

# Barrierer i lægesamtalen med indvandrerpatienten

Morten Sodemann<sup>1</sup>, Trine Rønne Kristensen<sup>2</sup>, Henrik Sångren<sup>3</sup> & Dorthe Nielsen<sup>1</sup>

## STATUSARTIKEL

1) Indvandrermedicinsk Klinik, Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Odense Universitetshospital  
2) Center for Voldsramte, Frederiksberg Hospital  
3) Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, Regionshospitalet Herning

Ugeskr Læger  
2015;177:V02150105

Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital blev startet i 2008. Baggrund, metoder og kliniske erfaringer er beskrevet i tidligere publikationer [1-4]. På baggrund af de foreløbig 1.276 komplekse patienter, der er blevet behandlet i klinikken, beskrives her hyppige barrierer og misforståelser af klinisk betydning.

## EKSILETS GRUNDEVILKÅR

Samtalen mellem indvandrerpatienten og lægen er skrøbelig og går let i stykker. Vigtige informationer kommer ikke i spil, fordi patienterne ikke tør tale om svære oplevelser, eller fordi patienten tror, at lægen allerede ved det. Én af årsagerne til, at samtalerne forbliver frugtesløse, er, at læger ofte ikke formår at inddrage flygtninge/indvandreres grundvilkår i samtalen (Tabel 1). I Tabel 2 vises eksempler på typiske misforståelser. Kommunikationsbarrierer medfører lav behandlingskvalitet og flere fejl [1, 5, 6]. Etniske minoritetspersoners livsvilkår og tidligere erfaringer med hospitalsvæsenet er sjældent i fokus ved planlægning af undersøgelser, men kan få betydning, hvis hensigten med disse undersøgelser ikke er klar [7]. Generelt er etniske minoritetsgrupper meget forskellige, og en detaljeret forståelse af geografisk herkomst samt religion spiller en mindre betydende rolle. Det er vigtigere, at lægen skaber tillid og viser tydelig vilje til at ville forstå patientens individuelle præmisser. Forståelsen af, hvordan eksiltilværelsens grundvilkår sammen med kort

skolegang, sprogbarrierer, utryghed, mistillid og manglende viden påvirker interaktion, egenomsorg og sundhedskompetencer, udgør den klinisk-etniske kompetence, som er nødvendige for, at læger kan skabe professionelle rammer for patientforløb med etniske minoritetsborgere.

## LÆGENS TILGANG OG RAMMER

Mangler lægen klinisk-etniske kompetencer, oplever patienten let at blive diskvalificeret på hele sin herkomst, sine vilkår og sit sprog. Lægen opsætter en præmis for samtalen, der fratager patienten identitet og bringer patienten i en rolle, som det ikke er muligt at ændre. Følelser af handlingslammelse og hjælpeløshed er en del af flygtninges traumer og medfører tilbagetrækning og tavshed – patientens eneste udvej for at beskytte sig selv (Tabel 1). Desværre opdager lægen og patienten først sent, hvad der sker: »Lægens spørgsmål hjælper mig ikke«, tænker patienten, mens lægen føler sig magtesløs – bekræftet i, at indvandrerpatienter ikke hører efter. Det er en selvforståelse blandt læger, at patienter vurderes objektivt uden fordomme, idet lægens biomedicinske observationer fra den objektive undersøgelse kombineret med blodprøve- og andre undersøgelsesresultater bruges til at stille en diagnose og lægge en behandlingsplan. Forskning tyder på, at det er en urealistisk tilgang, der fører til forskelsbehandling [8, 9]. I Tabel 3 ses et udvalg af områder, hvor der er dokumenteret forskelsbehandling, som savner et lægefagligt belæg. De ikkelægefaglige faktorer, der er i spil, når lægen tager en klinisk beslutning, er veldokumenterede [10]. I en amerikansk undersøgelse fandt man, at om patienter med samme sygehistorie blev henvist til koronarangiografi eller ej bl.a. afhang af deres etnicitet [11].

## SPROGBARRIERER

Sprogbarrierer påvirker patienters navigationsevne og ændrer de sundhedsprofessionelles rutiner [14, 15]. Sprogbarrierer påvirker lægens måde at optage sygehistorier på og gør det svært at få en sammenhængende historie, der giver mening i medicinsk forstand. Sprogbarrierer skaber huller i sygehistorien, hvilket kan føre til fejldiagnoser og frugtesløse udredningsforløb [16]. Sygdomme, der involverer flere organer og udvikler sig over mange år eller med varierende udtryk, f.eks. reu-

## FAKTABOKS

- ▶ Læger har svært ved at inddrage flygtninge/indvandrere i samtaler.
- ▶ Patienter giver læger oplysninger på *need to know*-basis, hvis lægen ikke spørger præcist.
- ▶ Mange ikkelægelige faktorer forstyrrer den kliniske beslutningsproces.
- ▶ Ofte er der flere »sprog« i spil i en læge-patient-samtale, end lægen er klar over.
- ▶ Stereotypier er usikre generaliseringer, der kan true den diagnostiske sikkerhed.
- ▶ Ubevidst formidling af egne sociale/helbredsmæssige værdier kan skabe ukonstruktive rammer for samtalen.
- ▶ Spørg og lyt, undlad at gætte.

matoid arthritis eller lupus, diagnosticeres sjældnere hos etniske minoritetspersoner end hos andre [17].

Sprogbarrierer i sundhedsvæsenet nedbrydes ikke kun ved, at der anvendes tolk. I en svensk undersøgelse af patienters oplevelse af kommunikation i sundhedsvæsenet så man, at lægerne i høj grad manglede de tværkulturelle kompetencer, der er nødvendige for at kunne tilpasse sprog og ordvalg. Lægerne valgte ofte at anvende deres standardordforråd uden fornemmelse for, om patienterne forstod samtaleindhold. Betydningen af begreber tillægges forskellig betydning af forskellige patienter, men lægerne havde ikke forståelse for, hvordan begrebsforvirring påvirkede patienternes sygdomsforståelse. Begrebsforvirringen medførte angst, usikkerhed og mistillid hos patienterne. Konklusionen på undersøgelsen var, at der i høj grad var brug for at give lægerne de kliniske etniske kompetencer, som de manglede [18]. Ud over sproget kan misforståelser, der bl.a. stammer fra etniske forskelle i forventninger, føre til suboptimal behandlingskvalitet og fejlbehandling [12, 19-21].

Læge-patient-samtaler bringer mange sprog og dermed barrierer i spil: lægefagsprog, lægens lægmandsprog, patientens sparsomme danske ordforråd, tolkens sparsomme lægefagsprog, tolkens og patientens sparsomme fællessprog (by/land, dialekter) og patientens eget sprog for krop og sygdom. Patienter kan have dansk som arbejdssprog, mens følelser og krop er bundet til modersmålet. En skjult faktor er gråzoneord, som er fagbegreber, som læger ikke mener, er forklaringskrævende. Gråzoneord, der ofte kræver forklaring til både tolk og patient kan være: tom mave, BMI, blodlegeme, kontrol, akut, intensiv, fedme eller forebyggende. Kunsten er at være professionel, samtidig med at man tilpasser information og samtaleniveau til den enkelte patient eller tolk: spørg i stedet for at gætte og skab sikkerhed for, at patienten har forstået de anvendte begreber.

## KROPSSPROG

Kropssprogets betydning undervurderes ofte. Jo mindre patienten forstår af samtaleindhold, jo større betydning får kropssproget og andre signaler, og dermed er der risiko for at indholdet fejlopfattes af patienten. Kun 7% af samtaleord får betydning. Resten fortolkes gennem gestikulation, mimik, intonation og øjenbevægelser. En hyppig fejltagelse er f.eks. at antage, at skuldertræk er en globalt forståelig mimik, da det uforvarende kan give indtryk af, at der er tale om usikkerhed i diagnose eller behandling [22]. Det er vigtigt verbalt at afklare tvetydigheder og ikke forlade sig på usikre kropssignaler.

Vær bevidst om, hvordan irrelevante faktorer kan påvirke den kliniske dømmekraft, og forsøg at imødegå dem.

## GENERALISERINGENS MAGT

Det er veldokumenteret, at kompliance er knyttet til patienters oplevelse af lægesamtalen, lægens empati og om, patienten føler sig hørt. I et studie, hvor uafhængige observatører bedømte 150 læge-patient-samtaler, fandt man, at ikkekliniske faktorer som køn, alder og etnicitet signifikant påvirkede lægens interaktion med patienten på flere områder: nonverbal kommunikation, empati, høflighed, respekt og ikke mindst typen og mængden af information, der blev givet til patienten [8]. Derudover er følgende faktorer også fundet at have indflydelse på lægens beslutninger om behandling: lægens moralske forestillinger om patientens ret til behandling, stereotyp opfattelse af patientens formodede



TABEL 1

Eksempler på mindre kendte og skjulte barrierer i læge-patient-samtalen med flygtninge/indvandrere.

### Patientfaktorer

Lærer sig lægens kodesprog, dvs. kun at præsentere 1 symptom og kun stille 1 spørgsmål  
 Afviser lægens forslag, hvis information ikke er forstået  
 Giver kun lægen informationer på *need to know*-basis af angst for, at lægen alligevel ikke vil forstå problemet eller situationen – bedre at tie stille end at udstille sårbarhed, som lægen (måske) vil bagatellisere  
 Accepterer en undersøgelse eller behandling for at slippe ud af samtalen og undgå at gøre lægen vred – selvom der faktisk ikke er intention om at medvirke  
 Mener, at lægen må spørge, hvis lægen vil vide noget  
 Går ud fra, at lægen har al information  
 Er bange for lægen  
 Mener, at lægen virker stresset og fortravlet – der er ikke ro til de »svære« emner  
 Føler ikke, at lægen gør forsøg på at forstå, eller går ud fra, at lægen ikke vil forstå  
 Skammer sig over sit danske sprog eller over at skulle bede om tolk  
 Skammer sig over helbredsproblemet og tør ikke nævne det for lægen  
 Går ud fra, at lægen ikke vil høre om de psykiske eller sociale problemer  
 Respekterer, men har ikke tillid til lægen  
 Opfatter kroppen som 1 sammenflydende organisme uden organer, og »nyrer«, »lever« eller »galdeblære« giver ikke mening  
 Mener, at det ikke er acceptabelt at have detaljeret kendskab til de af kroppens funktioner, der har med urin, afføring eller reproduktion at gøre

### Lægefaktorer

Inddrager ikke oplevelser og vilkår før ankomsten til Danmark i kliniske beslutningsprocesser  
 Opfatter patientens manglende spørgsmål som accept af plan  
 Mangler afklaring af kontekstafhængigt tolkebehov  
 Overser eller nedtoner betydning af tidligere negative oplevelser i barndom, krigsoplevelser, tortur, overgreb eller voldsomme psykiske traumer  
 Overser hukommelses- og koncentrationsproblemer ved posttraumatisk stresssyndrom som klinisk relevante  
 Manglende forståelse af familiære beslutningsprocessers indflydelse på prioriteringer og compliance  
 Manglende afklaring af sundhedskompetencer (*health literacy*) øger risiko for fejl  
 Manglende kulturelle kompetencer om forskelle i værdier, opfattelse af lægerolle, egenomsorg og adfærdsmønstre bidrager til distancering fra patientens vilkår og præmisser  
 Mangler erfaring med styring af og samtaler med tolkebistand  
 Undlader at sikre, at patienten har forstået diagnose, undersøgelse, behandling og plan  
 Har lav tolerance for tvetydighed i sygehistorien  
 Er kynisk, beslutningstræt, har lavt empatiniveau  
 Mangler inddragelse af patientens tidligere erfaringer med sundhedsvæsenet  
 Kommunikerer værdier, som stigmatiserer patienten: Du skal tale dansk for at komme her, dine symptomer er meget underlige, du er rask, men klager stadig  
 Fraviger rutiner pga. fordomme: Patienten kan alligevel ikke forstå proceduren, patienten kommer alligevel ikke, patienten kan sikkert ikke tåle behandlingen

(mangel på) socialt netværk eller kognitive overskud og forventninger til patientens kompliance [11, 23].

Ny viden tyder på, at barrierer og forsinkelser, der af sygehuspersonale opfattes som patientbetingede forsinkelser, kan være resultater af tidligere oplevelser med sygehusvæsenet.

En undersøgelse fra New York viste, at forsinkelser i at opsøge lægehjælp, indløsning af recepter og start på medicinsk behandling var stærkt forbundet med patienternes tidligere oplevelser af urimelig behandling eller forskelsbehandling hos lægen, på sygehuset eller på apoteket [24]. Nye teorier om, hvordan sundheds-

professionelles generaliseringer påvirker patienters adfærd, tilegnelse af information og egenomsorg, vinder indpas i undervisningen på lægeuddannelser i nogle lande [25].

I forsøget på at skabe mening i mødet med andre mennesker skaber og anvender man kategoriske fremtoninger (generaliseringer). Alle mennesker forsøger at skabe en vis orden i mylderet af mennesker, som de møder, ved at sætte dem i mere eller mindre anvendelige »båse« (stereotypier). Patienten har samme udformning som lægen og fortolker lægens adfærd og informationer gennem sine egne generaliseringer af læger

TABEL 2

Eksempler fra Indvandrermedicinsk Klinik på kliniske misforståelser som følge af kommunikationsbrister.

Patient nr.	Misforståelse
1.	59-årig mand med tolkebehov kom til kontrol på sygehus for kronisk sygdom. Der var god tid, og sygeplejersken spurgte patienten, hvordan det gik. Patienten havde 8 uger forinden været indlagt med en luftvejsinfektion, og da han under indlæggelsen havde forudgående vandladningsbesvær, fik han blærekateter. Der var ikke tolk under indlæggelsen. Patienten spurgte forsigtigt sygeplejersken, nu der var tolk med, hvorfor han havde »en slange deroppe«. Man havde ved udskrivelsen, 8 uger tidligere, ikke sikret sig at fjerne patientens blærekateter, og han gik derfor ud fra, at det var noget, han skulle fortsætte med, men det genererede ham, og han ville gerne høre, hvorfor det var der.
2	55-årig kvinde henvist til Indvandrermedicinsk Klinik med uforklarede symptomer og kommunikationsvanskeligheder. Søn bistod altid som tolk, da andre tolke ikke altid forstod, hvad patienten sagde. Hun havde 1 år forinden haft ildebefindende med let talebesvær og blev indlagt på mistanke om apopleksi. CT var normal, men klinisk var der tale om apopleksi, mente man. I efterforløbet fik patienten tiltagende talebesvær, synkebesvær (tog kun flydende kost) og søgte læge flere gange. Blev tolket som udløber af samme apopleksi. Sygehuset fik ikke indkaldt hende til kontrollen efter apopleksi. Hun blev henvist til ørelæger pga. synke- og talebesvær. Ørelæger fandt i første omgang ikke tegn på øre-næse-hals-lidelse. Neurologer bad pga. lang ventetid om, at patienten blev henvist til et kræftpakkeforløb. Patienten fik derpå foretaget CT, som var normal uden abnorme fund, men uden klinisk opfølgning. Hendes tilstand var nu alvorlig, dels pga. sparsomt væske- og fødeindtag, dels på grund af kommunikationsvanskeligheder, idet sønnen, som var den eneste, der forstod patienten, havde pådraget sig et kompliceret benbrud, blevet indlagt og opereret og derfor ikke kunne agere tolk. Patienten blev på ny henvist til ørelægerne, som denne gang fandt tydelige tegn på amyotrofisk lateralsklerose, hvorefter hun blev indlagt på neurologisk afdeling.
3	36-årig kvinde med angstsymptomer, tidligere velintegreret, i gang med skoleuddannelse. Pludselig mange akutte indlæggelser med smerter i hele kroppen, træthed. Beskrevet i journalnotater som opkørt og angstpræget og sendtes hjem dagen efter uden yderligere behandling. Nævnte over for egen læge kortfattet »hjemlige problemer«, men ønskede ikke at tale om dem. Henvistes til Indvandrermedicinsk Klinik. Havde mistet det danske sprog og havde tolkebehov. Forklarede, at hun ofte havde akutte knivskærende smerter i højre arm og ikke kunne bruge den længere. Følte sig syg, træt og mat i hele kroppen. Rindede dog kun 112, når hun fik de stærke smerter i højre arm. Røntgen viste et brud på humerus og talrige myelomer. Havde fra fængsel i hjemlandet torturoplevelser, der var smertende på samme måde som nuværende smerter.
4	38-årig mand henvist til Indvandrermedicinsk Klinik med multiple »afrikanske« symptomer. Patienten havde længe klaget over »lille penis«, men specialister fandt hans penis af normal størrelse. I mange lande oplever forsmåede eller økonomisk uformåede mænd at blive impotente »små« mænd. Det opleves og beskrives, som om man har en »lille penis«. Patienten havde aldrig gået i skole og gik derfor ud fra, at lægerne i Danmark vidste, hvad »lille penis« betød. Han var ikke vant til, at det var et problem, der skulle beskrives i detaljer.
5	55-årig mandlig patient med svære krigsoplevelser, dårlig hukommelse og diabetes henvist til Indvandrermedicinsk Klinik pga. dårlig compliance. Lægen meddelte i starten af samtalen tolken, at denne kun måtte oversætte det, som lægen sagde, og derudover skulle forholde sig tavs. Adspurgt om, hvorfor patienten ikke tog sin medicin og fulgte kostrådene, svarede han: »Mine kameler vandes i Aden«. Lægen spurgte, om patienten også hørte stemmer, og som svar på den direkte oversættelse sagde patienten: »Ja, mine problemer ligger i Mellemøsten«. Patienten blev henvist til psykiatrisk vurdering for skizofreni. Hvis lægen havde spurgt til svarets baggrund, ville tolken og patienten imidlertid have forklaret, at det betyder, at man er deprimeret, stresset og har økonomiske problemer. Patienten var ikke skizofren, men havde posttraumatisk stresssyndrom og en stor gæld, der truede hans rolle som familieoverhoved og gjorde det svært for ham at købe sin medicin.
6	Kvinde henvist til Indvandrermedicinsk Klinik med nakkehovedpine og uforklarede universelle smerter. Under den primære samtale spurgtes til tidligere voldsomme oplevelser, og patienten fortalte, at hun havde haft det psykisk dårligt og var blevet isoleret i familien, fordi hun under en fødsel 10 år tidligere på grund af livstruende blødning fik fjernet sin livmoder under et kejsersnit. Kirurgen reddede mor og barn og var både lettet og glad, da beskeden efterfølgende blev overgivet til ægtefællen og resten af den ventende familie. Ægtefællen reagerede uventet med voldsom vrede over lægens glæde og forlod sygehuset. Kvinden fortalte om hændelsen, der havde skabt mange konflikter i familien: En livmoder tilhører ikke bare kvinden, men hele familien, og et indgreb i livmoderen, selv et cervixkrab, kan opfattes som et indgreb i familiens livmoder, idet der fjernes en del af familiens »kød«. Det burde have været diskuteret med familien først, følte ægtemanden. Der blev holdt en forsinket debriefing, hvor kirurgen forklarede forløbet, om hvordan kirurger arbejder, og undskyldte, at familien ikke var blevet bedre informeret om baggrunden, hvilket ægtefællen accepterede.



Patient og videotolk.

og etniske danskere (»læger forstår alligevel ikke, hvad jeg siger«).

Generaliseringer og stereotyper er en del af det kliniske værktøj, der under studiet tilegnes dels fra kolleger og dels ved samtaler med patienter. Det er et nødvendigt onde i en specialiseret hverdag med tidsstyring og stramme retningslinjer [26]. »Bivirkningen« ved mentale genveje er, at i stedet for at se personer gennem deres unikke egenskaber og tilbøjeligheder ser vi dem gennem kategoriske opfattelser. Lægens tydelige generaliseringer opleves af patienten som umyndiggørelse og umenneskeliggørelse. Hvis patienten ikke kan tale sig ud af generaliseringerne, typisk fordi sproget ikke rækker, føler patienten sig handlingslammet og demoraliseret i læge-patient-samtalen [27].

Processerne i vores kliniske overvejelser styrer den måde, som vi ender med at opfatte en person, en situation eller et hændelsesforløb på, med et resultat, som er drevet af, hvad vi *forventer*, at der skete/vil ske [28, 29]. I studier af simulerede kliniske situationer med skuespillere har man fundet, at patientens køn, alder, formodede uddannelsesniveau og etniske tilhørsforhold påvirker lægens valg af undersøgelse, behandling, patientinddragelse og opfølgingsplan [11].

### SYGDOMSTOLKNING

Der er patienter, som ikke har tolkede samtaler, men reelt har et behov for tolk. Det kan skyldes, at lægen ikke mener, at en tolk er nødvendig. Der er patienter, der selv mener, at de taler godt nok dansk til en læge-patient-samtale. Det er vores oplevelse på Indvandrermedicinsk Klinik, at denne gruppe patienter alligevel ofte har brug for tolk, fordi ordforrådet er sparsomt vedrørende følelsesliv og årsagssammenhænge. Manglende erkendelse af tolkebehovet – på begge sider – medfører, at patienterne kun drøfter simple forhold med lægen, mens centrale oplevelser, vigtige symptomer og tvivl lades usagt. Børn af indvandrere og indvandrere med mangeårig arbejdskarriere kan få behov for tolk, når de bliver syge. Læger er tilbøjelige til at overestimere patienters læsefærdigheder, og derved er



Blodprøveresultater forklares.

der risiko for, at lægens information bliver for kompliceret. Ofte har patienter så lidt udbytte af lægens information, at de ikke kan stille spørgsmål, fordi de ikke har fornemmelse af meningen og derfor vælger tavshed [30].

Konsekvensen af samtaler med lavt informationsniveau er, at patienterne ikke forstår planen. Patienterne kan have svært ved at tale om visse emner, hvis lægen ikke selv bringer det op, og lægerne kender ofte ikke de uskrevne regler og usagte beskeder, som de ofte gør, når det drejer sig om etniske danske patienter Patient nr. 1 i Tabel 2 er et godt eksempel. I en undersøgelse af patienters viden efter en lægesamtale på akutmedicinsk afdeling på et sygehus kunne 61% af de etniske minori-

### TABEL 3

Udvalgte områder med dokumenteret forskelsbehandling af ikke-kliniske årsager [10-13].

Indhentning af informeret samtykke
Osteoporosebehandling/forebyggelse
Tilbud om rygestopsundervisning
Hjælp til reduktion i alkoholoverforbrug
Henvisning til mammografi
Råd om amning
Håndtering af smertebehandling
Henvisning til dialyse
Henvisning til ballonudvidelse ved blodprop i hjerte
Statinbehandling efter blodprop i hjertet
Indlæggelse på mistanke om akut myokardieinfarkt
Overlevelse med hjerte-kar-sygdom
Indstilling til nyretransplantation
Kirurgi: kirurgens uddannelsesniveau
Tvang og medicinsk behandling i psykiatrien
Arbejdsskadesanmeldelser
Diagnoseforsinkelser hos patienter med diabetes
Tilbud om og/eller effekt af hjerterehabilitering
Bivirkninger og komplikationer
Medicinfejl
Anmeldelse af utilsigtede hændelser

tetspatienterne ikke redegøre for diagnose, behandling eller plan (41% blandt de andre patienter) [13].

## KONKLUSION

De rammer, som lægen opsætter for samtalen med etniske minoritetspatienter, er afgørende for, om patienterne er motiveret for at tale om de egentlige problemer, og hvor detaljeret/ømtålelig information lægen får. Rammerne skabes blandt andet ved aktivt at inddrage indvandrerpatienters psykosociale vilkår og tidligere oplevelser. Respekt for den enkeltes præmisser, aktiv inddragelse af livshistorien i patientinformationen og mere liberal anvendelse af tolkebistand er grundpillerne i en professionel læge-patient-samtale med sprogbarrierer. Tolken er en kulturel ambassadør og ikke alene en tolke-»maskine«. Sikring af patientens forståelse af information og planer ved samtalsafslutning, bør være standard. Fordomme, bekvemme antagelser og gætterier er årsager til misforståelser og uhensigtsmæssige patientforløb. Udtryk din tvivl, skab tillid, få øjenkontakt, vær nysgerrig og lad en bredere forståelse af den enkelte patients vilkår og overlevelsesstrategier som flygtning/indvandrer være et klinisk instrument og et sundhedspædagogisk værktøj.

**KORRESPONDANCE:** Morten Sodemann, Indvandrermedicinsk Klinik, Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Odense Universitetshospital, Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C. E-mail: msodemann@health.sdu.dk

**ANTAGET:** 5. maj 2015

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 24. august 2015

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

**TAKSIGELSER:** Arndis Svabo, Indvandrermedicinsk Klinik, takkes for patientsamtaler og udvikling af praksis. Karen Margrethe Korsholm, Indvandrermedicinsk Klinik, takkes for socialrådgivning, dokumentation og koordination af patientforløb. Mathilde Meedom Hermansen, Indvandrermedicinsk Klinik, takkes for patientsamtaler og koordination. Sisi Buch, Indvandrermedicinsk Klinik, takkes for patientsamtaler og tværsektoriel kontakt. Thi My Ngoc Ngyen takkes for patientsamtaler og koordination. Dorete Andersen takkes for koordination og sikring af patientforløb.

## SUMMARY

Morten Sodemann, Trine Rønde Kristensen, Henrik Sångren & Dorthe Nielsen:

Barriers to communication between clinicians and immigrants

Ugeskr Læger 2015;177:V02150105

Clinicians lack cultural competencies and communication skills relevant to clinical decision-making in cases of language and cultural barriers. Life course perspectives and basic understanding of life in exile are not integrated in diagnostics, treatment or follow-up resulting in low patient compliance, mistrust, complications, diagnostic errors and delays. Stereotyping and generalizations put patients in a position where they are forced to protect themselves by withholding important information. When in doubt clinicians should ask, listen and avoid guessing.

## LITTERATUR

- Sodemann M, Svabo A, Jacobsen A. De hårde kampe starter, når krigen er slut. Ugeskr Læger 2010;172:141-4.
- Sodemann M. Tak fordi I lavede en bedre version af mig. Odense: Odense Universitetshospital, Indvandrermedicinsk Klinik, 2013.
- Sodemann M. Det du ikke ved får patienten ondt af. Odense: Odense Universitetshospital, Indvandrermedicinsk klinik, 2014.
- Ølholm AM. MTV af hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Odense: Odense Universitetshospital, Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV, 2014.
- Spallek J, Zeeb H, Razum O. What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? Emerg Themes Epidemiol 2011;8:6.
- La Bril R, Primm A, Harrison-Ross P. Beyond misdiagnosis, misunderstanding and mistrust: relevance of the historical perspective in the medical and mental health treatment of people of color. J Nat Med Assoc 2007;99:879.
- Kessing LL, Norredam M, Kverndam A-B et al. Contextualising migrants' health behaviour-a qualitative study of transnational ties and their implications for participation in mammography screening. BMC Public Health 2013;13:431.
- Hooper EM, Comstock LM, Goodwin JM et al. Patient characteristics that influence physician behavior. Med Care 1982;20:630-8.
- Eisenberg JM. Sociologic influences on decision-making by clinicians. Ann Intern Med 1979;90:957-64.
- McKinlay JB, Potter DA, Feldman HA. Non-medical influences on medical decision-making. Soc Sci Med 1996;42:769-76.
- Schulman KA, Berlin JA, Harless W et al. The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. New Engl J Med 1999;340:618-26.
- Eshiett MU, Parry EH. Migrants and health: a cultural dilemma. Clin Med 2003;3:229-31.
- Crane JA. Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. J Emerg Med 1997;15:1-7.
- Santry HP, Wren SM. The role of unconscious bias in surgical safety and outcomes. Surg Clin North Am 2012;92:137.
- Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC et al. Explaining ethnic disparities in patient safety: a qualitative analysis. Am J Pub Health 2010;100(suppl 1):S113-S117.
- Alegria M, Nakash O, Lapatin S et al. How missing information in diagnosis can lead to disparities in the clinical encounter. J Public Health Manag Pract 2008;14(suppl 14):S26.
- Ward MM. Education level and mortality in systemic lupus erythematosus (SLE): evidence of underascertainment of deaths due to SLE in ethnic minorities with low education levels. Arthritis Care Res 2004;51:616-24.
- Krupic F. Språket som hinder till en lyckad kommunikation. Göteborg: Sahlgreńska akademien vid Göteborgs Universitet, Institution för vårdvetenskap och hälsa, 2007.
- Sheridan I. Treating the world without leaving your ED: opportunities to deliver culturally competent care. Acad Emerg Med 2006;13:896-903.
- Rhodes P, Nocon A, Wright J. Access to diabetes services: the experiences of Bangladeshi people in Bradford, UK. Ethnicity Health 2003;8:171-88.
- Bäärnhielm S, Ekblad S. Turkish migrant women encountering health care in Stockholm: a qualitative study of somatization and illness meaning. Cult Med Psychiatry 2000;24:431-52.
- Jokinen K, Allwood J. Hesitation in intercultural communication: some observations and analyses on interpreting shoulder shrugging. Berlin: Springer, 2010:55-70.
- Bogart LM, Catz SL, Kelly JA et al. Factors influencing physicians' judgments of adherence and treatment decisions for patients with HIV disease. Med Decis Making 2001;21:28-36.
- van Houtven CH, Voils CI, Oddone EZ et al. Perceived discrimination and reported delay of pharmacy prescriptions and medical tests. J General Internal Med 2005;20:578-83.
- Aronson J, Burgess D, Phelan SM et al. Unhealthy interactions: the role of stereotype threat in health disparities. Am J Public Health 2013;103:50-6.
- List P. Om stereotyper, især nationale. Sprogforum 1994;1:14-8.
- Nielsen AS. Generaliseringsmagt. Nord Tidsskr Migrasjonsforskning 2006;2:48-62.
- Macrae CN, Bodenhausen GV. Social cognition: categorical person perception. Br J Psychol 2001;92:239-55.
- Gilbert DT, Hixon JG. The trouble of thinking: activation and application of stereotypical beliefs. J Personal Soc Psychol 1991;60:509.
- Kelly PA, Haidet P. Physician overestimation of patient literacy: a potential source of health care disparities. Patient Educ Counsel 2007;66:119-22.