige helsetjenester</i>	11
Hva er innvandrerpasientens <i>behov</i> ?	12
Hvordan <i>utvikle</i> likeverdige helsetjenester til innvandrere?	12
Innvandrerens helsetilstand	13
Sentrale problemstillinger	13
Fra “healthy migrant” til “exhausted migrant”	13
“Her og nå” versus “der og da”	15
«Psykologiske» versus «sosiosomatiske» tilnærminger	16
Sykdomsmønster	16
Livsstilssykdom	17
Diabetes	17
Forebygging av diabetiske komplikasjoner	18
Hva leger kan gjøre for å sikre god diabeteskontroll	19
Belastningslidelser	20
Psykiske lidelser	21
Posttraumatisk stresslidelse	22
Psykososer	23
Infeksjonssykdommer	23
Generelt	23
Tuberkulose	24
Kikhoste	25
Humant immunsviktvirusinfeksjon (hiv)	25
Hepatitt B og C	26
Seksuelt overførbare sykdommer	26
<i>Syphilis</i>	26
Testing av personer fra høyrisikoland	27
Andre treponematoser	27
Mage- og tarminfeksjoner	27
Hudinfeksjoner	29
Malaria	29
Multiresistente organismer (MRO)	30
Høy-konsekvens-patogener	30
Sjeldne diagnoser	31
Talassemi	31

Sigdcelleanemi.....	31
Familiær middelhavsfeber (FEF).....	31
Helseskadelige skikker.....	32
Kvinnelig kjønnslemlestelse (KLL).....	32
Tvangsekteskap	32
Konsultasjonen	33
Språkbarrierer	33
Kommunikasjon via tolk	34
Helselitterasitet	35
Kulturkompetanse	36
Forklaringsmodeller for sykdom	38
Patient empowerment	39
Modeller for strukturerte samtaler med pasienter med annen kulturbakgrunn	40
LEARN – modellen	40
BATHE	40
ETHNIC(S).....	41
“Teach-back-metoder”	43
Formidling av “dårlige nyheter”	44
Fordommer.....	36

Viktige definisjoner

Innvandrer

Statistisk sentralbyrå (SSB) definerer *innvandrere* som personer som er født i utlandet av to utenlands fødte foreldre og fire utenlands fødte besteforeldre. I statistikken som presenteres i det følgende er det denne definisjonen som brukes, med mindre noe annet oppgis.

<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/>

I internasjonal litteratur benyttes ofte termen *migrant*, og her finner man ulike definisjoner, for eksempel:

International Organization for Migration (IOM) definerer en *migrant* som enhver som flytter eller har flyttet over en internasjonal grense eller innenfor en stat, bort fra hans eller hennes vante bosted, uansett 1) personens legale status, 2) om flyttingen er frivillig eller ikke, 3) hva som er grunnen til flyttingen, eller 4) oppholdets varighet.

<https://www.iom.int/who-is-a-migrant>

UNESCO definerer en *migrant* som enhver som midlertidig eller permanent lever i et land hvor han eller hun ikke ble født, og som har utviklet betydningsfulle sosiale bånd til dette landet. *UNESCO* skiller mellom migranter, som flytter av fri vilje, og flyktninger eller andre som er tvunget til å forlate sine hjem. Det samme gjør *UNCHR*.

<https://emergency.unhcr.org/entry/176962/migrant-definition>

Norskfødte med innvandrerforeldre

SSB definerer *norskfødte med innvandrerforeldre* som personer som er født i Norge av to utenlands fødte foreldre og fire utenlands fødte besteforeldre. Termen erstatter tidligere «2. generasjons innvandrere» og «etterkommere».

Innvandrer og norskfødte med innvandrerforeldre er kun to av 30 mulige kombinasjoner med ulik grad av innvandringsbakgrunn. Det handler om barn i ekteskap hvor en av partene er utenlands født, om en eller flere utenlands fødte besteforeldre osv.

<https://www.ssb.no/en/befolkning/artikler-og-ublikasjoner/attachment/175380?ts=14a61e5cd90>

Juridiske kategorier

Oppholdstillatelse

En *midlertidig oppholdstillatelse* er gyldig i en begrenset periode, for eksempel ett eller tre år. Det kan være opphold for å søke asyl, for arbeid, for familieinnvandring, på humanitært grunnlag eller studietillatelse.

Noen typer midlertidig oppholdstillatelse vil etter en viss tid danne grunnlag for *permanent oppholdstillatelse* (tidligere *bosettingstillatelse*).

Vanligvis danner følgende oppholdstillatelser grunnlag for permanent opphold: faglært arbeidstaker, selvstendig næringsdrivende, de fleste typer familieinnvandringstillatelser, beskyttelse (asyl) og opphold av sterke menneskelige hensyn.

Med permanent oppholdstillatelse kan en bo og arbeide i Norge på ubestemt tid, og en har dessuten ekstra vern mot å bli utvist.

Oppholdstillatelse for arbeid (tidligere *arbeidstillatelse*): Borgere i land utenfor EU/EØS som ønsker å arbeide i Norge trenger oppholdstillatelse. Om en ikke har dette fra før, må en søke om *oppholdstillatelse for arbeid*. Det kan være faglært arbeidskraft, nasjonalitetskokker, sesongarbeidere, selvstendig næringsdrivende eller ansatte i en humanitær, ideell eller religiøs organisasjon. Det kreves vanligvis at en først har fått en jobb.

<https://www.udi.no/skal-soke/arbeidsinnvandring>

Arbeidsinnvandring er innvandring som er knyttet til et arbeidsforhold. Arbeidsinnvandring betegner i vid forstand at utlendinger kommer til et land for å jobbe og bo der i kortere eller lengre tid.

<https://snl.no/arbeidsinnvandring>

Asylsøker

Asylsøker er en person som har søkt om beskyttelse i Norge, og ikke har fått asylsøknaden endelig avgjort. Man er med andre ord kun asylsøker i den perioden man søker asyl, dvs. fra man har meldt seg for politiet i Norge og søkt om beskyttelse frem til UDI eller UNE har behandlet saken og fattet endelig vedtak.

Når asylsøkere har fått positivt svar på sin søknad, får de oppholdstillatelse som *flyktning* eller på *humanitært grunnlag*. Ved avslag, må de reise ut av landet.

Flyktning

En person vil få oppholdstillatelse som *flyktning* i Norge hvis han eller hun

- har en velbegrunnet frykt for forfølgelse på grunn av etnisitet, avstamning, hudfarge, religion, nasjonalitet, medlemskap i en spesiell sosial gruppe eller på grunn av politisk oppfatning
- står i reell fare for å bli utsatt for dødsstraff, tortur eller annen umenneskelig behandling eller straff hvis de må reise tilbake til hjemlandet
<https://www.udi.no/ord-og-begreper/flyktning/>

Papirløse migranter

Ulike begreper er blitt brukt for å betegne personer som har reist inn i eller oppholder seg i et land uten tillatelse: «Ulovlig», «irregulær», «udokumentert» (etter engelsk *undocumented migrants*), «papirløs» (etter fransk *sans papiers*). Disse inkluderer:

- mennesker som det viser seg har fått visum eller oppholdstillatelse på falskt grunnlag
- tidligere asylsøkere som har fått endelig avslag på søknaden og som ikke har forlatt landet når fristen for utreise er utløpt
- mennesker som har kommet inn i landet uten tillatelse og uten å registrere seg hos myndighetene
- mennesker med visum eller oppholdstillatelse som har utløpt
- mennesker fra land som ikke har visum-plikt som har blitt i landet lenger enn tillatt

https://no.wikipedia.org/wiki/Ulovlig_innvandring_og_opphold

Familieinnvandring

Når det gjelder *familieinnvandring* skilles mellom *familiegjenforening* og *familieetablering*

Familiegjenforening gjelder dem som allerede har familie i Norge, vanligvis ektefelle eller barn av en som allerede bor i Norge. Det stiller krav om en viss minimumsinntekt.

Familieetablering gjelder dem som ønsker å bli en familie i Norge. Ulike krav må da være oppfylt.

Ved familieinnvandring til personer som har fått beskyttelse i Norge, stilles ikke samme krav til inntekt.

<https://www.udi.no/ord-og-begreper/familieinnvandring>

Rett til helsetjenester

Rett til helsetjenester for *asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente m.m.*

Fuller rettigheter til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen har bare personer som lovlig oppholder seg i Norge og som

- a) har fast opphold i riket, det vil si opphold som er ment å vare eller har vart i minst 12 måneder. Unntak er personer som sitter i varetekt, soner straff, utholder tvungent psykisk helsevern, tvungen omsorg etter straffeloven eller er anbrakt i institusjon som nevnt i barnevernloven § 4-24
- b) er medlemmer av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester
- c) har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat

Dette innebærer at asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente har *samme rett til helsetjenester som den øvrige befolkningen*. Retten til helsehjelp gjelder fra de ankommer landet.

Rettighetene omfatter all helsehjelp, men *voksne asylsøkere som er i statlig mottak eller som har tilbud om opphold i statlig mottak har ikke rett til omsorgstjenester fra kommunen*.

HDir. *Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente.*

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>

Rett til helsetjenester for *personer uten fast opphold*

Disses rettigheter reguleres av *Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket.*

Rett til vurdering

Alle som henvises til spesialisthelsetjenesten har rett til å bli vurdert og innen 10 virkedager få informasjon om hvorvidt han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp.

Rett til øyeblikkelig hjelp

Alle personer som oppholder seg i Norge har rett til øyeblikkelig hjelp.

Rett til helsehjelp som ikke kan vente

Alle personer som oppholder seg i Norge har rett til helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nærstående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter.

En person som er psykisk ustabil og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse, har rett til psykisk helsevern.

Videre omfatter retten

- a) Nødvendig helsehjelp før, under og etter fødsel
- b) Svangerskapsavbrudd etter bestemmelsene i abortloven
- c) Smittevern hjelp etter Smittevernloven § 6 – 1 (inkludert medisiner til smittsomme sykdommer)
- d) Helsehjelp som ikke bør vente til frihetsberøvelsen er opphørt

Barn

Alle barn opp til 18 år har samme rett til helse- og omsorgstjenester som andre barn i Norge (alle typer helsehjelp), men de har ikke rett til å stå på fastlegeliste.

Det er lovlig å yte helsehjelp til papirløse migranter utover det pasienten formelt har rett til (*humanitær bistand*, Utlendingsloven § 108).

<https://www.udiregelverk.no/en/documents/relevant-acts-and-regulations/utlendingsloven/kap12/108/>

Betaling for helsehjelpen

Personer som ikke har fast opphold og som ikke er medlemmer av folketrygden eller stønadsberettiget i henhold til gjensidig avtale med annen stat, skal selv dekke kostnaden ved behandlingen fullt ut. Det kan ikke kreves forhåndsbetaling for øyeblikkelig hjelp eller hjelp som ikke kan vente. Dersom pasienten ikke har betalingsevne, skal vedkommende helseinstitusjon eller tjenesteyter dekke utgiftene.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-52011-helsehjelp-til-personer-uten-fas/id662225/>

Rett til medvirkning

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, bl.a. rett til å medvirke ved valg av behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven § 3 – 1.)

Tjenestetilbudet skal så langt det er mulig utformes i samarbeid med pasienten, og det skal legges stor vekt på hva pasienten mener ved utformingen av helsehjelpen.

Rett til informasjon

Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Pasienten kan reservere seg mot informasjon, med enkelte unntak. (§ 3-2)

Informasjon til nærmeste pårørende

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes. (§ 3–3)

Informasjonens form

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring, samt kultur- og språkbakgrunn.

Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

Personellet skal så langt det er mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet i og betydningen av informasjonen (§ 3-5)

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Kommune og helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven har et sørge-for-ansvar slik at den informasjonen pasienten har krav på etter *Pasient- og brukerrettighetsloven* gis på en forsvarlig måte (*Helse- og omsorgstjenesteloven* § 4-2a og *Spesialisthelsetjenesteloven* § 3-11)

Andre aktuelle lover

Bruk av tolk

Helsepersonelloven § 10

Den som yter helse- og omsorgstjenester skal gi informasjon til den som har krav på det, etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4.

<https://www.imdi.no/tolk/hva-sier-loven-om-bruk-av-tolk/>

Forbud mot bruk av barn som tolk

Forvaltningsloven § 11 e.

Forvaltningsorganer (som omfatter fastleger) skal ikke bruke barn til tolking eller annen formidling av informasjon mellom forvaltningen og personer som ikke har tilstrekkelige språkferdigheter til å kommunisere direkte med forvaltningen. Unntak kan gjøres når det er nødvendig for å unngå tap av liv eller alvorlig helseskade, eller det er nødvendig i andre nødsituasjoner. Unntak kan også gjøres i tilfeller der det ut fra hensynet til barnet og omstendighetene for øvrig må anses som forsvarlig.

<https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2016-06-10-23>

Forbud mot omskjæring av kvinner

Straffeloven § 284. Kjønnsmlestelse

Med fengsel inntil 6 år straffes den som utfører et inngrep i en kvinnes kjønnsorgan som skader kjønnsorganet eller påfører det varige forandringer. Rekonstruksjon av kjønnsmlestelse straffes på samme måte.

Samtykke fritar ikke for straff.

Med bot eller fengsel inntil 1 år straffes yrkesutøvere og ansatte i barnehager, barnevernet, sosialtjenesten, helse- og omsorgstjenesten, skoler, skolefritidsordninger og trossamfunn, som ved anmeldelse eller på annen måte unnlater å søke å avverge en kjønnsmlestelse. Tilsvarende gjelder for forstandere og religiøse ledere i trossamfunn.

Avvergingsplikten gjelder uten hensyn til taushetsplikt.

Unnlåtelsen er ikke straffbar hvis kjønnsmlestelsen ikke kommer til fullbyrdelse eller til straffbart forsøk.

Straffeloven § 285. Grov kjønnsmlestelse

Grov kjønnsmlestelse straffes med fengsel inntil 15 år.

Ved avgjørelsen av om kjønnsmlestelsen er grov skal det særlig legges vekt på om inngrepet har hatt til følge

- a) sykdom eller arbeidsudyktighet av noen varighet
- b) uheldelig lyte, feil eller skade
- c) død eller betydelig skade på kropp eller helse

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-10#§284

Forbud mot tvangsekteskap

Lov om ekteskap

Loven stiller krav til inngåelse og oppløsning av ekteskap:

§ 1 a Den som er under 18 år, kan ikke inngå ekteskap.

§ 1 b Kvinner og menn har samme rett til å velge ektefelle. Ekteskap skal inngås av fri vilje og med eget samtykke.

§ 19. Oppløsning av ekteskap.

Et ekteskap kan oppløses ved skilsmisse uten forutgående separasjon i medhold av § 23.

§ 23. Skilsmisse på grunn av overgrep og tvangsekteskap

En ektefelle kan kreve skilsmisse dersom den andre ektefellen med hensikt har forsøkt å drepe ham eller henne eller barna eller forsettlig har utsatt dem for alvorlig mishandling. Det samme gjelder dersom ektefellen har opptrådt på en måte som er egnet til å fremkalle alvorlig frykt for slik atferd.

Krav om skilsmisse etter første ledd må være reist innen seks måneder etter at ektefellen fikk kjennskap til handlingen, og senest to år etter at den fant sted.

En ektefelle kan også kreve skilsmisse dersom han eller hun har blitt tvunget til å inngå ekteskapet ved rettsstridig atferd. Dette gjelder uavhengig av hvem som har utøvd tvangen. § 16 fjerde ledd gjelder tilsvarende.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1991-07-04-47?q=lov%20om%20ekteskap>

Likeverdige helsetjenester

I Norge er det en overordnet helsepolitisk målsetting at helsetjenestene skal være likeverdige og at alle skal ha lik tilgang til helsetjenester.

Prinsippet om likeverdige helsetjenester er nedfelt i en rekke lover og offentlige dokumenter:

- Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1
- Helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1
- Spesialisthelsetjenesteloven § 1-1
- Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste-Melding om prioritering
- Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – Nærhet og helhet
- Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)

Hva ligger i begrepet *likeverd*?

Begrepet *likeverd* handler om sosial rettferdighet og er forankret i jus og etikk.

Det tilsvarende engelske begrepet er *equity*, som WHO definerer som “the absence of avoidable or remediable differences among groups of people, whether those groups are defined socially, economically, demographically, or geographically”

www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/

Det mer spesifikke begrepet *equity in health* handler om urettferdige sosiale forskjeller i helse, og er blitt definert som “the absence of systematic disparities in health (or in the major social determinants of health) between groups with different levels of underlying social advantage/disadvantage – that is, wealth, power or prestige”

Bravemen, P. & Gruskin, S. (2003) Defining equity in health *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 254-258

Hva er likeverdige helsetjenester

Likeverdig tjenesteyting vil sikre gode og adekvate tjenester til de mest utsatte og sårbare gruppene i samfunnet slik at unngåelige eller urettferdige helseforskjeller utjevnes.

Prinsippet om likeverdige helsetjenester har sin bakgrunn i regelen om at like saker skal behandles likt, og ulike saker skal behandles ulikt.

En likeverdig helsetjeneste vil så langt det er mulig søke å tilpasse sitt tilbud til pasientgruppers ulike behov. Det kan dreie seg om ulikhet i alder, kjønn, seksuell legning, hudfarge, religion, språk- og kulturbakgrunn samt ulike funksjonshemninger.

I Norge er der mange innvandrergupper, de fleste ganske små, og forskjellene innad i den enkelte nasjonalgruppen er ofte større enn mellom slike grupperinger, både når det gjelder utdanning, helse, sosialøkonomiske forhold, migrasjonshistorie og legal status. Det er således ikke lenger mulig å holde fast ved ideen om homogene, etniske grupper ut fra en persons opprinnelsesland.

Spørsmålet blir da hvilke behov den enkelte innvandrerpasienten har til felles med dem som tjenestene er utviklet i forhold til (vanligvis majoritetsbefolkningen), og hvilke behov som er ulike.

Hva er innvandrerpasientens *behov*?

Når man skal vurdere en persons behov, skiller det gjerne mellom ulike typer behov.

- *Normativt behov* refererer til de behovene som legen eller den profesjonelle mener pasienten har
- *Opplevd behov* refererer til hva pasienten ønsker
- *Uttrykt behov* handler om hva pasienten vil investere energi i for å oppnå (kommer bl.a. til syne i pasientens bruk av helsetjenester)
- *Sammenlignende behov* handler om behov som kommer til syne når en sammenligner ulike grupperinger

Det viser seg at det ikke alltid er samsvar mellom disse behovene. Internasjonal forskning viser at innvandreres *uttrykte behov* dreier seg om

- god kommunikasjon med legen og hans medhjelpere (bl.a. nok tid og adekvat bruk av tolk)
- et betydelig behov for relevant informasjon for at de skal kunne mestre sin sykdom, eventuelt selv ta tak i en problematisk hverdag
- at det tas hensyn til deres religiøsitet
- at deres kostholdspreferanser respekteres
- at de får anledning til å gi sitt informerte samtykke til undersøkelser/behandling (Dette er ikke det samme som compliance, som refererer til at de - mer eller mindre passivt - følger legens anvisninger)

Bhopal R.S. (2014) *Migration, Ethnicity, Race, and Health in Multicultural Societies* Oxford: Oxford University Press

Hvordan *utvikle* likeverdige helsetjenester til innvandrere?

I *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle* (Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017) heter det at «Regjeringen vil at helsepersonell på alle nivåer skal ha kunnskap om ulike innvandrergруппers sykdomsforekomst og om kulturelle utfordringer knyttet til å sikre innvandrere en likeverdig helse- og omsorgstjeneste».

I: Individuelt nivå

For å kunne yte likeverdige helsetjenester, må man bl.a. ta i betraktning pasientens uttrykte behov, bakgrunnskunnskap, evne til å tilegne seg helseinformasjon og de sosiale forholdene pasienten lever under.

For å skape et reelt *likeverdig helsetjenestetilbud for innvandrere*, er det dessuten viktig at ansatte i helse- og omsorgstjenesten har kunnskap og kompetanse om innvandreres spesielle helseutfordringer. Slike utfordringer kan for eksempel være relatert til språkbarrierer, legal status, stresset som følger av å skulle etablere seg i et nytt samfunn, diskriminering eller negativ sosial kontroll.

II: Institusjonsnivå

Det finnes i dag flere gode opplegg for å utvikle et likeverdig helsetjenestetilbud på institusjonsnivå:

- Health Promoting Hospitals' Task Force on Migration, Equity and Diversity (2014) *Standards for equity in health care for migrants and other vulnerable groups*
https://docs.wixstatic.com/ugd/7b6489_41fd3e7e481a4707a6a2b338409e4e32.pdf
- American Hospital Association (2015) *Equity of Care: A Toolkit for Eliminating Health Care Disparities*
- Se også Kapittel 5 I Bhopal R.S. (2014) *Migration, Ethnicity, Race, and Health in Multicultural Societies* Oxford: Oxford University Press

Innvandrerens helsetilstand

Sentrale problemstillinger

Fra "healthy migrant" til "exhausted migrant"

Personer som flytter fra et land til et annet for å etablere seg der, er i gjennomsnitt friskere enn befolkningen både i landet de flytter fra og i landet de flytter til (vertslandet). Dette kalles i internasjonal litteratur «healthy migrant effect». Den er spesielt tydelig blant nyankomne arbeidsinnvandrere.

Innvandrerens store helsepotensiale svinner imidlertid hen under oppholdet i vertslandet. Dette kan måles i dødsrisiko og diagnostisert sykdom så vel som i selvopplevd helse.

Mortalitet

En norsk registerstudie viste at innvandrere fra land utenom Norden i gjennomsnitt hadde betydelig lavere dødsrisiko enn vertsbefolkningen. Arbeidsinnvandrere og de som kom for å studere, hadde lavest dødsrisiko (60 % lavere), flyktninger høyest, men samlet sett likevel 14 % lavere enn vertsbefolkningen. Kun flyktninger fra østeuropeiske land hadde lik eller høyere dødsrisiko enn vertsbefolkningen i Norge.

Forskjellen i overlevelse var størst for ugifte og barnløse. Begge hadde lavere dødsrisiko. Derimot var forskjellen i overlevelse mellom høyt og lavt utdannede forholdsvis liten, sammenlignet med vertsbefolkningen. Hvorvidt innvandreren kom fra et rikt eller fattig land (målt ved Human Development Index) gav små utslag.

I denne studien (hvor alle data er justerte for alder) fant man at de som hadde vært i Norge i under ett år, hadde svært liten dødsrisiko, men allerede etter 3 – 6 år i Norge kunne en observere en tydelig økning. Dødsrisikoen for de som hadde bodd her i 25 – 29 år var lik vertsbefolkningens og de som hadde bodd her lenger enn 30 år hadde høyere dødsrisiko enn befolkningen generelt. Endringen i dødsrisiko var mest uttalt for de som kom som flyktninger.

Syse, A. et al. (2018) An observational study of immigrant mortality differences in Norway by reason for migration, length of stay and characteristics of sending countries. *BMC Public Health* 18:508

Multimorbiditet

Forekomsten av to eller flere medisinske diagnoser hos samme pasient (multimorbiditet) er lavere blant innvandrere generelt enn blant norskfødte.

En registerstudie basert på HELFO og Folkeregisteret viste en forekomst av multimorbiditet for innvandrere fra

- Øst-Europa på 38% av forekomsten i vertsbefolkningen

- Asia, Afrika og Latin-Amerika på 58% av forekomsten i vertsbefolkningen
- Vest-Europa og Nord-Amerika på 67% av forekomsten i vertsbefolkningen

Øst-europeiske flyktninger (fra Bosnia og Kosovo) hadde høyest forekomst av multimorbiditet, mens øst-europeiske arbeidsinnvandrere (Polen) hadde lavest. Andelen med flere diagnoser økte med alderen og var høyere blant kvinner enn menn.

For alle disse gruppene var forekomsten av multimorbiditet mer enn fordoblet etter 5 år i Norge.

Diaz, E. et al. (2015) Multimorbidity among registered immigrants in Norway: the role of reason for migration and length of stay *Tropical Medicine and International Health* Vol. 20, no. 12 s. 1805-1814

Diaz, E. et al. (2015) Multimorbidity and its Patterns According to Immigrant Origin *Plos One* Dec. 18, 2015

Selvrapportert helse

Det er betydelig færre blant innvandrere som rapporterer om god eller svært god helse enn i befolkningen som helhet, og forskjellen øker med alderen.

I Levekårsundersøkelsen blant innvandrere i Norge 2016 spørres det bl.a. om hvordan informanten vurderer sin egen helse «sånn i alminnelighet». Man fant da at 69 % av innvandrerkvinner og 76 % av innvandremenn vurderte sin hele som god eller svært god. Tilsvarende tall for hele befolkningen er 82 og 84 %. Man fant en betydelig reduksjon i andelen som rapporterte om god helse med økende alder. I gruppen 55 – 74 år var det kun 46 % av innvandrerne som rapporterte om god helse mot 73 % i hele befolkningen.

Rapporten gir tall for andel med kronisk sykdom og andel som opplever nedsatt funksjonsevne. Blant de 12 undersøkte innvandrergruppene var der samlet sett ikke flere blant innvandrerne som rapporterte om kronisk sykdom enn i befolkningen generelt, men noen flere rapporterte om store begrensninger i funksjonsevne. Når man imidlertid så spesielt på de eldste gruppene, fant man store forskjeller: 60% av innvandrere versus 49 % i hele befolkningen hadde kronisk sykdom. 17% av innvandrere versus 9 % i befolkningen hadde store begrensninger i funksjonsevne.

I denne undersøkelsen fant man store forskjeller mellom ulike nasjonalgrupper. Innvandrere fra Tyrkia og Pakistan ser ut til å være blant de som er mest plaget av kronisk sykdom, de fra Eritrea, Somalia og Afghanistan minst. Men i denne undersøkelsen korrigeres det ikke for verken alder eller botid i Norge. Innvandrere fra Tyrkia og Pakistan har betydelig lenger gjennomsnittlig botid i Norge (henholdsvis 19 og 23 år i gjennomsnitt). Blant de fra Tyrkia og Pakistan finnes også spesielt mange eldre, henholdsvis 15 og 24 %, mens tilsvarende tall for de fra Afghanistan og Somalia var 5 og 6 %.

Blant innvandrere fra Afghanistan og Somalia finnes særlig mange unge: Hele 38 % av afghanske innvandrere og 23 % blant de fra Somalia er i alderen 16 – 24 år.

I lys av funnene i de ovenfor nevnte registerstudiene kan ulik botid og alderssammensetning i stor grad forklare de observerte forskjellene mellom ulike nasjonalgrupper.

Allostatisk belastning

Allostatisk belastning handler om den akkumulerte virkningen av kroppens respons på akutt, kronisk eller langvarig psykososialt stress. Vedvarende aktivering av kroppens hormonelle systemer fører til allostatisk overbelastning og dysfunksjon i ulike indre organer og er assosiert med abdominal fedme, hypertensjon, diabetes, selvrapportert hjerte- og karsykdom og artritt.

Virkningen av allostatisk belastning på innvandreres helse er særlig studert blant meksikanske innvandrere til USA, og det antas at den forringede helse en kan se etter 10års opphold i vertslandet skyldes langvarig allostatisk belastning. Lignende funn er gjort blant innvandrere av afrikansk avstamning til USA. Den allostatiske belastningen var høyest hos de eldre.

Samlivsbrudd medfører betydelig økning i allostatisk belastning i disse gruppene. I USA forklares den vedvarende allostatiske belastningen dessuten med opplevd rasisme og diskriminering. Enkelte studier viser sågar at opplevd diskriminering virker sterkere inn på helsen enn røyking og usunt kosthold. Utdanning ser ikke ut til å ha noen beskyttende effekt.

Doamekpor, L. A. & Dinwiddie, G.Y. (2015) Allostatic Load in Foreign-Born and US-Born Blacks: Evidence From the 2001 – 2010 National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Public Health Vol. 105, No. 3, s. 591 - 597*

Sosiale helsedeterminanter

Flere sosiale faktorer synes å være nøye forbundet med innvandreres helse. I tillegg til faktorer som vanligvis bestemmer ens sosialøkonomiske status, dvs. utdanning og økonomi, dreier det seg bl.a. om norskferdigheter, sosiale kontakter utenfor familien, hvorvidt en har ektefelle eller samboer i Norge, sysselsetting, boligstatus, religiøsitet, og, fremfor alt, opplevd diskriminering, vold og trusler.

Statistisk sentralbyrå utførte i 2010 en studie hvor de på grunnlag av data fra levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2005/2006 sammenstilte innvandreres fysiske og psykiske helse med ulike sosiale forhold.

Både eget utdanningsnivå og god økonomi er som ventet positivt relatert til fysisk og psykisk helse, men i langt mindre grad enn det man skulle forvente ut fra undersøkelser i vertsbefolkningen.

Derimot er der en klar sammenheng mellom norskkunnskaper og god helse. De friskeste snakker godt norsk. Videre er sosial kontakt utenfor familien blant de faktorene som slår sterkest ut i positiv retning, aller sterkest når det gjelder psykisk helse.

Også i denne undersøkelsen er der klar sammenheng mellom opplevd diskriminering og redusert psykisk og somatisk helse. De som opplever å bli diskriminert på grunn av sin innvandringsbakgrunn er sykere. Utslagene er i samme størrelsesorden som den negative effekten av røyking. Det samme gjelder opplevd vold og trusler i løpet av siste året.

Slike belastende sosiale forhold kan føre til vedvarende stress og allostatisk overbelastning. Over tid medfører dette økt sykkelighet.

I denne undersøkelsen fant man lite forskjell når det gjelder innvandringsgrunn, men samlet sett ser det ut til at flyktninger har noe dårligere helse enn arbeidsinnvandrere og de som kommer for utdanning. Familiegjenforente befinner seg i en mellomposisjon.

Blom, S. (2010) Sosiale forskjeller i innvandreres helse. SSB-rapport 47/2010
https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201047/rapp_201047.pdf

“Her og nå” versus “der og da»

Funnene i foregående avsnitt viser at innvandrere utgjør et positivt utvalg, at der er betydelige utfordringer knyttet til sosial tilpasning i det nye landet og at de sosiale forholdene de lever under her er av minst like stor betydning for deres helse som faktorer i hjemlandet.

Den økte sykdomsbelastningen i vertslandet kan forklares ved belastningen som følger av det kroniske stresset (allostatisk overbelastning, se over) som er forbundet med det å stadig måtte

forholde seg til usikkerhet, ukjente forhold og fremmede omgivelser i den langvarige tilpasningsprosessen.

Det er ikke urimelig å anta at lettere integrering og bedre tilrettelegging, for eksempel når det gjelder helsetjenestetilbud, bolig og utdanning, vil kunne forebygge sykdomsutvikling også i denne gruppen. Fastlegen har her en viktig koordinerende rolle.

«Psykologiske» versus «sosiosomatiske» tilnærminger

Dagens kunnskap om allostatisk belastning og den tydelige sammenhengen det er mellom ulike sosiale faktorer og pasienters helse utfordrer gjense oppfatninger om at ulike kroppslige tilstander som legen ikke finner medisinske forklaringer på må være psykogent betinget. Forenklete psykologiske forklaringsmodeller på somatisk sykdom klinger ikke godt i mange innvandreres ører. At legen forklarer smerter som han ikke finner biologisk grunnlag for som psykogene eller «noe psykisk», gir sjelden svar på pasientens bekymringer og kan lett føre til at pasienten ikke følger opp behandlingen eller motsetter seg videre henvisning til psykolog på grunn av frykt for stigmatisering.

Derimot vil en i de fleste sosiokulturelle miljøer ha oppfatninger om hvordan problemer i familien eller andre sosiale konflikter henger sammen med den fysiske helsen, og erfaring viser at når kroppslige plager blir anerkjent og pasienten kan komme frem med sin egen, gjerne kulturelt betingede forståelse/fortolkning av sykdommen, vil de fleste være åpne for at stress, sosiale forhold og følelser har stor betydning for hvordan de har det, også kroppslig sett. Anvendelige modeller for slike samtaler presenteres i avsnittet *Konsultasjonen*.

Kirmayer, L.J. et al. (2004) Explaining Medically Unexplained Symptoms *Can J Psychiatry* Vol. 49, No. 10. S. 663 – 672

Carson, N.J. et al. (2016) How Patients and Clinicians Make Meaning of Physical Suffering in Mental Health Evaluations *Transcultural Psychiatry* Vol. 53, No. 5, s. 595 – 611

Sykdomsmønstre

Forekomsten av ulike sykdommer varierer fra innvandringsgruppe til innvandringsgruppe, men i det store og det hele finnes langt mer likheter enn ulikheter, både mellom vertsbefolkningen og innvandrere, og mellom ulike innvandringsgrupper.

Muskel-skjelettlidelser, psykiske lidelser, kardiovaskulær sykdom og ulike former for kreft er således de viktigste sykdomsgruppene både i vertsbefolkningen og blant innvandrere.

Ved et hospital i Leicestershire, England, var de hyppigste grunnene til *sykehusinnleggelse* blant innvandrere av asiatiske herkomst skader, sykdommer i fordøyelsesorganene, luftveislidelser, uavklarte sykdomstilstander og kardiovaskulær sykdom. Dette var også de vanligste grunnene til innleggelse blant «ikke-asiater». Først deretter kom infeksjonssykdommer (tuberkulose, malaria) hos «asiater», mens neoplasmer tok plassen blant «ikke-asiater».

I enkelte innvandringsgrupper kan man finne sykdommer som er svært sjeldne i vertsbefolkningen. I Norge gjelder det f.eks. hemoglobinopati, arvelig middelhavsfeber og tuberkulose. For legen er det viktig å være oppmerksom på slike sykdommer, men denne oppmerksomheten må ikke overskygge sykdomsbyrden ved de hyppigst forekommende sykdommene.

Enkelte sykdommer forekommer sjeldnere blant innvandrere. Det gjelder for eksempel visse kreftformer, selvmord, alkoholisme og perifer karsykdom. Det er likevel viktig at slike tilstander ikke overses.

Diabetes II er svært vanlig i enkelte innvandrergupper, spesielt blant innvandrere av sør-asiatisk avstamning.

Helserelatert adferd varierer mye både mellom innvandrere og vertsbefolkningen og mellom ulike innvandrergupper. Det gjelder for eksempel røyking og alkoholkonsum. Noen grupperinger har helt minimalt forbruk, mens andre har et forbruk på nivå med vertsbefolkningens. Derimot er deltakelse i fysisk aktivitet lavere i de fleste innvandrergupper.

Ved multimorbiditet kan en videre se ulike konstellasjoner av sykdommer i ulike innvandrergupper. For eksempel finner man blant innvandrerkvinner fra ikke-vestlige land i alderen 45 til 64 år en sammenheng mellom diabetes, ischemisk hjertesykdom, hypertensjon og leddlidelser mens en blant innvandrerkvinner fra vestlige land ser sammenheng mellom hypertensjon, hyperlipidemi og diabetes. Blant innvandrere fra Øst-Europa finnes hos personer med diabetes en sammenheng med både hyperlipidemi og leddlidelser.

Bhopal R.S. (2014) *Migration, Ethnicity, Race, and Health in Multicultural Societies* Oxford: Oxford University Press

Diaz, E. et al. (2015) Multimorbidity and its Patterns According to Immigrant Origin *Plos One* Dec. 18, 2015

Livsstilssykdom

Flytting fra land til by eller fra lav-inntektsland til høy-inntektsland kan medføre betydelige endringer i livsstil og kostvaner. Det dreier seg hovedsakelig om økt inntak av sukker- og fettrike matvarer, mindre bruk av grønnsaker og belgfrukter og redusert fysisk aktivitet. Slike endringer, som kan ha sammenheng med eller kommer i tillegg til at innvandrere som nykommere oftere har økonomiske problemer å slite med, disponerer for utvikling av livsstilsrelaterte sykdommer som diabetes II og kardiovaskulære lidelser.

Diabetes

Forekomsten av diabetes II er spesielt høy blant innvandrere fra Sør-Asia. Dette skyldes en viss genetisk disposisjon, men livsstilsendringer og den vedvarende allostatisk belastningen som følger av bestrebelsene på å tilpasse seg et nytt samfunn vil her ha stor betydning.

I SSBs levekårsundersøkelse fra 2016 fant man hos innvandrere fra Pakistan og Sri Lanka diabetes mer enn seks ganger så hyppig som i vertsbefolkningen. Ettersom diabetes er en betydelig risikofaktor for utvikling av bl.a. kardiovaskulær lidelse, er det ikke uventet at også hjerteinfarkt forekommer hyppigere i disse gruppene.

God blodsukkerkontroll anses som viktig for å forebygge både mikro- og makrovaskulære diabetiske komplikasjoner. Men studier fra USA viser at mange har problemer med å følge opp den langvarige behandlingen med orale antidiabetika. For eksempel starter personer av afrikansk opprinnelse opp behandling med antidiabetika på lik linje med andre, men forholdsvis flere faller fra etter at det har gått en tid. Det er derfor spesielt viktig at leger i arbeid med diabetespasienter fra disse gruppene legger til rette for god kommunikasjon, gir god informasjon om sykdommen, ikke minst at dette dreier seg om en livsvarig tilstand og, videre, at pasientene lærer å kontrollere blodsukkeret selv.

I flere amerikanske studier har man i ulike minoritetsgrupper funnet vedvarende forhøyede verdier av HbA_{1c}. Dette gjelder så vel spansktalende som personer av afrikansk og asiatisk opprinnelse. Hvorvidt de høye verdiene skyldes dårlig blodsukkerkontroll eller andre faktorer (genetiske, kulturelle) er fortsatt usikkert.

For klinikerer har balansen mellom intens blodsukkerkontroll og faren for hypoglykemiske episoder tidligere vært en utfordring, men erfaringer fra bruk av nyere antidiabetika kan tyde på at dette i dag er mindre problematisk.

Diabetes II er en sammensatt, progressiv endokrin og metabolsk sykdom som vanligvis krever betydelige livsstilsendringer og omfattende medisinerer for å normalisere blodsukker og redusere risiko for kardiovaskulær sykdom. I denne sammenhengen er det også viktig å sørge for optimal behandling av hypertensjon og lipidforstyrrelser.

Forebygging av diabetiske komplikasjoner

Det er betydelige forskjeller mellom befolkningsgrupper av ulik herkomst både når det gjelder risikofaktorer for diabetiske komplikasjoner, slik som hypertensjon og dyslipidemi, forekomsten av komplikasjoner, medikamentrespons og bivirkninger.

Innvandrere av afrikansk herkomst

Hos innvandrere av afrikansk herkomst forekommer hypertensjon 3 – 4 ganger så ofte som i befolkningen generelt. Hypertensjon opptrer i yngre alder, blodtrykkstigningen er høyere og det nattlige blodtrykkfallet mindre. Tilstanden følges ofte av et lavt renin-nivå. Hypertensjon gir økt risiko for hjerneslag, venstre ventrikkel-hypertrofi og nyreskade.

Når det gjelder behandling av hypertensjon er der i dag enighet om at diabetespasienter av afrikansk herkomst ikke skal ha monoterapi med ACE-hemmer, men kombinasjonsbehandling med ACE-hemmer og kalsiumblokker eller ACE-hemmer og et tiazid.

Lipidprofilen synes imidlertid å være gunstig i denne gruppen.

Innvandrere av sør-asiatisk herkomst

Hos sør-asiater ser det ut til at hyperglykemi har forholdsvis stor innvirkning på venstre ventrikkels funksjon, hvilket ofte gir seg utslag i tretthet og nedsatt arbeidskapasitet.

Selv om det totale LDL-nivået ikke er høyere blant sør-asiater enn i andre befolkningsgrupper, finner man i denne folkegruppen økt forekomst av svært aterogene, små og tette LDL-partikler.

Hos diabetespasienter av sør-asiatisk herkomst bør man derfor vurdere primærforebygging med statiner tidligere enn hva generelle anbefalinger tilsier (dvs. før 40års alder) og ved noe lavere LDL-kolesterol.

Generelle betraktninger og råd

Genetiske disposisjoner påvirker medikament-virkning og -omsetning i kroppen. Slike gener har forskjellig utbredelse i ulike befolkningsgrupper, og i arbeid med enkelte innvandrergupper vil man kunne stå overfor flere tilfeller av «non-responders» (pasienter der medisinen ikke virker, men som likevel kan få bivirkninger av medikamentet).

Noen medikamentgrupper gir mer bivirkninger i visse befolkningsgrupper enn i andre. Eksempler er tiazider, som oftere gir depresjon hos personer av afrikansk avstamning, og statiner som ser ut til å gi mer muskelsmerter hos personer av asiatisk og afrikansk herkomst enn det som er vanlig i befolkningen forøvrig. Det er en mulig sammenheng mellom bivirkning av statiner og D-vitaminmangel.

En generell regel er: «Start lower, go slower». Med andre ord: start med forholdsvis lave doser, øk forsiktig inntil ønsket effekt, og vær særlig oppmerksom på bivirkninger. Om effekten av et medikament uteblir, bør en tidlig vurdere å bytte til et annet fremfor ytterligere å øke dosen.

Campbell, J.A. et al. (2012) Review: Glucose control in diabetes: the impact of racial differences on monitoring and outcomes *endocrine Vol. 42*, s. 471-482

Aambø, A. & Klemsdal, O. (2017) Oversiktsartikkel: Kardiovaskulær sykdom og diabetes ved afrikansk eller asiatisk bakgrunn *Tidsskrift for Den norske legeforening* No. 22, s. 1790-94

Aambø, A. (2015) Diabetiske komplikasjoner – onde sirkler eller mangelfull kontroll *Utposten* No. 2, s. 18 - 23

Hva leger kan gjøre for å sikre god diabeteskontroll

Det kan være vanskelig i enkelte innvandrergupper å oppnå adekvat kontroll med risikofaktorer som hypertensjon og hyperlipidemi. Dette krever god oppfølging fra legens side. Nedenfor følger noen områder og problemstillinger som det kan være nyttig å tenke gjennom (Se også avsnittet LEARN-modellen i kapittelet om konsultasjonen).

Bedre kommunikasjon

- Utforsk pasientens kunnskap og forståelse av sykdom, behandling og prognose.
- Sørg for at pasienten forstår det viktigste ved sykdommen og behovet for og nytten av de foreslåtte behandlingstiltakene. Å forstå hvordan medisineren kan redusere risikoen for komplikasjoner er spesielt viktig når sykdommen ikke er direkte livstruende eller medfører smerter og ubehag. Legen kan bidra til at pasienten blir oppmerksom på små tegn til hyperglykemi, slik som tretthet, søvnvansker, nocturia, eller sår som ikke gror.
- Mange – ikke bare innvandrere - har problemer med å lese og forstå bruksanvisninger (f.eks. på medisinglass eller innpakninger), næringstabeller og timekort. Det er vist at når legen sjekker at pasienten forstår og kan gjengi legens budskap, går HbA_{1c}-nivået signifikant ned i påfølgende kontroller. Bruk derfor tid på å forsikre deg om at pasienten har oppfattet budskapet riktig, selv om du bruker tolk. Det kan skje ved teknikker som «teach back». Se under avsnittet *Konsultasjonen*.
- Et tillitsfullt lege-pasientforhold, at pasienten «eier» sin sykdom og er i stand til å ta ansvar for sin tilstand, samt at det settes realistiske mål i behandlingen har vist seg å gi de beste resultatene også i behandlingen av innvandrere med diabetes.

Ta hensyn til kostnadene

Mange innvandrere strever med økonomien, og ekstra kostnader til medisiner kan da være en ekstra belastning. Pass på at innvandrerpasienten ikke belastes med unødvendige konsultasjoner, reiser eller mellomlegg, for eksempel ved å bestille profesjonell tolk før en konsultasjon, dersom det er det minste tegn til språkvansker.

Ta kontroll over medisinbruken

Mange vil trenge flere typer medisiner i diabetesbehandlingen. Det kan skape forvirring og det kan være vanskelig å beholde oversikten. Sørg for at behandlingsregimet er så enkelt og oversiktlig som mulig. Det gir bedre compliance.

Informer om mulige bivirkninger

Gi nøktern og adekvat informasjon om hvilke bivirkninger som kan inntreffe, slik at pasienten ikke trenger å engste seg for uforutsette konsekvenser av medisineren.

Forebyggende arbeid

Bevisstgjøring om hva som er et optimalt kosthold og støtte til å gjennomføre eventuelle livsstilsendringer er svært viktig også blant innvandrere. Det er utvilsomt en god investering, men kan være til tider være en utfordring å få til. En velprøvd metode for å lette samtalen om livsstilsendring bærer akronymet ETHNIC. Se under avsnittet *Konsultasjonen*

Bailey, C.J. & Kodack, M. (2011) Review: Patient adherence to medication requirements for therapy of type II diabetes *Int J Clin Pract Vol. 65, No. 3, s. 314 – 322*

Ciechanowski, P.S. et al. (2001) The Patient-Provider Relationship: Attachment Theory and Adherence to Treatment in Diabetes *Am J Psychiatry Vol. 158 No.1 s. 29 - 35*

Terragni, L. et al. (2018) Developing culturally adapted lifestyle interventions for South Asian migrant populations: a qualitative study of the key success factors and main challenges *Public Health Vol. 161, s. 50 - 58*

Diabetes og Ramadan

Ramadan (islams fastemåned) er forbundet med strenge regler for faste, men disse praktiseres forskjellig i ulike grupper muslimer. Muslimer med diabetes er ikke forpliktet til å faste under Ramadan, men mange ønsker likevel å gjennomføre fasten så godt det lar seg gjøre, noen selv om de står på insulin. For disse er det spesielt viktig at de har lært å måle blodsukkeret selv, og at de instrueres i å følge nøye med på dette. Dersom blodsukkeret faller under 4,0 mmol/l må fasten brytes, da det kan være fare for liv og helse. Ramadan er for øvrig en fin anledning til å endre dårlige levevaner og ta sunne valg.

Aambø, A. (2013) Ramadan, diabetes og allmennlegens rolle *Utposten No. 4, s. 7 – 11.*

Belastningslidelser

I SSBs levekårsundersøkelse blant innvandrere fra 2016 inngikk spørsmål om slitasjegikt, rygglidelse, nakkelidelse og hodepine. Slitasjegikt forekom betydelig hyppigere blant de innvandrergruppene som hadde vært lengst i Norge, dvs. innvandrere fra Vietnam, Irak og Tyrkia. Mens forekomsten i befolkningen var 5 %, var den i disse gruppene fra 13 – 16 %.

De fra Irak og Tyrkia hadde også høyest forekomst av rygg- og nakkelidelser (henholdsvis 33 og 27 % for rygglidelser, 24 og 22% for nakkelidelser) tett fulgt av andre grupper med lang botid i Norge, dvs. innvandrere fra Iran, tidligere Jugoslavia og Vietnam. Forekomsten i disse gruppene var omtrent dobbelt så høy som i befolkningen generelt. Denne overhyppigheten av smerter fra muskel- og skjelettsystemet bekreftes av flere andre undersøkelser, både norske og utenlandske.

Også sterk hodepine er vanlig blant innvandrere. Mens forekomsten av sterk hodepine er 5 % i befolkningen generelt, er den omkring 20 % eller fire ganger så stor blant innvandrere fra Kosovo, Tyrkia, Irak og Iran. Innvandrere fra Pakistan og Afghanistan skårer også høyt her (henholdsvis 14 og 13 %).

Den økte forekomsten av belastningslidelser må sees i sammenheng med innvandreres arbeidssituasjon.

- Når det gjelder *fysiske og ergonomiske risikofaktorer*, viser det seg at det er betydelig flere innvandrere som har
 - stående arbeid
 - løfter i ubekvemme stillinger det meste av tiden

- utsettes for støv, gass eller damp, hudirriterende stoff eller sterk støy
- På det *psykososiale* området er det flere som har
 - monotont arbeid, det vil si at de gjentar de samme arbeidsoppgavene det meste av tiden
 - jobber alene
 - færre kan selv bestemme når de vil ta pauser
 - mulighetene for å utnytte egne ferdigheter er mindre.
- Et betydelig antall opplever å bli *diskriminert på arbeidsplassen* (Iran 28 %, Irak 22 %) og/eller ved ansettelse (mer enn 30 % blant innvandrere fra Somalia, Iran, Irak, Tyrkia, Pakistan). Mange i disse gruppene føler seg også diskriminert i kontakt med helsetjenestene (7 – 9 %)

Vrålstad, S. & Wiggen, K.S. (2016) Levekår blant innvandrere i Norge 2016 SSB Rapport 2017/13

<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/309211>

Psykiske lidelser

Omfanget av psykiske problemer i de 12 innvandrergruppene som inngikk i SSBs siste levekårsundersøkelse (2016) ble målt ved spørsmål fra Hopkins Symptom Checklist (HSCL - 5).

De spørsmålene som ble benyttet var

Har du de siste 14 dagene vært svært plaget, ganske plaget, litt plaget eller ikke plaget av

- ... nervøsitet og indre uro?
- ... stadig å være redd eller engstelig?
- ... følelse av håpløshet med tanke på fremtiden?
- ... å være nedtrykt og tungsindig?
- ... å være mye bekymret eller urolig?

I tillegg til disse fem spørsmålene ble det spurt om søvnproblemer og ensomhet.

Andelen med psykiske problemer ble her estimert til 12 %, mot 6 % i befolkningen. Høyest andel fant man blant innvandrere fra Irak, Iran og Tyrkia, i alle disse gruppene 20 % eller mer, tett fulgt av innvandrere fra Pakistan, 17 %. Sterkest utslag fant man på spørsmålet om de var bekymret eller urolig.

Det er verdt å merke seg at det er en sterk korrelasjon mellom HSCL og omfattende, såkalt habituell kjedsomhet. Det kan derfor være nyttig å undersøke hvorvidt en innvandrerpasient som presenterer seg med nedsatt stemningsleie og uro opplever sosial isolasjon /fravær av meningsfulle aktiviteter.

Risikoen for diagnostisert depresjon (ICD-10 F 30-39 affektiv lidelse) blant 1. generasjon innvandrere ser ut til å være økt med 25 %, sammenlignet med vertsbefolkningen.

Norskfødte med innvandrereforeldre ser ikke ut til å ha økt risiko for affektive lidelser.

Blom, S. (2017) Helse Kap. 17 i S. Vrålstad og K.S. Wiggen (red) *Levekår blant innvandrere i Norge 2016 SSB Rapport 2017/13* <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/309211>

Mindlis, I. & Boffetta, P. (2017) Mood disorders in first- and second-generation immigrants: systematic review and metaanalysis *The British Journal of Psychiatry* 210, s. 182 - 189

Sommers J. & Vodanovich, S.J. (2000) Boredom Proneness: Its Relationship to Psychological- and Physical-Health Symptoms *J Clin Psychol* 56, s. 148-155

Posttraumatisk stresslidelse

For at en tilstand skal diagnostiseres som posttraumatisk stresslidelse bør man kunne påvise ett eller flere eksterne traumer som har vært fysisk eller psykisk svært truende. Spesifikke kliniske manifestasjoner er ufrivillige gjenopplevelser av traumat (flashbacks), økt aktivering (hyperarousal) og, videre, at en unngår ting eller situasjoner som kan fremkalle minner om traumat.

Kognitive forstyrrelser, somatiseringstendenser og ukontrollerte sinneutbrudd er sterkt assosiert med lidelsen, og tilstanden forverres ytterligere av en vanskelig livssituasjon.

Det er vanskelig å anslå forekomsten av PTSD, og kunnskapsoppsummeringer viser svært stor variasjon mellom ulike studier. En systematisk oppsummering publisert i *Lancet* i 2005 viste en forekomst på 8-10% blant flyktninger, mens Bustamente et al. (2018) i sin oppsummering fant en forekomst av PTSD blant innvandrere generelt på 47 %. I Bustamentes studie hadde flyktninger ca. dobbelt så høy forekomst som andre innvandrere. I en nyere amerikansk oppsummering fant man et gjennomsnitt på 11,1% i befolkningen, blant pasienter i allmennpraksis 12,5% og blant krigsveteraner 24,5 % (fra 2% til 48,8 % i ulike studier, Spottswood et al 2017).

Til tross for den store variasjonen i påvist forekomst, er det ikke urimelig å anta at forekomsten blant flyktninger er særlig høy. Dette kan forklares ved at flyktninger i større grad er utsatt for krigstraumer, vold og politisk forfølgelse før eller under migrasjonen. Men også i vertslandet kan flyktninger så vel som andre innvandrere utsettes for ulike traumer som truer identiteten. Det kan dreie seg om rasisme og diskriminering, vold, mishandling av politiet osv. Noen har mistet sine familier, andre lever i frykt for deportasjon.

Langt fra alle som har symptomer på PTSD er behandlingstrengende, men leger bør være oppmerksom på den forholdsvis høye forekomsten av PTSD blant innvandrere og særlig flyktninger. Det finnes i dag flere virkningsfulle behandlingsmetoder, som for eksempel traumefokusert kognitiv adferdsterapi og EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing).

Før pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten for slik terapi, bør pasienten oppleve kontroll over egen historie og livssituasjon. Regelen må derfor være at pasienten selv bestemmer hvorvidt han eller hun er moden for slik terapi.

PTSD er ofte kombinert med andre lidelser, for eksempel ulike smertetilstander. Når legen står foran en pasient med kroniske smerter hvor PTSD kan være en underliggende faktor, er det viktig at han eller hun interesserer seg for hva pasienten tenker om sin egen livssituasjon og gjennom sine spørsmål belyser sammenhenger, tilbyr mulige forklaringer og kanskje også uttrykker sin bekymring – i tillegg til å gjøre de undersøkelsene som er nødvendig for å utelukke organisk sykdom.

For strukturerte samtalemodeller som kan være nyttige i en slik situasjon, se under avsnittet *Konsultasjonen*

Fazel, M. et al. (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet Vol. 365* 1309-14

Spottswood, M. et al. (2017) The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care: A systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry Vol. 25, No. 4, s. 159-169.*

Bustamente, L.H.U. et al. (2018) Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review *Brazilian Journal of Psychiatry* 40: 220 – 225

Spiller, T.R. et al. (2016) Somatisation and anger are associated with symptom severity and posttraumatic stress disorder in severely traumatised refugees and asylum seekers *Swiss Medical Weekly* www.smw.ch

Johnsen, G.E. et al. (2013) Posttraumatisk stressforstyrrelse er forbundet med kognitive dysfunksjoner *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 50: 201 – 207

Dæhlen, L. & Aambø, A. (2014) Smerter – mer eller mindre, men er det alt? *Utposten* No. 3. s. 16 – 20

Psykososer

Det har lenge vært kjent at innvandrere har betydelig større risiko for å utvikle schizofreni, men det er stor variasjon mellom ulike nasjonalgrupper. Menn rammes i større grad enn kvinner.

Også her kan det se ut som om flyktninger er en spesielt utsatt gruppe. I en stor svensk undersøkelse var forekomsten av schizofreni blant flyktninger 0,126 %. Dette er 3 ganger så høyt som i vertsbefolkningen og 1,7 ganger så høyt som hos andre innvandrere (i begge tilfeller korrigert for mulige tilslørende faktorer). Innvandrere fra sør for Sahara hadde mer enn 4 ganger så høy forekomst av schizofreni som vertsbefolkningen, og i denne gruppen fant man ingen forskjell mellom flyktninger og ikke-flyktninger.

Man har testet ut flere mulige hypoteser for å forklare slike forskjeller. Generelt kan man si at migrasjon medfører overgang til nye sosiale, kulturelle og fysiske omgivelser, og som synlig minoritet er innvandrere ofte utsatt for belastende post-migrasjons-faktorer som diskriminering, rasisme og sosial eksklusjon. Slike faktorer har vist seg å disponere for psykoseutvikling gjennom dårlig selvfølelse, maktesløshet, uheldige tilpasningsstrategier og «ekko-kammer-effekt», det vil si manglende tilgang til oppfatninger som stimulerer til revurdering/korreksjon av misforståelser/vrangforestillinger.

Noen studier viser at det å være omgitt av folk fra samme sosiokulturelle gruppe reduserer risikoen for psykoseutvikling.

Klinikere bør være oppmerksom på den økte faren for schizofreni blant flyktninger, som i likhet med alle andre vil profitere på tidlig diagnose og adekvat anti-psykotisk behandling.

Hollander, A-C. et al. (2016) Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden *BMJ* 352:i1030

Morgan, C. & Hutchington, G. (2010) The social determinants of psychosis in migrant and ethnic minority populations: a public health tragedy *Psychological Medicine* 40, s. 705 – 709

McIntyre, J.C. et al. (2016) Social identity and psychosis: explaining elevated rates of psychosis in migrant populations *social and Personality Psychology Compass* 10, s. 619 - 633

Finnvold, J.E. & Ugreninov, E. (2018) Refugees' admission to mental health institutions in Norway: Is there an ethnic density effect? *Social science and Medicine* 209, s. 43-50

Infeksjonssykdommer

Generelt

Infeksjoner er generelt sett ikke mer utbredt blant innvandrere enn blant majoritetsbefolkningen, men enkelte grupper kan – spesielt ved eller kort tid etter ankomsten til Norge - ha økt risiko for infeksjonssykdommer. Dette gjelder særlig asylsøkere. Selv om de aller fleste har god helse når de forlater hjemlandet, kan risikoen for å bli smittet under migrasjonen være stor, ettersom en del vil

oppleve perioder med sult, uvær, overfylte transportmiddel, sammenstimlinger ved grenseoverganger, dårlige fasiliteter for å ivareta personlig hygiene, lite tilgang til helsetjenester, evt. prostitusjon og ulike former for misbruk. Barn, ungdom og enslige mindreårige er spesielt utsatt for infeksjonssykdommer.

De vanligste sykdommene i asylmottak er luftveisinfeksjoner, hudinfeksjoner og mage-tarminfeksjoner.

I enkelte lav og mellominntektsland er forekomsten av en del kroniske infeksjoner betydelig høyere enn i Norge. Dette gjelder for eksempel tuberkulose, hivinfeksjon, Hepatitt B og C og syfilis. Flere av disse infeksjonssykdommene kan være asymptomatiske, og avdekkes kun ved screening.

Graden av vaksinasjonsdekning varierer sterkt med hvilket land migranten kommer fra.

Det er svært lite sannsynlig at innvandrere kommer til å representere noen smittefare i vertslandet.

Folkehelseinstituttets (FHI) smittevernveiledere gir god oversikt over aktuelle infeksjonssykdommer blant innvandrere, hvilke infeksjoner det er aktuelt å screene for i ulike nasjonalgrupper, hvordan påviste infeksjoner bør håndteres, melding og varsling av utbrudd samt hvordan smittevernarbeidet i Norge er organisert. Se for eksempel

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/>

<https://www.fhi.no/nettpub/utbruddsveilederen/>

<https://www.fhi.no/nettpub/tuberkuloseveilederen/>

https://www.google.no/search?q=MRSA-veilederen&rlz=1C1GCEA_enNO778NO778&oq=MRSA&aqs=chrome.2.69i57j0j69i59j35i39j0l2.6440j1j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8

I det følgende gis noen hovedpunkter for et utvalg infeksjoner som er mer prevalert blant innvandrere enn i vertsbefolkningen.

Tuberkulose

Tuberkulose (TB) er den infeksjonssykdommen som tar flest liv på verdensbasis. Det anslås at rundt 1/3 av jordens befolkning er smittet av eller har latent TB. I høyforekomstland er insidensen over 40 tilfeller pr. 100 000 innbyggere. Norge er blant de landene som har lavest insidens, omkring 6 av 100 000.

I perioden 2015-2017 ble det oppdaget henholdsvis 279, 262 og 231 tilfeller av TB blant innvandrere til i Norge. Insidensen var sterkt synkende blant asylsøkere, fra 157 til 101, men lå stabilt rundt 50 blant familiegjenforente, 40 blant arbeidsinnvandrere. Antall tilfeller i befolkningen forøvrig (blant norskfødte med norskfødte foreldre) var i 2015 og 2016 omkring 25.

FHI: Årsrapport 2018: Tuberkulose i Norge 2017 - med behandlingsresultater for 2016

<https://www.fhi.no/publ/2018/tuberkulose-i-norge-2017---med-behandlingsresultater-for-2016.-arsrapport/>

Tuberkulose kan ramme alle kroppens organer, men lungetuberkulose er den hyppigst forekommende og den eneste smittsomme typen av TB.

Alle flyktninger og asylsøkere har i dag plikt til å la seg undersøke for TB innen 14 dager etter ankomst. Dessuten skal migranter fra land med særlig høy forekomst som skal oppholde seg mer enn tre måneder i Norge, og personer som i løpet av de tre siste årene har oppholdt seg i minst tre

måneder i land med særlig høy forekomst, rutinemessig testes. Andre som vet at de har vært utsatt for tuberkulosesmitte har også plikt til å la seg teste.

Tuberkuloseundersøkelse er gratis for den som har plikt til å la seg teste.

God informasjon på språk som vedkommende forstår, må sikres.

Pågående behandling for TB gir rett til opphold i landet inntil behandlingen er avsluttet, eller at man har sikret at den vil bli videreført.

BCG-vaksinasjon skal tilbys uten egenandel til uvaksinerte personer < 35 år fra land med høy eller særlig høy forekomst.

For øvrig henvises til

FHI – Tuberkuloseveilederen <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/>

Helsedirektoratets Veileder for helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente IS-1022 <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>

Kikhoste

Andre luftveisinfeksjoner som det er viktig å være oppmerksom på er kikhoste. Ikke alle innvandrere er vaksinert mot kikhoste. Kikhoste er klassifisert som en allmennfarlig smittsom sykdom, og fritar for egenandel i forbindelse med diagnostisering og behandling.

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/kikhoste-pertussis---veileder-for-h/>

Humant immunsviktvirusinfeksjon (hiv)

På verdensbasis er seksuell kontakt vanligste smittemåten. Viruset overføres ved at blod, sæd eller skjedesekret kommer i kontakt med slimhinner hos en annen person. Viruset kan også overføres ved at hiv-infisert blod overføres til en annen person, eller ved stikkskader med redskap som er forurenset av hiv-infisert blod, for eksempel ved bruk av infiserte kanyler eller sprøyter.

Hivinfeksjon diagnostiseres vanligvis ved enten en «hiv-kombitest» hvor både hiv-antigen og hiv-antistoff påvises (testen kan påvise smitte så tidlig som 1 – 2 uker etter smittetidspunkt), eller ved en såkalt «hurtigtest», som har mindre spesifisitet ved nylig eksponering.

Det finnes i dag muligheter for både medikamentell pre-eksponeringsprofylakse (PrEP) og post-eksponeringsprofylakse (PEP). Se *Smittevernveilederen*

I Norge har forekomsten av påviste hiv-tilfeller økt etter år 2000. Dette skyldes i hovedsak flere hiv-positive innvandrere som er smittet i sine respektive hjemland. Disse utgjør ca. 1/3 av dem som har fått påvist hiv. Dessuten har det vært en betydelig økning blant menn som har sex med menn (msm).

Norske helsemyndigheter anbefaler at kommunehelsetjenesten tilbyr hiv-testing til alle asylsøkere, flyktninger og deres familiegjenforente.

Viktig ved tilbud om hiv-testing

Mange innvandrere befinner seg i sårbare situasjoner, og ikke alle har den tilliten til offentlige institusjoner som vi er vant med her i Norge. Det er derfor viktig at den som tilbyr testing:

- Bruker kvalifisert tolk
- Sjekker at den som skal testes forstår hva hiv er.

- Informerer om fordelene ved å vite om sin «hiv-status».
- Informerer om mulighetene for behandling
- Forsikrer den som skal testes om at personvern og konfidensialitet blir respektert
- Informerer om at vedkommende kan reservere seg mot å bli testet
- Gir mulighet til å stille spørsmål

Alle med nyoppdaget hiv-infeksjon skal så snart som mulig henvises til infeksjonsmedisiner.

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hivinfeksjonaidstest---veileder-for-hel/>

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/13.-innvandrere-og-smittevern-inkludert/>

Hepatitt B og C

Ca. 350 millioner mennesker lever med kronisk hepatitt B-infeksjon og ca. 600 000 dør hvert år på grunn av denne sykdommen. Ca. 350 000 dør årlig som følge av hepatitt-C-relatert leversykdom.

Disse sykdommene smitter på samme måte som hiv, men Hepatitt B er betydelig mer smittsom enn hiv-infeksjon.

Hepatitt B- og C-virusinfeksjoner diagnostiseres ved påvisning av agens, av antistoff mot viruset eller ved nukleinsyre-amplifiseringstest (NAT).

Ved påvist akutt eller kronisk hepatitt B eller hepatitt C bør pasienten straks henvises til spesialist i enten indremedisin, infeksjonssykdommer eller gastroenterologi. Barn henvises til barnelege.

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hepatitt-b---veileder-for-helsepers/>

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hepatitt-b---veileder-for-helsepers/>

<http://www.hepatittfag.no>

Seksuelt overførbare sykdommer

Personer på flukt har større risiko for å bli offer for seksualisert vold og også for å pådra seg seksuelt overførbare sykdommer (STI).

Kvinnelig sexarbeidende innvandrere har større risiko for akutte STI enn kvinnelige sexarbeidere i deres høy-inntekts vertsland.

Likevel oppsøker innvandrere seksuelle helsetjenester i mindre grad enn EU-borgere. Helsearbeidere bør derfor benytte enhver anledning til å fraråde risikabel sex, men det må skje på en kultursensitiv måte.

Syfilis

Syfilis forårsakes av spiroketen *Treponema pallidum*. Sykdomsbildet varierer etter hvorvidt sykdommen er i sitt primære stadium eller har gått inn i en kronisk fase.

Primærsyfilis kjennetegnes ved et velavgrenset, smertefritt sår på inokulasjonsstedet (som regel på kjønnsorganene) med en opphøyd, hard kant (hard sjanker). Såret heles spontant etter 2 – 6 uker. Tilhørende lymfeknuter kan være forstørret. I senere stadier kan man se for eksempel neurosyfilis, angrep på hjerte- og kar systemet eller nekrotiserende granulomatøse lesjoner (gumma), som kan finnes i hvilket som helst organ.

Diagnosen stilles ved serologi (Bakterien kan ikke dyrkes).

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/syfilis---veileder-for-helsepersone/>

Testing av personer fra høyrisikoland

Norske helsemyndigheter anbefaler at innvandrere fra høyrisikoland tilbys testing for hivinfeksjon, hepatitt B og C og syfilis. FHI har utarbeidet en liste over de landene som her er aktuelle.

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/veiledere/landliste-asylsokere_151216.pdf

Andre STI som det er viktig å være oppmerksom på er gonorré og klamydiainfeksjon.

STI gir ofte ikke symptomer, men smitter likevel lett. Derfor er smitteoppsporing viktig ved ethvert påvist tilfelle av STI.

Smitteoppsporing skal foregå hensynsfullt og i minst mulig grad virke krenkende på pasienten og hans kontakter.

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/16.-smitteoppsporing-ved-seksuelt-o/>

Andre treponematoser

Det er viktig å være oppmerksom på at positiv syfilisserologi også sees ved ikke-veneriske treponematoser som *bejel*, som forekommer i Vest-Afrika og Midtøsten; *yaws*, som særlig forekommer i Afrika (Ghana og Elfenbenskysten) og Sørøst-Asia (Indonesia) og *pinta* som finnes i Mellom- og Sør-Amerika. Disse gir hudinfeksjoner som smitter ved direkte kontakt. Yaws og bejel kan også gi skjelettmanifestasjoner. Selv om slike sykdommer er svært sjeldne blant innvandrere til Norge, er det viktig at helsepersonell er klar over at positiv syfilisserologi ikke nødvendigvis betyr at pasienten er blitt smittet av en kjønnsykdom.

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/syfilis---veileder-for-helsepersone/#om-ikkeveneriske-treponematose>

Mage- og tarminfeksjoner

Innvandrere er mer utsatt for en del mage- og tarminfeksjoner. Slike sykdommer smitter vanligvis gjennom fekal-oral smitte.

Den økte risikoen kan dels skyldes forhold i vertslandet, dels på reisen til Norge som for en del flyktninger og asylsøkere kan være både langvarig og strabasios. De som kommer fra eller oppholder seg i områder med varmt og fuktig klima, hvor det er lite tilgang til rent drikkevann, dårlige muligheter for hygienisk mathåndtering eller for å ivareta personlig hygiene, trangbodddhet, hvor man lever i fattigdom og hvor det er vanlig å gå berrføtt, er i stor risiko.

Det dreier seg om marksykdommer, som ofte er asymptomatiske, virale mage- tarmsykdommer som hepatitt A og norovirus-infeksjoner (tidligere «omgangssyke»), og mer alvorlige sykdommer som tyfoidfieber.

Mage- og tarmparasitter:

Spolmark (Ascaris lumbricoides) gir vanligvis ingen symptomer hos voksne, men kan hos barn forårsake magesmerter, forstoppelse og vekstretardasjon.

Trådmark (strongyloides stercoralis) gir heller ikke ofte symptomer, men hos immunsvekkede (f.eks. hivsmittede) kan larver gå over i blodet og gi alvorlig sykdom i andre organer.

Blodikter (schistosoma spp.) er svært utbredt i Afrika, Asia og Sør-Amerika, hvor de kan gi schistosomiasis (snegl-feber eller bilharzia). Larver lever i ferskvann. De kan trenge gjennom huden og akkumuleres i hud eller urinblære.

Symptomer: Ikten gir ofte allergiske reaksjoner etter en periode med feber, generelle smerter, diaré og magesmerter. Kronisk infeksjon kan være asymptomatisk inntil det oppstår lever eller nyresvikt, eller kreft.

Diagnose: FHI anbefaler ikke rutineundersøkelse av avføring hos innvandrere som ikke har symptomer. Barn i førskole- og tidlig skolealder bør likevel undersøkes for mark og andre tarm-patogener.

FHI anbefaler at asylsøkere og andre innvandrere fra Midt-Østen og Afrika tilbys undersøkelse for blod i urinen med urinstrimmel ved mistanke om schistosomiasis (snegl-feber).

Serologi er den beste screeningstest for schistosomiasis og trådmark. I tidlige stadier påvises ofte eosinofili.

Behandling for schistosomiasis og trådmark er en spesialistoppgave.

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/marksykdommer---veileder-for-helsep/>

Giardia lamblia er en protozo som finnes over alt, men som er utbredt i Afrika og Midt-Østen.

Symptomer: diaré og magesmerter.

De fleste som får sykdommen smittes i utlandet, og vanligste smitteland i perioden 2010 til 2017 var Somalia, Eritrea, Etiopia, Syria og Afghanistan.

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/giardiasis---veileder-for-helsepers/>

Hepatitt A smitter fekalt-oralt og kan forårsake utbrudd gjennom forurenset mat eller drikke, eller i overbefolkede, usanitære omgivelser.

Vanlige symptomer er magesmerter, mørk urin, gulsott og slapphet.

Diagnosen stilles ved serologi.

Hepatitt A ender som regel full restitusjon uten leverskade. Etter gjennomgått sykdom opparbeider man immunitet mot sykdommen (IgG).

De fleste asylsøkere fra land i Afrika og Asia har opparbeidet immunitet mot hepatitt A.

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hepatitt-a---veileder-for-helsepers/>

Norovirus er en vanlig årsak til gastroenteritt (tidligere omgangssyke) og kan forårsake sykdomsutbrudd i for eksempel mottakssenter eller lignende steder. Basale smittevernrutiner er derfor viktig for alle som arbeider i helsesektoren. Se for øvrig FHI - *Smittevernveilederen*

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/norovirusenteritt---veileder-for-he/>

Tyfoidfieber forårsakes av bakterien *Salmonelle typhi*. Reservoar for bakterien finnes kun i mennesker. Bakterien smitter fekalt-oralt.

Dersom det utvikles bakteremi, vil en kunne se høy feber og cerebrale symptomer som dødsighet, hodepine, fjernhet og en sjelden gang hallusinasjoner. I tillegg utslett, kvalme, forstoppelse eller diaré (særlig hos barn), bradykardi og hepatosplenomegali.

Tyfoidfieber er i smittevernloven definert som en allmennfarlig smittsom sykdom. Vedrørende diagnose og behandling, se *Smittevernveilederen*.

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/tyfoidfieber---veileder-for-helseper/>

Hudinfeksjoner

Skabb

Den vanligste hudinfeksjonen blant beboere i asylmottak er skabb. Skabbmidden gir kløe og et utslett som kan ligne reaksjon på medisiner, insektbitt, follokulitt, kontaktdermatitt m.fl.

Man finner ofte skabbganger mellom fingrene og/eller klø-merker og sår på strekkesidene av armer og bein.

Ofte kan midden påvises i hud-avskrap fra mulige skabbganger.

En sjelden variant er *skorpeskabb (Scabies Norwegicus)* hvor den samme midden finnes i store mengder. Denne varianten opptrer nesten utelukkende hos immunsvekkede pasienter. Ved skorpeskabb vil smittefaren være betydelig større enn ved vanlig skabb, og behandling er en spesialistoppgave.

Behandling av vanlig skabb: Se *Smittevernveilederen*

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/skabb---veileder-for-helsepersonell/>

Andre hudsykdommer som det er viktig å være oppmerksom på er ulike former for hudtuberkulose, kutan leishmaniasis, spedalskhet, soppinfeksjoner og kutan syfilis.

Malaria

Malaria skyldes et plasmodium (en protozo) som smitter gjennom stikk av en *anophelesmygg*. *Myggarten* er utbredt subtropiske områder/tropene, og finnes omtrent ikke i Norden, Canada, Sibir og Argentina.

Plasmodiet finnes i fem former, hvorav *Plasmodium falciparum* er den dominerende malariaformen i tropisk Afrika, Sørøst-Asia, deler av Oceania og i Amazonasregionen. Denne formen gir den mest alvorlige sykdommen. *Plasmodium vivax* kan utvikle seg i mygg ved lavere temperaturer og overlever bedre i tempererte eller høytliggende områder.

Symptomer: Svingende feber med frostanfall og svettetokter, anemi, splenomegali, ikterus og varierende grad av allmennsymptomer.

Malaria bør alltid vurderes ved febertilstander etter opphold i malariaområder. Videre diagnose bør overlates til spesialister i infeksjonsmedisin, indremedisin eller pediatri.

Gjennomgått malariainfeksjon gir en viss immunitet, men når innvandrerens har oppholdt seg en tid i et vertsland hvor malaria sjelden forekommer, svekkes immuniteten. Innvandrere fra malariaområder som er på besøk i sine hjemland, og som ikke er klar over at de trenger profylaktiske tiltak, er i særlig risiko for å bli smittet.

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/malaria---veileder-for-helsepersone/>

Multiresistente organismer (MRO)

Dette dreier seg om organismer som er resistente overfor en eller flere typer antibiotika. Slik resistens utvikles på grunn av overdreven/uforsiktig bruk av antibiotika og er mer vanlig i mange andre land enn i Norge.

Multiresistente organismer kan utgjøre en del av normal hud- og tarmflora, for eksempel *MRSA* (*Meticillin-Resistente Staph. Aureus*) på huden.

MRSA som finnes på huden kan gi alvorlige infeksjoner. Utbrudd er ikke helt uvanlige på sykehus og sykehjem.

MRO er ikke mer patogene enn tilsvarende ikke-MRO, men infeksjoner med MRO kan være svært vanskelig å behandle, og behandlingen er kostnadskrevenende.

Resistente gener overføres lett. Derfor er det behov for isolasjon og forholdsregler mot kontaktsmitte.

Testing for MRSA

- Asylanter som skal legges inn på sykehus testes for MRSA
- Alle gravide asylanter testes.
- Dessuten alle som har sår som ikke vil gro.

FHI har utarbeidet en spesiell veileder for håndtering av antibiotika-resistente organismer, *MRSA-veilederen*.

<https://www.fhi.no/publ/eldre/mrsa-veilederen/>

Høy-konsekvens-patogener

Med høy-konsekvens-patogen menes et patogen som

- gir alvorlig sykdom
- har høy dødelighet
- er smittsomt
- er uten effektiv forebygging og behandling
- forårsaker store epidemier
- ofte betraktes som nyoppdaget eller uventet.
- medfører store kostnader for samfunnet på grunn av tapt arbeidskraft og stor belastning på helsetjenestene

Dette kan dreie seg om såkalte *hemoragiske febre* (som inkluderer bl.a. Marburgvirusssykdom, ebolavirusssykdom, og zikafeber).

Sjansene for at slike sykdommer skal importeres gjennom innvandring er minimale, men der finnes tilfeller hvor hjelpearbeidere i områder som er rammet har returnert til europeiske land med slike sykdommer.

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hemoragiske-febre-blodningsfebre---/>

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/ebola-virusinfeksjon---veileder-for/>

<https://www.fhi.no/nettpub/ebolaveilederen/>

En annen sykdom, som hører inn under de høy-konsekvens-patogene, er difteri som er forårsaket av *corynebacterium diphtheriae*. Det er her i Norge ikke meldt om slik sykdom de siste 10 år.

Noen innvandrere er ikke vaksinert mot difteri, eller immuniteten er blitt svekket. FHI anbefaler derfor at alle voksne beboere i mottak får frisket opp vaksiner mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio hvert 10. år for å sikre beskyttelse. Ved usikker vaksinasjonsstatus anbefales å vaksinere.

Sjeldne diagnoser

Enkelte sykdommer har vært relativt ukjente her i landet, men har fått aktualitet gjennom innvandring fra områder hvor slike sykdommer ikke er uvanlige. Noen slike sykdommer er *talassemi*, *sigdcelleanemi* og *familær middelhavsfeber*.

Talassemi og sigdcelleanemi er begge former for recessivt nedarvede hemoglobinopatii. Ved talassemi produseres det for lite av enten alfa- eller beta-kjeden i hemoglobinet. Ved sigdcelleanemi er en aminosyre i en av polypeptid-kjedene byttet ut med en annen. Dette gjør bl.a. at de røde blodlegemene kan bli misformet (sigdformede).

Bærere av slike genfeil finnes hyppig i mange land, men spesielt afrikanske land, Hellas, Italia (sigdcelleanemi), Midtøsten og i Sør- og Sørøst-Asia (talassemi). Begge antas å beskytte mot malaria.

Talassemi

Talassemi opptrer med mange alvorlighetsgrader alt etter om pasienten er heterozygot (talassemi minor) eller homozygot (talassemi major). Begge kan gi hemolytisk anemi, hvilket kan medføre at jern akkumuleres i kroppen og med tiden føre til skader i milt, lever og hjerte.

Talassemi medfører uttalt microcytose, og bør mistenkes ved hypocrom anemi uten jernmangel hos pasienter med bakgrunn i områder hvor talassemi finnes.

Når det gjelder talassemi major, vil pasienten trenge regelmessig blodoverføring for å motvirke anemien og dessuten behandling med Desferal el. et lignende medikament som muliggjør at jernet kan skilles ut gjennom nyrene.

Sigdcelleanemi

Ved *sigdcelleanemi* kan sigdcelleformede blodlegemer sette seg fast i små blodårer og blokkere dem. Dette kan hindre den normale blodstrømmen og gi opphav til smerter (for eksempel i skjelett og muskulatur) eller forårsake såkalt akutt brystsyndrom, med feber, hoste, tungpustenhet og brystmerter.

Endelig diagnose og behandling av alvorlige tilfeller av hemolytiske anemier vil være en spesialistoppgave, men det er viktig at allmennleger er oppmerksomme på tilstandene og fatter mistanke når man påviser anemi uten samtidig jernmangel. Lettere tilfeller vil kunne følges av allmennlege, eventuelt i samarbeid med en spesialist.

Det er opprettet tilbud om genetisk veiledning.

http://legeforeningen.no/PageFiles/5783/Handlingsprogram_for_talassemi_2016v2.doc.pdf

<https://tidsskriftet.no/2001/02/klinikk-og-forskning/talassemi-og-sigdcellesykdom-i-norge>

Familær middelhavsfeber (FEF)

nedarves også vanligvis recessivt. Sykdommen kan føre til episoder med smertefull bukhinnebetennelse, plevritt og leddsmerter. Disse episodene er ofte fulgt av feber og i noen tilfeller

et karakteristisk utslett på anklene. Sykdommen debuterer vanligvis i barnealder. Mellom sykdomsepisodene har pasienten lite eller ingen symptomer.

Sykdommen forekommer hyppigst blant jøder, armenere, tyrkere, og arabere.

<https://rarediseases.info.nih.gov/diseases/6421/familial-mediterranean-fever>

Helseskadelige skikker

Begrepet *helseskadelige skikker* refererer til potensielt skadelige, irreversible inngrep på kroppen som ikke har terapeutisk hensikt, men som i det vesentlige er sosiokulturelt begrunnet. Det kan også dreie seg om annen kulturelt forankret praksis med negative helsekonsekvenser. Her nevnes to slike skikker: Kvinnelig kjønnslemlestelse og tvangsekteskap.

Kvinnelig kjønnslemlestelse (KLL)

Denne skikken praktiseres i en rekke land i både Afrika og Asia, men er spesielt omfattende i Somalia hvor 97 % av kvinner over 18 år er kjønnslemlestet, eller som det der heter, har gjennomgått *gudniinka dumarka*.

Både alderen når inngrepet utføres, omfanget og hvilken mening det tillegges varierer mye.

Særlig de mest omfattende formene innebærer betydelig risiko for komplikasjoner av ulike slag.

Her i Norge er det satt i gang en rekke tiltak for å bringe skikken til opphør i form av handlingsplaner, veiledere og ulike prosjekter, og i likhet med andre skandinaviske land ser det ut til at en langt på vei har klart å avskaffe denne helseskadelige skikken her.

Likevel vil det være et stort antall kvinner fra områder hvor skikken praktiseres som lever med mutilerte kjønnsorganer, og dette vil kunne ha konsekvenser for deres seksualliv, barnefødsler m.m. Flere omskårne kvinner vil også ha behov for helsehjelp på grunn av sekveler etter KLL.

I Norge er KLL forbudt ved lov (Straffeloven §§ 284 og 285)

Helsepersonell m.fl. er dessuten pålagt avvergelsesplikt.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-10#§284

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/689/Forebygging-av-kjonnslemlestelse-tilbud-om-samtale-og-frivillig-underlivsundersokelse-IS-1746.pdf>

<https://helsedirektoratet.no/asylsokere-flyktninger-og-innvandrere/forebygging-og-behandling-av-kjonnslemlestelse>

Aambø, A. (2018) Helseskadelige skikker I: Kvinnelig kjønnslemlestelse. *Utposten* No. 3

<https://www.utposten.no/i/2018/3/utposten-3-2018-249>

Tvangsekteskap

Bruk av tvang er forbundet med betydelig helserisiko. Det gjelder også bruk av tvang ved ekteskapsinngåelse. Så langt har det vært forsket lite på de helsemessige konsekvensene av tvangsekteskap, men flere studier antyder at familiekonflikter i forbindelse med ekteskapsinngåelse er forbundet med økt frekvens av både overdoseproblematikk, selvskading og selvmord. Det er også vist at tvangsgiftede kvinner ofte søker lege for psykosomatiske plager, depresjoner, spiseforstyrrelser eller andre psykosomatiske lidelser, og at det i slike tilfeller kan gå lang tid før de får adekvat helsehjelp. I miljøer hvor denne praksisen er utbredt er det dessuten vanlig at de unge

utsettes for et betydelig psykisk press – en form for kulturelt betinget emosjonell utpressing – som til tider grenser til psykisk vold (negativ sosial kontroll).

Ofte vil en som står i fare for å bli tvangsgiftet ikke ha folk rundt seg som de kan snakke fortrolig med om sine problemer. Det er derfor viktig at helsearbeidere av alle kategorier viser problematikken oppmerksomhet.

En pragmatisk, ikke-dømmende holdning til problemet kan åpne for gode samtaler også om dette emnet. I tilfeller der det oppstår en krisesituasjon, bør helsearbeidere så langt det er mulig samarbeide med institusjoner med spesiell kompetanse på området.

Nasjonal veiviser ved vold og overgrep www.dinutvei.no

Politiets nettside: Vold i nære relasjoner www.politiet.no/rad/vold-i-naere-relasjoner/ telefon: 02800

Røde kors telefonen om tvangsekteskap og kjønnslemlestelse telefon: 815 55 201

I Oslo: Enerhaugen familievernkontor www.bufdir.no/Familie/Kontor/enerhaugen/ telefon 466 17 010

IMDi (2017) Retten til å bestemme over eget liv. Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017-2020)

<https://www.imdi.no/contentassets/f14c327155b34819906c73814d06bc22/arbeid-med-handlingsplan-mot-negativ-sosial-kontroll-tvangsekteskap-og-kjonnslemlestelse-i-2017.pdf>

Aambø, A. (2018) Helsekskadelige skikker II: Tvangsekteskap i et helseperspektiv *Utposten* No. 5, s. 7-10

Konsultasjonen

Det viktigste i møter på tvers av kulturelle skillelinjer er å unngå uhensiktsmessige stereotyper, at det vises gjensidig respekt og at det legges til rette for samtalsituasjoner hvor pasienten kan opptre som en likeverdig samtalepartner.

Tre prinsipper kan være nyttig å ha i tankene:

- Vis åpenhet også overfor det som kan virke fremmed og i første omgang uforståelig.
- Anerkjenn pasientens behov, ressurser og sosiale betydning og gi tydelig uttrykk for dette.
- Ta ansvar for at pasienten så langt det er mulig selv kan ta ansvar for sin tilstand og livssituasjon.

Den *ideelle samtalsituasjonen* hvor alle involverte fritt og sannferdig uttrykker sine meninger og blir lyttet til, og hvor alle viser vilje til å innrette seg etter de andre, anses å være en forutsetning for gode felles beslutninger. Både pasient og lege bidrar på ulike måter til avvik fra disse idealene, og i kliniske konsultasjoner er enkelte typer avvik så inngrodde at hverken lege eller pasient er seg bevisst hvordan avvikene påvirker samtalen og beslutningsgrunnlaget. Det er grunn til å tro at innvandrerpasienter er spesielt sårbare i samtalsituasjonen.

Aambø, A. (2016) Den ideelle samtalsituasjonen – en urealistisk forventning i allmennpraksis? *Utposten* No. 2, s. 7-11

Språkbarrierer

SSBs levekårsundersøkelse viser at det er en sammenheng mellom norskferdigheter og helse.

Andre studier har funnet at språkbarrierer mellom pasient og behandler er en betydelig risikofaktor for pasientsikkerheten. Språkbarrierer er også assosiert med økt liggetid, pasienter med lave

språkferdigheter får sjeldnere de helsetjenesten de har behov for og følger sjeldnere anbefalinger fra helsepersonell.

Det å bygge felles forståelse mellom to parter er utfordrende. Ofte kan selv små, tilsynelatende banale og uviktige uttrykk forårsake misforståelser. De som lærer seg et nytt språk overfører ofte grammatiske strukturer fra sitt morsmål til det språket de tilegner seg. Det samme gjelder ordstillingen i en setning. En liten endring i lyden på ett ord kan forårsake en misforståelse som igjen kan eskalere og få alvorlige konsekvenser. Slike tendenser kan skape forvirring, særlig om legen forsøker å gi mye og ganske komplisert informasjon. .

Faren for eskalerende misforståelser vil kunne minske dersom legen er oppmerksom på at misforståelser er uunngåelige, og at god kommunikasjon handler om å oppdage de minste tilløp til misforståelser og søke å korrigere disse.

Blom, S. (2010) *Sosiale forskjeller i innvandreres helse* SSB: Rapport 47/2010

<https://www.nakmi.no/publikasjoner/dokumenter/indseth-2015-innvandrerpasienter-og-akuttmedisinske-tjenester-ekspertnotat-for-akuttutvalget-nakmi-rapport-nr4.pdf>

Indseth, T. (2015) Innvandrerpasienter og akuttmedisinske tjenester. Ekspertnotat til Akuttutvalget

<https://www.nakmi.no/publikasjoner/dokumenter/indseth-2015-innvandrerpasienter-og-akuttmedisinske-tjenester-ekspertnotat-for-akuttutvalget-nakmi-rapport-nr4.pdf>

Kommunikasjon via tolk

Tolk er ofte helt nødvendig for å kunne kommunisere med personer med annen språkbakgrunn. Bruk av profesjonell tolk i helsetjenestene har en rekke positive effekter, blant annet bedre pasientsikkerhet, færre misforståelser, økt effektivitet og økt pasienttilfredshet.

Ofte undervurderes behovet for tolketjenester, da pasienten kan greie seg godt språklig sett i mange sammenhenger og likevel komme til kort i samtale om sykdom og lidelse på legens kontor.

Legevakthåndboken inneholder råd om bruk av tolk, bestilling av tolk og klargjøring angående finansiering av tolk (Legevakthåndboken 2012).

Helsedirektoratet har også utgitt en veileder i kommunikasjon via tolk (Helsedirektoratet 2011).

IMDi har det overordnede ansvaret for tolkefeltet i Norge. De har utviklet en nettsjeneste (tolkeportalen.no) med detaljert oversikt over alle tolker med formelle kvalifikasjoner. Nettsidet har også råd og veiledning hva angår kommunikasjon via tolk, bestilling av tolk etc.

På IMDis nettsider finnes et nettbasert kurs i kommunikasjon via tolk,

<https://www.imdi.no/tolk/kurs-i-bruk-av-tolk/>

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veileder%20om%20kommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten%20fullversjon%20IS-1924.pdf>

Flores, G., Abreu, M., Barone, C. P., Bachur, R., & Lin, H. (2012). Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Annals of Emergency Medicine*, 60(5), 545-553.

Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene.
Helsedirektoratet (2011)

I det følgende presenteres noen begreper og prinsipper som kan bidra til flere gode samtaler, spesielt med henblikk på samtaler på tvers av kulturelle skillelinjer.

Helselitterasitet

I engelskspråklig litteratur betegner *health literacy* folks evne til å fungere adekvat i helsetjenesteomgivelser. Tilsvarende, men ikke helt dekkende norske begrep er helseinformasjonsforståelse eller helsekyndighet. Her brukes det fornorskede *helselitterasitet* (Språkrådets anbefaling)

Nutbeam har karakterisert tre nivåer: *funksjonell helselitterasitet* som handler om å kunne lese og forstå en tekst, herunder forstå bruksanvisninger og varedeklarasjoner samt å fungere i det daglige, som å kunne navigere i helsetjenestetilbudet, finne frem på et sykehus ved anvisninger og skilting, og måle eget blodsukker. Dette er det basale nivået. Neste nivå er kommunikativ helselitterasitet som handler om å aktivt kunne hente frem den informasjonen en trenger (på Internet, i samtale med legen osv.) og bruke informasjonen i relevante sammenhenger. Mer avansert er *kritisk helselitterasitet* som handler om å kunne analysere og vurdere informasjonen og bruke den til å få mer kontroll over hendelser og situasjoner.

Det er i en svensk undersøkelse vist av at mangelfull kommunikativ helselitterasitet hos en gruppe flyktninger som kom til helseundersøkelse var assosiert med så vel dårlig kommunikasjon som manglende utbytte av helseundersøkelsen.

Helselitterasitet er således en viktig helsedeterminant.

Men det er også vist at man ved å ta hensyn til folks litterasitetsnivå oppnår bedre resultater i helseinformasjonsarbeidet, bl.a. i form av en bedring i blodsukkernivå (uttrykt ved HbA_{1c}) som oversteg effekten av et treningsprogram.

Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for health education and communication strategies into the 21st century *Health Promotion International* Vol. 15, No. 3, s. 259-267

<https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>

Wångdahl, J. et al. (2015) Health literacy and refugees' experiences of health examination for asykmseekers – a Swedish cross sectional study *BMC Public Health* 15:1162

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4657287/pdf/12889_2015_Article_2513.pdf

Liu, X. et al. (2017) Effect of health literacy and exercise interventions on glycosylated haemoglobin levels in Chinese patients with type 2 diabetes: a cluster-randomised controlled trial *The Lancet* Vol. 390, Supplement 4, s. S92

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673617332300>

Fordommer

Fordommer betegner holdninger basert på mangelfull kunnskap. Som oftest dreier det seg om negative holdninger til visse personer basert på tilhørighet til en gruppe, for eksempel rase, etnisk eller religiøs tilhørighet, seksuell orientering, kjønn, utdanningsnivå eller yrke.

Oftest dreier det seg ofte om automatiske tankeprosesser som vi ikke er klar over, men som likevel kommer til uttrykk i ord, følelser og/eller atferd. Selv om vi er bevisste på at vi alle har fordommer, vil vi ofte ikke innrømme dem eller vedkjenne oss at vi har slike holdninger.

Fordommer har en funksjon i hverdagen. De hjelper oss til å sortere og vurdere informasjon slik at vi kan ta raske avgjørelser. Men samtidig som fordommer gjør hverdagen lettere, kan de innebære feiloppfatninger eller grove forenklinger, og dette kan ha store negative konsekvenser, for eksempel i form av diskriminering.

Det er vist at legers ubevisste holdninger kan bidra til forskjellsbehandling i bl.a. bruk av trombolysedose ved hjerteinfarkt.

Våre ubevisste holdninger er neppe den største faktoren som fører til ulikheter i helsevesenet, men nettopp på grunn av at holdningene ofte er ubevisste er det viktig å bli oppmerksom på dem.

Det er ikke alltid vi sier det vi faktisk tenker. Enten fordi vi ikke vil eller fordi vi ikke kan. **Implicit Association Test (IAT)** måler holdninger og oppfatninger som folk enten ikke vil eller ikke kan innrømme. Les mer om testen og ta den selv her <https://implicit.harvard.edu/implicit/norway/>

Ommundsen, R. (2004) Bevisste og ubevisste fordommer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41 (5), 392-394

Green, A. R. et al. (2007). Implicit bias among physicians and its prediction of thrombolysis decisions for black and white patients. *Journal of general internal medicine*, 22(9), 1231-1238.

Kulturkompetanse

For å kunne arbeide effektivt og hensynsfullt på tvers av kulturelle skillelinjer, er det viktig at helsearbeideren tilegner seg kulturkompetanse.

Kultur kan forstås som mønster av atferd, samhandling, ideer og forforståelser som er felles for en gruppe og som den enkelte tilegner seg i sosialiseringprosessen. Disse felles mønstrene gir medlemmene i den kulturelle gruppen identitet samtidig som de skiller gruppen ut fra andre grupper.

<http://carla.umn.edu/culture/definitions.html>

Det finnes for eksempel mer eller mindre sterke kulturelle forventninger når det gjelder hvem som kan snakke med hvem om hva, oppfatninger om helse og sykdom, mat som en bør spise eller ikke spise ved sykdom, forholdet til den avkledte kroppen, hvordan avdøde skal behandles osv.

I senere tid er det lagt mer og mer vekt på at det vi kaller *kultur* ikke er noe statisk og uforanderlig, men kontinuerlig endres i kultur møter og komplekse samfunn (*hybridisering*). Det handler om retten til selv å definere hvem man er.

Også innholdet i begrepet *kulturkompetanse* har de siste ti-årene gjennomgått en utvikling. Fra en oppfatning om at helsearbeideren må ha kunnskap om de mest karakteristiske trekk ved en viss gruppe mennesker (med stor fare for at det utvikles uhensiktsmessige stereotypier), via *kultursensitivitet*, som handler om å bli oppmerksom på kulturforskjeller og så langt som mulig tilpasse seg disse (med fare for en verdinøytral kulturel relativisme som i et helseperspektiv ofte er uhensiktsmessig), til det som i dag omtales som *kulturell ydmykhet*.

Kulturell ydmykhet vektlegger oppmerksom lytting og åpenhet overfor andre kulturer og påpeker viktigheten av å reflektere rundt egen praksis og utøve selvkritikk i møte med den andre. Kulturell ydmykhet innbefatter dessuten at legen på ulikt vis søker å kompensere for makt-ubalansen i lege-pasientforholdet og bidra til at det utvikles ikke-formynderiske samarbeidsrelasjoner med målgruppen.

Sagt på en annen måte: Fra en oppfatning om at legen skal opptre som ekspert på området, dvs. i stand til å sette seg inn i og handle ut fra den andres kulturbakgrunn, er oppmerksomheten i dag i større grad rettet mot legens ansvar for nedbygging av mulige barrierer som påvirker innvandreres hjelpsøkning og lege-pasientforholdet.

Kulturkompetanse defineres derfor i dag på ulike måter, for eksempel:

- Nivået av kunnskapsbaserte ferdigheter som er nødvendig for å yte effektive helsetjenester til pasienter fra en spesiell etnisk gruppe (US Department of Health and Human Services)
- Et sett av kongruent adferd, kunnskap, holdninger og retningslinjer i et system, en organisasjon, eller blant profesjonelle som samlet sett gjør det mulig å arbeide effektivt på tvers av kulturelle skillelinjer (Association of American Medical Colleges)

Behovet for kulturkompetanse gjelder altså ikke bare den enkelte helsearbeider, men også institusjonen eller systemet som helsearbeideren arbeider innenfor.

Kulturkompetanse i helsetjenesten omfatter å kunne:

- forstå betydningen av sosial og kulturell innflytelse på pasienters forestillinger om helse og helserelatert adferd
- vurdere slike faktorer virkning på ulike nivå i helsetjenesteproduksjonen
- utvikle behandlingsformer som tar disse forholdene i betraktning for å sikre en god helsetjeneste til de aktuelle befolkningsgruppene.

Betancourt, J.B. et al. (2003) Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care *Public Health Reports* Vol. 118, s. 293 - 302

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497553/pdf/12815076.pdf>

Like, R. et al. (2008) Educating Physicians to Provide Culturally Competent, Patient-Centered Care <http://www.ncsl.org/documents/health/njafphandout52013.pdf>

Ridley, C.R. et al. (1994) Cultural Sensitivity in Multicultural Counseling: A Perceptual Schema Model *Journal of Counseling Psychology* Vol. 41, No. 2. S. 125-136

Tervalon, M. & Murray-García, J. (1998) Cultural Humility versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* Vol. 9, No. 2. S. 117-125

Ut fra dagens forståelse av begrepet kulturkompetanse er der en del overlapping med *pasient-sentrert medisin*. En pasient-sentrert tilnærming handler også om å forholde seg til ulike arter kommunikasjon, ulike preferanser, familiens rolle, og, ikke minst, håndtere mistillit, fordommer og diskriminering. Samtidig har innvandrere egne utfordringer. Det gjelder blant annet språk, mulige sammenhenger mellom migrasjon og helse, eller forhold innad i ulike innvandrermiljøer som for eksempel overdreven sosial kontroll.

Epner, D.E. & Baile, W.F. (2012) Patient-centered care: the key to cultural competence *Annals of Oncology* Vol. 23, Suppl.3 https://academic.oup.com/annonc/article/23/suppl_3/33/207052

Saha, S. et al. (2008) Patient Centeredness, Cultural Competence and Health Care Quality *J Natl Med Assoc.* Vol. 100, No. 11 s. 1275–1285.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2824588/>

Forklaringsmodeller for sykdom

Pasientens egen måte å forstå sin sykdom på (i engelsk litteratur: explanatory model, EM) kan innvirke på både hjelpesøking, behandlingsforløp og –resultat. Å ta rede på hvordan pasienten selv forstår sin lidelse og hvilken mening den har for vedkommende kan være avgjørende - både for hvordan lege-pasientforholdet utvikler seg og for behandlingsresultatet.

Spesielt viktig er det å ta rede på pasientens forklaringsmodell ved psykiatrisk sykdom, somatoforme lidelser og i tilfeller hvor legen ikke finner en opplagt medisinsk forklaring på pasientens presenterte problem.

EM, slik den beskrives i Barts Explanatory Model Inventory (BEMI-C), består av fem områder.

- 1) Hva sykdommen kalles (lokale benevnelser, hvordan sykdommen omtales)
- 2) Hva som har forårsaket sykdommen (virus, genetiske forhold, en nærståendes bortgang, familieproblemer, økonomiske problemer, en prøvelse fra Gud, Guds straff, besettelse av djinn osv.)
- 3) Hvordan sykdommen forløper (forbigående, kronisk, tilbakevendende)
- 4) Hvilke konsekvenser sykdommen har for pasienten (engstelse, tap av arbeid, frykt for å gå ut, depresjon osv.)
- 5) Foretrukket behandling (medikamentell behandling, samtaler, fysisk aktivitet, dans osv.)

Der er store variasjoner både mellom innvandrergupper og innad i slike grupperinger når det gjelder hvordan sykdom forstås og forklares. Pasientens perspektiv på ulike forklaringsmodeller må derfor undersøkes i hvert enkelt tilfelle.

Det kan være uvant og til tider vanskelig for allmennpraktikeren å forholde seg til spirituelle sykdomsforklaringer (besettelser, Guds straff, astrologiske forklaringer m.m.). Men slike forklaringsmodeller florerer i dag over store deler av verden, også i Norge blant de etnisk norske.

Spesielt vil en kunne støte på slike forklaringer i tilfeller hvor standard medisinsk behandling ikke har ført frem.

Pasientens årsaksforklaring predikerer ikke alltid hvilken behandling som foretrekkes. En bedre forståelse av pasientens forklaringsmodell vil likevel bidra til å klargjøre forventninger til behandlingen og styrke tilliten til behandleren.

Å kunne forholde seg konstruktivt til at pasienten har en annen oppfatning om sin tilstand enn legen, vil kunne forhindre drop-outs og styrke den terapeutiske alliansen. Legens holdning kan også virke som modell for pasienten og bidra til at denne senere revurderer sin oppfatning.

Henningsen, P. et al. (2005) Somatization Revisited. Diagnosis and Perceived Causes of common Mental Disorders *The Journal of Nervous and Mental Disease* Vol. 193, No. 2. S. 85-92

<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=15684910>

Bhui, K. et al. (2006) Assessing Explanatory Models for Common Mental Disorders *J Clin Psychiatry* Vol. 67, No. 6, s. 964-971

<https://qmro.qmul.ac.uk/xmlui/bitstream/handle/123456789/782/Priebe%20assessing%20explanatory%20models%202006%20Accepted.pdf?sequence=2>

Patient empowerment

Empowerment (et tilsvarende, men lite kjent norsk begrep er «egenkraftmobilisering») ble av den brasilianske pedagogen Paulo Freire i 1968 beskrevet som

- en gjensidig læringsprosess hvor folk ikke er gjenstand for eller mottakere av kvalifiserende eller politisk motiverte prosjekter, men
- aktører i en historisk kontekst, i stand til å sette ord på sine problemer og utvikle sine egne løsninger, og
- i prosessen med å endre undertrykkende omgivelser transformere seg selv.

Freire, P. (1970) *Pedagogy of the Oppressed* London: Continuum

http://web.msu.ac.zw/elearning/material/1335344125freire_pedagogy_of_the_oppressed.pdf

Mens Freire kan synes å være mest opptatt av grupper av mennesker, beskrev Zimmermann på 90-tallet *psykologisk empowerment* som en prosess hvor den enkelte *blir klar over sine muligheter for innflytelse, utvikler tro på egen kompetanse og motivasjon til å ta kontroll*. Dette vil føre til kritisk oppmerksomhet, at man ser sammenhenger og mobiliserer eller utvikler ferdigheter og ressurser slik at man kan involvere seg i lokalsamfunnet, delta i beslutningsprosesser og mestre det som betyr mest for en.

Zimmerman, M.A. (1995) Psychological Empowerment: Issues and Illustrations *American Journal of Community Psychology* Vol. 23, No. 5, s. 581-599

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FBF02506983.pdf>

En pasient vil være “empowered” når han eller hun har den selvinnstik og kunnskap, samt de ferdigheter og holdninger som skal til for å kunne påvirke egen og andres adferd med hensikt til å bedre livskvaliteten. En slik forståelse ligger også nær *helselitterasitet*.

Andre definisjoner av *patient empowerment*:

- En prosess som hjelper folk til å ta kontroll over faktorer som påvirker helsen
- Oppdagelsen og utviklingen av den medfødte evnen til å ta ansvar for eget liv
- Pasienten får hjelp og støtte til å reflektere over egne sykdomserfaringer
- Legen anerkjenner pasientens kunnskap og erfaring, hans eller hennes behov og prioriteringer

Bravo, P. et al. (2015) Conceptualizing Patient Empowerment: a Mixed Method Study *BMC Health Services Research* 15:252

<file:///C:/Users/ARAA/Downloads/Conceptualisingpatientempowerment-amixedmethodsstudy.pdf>

Modeller for strukturerte samtaler med pasienter med annen kulturbakgrunn

Det finnes i dag flere gode modeller for (semi)strukturerte samtaler på tvers av kulturelle skillelinjer. Disse presenteres gjerne i form av et akronym for å lette hukommelsen (mnemoteknisk hjelpemiddel). I det følgende presenteres tre slike modeller. Hver av disse består av flere trinn:

LEARN – modellen

Dette er en modell som er utviklet for å få frem pasientens perspektiv, formidle kunnskap til og utvikle samarbeid med pasienter med en annen kulturbakgrunn. Modellen har fem trinn:

Listen: Lytt med empati og forståelse til pasientens sykdomserfaringer og oppmuntre pasienten til å diskutere hans eller hennes oppfatning om årsak til og konsekvenser av sykdommen. Spør videre etter hvilken behandling eller hvilke ressurser pasienten mener vil kunne gi bedring.

Explain: Forklar hvordan du som lege oppfatter sykdommen, hva du vil anbefale av behandling og hva pasienten selv må gjøre for å bli frisk. Det er ikke uvanlig at leger undervurderer pasientens behov for informasjon, eller at de når de skal informere tyr til medisinske begreper som er uforståelige for pasienten. Det er viktig at informasjonen gis på måter som pasienten har forutsetninger for å forstå.

Acknowledge: Gi anerkjennelse til pasientens synspunkter når det gjelder sykdom og videre behandling. Legg merke til hvor dere er enige, og fremhev dette. Hvor det er uenighet, søk å finne frem til en felles forståelse. Så sant det er mulig, inkorporer pasientens forståelse og forslag i de videre planene. Dette vil gi pasienten en følelse av kontroll og eierskap til problemene.

Recommend: Anbefalinger bygger på hva som har kommet frem på de foregående trinnene. Anbefal en behandlingsplan som mest mulig er i tråd med pasientens egne oppfatninger. Lytt til eventuelle bekymringer som pasienten måtte ha i forhold til dette (for noen vil det være viktig å diskutere saken med familien, slik at de kan komme frem til en felles beslutning), og gi støtte til løsninger som vil styrke pasientens medvirkning.

Negotiate: Forhandle frem en omforent behandlingsplan. Det krever en klar forståelse av pasientens perspektiv og evne til å integrere den informasjonen som har kommet frem så langt i konsultasjonen. Dette kan gi et knippe av tilnærminger som er unike for nettopp denne pasienten, og som vil føre til bedring og et sunnere liv.

Berlin, E.A. & Fowkes, W.C. (1983) A teaching framework for cross-cultural health care – application in family practice *West J Med* Vol. 139, No. 6, s. 934-8

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1011028/pdf/westjmed00196-0164.pdf>

BATHE

Dette er en modell for å supplere biomedisinsk, klinisk informasjon med kunnskap om pasientens livssituasjon og den sosiale konteksten. Modellen hjelper klinikeren til å utvikle rapport og samarbeid med pasienten.

Background: Bakgrunnen for pasientens legebeseøk kan belyses gjennom spørsmål som

- ✓ Kan du fortelle meg litt om din egen situasjon?
- ✓ Hva er det som foregår i livet ditt akkurat nå?
- ✓ Hva er det som står på spill

Affect: Pasienten inviteres til å fortelle om og sette ord på den følelsesmessige tilstanden. Gode spørsmål:

- ✓ Hvordan påvirker dette deg?
- ✓ Hvordan føler du i forhold til det som skjer?

Trouble: Her etterspørres hvilke konsekvenser sykdommen eller plagene har for pasienten. Slike spørsmål hjelper pasient og lege til å snevre inn fokuset, og kan videre bringe frem den symbolske betydningen av sykdommen eller hendelsen

- ✓ Hva er det ved denne situasjonen som plager deg mest?
- ✓ Hva er du mest bekymret for?

Handling: Her etterspørres hvordan pasienten mestrer sin sykdom og livssituasjon, og kan gi retning til en intervensjon.

- ✓ Hvordan klarer du dette?
- ✓ Hvordan holder du ut?
- ✓ Hvordan håndterer du det?

Empathy: Legitimerer pasientens følelser og gir psykisk støtte

- ✓ Dette høres ikke lett ut!
- ✓ Jeg forstår at dette må være svært vanskelig for deg!

Spill gjerne opp til ytterligere (be)undring over pasientens mestringsevne: Hvordan klarer du?

Stuart, M.R. & Lieberman, J.A. (2002) *The Fifteen Minute Hour: Practical Therapeutic Interventions in Primary Care* Philadelphia: Saunders

ETHNIC(S)

Denne modellen er utviklet spesielt for rutinemessige konsultasjoner på legekontoret (15 min), men egner seg også i forebyggende arbeid og synes å være spesielt anvendelig i arbeid med eldre innvandrere. Den er ikke ment å erstatte et standard anamneseopptak, men kan tjene som et rammeverk for å lette samtalen og bidra til meningsfulle kliniske møter.

Explanation: Her etterspørres pasientens sykdomserfaringer og hans eller hennes egen forståelse av egen situasjon, og dessuten hvordan pårørende/andre oppfatter tilstanden. Enkelte pasienter vil i møte med legen innta en passiv rolle, og kan vegre seg for å komme frem med sine synspunkter. Det kan da være nyttig om legen spesifikt inviterer til en samtale rundt de følgende spørsmålene ved (for eksempel) å innlede med: «Jeg har ofte lært noe viktig ved å lytte til folks egne ideer om hvorfor de er syke og hva de tenker må gjøres med dette. Er det greit at jeg stiller *deg* noen spørsmål om hva *du* tenker om dette?»

Direkte spørsmål:

Hvorfor tror du at du har fått disse plagene/sykdommen?

Eller:

Hvorfor tror du at du er blitt syk på denne måten akkurat nå?

(Legg merke til om pasienten har et egen navn på plagene/sykdommen og bruk dette i det følgende)

Oppfølgingsspørsmål:

Hva sier venner, familie eller andre om disse plagene?

Kjenner du noen andre som har slike plager?

Har du hørt eller lest om lignende ting på TV/radio/aviser eller på Internett?

Hvis pasienten ikke kan komme med en forklaring, spør:

Hva bekymrer deg mest ved denne sykdommen?

Treatment: Urtemedisin og andre alternative behandlingsformer er utbredt, og det er viktig at legen får en viss oversikt over dette, for enkelte urter kan interagere med medikamenter. Det er viktig at legen her viser interesse for all behandling som pasienten har prøvd, ikke bare slike ting som pasienten tror at legen vil høre.

Direkte spørsmål:

Hva har du forsøkt for disse plagene?
(Bruk om mulig pasientens ord for tilstanden)

Oppfølgingsspørsmål:

Hvilke medisiner, kjerringråd eller andre remedier har du forsøkt for disse plagene/sykdommen?
Er det noe du regelmessig spiser, drikker eller gjør (eller unnlater å gjøre) for å holde deg frisk?

Healers: Mange oppsøker i dag alternative behandlere. Det gjelder ikke bare innvandrere. Det kan være en utfordring for legen å balansere mellom respekt for pasientens autonomi i valg av behandling og risikoen for skadelige bivirkninger, men om en kan diskutere saken på en ikke-dømmende måte, vil det kunne bidra til å styrke tilliten og utvikle et godt lege-pasientforhold.

Direkte spørsmål:

Hvem andre har du søkt hjelp fra for disse plagene/sykdommen

Oppfølgingsspørsmål:

Har du søkt hjelp fra alternative behandlere, healere, venner eller andre som ikke er leger

Negotiate: Forhandlinger består i at hver av partene aktivt søker samarbeid om å utvikle tiltak. Her er det derfor viktig at legen tar initiativ/inviterer til samarbeid om utvikling av løsninger som er gjensidig akseptable. Det kan være at pasientens familie også forventer å ha et ord med i laget her (kanskje særlig når det gjelder eldre), og det vil da være viktig at legen gir rom for dette.

Direkte spørsmål:

Hvordan tror du at jeg kan hjelpe deg på beste måte? (... evt. en måte som du vil være tilfreds med?)

Oppfølging:

Søk alternativer som er akseptable både for deg som lege og for pasienten. Søk heller å innlemme pasientens forståelse enn å motsi eller neglisjere den.

Intervention: Her dreier det seg om en skal gå videre med undersøkelser, med forebyggende tiltak eller eventuelt planlegge et behandlingsregime/rehabilitering.

Direkte utsagn:

Dette er hva jeg tenker nå bør gjøres. ...

Oppfølging:

Legens behandlingsforslag (diagnostisk, medikamentell, psykososiale tiltak eller informasjon) kan suppleres med det pasienten selv opplever er til hjelp, for eksempel alternativ behandling eller annen kulturell praksis (f.eks. mat som spises eller unngås når man er syk)

Collaborate: Samarbeid refererer ikke her utelukkende til samarbeidet mellom lege og pasient, men kan involvere andre omsorgspersoner, familie, andre helsearbeidere, healere som pasienten har snakket om eller ressurser i pasientens nettverk. At legen legger vekt på et godt samarbeid kan også fungere som modell for pasienten og bidra til at det utvikles et godt lege-pasientforhold.

Direkte spørsmål:

Hvordan kan vi best samarbeide om dette?

Oppfølging:

Samarbeid med pasient, familie, healere eller andre ressurser i pasientens nettverk

Hvem andre skulle du ønske å invitere inn i dette samarbeidet?

Spirituality: Spiritualitet refererer her ikke bare til pasientens religiøsitet, men kan dreie seg om forholdet til naturen, til kunst, til familien osv. Selv om mange helsearbeidere kan føle seg på utrygg grunn når slike spørsmål reises, er det en kjensgjerning at mange pasienter er opptatt av slike ting. Det gjelder ikke minst pasienter som sliter med kronisk sykdom eller som er ved livets avslutning. Det gjelder også mange innvandrere, kanskje særlig fra Afrika, Asia og Sør- og Mellom-Amerika. Helsearbeidere er selvfølgelig ikke eksperter på andres spiritualitet, men at helsearbeidere vet å verdsette pasientens engasjement på området, kan bety mye for utviklingen av et tillitsfullt forhold til pasienten.

Direkte spørsmål:

Hvilken rolle spiller religionen eller det åndelige for deg i denne situasjonen?

Oppfølging:

Kan du fortelle meg litt om hva du tenker om dette? Hvordan hjelper dette deg til å takle plagene/sykdommen (bruk gjerne pasientens formuleringer fra tidligere i intervjuet)

ETHNIC(S) kan være et godt hjelpemiddel for å lokke fram og forhandle om kulturelle aspekt ved pasientens sykdom og den eventuelle behandlingen. Men andre forhold som kan påvirke kommunikasjonen, som for eksempel fattigdom, alder, opplevd rasisme, diskriminering eller andre former for forutinntatthet hos behandlere, berøres ikke her. Heller ikke berøres hørselshemming, språkvansker, kognitiv svekkelse eller andre kommunikasjonsbarrierer. Alt dette og mer til kan påvirke forventningene til hva som bør skje i konsultasjonen, pasientens prioriteringer og behandlingsmål så vel som pasientens og legens ulike roller.

Kobylarz, F.A. et al (2002) The ETHNIC(S) Mnemonic: A clinical Tool for Ethnogeriatric Education *J Am Geriatr Soc* Vol. 50 No. 9, s.1582-9

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1532-5415.2002.50417.x>

“Teach-back-metoder”

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven skal legen/helsearbeideren så langt det er mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av den informasjonen som gis (§ 3-5)

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Her kan det være en utfordring å leve opp til lovteksten, ikke bare av tidshensyn, men det kan være vanskelig å få pasienten til å gjengi det han eller hun faktisk har forstått. Det er da viktig å forklare pasienten at dette ikke bare handler om å få en bekreftelse på hva pasienten har forstått, men like mye om en tilbakemelding på legens evne til å forklare saken på en forståelig måte.

Noen vil kanskje vegre seg for direkte å be pasienten om å gjenfortelle hva legen nettopp har sagt. Pasienten vil dessuten kunne få en følelse av at de er oppe til «eksamen», og ikke alle er komfortable med det. En måte å omgå problemet på kan være som følger:

- «Når du kommer hjem til din familie og skal fortelle hvordan det har gått hos legen, hva vil du da fortelle dem?»
- «Hva er det av det legen har sagt som det er mest viktig for dem å vite om?»

Selv om en ikke direkte får frem hvor mye pasienten har forstått, vil legen på denne måten kunne få en god pekepinn på hva pasienten har oppfattet av informasjonen som ble gitt.

Dersom det dreier seg om ferdigheter som for eksempel å måle blodsukker, kan legen si:

- «Vis meg nå hvordan du vil gjøre dette når du kommer hjem».

Studier har vist at det å bruke ulike teach-back-metoder bedrer compliance så vel som pasientens helseletterasitet og mestringsevne.

[file:///C:/Users/ARAA/Downloads/The effectiveness of the teach back method on.14.pdf](file:///C:/Users/ARAA/Downloads/The%20effectiveness%20of%20the%20teach%20back%20method%20on.14.pdf)

Formidling av “dårlige nyheter”

Mange pasienter ønsker å bli fullt informert om sin sykdoms natur og hvordan utsiktene til bedring eller overlevelse er. For legen kan dette være en krevende oppgave, og det betinger både at den informasjonen som gis er av høy kvalitet og at den kan gis på en hensynsfull og ivaretagende måte da dette har vist seg å ha konsekvenser for pasienters tilfredshet, sykdomsmestring og livskvalitet så vel som deres etterlevelse av legens råd.

Ønsket om innsikt i sykdommens natur og prognose gjelder likevel ikke alle pasienter, og i enkelte sosiokulturelle miljøer kan det være en utbredt oppfatning at informasjon om uhelbredelig eller potensielt dødelig sykdom fratrar pasienten både håpet og det som måtte være igjen av livsgnist.

At pasienten ikke vet om sykdommens dårlige prognose ansees av mange både å være godt for pasienten og ha en beskyttende effekt. Dette handler ikke kun om å si «sannheten» eller ikke. Selv i tilfeller hvor pasienten ønsker å vite «sannheten», kan der ligge forventninger om at dette ikke skal meddeles direkte.

Slike oppfatninger forekommer i mange innvandrer miljøer, både blant innvandrere fra europeiske land og fra land utenfor Europa, kanskje spesielt asiatiske land.

I følge Pasient og brukerrettighetsloven § 3-2 skal informasjon om pasientens helsetilstand *ikke* gis mot pasientens uttrykte vilje (med enkelte unntak). Videre sier loven at dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelpen som ytes (ibid. § 3-3).

Allerede før det settes i gang medisinsk utredning hos en innvandrerpasient, er det derfor en god regel å diskutere med pasienten i hvilken grad og på hvilken måte han ønsker å bli informert, for eksempel om han ved en slik samtale ønsker å ha med seg noen. Om pasienten vegrer seg for selv å ta imot informasjon om resultatet av undersøkelsene, blir spørsmålet om pasienten kan gi samtykke til at andre i hans nærmeste omgangskrets informeres og i tilfelle, hvem.

Å ta imot dårlige nyheter er emosjonelt krevende også for pårørende, og når pårørende eller andre skal informeres om pasientens tilstand og helsehjelpens innhold, eventuelt behovet for samarbeid, er det fortsatt avgjørende at informasjonen gis på en likefrem, hensynsfull og ivaretagende måte - helst i omgivelser som kan bidra til å redusere stresset.

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Barklay, J.S. et al. (2007) Communication Strategies and Cultural Issues in the delivery of Bad News *Journal of Palliative Medicine* Vol. 10, No. 4 s. 958-976

Rollins, L.K. & Hauck. F.R. (2015) Delivering bad news in the context of culture: a patient-centered approach *JCOM* Vol. 22, No. 1, s. 21-26