



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI rapport 2004.04

Mødet mellem 1. generationsindvandrer- kvinder & det danske sundhedsvæsen

Rapport fra et pilotprojekt

Eva Thune Jacobsen

Sussi Karise

Lise Dyhr



Mødet mellem 1. generationsindvandrer- kvinder & det danske sundhedsvæsen

Rapport fra et pilotprojekt

Eva Thune Jacobsen

Sussi Karise

Lise Dyhr

Marts 2004



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amtsrådsforeningen i Danmark og Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2004

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

DSI Institut for Sundhedsvæsen

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 87-7488-390-9

ISSN 0904-1737

DSI rapport 2004.04

Grafisk design og tryk: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S

Indholdsfortegnelse

Forord	5
Resumé	7
1. Introduktion og formål	9
2. Baggrund og problemstilling	10
2.1 Erfaringer fra litteraturen om indvandrerens helbredstilstand og møde med sundhedsvæsenet	11
2.2 Nøglepersoners erfaringer med mødet med indvandrerkvinder ...	16
2.2.1 Graviditet, fødsel og barsel	16
2.2.2 Sundhedspleje	17
2.2.3 Forebyggende helbredsundersøgelser og vaccinationer ...	17
2.2.4 Om anvendelsen af det danske sundhedsvæsen i øvrigt ...	19
2.3 Konklusion	19
3. Datagrundlag, metoder og analyseramme	21
3.1 Interview med nøglepersoner	22
3.2 Observationer af mødet i sundhedsvæsenet og efterfølgende interviews med indvandrerkvinderne	22
3.3 Familieinterviews og observation	23
3.4 Analyseramme	23
3.5 Sammenfatning om det empiriske datagrundlag	24
4. Tre kvinder møder det danske sundhedsvæsen	25
4.1 Esmes møde med sundhedsvæsenet	25
4.1.1 Baggrund	25
4.1.2 Hos den praktiserende læge	26
4.1.3 Besøg af sundhedsplejersken i Esmes hjem	29
4.1.4 Esmes møde med sundhedsvæsenet: Sammenhængen mellem hverdagsliv og sygehistorie	31
4.2 Mahins møde med sundhedsvæsenet	34
4.2.1 Baggrund	34
4.2.2 Hos den praktiserende læge	35
4.2.3 Hos fysioterapeuten	39
4.2.4 Mahins møde med sundhedsvæsenet: Sammenhængen mellem hverdagsliv og sygehistorie	40
4.3 Lubnas møde med sundhedsvæsenet	44
4.3.1 Baggrund	44
4.3.2 Hos den praktiserende læge	45
4.3.3 På hospitalet	46
4.3.4 Lubnas møde med sundhedsvæsenet: Sammenhængen mellem hverdagsliv og sygehistorie	56

5. Analyse og konklusion	58
5.1 Analyse af Esmes møde med det danske sundhedsvæsen	58
5.2 Analyse af Mahins møde med det danske sundhedsvæsen	60
5.3 Analyse af Lubnas møde med det danske sundhedsvæsen	62
5.4 Tværgående analyse og konklusioner	64
6. Diskussion	67
6.1 Kultur som social praksis	67
6.2 Indvandrerkvindernes psykosociale symptomer og somatisering	68
6.3 Barrierer i mødet	70
6.3.1 Sproglige barrierer	70
6.3.2 Patientautonomi/den aktive patient	71
6.3.3 Myter	71
7. Hvad kan sundhedsvæsenet lære af de tre cases?	72
7.1 Kommenterede caseforløb	72
7.1.1 Case Esme	72
7.1.2 Case Mahin	73
7.1.3 Case Lubna	75
8. Diskussion, konklusion og anbefalinger	77
8.1 Metodediskussion	77
8.2 Konklusion	78
8.3 Anbefalinger	78
8.3.1 Uddybning af forslag til indsatsområder i sundhedsvæsenet.	78
8.3.2 Samfundsmæssige refleksioner vedrørende den samlede forebyggende indsats over for 1. generationsindvandrerkvinder	80
Referencer	82
Bilag	
Bilag 1 Eksempler på håndtering af logistiske mfl. udfordringer	86
Bilag 2 Infoark	88
Bilag 3 Litteraturkategorisering	89
Bilag 4 Brev om informeret samtykke	122
Bilag 5 Familieinterviewguide og observationstemaer	124
Bilag 6 Individuel interviewguide	125
Bilag 7 Interviewguide nøglepersoner	127

Forord

Rapporten om tyrkiske og pakistanske indvandrerkvinders møde med det danske sundhedsvæsen omhandler resultater fra et pilotprojekt, som bygger på tre 1. generationsindvandrerkvinders møde med sundhedsvæsenet gennem nogle måneder i foråret og sommeren 2002 samt på vurderinger af mødet set fra ni nøglepersoners perspektiv. Indvandrerkvinderne er repræsenteret ved to kvinder med pakistansk og en kvinde med tyrkisk baggrund. Nøglepersonerne repræsenterer sundhedsfaglig, forskningsmæssig og indvandrerfaglig ekspertise.

Med denne rapport håber DSI Institut for Sundhedsvæsen at kunne bidrage med viden til en forbedret indsats i relation til udvalgte problemstillinger i mødet mellem sundhedsvæsenet og indvandrerkvinderne. Desuden er hensigten at skærpe opmærksomheden over for indvandrerkvinders særlige problemer. Målgruppen for rapporten er sundhedsprofessionelle og sundhedspolitikere.

Mange mennesker har bidraget til pilotprojektet og rapporten. Fra DSI takkes tidligere medarbejdere mag.scient. antropolog Mette Meldgaard for ideen til projektet og cand.scient.pol. Katrine Tang for bistand vedrørende fondsansøgninger. Stud.scient.soc. Marie Brandhøj Hansen, DSI, takkes for renskrivning af nøglepersoninterviews og student Karen Stage Fritsen takkes for kategoriseringen af litteraturen.

Indvandrerkvinderne er fundet via to alment praktiserende læger i en større by i Danmark, og de takkes begge for deres indsats i forbindelse med at finde frem til patienterne og i forbindelse med logistikken i at huske at advisere projektlederen på de for undersøgelsen relevante tidspunkter.

De i projektet deltagende indvandrerkvinder takkes for deres deltagelse og engagement.

Den pakistanske og tyrkiske tolk takkes for deres indsats, idet det ikke ville have været muligt at interviewe kvinderne uden professionel tolkebistand.

Seks nøglepersoner takkes for deres betydningsfulde input i pilotprojektets startfase i form af at give interviews: ph.d. og alment praktiserende læge Lise Dyhr, konsulent, antropolog Christina Jagd, jordemoder Conni Külmann, sundhedsplejerske Grethe Mandrup, læge med pakistansk baggrund Saida Afzal samt lærer og tolk med tyrkisk/kurdisk baggrund Fatma Duran.

Tre nøglepersoner og specialister inden for hver af de tre cases takkes for deres kommentarer til, hvad sundhedsvæsenet kan gøre for at bedre behandlingen af patienter med sygdomsforløb og symptomer, som er velkendte i det danske

sundhedsvæsen: søvnløshed, hovedpine, depression, rygsmerter og diabetes type 2. Specialisterne er embedslægeassistent Lene Løgstrup Poulsen, Vejle Amt, overlæge i Videnscenter for Transkulturel Psykiatri Marianne Kastrup, Rigshospitalet, samt overlæge Jette Vibe Petersen, medicinsk afdeling M, Københavns Amtssygehus i Glostrup.

Manuskriptet har været til kritisk gennemlæsning hos indvandrerlærer og lærebogforfatter Dorte Nielsen, hjemmesygeplejerske Charlotte Jespersen og forebyggelsesleder i Frederiksborg Amt, speciallæge i almen medicin, MPA og diploma of Public Health Stein Nygård, som alle takkes for deres værdifulde kommentarer.

Ph.d. og alment praktiserende læge Lise Dyhr, Central Forskningsenhed for Almen Praksis trådte til som konsulent, da et notat med udgangspunkt i de tre cases forelå. Hun har især bidraget til omredigering samt ideen med at lade specialister kvalificere de tre cases. Hun har gennemført og bearbejdet interviewene med de tre specialister.

Manuskriptet har været til ekstern peer review hos to specialister inden for temaet, og disse takkes for deres kommentarer, som har foranlediget de endelige rettelser til rapporten.

Indenrigsministeriet (nu Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration) takkes for økonomisk støtte til projektet.

Eva Thune Jacobsen

Seniorforsker, ph.d., mag.art. kultursociolog, fysioterapeut, DSI Institut for Sundhedsvæsen

Sussi Karise

Socialrådgiver, funktionsleder for socialpsykiatrien, Helsingør Kommune

Lise Dyhr

Praktiserende læge, ph.d., Central Forskningsenhed for Almen Praksis, København

Jes Søgaard

Direktør DSI Institut for Sundhedsvæsen

Resumé

I rapporten formidles resultaterne af et pilotprojekt gennemført i perioden august 2001-april 2003. Pilotprojektet omhandler en beskrivelse og vurdering af tre 1. generationsindvandrerkvinders møde med det danske sundhedsvæsen.

Pilotprojektet bygger på interviews med nøglepersoner repræsenterende den fagprofessionelle ekspertise og på observation og interviews med en tyrkisk kvinde (Esme) og to pakistanske kvinder (Mahin og, Lubna), som er fulgt gennem seks måneder i forbindelse med deres kontakter til alment praktiserende læge, fysioterapeut og sygehus. Fokus for undersøgelsen er det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i forbindelse med kvindernes behandling for symptomer og sygdomme som søvnløshed, hovedpine, depression, rygsmerter og diabetes type 2.

Formålet med rapporten er at skaffe indblik i, hvorledes mødet mellem sundhedsvæsenet og 1. generationsindvandrerkvinder foregår, hvordan mødet opleves set fra forskeres, fagprofessionelles og indvandrerkvinders perspektiv, samt hvordan mødet kan forbedres. Desuden er det formålet at skærpe både de sundhedsprofessionelles og sundhedspolitikernes opmærksomhed over for indvandrerkvinders særlige problemer.

Baggrund og problemstilling (kapitel 2) omhandler erfaringer fra litteraturen om indvandrernes helbredstilstand og møde med sundhedsvæsenet og nøglepersoners erfaringer med mødet i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel, sundhedspleje og forebyggende helbredsundersøgelser og vaccinationer.

Datagrundlag, metoder og analyserramme (kapitel 3) beskriver undersøgelsens design, interviews med nøglepersoner, observationer af mødet og efterfølgende interviews med indvandrerkvinderne, familieinterviews og observation samt analyserammen for det kvalitative datamateriale.

De tre kvinder præsenteres som cases (kapitel 4). Deres historier består af beskrivelser af deres baggrund og besøg hos deres behandlere. Den tyrkiske kvinde (Esme) var hos sin praktiserende læge to gange og havde besøg af sundhedsplejersken én gang; den ene pakistanske kvinde (Mahin) var hos sin praktiserende læge tre gange og én gang hos fysioterapeut, mens den anden pakistanske kvinde (Lubna) var hos sin praktiserende læge én gang og fire gange på hospitalet.

Det konkluderes bl.a. (kapitel 5), at det ser ud som om rammerne for mødet ikke passer til 1. generationsindvandrerkvinder. Måden vi har indrettet vores væsen på er meget "strømlinet" og skal fungere så effektivt, at det tilsyneladende ikke passer til patienter, som ikke har forhåndskendskab til sundhedssystemet, ikke

kan det danske sprog og i øvrigt er socialt isolerede. Det er påfaldende, at hverken patienter eller personale stiller spørgsmålstejn ved mødet. Tværtimod er alle parter så venlige, høflige og forsigtige, at der faktisk ikke rigtig sker noget.

Pilotprojektet peger på, at barrierer for et godt og for begge parter relevant samspil i mødet mellem indvandrerkvinder og det danske sundhedsvæsen har samfundsmæssige årsager. Kvindernes sociale situation her i Danmark spiller formentlig en væsentlig rolle for deres helbredsstilstand og brug af sundhedsvæsenet.

Det diskuteres (kapitel 6), om 1. generationsindvandrerkvindernes kulturbaggrund forstået som social praksis giver anledning til problemer såvel for dem selv som for sundhedsvæsenet. En social praksis præget af deres liv som kvinder, der virker som en hæmsko for deres udfoldelsesmuligheder her i Danmark og som igen betyder behov for sundhedsvæsenet som socialt netværk. Noget tyder i den forbindelse på, at kvindernes sociale situation er helbredsbelastende. Pilotprojektet har afdækket barrierer i mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinderne og det danske sundhedsvæsen: Sproglige barrierer, barrierer forbundet med kvindernes manglende autonomi som patienter og de professionelles myter om indvandrere.

Da kvindernes sygehistorier omhandler tilstande, der er udbredt hos såvel indvandrere som ikke indvandrere (rygproblemer, søvnløshed, diabetes og depression) er tre nøglepersoner, som repræsenterer den medicinske ekspertise, blevet bedt om at kommentere de tre forløb med henblik på forslag til forbedringer (kapitel 7). Sundhedsvæsenet vil i fremtiden møde patienter, der som de tre cases er socialt belastede; uden sproglige forudsætninger og forhåndskendskab til det danske sundhedsvæsen.

Rapporten afsluttes med en metodediskussion, en konklusion og anbefalinger til en forbedret indsats over for patienter med lignende sociale og sygdomsmæssige baggrunde (kapitel 8). Som eksempler på anbefalinger kan nævnes: Behov for mere systematisk indsamlet og dokumenteret viden. Der savnes viden om indvandreres sygelighed, kontakter til sundhedsvæsenet og den forebyggende indsats. Der er behov for afprøvning af konkrete muligheder for at øge den helhedsorienterede tværfaglige og tværsektorielle indsats i forhold til socialt belastede indvandrerfamilier. Der er behov for kurser og uddannelse i kommunikative færdigheder blandt behandlerne med vægt på fokus på patienternes ressourcer. Brug af professionelle tolke bør prioriteres højere. Der er behov for afprøvning af modeller til kvalitetssikring af det faglige grundlag i en biopsykosocial forståelsesramme, og der er behov for vurdering af den samlede indsats overfor indvandrere. Den samlede indsats bør omfatte tiltag for at forbedre 1. generationsindvandrerkvindernes sociale situation her i Danmark, hvor social isolation spiller en rolle for deres helbredsstilstand og brug af sundhedsvæsenet.

1. Introduktion og formål

Der savnes generelt viden om den sundhedsfremmende og forebyggende indsats rettet mod patienter med anden etnisk baggrund end dansk. I nærværende rapport formidles resultaterne af et pilotprojekt omhandlende mødet mellem tre indvandrerkvinder og det danske sundhedsvæsen. Kvinderne er kommet til Danmark i en voksenalder. Deres ægtefæller har været længere tid i Danmark, men er også født og opvokset uden for Danmark. Vi har derfor valgt at benævne dem 1. generationsindvandrerkvinder ud fra de oplysninger, de har givet i interviewet.

Rapporten om tyrkiske og pakistanske indvandrerkvinders møde med det danske sundhedsvæsen omhandler foreløbige resultater fra et planlagt større projekt, som imidlertid grundet manglende ressourcer indtil videre er stillet i bero. Planen var gennem et år at følge seks 1. generationsindvandrerkvinder og deres møde med det danske sundhedssystem. Som det forklares i bilag 1, er det meget tidskrævende og dermed omkostningstungt at gennemføre et projekt, hvor patienter skal følges over et helt år, og hvor det tilmed er nødvendigt med tolkebistand.

Pilotprojektet bygger på interviews med seks nøglepersoner repræsenterende den fagprofessionelle ekspertise¹ og på observation og interviews med Esme (en tyrkisk kvinde), Mahin og Lubna (to pakistanske kvinder), som er fulgt gennem seks måneder i forbindelse med deres kontakter til alment praktiserende læge, fysioterapeut og sygehus.² Fokus for undersøgelsen er det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i forbindelse med kvindernes møde med sundhedsvæsenet i relation til kvindernes behandling for symptomer og sygdomme som søvnløshed, hovedpine, depression, rygsmerter og diabetes type 2.

Pilotprojektets formål er at skaffe indblik i, hvorledes mødet mellem sundhedsvæsen og 1. generationsindvandrerkvinder foregår, og hvordan mødet opleves set fra forskeres, fagprofessionelles og indvandrerkvinders perspektiv.

Rapportens formål er at bidrage med anbefalinger til en forbedret indsats i relation til udvalgte problemstillinger i mødet mellem sundhedsvæsenet og indvandrerkvinderne. Desuden er formålet at skærpe de sundhedsprofessionelles opmærksomhed over for 1. generationsindvandrerkvinders særlige problemer.

¹ Alment praktiserende læge Lise Dyhr, konsulent, antropolog Christina Jagd, jordemoder Conni Külmann, sundhedsplejerske Grethe Mandrup, læge med pakistansk baggrund Saida Afzal, lærer og tolk med tyrkisk/ kurdisk baggrund Fatma Duran.

² Navne på indvandrerkvinderne er ændrede.

2. Baggrund og problemstilling

Som led i DSI's arbejde med forebyggelse i sundhedsvæsenet og interesse for social ulighed i sundhed gennemførtes en undersøgelse af en formodet svag og udsat gruppe såvel sundhedsmæssigt som socialt, nemlig gruppen af tyrkiske og pakistanske 1. generationsindvandrerkvinder. Undersøgelsen blev tilrettelagt som en kvalitativ forløbsundersøgelse af tyrkiske og pakistanske kvinders møde med sundhedsvæsenet med særligt fokus på den formelle forebyggende indsats³ (bilag 2: Infoark).

Som det vil fremgå af litteraturgennemgangen og nøglepersoninterviewene, er vor viden og erfaring om sundhedsvæsenets forebyggende indsats over for indvandrere sparsom og sporadisk implementeret. I Forebyggelsespolitisk Råds beretning fra 1998 anbefales da også flere områder, hvor en indsats synes påkrævet (Afzal, 1998).

Indvandrere og efterkommere er personer, som bor i Danmark, men har anden etnisk baggrund end dansk. Ifølge Danmarks Statistik defineres indvandrere som personer født i udlandet, hvor begge forældre (eller den ene såfremt der ikke findes oplysninger om den anden) er udenlandske statsborgere eller født i udlandet. Hvis der ikke findes oplysninger om nogle af forældrene, og personen er født i udlandet, opfattes den pågældende som indvandrer. Indvandrere omfatter også flygtninge, men ikke asylansøgere. Efterkommere er personer født i Danmark af forældre, hvoraf ingen er dansk statsborger født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogle af forældrene, og personen er udenlandsk statsborger, opfattes pågældende som efterkommer (Danmarks Statistik, 1999).

³ Med hensyn til eksisterende forebyggende og sundhedsfremmende tiltag i det danske sundhedsvæsen baseres disse på rammelove, bekendtgørelser og cirkulærer. Fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside kan hentes oversigt over regler udsendt af Sundhedsstyrelsen siden 1978 omfattende bekendtgørelser, cirkulærer, meddelelser, retningslinier mm. Derudover eksisterer sundhedspolitiske anbefalinger og initiativer, som kan formuleres af såvel myndigheder som faglige organisationer og grupper af sundhedsprofessionelle. Den formelle organisering af forebyggelsen i sundhedsvæsenet og sundhedsvæsenets forskellige tilbud kan inddeles således (Kallestrup, 1998):

- Forebyggende undersøgelser i anledning af svangerskab (graviditet og fødsel) sker hos praktiserende læge og hos jordemoder på sygehus
- Forebyggende sundhedsordninger (inkl. vaccinationer) for børn og unge sker hos praktiserende læge og i den kommunale sundhedstjeneste (sundhedspleje, kommunalt ansat læge i forbindelse med skolestart og skoleafslutning, en tværfaglig gruppe - lægefaglig, psykologisk, social mv. ekspertise)
- Børne- og ungdomstandpleje og omsorgstandpleje
- Vejledning om svangerskabsforebyggende metoder hos praktiserende læge
- Forebyggende helbredssamtaler/forebyggende konsultationer hos praktiserende læge
- Forebyggelse i tandlægepraksis
- Foranstaltninger mod kønssygdomme
- Forebyggende hjemmebesøg hos ældre
- Hjemmesygeplejerskeordninger
- Forebyggelse via embedslægerne
- Forebyggelse i sygehussektoren

Ifølge Integrationsministeriet vil antallet af indvandrere og deres efterkommere vokse fra knap 400.000 i 2001 til knap 750.000 i 2021. Andelen af indvandrere vil dog falde i forhold til efterkommere, såfremt den nuværende kurs inden for udlændingelovgivning fortsætter (www.inm.dk). Som gruppe er såvel indvandrere og efterkommere i en social situation, som for andre grupper medfører forringet helbred. Fx er andelen af personer uden for arbejdsmarkedet relativt høj, arbejdsløsheden er relativt høj, ligesom uddannelsesniveauet generelt er lavere end for ikke indvandrere. Det er ikke muligt at udtale sig om, hvorledes de aktuelle ændringer i fx integrations- og sociallovgivningen vil påvirke disse forhold i fremtiden (www.inm.dk).

2.1 Erfaringer fra litteraturen om indvandrerens helbredstilstand og møde med sundhedsvæsenet

Med baggrund i studier af indvandreres møde med alment praktiserende læger (Dyhr, 1996) og indvandreres sygdomsmønster (Ingerslev, 2000, Persson, 2000) skal følgende forhold fremhæves:

I almen praksis blev der set fra lægernes perspektiv afdækket tre hovedproblemområder i forbindelse med tyrkiske kvindelige patienters møde med den praktiserende læge:

1. Indvandrerkvindernes forventninger om, hvad lægen kan overkomme både teknisk og ressourcemæssigt er urealistiske og uforenelige med lægens opfattelse af sin egen rolle og faktiske muligheder. Det drejer sig især om konsultationer, som lægen betegner som psykosociale.
2. Sprogbarrierer sætter snævre rammer for dialogen. Her er det forskelligt, hvordan lægerne forholder sig til brugen af tolk.
3. Manglende tid, idet konsultationer med indvandrerkvinder kræver mere tid, end normen tilsiger.

Set fra de tyrkiske indvandrerkvinders perspektiv var der især to hovedproblemområder:

1. Sprogbarrieren ("ikke at kunne ordentlig dansk") opfattes som en hindring for, at lægen kan hjælpe og være aktiv i løsningen af kvindens problemer.
2. Oplevelsen af manglende respekt, "fordi lægen ikke lytter til mig".

(Dyhr, 1996)

Rockwool Fondens Forskningsenhed har i 2000 undersøgt indvandreres og efterkommeres sygdomsmønster og sammenlignet med ikke indvandrede danskere. Undersøgelsen er baseret på data fra Sygesikringsregistret og korrigerede data fra Landspatientregistret i 1998 samt telefon- og besøgsinterviews med 3.615 indvandrere og efterkommere fordelt på otte nationaliteter. Konklusionen er, at der ikke er store forskelle i helbred som sådan, men at sygdomsmønstrene kan variere når man ser på indlæggelsesdiagnoser. Ser man nærmere på enkelte sygdomsdiagnoser ses at indvandrere har lavere risiko for kræft og

alkoholbetingede sygdomme, men større risiko for hjerteproblemer, lungesygdomme og sukkersyge. Kønsforskellene er dog større end mellem indvandrere og ikke indvandrere. I denne undersøgelse har indvandrere et lille overforbrug af lægeydelser og et underforbrug af fysioterapi og tandlægeydelser, måske af økonomiske årsager. Det konkluderes, at livsstilen er anderledes, idet der er et lavere forbrug af alkohol og cigaretter, men til gengæld et lavt motionsniveau (Ingerslev, 2000).

Især kvinderne blandt 1. generationsindvandrere tilhører ifølge forskellige typer af undersøgelser en sårbar gruppe. De er ofte mere socialt isolerede, i højere grad ramt af arbejdsløshed og har problemer med analfabetisme og mangler dansk kundskaber. Indvandrerkvinder lider hyppigere end danske kvinder af visse sygdomme (fx diabetes type 2, sygdomme forårsaget af vitamin D-mangel, psykiske lidelser), får flere misdannede børn, mangler kendskab til sundhedsvæsenet og har en anden sygdoms- og sundhedsopfattelse (Glerup, 2000; Helsingør Kommune, 2001; Khan & Qassim, 2002; Hoffmann et al, 2003).

I 1996 gennemførtes en stor svensk interviewundersøgelse blandt fire grupper af indvandrere i Sverige (Persson, 2000). Den beskriver livsvilkår og sundhed i fire grupper af indvandrere født i Chile, Iran, Polen og Tyrkiet og kommet til Sverige i 1980'erne. Undersøgelsen blev gennemført af Statistiska Centralbyrån på opfordring af Sosialstyrelsen og angives at være den hidtil største undersøgelse af de enkelte og forskellige indvandrergrupper i Europa.

I denne undersøgelse er "indvandrere" et samlingsbegreb for mennesker, som er indvandret til Sverige fra et andet land. Det slås fast, at der er store forskelle i oprindelse, livserfaringer, livsvilkår og sundhedstilstand mellem forskellige grupper af indvandrere. De fire grupper er undersøgt, fordi de er relativt store i Sverige, har varierende kulturel og social baggrund og kommer fra forskellige dele af verden, som ligger i forskellig kulturel og geografisk afstand til Sverige. Forskellene mellem svenskere og indvandrere er store hvad angår uddannelse, arbejde og økonomi, men også mellem indvandrere fra samme land er der forskelle i forudsætninger (uddannelsesbaggrund, alder og køn) og forhold knyttet til hjemlandet (årsag til indvandringen til Sverige, tidspunktet samt situationen i hjemlandet ved indvandringen (fx typen af traumatiske oplevelser)). Med hensyn til hvem der er dårligst socialt stillet peges på tyrkiske indvandrerkvinder; de har laveste uddannelsesniveau og flest problemer med sproget. Selvomplevet sundhed og sygdom er ikke overraskende relateret til alder, køn, civilstand, uddannelse og sociale faktorer som økonomiske problemer, beskæftigelsesstatus og oplevelse af tryghed og social støtte. Dette gælder også for svenskere, men andre forhold spiller yderligere en rolle for indvandrergrupperne: oplevelse af diskriminering, savn af et arbejde, oplevelse af utryghed og oplevet evne til at beherske det svenske sprog.

At føle uro og utryghed er den variabel, som i dette studium tydeligst af alle faktorer har en sammenhæng med sygdom/usundhed, når man i en regressi-

onsanalyse kontrollerer for de andre variabler. Indvandrerne oplever diskrimination, især når de søger arbejde eller bolig, men også - om end mindre - på sygehus og ved lægebesøg. Flest mænd føler sig diskrimineret. Med hensyn til sundhed og sygdom er indvandrerne dårligere stillet end svenskerne og indvandrerkvinderne dårligere stillet end indvandermændene. Kvinder har 1,5-3 gange større risiko for at blive ramt af sygdom end mænd. Kvinderne fra Chile, Iran og Tyrkiet opgiver at have en eller anden sygdom betydeligt oftere end mænd og betydeligt oftere end svenske kvinder i samme alder. Med hensyn til almen sundhedstilstand oplever over 50% af kvinderne fra Tyrkiet og Iran en dårlig sundhed mod 20% af de svenske kvinder. Også langvarig sygdom er almindelig - typisk arbejdsrelateret i form af nedsat arbejdssevne, nedsat bevægelsesevne og smerter og ømhed i ryg, nakke, skuldre og led.

I det tidligere omtalte studium af mødet mellem tyrkiske kvindelige patienter og alment praktiserende læger indgik en gennemgang af danske og nordiske undersøgelser, hvoraf der i 1990 fandtes ganske få omhandlende sundhedsvæsenets møde med indvandrere (Dyhr, 1996). De fleste studier var udført af antropologer, som alle med baggrund i interviews med indvandrerkvinder og observationsstudier pegede på problemfeltet informationsudveksling. Hovedårsagen til problemerne var ifølge disse studier forskellige årsagsforklaringer til sygdom hos henholdsvis læger og indvandrerkvinder.⁴

I fagbladsartikler - især inden for sygepleje og antropologi - omtales problemer, der tilskrives forskelle i kultur mellem indvandrere og danskere. Artiklerne er således forsynet med emneord som kulturmødet, kulturforskelle, kultursammenstød, kulturforståelse mv. (Smedegaard et al., 1995; Buch, 1995; Seeborg, 1996; Cascino, 2001; Skadhauge, 2002; Roland, 2002). Heroverfor har sociologer advaret mod at typificere og "eksoterisere" indvandrerklinten ved automatisk at forklare misforståelser med baggrund i kulturforskelle frem for at analysere social- og sundhedsvæsenet som et system, hvor svage grupper eller grupper med særlige behov altid vil eksponere de fejl og mangler, som i virkeligheden gælder alle (Henriksen, 1987; Schierup, 1993).

Inden for almen medicin konkluderes på basis af en omfattende nordisk litteraturgennemgang vedrørende "The state of the art for clinical transcultural care" følgende:

To conclude, the real barriers in providing good health care to immigrants are of structural and communicative nature - as they well might be for all patients!

(Löfvander og Dyhr 2002)

⁴ Sachs L. 1983; Højlyng P. 1983; Elverdam, B. 1989; 1991 opr. cit. fra Dyhr, 1996.

For at supplere undersøgelsesfeltet fra Dyhrs studium (1996) og Löfvanders og Dyhrs studium (2002) er der i forbindelse med pilotprojektet gennemført en literatursøgning i:

- MS - Mellemfolkeligt Samvirkes minoritetsbiblioteks database fra 1990 ff med søgeordene: sygehusvæsen, sundhedsvæsenet m.v. i forhold til indvandrere og andre med anden etnisk baggrund end dansk.

Da MS-biblioteksdatabase primært indeholder referencer til bøger, kapitler i bøger og rapporter og kun få udvalgte referencer til tidsskriftartikler, er der desuden søgt supplerende tidsskriftlitteratur i:

- Ugeskrift for Læger (cd-rom) fra januar 1995 til december 2002 med søgeordene: etniske, indvandrere, flygtninge.
- Månedsskrift for Praktisk Lægegering (cd-rom) fra 1991 til december 2002 med søgeordene: etniske, indvandrere/flygtninge.
- Sygeplejersken (søgning via Internettet) fra 1997 til primo 2003 med søgeordene: indvandrere, etniske, flygtninge.
- Medline fra 1990 til primo 2003 med søgeordene: emigration-and Immigration/all kombineret med Health-Services-Accessibility/all, Patient-Acceptance-of-health-care/all og Professional-patient-relations/all. I Medline er der kun udvalgt referencer vedr. Danmark, Norge og Sverige.
- DSI-Bib, 1990-2003 med søgeordene: immigranter (emneordet dækker indvandrere, flygtninge mv.).
- Artikeldatabasen fra 1990 til primo 2003 med søgeordene: indvandrere, flygtninge, udlændinge kombineret med sygehusvæsen, sundhedsvæsen.

Med baggrund i søgningens resumeer er litteraturen kategoriseret efter på forhånd fastlagte kategorier (se bilag 3). Kategoriseringen er baseret på emneord fra resumeerne af referencerne.

Hensigten med literatursøgningen og den efterfølgende kategorisering er at skabe et overblik over publicerede undersøgelser af indvandrere og flygtninges møde med det danske sundhedsvæsen. Kategoriseringen er ikke baseret på vurderinger af, om de anførte undersøgelser er videnskabelige eller ej og omfatter således også formidlede praksiserfaringer omkring sundhedsvæsenets møde med indvandrere. De ressourcemæssige rammer for pilotprojektet giver ikke mulighed for en forskningsbaseret sammenfatning af litteraturen.

Via kategoriseringen er opgjort antallet af referencer inden for hver kategori opdelt i årene 1990-1995 og 1996-2003.

Antal referencer fra	1990-1995	1996-2003
Sundhedsvæsen - generelt	22	20
Sundheds- og sygdomstilstand	8	11
Sundhedspleje	1	4
Sygehus	3	8
Alment praktiserende læge	4	9
Svangreomsorg, jordemoder, fødselsgang o. lign.	7	4
Sundheds- og sygdomsopfattelser	6	5
Kulturmødet	2	6
Livsstil	9	3
Tolkeproblemer	0	5
Ældrepleje og -omsorg	0	8
Omskæring	1	7
Traumer/tortur	16	16
Psykosociale forhold/psykosocialt arbejde	16	10
HIV/AIDS	4	3
Uddannelse/undervisning	0	4
Psykatri/kriser	2	14
Misbrug/rusmidler	3	1
Handicappede	4	6
Generelle vilkår for Indvandrere	2	3
Integration	1	7
Asylansøgere/asylcentre	4	4

Som det ses af søgestrategien, er ikke alle søgeindgange ført helt tilbage til 1990, ligesom den sidste periode er lidt længere end den første. På denne baggrund kan antallet af referencer ikke siges at være steget markant. I det hele taget skal tallene fortolkes med forsigtighed, bl.a. fordi placering i en kategori er baseret på en subjektiv vurdering.

For kategorierne "sundhedsvæsen generelt" og "sundheds- og sygdomstilstand" ses en relativ høj og konstant forekomst. De øvrige interesseområder har lavere antal forekomster skiftende i intensitet mellem de to perioder. I den seneste periode har kategorierne "sygehus", "alment praktiserende læge" og "kulturmødet" relativ stor vægt, ligesom "tolkeproblemer" tilsyneladende er et nyt interesseområde.

I begge perioder ses høj forekomst på kategorierne "traumer/tortur" og "psykosociale forhold/ psykosocialt arbejde", mens "psykiatri/kriser" tilsyneladende er nyt fokusområde. Nye felter er også "ældrepleje og -omsorg", "omskæring" og "integration".

Søgningen og kategoriseringen peger dog på, at der ikke findes særligt mange

videnskabelige undersøgelser⁵ af mødet publiceret siden Dyhrs opgørelse, dvs. fra 1996 og frem. En undtagelse er Jahn, som i sit speciale fra et hospitals obstetriske klinik konkluderer, at sygehuspersonalets personlige identifikation med patienten har indflydelse på kvaliteten af behandling og pleje. Derfor forskelsbehandles patienter med en anden etnisk baggrund end dansk ofte (Jahn, 2001).

Det kan i forbindelse med opdatering af viden om indvandreres situation anbefales at følge med i de arbejdsrapporter, som udarbejdes af Akademiet for Migrationsstudier i Danmark (AMID). Akademiet blev oprettet i 2001, og via dets hjemmeside www.amid.dk kan man downloade relevante arbejdsrapporter (fx om sociale indsatser i forhold til de allersvageste blandt de etniske minoriteter (Skytte, 2002) og om sundhedsvæsenet og de etniske minoriteter (Nielsen, 2002).

2.2 Nøglepersoners erfaringer med mødet med indvandrerkvinder

Interviewpersonerne blev spurgt om deres opfattelse af, hvordan indvandrerkvinderne modtager de eksisterende forebyggende og sundhedsfremmende tilbud hos de forskellige faggrupper (se kapitel 3: Datagrundlag, metoder og analyseramme). I det følgende gives nogle eksempler herpå med baggrund i nøglepersonernes erfaring. Hvor det har været muligt at finde videnskabeligt som ikke videnskabeligt baseret dokumentation herfor, er dette anført.

2.2.1 Graviditet, fødsel og barsel

Man kan opleve (diffuse) symptompræsentationer fra især 1. generationsindvandrerkvinder under bl.a. graviditet, som kan være vanskelige at diagnosticere (Jeppesen, 1990, Dyhr 1992 a, Jahn, 2001). Årsagen hertil er ikke tilstrækkeligt belyst. I nogle tilfælde kan de af personalet opleves som udtryk for social protest (belastningssyndrom) i andre kulturelt bestemte symptompræsentationer (Dyhr og Bunch, 1998). Oplevelsen af "diffuse symptompræsentationer" kan dog også opfattes som udtryk for en kommunikativ barriere i form af at den sundhedsprofessionelle ikke mestrer den tværkulturelle kommunikation (Jahn, 2001) eller være udtryk for et fagligt dilemma i form af manglende begreber og forståelse af en patients lidelse (Dyhr, 1996).

Det er erfaringen, at der kan være forskellige grænser mellem oplevelsen af hvad der er normalt og unormalt blandt patienter (her 1. generationsindvandrerkvinder) og sundhedsprofessionelle. Fx. nævner jordemoderen hævede ben, hvilket af patienterne kan opleves som unormalt. Hvis det ikke lykkes for behandleren at forklare normaliteten i denne tilstand, er det derfor langt fra sikkert, at kvinderne følger et råd om at sidde med benene oppe.

⁵ Med videnskabelige undersøgelser menes undersøgelser baseret på anerkendte kvantitative og kvalitative metoder og/eller publicerede arbejder, som er peer reviewed.

Det er indtrykket, at indvandrerkvinderne er gode til at føde og de føder hurtigt (Jeppesen, 1990, Bülow et al., 1990). Både tyrkiske og pakistanske kvinder overgiver sig kropsligt, hvilket kan give anledning til højt lydniveau på fødestuen. Danske kvinder vil derimod gerne styre fødslen med hovedet, hvorfor de blokerer og kræver smertelindring og blokader. For tiden er det en trend at komme ned i et badekar og blive smertelindret af vandet og varmen. Det er opfattelsen, at mange tyrkiske og pakistanske kvinder ikke benytter dette tilbud. Den mulige forskel i måder at udtrykke symptomer på har i flere tilfælde medført at personalet ikke har været opmærksom på, at den fødende kvinde var i gang med at presse barnet ud, hvilket kan udgøre en sundhedsmæssig risiko for mor og barn.

Der gives også eksempler på, at manglende viden hos danske sundhedsprofessionelle om bl.a. genetiske forhold kan udløse unødige undersøgelser. F.eks. i form af scanninger på mistanke om vækstretardering af fostret, hvor pakistanske kvinder, som føder børn med gennemsnitlig lavere vægt, sendes til ekstra undersøgelser fx scanninger, fordi børnene ikke vokser i forhold til danske normer. På den måde skabes en unødig ængstelse. Det er indtrykket, at mange indvandrerkvinder ikke forstår baggrunden for, at der bliver lavet de forskellige graviditetsundersøgelser som fx scanninger. Ældre undersøgelser har vist, at indvandrerkvinder følger de forebyggende tilbud (ex svangreundersøgelser) i mindre omfang end andre kvinder (Knudsen et al., 1990)

I barselsperioden peges på, at danske jordemødre ikke ved nok om, hvordan tingene foregår i hjemlandene, hvilket er med til at skabe forståelsesklofter. Som et eksempel kan nævnes, at andre familiemedlemmer ofte tager sig af barnet eller barnet lægges i sin vugge umiddelbart efter fødslen. Det ses ikke blandt danske kvinder, som oftest får deres nyfødte børn op til sig så hurtigt som muligt. Barselsperioden for indvandrerkvinder er traditionelt én, hvor den barslende hviler og bliver opvartet, hvilket heller ikke er normen på danske fødeafdelinger. Dette kan give anledning til mistolkninger: Er moren ikke glad for sit barn, siden hun ikke tager det op til sig? Er hun doven siden hun ligger dér (Dyhr, 1992 a, Jahn, 2001)

2.2.2 Sundhedspleje

Inden for det sundhedsplejemæssige område er indvandrerkvinderne ikke vant til, at det offentlige intervenserer i det private. Dette kan medføre en indbygget skepsis, men måske også urealistiske forventninger. Det påpeges samtidig, at sundhedsplejersker ikke altid er gode til at erkende, at de udover at ville børnene det vel også har en rolle som offentlige myndighedspersoner, der har skærpet underretningspligt og er i samarbejde med socialforvaltningerne og dermed socialrådgiverne, som kan iværksætte tvangsforanstaltninger i forhold til familien.

Den interviewede sundhedsplejerske har den erfaring, at kvinderne generelt er af den opfattelse, at det at få store, tykke babyer så tidligt som muligt er godt,

fordi de babyer er mere robuste og har større chance for at overleve, ligesom rigelig mad er et statussymbol blandt fattige. I Tyrkiet og Pakistan var og er børnedødeligheden relativt stor. Derfor er det indtrykket, at kvinderne giver børnene for meget og forkert mad her i Danmark, hvor der ikke er mangel på noget. Man går hurtigt over til at give modermælkserstatning og putter endda sukker i for at gøre det rigtig godt (Fødevaredirektoratet, 2002). Det er dog et område, som er under stærk udvikling i takt med sundhedsplejerskernes indsats og den erfaring, som indvandrerne har gjort sig i Danmark.

2.2.3 Forebyggende helbredsundersøgelser og vaccinationer

Både i Pakistan og i Tyrkiet er man vant til vaccinationsprogrammer som gratis forebyggende tiltag overfor børn og forebyggende graviditetsundersøgelser, hvorimod man skal betale for andre forebyggende undersøgelser som fx mammografiscreening og helbredsundersøgelser (Dyhr, 1992 b). Det er den interviewede praktiserende læges erfaring, at indvandrerkvinderne gerne vil have deres børn vaccinerede. Nogle undersøgelser har vist en lavere vaccinationsdækning blandt indvandrerbørn, men samtidig at en enkelt og målrettet indsats kan udligne denne forskel (Flachs og Melgaard, 1999). Det er uvist, hvor stor screeningsgraden er til fx underlivsundersøgelser (smear), men indtrykket er, at de kvinder som får den foretaget er glade herfor. Kvinderne efterspørger også jævnligt helbredscheck. Det er dog sjældent den form for forebyggelse, som det danske sundhedsvæsen synes er relevant. Kvinderne er ikke vant til at lægerne i så høj grad lægger sundhedsansvaret tilbage til dem selv, hvilket flg. citat fra en 1. generationsindvandrer kvinde fra Tyrkiet kan illustrere:

Ja, for en læge skal vide alting, og skal ikke spørge for meget..... Lægen i Tyrkiet, spørger aldrig personen, hvordan og hvorledes og hvorfor. Jeg fortæller dig, du lytter. Så er der noget sådan og sådan..... Kan du så ikke se, når man kommer til Danmark, - spørgsmål, spørgsmål, spørgsmål, hele tiden. Du bliver spurgt i hoved og røv! Undskyld, men, man bliver helt chokeret. Det er en lang proces, der skal til, du skal lære din krop at kende, og du er din egen læge faktisk. Denne der oplevelse kommer først senere hen, (...) så på den måde bliver det for overvældende, så lige pludselig skal du deltage i lægens arbejde (Dyhr, 1996, s. 149).

Den praktiserende læge har i den forbindelse erfaring for, at indvandrerkvinderne foretrækker og også har større behandlingseffekt af mere passive former for behandling frem for fysisk aktivitet i forbindelse med lidelser og smerter i bevægeapparatet (dvs. muskler og led). Det har formentlig noget at gøre med, at 1. generationsindvandrerkvinder fra hjemlandet er vant til at arbejde meget rent fysisk, således at deres symptomer og smerter skyldes nedslidning. Derfor virker det absurd på kvinderne at få råd om at dyrke motion. Der kan således for disse kvinder være en kulturel barriere i mødet med fx fysioterapeuten, idet kvinderne ikke har været vant til at dyrke deres krop og gå til gymnastik, som man gør i Danmark.

Livsstilssamtaler, som er kommet mere på mode i Danmark, finder de fleste læger vanskelige at udføre tilfredsstillende med især 1. generationsindvandrerkvinder. Især råd om kost- og motionsvaner volder problemer. Årsagerne her til er ikke tilstrækkeligt belyst. Det er dog tidligere vist, at en målrettet indsats kan forbedre en given målgruppes såkaldte risikofaktorer (Røjen et al., 1999), ligesom det er indtrykket, at den kulturelle barriere spiller en væsentlig rolle. Fx er det svært verbalt at motivere en pakistansk kvinde til at gå ture, løbe eller dyrke motion, fordi *"kroppen fra halsen og ned eksisterer stort set ikke"* (interviewet læge med pakistansk baggrund). Samtidig stiller mændene tilmed ikke krav om, at kvinden skal se slank ud. Kostvanerne for pakistanske kvinder er betinget af, at man kommer fra et samfund, hvor fx mælkeprodukter har været en mangelvare, og hvor man altid har hørt, at mælk og smør var godt. Når man så bor i et land, hvor det flyder med mælk og smør, så køber og spiser man det i overflod, samtidig med at man fortsætter med at spise den mad, man plejer. Så bliver man tyk. I Pakistan bevæger man sig meget mere som husmor og tager derfor ikke så let på som her, hvor man bor småt og ikke skal gå langt efter vand og indkøb mv. Derudover er den traditionelle sygdomsopfattelse præget af, at sygdomsårsager skal søges uden for den enkelte selv (Sachs, 1990).

2.2.4 Om anvendelsen af det danske sundhedsvæsen i øvrigt

Det er indtrykket om end det kun er sporadisk dokumenteret endnu (Ingerslev, 2000, Lindenskov et al., 2001) at indvandrere hyppigere anvender sundhedssystemet for behandling end forebyggende indsats fx lægevagt og skadestue. Lægen med pakistansk baggrund forklarer dette med sygdomsangst (fx høj børnedødelighed og lavere levetid i hjemlandet), samt forventningen om at skulle have medicinsk behandling ved ethvert symptom *"komme hjem med en pose piller"* (Dyhr, 1996). Man forventer altså at få medicin med hjem ligegyldig om det blot drejer sig om en virusinfektion, som her i Danmark ikke behandles med medicin (Dyhr, 1992 b). En barriere for en mere hensigtsmæssig udnyttelse efter danske normer kan også være sprogbarrierer og manglende erfaring hos de unge turnuslæger, som typisk har skadestuevagterne.

2.3 Konklusion

De problemer, som indvandrerkvinderne har i mødet med sundhedsvæsenet er sparsomt belyst i litteraturen, idet det overvejende er sundhedsvæsenets perspektiv, som belyses. Her peges der fortrinsvis på kulturelle forhold, som udgør kommunikative barrierer og dermed vanskeliggør mødet. Også af nøgleperson-interviewene fremgår det, at indvandrerkvindernes kulturelle baggrund er en barriere, som det kræver en særlig indsats at overvinde i det danske sundhedsvæsen.

Spørgsmålet er imidlertid, hvilke konkrete problemer af såvel fysisk, psykisk, social og kulturel karakter, som indvandrerkvinderne møder sundhedsvæsenet med, og dermed hvilken indsats der er behov for, samt på hvilken måde indsatsen skal gennemføres.

Antagelsen i nærværende pilotprojekt er, at indvandrerkvinder - og her tænkes specielt på 1. generationsindvandrerkvinder - som udgangspunkt er dårligt stillet på flere parametre dvs. såvel sundhedsmæssigt (symptomer og lidelser) som socialt (arbejds-mæssigt og uddannelses-mæssigt) og kulturelt (sprogligt og med hensyn til socialt netværk og integration i det danske samfund). Hvis dette er tilfældet kræves en stor og anderledes indsats fra både samfundets og sundhedsvæsenets side i bestræbelsen på at skabe større lighed i sundhed mellem disse kvinder og resten af befolkningen.

For at belyse antagelsen er pilotprojektet gennemført af en læge, en socialrådgiver og en kultursociolog, idet disse forskellige faglige perspektiver formodedes at kunne indfange kvindernes problemer i relation til lægefaglige, socialfaglige og kultursociologiske problemstillinger.

3. Datagrundlag, metoder og analyseramme

Undersøgelsen har bestået af tre empiriske dataindsamlingsdele.

Første del af dataindsamlingen blev gennemført i perioden august-november 2001 og bestod i kvalitative interviews med seks nøglepersoner med et professionelt kendskab til tyrkiske og pakistanske kvinders møde med det danske sundhedsvæsen. Nøglepersonerne blev bevidst udvalgt, idet de blev kontaktet ud fra forhåndsviden og via anbefaling fra alment praktiserende læge Lise Dyhr, som var den første valgte nøgleperson.

Anden del af dataindsamlingen blev gennemført i perioden april-september 2002 og bestod i observationer af indvandrerkvindernes møder med sundhedsvæsenet efterfulgt af kvalitative interviews. Alle kontakter til sundhedsvæsenet blev fulgt på nær de kontakter, som drejede sig om kvindernes børn. Indvandrerkvinderne blev bevidst udvalgt, idet de blev kontaktet via to læger fra en almen praksis, som ud fra forhåndsviden kunne være interesseret i at være mellemlid mellem undersøger og indvandrerkvinder. Lægerne gav tilsagn om at bistå og blev derefter bedt om at finde frem til nogle tyrkiske og pakistanske 1. generationsindvandrerkvinder med forskellige former for kontakt til sundhedsvæsenet, som levede sammen med mand og børn, og som lægerne mente ville være villige til at lade sig interviewe i deres hjem sammen med mand og børn.

Tredje del af dataindsamlingen blev gennemført i perioden april-maj 2002 og var planlagt som familieinterviews med kvinderne, deres mænd og store børn. Dette skete i praksis kun hos en af de pakistanske kvinder (Mahin), hvor manden var til stede. Hos Esme og Lubna deltog deres mænd ikke, og børnene gik til og fra.

Indvandrerkvinderne gav endeligt tilsagn om deltagelse til projektlederen ved mundtlig forklaring ved tolk og udlevering af informeret skriftligt samtykke. Informationen om undersøgelsen var oversat til tyrkisk og urdu (bilag 4: Brev om informeret samtykke i dansk udgave).

Undersøgelsen blev tilrettelagt som et kvalitativt design, idet formålet var at indkredse kvindernes eget perspektiv på deres møde med sundhedsvæsenet ved kvalitative interviews og at studere det faktiske forløb af mødet mellem kvinderne og deres behandlere ved deltagerobservation. Undersøgelsens formål var eksplorative, og betegnelsen pilotprojekt skyldes både de få kvinder, der indgik som datagrundlag, og at der ikke fandtes lignende undersøgelser, som der kunne bygges videre på.⁶ Problemafklaringen var således afhængig af et

⁶ Undtagelsen er, at da vi ved, at borgere i en udsat social situation som fx arbejdsløse, med svagt socialt netværk og ringe uddannelsesbaggrund er sårbare rent helbreds-mæssigt er der i dataindsamling og analyse sat fokus herpå. Af bilag 5 og 6 fremgår de temaer, som der i pilotprojektet fokuseres på.

design, som gav rum for bredde og dermed søgning efter hypoteser (og ikke afprøvning heraf), som kunne undersøges nærmere i en større undersøgelse.

3.1 Interview med nøglepersoner

Formålet med nøglepersoninterviewene var primært at få sundhedsvæsenets perspektiv på problemstillingen, men også at sikre, at undersøgelsens fokus blev rettet mod relevante sundhedsmæssige og sociale problemer i anden del af dataindsamlingen. De seks kvindelige nøglepersoner repræsenterer forskere, praktikere og indvandrerkvinder med særligt kendskab til og erfaringer med indvandrerkvinders møde med det danske sundhedsvæsen. Alle blev interviewet efter en interviewguide (bilag 7: Interviewguide nøglepersoner) og interviewene blev optaget på bånd. To interviews blev gennemført som telefoninterviews (sundhedsplejerske, konsulent/forsker) og fire som face-to-face interviews i DSI (jordemoder, læge, lærer og tolk, praktiserende læge og forsker). Interviewene varede 1-1,5 time og blev optaget på bånd, som blev ordret udskrevet af student Marie Brandhøj Hansen, DSI.

I analysen af nøglepersoninterviewene er der gennemført en tematiseret tværgående analyse af det transskriberede interviewmateriale med henblik på afklaring af de forskellige perspektiver på den forebyggende indsats over for kvinder med pakistansk og tyrkisk etnisk baggrund. Interviewene er analyseret på et beskrivende niveau ved meningskondensering, dvs. interviewpersonernes udtrykte meninger er omformuleret til en kortere form (Kvale, 1997).

Analysen har taget afsæt i en fortolknings- eller analysekontekst kaldet 'selvforståelse'⁷ suppleret med tilgængelig videnskabelig og ikke videnskabelig baseret dokumentation i relation til interviewpersonernes holdninger. Meningskondenseringsudgaven er sendt til interviewpersonerne med henblik på validering af fortolkningen af det sagte. Interviewpersonernes holdninger er anvendt som perspektivering af resultater fra interviews med indvandrerkvinderne.

3.2 Observationer af mødet i sundhedsvæsenet og efterfølgende interviews med indvandrerkvinderne

Formålet med observation af mødet mellem indvandrerkvinderne og sundhedspersonerne var at iagttage interaktionen mellem parterne og så ordret som muligt at nedskrive, hvad der blev sagt under selve mødet. Hvad blev der talt om, hvordan var stemningen, og var der forståelse mellem parterne?

Formålet med de efterfølgende individuelle interviews var at indhente viden om patienternes perspektiv på mødet med hensyn til forventninger i relation til sygdoms-/symptomopfattelse. Kvinderne blev interviewet efter en interviewguide (bilag 6: Individuel interviewguide), og interviewene blev optaget på bånd.

⁷ 'Selvforståelse' vil sige, at man ved en omformulering forsøger at gengive informanternes egen opfattelse af meningen med deres udsagn (Kvale, 1997).

Observationer og interviews blev renskrevet efter håndskrevne notater lige efter hvert møde. Første bearbejdning bestod i ordret gengivelse af samtalerne mellem behandler og indvandrerkvinde og meningskondensering af de efterfølgende interviews. Tolkningen af materialet om hver af kvinderne skete på et selvforståelsesniveau, og fremstillingen er gengivet som cases baseret på meningskondensering.

3.3 Familieinterviews og observation

Formålet med familieinterviewene var at afdække sygdommens indflydelse på hverdagen og på forældre- og familierelationerne. Interviewene tog udgangspunkt i en interviewguide (bilag 5: Familieinterviewguide og observationstemaer) og blev optaget på bånd.

Formålet med observation i forbindelse med familieinterviewene var at iagttage processen og dynamikken mellem familiemedlemmerne. Hvad blev der talt om, blev rammen holdt, hvordan var stemningen og på den baggrund få en fornemmelse af forholdet/rollefordelingen mellem ægtefæller og mellem forældre og børn, som ikke kan afdækkes via interviews. Observationerne tog udgangspunkt i specifikke temaer (bilag 5).

Observationer og interviews blev renskrevet efter håndskrevne observationer og båndudskrift af interviews lige efter hvert møde. Første bearbejdning bestod i sammendrag af samtalerne mellem familieinterviewer, indvandrerkvinde og mand i Mahins tilfælde og mellem familieinterviewer og indvandrerkvinde i Esmes og Lubnas tilfælde. Sammendraget fulgte interviewguidens temaer suppleret med informationer fra observationerne. Tolkningen af materialet om hver af familierne skete på et selvforståelsesniveau, og fremstillingen er gengivet som cases baseret på meningskondensering.

3.4 Analyseramme

Begrundelsen for interviewfortolkning på selvforståelsesniveau er, at dette niveau er velegnet til at analysere udsagn fra mennesker fra forskellige og anderledes kulturer end den danske. Her kan en "dansk" forskerkultur ved sin common sense og teoretiske fortolkning komme til at dominere og derved er der fare for, at undersøgerne ikke er tilstrækkeligt åbne for de sammenhænge, som ikke på forhånd er åbenbare, men som der søges efter i en eksplorativ undersøgelse uden specifik problembeskrivelse.

Analyse og konklusionskapitlet (kapitel 5) er baseret på et common sense og et kritisk common sense niveau med inddragelse af undersøgernes viden og erfaring.⁸

⁸ "Common sense" refererer til almen kendt viden, men kan også kædes sammen med fortolkerens forståelse af et givet fænomen baseret på egen viden og erfaringer. "Kritisk common sense" vil sige, at man tolker informanternes udsagn bredere, idet man forholder sig kritisk enten til udsagnets indhold eller til informanten (Kvale, 1997).

3.5 Sammenfatning om det empiriske datagrundlag

Kvinderne er fulgt gennem en periode på seks måneder i 2002. Den tyrkiske kvinde Esme blev interviewet i forbindelse med to besøg hos sin praktiserende læge, en gang i sit hjem i forbindelse med besøg af sundhedsplejersken og en gang i sit hjem planlagt som familieinterview. I alt blev der observeret og interviewet fire gange. Den ene pakistanske kvinde Mahin blev interviewet i forbindelse med tre besøg hos sin praktiserende læge, en gang hos fysioterapeut og en gang i sit hjem som familieinterview. I alt blev der observeret og interviewet fem gange. Den anden pakistanske kvinde Lubna blev interviewet i forbindelse med et besøg hos sin praktiserende læge, fire besøg på hospital og en gang i sit hjem som familieinterview. I alt er der observeret og interviewet seks gange.

Pilotprojektet er et deskriptivt studium med anvendelsesorientering på det vidensformidlende niveau. Læserne skal opnå en indsigt, som giver dem lyst til at gå i dybden med problemstillingen og evt. igangsætte yderligere undersøgelser.

4. Tre kvinder møder det danske sundhedsvæsen

Nedenfor følger en fremstilling af tre kvinders møde med sundhedsvæsenet. Der er tale om tre cases, dvs. eksempler på hvordan mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinder og sundhedsvæsenet kan foregå. Det skal her bemærkes, at datamaterialet rummer mange muligheder for yderligere analyser i et mere teoretisk perspektiv, som ressourcerne imidlertid ikke rækker til i forbindelse med denne pilotundersøgelse. De tre cases præsenteres således mere beskrivende frem for analytisk.

Cases er konstrueret til brug for denne rapport således at de også kan anvendes som oplæg til diskussion blandt sundhedsprofessionelle og beslutningstagere.

Casene er baseret på kvindernes egne fortællinger. Visse forhold (alder, antal børn og deres køn m.m.) er ændret for at sikre deltagernes anonymitet.

4.1 Esmes møde med sundhedsvæsenet

4.1.1 Baggrund

Esme har tyrkisk baggrund og er ifølge sit sygesikringsbevis født i 1964. Hun kunne ikke lige regne ud, hvor gammel hun så er (38 år). Hun kommer fra en landsby og har 9 søskende. Drengene gik i skole, mens pigerne blev hjemme og lavede huslige gøremål og hjalp med at passe køer, får, kyllinger og honningbier. Familien lavede smør, ost og honning.

Da hun var 15 år, blev hun forlovet med sin fætter. Da de havde været forlovet i 4 år, rejste han til Danmark, hvor han giftede sig med en dansk kvinde. Den danske kvinde blev han siden skilt fra. Esme fødte den ældste datter i Tyrkiet og kom så til Danmark for ca. 10 år siden. Hun og fætteren blev gift, og nu bor Esme sammen med ham og deres fem børn, tre piger på 11, 8 og 5 år og to drenge på 3 og halvandet år.

Allerede tidligt i ægteskabet var der problemer, fordi manden drak for meget, og det gør han fortsat. Han interesserer sig ikke for sin familie, og penge til mad må hun finde i hans lommer. Hun modtager sociale ydelser som boligsikring og børnetilskud, men hun har også fået socialhjælp for at kunne klare at forsørge børnene.⁹ Esme er nu uden arbejde, mens manden arbejder i restaurationsbranchen. Esme har haft arbejde én dag i Danmark. På det tidspunkt havde hun to børn, men ingen institutionsplads, så faren skulle passe børnene, men da hun kom hjem efter den første arbejdsdag, sagde han til hende, at han ikke var i stand til at passe dem. Det var ellers et godt arbejde at have, synes Esme. Hun skulle bundte grøntsager, hvilket var noget hun kunne finde ud af, og som hun kendte til fra sit hjemland.

⁹ Det var ikke muligt at "skille" ydelserne fra hinanden, hvorfor det er uklart, om hun modtager kontanthjælp. Esme omtaler i interviewet, at hun får socialhjælp, men taler også om børnepenge og boligsikring som socialhjælp.

Esme gik tidligere regelmæssigt til danskundervisning gennem et par år, men på grund af problemer med hendes mand, som drak og var voldelig, måtte hun holde pause. Hun blev henvist til psykolog, bl.a. fordi hun var forvirret og ikke kunne koncentrere sig. Det endte med, at hun blev smidt ud af skolen, og siden har hun ikke fået undervisning i dansk.

Socialt netværk

Esme vil gerne genoptage kurserne i dansk, da det passede hende fint at lære dansk og være sammen med andre. De fleste af hendes søskende bor i Tyrkiet. I den tid, som Esme har boet i Danmark, har hun været i Tyrkiet to gange, og hver gang har hun rejst alene med børnene.

Esmes ældste bror bor i et andet skandinavisk land, og en storesøster bor på Møn. Dem ser hun sjældent, da de bor så langt væk. I nærheden bor hendes mosters børn, og en af dem har et pizzeria, hvor Esme godt kan lide at komme. Her kan hun snakke og hygge sig, og hun får cigaretter og te gratis.

Esme har ingen danske venner, og der bor kun udlændinge i opgangen. Flere af dem taler hun ikke med, da de har store sociale problemer. Esme opfatter personalet i børnenes institutioner som venner, og det gælder også sundhedsplejersken til hendes børn, som hun har kendt i mange år. Esme har det ikke godt med sin mand, og hun har det bedst, når han ikke er hjemme, fx da han var 14 dage i Tyrkiet. Der har været vold i forholdet, men nu slår Esme igen, så volden er stoppet.

Behov for og brug af tolk

En svigerinde har undervist hende i skrivning og læsning, fordi hun var så motiveret for at lære, og hun kan skrive og læse dansk nu uden problemer. Hendes sproglige dansk er dog ikke særligt godt, og hun er svær at forstå. Normalt bruger den praktiserende læge ikke tolk til denne patient, men i forbindelse med nærværende projekt foretrækkes dette. Lægen mente, at det i virkeligheden fungerer bedst med kommunikationen, når der er tolk til stede, som kan sikre, at de sproglige nuancer kommer med og bliver opfattet.

4.1.2 Hos den praktiserende læge

Første besøg

Esme var hos sin praktiserende læge med to måneders mellemrum. Ved det første besøg kunne tolken ikke nå at komme grundet kort varsel. Der var derfor afsat 2 x 10 minutter til konsultationen. Normal praksis med tolk er at afsætte 30 minutter. Esme kom for sent, og der var således kun 10 minutter tilbage til konsultationen. Kommunikationen mellem lægen og Esme var noget famlende primært grundet den sproglige barriere.

Lægen spurgte til, hvad Esme ville, og Esme sagde, at hun kom for at få recept på p-piller og sovemedicin. Lægen ville ikke uden videre skrive recept ud på sovemedicin og ville vide, hvorfor Esme ønskede det. Esme forklarede, at hun

ikke tog sovemedicin fast, men at hun lige nu havde et behov, da der igen var problemer med hendes mand. Lægen ville vide, hvilke problemer der var tale om, og Esme svarede, at manden drak igen og ikke kom hjem fra arbejde før sent om natten eller om morgenen. Esme havde sat sundhedsplejersken stævne for at tale om sine problemer med manden, og hun ventede besøg af en bror, som kom til Danmark på mellemrejse fra en ferie i Tyrkiet. Ham ville hun også tale med om sin situation.

Lægen spurgte på flere forskellige måder til, hvordan Esme tacklede sin situation, da Esme ikke helt forstod, hvad der blev spurgt om. Et af spørgsmålene var, om Esme var bange for, at manden skulle slå hende. Esme grinede lidt, idet hun svarede nej, fordi hun var begyndt at slå igen. Og så skiftede Esme emne og sagde, at hun gerne ville træne. Lægen spurgte til, hvilken slags træning Esme tænkte på - om det var fitness eller fysioterapi og viste en fysioterapeut-pjece frem. Lægen nævnte også, at man dér også havde slankehold. Esme svarede, at hun gjorde gymnastik derhjemme og ønskede (fitness) træning, fordi det gjorde ondt i hendes arme og ben.

Lægen roste Esme, fordi hun trænede, men så betænkelig ud omkring ønsket om sovemedicin:

"Det er godt, at du træner. Jeg er ikke glad for at skrive sovepiller ud, det er vanedannende ligesom alkohol. Men du kan nu få en lille portion til nødstilfælde, da du har alle de problemer lige nu"(lægen skriver en recept og et brev til fysioterapien).

Esme nævnte nu, at hun finder medicin alt for dyr, og at det bliver til mange penge med medicin til sig selv og børnene. Lægen svarede, at der ikke gives tilskud til p-piller, men til de ti sovepiller der stod på recepten. Esme protesterede og ville have flere sovepiller. Det svarede lægen ikke på. Esme ønskede nu at få målt sit blodtryk. Lægen svarede, at det ikke kunne lade sig gøre denne gang og rakte Esme recepterne. Esme rejste sig for at gå ud og grinte lidt forlegent, mens hun afsluttede konsultationen med følgende bemærkning:

"Det sortner nogen gange for mine øjne".

Andet besøg

Ved andet besøg 2 måneder efter var tolken til stede. Inden konsultationen fortalte Esme, at det var en af hendes døtres fødselsdag, og at hun havde haft 33 is med i skole. Esme har fået en brugt cykel af et familiemedlem, og hun har lært at cykle for 3 uger siden. Det er hun helt vildt glad for:

"Det er så nemt at komme rundt, og jeg er lykkelig for at cykle, og jeg kan nå en masse ting".

Derudover var Esme meget nervøs, fordi hun var bange for at fejle det samme som sin nabo. Lægen havde afsat 10 minutter, hvilket viste sig at være util-

strækkeligt i relation til Esmes behov. Esme henvender sig denne gang, fordi hun er angst for at have cancer. Hendes nabo er lige død, og dennes læge havde overset, at hun havde cancer og havde bagatelliseret hendes symptomer.

Lægen havde planlagt en celleprøve, men Esme reagerer således:

"Ja, men jeg ville gerne have alle de forskellige test som findes, for jeg tror, jeg fejler noget - blodprøver, blodsukker, blodtryk - jeg tror der er noget galt med min livmoder, det er ligesom trækninger, som når man er gravid".

Lægen forklarede, at der kun var afsat 10 minutter, og der derfor kun kan nås en celleprøve. Esme må bestille en ny tid til andre prøver. Esme spurgte, hvorfor hun kun havde 10 minutter, men det ved lægen ikke noget om. Lægen spurgte nu til menstruation og brug af p-piller, mens der blev gjort klar til en gynækologisk undersøgelse. Esme blev instrueret i adfærd i forbindelse med undersøgelseslejet. Lægen spurgte til, om Esme stadig gik til fysioterapeut, men Esme svarede, at hun ikke havde haft tid, fordi hun havde lært at cykle. Det mente lægen var godt i forhold til at få motion. Esme fortalte, at hun stod op og cyklede før morgenmaden, at hun syntes det var dejligt at cykle og cyklede, fordi hun gerne ville tabe sig.

Lægen undersøgte Esme og forklarede, at det så fint ud, men at hun havde en svampeinfektion. Esme kunne ikke forstå det, da hun brugte svampemiddel. Lægen spurgte, om Esme spiste sødt, for det kunne give svamp. Esme sagde, at hun godt kan lide søde sager, men at hun prøvede at holde sig fra det. Men grinende indrømmede hun, at familien om lørdagen havde været i bonbon land, hvor de havde fået candyfloss, is og pizza. Lægen moraliserede ikke, men spurgte om Esme brugte stikpiller for tiden. Esme svarede, at det gjorde hun kun, når det sved, men lægen rådede til at bruge dem nu som forebyggelse. Ellers var der ikke noget galt, og lægen opfordrede Esme til at få en ny tid til de andre undersøgelser. Esme svarede, at det var vigtigt for hende:

"For jeg er bange, bange.. En patient døde i sidste uge. Hun blev ved med at sige, at det gjorde ondt - og det var kræft bag nyren (Esme viser hvor på sig selv). Du fejler ikke noget, lægen sendte hende hjem og hun døde, og jeg besøgte hende og hun græd. Hun havde kræft".

Lægen:

"Jeg kan godt forstå du er bange".

Esme snakkede videre og fortalte historien om naboen i detaljer. Hun snublede over ordene, mens vi alle - undtagen lægen - forlod konsultationen.

I receptionen skulle der aftales en ny tid hurtigst muligt. Esme ønskede 1 time til alle testene, men sekretæren sagde, at det ikke kunne lade sig gøre. Esme

forsøgte at få en konsultation på ½ time, men heller ikke dette kunne lade sig gøre uden forudgående aftale med lægen, som ikke var til stede. Esme gik ind på et kompromis om en 20 minutters konsultation ugen efter.

Den pågældende dag dukkede Esme ikke op hos lægen. Tolken gættede på, at det skyldtes verdensmesterskaberne i fodbold, hvor Tyrkiet spillede lige netop den dag.

4.1.3 Besøg af sundhedsplejersken i Esmes hjem

Esme havde aftalt et besøg med sin sundhedsplejerske gennem mange år. Hjemme bar Esme ikke tørklæde, og hun tog smilende imod gæsterne med en cigaret i hånden. Esmes mand hilste på, inden han gik. Til stede var foruden Esme, sundhedsplejersken, tolken og interviewerens, som alle havde taget skoene af i entreen og nu sad i bløde sofaer rundt om et sofabord. Lejligheden var lys og meget fin og ryddelig. Den ældste datter så TV først i stuen, og senere gik hun ind på et andet værelse for at se TV på opfordring fra Esme. Esme serverede først kaffe og småkager og roulade og derefter te. Den lille dreng myldrede rundt. Samtalen mellem sundhedsplejersken og Esme var afslappet og virkede nærmest som en venindesamtale mellem de tre kvinder, selv om tolken kun oversatte. Esme og tolken kendte hinanden fra tidligere lejligheder.

Esme har ønsket besøget, fordi hun gerne ville tale om sine sociale problemer, som bundede i problemer i samlivet med manden. Manden kom fuld hjem og de sov på forskellige tidspunkter. Han var uinteressert i alt vedrørende hjemmet og hende og var ligeglad med, at de nu havde fået en rykker om at betale husleje. Esme var bange for, at de snart ville blive smidt ud, og hun var bange for konsekvenserne af en skilsmisse. Hun ville gerne skilles nu og bo alene sammen med børnene. Hun nævnte, at det af hendes familie ikke blev anset for godt at blive skilt:

"Man skal være taknemmelig for at have en mand og tag over hovedet".

Esme startede samtalen med at sige, at de (sundhedsplejersken og Esme) jo havde talt sammen i fælleshuset om mandagen, og at hendes sagsbehandler ventede på, at Esme kan få et værelse eller en billig bolig. Hun glæder sig til at snakke problemerne igennem med sin ældste bror, som kommer på besøg om et par dage. Han har arbejde i et andet skandinavisk land, men hans kone og børn er stadig i Tyrkiet, hvor han lige har været på ferie. Han ringede og spurgte Esme om, hvorfor hendes humør var så dårligt, og Esme håber nu, at broren kan gøre noget.

Sundhedsplejersken gav Esme ret i, at hun havde brug for familien til at snakke med, men hun spurgte også, hvad hun forventede, at broren kunne stille op. Esme ved godt, at han ikke kan gøre noget på de par dage, han er i København. Sundhedsplejersken mente, at Esme selv måtte tage nogle beslutninger - også for børnenes skyld:

"Du er en omsorgsfuld, god mor. Det er hårdt at forlade din mand, men også hårdt for dine børn at opleve deres far sådan. Det er også svært at blive skilt med dit hjemlands normer, men det er det også for danske kvinder. Du virker træt lige nu".

Esme svarede til det, at hun ikke mere var bange for sin mand, kun for at blive skilt og ikke at kunne bo samme sted. Hun var ikke mere bange for hans voldshandlinger, hun ville forsvare sig og slå igen.

Sundhedsplejersken mente, at det var socialrådgiveren, som skulle inddrages i tilfælde af "lovting", og hun ville gerne vide, hvad Esme ville bruge hende til i dag.

Esme svarede ikke direkte på spørgsmålet, men forklarede, at da hun følte, at hun kendte sundhedsplejersken i forvejen, ville hun få mere støtte fra hende. Sundhedsplejersken prøvede her at få Esme til at forstå, at hun skal bruge sine venner til at drøfte sine problemer med (interviewer: spørgsmålet er om Esme i det hele taget har venner, hvilket ikke fremgik af kontakten med Esme). Esme hørte ikke, hvad sundhedsplejersken sagde og fortsatte uanfægtet med at fortælle om manden, som ikke kom hjem til tiden. Esme har holdt tingene hemmeligt i flere år, dvs. dækket over ham også over for naboerne:

"Når vi er ude lader jeg som om, når vi er hjemme går det slet ikke godt. Jeg har lyst til bare at gå. Men så er der jo børnene".

Sundhedsplejersken kommenterede ved at støtte Esmes idé om skilsmisse for at få mere ro i hverdagen. Esme gav hende ret i, at ro var vigtigt. Manden havde været i Tyrkiet i 14 dage i forbindelse med et dødsfald, og da havde hun og børnene følt ro. Børnene var trygge ved ikke at skulle høre hans trin på trappen.

Sundhedsplejersken spurgte, om det var godt, at Esmes bror vidste besked med forholdene. Esme svarede ikke direkte, men fortalte, at hendes far var død og moren syg, så hun ikke kunne tåle at vide besked. En storesøster i et andet skandinavisk land ringede og sagde, at Esme endelig ikke måtte lade sig skille, så det skortede faktisk på støtte til at lade sig skille.

Sundhedsplejersken spurgte, om ikke moren ville støtte hende, hvis hun vidste besked, men Esme mente, at den tyrkiske kultur er præget af:

"...Du skal bare have en mand og tag over hovedet. Han (Esmes mand) interesserer sig ikke for noget praktisk, breve åbnes ikke, og han taler ikke med myndighederne og med mig".

Sundhedsplejersken sagde, at Esme ville få styrke ved at tale med sin bror, og hun tilbød at tage med til sagsbehandleren. Esme mente, at hun ville blive flyttet til en anden lejlighed, og at hun ville få børnene. Hun var bange for, at det

ville tage lang tid at blive skilt. Sundhedsplejersken fortalte, at der i nærheden var både jurist og sagsbehandler, som kunne hjælpe. Esme var bekymret for, om lejligheden ville blive taget fra hende, fordi der ikke var betalt husleje. Sundhedsplejersken anbefalede nu, at børnene skulle sendes væk fra stuen, fordi de ikke havde godt af at høre om problemerne. Esme mente ikke, det gjorde noget og snakkede videre. Sundhedsplejersken fortsatte derefter med at pointere, at Esme måtte væk fra sin mand, og at de skulle tale med Esmes sagsbehandler:

"Det er et stort projekt, du må ikke blive ladt i stikken. Der skal være nogle, der hjælper dig, og vi skal have en plan".

Det blev aftalt at afholde et møde i Socialforvaltningen med Lise og Conny (navnene er ændret), som Esme var på fornavn med. Forvaltningen havde skrevet et brev til Esmes mand med udtalelse om, at børnene ikke havde det så godt, og at man måske blev nødt til at fjerne dem. Sundhedsplejersken kommenterede samstemmende med:

"Din store pige har det ikke godt, hun er en lille voksen, og hun skal have lov til at være barn".

Samtalen afsluttedes med en snak om ligeberettigelse mellem mænd og kvinder. Esme fortalte igen, at da hun begyndte at slå igen, holdt volden op. Hun fortalte, at hun er opdraget til at respektere sin ægtemand, men det kan hun ikke, fordi:

"...jeg har ikke fortjent at blive nedgjort, jeg kan ikke mere".

Til sidst gjorde Esme opmærksom på, at hun havde været og var meget glad for at tale med sundhedsplejersken, som har kendt familien i mange år.

4.1.4 Esmes møde med sundhedsvæsenet: Sammenhængen mellem hverdagsliv og sygehistorie

I et efterfølgende interview viste det sig, at Esme ikke var tilfreds med udbyttet af besøget hos lægen, som hun dog generelt var utrolig glad for. Men samtalen ved første besøg var ikke så god, fordi lægen ikke forstod, hvad hun ville, nemlig have et brev med til apoteket, hvori der stod, at Esme skulle have al sin og familiens medicin noget billigere. Hun henter medicin fra flere lægers recepter, da manden har en anden læge. Og sønnen har astma og skal bruge astmamaske. Men lægen gav hende bare en recept og sagde, at hun ikke kunne få rabat på alting og fx ikke på p-piller. Esme var desuden utilfreds med kun at have fået recept på 10 sovepiller. Selvfølgelig ønskede hun ikke at blive afhængig, men hun mente selv at kunne styre sovemedicinen fx ved kun at tage dem hver anden dag. På spørgsmålet om smerterne i arme og ben forklarede Esme, at det var på grund af smerterne, at hun trænede, og at hun mente årsagen til

smerterne var stress. Alt i alt ville det have været meget bedre at have tolk med, erkender Esme.

Ved familieinterviewet kom det frem, hvordan hverdagslivet og sygehistorien hang sammen i Esmes tilfælde.

Esme synes ikke, hun fejler noget, men hun kunne ikke sove om natten, og det var der flere grunde til. Hun kunne ikke få økonomien til at hænge sammen; senest er der to måneders husleje, som ikke er blevet betalt. Og hendes mand interesserer sig ikke for det, så hun må selv løse de økonomiske problemer. Hun har måttet tage et lån, og der er tilbagevendende problemer med økonomien.

Søvnløsheden ville Esme have lægen til at afhjælpe med sovepiller, som hun indimellem fik i mindre doser. Der var ikke andre i Esmes familie med søvnproblemer:

"...fordi de ikke har problemer med økonomien og en mand der drikker".

Hun har af lægen fået bevilliget styrketræning i en fysioterapi for at få lidt adspredelse og gøre lidt for sig selv. Når lægen henviser til styrketræning, så er det billigere, end hvis hun selv opsøger det.

For ca. 7 år siden havde Esme det så dårligt, at hun grædende henvendte sig til lægen og bad om at blive indlagt på psykiatrisk hospital. Hun blev da henvist til psykolog, som tidligere nævnt i forbindelse med danskundervisningen. Hun havde en slem hovedpine, og lægen mente, det var stress. Problemet med mandens drikkeri var så stort for Esme, at hun om natten lå og lavede beregninger på, hvordan den næste dag dog skulle gå.

På trods af sin situation så Esme det ikke som en mulighed at rejse tilbage til Tyrkiet med børnene. Hun mente ikke, der var nogen steder dernede, hvor hun kunne bo med børnene, hvorfor hun i værste fald ville være henvist til at sove på kirkegården. De problemer, hun havde med den manglende huslejebetaling, blev løst af socialkontoret, og det ville ikke kunne lade sig gøre i hendes hjemland. Derfor ønskede hun at blive i Danmark, for her bliver hun og børnene hjulpet. Her kan hun også blive skilt fra sin mand og blive gift igen, det ville hun ikke kunne i Tyrkiet. Hun havde ikke aktuelle planer om at gifte sig igen, men det var dog en mulighed, ligesom hun allerhelst vil giftes med en dansk mand.

Når der opstod problemer, så gjorde Esme noget for at løse dem. Hun tænkte meget på, om de ville blive smidt ud af lejligheden på grund af huslejerestance. Esmes interesse var at passe hjemmet og børnene, og hun lavede mad efter tyrkisk tradition. Hendes mand viste ikke interesse for hverken hende eller børnene, og for at få opmærksomhed spurgte hun nogle gange, om hun skulle gå i bukser eller lægge tørklædet, men han svarede blot, at det måtte hun selv om.

Efter et dødsfald i mandens familie rejste han til Tyrkiet, og derefter var der en periode, hvor han ikke drak. Da var han som en helt ny mand; han ringede og spurgte til børnene og var interesseret. Men da han igen begyndte at drikke, var alt ved det gamle. Han interesserede sig heller ikke for, at Esme går til lægen. Det er Esme, som opdrager børnene og træffer beslutninger også om økonomien.

Esme konsulterede den praktiserende læge to gange om måneden - nogle gange med større mellemrum. Hun har været svimmel et par dage, men har ikke kunne finde tid til at ringe og bestille tid. Lægen har en fast dag om måneden, hvor der er en tolk, men det er ikke altid, at det tidspunkt passer Esme, og så må hun selv forklare sig så godt hun kan. Esme tager som oftest alene til lægen, men hvis hun skal have nogen med, er det naboen.

Det forebyggende sundhedsvæsen kender Esme ikke noget til. Men hun har gået til graviditetsundersøgelser hver gang hun har været gravid - undtagen med den ældste datter, som blev født i Tyrkiet. Børnene går til lægeundersøgelser og er blevet vaccineret som anbefalet. På den måde er hun blevet mere sikker på børnenes helbred. Oplysningerne om disse ting har hun fået fra sundhedsplejersken.

Oplysning om rygning har Esme hørt om, både fra en læge og i fjernsynet, men hun ryger ikke så meget, synes hun. Da hun var gravid, spurgte hendes læge, hvor meget hun røg, og det var kun 6 til 7 stykker om dagen, hvilket der ikke blev sagt noget til.

Esme modtog et brev fra hospitalet, hvor hun skulle til undersøgelse fra top til tå. Hun fik taget en blodprøve, men hun fik ikke en tid, det har været helt umuligt. Esme benytter ikke alternative behandlingstilbud.

Det er ikke en hemmelighed, at Esme har problemer, og hun taler med alle om det - også med personalet i vuggestuen. Tidligere holdt hun det hemmeligt, men så sagde psykologen, at hun skulle snakke om det. Før i tiden talte hun med børnene om problemerne, men det er hun holdt op med. De bliver kede af det og får det måske også psykisk dårligt. De er jo helt uskyldige.

Esme er tilfreds med sin læge og har en forventning om, at hun ville få den hjælp, hun har brug for, når hun henvender sig. Det var lægen, som anbefalede, at hun kunne være med i projektet (nærværende projekt). Hun syntes ikke der er noget dårligt ved det danske sundhedsvæsen. Hun kontakter sundhedsvæsenet, når hun har brug for det; hun synes personalet er søde ved hende, og hun har ikke oplevet at blive diskrimineret. Men sprogbarrieren er et stort problem.

I fremtiden vil hun gerne være lykkelig og kunne træne lidt. Hvis hun vidste lidt mere om uddannelse, kunne hun måske få en uddannelse her i Danmark.

4.2 Mahins møde med sundhedsvæsenet

4.2.1 Baggrund

Mahin har pakistansk baggrund, er i begyndelsen af 30'erne og har boet i Danmark i 12 år. Hun er gift med sin fætter, som er jævnaldrende og hjælper hende meget med at få hjemmet til at fungere. Parret har 4 børn (9-3 år).

Familien kommer fra en landsby i Pakistan, men har haft bopæl i flere europæiske lande. Hun og hendes mand har været forlovet siden barndommen, men de kom ikke til Danmark samtidig.

Mahin har gået 8 år i skole i Pakistan. Hun er for tiden sygemeldt på grund af en depression og modtager sygedagpenge. Hun har tidligere i Danmark haft rengøringsarbejde i 3 år og arbejdet som pædagogmedhjælper i ca. 1 år. Nu klarer hun kun let husligt arbejde i hjemmet. Det er Mahins mand, som står for det meste af det huslige arbejde. Han kører taxa 7-8 timer dagligt; holder pauser for at gå i moskeen og kører også hjem og holder pause for at spise og drikke kaffe. Mahin går kun med tørklæde ude, og hun hverken ryger eller drikker

I forbindelse med accept af at deltage i projektet var Mahin skeptisk over for, at projektmedarbejderen med socialrådgiverbaggrund skulle komme i hjemmet og interviewe. Mahin spurgte, om projektmedarbejderen var fra socialforvaltningen. Da sammenhængen blev forklaret, beroligede det Mahin.

Socialt netværk

Mahin kom til Danmark, fordi hendes storebror, som boede i et andet europæisk land, havde nogle venner, der var flyttet til Danmark. De syntes om landet, og så flyttede broderen og faderen hertil - senere også moderen og Mahin. Hun har sin bror og mor og en del anden familie, som alle bor i nærheden. Tidligere havde Mahin mange veninder, men kan ikke længere klare at have kontakt og besøg; hun vil gerne isolere sig. Det er ikke på grund af huslige pligter eller på grund af børnene, at hun ikke magter at have kontakt til veninder og andre - det skyldes hendes helbredstilstand.

Familien har været i Pakistan for et år siden i forbindelse med forældreorlov. De fremlejede deres lejlighed og besøgte Mahins søster og moster. Nu kan de ikke tage af sted, fordi Mahin ikke er rask.

Behov for og brug af tolk

Mahin taler og forstår lidt dansk, og hun har gået til danskundervisning i 2 år. Hendes mand kan også dansk, men Mahin mener, hun ikke er så god til det, men at hun klarer sig nogenlunde alligevel.

Hun er vant til at tale dansk med lægen, som hun har været hos mange gange. I forbindelse med projektet er det dog blevet besluttet, at der skal bruges tolk for at få alle nuancer med i kommunikationen.

4.2.2 Hos den praktiserende læge

Første besøg

Tolken og Mahin kendte hinanden fra tidligere. Der var afsat 20 minutter til konsultationen. Lægen spurgte, hvad Mahin ville, og hun svarede, at hun kom på grund af depression og ondt i ryggen.

Lægen spurgte om, hvad der var vigtigst, fordi der ikke var tid til begge dele. Mahin svarede ondt i ryggen; at hun havde taget piller, som ikke virkede, og nu vidste hun ikke, hvad hun skulle gøre. Lægen sagde, at hun ville kigge på Mahins ryg, hvor der ifølge røntgenbilleder tilbage fra 1995 var tale om en bygningsfejl. Mahin svarede, at det nu også gjorde ondt i hendes ben. Lægen mente ikke, at der var forskel på nyere og tidligere billeder, der kunne forklare smerterne i benene. Mahin pegede på sin lænd, mens hun forklarede:

"Jeg har smerter midt i ryggen, og så stråler det ned i mit venstre ben. For en måned siden fik jeg smerter igen, og det strålede så ned i det højre ben."

Lægen spurgte nu hvor tit og i hvilke situationer, og Mahin kunne ikke svare helt præcist, men at det var, når hun havde stået længe, vasket tøj og strøget, og hvis hun gik.

Lægen forklarede, at det var naturligt at få ondt i musklerne med en skævhed i ryggen. Hun spurgte desuden til, hvor langt Mahin kunne gå, før smerterne opstod. Mahin tøvede og mente, at hun kunne gå frem og tilbage for at handle.

Lægen spurgte om, hvad der skete under pres, men Mahin kunne ikke svare på det, da hun ikke havde lagt mærke til noget specielt i den henseende. Lægen uddybede med, at hun tænkte på, om det blev værre, da Mahin skulle i skole (til danskundervisning), men hertil svarede Mahin, at det da blev værre med depressionen. Lægen konkluderer:

"Ryggen har altså sit eget forløb uafhængig af depression og dine angstanfald".

Lægen beder Mahin om at tage bluse og sko af. Hun står op og lægen står bagved, ser på ryggen og trykker ind på rygraden. Lægen spørger, om det gør ondt, og hvor meget Mahin kan bøje forover og til siderne. Derefter beder lægen Mahin om at tage kjolen på igen og lægge sig op på briksen på ryggen.

Mahin bliver bedt om at løfte begge ben hver for sig strakt op mod loftet. Lægen spørger, om det gør ondt. Mahin har smerter på bagsiden af højre lår, men ikke i venstre. Lægen undersøger også hoftebevægeligheden og forklarer hele tiden, hvad det er, hun gør:

"Du har en bygningsfejl i ryggen, det er ikke noget farligt, og det er ikke noget nyt, der skal gøres noget ved. Det der vil hjælpe er at bruge musklerne i din

ryg. Nogen øvelser skal du ikke lave for ikke at overbelaste. Jeg vil skrive en henvisning til fysioterapeuterne hernede. Du har vist gået der før, og nu kan du få genopfrisket øvelserne".

Mahin kan ikke huske, at hun har gået der og fået øvelser. Lægen spørger, om det er et problem for Mahin, at hun skal betale noget selv, og Mahin spørger, hvor mange gange hun skal gå der. 4-5 gange for at blive instrueret i øvelserne, svarer lægen, og Mahin siger så OK.

Lægen skriver en henvisning på skærmen, men har tekniske problemer. Ingen siger noget imens. Lægen må opgive og siger, at hun vil sende henvisningen senere, for tiden er ved at være gået. Lægen spørger også, om Mahin vil have en ny tid nu, eller om hun selv vil henvende sig senere for at snakke om depressionen. Mahin foretrækker at få en ny tid nu.

Andet besøg

Ved det andet lægebesøg 14 dage efter var der en medicinstuderende til stede. Mahin blev orienteret herom, men alligevel bliver hun på et tidspunkt forvirret og kan ikke huske, hvad hun skal sige, når der er så mange til stede. Konsultationen varer denne gang næsten 30 minutter, og lægen indleder med at forklare den studerende om projektet. Lægen ser spørgende på Mahin, som siger:

"Hvor skal jeg starte?"

Lægen svarer, at de i dag skal tale om Mahins depression. Mahin fortæller, at hun har det på samme måde, og at det ikke bliver bedre. Lægen spørger, om Mahin har haft kontakt med socialcenteret, og Mahin bekræfter, at det har hun for et par uger siden. Da lægen spørger til, hvad de sagde, svarer Mahin:

"Jeg kan ikke huske det. Nu bliver jeg nervøs, når der er så mange, og jeg ved slet ikke, hvad jeg skal".

Lægen svarer, at den studerende bliver nødt til at blive der nu og tilføjer, at hun har fået et brev fra socialkontoret efter tidligere at have skrevet et brev om Mahins situation. Lægens brev handlede om, at Mahin havde det psykisk dårligt, ikke kunne gå i skole, og at der var brug for et psykiatrisk tilbud. Problemet er, at man på psykiatrisk afdeling på sygehuset ikke vil behandle Mahin, og at det er svært at finde en psykiater ude i byen, som vil tage hende i terapi.

Mahin er meget overrasket over ikke at kunne blive behandlet og spørger om grunden til det. Lægen forklarer, at det er fordi man ikke mener, at Mahin taler godt nok dansk til at modtage psykiatrisk behandling. Men lægen har ikke bedt om tolk, fordi hun mener, at Mahin taler udmærket dansk. Med hensyn til gruppeterapien på sygehuset er den ikke egnet til, at der er tolk tilstede.

Lægen har også tidligere skrevet til socialkontoret, at Mahin er meget generet af sin ryg, og at hun er blevet henvist til fysioterapi, ligesom hun har skrevet, at der ikke var sket nogen positiv udvikling i Mahins psykiske problemer. Mahin bekræfter nu, at hendes psykiske tilstand er blevet værre:

"Min tilstand er blevet værre, jeg bliver vred for ingenting på børnene, og jeg slår mig selv og er helt lammet i kroppen".

Lægen spørger, hvad Mahin mener med at slå sig selv, og Mahin forklarer og viser med hænderne:

"Jeg slår mig selv i hovedet, og jeg har lyst til at slå mig selv ihjel".

Lægen prøver at finde ud af, hvordan det starter, og Mahin svarer, at det starter, når børnene støjer. Når de larmer, kan hun ikke holde det ud. Lægen spørger, om det er når hun er alene med dem, og Mahin nikker. Lægen spørger, hvad hun så gør, og Mahin svarer, at hun skælder børnene ud. Lægen spørger om, hvad Mahin siger til dem, og svaret er, at hun skælder ud og siger, at de ikke må larme, og at hun har det dårligt. Mahin siger, at børnene bliver bange. Lægen spørger, om Mahin har haft det sådan før, og Mahin svarer:

"Nej, jeg ved ikke hvad det er. Mit hjerte er blevet lidt barnligt".

Lægen spørger, hvad manden siger, og svaret er, at han ingenting siger, fordi han ikke er ret meget hjemme, og når han er hjemme sover han. Lægen spørger, om de ikke snakker om det, men Mahin svarer nej, ikke noget særligt, og i givet fald siger manden, at hun skal passe på sig selv og børnene.

Lægen prøver at finde ud af, hvorfor Mahin er dårligere end før, men Mahin kan ikke finde nogen særlig grund. Lægen spørger også til ryggen, og Mahin svarer, at det går lidt bedre og spørger, om det mon er, fordi hun spiser flere piller. Hvilke piller, spørger lægen, og Mahin svarer:

"Smertestillende og depressionspiller er det den cocktail, der gør det?"

Det benægter lægen og forklarer i stedet, at når Mahin både har ondt i ryggen og en depression, kan det forstærke symptomerne, selv om ryggen er lidt bedre. Og at føle sig hjælpeløs kan give utryghed og depression. Mahin siger, at det nok er rigtigt, for hvis hun vil foretage sig noget, så forhindrer ryggen hende i det. Lægen supplerer med at sige, at det er derfor, at Mahin bliver mere og mere frustreret og irriteret. Lægen ville ønske, at hun kendte nogen, som kunne hjælpe Mahin med de psykiske problemer. Lægen spørger, om Mahin kan huske en psykiater fra for mange år siden, men det kan hun ikke, for hun gik til flere. Lægen svarer, at det ikke er den samme, som Mahin gik til for 6 år siden i forbindelse med en fødselsdepression. Mahin kan ikke huske navnet, og lægen spørger, om hun kunne tænke sig at komme til en psykiater. Mahin svarer:

"Hvis det hjælper mig, har jeg ikke noget imod det. Jeg føler nogen gange, at min hjerne er helt mørk, alt er slettet, jeg kan ikke tænke. Kan det være den sygdom eller noget andet? Jeg kan ikke huske, og alle tanker er væk. Kan det være på grund af depression?"

Lægen bekræfter, at det skyldes depressionen, og at det jo er blevet undersøgt, om der var andet i vejen med Mahins hoved. Mahin fortsætter:

"Det føles, som om mine muskler i hovedet er helt stramme (peger på sin pande)".

Lægen lover at prøve at kontakte en psykiater og sende besked, når hun har fundet én. Lægen siger, at Mahin ikke selv skal henvende sig, da hun er bange for, at Mahin så vil blive afvist. Og nu får Mahin en ny tid hos lægen.

Tredje besøg

Ved tredje besøg 1 måned efter sidder Mahin på en stol i venteværelset og er ved at falde i søvn. Hun ser meget dårlig, træt og trist ud. Familien skal ikke til Pakistan i sommer, fordi hun har det så dårligt, og det er især børnene kede af.

Hun skal til læge i dag og snakke om sin nye medicin, som hun begyndte på for ca. 1 uge siden. Hun har været til en psykiater én gang, som ordinerede pillerne.

Mahin går ikke til fysioterapeut lige nu, hun holder pause. Det hjælper ikke, det er dyrt, og hun har menstruation. Hun har fået nedskrevne øvelser med hjem, som hun gør, siger hun. Hun skal selv ringe derhen, hvis hun vil derved igen. Hun har været der 4-5 gange.

Lægen indleder med at sige, at Mahin ser træt ud, og Mahin svarer ja. Lægen spørger, om det er på grund af de nye piller, og Mahin svarer bekræftende:

"Jeg føler ligesom jeg ikke kan få vejret, kæben lukker sig fast og tungen går op i ganen."

Lægen spørger, hvor længe Mahin har taget pillerne, og det fremgår af svaret, at der er tale om 3 dage. Lægen forklarer, at det Mahin beskriver er bivirkninger, som ikke skal få hende til at holde op, for det tager noget tid, før pillerne hjælper. Mahin er ikke meget for at fortsætte:

"Jeg føler, at jeg har så stærke bivirkninger, at jeg ikke kan klare det. Jeg kan ikke en gang synke vand, og jeg har ingen appetit. Jeg får kvalme, når jeg får vand i munden... Jeg kan heller ikke sove. Når jeg lægger mig ned, begynder jeg at ryste i hele kroppen, og mit hjerte banker..."

Lægen spørger, om Mahin har taget tabletterne rigtigt og synes også, at det er

skidt, at Mahin har det så dårligt af den nye medicin. Lægen måler nu blodtryk og lytter på hjertet. Det er normalt. Lægen foreslår nu en anden måde at tage tabletterne på sammen med et andet beroligende middel. Lægen forklarer bivirkningerne og ønsker samtidig hyppig kontrol. Hvis Mahin ikke får det bedre i løbet af en uge, så vil lægen indlægge hende.

Mahin tvivler på, at det vil blive bedre, mens lægen siger, at det bliver hun som læge nødt til at tro på. Mahin spørger igen:

"Vil jeg ikke bare blive dårligere? Jeg spiser ikke noget og drikker lidt saftvand. Ikke engang 1 glas kan jeg drikke".

Nu følger en dialog om at drikke væske. Lægen vil gerne have Mahin til at drikke lidt mere hver dag, men Mahin siger, at hun kommer til at kaste op af det.

Lægen spørger, om Mahin har mod på at fortsætte, for ellers må hun indlægges på hospitalet. Mahin ser forskrækket ud ved tanken om børnene. Manden skal passe sit arbejde, og hun vil først spørge ham, om han kan hjælpe. Lægen giver Mahin en ny tid til ugen efter, og hvis hun bliver dårligere inden, må hun ringe til lægevagten for at blive indlagt. Da Mahin ikke har medicin mod depression hjemme, skriver lægen en recept ud, mens hun medfølelse siger:

"Det er virkelig svært, Mahin".

4.2.3 Hos fysioterapeuten

Mahin har været til fysioterapeut én gang tidligere, men tolken havde glemt at ringe besked til interviewer, som så var med til dette andet besøg, som varede en halv time. Sønnen på 6 år var med, og han sad helt stille ved siden af briksen uden at sige noget. Før vi gik ind i behandlingslokalet, gik tolk og Mahin ud og hentede hendes lagen i et skab. Fysioterapeuten starter med at spørge til, hvordan Mahin har det, og hun svarer, at det går lidt bedre. Fysioterapeuten spørger til, hvad der har gjort det bedre, og Mahin tænker sig om og siger, at hun nu passer på med at gøre de ting, som gør ondt - fx løfte tunge ting. Fysioterapeuten spørger, om det ikke er øvelserne, som har givet forbedringen, men det tror Mahin ikke. Fysioterapeuten beder Mahin om at tage tøjet af, så hun kan blive undersøgt. Hun spørger, hvor det gør ondt, og Mahin peger bagpå midt på rygsøjlen.

Mahin ligger på maven på briksen og begynder en øvelse med at løfte kroppen op og bagud via armstræk. Fysioterapeuten retter hendes måde at gøre øvelsen på og spørger, om det gør ondt. Mahin bekræfter, og fysioterapeuten siger, at det ikke kan undgås at gøre lidt ondt. Hun beder nu Mahin om at komme op og stå og spørger igen, om der er smerter. Mahin bekræfter, og fysioterapeuten siger, at smerterne forsvandt efter øvelserne sidste gang. Hun forklarer nu Mahin, hvordan hun skal sidde for at undgå at runde i ryggen, men Mahin er tilsyneladende ikke enig i de gode råd. Hun vil fx gerne sidde i en sofa og ikke i

en hård stol. Hun spiser også i sofaen, mens fysioterapeuten så råder til kun at sidde, når hun spiser og ellers gå og ligge. Årsagen forklares, at jo lavere og jo blødere, jo mere vrides ryggen. Mahin er heller ikke meget for at gå ture, for hun mener ikke at kunne gå ret langt. Fysioterapeuten prøver at få Mahin til at gå ture, fordi det vil være godt for hendes ryg.

Mahin opfordres til at gøre rygøvelsen igen, denne gang med modstand. Mahin siger, at det gør ondt "*som et sår*", og hun ser meget anstrengt ud. Mødet med fysioterapeuten er ved at være forbi, og hun spørger, om Mahin har nogen spørgsmål. Mahin spørger om hun bliver helt rask. Fysioterapeuten kan ikke love det, men tiden må vise, om de anbefalede råd hjælper, og der udspiller sig en længere dialog om rygøvelser og profylakse for rygsmerter. Mahin opfordres til at bestille en ny tid til ugen efter.

4.2.4 Mahins møde med sundhedsvæsenet: Sammenhængen mellem hverdagsliv og sygehistorie

Hvad mener Mahin om det første lægebesøg

I et efterfølgende interview fortalte Mahin, at hun fik både smerter i ryggen og depression i forbindelse med sin anden graviditet. Hun har spist mange smertestillende piller, som nu ikke hjælper mere. Det stråler ned i hendes ben. Mahin har det nu så dårligt, at hun ikke orker at have gæster eller se nogen. Tidligere - da hun gik i skole - havde hun både danske og pakistanske veninder, men det er slut nu, siger hun trist. Hendes børn har svært ved at forstå, at hun er syg og ikke magter så meget. Hun kan ikke løfte børnene op, og i det daglige er der mange bevægelser som er svære. At bukke sig ned og gøre rent mv. Hendes mand kommer af og til hjem før tid for at hjælpe hende, men han skal jo passe sit arbejde. Det ældste barn kan hjælpe lidt til. Hun får ikke hjælp fra andre familiemedlemmer.

Mahin syntes, det var meget fint at have tolk med, for så kan hun bedre både forstå og forklare sig. Ikke alt kom dog frem i dag, da de kun snakkede om rygproblemerne. Hun vil afvente henvisning til fysioterapi for at se, om det kan hjælpe. Hun vil tage imod instruktion et par gange, og hvis det hjælper, vil hun fortsætte. Men man skal jo selv betale noget. Og ret meget egenbetaling har hun og hendes mand ikke råd til.

Hvad mener Mahin om det andet lægebesøg

Mahin er tryk ved lægen, som hun stoler meget på. En af hendes sønner har astma og altid været meget syg som lille. Måske derfor fik hun en depression, siger hun. Hun siger, at hendes mand er meget forstående og hjælpsom. Hun er holdt op med at tale med familie og venner om sine problemer. Hun kan ikke pleje sit netværk, som hun plejer og gerne ville.

Hun vil prøve alt for at få det bedre - også gå til endnu en psykiater, selv om det ikke har hjulpet hende tidligere. Hendes forklaring på det er: "*Vi sad bare og talte*". Hun har ingen bivirkninger af sin medicin, siger hun. Hun kan ikke sove om natten, hvilket er et stort problem.

Hvad mener Mahin om det tredje lægebesøg

Mahin er efter konsultationen meget træt og kan næsten ikke tale. Mahin mener ikke, at hun vil gå mere til fysioterapi. Hun skylder allerede 700 kr.; det koster 127 kr. pr. gang, og "*når det ikke hjælper...*".

På spørgsmålet om, hvorfor hun ikke vil indlægges, svarer hun, at hun ikke kan lide det, specielt ikke om natten. Og hun skal være sammen med en hel masse "*mærkelige*" mennesker. Hun gentager: "*Denne medicin kan jeg ikke tåle*". Jeg spørger, om hun alligevel vil tage den, sådan som lægen sagde, og hun svarer: "*Hvad skal jeg ellers gøre?*". Hun ved ikke, hvad medicinen hedder.

Hun vil ikke have sin mors hjælp med børnene, for dels vil børnene ikke passes af hende, dels kan moren ikke magte dem, da hun har astma.

Intervieweren afslutter med at sige, at det er utroligt, at Mahin har sin tålmodighed intakt. Mahin ryster benægtende på hovedet og siger med et lille, træt smil: "*Det har jeg heller ikke*".

Hvad mener Mahin om mødet med fysioterapeuten

Mahin fik sagt det hun ville og var godt tilfreds med mødet. Hun synes dog, at det er dyrt at gå der, så det har hun kun råd til nogle gange. Hvis det ikke hjælper, holder hun op efter et par gange mere. Hendes mand støtter hende i at bruge penge til fysioterapi. Hvis der sker noget nyt (at det hjælper), så vil hun komme flere gange. Hun ved ikke, om det vil hjælpe hende, men hun er villig til at prøve.

Mahin er tilbageholdende med at fortælle om alle sine klager, for hun er bange for reaktionerne, hvis hun siger alt det, hun faktisk har på hjerte:

"Åh, nu kommer hun bare med noget nyt igen".

Hjemme hos Mahin er familiens lejlighed ryddelig og lidt spartansk indrettet. Der er lyserøde vægge med pakistanske billeder og vægtæpper. Koranen slået op i glas og ramme hænger på væggen. Der er en hjørnesofa i læder med et sofa-bord foran. Der er meget rent overalt, og der er et stort TV og musikanlæg med mange cd'er i stuen.

Mahin bærer ikke tørklæde indendørs, og vi skal ikke tage skoene af. Drengen på 9 år er tilstede, da vi kommer. Han er lidt urolig og går frem og tilbage og ud på altanen. Til sidst går han ned og leger. Han deltager ikke i interviewet.

Manden kommer lidt senere, da han har været i moskeen. Han har lyseblå løs dragt på, men da han skal på arbejde - han kører taxa om eftermiddagen fra ca. 16.00 - skifter han til almindeligt dansk jakkesæt. Den anden søn på 6 år, som var med til fysioterapeuten, kommer hjem, og endelig kommer også Mahins mor, som bor lige i nærheden. Hun har et hvidt hovedtørklæde på og sidder

musestyle ved siden af Mahin og lytter til sidste del af interviewet. Begge drenge skal på koloni i dag, og der skal pakkes. Manden tager sig af drengene, mens vi afslutter interviewet.

Midtvejs i interviewet sørger manden for at sætte 7-Up, Coca Cola og pakistanske snacks ind til os.

Mahin forklarer sin sygdom som social isolation:

"Min sygdom er, at jeg ikke kan komme ret meget ud. Jeg vil gerne være indendørs. Jeg vil ikke have kontakt med andre. Det er min sygdom."

Mahins mand bekræfter ved familieinterviewet, at det er sådan, hun har det. Han fortæller, at Mahin har kørekort, men ikke tør køre mere. Hun er bange for at sidde bag rattet og at køre galt. Mahin snakker lidt med naboerne og dem, hun ellers møder, men ikke ret meget. Selv om Mahin helst vil isolere sig, så vil hun godt deltage i dette interview, fordi hun håber, at hun kan komme af med sin sygdom ved at snakke med andre om den.

Mahin blev syg efter hun fik et barn for 6 år siden. Familien mente, at det var noget, der gik over, men efter et år gik hun til sin egen læge som bekræftede, at hun havde en depression og henviste til specialist.

I 5-6 år har Mahin fået medicin (Cipramil) ordineret af egen læge, og hun har haft samtaler med en psykolog. I en lang periode har Mahin været tilknyttet psykiatrisk afdeling på et hospital som ambulant dagpatient et par gange om ugen. Her havde hun samtaler med en læge, som kontrollerede den medicin, hun fik, om hun havde bivirkninger, og om hvordan det var for hende at tage medicinen. På dagafdelingen snakkede de om mange forskellige emner, bl.a. om hvordan de havde sovet om natten, hvordan det var at vågne om morgenen, hvordan de havde det osv. Mahin har taget 10 kg på, som hun mener er en bivirkning af den medicin, hun tager.

Efter at være kommet i medicinsk behandling syntes Mahin, at hun efter et år fik det bedre. I samråd med lægen blev medicinen trappet ned, og til sidst stoppede Mahin med at tage den. Det gik godt i 3 måneder, så fik hun det dårligt og begyndte igen at tage medicin, og hun har ikke fået det bedre. Der er ikke andre i familien, der har det ligesom Mahin.

Mahins tilstand begrænser hende i at kunne udføre det daglige huslige arbejde, og hun må tilkalde sin mand, når hun går helt i stå. Så ringer hun til ham og siger, at han må komme hjem. De hjælper hinanden, siger manden, og det er derfor, han ikke arbejder så meget. Han ordner mange ting hjemme, når han har fri. Han klarer vasketøj, vasker gulv, køber ind og går til møder på skolen og i børnehaven. Mahin går til disse møder, hvis hendes mand absolut ikke kan. Han holder også fri om natten, fordi Mahin ikke kan lide at sove alene. Hun sover

med lukket hoveddør og soveværelsesdør, så når han kommer hjem, skal han banke på for at komme ind.

Det er usædvanligt i forhold til Pakistansk tradition, at manden deltager så meget i det huslige arbejde, og til det siger Mahins mand:

"Men hvem skulle ellers gøre det. Hvis man tager hensyn til hinanden, så er det bedre at gøre det end at hele huset sejler".

De tager begge to ansvar for opdragelse af børnene. Økonomisk klarer de sig lige. De får ingen sociale ydelser udover børnetilskud hver tredje måned. Familien har på et tidspunkt, da Mahins mand ikke havde arbejde, fået boligsikring, men da han så fik arbejde, vidste de ikke hvad de skulle gøre med boligsikringen. Så kom de til at skylde kommunen en hel del penge, som de skulle betale tilbage. Siden har de ikke søgt om den ydelse.

Begge parter giver udtryk for, at de snakker om tingene, og at der ikke er tale om, at den ene dominerer den anden, de beslutter i fællesskab. De oplever ikke det at Mahins tilstand begrænser hendes aktiviteter som problematisk, men håber på, at det vil blive bedre med tiden.

Mahin kommer ikke i moskeen, idet det for kvinder er tilladt at bede hjemme, hvilket hun så benytter sig af. Mahin tilbringer i det hele taget meget tid i hjemmet og prøver at gennemføre det huslige arbejde, så godt hun kan. Hun følger børnene om morgenen og handler det ind, som mangler i det daglige, alene eller sammen med sin familie. Når børnene kommer hjem om eftermiddagen, er hun sammen med dem. Ellers ser Mahin fjernsyn eller besøger sin mor, som bor lige i nærheden.

Hvis hendes børn absolut vil ud, så følger hun dem og sidder og holder øje med dem og er nervøs for, om de falder eller bliver væk. Hvis Mahin bestemte, så skulle de blive hjemme og have det sjovt hjemme; hun er bekymret for dem, når de er ude.

Inden Mahin blev syg, havde hun lyst til mange ting, hun gik til danskundervisning, og hun forberedte sig på at blive tolk, som var hendes store ønske. Hun tog kørekort og kørte bil, og hendes mand og hende kørte rundt og så på byen og tog på landet. Hun havde lyst til at komme ud og se verden:

"Jeg var en glad pige. Efter den første fødsel blev jeg rask, men efter den anden begyndte jeg at have det skidt".

Mahin fremtræder trist og stille og uden energi. Til at begynde med, da Mahin blev syg, sagde familien, at det gik over. Da det blev værre og Mahin fortalte, hvordan hun havde det, grinede de ad hende. Hun fortæller derfor ikke længere noget om, hvordan hun har det, selv om moderen dog godt ved, at hun går

til lægen, men ikke hvorfor. Mahin vil ikke fortælle det, for så bliver moderen bekymret og tror, at hun fejler noget alvorligt:

"Så derfor prøver jeg at beskytte hende".

I børnenes daginstitutioner ved personalet godt, at Mahin har det dårligt, og at hun er sygemeldt.

4.3 Lubnas møde med sundhedsvæsenet

4.3.1 Baggrund

Lubna er i begyndelsen af 30'erne og født og opvokset i en storby i Pakistan som den ældste af fem piger. Hun har som den eneste af dem ikke gået i skole, da hun var hjemme og ordnede huset sammen med sin mor.

Hendes tilkommende mand, som var hendes fætter, rejste til Danmark i forvejen, og hun kom senere, hvorefter de blev gift for 14 år siden. Lubna har med sin mand fået 6 børn i alderen 12, 9, 6, 4, 3 og 1 år, heraf 4 piger og 2 drenge. Lubna er nu separeret fra faderen til børnene, og han bor et sted i nærheden. Han har børnene af og til, ligesom han af og til gerne vil hente og bringe dem til og fra børnehaven. Det vil Lubna nu helst selv, for så kommer hun lidt ud af hjemmet, som hun formulerer det.

Lubna kom til Danmark for 14 år siden og har aldrig lært dansk eller gået til danskundervisning, hvilket hun selv mener er et stort minus. Lubna er analfabet, da hun hverken kan læse eller skrive. Hun vil egentlig gerne lære dansk, og hendes børn synes også, hun skal lære det, men så længe børnene er små, har hun for mange pligter og ikke tid til at lære det:

"Det er meget svært, man bør lære sproget. For når man ikke kan sproget, er man kun et halvt menneske. Jeg føler min tid er gået, kan man sige, til at lære det."

Børnene tolker for hende, når de snakker dansk indbyrdes, men hun synes, det er vigtigt, at de unge mennesker lærer dansk, fordi:

"...Vi er jo en del af samfundet, vi rejser jo ikke væk. Vi tager kun på ferie og er væk i to måneder, så kommer vi tilbage".

Socialt netværk

Lubna bor alene i en stor lejlighed med sine 6 børn. En fætter, hans kone og børn har indtil for nylig boet i nærheden, og da sås de jævnligt. Lubna snakker med de øvrige beboere i ejendommen, især med en kvinde, som også er pakistansk født, men ellers lever hun ret isoleret. Da hun er analfabet og heller ikke taler ét ord dansk, er hun dybt afhængig af sine børn som tolke i hverdagen.

Det er ikke Lubnas ønske at få flere børn, men hun har altid gerne villet have

drengene, fordi hun ikke selv havde brødre. Hun blev derfor ved med at få børn, til hun fik de ønskede drenge.

Familien tager til Pakistan hver 5.-6. år. Der bor hendes søskende og far. Moderen døde umiddelbart efter hun blev gift.

Når Lubna bliver trist eller ked af det, som hun fx gør, når hendes sukkertal stiger, så går hun ud en tur eller ringer til Pakistan. Lysten til at tage tilbage til Pakistan har hun, men når hun ser på sine børn, som er faldet til og helst vil være i Danmark, vil hun også helst være her.

Dagligdagen går med at passe børnene, købe ind, lave mad og gøre rent. Lubna har ingen specielle ønsker til at lave noget andet, end det hun gør, og tiden går hurtigt. Når hun ser fjernsyn, er det de programmer, hvor hun forstår sproget, hun ser.

Hun har regelmæssigt besøg af sin veninde, som kommer til Lubna, fordi hun er så optaget af at passe sit hjem og børn. Lubna kommer i moskeen engang imellem.

Separationen mellem hende og hendes mand har ikke givet problemer i forhold til hendes familie i Pakistan.

Behov for og brug af tolk

Lubna taler og skriver ikke dansk, men hun forstår enkelte ord. Hun er i det daglige afhængig af, at et af børnene tolker. I mødet med sundhedsvæsenet tager hun enten et barn eller sin fraseparerede mand med. Hos den praktiserende læge er der altid bestilt tolk, og på sygehuset tilkaldes sygehusets tolk.

4.3.2 Hos den praktiserende læge

Første besøg

Lubna var tilsagt ret sent, så tolken kunne ikke komme til selve konsultationen, og da lægen ikke vidste, at projektet var gået i gang, var der til Lubna afsat de 10 minutter, som alle patienter får. Lubnas mand var med inde hos lægen som tolk, mens tolken kom til det individuelle interview bagefter.

Lægen indleder med at sige, at de i dag skal snakke om Lubnas lunger, og hun spørger, hvordan det går. Lubna svarer, at det går meget bedre, men at hun har ondt i halsen. Lægen spørger, om Lubna har feber, og Lubna svarer nej. Lægen bliver i tvivl, om Lubna har forstået spørgsmålet. Manden oversætter, mens Lubna peger på sin hals og siger, at Lubna kun har "ondt uden på halsen".

Lægen rejser sig og lytter på lungerne; Lubna trækker blusen lidt op bagpå og læner sig frem i stolen. Lægen spørger, om Lubna er færdig med pillerne, og Lubna svarer, at det var sidste dag i dag. Lægen siger, at lungerne lyder bedre nu, men at Lubna skal tage piller 3-4 dage mere. Lægen vil kigge Lubna i hal-

sen og beder hende derfor om at tage hovedtørklædet af. Hun beder Lubna sige "ah", og fortæller, at hun er hævet i halsen, og at det hænger sammen med en voldsom lungebetændelse fra sidste uge. Lægen spørger nu, om Lubna har hørt fra hospitalet, og Lubna svarer ja. Mens lægen skriver en recept, siger Lubna, at hun gerne vil have testet sit blodsukker. Lægen henter et blodsukkerapparat, som Lubna selv ønsker at betjene. Hun stikker sig i pegefingern, og de venter på at se nogle tal på displayet. 15,1 siger lægen, og da Lubna spørger, om det er OK, svarer lægen, at det er for meget, og at det er derfor, hun har henvist til hospital:

"Vi bliver nødt til at tage det alvorligt".

Både Lubna og hendes mand nikker.

4.3.3 På hospitalet

Lubna følges fire gange frem og tilbage til hospitalet, hvor diagnosticering, behandling og kontrol skal foregå. Lubna og en eller to af hendes døtre tager med som tolke hver gang, og transporten foregår i interviewerens bil. Lubna kender vejen, da hun har været indlagt i forbindelse med sine fødsler. Datteren fortæller, at moren bliver meget syg af at være gravid og ligger et par måneder på hospitalet hver gang. Når datteren skal have fri fra skolen for at tolke for moderen, får hun et brev med i skole, som er skrevet og underskrevet af den ældste datter.

Lubna er hver gang meget smukt klædt på i forskelligt farvede pakistanske dragter. Lubna bærer ikke tørklæde og har sat håret op med store spænder.

Intervieweren medbringer og overdrager introduktionsbreve om projektet til behandlerne som orientering og dermed som adgangsbillet til at deltage som observatør. På intet tidspunkt er der problemer med at få lov til at følge Lubna i undersøgelses- og behandlingsforløbet. Personalet optræder tværtimod venligt og imødekommende. Alt går meget stærkt og virker effektivt og rutineret. Kun en af behandlerne når dog at præsentere sig eller give hånd til Lubna.

Lubna kunne ikke interviewes efter besøgene, da tolken rekvireres af hospitalet og skulle gå straks efter den enkelte konsultation.

Første gang – endokrinologisk afdeling

I bilen spørger datteren på familiens vegne, om observatøren kan hjælpe dem med at skaffe dem erstatning for ting, som er gået i stykker under en flytning i forbindelse med genhusning. Observatøren siger fra og forklarer, at det hverken kan eller må hun, så de spørger ikke mere.

Mens der ventes på tolken, overrækker datteren to skrivelser, som hun på moderens foranledning ønsker, at observatøren skal udfylde. Den ene er en samtykkeerklæring, som skal underskrives, så hospitalet har tilladelse til at give

oplysninger videre til Lubnas egen læge og speciallæger; den anden er et oplysningsskema (spørgeskema) om tidligere sygdomme, indlæggelser, behandlinger, røntgenbilleder mv. Observatøren begynder at oversætte, men datteren kan ikke forstå ordene, så det må vente, til tolken kommer.

I fællesskab udfyldes en nabos fornavn og telefonnummer som evt. kontaktperson til patienten. Observatøren spørger til hvilke røntgenbilleder, og det er vist noget med maven, da patienten peger lige under højre bryst (viser sig senere at være noget med galdeblæren). Observatøren spørger herefter til medicinforbrug, og datteren siger noget om tabletter for knoglerne (osteoporoseforebyggelse), og hun siger, at røntgenbillederne er noget med knoglerne.

I indkaldelsesbrevet står bl.a.: "Undersøgelsen kan komme til at vare et par timer, da De skal undersøges af en læge, have taget blodprøver samt evt. hjertekardiogram. Svar på undersøgelserne vil De få ved det næste ambulante besøg". Der står også, at patienten venligst bedes medbringe vedlagte oplysningsskema i udfyldt stand samt evt. røntgenbilleder og tidligere undersøgelsesresultater - netop for at gøre dette tiltag så effektivt og godt som muligt. Men det har Lubna slet ikke forstået og derfor heller ikke gjort. Senere bliver papirerne ikke efterspurgt af hospitalet.

Præcis kl. 9.45, hvor Lubna har en tid, kaldes hun ind af en sygeplejerske. Men da tolken ikke er kommet endnu, bedes vi vente. Tolken kommer 10 minutter senere, og alle går ind i et lille undersøgelsesrum, hvor sygeplejersken indleder en dialog med Lubna via tolken. Dialogen handler om Lubnas symptomer på sukkersyge; der tages blodtryk og puls, og Lubna skal måles, vejes og have taget blodsukker. Der spørges, om Lubna er fastende, og det er hun, da det stod i et brev, som hun har fået et af børnene til at læse, og som hun har forstået. Lubna virker rolig og fattet i situationen, selv om der tales om hendes alt for høje blodsukkertal, som hun selv er bekymret over. Sygeplejersken siger, at Lubna skal have medicin, og at hun godt kan forstå, at Lubna har det dårligt med så højt et tal. Lubna er tørstig, træt og oppe og tisse om natten og har efter eget udsagn

"...ondt over hele kroppen".

Sygeplejersken råder bl.a. Lubna til at gå en lang tur på en time hver dag, men Lubna griner lidt beklemt:

"Jeg går meget og er meget aktiv".

Sygeplejersken svarer, at Lubna ikke må blive tykkere, og at hun skal have en tid for at tale med en diætist. Hun uddeler også et brev om sukkersyge på urdu.¹⁰ Brevet er på 16 sider, og Lubna siger ikke noget om, at hun hverken kan

¹⁰ Den ikke-insulinkrævende diabetes - en orientering til patienten ved overlæge dr.med. H. Bækgaard Laursen.

læse eller skrive. Nu kommer lægen ind, hilser kort, sætter sig ned og indleder med at sige, at Lubnas læge tilsyneladende har haft svært ved at kontrollere blodsukkeret. Lubna afbryder og siger, at hun har det dårligt nu, og lægen spørger hvordan. Lubna svarer, at hun ikke har lyst til at lave noget. Lægen spørger, om Lubna drikker og tisser meget samt til episoder med lavt blodsukker, og om Lubna har været angst eller bange. Der svares nej og også nej til, at Lubna har taget tabletter. Lægen kan se, at Lubna har taget insulin en kort periode, og Lubna fortæller, at det var ca. et år i forbindelse med sidste graviditet. Lægen konstaterer, at Lubna har haft for højt blodsukker i forbindelse med alle sine graviditeter. Der spørges til øjne, fødder og nyrer, og Lubna svarer, at det er normalt. Der spørges til syn, hovedpine, kramper, besvimelser og hoste, men Lubna lider kun af slem hovedpine og ondt i kroppen. Moren har haft hjerteproblemer, og Lubna er ikke allergisk over for medicin og har tidligere fået en galdeblæreoperation. Lægen konstaterer, at Lubna har født 6 børn og haft flere spontane aborter og spørger, om Lubna har en mand, og hvad han laver. Lubna svarer, at han har en butik, men hun fortæller ikke lægen, at han ikke bor sammen med hende og børnene mere. Lægen spørger, om Lubna drikker, ryger og tager medicin. Lubna griner lidt og svarer:

"Nej nej, og jeg tager kun vitaminpiller".

Lægen foretager nu en rutineundersøgelse (øjne, hals, lytten på lunger, føle på maven, lytte på hjertet). Da lægen beder Lubna åbne munden og sige "ah", går der kuk i det. Det kan Lubna slet ikke finde ud af, og datteren og Lubna er ved at dø af grin. Lubna fortæller nu, at hun har haft lungebetændelse, og lægen svarer, at det kan hun godt høre.

Lægen mener, at Lubna har blærebetændelse og foreslår en urinprøve. Hun forklarer, at der skal bestilles tid hos en speciallæge med henblik på det for høje blodsukker og spørger, om Lubna har noget at spørge om. Det har Lubna ikke, men siger derimod at hun har meget ondt i ryggen, mens hun peger på begge sider af ribbenene. Det overhøres af lægen, som i stedet siger, at Lubna skal ses af en øjenlæge. Lægen rejser sig og siger farvel, og lidt efter kommer sygeplejersken med et plasticbæger til en urinprøve:

"Du skal lige komme med, vi skal have taget en urinprøve."

Prøven viser ingen blærebetændelse. Sygeplejersken siger, at lægen ønsker, at Lubna måler sit blodsukker derhjemme, og at hun kan komme en af dagene for at lære at måle det. Lubna svarer, at det ved hun godt i forvejen. Hun får i stedet en henvisning på 150 strimler til det apparat, hun tidligere har lånt af sin egen læge, og lægen kommer ind med en recept på medicin, der skal sænke blodsukkeret til næste undersøgelse om to måneder. Lægen forklarer, hvordan tabletterne skal tages og om deres bivirkninger. Lubna nikker og forstår tilsyneladende, hvad der bliver sagt.

Lubna får nu et brev fra sygeplejersken, som hun skal aflevere på socialkontoret for at få midler til apparatet til at måle blodsukkeret med, hvorefter hun selv skal købe det i en specialforretning. Indtil da lånes et apparat af hospitalet.

På trods af at Lubna har fortalt, at hun godt ved, hvordan hun skal måle sit blodsukker, aftales det, at hun skal komme et par dage efter for at lære det. Lægen kommer ind med en recept og vil have sygeplejersken til at forklare, men denne protesterer og siger, at når det handler om medicin, så er det lægens opgave og ansvar.

Sygeplejersken gentager, at Lubna skal aflevere brevet på socialkontoret og ude ved hospitalslugen sørge for at få en tid hos øjenlæge, fodterapeut, diætist og i ambulatoriet om to måneder. Lige her bagefter skal Lubna ned og have taget blodprøver og hjertekardiogram. Lubna får instruktion i, at hun skal aflevere urinprøven samme sted, som hun skal have taget blodprøver:

"Ja, det er jo mange informationer at få" (siger sygeplejersken til sidst og nærmest til sig selv).

Konsultationen har taget en time, og efter aftalerne ved lugen fortsættes til EKG-rummet, hvor der ikke er ventetid.

EKG

Laboranten indleder med at spørge, om Lubna har prøvet det før, og efter et nej beder hun Lubna om at lægge sig på ryggen på en briks og blotte brystet. Hun opfordrer Lubna til at slappe af og siger, at det ikke gør ondt. Efter to minutter er det slut, og elektroderne pilles af igen. Ingen siger noget.

Derefter går man ind i næste rum hos en anden laborant, som spørger, hvornår Lubna er født. Hun griner lidt genert:

"Det ved jeg ikke, det står på sedlen".

Laboranten siger, at det er for at tjekke, at Lubna er Lubna, og hun svarer, at hun vist nok er født i 1966. Laboranten lader som ingenting og siger OK.

Lubna får taget en blodprøve, og det gør angiveligt lidt ondt, for hun fortrækker ansigtet i smerte og siger "av". Laboranten lader igen som ingenting.

Ingen af behandlerne spørger til hverken samtykkeerklæring eller oplysnings-skema.

Anden gang

2 dage efter på endokrinologisk afdeling var det en anden sygeplejerske, som skulle tage sig af Lubna, som denne gang havde to af sine døtre med. Sygeplejersken kommenterer den ene piges hår og siger, at det ser kækt ud, og

hun præsenterer sig med navn. Så spørger hun, om Lubna ved, hvorfor hun er der. Lubna svarer, at hun skal lære at bruge apparatet, og sygeplejersken siger, at grunden er hendes for høje blodsukker. Apparatet tages frem, og sygeplejersken gennemgår funktionerne med Lubna:

"Nu skal jeg vise dig det, det er nemt, men det er det jo altid, når man ved hvordan" .

Lubna siger, at hun har prøvet det før og godt ved, hvordan hun skal gøre, men at det apparat, hun havde før, var anderledes.

Sygeplejersken gennemgår alligevel grundigt apparatet med tilbehør og dets brug, hvorefter Lubna prøver selv. På spørgsmålet om Lubna er i tvivl om noget, svarer hun via tolken, at hun har forstået det hele.

Da sygeplejersken spørger til, om Lubna får medicin, er det tydeligt, at hun bliver ked af det (se nedenfor). Sygeplejersken fortsætter med at fortælle om, hvordan Lubna skal forholde sig:

"Når du har målt, skal du sætte tallet ind i en bog (viser og giver patienten bogen), og det er vigtigt, at du tager bogen med herind. Jeg sætter dit navn på og stempel med vores telefonnummer. Når vi går hjem kl. 16.00, bliver der stillet om til vores sengeafdeling. Så hvis du bliver dårlig eller er i tvivl, så er du velkommen til at ringe. Hvis du har over 25 i tal, så skal du henvende dig, så vi kan rådgive dig. Forstår du meget af det jeg siger?"

Sygeplejersken er meget grundig og sikrer sig hele tiden, at Lubna har forstået, hvad hun skal. Hun spørger også til, om lægen har fortalt Lubna, hvornår hun skal til kontrol. Lubna har tilsyneladende forstået alt, men kommer nu ind med sin bekymring, efter sygeplejersken har spurgt, om hun finder det svært:

"Nej, nej (tøver og ser bekymret ud) jeg tænker på, at jeg har spist en pille, og det er stadig for højt (blodsukkeret)".

Sygeplejersken tager Lubnas bekymring alvorligt og siger, at hun kan ringe til afdelingen, hvis hun har behov for det før de to måneder til næste kontrol. Hun går videre og forklarer Lubna, hvordan hun kan få fat i et apparat, og hvad det koster:

"Apparatet må du låne, men det er bedre, at du får dit eget. Reglerne er, at når du er tabletpatient, skal du selv købe og betale det. Det her koster ca. 178 kr. De 150 teststrimler pr. år kan du få via sociallovgivningen. 50 koster 385 kr. Det er dyrt, men man betaler for kvalitet. Du skal sende en ansøgning til socialkontoret om at få betalt teststrimlerne".

Til dette svarer Lubna, at lægen har fortalt det sidste gang. Rent faktisk var der

tale om, at det var en anden sygeplejerske, så Lubna forveksler lægen og sygeplejersken fra sidste møde for to dage siden. Måske tror hun at hun kun har talt med sygeplejersker, da begge var kvinder!

Sygeplejersken spørger igen, om Lubna har nogen spørgsmål, og Lubna gentager sin bekymring:

"Nej, men jeg tænker på, at mit tal nu er så højt".

Sygeplejersken svarer ved at give råd om at spare på sukker og fedtstoffer, fx olie til stegning og salater, og Lubna siger, at hun vil holde øje med sukkertallet via apparatet. Sygeplejersken siger, det er en god idé, fordi man så selv får en fornemmelse af, hvad der påvirker blodsukkeret. Lubna vil vide, hvordan hun skal tage de nye piller, og hun får besked igen, ligesom der spørges til, om Lubna har fået pjecen på urdu. Sygeplejersken pointerer, at Lubna altid er velkommen til at ringe til afdelingen.

Tolken spørger, om Lubna nu skal til lægen, og sygeplejersken synes, det er en god idé at arrangere det. Sygeplejersken siger lidt undskyldende til observatøren, at Lubna ikke fik den samme sygeplejerske som i forgårs, da denne havde travlt, men at de jo kender hinanden alle sammen.

Lubna ved ikke, hvad hun skal tale med lægen om nu, men hun tror, at der måske er svar på prøverne fra i forgårs. Og på spørgsmålet, om hun regnede med, at tabletterne ville virke lige med det samme, siden hun var så bekymret, svarede hun nej, men at ventetiden er lang (ventetiden til en målelig virkning).

Lige inden vi går ind til lægen - denne gang en mand - siger Lubna til observatøren, at hun har fået sukkersyge, fordi hun har fået mange børn lige efter hinanden, og at hendes mor også har sukkersyge. Hos lægen stilles mange af de samme spørgsmål, som tidligere er stillet, og der gives mange af de samme råd. Det er derfor lidt uklart, hvorfor Lubna skulle til lægen i dag.

Lægen snakker både om tabletter, kost og vægt og advarer om, at hvis det ikke er tilstrækkeligt til at få styr på sukkersygen, kan der blive tale om insulinbehandling. Han spørger også til planer om at blive gravid igen, fordi man skal stoppe med pillerne i tilfælde af graviditet. Det svarer Lubna stærkt benægtende på, ligesom hun nærmest hvisker, at hun har fået sat spiral op (hun er genert ved emnet). Det er tydeligt, at Lubna foretrækker at samtale om tabletter frem for om kost og motion.

Lægen spørger, om Lubna har noget at spørge om, og Lubna spørger, om hendes smerter i ryggen og i musklerne hænger sammen med sukkersygen. Lægen svarer nej, men at det hænger sammen med vitaminmangel, og om hun spiser tabletter for vitaminmangel. Lægen siger, at det kan måles, om Lubna mangler D-vitamin, som findes i fisk og sol og spørger, om Lubna har ondt i benene ved

trappegang. Det bekræfter hun. Lægen forklarer, at det skyldes D-vitamin mangel, hvorfor der nu skal tages blodprøver for D-vitamin mangel.

Efter 10 minutter hos lægen fortsættes til et andet afsnit for at få taget en D-vitamin prøve. I venteværelset møder Lubna en anden pakistansk gravid kvinde, hendes mand og 3 småbørn. De sludrer lidt. Hos laboranten kan Lubna ikke huske sit CPR.nr.

Tredje gang

Igen var to af Lubnas døtre med på endokrinologisk afdeling 2 måneder efter. Denne gang skulle der foretages kontrol af blodsukker efterfulgt af konsultation hos fodterapeut. Der ventes på tolken, som kommer for sent. Lubna sidder tålmodigt og venter og sludrer med sine børn. Sygeplejersken fra sidst går forbi og smiler til os. Vi kommer ind til en ny læge (mand), som spørger, om den ældste datter ikke kan fungere som tolk, siden hospitalets tolk ikke er kommet endnu. Han sidder med en tyk journal foran sig og siger henvendt til datteren, at han ikke har set hendes mor før, men at han kan se, at blodsukkeret ligger meget højt. Lubna svarer gennem datteren, at tallet ikke vil ned, og Lubna ser samtidig meget opgivende ud.

Henvendt til datteren spørger lægen, om Lubna kan tåle tabletterne, og datteren svarer, at hun spiser dem, men at hun ikke får noget ud af det. Lægen spørger videre, om hun tager to slags tabletter, og datteren svarer, at en slags blev færdige, så hun kunne ikke købe flere.¹¹ Hertil svarer lægen, at så er det ikke så mærkeligt (at tallet ikke går ned).

(Nu kommer tolken fra sidst ind og undskylder, at hun har taget fejl af tidspunktet).

Lægen fortsætter og nu med professionel tolkehjælp med at anbefale samme tabletter, men i en større dosis. Lubna indvender, at pillerne ikke har hjulpet, og lægen siger hertil, at det skyldes den meget lille dosis. Den større dosis vil virke godt sammen med de andre piller. Lubna vil gerne have bekræftet, at hun stadig skal tage de andre, som hun er løbet tør for. Lægen bekræfter og spørger, hvor Lubna kommer fra. Lubna svarer Pakistan og siger til os andre, at det er en ny læge hver gang (Lubna smiler lidt undskyldende over at sige dette). Lægen fanger bemærkningen:

"Ja, for at vi ikke skal blive trætte af hinanden. Det er bare en joke, men det er rigtigt nok... Vi prøver faktisk men... Du får så recept på begge slags piller (fortæller hvordan de skal tages). Og du må gerne måle blodsukker et par gange om ugen".

¹¹ Observatøren fik senere talt med Lubna om, at hun ikke havde haft tid til at få fornyet sin recept hos sin egen læge.

Lægen vil gerne se Lubna om et par måneder og overhører, at Lubna prøver at få samme tid, hvor hun alligevel skal til øjenlæge og diætist.

Lubna ønsker nu at vende tilbage til sidste gang, hun var til lægen:

"Sidst havde jeg meget ondt i benene, og lægen lovede mig piller".

Lægen ser nu i journalen, at der har været talt om mangel på D-vitamin, og at der er taget blodprøver. Han fortæller nu, at der ikke er tegn på D-vitamin mangel og spørger, om det stadig gør ondt i benene. Lubna bekræfter og tilføjer, at det gør meget ondt - også i fødderne. Lægen foreslår at afvente pillernes virkning og fodterapeutens undersøgelse. Han tror, det vil blive bedre, når sukker-sygen behandles.

Hos fodterapeuten

Fodterapeutens lokale ligger lige ved siden af, og da der ikke er meget plads, kan Lubnas børn ikke komme med ind. Fodterapeuten forklarer sammenhængen mellem diabetes og problemer med fødderne:

"Alle fra ambulatoriet kommer ind til mig 1 gang årligt, for jeg skal finde ud af din følesans på fødderne. Mange diabetikere får nedsat følesans. Specielt hvis man ikke passer sin sukkersyge. Højt blodsukker ødelægger følesansen og specielt i fødderne, som er længst væk fra hjertet."

Fodterapeuten gør sig umage med at forklare de øvrige teoretiske sammenhænge, men det er uvist, om Lubna forstår forklaringerne. Hun har taget sandalerne af og sidder i en stol. Mens fodterapeuten undersøger Lubnas fødder, beroliger hun hende med, at da hun ikke har haft sukkersyge så længe, så er der nok ikke sket noget med hendes fødder - endnu. Lubnas reaktion på undersøgelsen af følesans mv. og de tilhørende forklaringer er, at hun ikke ønsker at bekymre sig:

"Nu har jeg fået sukkersyge, og det bliver ikke bedre, hvis jeg bekymrer mig. Jeg skal bare lære at håndtere det".

Fodterapeuten henvender sig direkte til observatøren og siger, at hun selv mener, hun er god til at forklare patienterne, hvad det drejer sig om, og at hun er bedre til det, end lægerne er. Pludselig siger Lubna lidt umotiveret, at man i Pakistan mærker noget under knæhaserne, hvis en person er død. Tolken indskyder hertil, at det kender hun altså ikke noget til. Telefonen ringer, en portør skal køre en patient et sted hen. Lægen og fodterapeuten har angiveligt ikke talt sammen endnu, for der spørges ikke til ondt i ben og fødder, og Lubna siger ikke selv noget om det. Der testes for og tales om følesans, sårheling og andre alvorlige konsekvenser af diabetes.

Lubna har hverken problemer med følesans eller sårheling. Fodterapeuten afslutter med et godt råd:

"Du skal købe sko for fødderne og ikke for hovedet (alle griner)... Og du kan få støtte til fodbehandling hvis der er behov, det kan alle med sukkersyge. Vil du spørge om noget?"

Fjerde gang

1 måned efter hos øjenlægen var kun én datter med. Først skal en sygeplejerske teste synet. Lubna bruger kun briller meget sjældent, da hun får ondt i hovedet af dem.

Synstesten starter med tavlen med bogstaver, og Lubna siger, at hun ikke kan læse bogstaver. Sygeplejersken vender tavlen om, således at der kommer billeder frem af hus, nøgle, svane, båd, hest mv. Hun drypper Lubnas øjne for at pupillerne kan blive lidt større og forklarer, at det svier et øjeblik. Hun beder om at måtte låne Lubnas briller for at måle dem. Lubna siger, at det er gamle briller, og at de er for store.

Alle forlader lokalet mens der ventes på, at dråberne udvider pupillerne. Derefter drypper sygeplejersken igen ude i venteværelset, mens hun forklarer, at der er tre slags dråber, at mørke øjne er svære, og at første slags bedøver. Dernæst går alle ind til øjenlægen, som spørger, om Lubna har haft problemer med øjnene. Lubna svarer, at det kun er nu, hvor det svier. Men i realiteten kan hun ikke se ret godt på afstand, det fortæller hun ikke om.

Øjenlægen forklarer, at Lubna et stykke tid vil have store pupiller og være generet af sollys, hvorfor det anbefales at gå med solbriller. Øjenlægen tjekker nu for sukkersygeforandringer i øjnene, og der samtales ikke meget. Lubna fortæller, at hun ikke går med briller, da børnene synes, de er grimme. Hun har svært ved at tackle, hvad der er højre og venstre, således at øjenlægen bliver nødt til at pege i den retning, Lubna skal kigge hen. Øjenlægen afslutter med at sige, at alt ser fint ud, og at Lubna skal til kontrol igen om et år. Regelmæssige kontroller hvert år er for at opfange sukkersygeforandringer i tide.

Lubna spørger om briller, og øjenlægen spørger nu igen, om Lubna har briller. Lubna siger, at hun ikke er nærsynet, mens øjenlægen mener, at det er hun, men med de rigtige briller er det helt normalt. Hun råder til at få brillerne justeret hos en optiker, da Lubna ikke lider af en øjensygdom. OK svarer Lubna.

Alle går udenfor og afventer at blive kaldt ind til diætist.

Hos diætisten

Hos diætisten bliver Lubna vejlet og målt, og får udregnet BMI. Dernæst spørges detaljeret til de daglige kostvaner, samt om Lubna er gravid. Diætisten forklarer, at jo mere hun ved, jo bedre kan hun hjælpe, for som diabetiker må man ikke veje for meget, og Lubna skal tage sig lidt.

Diætisten giver gode råd og roser Lubna, hvis hun har de rigtige vaner. På et

tidspunkt siger Lubna, at hun ved, at hun har sukkersyge og skal passe på. Hun bruger ovnen fx til kylling, og så mener hun, at olien forsvinder. Man får alligevel indtryk af, at Lubna spiser ret meget og fedt, selv om hun benægter det.

Diætisten råder Lubna til at spise kalktilskud og flere grøntsager og ikke så meget frugt. Lubna svarer hertil, at hun har meget ondt i sine fødder. Diætisten siger, at det ikke har noget med kalk at gøre, og at især indvandrerkvinder er i fare for ikke at få kalk nok. Hun skriver kalk op, som Lubna skal købe på apoteket. Det råd vil Lubna gerne følge, selv om hun er usikker på, om hun får kalktilskud i forvejen. Det tror hun nok, men hun tager alligevel sedlen med hjem.

Under samtalen er det tydeligt, at Lubna prøver at svare kostmæssigt korrekt, og at hun i et vist omfang kender de rigtige svar. Men det overraskede hende, at det ikke var godt at spise meget frugt, så hun fik sagt, at hun da ikke spiste mere end 1 stk. frugt om dagen, hvilket ikke var i overensstemmelse med sandheden. Diætisten snakker nu om medicin og blodsukker og spørger, om Lubna har fået forklaring på insulin. Lubna svarer nej, og diætisten fortsætter:

"Insulin kommer fra bugspytkirtlen, det er et hormon i vores krop, som virker som 'døråbner' eller benzin, idet det nedbryder stoffer til blodet. Din insulin virker ikke særlig godt. Dit blodsukker kan ikke komme ind i cellerne og blive brugt".

Diætisten viser derefter billeder af forskellige typer af kulhydrater og siger, at selv om hæftet er på dansk, så kan Lubna godt bruge billederne. Diætisten ved ikke, at Lubna er analfabet og derfor ikke kan læse billedteksterne. Hun råder Lubna til at holde sig fra slik og chokolade. Diætisten opdager, at Lubna ikke virker særligt engageret og tolker dette, som at Lubna har styr på de ting i forvejen, hvilket Lubna bekræfter. Diætisten siger, at hun er klar over, at de gode råd skal være realistiske i hverdagen.

Der var afsat en time hos diætisten, men Lubna virkede utålmodig og ville gerne slutte. Hun forklarer det med problemer med øjnene grundet drypningen. Diætisten medgiver, at det havde været bedre med en anden rækkefølge - diætist først og øjenlæge bagefter. Diætisten fortsætter lidt endnu, selv om der er gået en time og også tolken gerne vil videre:

"Du skal spise flere grøntsager og spare på fedtet".

Lubna er nu meget utålmodig og gider ikke høre mere:

"Jeg kommer meget lidt på og kebab kræver olie. Jeg er næsten blind nu, det burde have været omvendt, og jeg ved allerede... Jeg er ikke så interesseret. Hvis jeg tager tingene alvorligt, så får jeg det bedre".

Diætisten trøster og siger, at Lubna gør det rigtig godt, og at det er positivt, at

hun sparer på olien, som hun godt ved hører til i pakistansk mad. Hun spørger, om Lubna har behov for at snakke med hende igen, så kan hun få en ny tid, og Lubna svarer høfligt ja.

4.3.4 Lubnas møde med sundhedsvæsenet: Sammenhængen mellem hverdagsliv og sygehistorie¹²

Hvad mener Lubna om det første lægebesøg

Det viser sig, at tolken har kendt Lubna i mange år. Da det før konsultationen blev nævnt, at det var pågældende tolk, som kom, lyste Lubna op af glæde. Lubna har haft samme læge i alle de 14 år, hun har boet i Danmark.

Lubna var udmærket tilfreds med dagens konsultation. Det var lungerne, som skulle kontrolleres, og ondt på siden af halsen var kommet til siden sidst. Hun ønskede selv at få kontrolleret blodsukkeret, og hun er ikke nervøs for at stille krav til lægen. Lubna virker rodet i sin fremstilling af, om hun fejler noget. Først siger hun, at hun ikke fejler noget:

"Ingenting, jo sukker har jeg".

Om sin diabetes siger hun, at hun ønsker at negligere sygdommen, for ellers bliver man sengeliggende. Hun prøver at leve med den ved at tage tabletter. Hun vil dog gå langt for at komme af med sin diabetes. Derfor tager hun også til hospitalet. Hun siger, at hun har haft diabetes i et års tid, men fik diagnosen diabetes for 6 år siden, da hun var indlagt for at føde. Hun var vist i insulinbehandling under indlæggelsen, og hun mener, at graviditeten har givet hende diabetes.

Nu fortæller hun, at hun har haft det skidt en måned, har haft kvalme og spyttet blod. Og hun har ondt i benene. Hun har været dødtræt og øm i kroppen de sidste to måneder. Årsagen er ifølge hende, at det måske er nogle pillers skyld, som hun er holdt op med at tage, så nu vil hun nok fortsætte med dem.

Hun vender tilbage til sin diabetes og siger, at hun nok har fået diabetes, fordi hun har fået børn lige efter hinanden. Det er ikke noget i kosten, har hun fået forklaret på hospitalet. Cola drikker hun meget af, men lægen siger, at det ikke er årsagen. Lubna har forstået:

"...at det (diabetes) kommer indvendig fra".

Ved familieinterviewet var der i begyndelsen en veninde på besøg, som gik igen. De ældste børn opholdt sig i et tilstødende værelse, mens de tre mindste børn

¹² Det var ikke muligt at interviewe Lubna efter besøgene på hospitalet, da sygehusets tolke efter de enkelte af Lubnas møder måtte videre til andre patienter. Lubna kunne ikke tale dansk og datteren blev af etiske grunde ikke brugt som tolk. Hvad Lubna mente om de enkelte konsultationer er således ikke formuleret eksplicit.

var til stede i begyndelsen af interviewet, men blev sendt ud igen til de ældre søskende. En af døtrene serverede saftvand ved interviewets begyndelse.

Lubna bor sammen med alle sine børn i en stor femværelses lejlighed, som er møbleret med sofaer og har megen gulvplads. På væggene hænger billeder fra Mekka og skriftsteder fra Koranen, og der er pyntet op med kunstige blomster. Udenomsfaciliteter er en nærliggende park. Indtrykket er, at flertallet af beboerne i nærområdet har anden etnisk baggrund.

Da Lubna var gift, forsørgede hendes mand familien. Hun har ikke haft noget arbejde i Danmark og får nu kontanthjælp og andre sociale ydelser som enlig mor med 6 børn.

For et halvt år siden fik Lubna konstateret sukkersyge, men hun synes ikke, det er et problem i sociale sammenhænge, for hun deltager som tidligere i de individuelle forældremøder på skolen og i daginstitutionen, dog ikke i fællesarrangementer. Med hensyn til kosten passer hun selv på, hvad hun skal spise, og hun mener ikke, det er noget andre skal tage hensyn til.

De daglige praktiske gøremål tager nu lidt længere tid, fordi hun bliver træt, men så hjælper børnene til og giver hende massage, hvis hun har behov for det.

Sygdommen har ikke ændret noget i forhold til hendes fraseparerede mand; han henter eller bringer ikke børnene oftere. Lubna klarer sig uden hans hjælp, og det er også vigtigt, siger hun:

"At jeg kommer ud af lejligheden... og først og fremmest er det mig, der er blevet syg og ikke ham, det er noget Gud har givet mig, det er ikke noget mennesket har skabt".

Lubna mener, at det er skæbnen, der gør en syg, og det er Allah, der kan gøre hende rask, mens hendes egen indsats består i, at hun passer på, hvad hun spiser.

5. Analyse og konklusion

Formålet med pilotprojektet var at skaffe indblik i, hvorledes mødet mellem sundhedsvæsenet og 1. generationsindvandrerkvinder foregår, og hvordan mødet opleves af kvinder og fagprofessionelle.

Som anført i kapitel 3 er tolkningen af materialet om hver af de tre kvinder sket på et selvforståelsesniveau, hvorefter materialet er fremstillet som cases. Konklusionen er baseret på en analyse af, hvilke problemer, der synes at være af størst relevans for kvindernes møde med det danske sundhedsvæsen. Der fokuseres på problemernes sammenhæng med den måde, som vores sundhedsvæsen er organiseret på dvs. de formelle strukturer, som mødet mellem behandler og patient foregår indenfor. Denne analyse/tolkning er foretaget på et common sense og et kritisk common sense niveau med inddragelse af undersøgernes viden og erfaring.

5.1 Analyse af Esmes møde med det danske sundhedsvæsen

Analysen af Esmes historie fokuserer på de forskellige forventninger, som Esme og sundhedsvæsenet har til mødet, på sociale problemers sammenhæng med sygdom og på Esmes brug af sundhedsvæsenet som socialt netværk.

Forskellige forventninger

Esme kommer til sin praktiserende læge første gang for at få fornyet en recept på p-piller, få en recept på sovemedicin og få taget blodtryk, fordi "*det sortner for mine øjne*". Anden gang kommer hun for at få foretaget en gennemgribende helbredstest. Hun har problemer med sin mand og med dagligdagen, og hun kan ikke sove om natten, fordi hun spekulerer på, hvordan hun skal komme ud af ægteskabet og samtidig beholde lejligheden og børnene. Helbredstesten skyldes angst for cancer, som hendes nabo netop er død af. Desuden vil hun gerne træne i fysioterapiklinikken, da hun har ondt i arme og ben.

Den praktiserende læge er ikke meget for at skrive recept på sovemedicin, men udskriver dog, fordi Esme er i akut nød og beder så mindeligt om det. Der bliver fornyet recept på p-piller, men ikke målt blodtryk, da tiden er gået. I realiteten ønsker Esme en lægeerklæring på, at hun skal have sin egen og familiens medicin noget billigere. Hun mener desuden, at hendes smerter i arme og ben kommer af stress, og det er derfor hun mener det er godt at træne, hvilket lægen roser hende for. Esme er utilfreds med at have fået recept på så få sovepiller. Hun ved godt, at man kan blive afhængig, men hun vil selv styre det ved fx kun at tage dem hver anden dag.

Anden gang er der ikke afsat tid til alle de undersøgelser, som Esme gerne vil have foretaget for at se, om hun lider af cancer. Lægen tager en livmodercelleprøve og siger, at Esme må få en ny tid til de andre prøver, hun ønsker taget.

Lægen konverserer om menses og om træningen hos fysioterapeuten. Esme cykler nu og har ikke haft tid til at gå til træning. Lægen konstaterer svamp i skeden, og Esme kan ikke forstå det, da hun bruger svampemiddel. Lægen spørger, om Esme spiser søde sager, for det kan angiveligt give svamp. Esme siger ja, men at hun forsøger at begrænse det. Lægen anbefaler hende at bruge svampemiddel i form af stikpiller, som Esme har hjemme, for at forebygge, at svampeinfektionen bliver værre. Angsten for kræften gentages af Esme, budskabet forstås af lægen, men der er ikke mere tid.

Sociale problemers sammenhæng med sygdom

I Esmes tilfælde synes hverdagslivet og hendes symptomer/sygdomme at hænge sammen. Hun kan ikke sove om natten, har ondt i arme og ben, har svampeinfektion og kan ikke koncentrere sig. At et af børnene har astma og et andet udviklingsproblemer er yderligere med til at belaste hende.

Esmes henvendelse til sundhedsvæsenet synes at have baggrund i sociale og ægteskabelige problemer. Hun har få ressourcer økonomisk og familiemæssigt, men dog ressourcer til at lære sig dansk og køre på cykel. Hun virker åben om sin situation og livlig, om end hun er i krise. Hun vil gerne skilles og giftes igen med en dansker her i Danmark og har ellers ingen fremtidsvisioner om uddannelse eller arbejde. Hovedproblemet for hende er manden, som hun ønsker hun aldrig havde giftet sig med.

Hun beskriver sin manglende koncentration på følgende måde, når hun er med barnet på legeplads: "*Jeg gynger med øjnene*". Det betyder, at hun ikke er rigtig til stede, forklarer hun.

Brug af sundhedsvæsenet som socialt netværk

Esme kender en sundhedsplejerske fra da hendes ældste børn var små. Hun har tillid til hende og har fået hende til at komme hjem til sig for at snakke om sine sociale problemer. Det er tydeligt, at Esme både mangler nogen at snakke med og nogen, som kan hjælpe hende konkret. Snakken får hun, men den konkrete hjælp til skilsmisse findes på socialkontoret, hvor jurist og sagsbehandler kan tage affære. Sundhedsplejersken siger, at de alle må hjælpe Esme med en plan, så hun kan blive skilt uden at blive ladt i stikken. Dvs. at Esme gerne skulle kunne beholde både lejlighed og børn. Det har været på tale at fjerne børnene fra hjemmet.

Der bliver ikke rigtig taget hånd om Esmes situation, selv om de forskellige instanser i sundhedsvæsenet snakker med hende om det og kender hendes situation. Hun får anbefalet at motionere, får modvilligt sovepiller og svampemiddel. Hun får taget celleprøver, da hun er angst for cancer. For Esme er mødet med sundhedsvæsenet en skrue uden ende, da det ser ud, som om hun ikke har andre steder at henvende sig, ligesom hun ikke selv har de store drømme om et andet slags liv her i Danmark.

Esme er måske ikke syg i traditionel medicinsk forstand, men hendes sociale situation betyder, at hun som kompensation for støtte og socialt netværk bruger sundhedsvæsenet og de sociale institutioner, som hun er i kontakt med.

5.2 Analyse af Mahins møde med det danske sundhedsvæsen

Analysen af Mahins historie fokuserer på de forskellige forventninger, der er til mødet på sociale problemers sammenhæng med sygdom og på Mahins brug af sundhedsvæsenet.

Forskellige forventninger

Mahin går tit til lægen. Hun har det meget skidt på grund af sin depression og får meget medicin, som skal kontrolleres nøje. Hun har også fået problemer med rygsmerter, hvorfor hun henvises til fysioterapeut.

Mahin er tryk ved sin praktiserende læge, og lægen forsøger at forbedre Mahins tilstand. Den største forhindring er ifølge lægen, at det er næsten umuligt at skaffe en psykiater til Mahin, mens det for Mahin er pillerne, som gør hende mere syg end nødvendigt. Mahin tager Cipramil og har gjort det i 6 år. Hun tager også tre slags smertestillende medicin. Ved familieinterviewet henter manden på et tidspunkt alle pilleglassene og stiller dem på sofabordet, hvilket gør Mahin meget forlegen, hvorefter han straks fjerner dem igen.

Der er forskellige forventninger mellem fysioterapeuten og Mahin. Fysioterapeuten forventer, at Mahin følger hendes råd for at se, om de vil afhjælpe rygenerne, mens Mahin forventer, at selve besøgene med øvelserne i fysioterapien vil hjælpe. Mahin har ikke lyst til eller forhåbning om, at andre siddestillinger eller gåture vil hjælpe hende.

Trods de nævnte forskellige forventninger har Mahin ingen kritik over for hendes møde med sundhedsvæsenet. Hun er helt afhængig af tilbuddene og håber på, at der snart vil ske en forbedring. Hun ønsker at blive rask og få det sådan, som hun havde det, før hun blev syg. Hun er meget tålmodig, har hun fået at vide, da hun gik til behandling på hospitalet, for danskere har ofte selvmordstanker, når de har det ligesom Mahin, men det har hun ikke haft:

"Gudskelov, så langt tænker vi ikke".

Mahins mand synes det er godt, at hun er i behandling hos egen læge, og han ønsker, at hun bliver rask, men ser tilstanden som fastlåst. Han oplever at være begrænset i sine muligheder og virker lidt opgivende over for situationen.

Sociale problemers sammenhæng med sygdom

Familiemæssigt synes Mahin at være i en god social situation. Manden er både en god far og en god kammerat til Mahin, ligesom han trods pakistanske normer deltager meget aktivt i gøremål omkring familie og husarbejde. Mahin har også sin mor og anden familie i nærheden. De sociale problemers sammenhæng med Mahins sygdom er tilsyneladende ikke så udtalte som for Esme.

Det største problem for Mahin er dog depressionens konsekvenser for hende, som tidligere var aktiv, glad og udadvendt med udearbejde. Hun får det dårligere og dårligere og er næsten totalt isoleret fra omverdenen. I løbet af projektforsløbet virkede Mahin mere og mere sløv, træt og opgivende. Efter Mahins mening er det den megen medicin, som har en negativ indvirkning, mens det på den anden side er usikkert, om hun tager medicinen som foreskrevet af lægen.

Mahins danskkundskaber er ganske gode, men angiveligt ikke gode nok til at kunne modtage hjælp fra det psykiatriske system. Fx er den eksisterende mulighed for gruppeterapi ikke egnet til tolk. Hvorfor det er vanskeligt at skaffe Mahin individuel psykiatrisk hjælp er dog uvist. Den praktiserende læge mente ikke, det var nødvendigt med tolkning, mens psykiatere ifølge lægen ikke vil tage Mahin i behandling uden tolk eller bedre danskkundskaber.

Brug af sundhedsvæsenet

Til at begynde med var Mahin afhængig af at have nogen med, når hun skulle til lægen, men nu går hun alene. Hun siger, hun går til lægen hver tredje eller fjerde uge. Hun er tryk ved sin egen læge, som kender hende. Mahin får en del smertestillende medicin. Hendes rygsmerter generer hende meget, især synes hun det er et problem i forhold til børnene, når hun ikke kan bøje sig ned. Mahins mand mener, der er noget skævt i hendes ryg eller en hvirvel er gået i stykker.

Mahin har fået kendskab til sundhedsvæsenet gennem sin egen læge. Børnene går til helbredsundersøgelser og er blevet vaccineret hos egen læge. Familien hverken ryger eller drikker alkohol eller spiser usundt. Mahin er tryk ved at gå til sin egen læge, men ikke til andre læger.

Mahin håber, hun bliver rask, og hun har en tro på, at sundhedsvæsenet kan hjælpe hende. Hun kan ikke pege på, hvad der er specielt godt ved det danske sundhedsvæsen. Hun svarer dog, at hun synes, det er godt med de sundhedsforebyggende tiltag, som findes i Danmark. Men det er ikke noget, hun snakker med nogen om. Mahin benytter sig ikke af alternative behandlingstilbud. I hendes hjemland er det almindeligt at få massage, hvis man har smerter, og det suppleres med naturmedicin.

Det, som ikke er godt, er den sproglige barriere:

"Det er et problem med sproget, når man ikke kan uddybe sin sygdom og ikke kan forstå, hvad lægen svarer".

Det er også et problem for Mahin, hvis en mandlig læge skal undersøge hende. Især hvis det drejer sig om kvindesygdomme. Hun beder om en kvinde, og det har hun fået, når hun har bedt om det. Med en mandlig læge kommer man ikke i grundig samtale med lægen:

"Så bliver man genert, og så bliver man hæmmet, og så går man".

Diskrimination har Mahin ikke været udsat for. Men hun synes, at specielt ældre, der er indlagt på hospital og ikke kan tale dansk, har brug for, at familien hjælper dem, mens de er indlagt. Familien tilbyder at hjælpe, men:

"Man bliver sendt ud, når besøgstid er forbi, det er ikke godt".

5.3 Analyse af Lubnas møde med det danske sundhedsvæsen

Analysen af Lubnas møde med sundhedsvæsenet fokuserer på de gensidige forventninger til mødet, på sociale problemers sammenhæng med sygdom og på Lubnas brug af sundhedsvæsenet.

Gensidige forventninger

Lubna synes, at det danske sundhedsvæsen er godt, og hun har tiltro til især sin læge. Hun roser, at lægen altid gør, hvad hun kan for at skaffe den tolk, som Lubna har kendt altid. Lubna forstod godt, hvad der blev sagt på hospitalet. Hun er ikke glad for mandlige læger, hvis det drejer sig om gynækologiske undersøgelser.

Lubna giver udtryk for, at hun har så meget tillid til sin praktiserende læge, at hvis lægen siger, at hun skal deltage i undersøgelser eller gøre noget bestemt, så gør hun det. Hun synes det er godt, at patienten er den, som lægen henvender sig til og giver besked til. I Pakistan er det tradition, at lægen henvender sig til familien og fortæller hvad vedkommende fejler, og så skal de fortælle patienten, hvad lægen har sagt.

Lubna har født 6 børn og har følt sig godt behandlet; der er fx blevet taget hensyn til hendes ønsker om at få en kvindelig læge til den gynækologiske undersøgelse og til fødslen. Selv om hendes mand, der var med som tolk ved den første fødsel, sagde:

"Han er læge, det gør ikke noget, men lægen kunne godt forstå, at jeg ikke vil have en mand".

Lubna giver udtryk for, at hun er en optimistisk og psykisk stærk kvinde, som kan gennemføre de ting i tilværelsen, hun ønsker. Hun har ingen ønsker til fremtiden, men på forespørgsel om hun kunne se sig selv som gammel i Pakistan svarer hun:

"Ja, for så har man lyst til at være lidt hos familien, og de har også lyst til at man er hos dem".

Men endnu er børnene for små til, at hun kan rejse fra dem. Der er også forskel på at blive gammel i Danmark:

"Det er bedre at blive gammel i Danmark end i Pakistan, fordi lægerne i Danmark kommer og hjælper til, det er anderledes".

Lubnas sygdomsforståelse er, at:

"Gud har givet mig sukkersygen, og Gud vil tage den væk igen".

Dog er der også noget, hun selv kan gøre, nemlig overholde diæten. Hendes mor har også sukkersyge, men det er stadig Gud, som giver et menneske en sygdom.

Sociale problemers sammenhæng med sygdom

Lubna har fået konstateret sukkersyge og skal i gang med at lære at leve med sygdommen og forebygge, at den bliver værre. Hun bor alene med alle børnene i en stor lejlighed og kan hverken forstå eller tale dansk. Det er et stort socialt handicap for hende. Hendes livsstil og sociale situation kan have været med til at udvikle sygdommen (kost, motion).

Lubna snakker ikke om sociale og sundhedsmæssige problemer - heller ikke med en veninde i opgangen. I det hele taget skal man ifølge Lubna holde sine tanker om sygdom for sig selv:

"Hvis man begynder at snakke om det, så begynder folk at gætte, om det er nogle alvorlige sygdomme, man har, så bliver folk meget nysgerrige og kommer med deres meninger".

Lubna fortæller, at hun ikke er angst for noget, og at hun er et optimistisk menneske. Hun er ikke i krise, men kommer oplagt for lidt ud, hvad hun selv er klar over. Hun ser ingen sammenhæng med sin sygdom i den forbindelse, for selv om hun kom ud og så flere mennesker, så ville hun ikke tale om sine problemer, hverken sygdom eller sin personlige relation til manden, som er tabuer for Lubna.

Brug af sundhedsvæsenet

Før i tiden gik Lubna ikke så ofte til lægen, som hun gør nu, hvor hun har fået sukkersyge. Hendes ældste datter tager med til lægen, hvis der ikke er tolk, eller hvis hun har behov for at have nogen med. Ved første projektbesøg hos lægen var eksmanden med som tolk.

Lubna har fulgt graviditetsundersøgelserne, og sundhedsplejersken er kommet i hjemmet til alle børnene, senest til den yngste, som er et år. Fødselsforberedelse og mødregrupper har Lubna ikke deltaget i, ligesom hun ikke går til forebyggende undersøgelse for kvindesygdomme. Hun har ingen begrundelse for, hvorfor hun ikke har deltaget i eller går til disse undersøgelser.

I forbindelse med spørgsmål til Lubnas kendskab til sundhedsvæsenet giver

hun udtryk for nogle synspunkter om tolkebistand. Hun mener, at det er vigtigt, at det er den samme tolk, der tolker hos den praktiserende læge og på hospital. Tolken er ikke bare et talerør, men man skal også have tillid til og kunne lide tolken:

"Ellers vil jeg kun sige det, jeg har lyst til, og ikke sige det hele".

Lubna benytter sig ikke af nogen alternativ behandling, og hendes deltagelse i denne undersøgelse var en opfordring fra hendes praktiserende læge.

5.4 Tværgående analyse og konklusioner

Umiddelbart ser det på et selvforståelsesniveau ud som om 1. generationsindvandrerkvinderne oplever deres møde med sundhedsvæsenet som tilfredsstillende og uden problemer af væsentlig karakter. Men hvis man analyserer mere i dybden, synes konklusionen noget anderledes, idet det ser ud som om rammerne for mødet (de formelle strukturer) ikke passer til disse kvinder. Måden vi har indrettet vores væsen på er meget "strømnet" og skal fungere så effektivt, at det tilsyneladende ikke passer til patienter, som ikke har forhåndskendskab til sundhedssystemet, som ikke kan det danske sprog, og som i øvrigt er socialt isolerede.

Konklusionen om at rammerne og grundlaget for mødet er for "strømnet"/ikke passer til de undersøgte kvinder baseres primært på de tidsmæssige forhold og det fagspecialiserede handlegrundlag: Patienterne skal komme på fastlagte tidspunkter og får en på forhånd fastlagt og afmålt tid, hvor dagsordenen for det faglige indhold synes mere eller mindre fastlagt på forhånd. For alle tre kvinder gælder det, at de har behov, som ikke kan tilgodeses indenfor disse rammer. Fx kan Esmes behov for det hun forstår ved gennemgribende undersøgelser i forbindelse med sin angst for at have cancer ikke imødekommes rent tidsmæssigt. Mahins behov for psykiatrisk hjælp kan ikke gives indenfor de nuværende rammer. At gå til fysioterapeut er ikke gratis og trods behov har Mahin ikke råd til alt for megen egenbetaling i forbindelse med fysioterapi. Lubnas behov for at negligere sin diabetes for ikke at blive mere syg er i direkte modstrid med det danske sundhedsvæsens råd til diabetespatienter om at tage deres sygdom alvorligt og hele tiden selv være med til at forebygge at sygdommen forværres. På sygehusets forskellige afsnit vedr. diabetes er alt indrettet på denne sygdom, og Lubnas bemærkning om at hun også har ondt i ryggen og benene vinder ikke genklang i denne kontekst.

Der er for alle tre kvinders vedkommende tale om, at de forklarer deres symptomer og fysiske og psykiske tilstand på en måde de sundhedsprofessionelle har svært ved at håndtere indenfor de givne rammer. Dette trods megen god vilje fra den enkelte sundhedsprofessionelle og mange kontakter. De enkelte sundhedsprofessionelle er i det aktuelle møde "bundet" af et sundhedsfagligt og til dels subspecialiseret fagligt grundlag. De kan ikke ændre dagsorden til "hvad som helst".

Derudover er der for alle tre kvinders vedkommende tale om, at de forklarer deres symptomer og fysiske og psykiske tilstand på en for de sundhedsprofessionelle uvant måde.

Hvad mener Esme egentlig, når hun er med sit barn på legepladsen og beskriver sin manglende koncentration på følgende måde: *"Jeg gynger med øjnene"*. Hun forklarer selv, at hun ikke er rigtig til stede, men hvilken lægelig handling, skal dette udsagn afføde?

Hvad er det egentlig Mahin forklarer sin psykiske tilstand med, når hun siger følgende: *"Min tilstand er blevet værre, jeg bliver vred for ingenting på børnene og jeg slår mig selv og er helt lammet i kroppen"*. Da lægen spørger til en uddybende forklaring svarer Mahin: *"Jeg slår mig selv i hovedet og jeg har lyst til at slå mig selv ihjel"*. Lægen spørger, om Mahin har haft det sådan før, og Mahin svarer: *"Nej, jeg ved ikke hvad det er. Mit hjerte er blevet lidt barnligt"....."Jeg føler nogen gange at min hjerne er helt mørk, alt er slettet, jeg kan ikke tænke. Kan det være den sygdom eller noget andet? Jeg kan ikke huske og alle tanker er væk. Kan det være på grund af depression?"*

Når Lubna formulerer: *"Gud har givet mig sukkersygen, og Gud vil tage den væk igen"* foreligger der en stor opgave for de sundhedsprofessionelle i relation til at forklare opfattelsen, at man også som menneske kan afhjælpe sygdommen.

Med baggrund i observationerne af møderne mellem indvandrerkvinderne og deres behandlere og de efterfølgende interviews kan det konkluderes, at der ikke blev stillet spørgsmålstejn ved mødet hverken fra patienternes eller fagpersonernes side. Tværtimod var alle parter så venlige, høflige og forsigtige, at der faktisk ikke rigtig skete noget. Indvandrerkvinderne stillede ikke spørgsmålstejn til autoriteterne, som personalet i sundhedsvæsenet jo er, og de sundhedsprofessionelle udfordrede ikke kvindernes måde at være patienter på. De tre indvandrerkvinder var til og med trofaste og tillidsfulde, mens man som observatør og interviewer fik en fornemmelse af, at de reelt hverken forstod de sundhedsprofessionelles budskaber, eller hvordan sundhedsvæsenet er struktureret og fungerer i Danmark. De sagde ikke fra overfor den konkrete behandling eller rådgivning, de fik, og syntes dybt taknemmelige for vores system. Dette på trods af, at de ikke fik løst de grundlæggende problemer, de opsøgte sundhedsvæsenet med; Esmes problemer med sin mand, Mahins svære depression og Lubnas bekymring for sit sukkertal og angiveligt manglende forståelse for egenindsatsens betydning for forebyggelse af diabeteskomplikationer.

I den henseende har pilotprojektet bidraget til en illustration af, at sociale og sundhedsmæssige faktorer hænger sammen og ikke kan skilles ad, hvilket i udpræget grad bliver synligt ved at følge indvandrerkvinderne i deres hverdag. Projektet viser kompleksiteten i kvindernes psykosociale situation og helbreds-tilstand, ligesom også kulturelle forhold spiller ind her (fx familiens betydning og

forventninger). Det stiller krav til sundhedsvæsenet, som dog ikke burde være ukendte, idet det er vigtigt at bemærke, at svage grupper eller grupper med særlige behov altid vil eksponere svagheder i både socialvæsenet og sundhedsvæsenet.

Pilotprojektet peger på, at barrierer for et godt og for begge parter relevant samspil i mødet mellem indvandrerkvinder og det danske sundhedsvæsen kan skyldes kvindernes sociale situation her i Danmark, som synes at spille en væsentlig rolle for deres helbredsstilstand og brug af sundhedsvæsenet.

Esme savner at komme på danskkurserne; hun blev smidt ud af skolen grundet manglende koncentration og har åbenbart ikke forsøgt at komme på kursus igen. Hun savner nogen at drøfte sin situation med og bruger sundhedsvæsenet til det. Hun ville gerne have et arbejde som fx at bundte grøntsager, men mangler øjensynligt hjælp til at få taget sig sammen. Hvis børnene bliver passet i institution og manden hjalp til kunne hun godt have i hvert fald et deltidsarbejde. Esme har ingen danske venner og har også isoleret sig fra andre udlændinge i opgangen.

Mahin er så deprimeret, at hun trækker sig ind i sig selv. Hun orker ikke at komme sammen med andre eller at have aktiviteter udenfor hjemmet.

Lubna kan ikke kommunikere med omverdenen, da hun slet ikke kan dansk. Hun er helt afhængig af, at en pakistansk veninde kommer på besøg og af at bruge børnene som tolke. Derfor bliver det af største betydning, at sundhedsvæsenet tager hånd om at forklare hende, hvordan hun skal mestre sin diabetes.

Eksemplerne ovenfor peger på, at kvinderne er socialt isolerede. Det er denne isolation, som kan føre til, at sundhedsvæsenet bruges som socialt netværk. Konklusionen om social isolation og brug af sundhedsvæsenet som socialt netværk er således baseret på det faktum, at kvinderne ikke er på arbejdsmarkedet og ikke synes at have andre sociale netværk, som kan støtte dem til løsning af de problemer, som er relateret til deres helbredsproblemer.

Indblikket i mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinder og det danske sundhedsvæsen er baseret på tre kvinders møde med sundhedsvæsenet gennem nogle måneder. På trods af de få cases opfattes de nævnte problemstillinger som yderst relevante at forholde sig til. Sundhedsvæsenet vil nemlig også i fremtiden møde patienter, som er socialt belastede, uden sproglige forudsætninger og forhåndskendskab til det danske sundhedsvæsen. Da sygehistorierne endvidere omhandler tilstande, som er udbredt hos såvel indvandrere som ikke indvandrere (rygproblemer, søvnløshed, diabetes og depression), er det valgt at bede tre nøglepersoner, som repræsenterer den medicinske ekspertise, om at kommentere de tre forløb med henblik på forslag til forbedringer og indsatsområder (se kapitel 7: Hvad kan sundhedsvæsenet lære af de tre cases?)

6. Diskussion

6.1 Kultur som social praksis

Det interessante spørgsmål er, hvad det i grunden er, som skaber problemer for såvel sundhedsvæsenen som indvandrerkvinder i mødet om behandling og forebyggelse. Mest oplagt er det at fokusere på problemer med kulturelle forskelle, men hvad menes egentlig med kultur?

Der eksisterer mange og forskellige kulturdefinitioner. Et bud som giver mening i nærværende pilotprojekt er, at kultur er forbundet med social praksis, dvs. er et produkt af noget, vi gør sammen med andre. Gennem dette samspil mellem mennesker *"skabes forståelser, der har at gøre med, hvordan vi handler i verden, og samtidig har det noget at gøre med, hvordan vi forstår os selv som mennesker i verden. Det betyder, at den måde, vi indretter os på, er kulturelt betinget"* (Nielsen, 2001 s. 4438). Med denne definition er der ikke kun kulturforskelle mellem forskellige nationaliteter, men også mellem grupper af mennesker, som sammen har en social praksis, fx mennesker på samme arbejdsplads, i samme boligmiljø. Problemer bør således ikke automatisk tilskrives de 'fremmedes' kultur, hvis det rent faktisk drejer sig om strukturelle og psykosociale problemer, som naturligt opstår, når man befinder sig udenfor sin sædvanlige samfundsmæssige og kulturelle kontekst, har et andet familiemønster og tilmed evt. har været ude for traumatiske oplevelser.

Om end datagrundlaget er spinkelt, tyder noget på, at pilotprojektets tre 1. generationsindvandrerkvinder har en social praksis, som her i Danmark giver anledning til problemer for dem selv og for sundhedsvæsenet; en social praksis præget af deres liv som kvinder, der virker som en hæmsko for deres udfoldelsesmuligheder her i Danmark, og som igen betyder behov for sundhedsvæsenet som socialt netværk.

Esme har en voldelig og meget fraværende ægtemand, som hun har svært ved at blive skilt fra grundet familiens syn på ægteskab. Hun har ingen uddannelse, ikke noget udearbejde og er helt økonomisk afhængig af mandens indtægt og af sociale ydelser. Hun taler og forstår noget dansk. Hun er alene om at passe hjem og børn og slås med økonomiske problemer, da manden ikke betaler huslejen, men drikker pengene op. Esme kommer ikke meget ud og snakker ikke med ret mange mennesker. At anskaffe en cykel og at lære at cykle for nemmere at kunne købe ind er en stor ting i Esmes liv.

Mahin har en god og omsorgsfuld ægtemand, som hjælper med at passe hjemmet, hvilket ifølge ægteparret selv er usædvanligt for deres pakistanske miljø. Hun har 8 års skolegang og tidligere haft et arbejde og kunnet køre bil. Hun taler og forstår noget dansk. Problemet er ifølge hende selv, at hun er afhængig af mandens konkrete hjælp til husarbejdet. Hun har også brug for mandens psy-

kiske støtte i tilfælde af, at hun får angstanfald. Familielivet hænger i en tynd tråd, selv om der ikke er særlige økonomiske problemer, da manden har arbejde og kan forsørge familien. Mahin er blevet bange for fremmede og kommer ikke gerne udenfor hjemmet.

Lubna er separeret og lever alene med sine seks børn. Hun er analfabet, har ikke noget udearbejde og har aldrig haft det, ligesom hun aldrig har lært dansk. Hun er helt afhængig af tolkebistand fra sine børn og taler stort set kun med en anden pakistansk kvinde, som bor i nærheden. Hun får tiden til at gå med husarbejde og børnepasning og har ingen andre gøremål. Hun er på bistandshjælp og lever af denne samt børnepenge, boligsikring og andre sociale ydelser. Manden bor i nærheden og har børnene af og til, ligesom han kan tolke i nødstilfælde.

Spørgsmålet er, hvorvidt disse kvinder har problemer, der adskiller sig fra de problemer, som danskfødte kvinder kan have. Dertil er svaret, at de tre indvandrerkvinder relativt set er socialt dårligere stillet end de fleste danske kvinder. 1. generationsindvandrerkvinderne har svært ved at begå sig i det danske samfund, bl.a. fordi de lever i overensstemmelse med et mere traditionelt kønsrollemønster som eneansvarlige for hjemmet, uden uddannelse og udearbejde og med ringe dansk kundskaber. Det er her vigtigt at skelne mellem 1. generationsindvandrerkvinder og 2. og 3. generationsindvandrerkvinder. Hvis der er tale om 2. og 3. generationsindvandrerkvinder, er disse i en helt anden situation. De taler sproget, er opvokset her, er bekendt med vore institutioner og kan have tilkæmpet sig en vis ligestilling i relation til danske normer for kønsrollemønstret. Udover kvindernes relation til deres ægtefæller har vi ikke undersøgt betydningen af kvindernes placering i det traditionelle patriarkalske familiemønster.

6.2 Indvandrerkvindernes psykosociale symptomer og somatisering

Ovennævnte kulturelle forskelle forstået som anden social praksis med hensyn til livet som kvinder i Danmark har tilsyneladende indflydelse på den måde, indvandrerkvinderne bruger sundhedsvæsenet på. Hvilket hænger nøje sammen med de symptomer, som kvinderne får, og som giver anledning til at de opsøger deres læge.

Pilotprojektet peger på, at kvindernes sociale situation er helbredsbelastende. Esme har mange sociale problemer, som hun bliver søvnløs af; Mahin kan ikke komme af med sin fødselsdepression, som hun fik for seks år siden og har nu ondt i muskler og led, og Lubna har fået sukkersyge og kan ikke komme af med sit for høje blodsukker. Alle tre kvinder føler sig trætte og udmattede. Især Esme, men til en vis grad også Mahin og Lubna, bruger sundhedsvæsenet som en slags socialt netværk. Esme bruger lokalområdets sundhedsplejerske og børnenes institutionspersonale som samtalepartnere, Mahin bruger sin praktiserende læge og Lubna sin faste tolk til at drøfte hverdagslivet med.

Somatisering betyder, at patienterne udtrykker deres problemer og følelser ved

at præsentere et fysisk symptom. Det kan skyldes, at man herved undgår at tale om og præsentere følelser, som er svære at håndtere, men også kulturbaggrunden, som betyder en anderledes patientadfærd med brug af metaforer for at forklare en given tilstand (Khan & Qassim, 2002). Uden at have studeret dette fænomen nærmere i forbindelse med pilotprojektet kan det tænkes, at der med hensyn til de tre kvinder er tale om somatisering.

Esme kan ikke sove om natten og ønsker sovemedicin herfor. Det er en form for somatisering, idet hendes reelle problem er samlivet med manden. Esme har dog lært at tale med andre om sine problemer med manden, som giver sig fysisk udtryk som fx smerter i arme og ben og "sortnen for øjnene".

Mahin har ikke noget imod at tale om sin depression med lægen, hvilket måske skyldes, at hun har lidt heraf i flere år og har haft samme læge i mange år. Dog kan Mahin ikke forstå, at det skulle hjælpe blot at tale med en psykiater. Mahin har mistanke om, at hun ikke kan tåle den megen medicin, men accepterer, at hun skal tage den. Hun håber at blive bedre, men kan ikke tale med familien om, hvordan hun har det.

Lubna er ikke meget for at snakke hverken om sin fysiske sygdom eller om andre problemer. Hun har en sygdom, som er givet hende af Allah/Gud, fordi hun har fået mange børn efter hinanden. Hun mener, det vil blive værre, hvis hun bekymrer sig for meget.

Alle tre kvinder har anderledes måder at udtrykke deres symptomer på, end man er vant til. Enten er der tale om metaforer, eller også er det fordi deres manglende dansk kundskaber forhindrer dem i at udtrykke sig.

Esme udtrykker, at "hun gynger med øjnene" som udtryk for ikke at kunne koncentrere sig, og angst for kræft i livmoderen beskrives som "trækninger som når man er gravid".

Mahin udtrykker at "det gør ondt som et sår" og "...jeg slår mig selv og er helt lammet i kroppen". Hun mener, at hun slår sig selv i hovedet og bliver vred på børnene, når de larmer for meget. Hun forklarer, at "mit hjerte er blevet lidt barnligt", at hun føler, at "min hjerne er helt mørk, alt er slettet, jeg kan ikke tænke", og at det føles, som om "mine muskler i hovedet er helt stramme".

Ved besøget hos fodterapeuten siger Lubna, at man i Pakistan "mærker noget i knæhaserne, hvis en person er død". Hvorfor hun siger det, og hvad hun udtrykker med den sætning, blev ikke efterspurgt.

Alle tre kvinder har faste og ret hyppige konsultationer med deres praktiserende læge, som de forsøger at få til at udskrive medicin eller foretage generelle helbredstests. De giver alle tre udtryk for tilfredshed med sundhedsvæsenet i Danmark og er generelt tilfredse med de tilbud, der er, og at det i de fleste tilfæl-

de er gratis. Kvinderne giver mundtligt udtryk for, at de ønsker at handle i overensstemmelse med de råd, de får, men om der i realiteten er tale om compliance er uvist og kunne være interessant at undersøge nærmere i en større undersøgelse.

6.3 Barrierer i mødet

Pilotprojektet har afdækket sprog- og tolkeproblemer samt forskellige forventninger og myter som barrierer i mødet mellem indvandrerkvinderne og deres behandlere.

6.3.1 Sproglige barrierer

1. generationsindvandrerkvinderne har problemer med sproget og særlige behov med baggrund i deres sociale praksis. Det kræver, at de sundhedsprofessionelle udviser tålmodighed og med baggrund i viden om indvandrerkvindernes sociale praksis indretter deres indsats herefter og om nødvendigt yder særbistand til kvinderne.

Problemer med sproget gælder udpræget 1. generationsindvandrerkvinder, som af forskellige årsager ikke har fået lært at tale og forstå dansk på et sådan niveau, at kommunikationen mellem en given behandler og en given kvinde ikke giver problemer. Da herboende tyrkere og pakistanere stadig vælger en partner fra hjemlandet, kommer der hele tiden 1. generationsindvandrere hertil med sprogproblemer. Brug af tolke i sundhedsvæsenet er ikke konsekvent, om end alle erkender, at det er vigtigt med professionel tolkning, og at det ikke er en god løsning at bruge børnene som tolke.¹⁴

Selv om der anvendes tolk i sundhedsvæsenet, kan der opstå problemer i dialogen. Kvinderne kan blive meget forskrækkede over de rutinemæssige forebyggende livmoderhalskræftundersøgelser her. De kan tro, der er noget alvor-

¹⁴ Med hensyn til tolkebistand findes der regler på sygesikringsområdet, jf. § 6. stk. 6 omhandlende alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger. Kriteriet er, at lægen skønner, at tolkens tilstedeværelse er nødvendig for behandlingen, og betalingen afholdes af den offentlige sygesikring. Ved fejlskøn fra lægen omkring tolkningen kan der foreligge en faglig fejl, som kan gøres til genstand for klage. Regler for brug af tolk baseres på faglige skøn.

Med hensyn til tolkebistand på sygehusområdet har Amtsrådsforeningen med baggrund i en høring i amterne og H:S udarbejdet et statusnotat, der omhandler retningslinier for tolkebistand (ARF, 2001). Sammenfattende viser det sig, "at amterne og H:S agerer fleksibelt og forholdsvis ensartet". Tolkebistand ydes uden egentlige nedfældede retningslinier, idet det er op til det sundhedsfaglige personale at vurdere, hvornår der er behov herfor. Forudsætningerne er ret ens, idet tolk bruges med baggrund i konkrete vurderinger af, hvorvidt der i det enkelte tilfælde bør sikres en betryggende kommunikation mellem patient og sundhedsfaglig person via tolk. Det sker især ved usikkerhed om, hvorvidt patienten kan a) forklare sine symptomer, b) forstå de instrukser, som behandlingen/undersøgelsen forudsætter, c) give informeret samtykke og d) forstå vejledning og diagnosticering. Brug af tolk hænger således tæt sammen med Patientrettighedsloven (Lov om Patienters retsstilling, 1998), der skal sikre patienters værdighed, integritet og selvbestemmelsesret. Fx kræver informeret samtykke, at patienten forstår relevante mundtlige og skriftlige informationer. Tolkenes ansættelsesforhold er forskellige; der er eksempler på, at sygehuse har enkelte fastansatte tolke eller råder over personale, som kan fungere som tolke. Ellers tilkaldes tolke fra fx firmaer, eller patienters familie fungerer som tolke. Nogle sygehuse har formuleret en politik om ikke at involvere patienters familie som tolke.

ligt i vejen, når lægen siger: "*Jeg laver lige en livmoderhalskræftundersøgelse*" (interview med nøgleperson).

6.3.2 *Patientautonomi/den aktive patient*

De sundhedsprofessionelle har brug for, at indvandrerkvinderne begynder at stille krav og er villige til at indgå i en dialog som forudsætning for at yde en god og relevant behandlende og forebyggende indsats med udgangspunkt i indvandreres holdninger og sociale praksis. Det er imidlertid svært for indvandrerkvinderne at stille krav, fordi det kulturelt set bryder med deres forestillinger om høflighed, og hvad lægens rolle er. Kvinderne er ikke vant til at føre en dialog med autoriteter som fx læger (Dyhr, 1996). Af nøglepersoninterviewene fremgik det, at selv om også danske patienter kan opfatte lægen som en autoritet, så er det mere udbredt blandt indvandrere at fralægge sig ansvaret for forebyggelse og sygdom, ligesom der mangler ønske om indblik i de mere tekniske forklaringer på fx celle- og blodprøver. Kvinderne ønsker ofte kun at vide, om resultatet var godt eller skidt, ligesom psykisk sygdom er noget, man ønsker at holde for sig selv.

6.3.3 *Myter*

Der eksisterer myter om indvandrere blandt de sundhedsprofessionelle, som kan være med til at ødelægge dialogen om forebyggelse, fx i forbindelse med udskrivelse efter fødsler, hvor der skal fortælles om prævention (Dyhr, 1992 a). Myten er ifølge interview med nøglepersonerne, at det alligevel ikke nytter, fordi mændene vil have flere børn og er imod prævention. Ifølge nøglepersonerne tager man ikke rygning op, fordi man tror, at indvandrerkvinder ikke ryger. Man taler ikke om klamydia, fordi kvinderne nok er jomfruer eller kun dyrker sex med deres mænd. Med hensyn til kolesterol og sukker så tages det ikke op, fordi man tror, at indvandrere spiser så mange søde sager, at de slet ikke vil lytte efter. Man undlader altså at udøve forebyggelse, fordi man er kulturfikseret.

Hvis de sundhedsprofessionelle tillægger kulturen betydning for alle forskelle, så dannes der let myter om, hvordan de 'fremmede' er, som så er med til at skabe barrierer for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for indvandrere. Man overser fx, at der også blandt patienter med dansk etnisk baggrund findes den opfattelse, at Gud straffer med sygdom - ganske som Lubna giver udtryk for i forbindelse med sin diabetes - og man kan let komme til at undlade at udvikle den kommunikative kompetence.

7. Hvad kan sundhedsvæsenet lære af de tre cases?

Som diskuteret i det foregående peger de tre forløb på, at en væsentlig udfordring for det danske sundhedsvæsen er at medtænke 1. generationsindvandrerkvindernes sociale situation og praksis. Der peges på, at sundhedsvæsenet tilsyneladende mangler såvel de organisatoriske rammer som kommunikative kompetencer til at udøve en hensigtsmæssig forebyggende indsats over for denne gruppe kvinder. Med organisatoriske rammer menes de formelle strukturer for relationen mellem patient og behandler og med kommunikative kompetencer menes evne til at kommunikere med patienter fra en anden kultur med en anden social praksis.

For at perspektivere og kvalificere konklusion og diskussion er de tre patientforløb præsenteret for hver sin nøgleperson.¹⁵ Nøglepersonerne er udvalgt, fordi de besidder en høj faglig ekspertise inden for det aktuelle medicinske speciale og har klinisk og teoretisk erfaring fra mødet med indvandrerpatienter. De er blevet bedt om at reflektere og kommentere de tre forløb ud fra deres fagprofessionelle perspektiv med henblik på sundhedsvæsenets forebyggende indsats over for indvandrere, herunder at komme med forslag til forbedringer.

7.1 Kommenterede caseforløb

Som indledning til vore anbefalinger har vi valgt at bringe et sammendrag af nøglepersonernes kommentarer til de enkelte forløb.

7.1.1 Case Esme

LLP betegner den aktuelle indsats som genkendelig fra egen praksis og erfaring og betegner indsatsen som *"lindrende og ikke forebyggende... og måske endda på sigt skadelig"*. Hun finder, at årsagerne hertil i stort omfang må søges i sundheds- og socialvæsenets holdninger og adfærd, som *"mangler et helhedsorienteret perspektiv"*. På grund af denne *"opsplittede institutionskultur"* kommer den enkelte professionelle forståeligt og sympatisk nok til at *"handle isoleret ud fra egne normer og grænser"*, hvilket især bliver problematisk i mødet med indvandrerpatienter.

LLP begrundet sin karakteristik med henvisning til den tilsyneladende manglende koordinerende og helhedsorienterede indsats i forhold til, hvad hun finder er en væsentlig socialmedicinsk problematik: *"at ægtefællen er alkoholiseret... Man lister som katten om den varme grød... Ingen tager fat i manden og hans*

¹⁵ Case Esme er kommenteret af Lene Løgstrup Poulsen (LLP), embeds-lægeassistent i Vejle Amt; case Mahin er kommenteret af Marianne Kastrop (MK), overlæge på Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, Rigshospitalet, mens case Lubna er kommenteret af Jette Vibe Petersen (JVP), overlæge på medicinsk afdeling M, Københavns Amtssygehus i Glostrup.

alkoholproblem...". Dette på trods af, at det er en yderst velbeskrevet og velkendt socialmedicinsk problematik, at personer med arbejde i restaurationsbranchen kan have et alkoholproblem, og at et alkoholiseret familiemedlem giver store familiemæssige problemer. En relevant socialmedicinsk indsats ville derfor være at tale med manden om hans jobsituation og støtte en revalideringsindsats inden for en anden branche: "...men det er jo ikke så ligetil, da han er selvforsørgende, det er derfor ikke så forpligtende at skulle kontakte ham, som hvis han fik sociale ydelser" (vor bemærkning: så skal sagsbehandleren rykke ud, i dette tilfælde kan de). I stedet "lindrer" de professionelle situationen ved at yde omsorg til kvinden. En indsats som LLP samlet og på sigt betegner som skadelig, idet hun "...lidt sat på spidsen finder (...) at denne kvinde, som har mange ressourcer, hun har fx selv lært sig dansk (efter at hun på grund af fravær begrundet i sociale situation blev smidt ud fra kursus), hun har lært sig selv at cykle mm. - hun pacificeres. I stedet for at tage udgangspunkt i hendes ressourcer, pacificeres hun af disse gode viljer, som giver sig udtryk i støttende samtaler og undersøgelser hos såvel psykolog, læge som sundhedsplejerske og institutionspersonale)." På sigt bliver den samlede indsats hermed skadelig, fordi der ikke tages fat om det væsentligste problem, som LLP også peger på, at kvinden selv fremhæver: mandens alkoholproblem.

Forslag til forbedringer inden for det socialmedicinske område

- Prioritering af den koordinerende indsats over for socialt belastede familier
- Social- og medicinsk screening af nyankomne indvandrere med henblik på ressourcer og kortlægning af evt. problemområder, som kræver professionel indsats
- Afprøvning af forskellige modeller til at øge integrationen af nyankomne indvandrerfamilier, fx ved frivillig tilknytning af tutorfamilier (fx danske eller velintegrerede indvandrerfamilier), som kan give praktisk støtte i hverdagen
- Øget fokus på patienternes ressourcer
- Konsekvent anvendelse af professionel tolkeservice.

7.1.2 Case Mahin

Det skal indledningsvis bemærkes, at det ikke har været muligt at finde en nøgleperson til at kommentere behandlingen af Mahins rygproblemer inden for projektets rammer. MK er udelukkende blevet bedt om at kommentere forløbet med fokus på patientens depressive tilstand.

MK finder, at Mahin - som en del andre patienter, herunder også ikke indvandrere - "falder mellem flere stole i behandlingssystemet... sygehusvæsenet er ikke gearret til hende. Psykiatrien har primært defineret sine målgrupper til de sværere psykotiske tilstande, som hun ikke hører til". Mahins historie er derfor ikke én, som MK kender til fra det psykiatriske sygehusvæsen, men "den er meget genkendelig og typisk for de historier, jeg bl.a. får fortalt af praktiserende læger". MK påpeger, at de praktiserende læger hermed får en ganske stor opgave: "De praktiserende læger gør en stor indsats, men selvfølgelig er det overvældende at skulle handle som enkeltperson. Det bliver derfor ofte til en "fra

dag til dag behandling", fordi det er praktisk umuligt for den praktiserende læge at samle de instanser, som er relevante i en helhedsorienteret indsats". MK påpeger bl.a. ud fra sin erfaring fra Rehabiliteringscentret for Torturofre (RCT), at indvandrere kan have behov for kontakt med relativt mange instanser: Socialforvaltning, Udlændingestyrelse, retsvæsen, skole, sprogskoler, børneinstitutioner, diverse speciallægefunktioner mm. Hun finder det i øvrigt ikke muligt at udtale sig mere konkret om Mahins kontakter til psykiatrien, idet der ikke er præsenteret tilstrækkelige oplysninger herom. Generelt finder MK, at man især i sygehusvæsenet har en alt for individorienteret tilgang til indvandrerpatienterne og beklager den manglende motivation til at inddrage patienternes sociale situation og netværk i en forståelse og behandling af den enkelte indvandrerpatient. Fx ved ikke at inddrage Mahins ægtefælle og spørge til, hvorfor Mahin ikke bruger sin mor: *"Måske er det ikke for at beskytte moren, men sig selv, hvis man tolker hendes helbred som reaktion på sin livssituation. En livssituation som kan være præget af, at hendes ægteskab er arrangeret af familien".*

MK finder, at sundhedsvæsenet i aktuelle og lignende sammenhæng udfordres i sine holdninger, viden og behandling af det, man - måske i mangel af bedre - kalder psykosomatiske og somatiserende tilstande. *"Måske lytter vi ikke nok, - vi rummer for lidt... i stedet sender vi til somatiske undersøgelser og afviser herefter patienten med, at de ikke er syge... i stedet burde vi undersøge nærmere, hvilke signaler de egentlig sender os".*

MK vil ikke betegne sundhedsvæsenets indsats som egentligt forebyggende, idet *"...der er jo ikke sket en bedring med Mahin, selv om fx den praktiserende læge gør en stor indsats og udviser omsorg".* MK påpeger dog samtidig, at hun finder, at også en omsorgsgivende indsats er på sin plads: *"Jeg synes, at det er lidt for let for os, der ikke lider, at sige, at vi blot pacificerer ved at yde omsorg. Det kan være på sin plads. Men der skal også andre ting til, fx en mere koordineret indsats fra socialvæsenet... og som stand må vi generelt blive bedre til at fokusere på folks ressourcer".*

Forslag til forbedringer inden for det psykiatriske område

- Undersøge relationen mellem patienternes psykosociale situation og helbredsgener med fokus på, hvorledes sundhedspersonale kan håndtere og forebygge sidstnævnte
- Øge sundhedspersonalets tværkulturelle kompetenceevner, således at der ikke tales forbi hinanden: "fx aner vi ikke, om hun har taget sin medicin... Indvandrerpatienter er ofte mere autoritære og passive i deres patientrolle, og når vi ikke ved, hvad vi skal gøre, så kommer "de gode viljer" måske til kort"
- Fokuser mere på kognitiv baseret samtaleterapi som behandlingstilbud, idet denne er mere handlingsrettet og formodentlig mere egnet til patienter med lavt uddannelsesniveau mm.
- Fokuser på psykoedukation (undervisning af patienten og dennes familie)
- Sætte spørgsmålet om psykiatriens aktuelt definerede målgrupper på den politiske dagsorden, således at man ikke risikerer, at nogle patienter falder

mellem to stole. MK peger i denne sammenhæng også på traumatiserede indvandrere, som " kan være lige så svært syge og lidende som svært psykotiske patienter"

- Koordinering af den inter- og tværfaglige samt tværsektorielle indsats for socialt belastede familier/individer
- Professionel tolkeanvendelse
- Måltrettet og koordineret indsats med henblik på rehabilitering. Fx nævner MK fra sin tid på RCT, at en del traumatiserede indvandrere ikke var i stand til at modtage almindelig sprogundervisning. Derfor udviklede man i samarbejde med en sprogscole en undervisning, som passede til denne gruppes behov (bl.a. patienter med koncentrationsbesvær).

7.1.3 Case Lubna

JVP indleder med at sige, at hun finder forløbet genkendeligt og ikke enestående. Hun finder, at sundhedsvæsenet svigter sin forebyggende rolle ved sin åbenlyse mangel på *kommunikative færdigheder* hos de enkelte behandlere samt den manglende koordinerede indsats inden for det enkelte system.

JVP begrundet sin karakteristisk ved at fremhæve følgende mangler i den professionelle kommunikation:

1. At sikre sig gensidig forståelse: *"Hvor mange af de behandlere sikrede sig, at hun egentlig forstod, hvad de sagde... hvor mange tog udgangspunkt i hendes forudsætninger for at forstå den givne information?"*
2. At tage udgangspunkt i patientens behov og forventninger: *"Ingen hører til, hvordan hun oplever det " - " Hun havde jo klart et problem med sine ben/fødder, som hun ikke fik svar på... selv om man ikke kunne svare eller mente at spørgsmålet var inden for de rammer, man havde som aktuel behandler, kunne man da i det mindste have taget hende alvorligt ved at sige, at hun skulle tale med sin praktiserende læge herom"*
3. Respekt: *"Det er jo egentlig et udtryk for mangel på respekt, at man ikke hilser på hende eller indsamler oplysningsskemaet, og man ikke spørger hende, om hun kan læse, førend man giver hende pjecen"*
4. At lytte: *"Fx overhører man de mange gange, hun siger, hun kan måle sit eget blodsukker. Det er uhensigtsmæssigt, fordi man så ikke anvender de ressourcer, hun har."*

JVP mener, at en del af ovenstående kan være udtryk for, at uhensigtsmæssige fordomme om indvandrere kommer til at styre personalet og peger endvidere på den uhensigtsmæssige organisering af indsatsen i form af den opsplittede kontakt med så mange behandlere - især *"når vi ikke taler sammen"*.

Endvidere kunne det have været relevant at nævne for Lubna, at det er vigtigt at forebygge diabetes hos hendes børn ved at sørge for, at børnene er slanke, spiser sund mad og dyrker motion: *"Det er vigtigt, hvis vi skal bremse udviklingen, og indvandrerne ved ikke, at risikoen for børnene er 40%"*.

Forslag til forbedringer inden for det somatiske sygehusvæsen

- Krav til specialafdelinger om at have et vist basalt kendskab til andre kulturer med relevans for deres fagområde. I konkrete tilfælde viden om basislevnedsmidler hos de enkelte indvandrergupper: *"Inden for diabetes er det ikke så svært. Som læger er vi jo vant til at læse og læse meget. Så det skulle vi jo nok kunne lære!"*.
- Uddannelse af sundhedsprofessionelle i basale kommunikative færdigheder i tværkulturel kommunikation
- Øget fokus på patienternes ressourcer
- Fleksibilitet: *"... og så må vi organisere os anderledes. Fx skal vi nu i gang med en diabetesskole for tyrkiske patienter, hvor en gruppe kvinder er inviteret ind med henblik på at lære, hvordan man indkøber fornuftig kost - lære hvorfor det er vigtigt med kost og motion, og hvilke sundhedsskadelige virkninger det har, hvis blodsukkeret ikke reguleres. Vi har selvfølgelig også allieret os med en professionel tyrkisk tolk. Vi er så heldige, at hun også er sygeplejeuddannet"*
- Konsekvent anvendelse af professionel tolkeservice.

8. Diskussion, konklusion og anbefalinger

I kapitel 5 beskrives og analyseres kvindernes oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet. I kapitel 7 konfronteres disse møder med kliniske eksperter vurderinger af den nutidige og fremtidige indsats. Dette kapitel indledes med en metodediskussion. Derefter følger en kort konklusion, der fører frem til anbefalinger til fremtidige indsatsområder baseret på analyserne i kapitlerne 5 og 7.

8.1 Metodediskussion

Da det tidligt i projektets forløb viste sig at det fulde projekt, hvor seks kvinder skulle følges over 1 år (bilag 2), ikke kunne realiseres som planlagt, blev det besluttet at ændre designet således, at formålet med opstilling af anbefalinger kunne fastholdes. Dette blev gennemført ved de i kapitel 7 nævnte interviews med nøglepersoner indenfor udvalgte medicinske specialer.

I nærværende projekt er dataindsamlingen af primærdata (de tre caseforløb) foregået ved observation af selve mødet mellem indvandrerkvinderne og deres forskellige behandlere på sygehus og i primærsektor efterfulgt af individuelle interviews med kvinderne om det pågældende møde. Desuden er gennemført familieinterviews i kvindernes hjem.

Et design, hvor undersøgeren over tid skal følge patienters forløb i sundhedsvæsenet, er både logistisk kompliceret og tidskrævende. Som undersøger skal man være parat til at rykke ud med kort varsel, ligesom man skal kunne rekvirere tolk med samme korte varsel. Selvom designet er logistisk kompliceret og tidskrævende, så er det undersøgerens vurdering, at et sådan design er ideelt til projektets problemafdækkende karakter, idet det giver en indsigt i indvandrerkvindernes hverdagsliv, deres måde at være patienter på og ikke mindst samspillet mellem kvinderne og behandlersystemet.

Selv om undersøgeren har været tilstede i mødet mellem fagpersoner og patienter, hvor man kan forvente at se et "optimalt" fungerende kulturmøde, så har kombinationen af observationer og efterfølgende interviews givet et billede af problemer og barrierer forbundet med at skulle være sundhedsprofessionel over for patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Dertil kommer, at fordele og ulemper ved brug af tolk har kunnet belyses ud fra konkrete observerede eksempler.

Der har været problemer med at få indvandrerkvinder til at deltage i projektet. Årsagerne hertil er ikke klarlagt, men det er undersøgerens hypotese, at der kan være tale om ulyst til at være genstand for undersøgelse af sygdom og familieliv, og at det kan opfattes som en form for utidig indblanding i deres privatliv. For de kvinder, som deltog, blev formuleret ønsker om at få hjælp til deres situ-

ation via undersøgelsen. Det tyder på, at kvinderne trods introduktion og efterfølgende samtykke til deltagelse ikke helt havde forstået formålet med og rækkevidden af at indgå i projektet. Disse ønsker blev dog ikke efterkommet af undersøgerne for at sikre projektets fokus og formål.

For at tydeliggøre hvorledes de nævnte udfordringer blev håndteret samt for at give et indtryk af de logistiske vanskeligheder gives i bilag 1 en række eksempler herpå.

Tolkningen af data er foregået på et selvforståelses og common sense niveau, hvor tolkenes professionelle medvirken har øget validiteten. Pilotprojektets rammer har ikke levnet mulighed for inddragelse af teorier som fx kommunikations-, organisations- eller kulturteorier til yderligere datatolkning, hvilket ville have betydet en yderligere kvalificering af projektets resultater.

8.2 Konklusion

Pilotprojektet peger på, at den forebyggende indsats i højere grad styres af en ukoordineret indsats af "gode viljer" end af en fagligt funderet helhedsorienteret indsats. Fx synes resultatet af den primære og tertiære forebyggende indsats ikke at være optimal i forhold til de involverede børn (primær forebyggelse), ligesom kvindernes sygdom og symptomer tilsyneladende også forværres (tertiær forebyggelse). Pilotprojektet peger især på følgende tre indsatsområder, som uddybes i afsnit 8.3 i form af anbefalinger:

- At øge det generelle vidensgrundlag
- At øge sundhedspersonalets kommunikative kompetencer
- At revurdere sundhedsvæsenets organisatoriske rammer
- At kvalitetssikre det faglige grundlag

Pilotprojektet afdækker desuden samfundsmæssige udfordringer, idet kvinderne synes at være i en særlig sårbar social position. Dette punkt er det umiddelbart vanskeligt for sundhedsvæsenet at løse isoleret. Afsnit 8.3.2. indeholder refleksioner herom til inspiration og opfølgning.

8.3 Anbefalinger

8.3.1 Uddybning af forslag til indsatsområder i sundhedsvæsenet.

Øge erfarings- og vidensgrundlaget om indvandrernes sygelighed og kontaktmønstre

Som det fremgår af litteraturgennemgangen, er hovedparten baseret på rapporter og artikler i fagtidsskrifter, hvis indhold ikke har undergået peer review (faglig vurdering af videnskabelig karakter). Kun få arbejder har haft fokus på sundhedsvæsenets forebyggende indsats. Vor generelle viden om indvandrernes sygelighed og kontakter til sundhedsvæsenet er sparsom (Dyhr et al., 2000). Den er ofte af kasuistisk karakter (bygger på erfaringer fra enkelte projekter eller personerfaringer) eller er af meget generel karakter (statistiske

opgørelser uden kontrollerede designs). Hermed anfægtes værdien af den omtalte litteratur ikke, men der skal blot peges på et udækket behov for en mere overordnet og helhedsorienteret tilgang baseret på systematisk indsamlet og dokumenteret viden om indvandrernes sygelighed og kontaktmønstre.

Behov for aktionsrettet forskningsbaseret indsats

Det konstateres i arbejdsrapporten udarbejdet af Akademiet for Migrationsstudier i Danmark (AMID) vedrørende sundhedsvæsenet og de etniske minoriteter, at man mangler viden om, hvordan man når ud med information om en hensigtsmæssig benyttelse af sundhedsvæsenets profylaktiske tilbud og behandlingstilbud til etniske minoriteter (Nielsen, 2002). Med afsæt i DSI's pilotprojekt og Löfvander og Dyhr (2002) skal derfor peges på behovet for en aktionsrettet forskningsbaseret indsats, som også har fokus på, hvorledes man som sundhedsvæsen kan tilrettelægge den forebyggende indsats, således at den passer til målgruppens forudsætninger og behov. Følgende områder synes særligt påtrængende:

De organisatoriske rammer

Projektet peger på behovet for at iværksætte initiativer, som afprøver konkrete muligheder for at øge den helhedsorienterede tværfaglige og tværsektorielle indsats i forhold til socialt belastede indvandrerfamilier. Indsatsen må være præget af fleksibilitet og omstillingsparathed og være fagligt funderet.

De kommunikative kompetencer

Projektet peger på, at de kommunikative færdigheder hos de enkelte behandlere kan forbedres i forhold til den tværkulturelle kommunikation. Dette kan ske via lokale kurser på de enkelte arbejdspladser og inkorporeres i den præ- og postgraduate uddannelse. Det er vigtigt, at kompetencen indebærer, at de sundhedsprofessionelle evner at fokusere på patienternes ressourcer (se fx Malterud og Hollnagel, 1998; Aambø 2000).

For at sikre den optimale kommunikation bør sundhedsvæsenet i endnu højere grad prioritere anvendelsen af professionelle tolke (Dyhr, 2000; Ali et al., 1997; www.hosp.dk, 2002).

Kvalitetssikring af det faglige grundlag

De sundhedsprofessionelle bør afprøve modeller til kvalitetssikring af det faglige grundlag i en forståelsesramme, der inkluderer en biopsykosocial tilgang (se fx Schroll, 2003).

Udover at øge personalets kommunikative færdigheder og organisere indsatsen, således at den tilpasses målgruppen bedre, er det vigtigt at vurdere indsatsen samlet (Kjærgaard, Mainz og Jørgensen, 1999).

8.3.2 Samfundsmæssige refleksioner vedrørende den samlede forebyggende indsats over for 1. generationsindvandrerkvinder

Pilotprojektet peger på, at barrierer for et godt og for begge parter relevant samspil i mødet mellem indvandrerkvinder og det danske sundhedsvæsen har samfundsmæssige årsager. Kvindernes sociale situation her i Danmark spiller en væsentlig rolle for deres helbredsstilstand og brug af sundhedsvæsenet.

Både den interviewede jordemoder og lægerne var enige om, at en grobund for depression og tristhed kan være de voldsomme kulturomvæltninger, men også følelsen af ensomhed, som ikke nødvendigvis hænger sammen med, om man har sit hjemlands familie omkring sig.

Jordemoderen pointerede, at det at have et socialt netværk omkring sig er uhyre vigtigt for alle gravide. Hendes erfaring var, at gravide indvandrerkvinder uden støttende netværk ofte er deprimerede og triste. Den interviewede læge med dansk baggrund var enig. Også hun møder i sin praksis mange deprimerede 1. generationsindvandrerkvinder på trods af fysisk tilstedeværelse af mange familiemedlemmer. Den interviewede læge med pakistansk baggrund pointerede, at depression og tristhed specielt synes at gælde 1. generationsindvandrere, og at det gælder både kvinder og mænd. En følelse, hun mener hænger sammen med oplevelsen af, at der ikke er brug for dem i det danske samfund, hvorfor de føler sig hensat til et hjørne.

Pilotprojektets indvandrerkvinder manglede også et netværk i form af mennesker at tale med, ligesom de var ude af arbejdsmarkedet og havde opgivet at lære bedre dansk. Ingen stillede angiveligt krav til dem om at gøre en aktiv indsats selv, ligesom de selv var blevet opgivende over for at kunne skaffe sig et bedre liv med større meningsfuldhed.

Hvis man som samfund ønsker at gøre noget ved den sociale ulighed i sundhed, må man starte med at indse, at den sociale ulighed i sundhed ud fra et samfundsmedicinsk perspektiv ikke kan skilles fra indvandrerkvindernes sociale situation. Statistisk set viser det sig, at der er flere arbejdsløse, flere på revalidering og på overførselsindkomst, dvs. belastende situationer, som får indflydelse på helbredet. Der er tale om dårlig økonomi, lav social klasse (mange er ufaglærte) og social belastning. Specielt har 1. generationsindvandrerkvinder ingen uddannelse og intet arbejde uden for hjemmet. De bliver herved socialt isolerede, og der opstår forskellige former for helbredsklager, hvoraf nogle formentlig kan forklares med manglende relevant stimulering og ensomhed.

For sundhedsvæsenet er det svært at tackle kvindernes situation. Den interviewede praktiserende læge formulerede dilemmaet i et lægeligt skøn om behov for sygdomsmelding og det aktuelle politiske krav om integration via undervisning i dansk og/eller forbliven på arbejdsmarkedet således:

"Det er svært. Det er et socialmedicinsk område, og som praktiserende læger føler vi os som lus mellem to negle. Vi kender tit familierne og ser deres situation og kan se, at det er håbløst, når hun har de små børn, og så skal hun op og gøre rent om morgenen, mens manden er af sted om natten som taxa-chauffør eller med rengøring. Hun er måske opvokset på en gård i en tyrkisk landsby og har haft en sporadisk skolegang. Så skal hun i skole og sidde med en dame fra Somalia og en ung pige fra Mellemøsten til danskursus, hvor hun føler sig fremmed. Hendes børn bliver måske passet et andet sted. Efter skole skal hun hente børnene, købe ind, hjem og lave mad osv. Egentlig ved hun ikke, hvorfor hun skal. Hun tror ikke, at hun får arbejde andet end med rengøring. Hun er formentlig opdraget til at være husmor og føler sig tryk med det. Samtidig synes vi, det er vigtigt, at de lærer dansk ellers bliver de totalt marginaliserede i det danske samfund. Vi kan også se og høre at de har ressourcer, som ikke bliver anvendt. Nogle af dem har lidt lav blodprocent, er overvægtige, har ondt i nakken og hovedpine. Mange af dem er også angst. De har psykiske problemer. Det er langt fra alle, der har lykkelige ægteskaber. Nogle få er udsatte for vold - det er ikke for at generalisere - men nogen af dem har et rigtig hårdt liv. De er bange og kan ikke sove om natten og savner deres familie/nogen at tale med. De har det rigtig dårligt psykisk. Så kommer de og kan ikke hænge sammen"

Citatet viser, at også den praktiserende læge møder og erkender indvandrerkvinders psykosocialt betingede symptomer og sygdomme. Og spørgsmålet er jo, hvor kvinderne skal gå hen andet end til den praktiserende læge, som her i Danmark dog kan gøre en lille forskel ved at tale med patienterne og symptombehandle dem.

Referencer

Aambø A. Erfaringer med selvhjælpsgrupper ved Primærmedisinsk verksted. I: Forebyggelse for samfundets udsatte grupper: Forebyggelsespolitisk Råd beretning 1998-2000. København: Forebyggelsespolitisk Råd, 2000: 37-44.

Afzal SZ. Forebyggelse og etniske minoriteter. I: Ulighed i sundhed og forebyggelse: Forebyggelsespolitisk Råd beretning 1996-1998. København: Forebyggelsespolitisk Råd, 1998.

Ali F, Dyhr L, Ege P, Hansen CC, Hawa A, Hertz S, Shaheen F, Skylv G. Brug tolk. Ugeskrift for Læger 1997; 159(5): 633-35.

Amtsrådsforeningen. Status vedrørende retningslinier for tolkebistand på sygehusområdet. Notat. J.nr. 101-93706. 26-05-2001.

Buch S. Patienter fra Mellemøsten. Danske Fysioterapeuter 1995; 77(11): 4-7.

Bülow AB, Knudsen LB, Mac F, Kristensen FB. Fødselskomplikationer og indgreb blandt indvandrerkvinder og danske kvinder i perioden 1983-1987. Ugeskrift for Læger 1990; 152(40): 2917-2920.

Cascino HR. Sundhedsarbejderen og patienten taler forbi hinanden. Social Politik 2001; (1): 17-21.

Danmarks Statistik. Statistisk Tiårsoversigt. København: Danmarks Statistik, 1999.

Dyhr L, Bunch V. Mødet med de fremmede. I: Kjær A, Berenth E (Red.). Kvindelige læger ser på sundhed og sygdom. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 1998: 54-63.

Dyhr L (a). Rapport om udvikling af forbedret service overfor indvandrerpatienter på en føde- og gynækologisk afdeling. København: Central forskningsenhed for almen praksis, Panum Institut, 1992.

Dyhr L (b). Det tyrkiske sundhedssystem. København: Central Forskningsenhed for Almen Praksis, Panum Institut, 1992.

Dyhr L. Det almene i det anderledes. Belysning af problemer i mødet mellem praktiserende læger og tyrkiske indvandrerkvinder i Danmark, set fra en klinisk synsvinkel. Ph.d. afhandling. - [København]: [Central forskningsenhed for almen praksis, Panum Institut], 1996.

Dyhr L. Udfordringer i mødet med patienter med anden etnisk baggrund. Status og fremtid for almen praksis. Ugeskrift for Læger 2000; 162(46): 6307-6309.

Dyhr L, Smith E, Ege P, Nørregaard C. Ved vi nok om indvandrernes sygelighed og kontakter til sundhedsvæsenet i Danmark? Ugeskrift for Læger 2000; 162(45): 6093-6095.

Flachs L, Melgaard K. Tilslutningen til børneundersøgelser og vaccinationer: - et forsøg på at bedre tilslutningen. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 1999; 77(2): 249-256.

Flygtninge og indvandrere bliver også ældre. Anbefalinger til kommunal indsats. Helsingør: Helsingør Kommune, Social- og Sundhedsforvaltningen, 2001.

Fødevarerdirektoratet. Maden hos indvandrere og flygtninge i Danmark. Søborg: Fødevarerdirektoratet, 2002. (Fødevarer rapport; 2002:7)

Glerup H. Vitamin D-mangel hos indvandrere. Ugeskrift for Læger 2000; 162(46): 6196-6199.

Henriksen I. Mødet mellem indvandrerfamilier og social- og sundhedsvæsenet. København: Socialforskningsinstituttet, 1987. (Publikation; 158)

Hoffmann AL, Bækgaard P, Beck B, Brøndum-Nielsen K. Årsager til mental retardering hos børn med indvandrerbaggrund. En registerstudie over forekomsten af konsangvinitet blandt forældrene til mentalt retarderede børn i Københavns Amt tilknyttet Center for Handicappede, Amtssygehuset i Glostrup. Ugeskrift for Læger 2003; 165(1): 42-46.

Ingerslev O. Sundhedsforhold blandt indvandrere. I: Mogensen GV, Matthiesen PC (Red.). Integration i Danmark omkring årtusindeskiftet. Indvandrernes møde med arbejdsmarkedet og velfærdssamfundet. [København]: Rockwool Fondens Forskningsenhed; Århus: Aarhus Universitetsforlag, 2000: 208-221.

Jahn A.W. Forskelsskaber og fællesskaber i fødselsrummet. Om sociale kategoriseringsprocesser med etnicitet som eksempel. København: Institut for Antropologi, Københavns Universitet, 2001. (Specialerække; nr. 199)

Jeppesen E Z. En kvalitetsvurdering af det danske sundhedsvæsens omsorg for tyrkiske indvandrerkvinder i forbindelse med graviditet og fødsel. Århus: Socialmedicinsk Institut, Aarhus Universitet, 1990. (Rapport; nr. 3)

Kallestrup U. Det forebyggende apparat i Danmark. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G (Red.). Forebyggende sundhedsarbejde. Baggrund. Analyse og teori. Arbejdsmetoder. 3. udgave. København: Munksgaard, 1998: 92-106.

Khan IA, Qassim M. Sundhed og sygelighed hos indvandrere II. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2002; 80(4): 557-567.

Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen J. Overvågning og forbedring af lægefaglige kerneydelser: brug af indikatorer. København: Dansk Selskab for Almen Medicin, 1999. (Klaringsrapport; nr. 12)

Knudsen LB, Mac F, Kristensen FB, Bülow BA von. Gravide indvandrerkvinders brug af det svangreprofylaktiske tilbud i Danmark 1983-1987. Ugeskrift for Læger 1990; 152(48): 3611-3614.

Kvale S. InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag, 1997.

Lindenskov L, Brønderslev L, Andersen K. Hvorfor opsøger børnefamilier skadestuen ved akut sygdom? Ugeskrift for Læger 2001;163(8): 1089-1092.
Lov om patienters retsstilling nr. 482 af 7. januar 1998.

Löfvander M, Dyhr L. Transcultural general practice in Scandinavia. Scand Journal of Primary Health Care 2002; 20(1): 6-9.

Malterud K, Hollnagel H. Talking with women about personal health resources in general practice. Key questions about salutogenesis. Scandinavian Journal of Primary Health Care 1998;16(2): 66-71.

Nielsen A. Sundhedsvæsenet og de etniske minoriteter. Aalborg : AMID, Akademiet for Migrationsstudier i Danmark : Aalborg University, 2002. (AMID Working Paper Series; 28)

Nielsen AS. Skitse af problemfelter i mødet med etniske minoriteter i sundhedsvæsenet. Hvad kan et relationelt perspektiv bidrage med? Ugeskrift for Læger 2001; 163(33): 4437-4438.

Persson G. Olika villkor - olika hälsa. En studie blandt indvandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet. Socialmedicinsk tidskrift 2000; 77(6): 553-564.

Roland AD. Kulturmøder i sundhedsvæsenet: tværkulturel kommunikation. Tidsskrift for sygeplejeforskning 2002; 18(2): 17-21.

Røjen D, Vibe-Petersen J, Hussain M. Et kulturelt afstemt undervisningsprogram for pakistanske patienter med type 2 diabetes: håndbog for sundhedspersonale. København: HS, Bispebjerg Hospital: Diabetesforeningen, 1999.

Sachs L. Fungerar kommunikation i sjukvård över kulturgränserna? Läkartidningen 1990; 87(3): 133-136.

Schierup CU. På kulturens slagmark: mindretal og størretal taler om Danmark. Esbjerg: Sydjysk Universitetsforlag, 1993.

Schroll H. Hvad gør folk, når de føler sig syge ? I: Østergaard I, Andersen JS, Christensen B, Damsbo N, Lauritsen T, Witt K (Red.). Almen medicin. København: Munksgaard, 2003.

Se forskelle som en udfordring [Handlingsplan for etnisk ligestilling i H:S] . 2002. Lokaliseret den 7. maj 2003 på World Wide Web: [http://www.hosp.dk/direktion.nsf/pics/Handlingsplan%20etnisk%20ligestilling.doc/\\$FILE/Handlingsplan%20etnisk%20ligestilling.doc](http://www.hosp.dk/direktion.nsf/pics/Handlingsplan%20etnisk%20ligestilling.doc/$FILE/Handlingsplan%20etnisk%20ligestilling.doc)

Seeberg J. Det er nok noget kulturelt. Sygeplejersken 1996; 96(33): 30-33.
Skadhaug J. Kulturforståelse i sygeplejen. Sprog & integration 2002; (4): 22-23.

Skytte M. Sociale indsatser i forhold til de allersvageste blandt etniske minoriteter. Aalborg : AMID, Akademiet for Migrationsstudier i Danmark : Aalborg University, 2002. (AMID Working Paper Series; 29)

Smedegaard T, Brocks S, Ethelberg ML, Hove A, Møller M. Det gode møde. Danske Fysioterapeuter 1995; 77(11): 8-11.

www.amid.dk. Akademiet for Migrationsstudier i Danmark.
www.inm.dk. Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration.

Bilag 1 Eksempler på håndtering af logistiske mfl. udfordringer

Nedenstående er vigtigt at gøre sig klart, før man igangsætter projekter omkring patienters og specielt indvandreres møde med social- og sundhedsvæsen. Man må således indregne tid hertil og ikke lade sig frustrere af, at virkeligheden blandt indvandrere i det danske samfund er fuld af overraskelser og komplicerede hverdagsforløb. Kulturmødet mellem en dansk undersøger og en interviewperson med anden etnisk baggrund end dansk er lige så fyldt med udfordringer, som mødet mellem en sundhedsprofessionel og en patient med anden etnisk baggrund end dansk.

1. Det er angiveligt vanskeligt at få tilsagn fra indvandrerpatienter om at deltage i et projekt. I den lægepraksis, patienterne udgik fra, lykkedes det kun at få tilsagn fra 3 ud af 6 planlagte patienter, selv om pågældende praksis har tilknyttet mange både tyrkiske og pakistanske kvindelige patienter. Hvis man skal gennemføre en hovedundersøgelse, kræver det således, at man involverer flere praksis, hvilket kræver ekstra møder, administration og styring.
2. I forbindelse med det første møde mellem patient og undersøger er familieinterviewet blevet aftalt. I tilknytning til dette familieinterview skulle patienten have mandens og børnenes accept heraf, og det skulle dernæst planlægges på et for dem passende tidspunkt, som tillige skulle passe med tolkenes, familieintervieweren og undersøgerens tidsskema.
3. Kvinderne opførte sig anderledes end kvindelige patienter med dansk etnisk baggrund. Som eksempel kan nævnes en familieinterviewsituation, hvor alt var klar til start, men hvor interviewpersonen Esme afbrød seancen, fordi hun ville hen på sit socialkontor for at få henstand med huslejen, som manden ikke havde betalt i tide. Kvinden var bange for at blive sat ud af lejligheden og ønskede, at tolk, undersøger og familieinterviewer tog med til socialkontoret for at hjælpe med til at forklare situationen. Vi måtte alle tre forklare, at vi ikke havde beføjelser hertil, hvorefter kvinden tog overtøj og hovedtørklæde på og gik. Hun var væk i ca. 1 time, mens vi sad tilbage og ventede på at kunne gennemføre interviewet. Det lykkedes, og Esme var glad, fordi hun havde fået henstand.
4. Der går ekstra tid med at forklare indvandrerkvinderne, at man som undersøger ikke kan hjælpe dem med deres sociale problemer. Lubna, som ikke talte et ord dansk, ønskede hjælp til at skaffe erstatning for møbler og porcelæn, som var blevet ødelagt i forbindelse med en genhusning. At skulle skuffe interviewpersonerne med, at man som undersøger ikke kan gøre noget ved det, skaber forvirring og manglende koncentration om selve undersøgelsen. Der skal bruges tid på at genoprette tillid og god stemning.

5. Trods fastlagte aftaler med givne tolke så havde tolkene i den undersøgte by meget travlt. Tolkene kommer derfor ikke altid med meget kort varsel. Muligheden er her enten at lave aftaler via en tolketjeneste eller udsætte interviewet, hvilket i begge tilfælde kræver ekstra administration og tid. Der var også tale om enkelte tilfælde, hvor tolkene sendte afbud, og nye møder måtte aftales. I projektforløbet viste det sig, at ideen med at skifte tolk via tolketjenesten gav problemer; Lubna meldte sig syg, da hun ikke ønskede at åbne sine døre og sine tanker for en "fremmed" tolk. Den nye tolk måtte aflyses og et nyt interview aftales med den sædvanlige tolk, som patienten havde tillid til.
6. Det tager ekstra tid at planlægge projektstart, idet brevene med informeret samtykke skal oversættes til tyrkisk og urdu.
7. At interviewe via tolk tager dobbelt så lang tid som uden tolk - tid, som bør indregnes i et givet projekt.

Bilag 2 Infoark

Etnisk tilhørsforhold og ulighed i sundhed

- en undersøgelse af tyrkiske og pakistanske kvinders møde med det forebyggende og sundhedsfremmende danske sundhedsvæsen og konsekvenser for deres sundhed og familiære sociale netværk.

Eva Thune Jacobsen, DSI Institut for Sundhedsvæsen, december 2001

Formål

At fremskaffe viden om, hvordan den sundhedsfremmende og forebyggende indsats foregår, hvilke problemer, der eksisterer i sundhedsvæsenet i forbindelse med tiltag over for tyrkiske og pakistanske kvinder, samt hvilke ændringer, der skal til for at bidrage til en forbedret indsats og dermed forbedret sundhed for disse kvinder.

Med forbedret sundhed menes såvel en mindre somatisk sygelighed og færre psykosociale problemer som en bedre håndtering af patientrollen/sygerollen set i en familiemæssig kontekst.

Metode

6 kvinder med tyrkisk og pakistansk etnisk baggrund følges gennem 1 år fra en given kontakt med deres praktiserende læge om et givet problem. Dernæst følges kvinderne videre til de instanser, som lægen henviser dem til (fx jordemoder, sundhedspleje, fysioterapi, speciallæge eller indlæggelse på sygehus mv.) I mødet mellem indvandrerkvinder og sundhedsprofessionelle fokuseres på den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

Interview

Hver kvinde interviewes flere gange i forbindelse med de konkrete kontakter til sundhedsvæsenet. Interviewtemaer vil dreje sig om kvindernes perspektiv på deres symptomer/sygdom dvs. henvendelsesårsag, forventninger til resultatet af indsatsen, opfattelse af betydningen af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats for deres sundhedstilstand og sundhedsadfærd, betydningen af indsatsen for deres daglige liv i familien samt deres behov for forbedringer af indsatsen.

I et indledende interview afdækkes kvindens baggrund og familieforhold - herunder rollefordeling og magtrelation i hjemmet samt psykosociale ressourcer og problemer.

Finansiell støtte:

Projektet har modtaget støtte fra Indenrigsministeriet og DSI Institut for Sundhedsvæsen.

I det afsluttende interview tilføjes et tema om forventninger til fremtiden i Danmark for kvinderne og deres familie.

Der anvendes tolkebistand ved interviews med kvinder og familier, der taler dårligt eller ingen dansk.

Projektgruppen

- Eva Thune Jacobsen, kultursociolog, fysioterapeut, Ph.D., DSI-Institut for Sundhedsvæsen.
- Sussi Karise, socialrådgiver, funktionsleder for socialpsykiatrien i Helsingør Kommune.

Observation

I forbindelse med hvert interview foretages desuden observationer af hvert møde mellem kvinde og sundhedsprofessionel - det være sig hos jordemoder, sundhedsplejerske, alment praktiserende læge, speciallæge eller på sygehus.

I begyndelsen af projektperioden (foråret 2002) foretages observationer i kvindernes hjem på en typisk hverdag. Mand og kvinde og eventuelle større børn interviewes samlet om mødet med det danske sundhedsvæsen og dette mødes betydning for familiens sundhed/sygdom, trivsel og sociale liv.

Forventede resultater

Undersøgelsen forventes at kunne pege på, hvilke muligheder der er for at forbedre den forebyggende indsats for kvinder med få ressourcer og med større risiko for sygdom end gennemsnittet af den danske befolknings kvinder.

Projektperiode

Projektet påbegyndes i januar 2002 og afsluttes i januar 2004.

Kontakt:

Eva Thune Jacobsen
tlf. 35 29 84 46
e-mail: etj@dsi.dk

Bilag 3 Litteraturkategorisering

Kategoriseringen af litteraturen er gennemført af student Karen Stage Fritsen, DSI. Den er baseret på emneord fra resumeer af de fundne referencer.

Kategorierne indeholder referencer, der omhandler indvandrere, flygtninge og etniske minoriteter. Referencer, der udelukkende vedrører asylansøgere eller asylcentre, er samlet i kategorien "asylansøgere/asylcentre". Markering med dobbeltstreg indikerer skel mellem referencer fra 1990-1995 og 1996-2003

Kategorier

- Sundhedsvæsen - generelt
- Sundheds- og sygdomstilstand
- Sundhedspleje
- Sygehus
- Alment praktiserende læge
- Svangreomsorg, jordemoder, fødselsgang o.lign.
- Sundheds- og sygdomsopfattelser
- Kulturmødet
- Livsstil
- Tolkeproblemer
- Ældre - pleje og omsorg
- Omskæring
- Traumer/Tortur
- Psykosociale forhold/psykosocialt arbejde
- HIV/AIDS
- Uddannelse/Undervisning
- Psykiatri/Kriser
- Misbrug/rusmidler
- Handicappede
- Generelle vilkår for Indvandrere
- Integration
- Asylansøgere/asylcentre

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
Sundheds- væsen - generelt		Berg B./ Velkommen, nye landsmenn: Erfaringer med kommunalt flyktningarbeid/ 1990	Norge. Bog der behandler forskellige sider af det kommunale flygtningearbejde i Norge, bl.a. social- og sundhedstjeneste.
		Olin Lauritzen S./ Hälsovård som rutin eller relation: Svensk mödra- och barnhälsovård möter invandrarfamiljer/ 1990	Sverige. Doktorafhandling indenfor filosofi. Identifikation af forudsætninger af kulturel, social og psykologisk karakter, der har betydning for mødet ml. indvandrere og sundhedstjeneste vedr. mor/barn.
	Sygeplejersken	Ellegaard M./ Lettere at give end at modtage/ 1991	Danmark. Artikel med interview med søster Elsi vedr. afganske og pakistanske flygtninge i det danske sundhedsvæsen.
	Sygeplejersken	Koch T.Ø./ Mumierne i ørkenen/ 1991	Danmark. Artikel med interview med Ditte Andersen vedr. etiopiske og sudanske flygtninge i det danske sundhedsvæsen.
		Kjærsgaard A.M., Ullerup K., Mandrup G.H./ Familie-sundheds: rapport 4: om tyrkiske indvandrere bosat i Gellerup/ 1991	Danmark. Rapport om sygdom og sundhedsopfattelser, sundhedsvæsenet generelt i Tyrkiet samt om tyrkiske indvandreres brug af sundhedsvæsenet i Gellerup.
		Svenska Läkaresällskapet/ flyktningar och invandrare i sjukvården: Medicinska och kulturella aspekter/ 1991	Sverige. Bog vedr. etniske minoriteter i Sverige. Vedr. psykisk og fysisk tilstand ved ankomsten, kultur og religion, familien, og hvordan social- og sundhedsvæsenet forholder sig ved problemer hos indvandrere. Henvendt til læger som del af efteruddannelseskursus.
		Svenska Läkaresällskapet/ Flyktningar och invandrare i sjukvården: Medicinska och kulturella aspekter: läkardagarna i Örebro 1991/ 1991	Sverige. Kursusmateriale fra et efteruddannelseskursus for læger om indvandrere og flygtninge i sundhedsvæsenet. Generelt om etniske minoriteter herunder bl.a. om tilpasningsproblemer i arbejdslivet og sundhedsvæsenet.
		Angel B./ Att möta Flyktningbarn och deras familjer/ 1992	Sverige. En grundbog om psykosocialt arbejde med flygtningebørn og deres familier. Bl.a. om sundhedsvæsenets indsats.
		Bloch Larsen E./ Øget sundhed og trivsel for palæstinensiske flygtningefamilier: en kvalitativ analyse af forståelsesproblemer i mødet mellem flygtninge og den danske sundhedssektor/ 1992	Danmark. Rapport baseret på interviews med palæstinensiske flygtning og repræsentanter fra det danske sundhedssystem. Indeholder forslag til at afhjælpe utryghed og fremme flygtninges trivsel og sundhed.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
		Bæk-Sørensen T./ Sundhedsfremme og forebyggelse: Miniprojekt i den tamilske flygtningegrupp 1991/ 1992	Danmark. Evaluering af forsøg med sundhedsoplysning for tamilske flygtninge i Bjerringbro kommune.
		Dyhr L./ Rapport fra studietur til Tyrkiet: Denne rapport er lavet med baggrund i en 3 ugers studietur til Tyrkiet. Formålet med denne rapport var at danne sig et indtryk af det tyrkiske sundhedssystem og det "liv" tyrkiske indvandrere i Danmark har med sig som bagage/ 1992	Danmark. Rapport med indtryk fra det tyrkiske sundhedsvæsen på baggrund af studietur.
		Melchior M./ Flygtninge og indvandrere: Forsøgserfaringer fra SUM-støttede projekter/ 1992	Danmark. Erfaringsopsamling fra udviklingsprojekter vedr. indvandrere og flygtninge. Bl.a. om uddannelse, socialt netværk, generel integration, børn og sundhed.
		Mertz A./ Kultur, sundhed og sygdom: om indvandrere og flygtninge i sundhedsvæsenet: Temabog/ 1992	Danmark. Lærebog for ansatte i sundhedsvæsenet, der har tæt kontakt med indvandrere og flygtninge. Bl.a. beskrivelse af problemstillinger i mødet ml. sundhedsvæsenet og fremmede kulturer, opfattelser af sundhed og sygdom, hospitalsindlæggelse, tolkning og torturofre.
		Siem H., Bollini P./ Migration and health in the 1990s: speciel issue/ 1992	Danmark. Temahæfte med ekspertoplæg og indlæg fra panel-diskussion på konference om sundhed for indvandrere, flygtninge og asylansøgere i 1990'erne. Bl.a. sundhedsoplysning, -personale.
		Nielsen L./ Projektkatalog: indvandrer- og flygtningeprojekter/ 1993	Danmark. Projektkatalog med data og beskrivelse af projekter på indvandrer- og flygtningeområdet. Bredtfaavnende projekter herunder også omhandlende sundhed.
		Hylland Eriksen T./ Kulturforskjeller i praksis: perspektiver på det flerkulturelle Norge/ 1994	Norge. Bog, der giver en bred præsentation af det flerkulturelle Norge. Omhandler bl.a. indvandrernes forhold til sundhedsvæsen og myndigheder, krops- og sygdomsopfattelser.
		Just Jeppesen K./Minoriteter og det sociale system/ 1994	Danmark. Vidensopsamling om etniske minoriteters møde med social- og sundhedssektorens tilbud til alle aldersklasser.Base-ret på litteraturgennemgang samt interviews med nøglepersoner.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
	Farma- ceuten	Loldrup H.O./ Det danske sundhedsperspektiv set fra de iranske flygtninges perspektiv/ 1994	Danmark. Artikel om det danske sundhedsvæsen set fra der iranske flygtninges perspektiv
		Tilia G.B./ "De tager os ikke alvorligt": somaliske flygtninges viden om og brug af sundhedsvæsenet/ 1994	Danmark. Undersøgelse som kortlægger og identificere problemstillinger, der karakteriserer mødet ml. det danske sundhedsvæsen og somaliske flygtninge i Esbjerg og Varde.
		Flachs S., Melgaard K./x Børnefamilier på indre Nørrebro/ 1995	Danmark. Evaluering af projekt om indsats overfor ressourcefattige småbørnsfamilier og familier med psyko-sociale belastninger i graviditeten. Mange med etnisk minoritetsbaggrund.
	Tidsskrift for Danske Fysioterapeuter.	Smedegaard T. et al./ Det gode møde/ 1995	Danmark. Artikel om indvandreres møde med sundhedsvæsenet.
		Svenska Läkaresällskapet/ Om kulturkrockar i kvinno-sjukvården. Symposier och föredrag vid Svenska Läkaresällskapets Riksstämman 1994/ 1995	Sverige. Oplæg fra temadagen "Om kulturkrockar i kvinno-sjukvården" med udgangspunkt i problemer i mødet ml. sundhedspersonale og personer fra andre kulturer.
		Erkblad S./ Möten i världen: transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården/ 1996	Sverige. Bog om tværkulturelt perspektiv på sundhedsvæsenet.
		Autsveg B./ Sundhedssektoren og indvandrere: mangfoldighed, sundhed og sygdom/ 1997	Norge. Bog der giver en teoretisk og praktisk indføring i indvandreres og flygtninges møde med sundhedsvæsenet. Herudover bl.a. om sprogproblemer, brug af tolk, sundhedsoplysning, sundhedsplejerskens arbejde, omskæring, torturofre og kommunikationsproblemer. Bogen er bearbejdet m.h.p. danske forhold.
		Knudsen L.A. / Kommunikation med somaliere på Skanderborg Apotek: projektoplæg / 1998	Danmark. Undersøgelse af to farmaceutstuderende om, hvordan kommunikationen med de somaliske flygtninge på apoteket kan forbedres. Baseret på picturegram og interviews.
		Statens information / Etniske minoritetskvinde integration og retsstilling i Danmark: delbetænkning II afgivet af det af indenrigsministeren nedsatte Kvindeudvalg./ 1998	Danmark. Delbetænkning med kortlægninger, vurderinger, analyser og anbefalinger vedr. etniske minoritetskvinde forhold til hhv. social- og sundhedsvæsenet, danskundervisning, arbejdsmarkedet, politisk deltagelse og medierne.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
	Månedsskrift for Praktisk Lægegerning	Flachs L., Melgaard K./ Tilslutningen til børneundersøgelser og vaccinationer: - et forsøg på at bedre tilslutningen/ 1999	Danmark. Artikel om projekt, der bedrede tilslutningen til børneundersøgelser og vaccinationer blandt indvandrerfamilier på Nørrebro.
	Ugeskrift for Læger	Nørredam M., Krasnik A., Petersen J.H./ Indvandrerkvinders adgang til det danske sundhedsvæsen: Adgangen til hospitalsbehandling blandt indvandrerkvinder med brystkræft sammenlignet med danske kvinder/ 1999	Danmark. Artikel om undersøgelse af indvandreres brug af sundhedsvæsenet ved belysning af om indvandrerkvinder med brystkræft har samme adgang til hospitalsbehandling som danske kvinder med brystkræft.
		Samuelsson J. / Muslimers möte med svensk sjukvård och skola./ 1999	Sverige. Bog om muslimers møde med skole og sundhedsvæsenet.
		Aaes E., Geertsen K./ Rapport om Sundhedsfremmeprojekt for flygtninge- og indvandrerkvinder: Projekt Mamma Mia/2000	Danmark. Rapport om et sundhedsfremme projekt for flygtninge- og indvandrerkvinder i Åbenrå.
	Sygeplejersken	Arestrup M.S./ Fingersprog påkrævet/ 2000	Danmark. Artikel om en hjemmesygeplejerskes besøg hos tyrkiske patienter.
	Ugeskrift for Læger	Arestrup M./ På kulturelle præmisser: Indvandrerprojekt på diabetesambulatoriet på Bispebjerg Hospital viser med al tydelighed, at respekt, interesse og viden er vejene til stabilt fremmøde og velregulerede patienter/ 2000	Danmark. Artikel med skitsering af projekt på diabetesambulatorie, der målrettede forebyggelse og behandling til pakistanske patienter. Bl.a. vha. gruppeundervisning, informationskampagner og kønsspecifikke informationsaftener. Ved at møde patienterne på deres præmisser med afsæt i deres traditioner og kultur opnås bedre resultater.
		Andersen J.H., Jensen A.D.R. / Etniske minoriteter: kulturmødet i sundhedsvæsenet/ 2001	Danmark. Antologi, der belyser problemfelter, der kan opstå i mødet ml. etniske minoriteters og sundhedspersonale. Desuden afklaring af forskellige begreber bl.a. sundheds- og sygdomsbegreber samt praktiske erfaringer indenfor eksempelvis sundhedspleje.
		Hyland Eriksen T., Sørheim T.A./ Kulturforskelle: kultur-møder i praksis/ 2001	Danmark. Bog om kulturforskelle. Spænder bredt fra teorier og begreber om bl.a. kultur, etnicitet til diskussioner om aspekter ved kulturkontakt bl.a. indvandreres forhold til sundhedsvæsen og sygdomsopfattelser.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
		Jeppesen K.J., Nielsen A./ Tosprogede småbørn i Danmark: rapport nr. 4 fra forløbsundersøgelsen af børn født i 1955/ 2001	Danmark. Rapport med resultater fra landsdækkende undersøgelse af tosprogede småbørn. Vedr. generelle vilkår, forebyggelse og brug af sundhedsvæsenet.
		Nabe-Nielsen H./ Religionsvejviser: for sundhedspersonale/ 2001	Danmark. Religionsvejviser for sundhedspersonale. Indblik og forholdsregler i forbindelse med behandling af patienter med forskellige trosretninger.
	Ugeskrift for Læger	Nielsen A.S./ Skitse af problemfelter i mødet med etniske minoriteter i sundhedsvæsenet: Hvad kan et relationelt perspektiv bidrage med?/ 2001	Artikel der diskuterer, hvad kulturforståelse er, og hvilke forventninger der kan stilles til sundhedspersonalet i et multietnisk samfund. Forfatteren kommer med et bud på, hvad antropologien kan bidrage med ift. uddannelse af sundhedspersonale.
		Nødgaard H./ Børn af etniske minoriteter på sygehus - forståelsen skal bedres/ 2001	Danmark. Afhandling om børn af etniske minoriteter på sygehus. Undersøgelse af indlæggelseshyppighed, indlæggelsestid, sygdomspanorama og kommunikationsproblemer blandt børn af etniske minoriteter i forhold til danske børn.
	Månedsskrift for Praktisk Lægegerning	Stenager E. et al./ Somaliske flygtninge - problemer og løsninger/ 2001	Danmark. Artikel om somaliske flygtninge i Danmark. Vedr. problemer i mødet med social- og sundhedsvæsenet herunder bl.a. helbredsforhold, omskæring, tolkeproblemer, arbejdsmarked og psykologiske problemer.
	Ugeskrift for Læger	Holk I.K., Rosdahl N., Damgaard Petersen K.L./ Indvandrerkvinders brug af mammografiscreening/ 2002	Artikel om undersøgelse af indvandrerkvinders brug af mammografiscreening i perioden 1991-1997. Der fandtes signifikant lavere tilslutning blandt indvandrerkvinder end blandt danske kvinder.
		Nielsen A./ Sundhedsvæsenet og de etniske minoriteter/ 2002	Danmark. Rapport om sundhedsvæsenet og de etniske minoriteter.
	Ugeskrift for Læger	Said A.M., Wielandt H.B./ Arabisksprogede kvinders holdning til gynækologisk undersøgelse/ 2002	Danmark. Artikel om undersøgelse af arabisksprogede kvinders holdning til gynækologisk undersøgelse, bl.a. betydningen af lægens køn.
Sundheds- og sygdomstilstand		Bergström E./ Flyktningbarn i Sverige: Huvedrapport 1990/91/ 1991	Sverige. Rapport der er en sammenfatning ni delrapporter om den psykiske og fysiske helbredstilstand hos flygtningebørn og -unge samt foranstaltninger, der gøres for dem. Desuden forslag til forbedringer.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
		Creutzer M./ Forskar-seminarium om flyktningbarn/ 1991	Sverige. Delrapport fra forskningsseminar om svensk forskning vedr. fysisk og psykisk helbred hos flygtningebørn og -unge.
		Hjern A./ Flyktningbarn i hälso- och sjukvården/ 1991	Sverige. Delrapport der sætter fokus på viden om flygtningebørns helbredstilstand. 1991. Indeholder statistisk materiale.
		Madsen M./ Børns sundhed ved skolestart 1988/89/ 1991	Danmark. Beskrivelse og analyse af sundhedstilstanden blandt børn ved skolestart. Et afsnit handler om indvandrerbørn.
		Københavns Kommune/ Forslag til Sund By plan for Københavns kommune 1994-97/ 1993	Danmark. Gennemgang af sundhedstilstanden i Kbh. med forslag til sundhedsfremme og forebyggelse. Bl.a. skal sociale netværk styrkes for særligt udsatte grupper, herunder indvandrerfamilier.
		Grunitzky I./ Bosniske skolebørn i Danmark: en helbredsundersøgelse af og samtale med bosniske skolebørn i Danmark: rapport september 1994/ 1994	Danmark. Helbredsundersøgelse af bosniske skolebørn i Danmark. Baseret på samtaler med børnene.
		Khan I.A./ Indvandreres sundhedstilstand: (forkortet udgave); og anerkendt af Den Videnskabetiske Komité Journal nr.: KF-01-342/93/ 1994	Danmark. Rapport fra et pilotprojekt til undersøgelse af sammenhæng ml. voksne indvandreres sociokulturelle og helbredsmæssige forhold i Danmark.
	Månedsskrift for Praktisk Lægegering	Teglbjærg L.S./ Helbredsundersøgelse af etiopiske flygtninge/ 1995	Danmark. Artikel om gennemførelse af et omfattende helbreds-screeningsprogram af 52 etiopiske flygtninge gennemført i almen praksis. Om planlægning, samarbejde, gennemførelse og resultater.
		Helweg-Larsen K., Kjølner M. / Danskernes sundhed mod år 2000: sundhedsadfærd, sundhedstilstand, sygelighed, dødelighed, levekår / 1997	Danmark. Forskningsbaseret redegørelse for udviklingen i befolkningens sundhedstilstand, herunder også lidt om etniske minoriteter.
		Hjern A./ Migration til segregation - en folkhälsorapport om barn med utländskt ursprung i Stockholm / 1998	Sverige. Rapport om sundhedstilstand blandt børn og unge af udenlandsk oprindelse i Stockholms Len. Herudover om risikofaktorer og specielle indsatsområder.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
		Københavns Kommune/ / Sundhed og sygdom i København '98 (bind 1)/ 1998	Danmark. Redegørelse for sundhedstilstanden i København. Bind 1. Indeholder detaljeret beskrivelse af bl.a. sundhed og sygdom blandt indvandrere i Kbh.
		Københavns Kommune/ Sundhed og sygdom i København '98 (bind 2)/ 1998	Danmark. Redegørelse for sundhedstilstanden i København. Bind 2. Indeholder grafisk fremstilling af en række sundhedsindikatorer.
		Nielsen A. et.al. / Børns sundhed i Danmark / 1998	Danmark. Bog der giver oversigt over den eksisterende viden om danske børns sundhedstilstand, udvikling og funktion i dagligdagen. Omfatter også børn med etnisk minoritetsbaggrund.
		Københavns Kommune/ Sundheds og sygdom i København 2000/ 2000	Danmark. Beretning om sundhedsforholdene i Kbh. Social ulighed i sundhed som overordnet tema herunder bl.a. diagnosemønstre og indlæggelsesvarighed blandt indvandrere og danskfødte på Bisbebjerg Hospital.
	Månedsskrift for Praktisk Lægegering	Khan I.A., Qassim M./ Sundhed og sygelighed hos indvandrere I/ 2002	Danmark. Artikel, der redegør for forskellige undersøgelsesresultater vedr. indvandrernes sygdoms- og sundhedsadfærd, almene helbredsforhold, sygdomsmønstre sammenholdt med livsstilmæssige, sociokulturelle og økonomiske faktorer.
	Månedsskrift for Praktisk Lægegering	Khan I.A., Qassim M./ Sundhed og sygelighed hos indvandrere II/ 2002	Danmark. Artikel, der redegør for undersøgelsesresultater vedr. indvandrernes sociopsykologiske forhold og deres psykiske sundhedstilstand.
	Ugeskrift for Læger	Nielsen A.M., Rasmussen S., Jeppesen K.J./ Sygelighed blandt spædbørn fra etniske minoriteter/ 2002	Artikel om undersøgelse af minoritetsbørns sygelighed de første leveår. Sammenlignet med danske børns sygelighed var der en lidt øget forekomst af nogle sygdomme/symptomer og en lidt mindre af andre, men der blev ikke fundet store forskelle.
		Sundhedsstyrelsen/ Notat vedrørende information om risici i forhold til hvor parterne er beslægtede, eksempelvis fætre og kusiner/ 2002	Danmark. Notat vedr. information om risici i forhold til beslægtede partnere. Viser bl.a. at fætterkusineægteskaber ikke giver væsentlig større risiko for fødsel af fysisk eller psykisk handicappede børn end i ubeslægtede ægteskaber.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
		Sundhedsstyrelsen/ Redegørelse for sundhedsbetjeningen af flygtninge og indvandrere, der kommer til Danmark, hvad angår smittesomme sygdomme/ 2002	Danmark. Redegørelse af sygdomsmønstre og indsatsen over for nytilkomne indvandrere og flygtninge i Danmark.
Sundhedspleje		Damgaard M. et al./ Om børn og familie/ 1995	Danmark. Hæfte, der sætter specielt fokus på den nyankomne småbørnsfamilie samt informerer om sundhedsplejerskens arbejde, kommunale pasningstilbud og om forebyggende indsats over for truede familier. Henvender sig til kommunale praktikere, der arbejder med indvandrere og flygtninge
	Sygeplejersken	Klemp I.B./ Sundhedspleje til de nye danskere/ 1998	Danmark. Artikel om eksempler på problemstillinger og udfordringer for sundhedsplejerskers møde med etniske minoriteter.
		Høje-Taastrup Kommune. Børne- og Kulturforvaltningen / Sundhedsplejerskernes & netværksmedarbejdernes opsøgende arbejde i tosprøgede familier./ 1999	Danmark. Metodeforslag til det opsøgende arbejde, herunder om hjemmebesøg i familierne, om mødregrupper samt om koordinering af netværksarbejdet.
	Sygeplejersken	Arestrup M.S./ Indvandrerbørn kræver særlig sundhedspleje/ 2000	Danmark. Artikel om sundhedsplejerskers besøg hos indvandrere i Vollsmose.
	Sygeplejersken	Hansen L., Hedegaard R./ Sundhedsplejer fremmer integration/ 2002	Danmark. Artikel om hvordan sundhedsplejersker i dialogen med etniske forældre om børn og børneopdragelse i Danmark kan bidrage til integrationen. Indsatsen kræver imidlertid ressourcer.
Sygehus		Edsjö K./Flyktningbarn på sjukhus; enkät til 48 lekterapier/ 1991	Sverige. Delrapport om spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt legeterapeuter mhp. at klarlægge modtagelse af indvandrere og flygtningebørn på sygehus, kommunikation ml. personale, børnene og forældrene samt hvordan børnene har det på sygehuset.
	Ugeskrift for Læger	Dyhr L./ Indvandreres møde med det danske sygehusvæsen/ 1992	Danmark. Artikel om indvandreres møde med det danske sygehus væsen.
		Dyhr L./ Rapport om udvikling af forbedret service overfor indvandrerpatienter på en føde- og gynækologisk afdeling/ 1992	Danmark. Rapport fra udviklingsprojekt, der skulle forbedre serviceniveau overfor indvandrerpatienter på en hospitalsafdeling (føde- og gynækologisk afdeling på Rishospitalet). Indeholder anbefalinger.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
		Hanssen I./ Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn/ 1996	Norge. Basisbog til brug for medarbejdere indenfor sundhedssektoren om mødet med fremmede kulturer i hospitalssystemet.
	Ugeskrift for Læger	Nødgaard H., Nielsen I./ Børn af etniske mindretal på sygehus i Århus: Hvor tit - hvor længe - for hvad?/ 1998	Danmark. Artikel om undersøgelse af indlæggelseshyppighed, indlæggelsestid og diagnoser for børn af etniske minoriteter i Århus Kommune samt sprogproblemer under indlæggelse.
		Aalborg Sygehus/ Emma's rummelige verden/ 2000	Danmark. Bog, der beskriver situationer på sygehusenes afdelinger, når patienter/pårørende og personale mødes samt når personalegrupper med forskellige kulturbaggrund skal samarbejde.
	Sygeplejersken	Arestrup M.S./ Særligt sygeplejeteam til indvandrerbørn/ 2000	Danmark. Artikel om særligt sygeplejeteam til indvandrerbørn på børneafdeling H3 på Odense Universitetshospital.
		Hovedstadens Sygehus-fællesskab/ Flygtninge og indvandrere på hospital i Hovedstadens Sygehus-fællesskab/ 2002	Danmark. Pjece om flygtninge og indvandrere på hospital i H:S.
	Sygeplejersken	Jahn A.W./ De taknemmelige får bedst pleje/ 2002	Danmark. Artikel om at sygeplejersker og sundhedspersonale på sygehuse yder bedre behandling og pleje, jo mere de identificerer sig med patienterne. Dette har konsekvenser for bl.a. etniske patienter, som personalet i ringere grad identificerer sig med.
	Sygeplejersken	Jahn A.W./ Usynlig forskelsbehandling/ 2002	Danmark. Artikel om sygehuspersonales forskelsbehandling af udenlandske patienter. Etnisk forskelsbehandling foregår på underspillet og usynlig måde og resulterer i, at udenlandske patienter udskrives med mangelfuld viden. Sygehusene kan være med til at gøre videnskløften mellem de danske vidende og de etniske ikke-vidende minoriteter mindre.
	Ugeskrift for Læger	Haller J./ Anonymitet tilladt på sygehuse: Fortsat usikkerhed for fødende, patienter og personale på sygehuse efter illegale udlændinge har fået det grønne kort i sag om anonymitet og misbrug af sygesikringsbeviser/ 2003	Danmark. Artikel, der skitserer problematikken vedr. udlændinges brug af falske sygesikringsbeviser på sygehuse. Beskrivelse af dilemma for personalet samt problemets omfang i USA.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
Alment praktiserende Læge		Hilden J. et al./ Fremmede og sundhed/ 1990	Danmark. Temaartikler om mødet ml. indvandrerpatienter og læge - i lægens konsultation og på føde- og gynækologiske afdelinger samt om tilbud og spørgsmål om tolkning.
		Abeth L./ Lægevagten, egen læge og daginstitutioner/ 1991	Danmark. Hæfte med oplysning til indvandrerkvinder vedr. brug af egen læge, lægevagt, tandlæge, dagpleje og daginstitutioner.
		Dimitrova B.E./ När två smataler genom en tredje: interation och icke-verbal kommunikation i medicinska möten med tolk/ 1991	Sverige. Rapport om mødet ml. læge og udenlands patient med brug af tolk. Analyserer visse aspekter af interaktionen og den ikke-verbale kommunikation.
		Erdem M./ Vi ta'r fat: artikelsamling om indvandrere i Danmark/ 1992	Danmark. Oplæg fra konferencer om de problemer, som indvandrere oplever i integrationsprocessen. Bl.a. oplæg om muslimske indvandrerpatienters møde med praktiserende læge.
		Dyhr L./ Det almene i det anderledes: belysning af problemer i mødet mellem praktiserende læger og tyrkiske indvandrerkvinder i Danmark, set fra en klinisk synsvinkel/ 1996	Danmark. Ph.d.- afhandling. Beskriver kommunikationsproblemer i konsultationen ml. praktiserende læger og tyrkiske indvandrerkvinder. Baggrunden herfor analyseres og der fremlægges forslag til at mindske disse problemer.
	Ugeskrift for Læger	Dyhr L./ Det almene i det anderledes: belysning af problemer i mødet mellem praktiserende læger og tyrkiske indvandrerkvinder i Danmark, set fra en klinisk synsvinkel/ 1997	Danmark. Artikel med kort beskrivelse af ph.d.-afhandling, der omhandler kommunikationsproblemer i konsultationen ml. praktiserende læger og tyrkiske indvandrerkvinder.
	Tidsskrift for den Norske Lægeforening	Dyregrov K./ Interkulturell kommunikasjon i allmennpraksis/ 1997	Norge. Artikel om undersøgelse af kommunikationsproblemer i mødet ml. praktiserende læge og indvandrere fra den tredje verden. Kulturelt baseret verbal og ikke-verbal kommunikation specielt vanskeligt.
		Austveg B./ innvanderes møte med skandinaviske leger/ 1998	Norge. Afsnit i Medicinsk årbog om indvanderes møde med skandinaviske læger. Sættes i relation til empirisk materiale.
	Ugeskrift for Læger	Vagner H./ Indvandrere i almen praksis/ 1999	Danmark. Artikel med interview af Naser Khadar vedr. indvanderes opfattelse af og forhold til praktiserende læge.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
	Sygeplejersken	Arestrup M.S./ Fadlan dhig gaariga/ 2000	Danmark. Artikel om en praktiserende læges (Astrid Kristiansen) erfaringer med somaliske patienter.
	Ugeskrift for Læger	Dyhr L./ Udfordringer i mødet med patienter med anden etnisk baggrund: Status og fremtid for almen praksis/ 2000	Danmark. Artikel med skitsering af problemstillinger samt fremtidige udfordringer ift. indvandrede møde med almen praksis og sundhedsvæsenet generelt.
	Månedsskrift for Praktisk Lægegering	Kristiansen A./ Somaliske flygtninge i almen praksis/ 2000	Danmark. Artikel om undersøgelse af somaliske flygtninge i almen praksis. Erfaringer fra 4-årig periode om patienternes tilpasning socialt og kulturelt, om brug af tilbud, helbredsstatus og -problemer.
	Ugeskrift for Læger	Peters J./ Kulturmødet i konsultationen/ 2002	Danmark. Artikel om erfaringer blandt læger om kulturmødet med patienter med anden etnisk baggrund. Disse patienter har ofte andre forventninger til behandlingen end danske patienter, hvilket skaber frustration og magtesløshed hos den praktiserende læge.
Svangreomsorg, jordemoder, fødselsgang o.lign.		Axelsen M./ Jordemoder for indvandrerkvinder/ 1990	Danmark. Bog om tyrkiske kvinders vilkår ved graviditet, fødsel, barsel i Danmark samt om erfaringer med børnefødsler i Tyrkiet.
	Ugeskrift for Læger	Buelow B.A. von, et al./ Fødselskomplikationer og indgreb blandt indvandrerkvinder og danske kvinder i 1983-1987/ 1990	Danmark. Artikel om undersøgelse af fødselsforløb for indvandrerkvinder sammenlignet med danske kvinder i 1983-1987. Indgrebet vestimulation forekom oftere hos indvandrerkvinder end hos danske kvinder, men ellers ingen markante forskelle.
		Bøyesen I.L./ Pinar: En mødregruppe for unge tyrkiske kvinder/ 1990	Danmark. Rapport om unge tyrkiske kvinders situation i forbindelse med graviditet, fødsel og spædbørnspleje. Desuden om metoder og holdninger i det tværkulturelle arbejde som sundhedsplejer.
		Jeppesen E.Z./ En kvalitetsvurdering af det danske sundhedsvæsens omsorg for tyrkiske indvandrerkvinder i forbindelse med graviditet og fødsel/ 1990	Danmark. Projektrapport der afdækker arten af og årsagerne til problemer, der opstår i mødet ml. indvandrerkvinder og sundhedsvæsen i forbindelse med graviditet og fødsel.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
	Ugeskrift for Læger	Knudsen L.B., et al./ Gravide indvandrerkvinders brug af det svangreprofylaktiske tilbud i Danmark 1983-1987/ 1990	Danmark. Artikel om undersøgelse af indvandrerkvinders brug af forebyggende helbredsundersøgelser i svangerskabet. Det konkluderes, at indvandrerkvinder har mindre kontakt med sundhedsvæsenet i løbet af graviditeten end danske kvinder.
	Ugeskrift for Læger	Jeppesen E.Z./ Sundhedsvæsenets omsorg for tyrkiske indvandrerkvinders graviditet og fødsel/ 1993	Danmark. Artikel om en undersøgelse af sundhedsvæsenets omsorg for tyrkiske indvandrerkvinders graviditet og fødsel. Påpeger problematik ved dialog og tillid ml. indvandrere og sundhedsvæsenet pga. sproglige problemer og manglende indsigt i kulturforskelle.
		Sonne S.K./ Indvandrerfamilier og spædbarnspleje: et vanskeligt møde mellem kulturer og traditioner: en brugerundersøgelse i Københavns Kommune/ 1994	Danmark. Undersøgelse der giver indblik i indvandrerforældrenes vurdering af den sundhedsfremmende støtte omkring fødslen og barselsperioden efter ny praksis på Hvidovre Hospitals barselsafdeling.
	Månedsskrift for Praktisk Lægegerning	Elverdam B./ Fremmede kulturer - graviditets- og fødselstraditioner/ 1998	Danmark. Artikel om forskellige kulturers graviditets- og fødselstraditioner, og om fremmede kulturers møde med det danske sundhedsvæsen.
		Sundhedsstyrelsen / Svangreomsorg: retningslinier og redegørelse: sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselsperiode: retningslinierne træder i kraft pr. 1 juli 1998/ 1998	Danmark. Retningslinier + redegørelse vedr. svangreomsorg. Indeholder bl.a. vejledning til sundhedspersonale vedr. gravide kvinder, der er omskåret.
		Jahn A.W./ Forskelsskaber og fællesskaber i fødselsrummet: om sociale kategoriseringsprocesser med etnicitet som eksempel: specialeafhandling/ 2001	Danmark. Speciale om personales forhold til udenlandske patienter på en føde- og barselsgang. Bl.a. om kulturel fundamentalisme, konsekvenser af personales kategorisering samt ligheds- og kønsideologier.
		Jahn A.W./ Fødselspersonalets positionering af udlændinge/ 2002	Danmark. Artikel med præsentation af hovedresultater fra forfatterens speciale "Forskelskaber og fællesskaber i fødselsrummet". Vedr. fødselspersonalets positionering af udenlandske patienter og pårørende, som indebærer en etnisk forskelsbehandling.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
Sundheds- og sygdomsopfattelser		Svanberg I., Runblom H./ Det mångkulturella Sverige: en handbok om etniska grupper och minoriteter/ 1990	Sverige. Håndbog om etniske minoriteter. Indeholder desuden temaartikler om generelle forhold bl.a. sprog, kultur og sygdomsopfattelse.
		Sygeplejerskernes Samarbejde i Norden/ Tværkulturel sygepleje/ 1990	Danmark- Norden. Temahæfte, der fokuserer på det kulturelle perspektiv indenfor tværkulturel sygepleje herunder bl.a. om sygdomsopfattelser og kommunikation.
		Elverdam B./ Fra tradition til institution: Muslimske indvandrerkvinders møde med dansk hospital og praksislæge/ 1991	Danmark. Bog, der præsenterer resultater af tre antropologiske undersøgelser af muslimske indvandrerkvinder. Vedr. mødet med sundhedssystemet, tolkens rolle m.v.
		Brun K./ om samfundsstruktur og værdinormer, familie og børneopdragelse, sundheds- og sygdomsopfattelser blandt arabere/1992	Danmark. Pjece, der kortfattet fortæller om arabisk samfunds- og familiestruktur, børneopdragelse, sundheds- og sygdomsopfattelser, holdninger og værdinormer. Henvendt til danske medarbejdere, som møder arabiske børnefamilier.
		Krag H., Warbung M./ Minoriteter: en grundbog: fjorten synsvinkler på minoritetsstudier/ 1992	Danmark. Antologi over tværvideenskabelig minoritetsforskningsbeskrivelser, forklaringer og teorier. Bl.a. om sygdomsmodeller og indvandrerkvinder.
	Månedsskrift for Praktisk Lægegerning	Christensen H./ Religion, prævention og abort/ 1995	Danmark. Artikel med beskrivelse af forskellige religioners holdninger til prævention og abort. Afgørende med almenoplysning og forståelse for disse holdninger i behandlingen af patienter med forskellig trosretninger.
		Horntved T./ Helsearbejde i flerkulturell sammenheng/ 1997	Norge. Lærebog til studerende inden for social- og sundhedsområdet. Introduktion til socialantropologien, dataindsamlingsmetoder ved feltarbejde samt indblik i mangfoldigheden i sygdomsopfattelser og -behandling inden for forskellige kulturer.
		Danmark. Löfvander M./ illness, disease, sickness: Clinical factors, concepts of pain and sick leave patterns among immigrants in primary health care. Effects of different therapeutic approaches/ 1997	Sverige. Undersøgelse af sygdom, sygeforekomst og sygemeldinger blandt indvandrere. På baggrund af tre projekter konkluderes det, at angst i forbindelse med oplevelse af smerter er afgørende for indvandrernes sygdomsmønstre og -adfærd.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
	Läker-tidningen	Underskog I./ De sex värld-religionernas syn på sjuk-dom, lidande och död/ 1998	Sverige. Artikel med kort oversigt over de største religioner, som er repræsenterede i Sverige i dag med særlig vægt på spørgsmål i forbindelse med sygdom og død.
	Månedsskrift for Praktisk Læge-gerning	Brødsgaard I., Moore R., Wang S.c./ Kronisk smerte og lidelse i et tværkulturelt perspektiv/ 1999	Danmark. Artikel om en undersøgelse af kroniske smerte-patienter fra forskellige kulturer (USA, Taiwan, Kina og Danmark). Lidelsens udtryk hos patienterne hænger sammen med den sociale kontekst patienten befinder sig i.
		Hylland Eriksen T., Sørheim T.A. / Kulturforskjeller i praksis: perspektiver på det flerkulturelle Norge./ 1999	Norge. Bog, der giver en bred præsentation af det flerkulturelle Norge. Indeholder bl.a. diskussioner om indvandreres forhold til skole, myndigheder og sundhedsvæsen herunder om familieopfattelse, kønsroller og ægteskab, krops- og sygdomsopfattelse, maDanmarkkultur.
Kultur-mødet		Sørensen B.M./ Unge indvandrerforældre: Pleje og opdragelse i brændpunktet mellem to kulturer/1991	Danmark. En brugsbog om unge indvandrerforældre. Pleje og opdragelse i brændpunktet mellem to kulturer. Specielt fokus på familier med rødder i islamisk kultur
		Berline P./ Kulturmøde: holdninger og værdier/ 1994	Danmark. Antologi med bidrag fra konference, hvor psykologer og antropologer beskriver aspekter i arbejdet med mennesker fra andre kulturer.
		Hanssen I./ Sundhedsarbejde i et flerkulturelt samfund./ 1996	Norge. Antologi over sundhedsarbejde i et flerkulturelt samfund. Kulturbegreb, tværkulturel etik, kommunikation og samarbejde. Kulturmøde i psykiatrien, hos psykologen og sygeplejersken.
	Antropologi	Seeberg J./ Det er nok noget kulturelt/ 1996	Danmark. Artikel om hvorledes mødet med udenlandske patienter udfordrer sundhedspersonalets kompetence. Der opleves primært problemer ift. tolkning, compliance og forståelsesbarrierer.
		Ahmadi N. / Ungdom, kulurmöten, identitet / 1998	Sverige. Antologi med bidrag om kulturelle forskelle, socialisering og sociale problemer, om ungdomskultur og identitet samt om ungdommens situation ud fra et psykosocialt perspektiv.
	Ugeskrift for Læger	Gottlieb B./ Tværkulturelt samarbejde mellem læger i det danske sygehusvæsen/ 2000	Danmark. Kronik i Ugeskrift for Læger med ideer til, hvordan tværkulturelt samarbejde kan fremmes.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
	Månedsskrift for Praktisk Lægegerning	Aarkrog T./ Ung i anden generation af indvandrere: Hvor mange forskellige kulturer kan unge have et tilhørsforhold til og loyalitet over for?/ 2002	Danmark. Artikel om unge indvandreres flerkulturelle baggrund, om udviklingsteorier, om problematikker ift. mødet med praktiserende læge, samt om nødvendigheden af lægers indlevelse og forståelse for patientens flerkulturelle baggrund i konsultationen.
		Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration/ 2002	Danmark. Ministeriel redegørelse for integrationsforskningen i Danmark 1980-2002. Bl.a. vedr. integrationsbegrebet, tilknytning til arbejdsmarkedet, værdier og normer i kulturmødet, integrations-, sundheds- og socialindsatsen i kommuner og amter.
Livsstil		Brun K./ Om familiestruktur, børneopdragelse, mad, sundhed og sygdom blandt tamiler/ 1990	Danmark. Pjece om familiestruktur, børneopdragelse, mad, sundhed og sygdom blandt tamiler. Henvendt til medarbejdere, som kommer i kontakt med tamilere i Danmark.
		Abenth L./ Mad: -god og sund mad til børn og voksne/ 1991	Danmark. Hæfte, der vejleder om kost. Henvendt til indvandrerfamilier. Indeholder ernæringslære samt opskrifter.
		Abenth L./ Vær sund og rask: om almindelige sygdomme og ulykker i hjemmet/ 1991	Danmark. Hæfte med oplysning til indvandrerkvinder vedr. forholdsregler ved almindelige sygdomme og forebyggelse af ulykker i hjemmet. 1991.
		Elling A./ Mad til dit lille barn/ 1991	Danmark. Pjece på både tyrkisk og dansk, der giver information om sammensætningen af kosten i barnets første leveår.
		Kjærsgaard A.M., Ullerup K., Mandrup G.H./ Metoder i social. Og sundhedsarbejde: rapport 1: om tyrkiske indvandrerkvinder bosat i Gellerup/ 1991	Danmark. Rapport fra projektet "Indvandrerbørns sundhedssituation og opvækstvilkår. Indvandrermodres engagement i sundhedsoplysning". Beskrivelse af baggrund for projektet.
		Mandrups G.H./ Ernæring rapport 5: om tyrkiske indvandrere i Århus kommune/ 1991	Danmark. Rapport om effekt: måling af vejledningsmetode vha. video og udarbejdelse af metodeforslag til brug i sundhedspleje og ernæringsoplysning.
		Elling A./ Forsøg med lokal børneernæringsundervisning til danske og tyrkiske kvinder med et tværkulturelt sigte: Rapport om forløb og resultater: Forsøg med lokal ernærings- og levnedsmiddelpolitik/ 1992	Danmark. Evaluering af projekt vedr. undervisning af indvandrerkvinder i børneernæring.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
		Willadsen B., Snavig L.T./ Kostundersøgelse af overvægtige pakistanske indvandrerkvinder: speciale/ 1992	Danmark. Speciale, der belyser mulige årsager til overvægt hos en gruppe pakistanske kvinder samt vurderer deres motivation og forudsætninger for at tabe sig.
		Willadsen B., Snavig L.T./ Kostundersøgelse af overvægtige pakistanske indvandrerkvinder: revideret udgave af speciale/ 1993	Danmark. Revideret udgave af speciale, der belyser mulige årsager til overvægt hos en gruppe pakistanske kvinder samt vurderer deres motivation og forudsætninger for at tabe sig.
		Bräuner F./ Kost - adfærd - indlæringssevne/ 2002	Danmark. Bog om idéer og erfaringer med et mad- og sundhedsprojekt, der viste at folkeskoleelevers adfærd og indlæringssevne kan ændres radikalt ved tilbud om ordentligt ernæring. Knap 1/3 af eleverne var tosprogede.
		Kierkegaard B. ét al./ Sundhedspolitik: for eleverne i folkeskolen i Århus Kommune/ 2002	Danmark. Hæfte vedr. sundhedspolitik for elever i folkeskolen i Århus Kommune mhp. styrkelse af sundheden blandt skoleeleverne. Fokus på bl.a. ulighed i sundhed, mad, krop og bevægelse, misbrug, mobning og sorg. I gruppen af elever med vanskelige sociale opvækstforhold indgår elever med indvandrer- eller flygtningebaggrund.
		Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri/ Maden hos indvandrere og flygtninge i Danmark/ 2002	Danmark. Rapport om maden hos indvandrere og flygtninge i Danmark. Herunder om kostrelaterede sundhedsproblemer, sundheds- og sygdomsopfattelser og kostvejledning.
Tolkeproblemer	Sygeplejersken	Kjeldsen S.B./ De er så anderledes: Bedre brug af tolke/ 1996	Danmark. Artikel med interview af Lise Dyhr, Anne Birte Garde og Lofti Bahri om brug af tolke for indvandrere i sundhedsvæsenet.
	Ugeskrift for Læger	Andersen M / Dødbringende tolkefejl/ 1997	Danmark. Artikler med eksempler på manglende eller ukvalificeret tolkning indenfor sundhedssektoren. Desuden om tolkeuddannelse samt brug af børn og unge som tolke.
		Landsforeningen for Erhvervssprog og Kommunikation/ Tolkning for flygtninge og indvandrere - en hvidbog/ 2001	Danmark. Hvidbog, der sætter fokus på konkrete behov for uddannelse og autorisation af tolke.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
	Ugeskrift for Læger	Andersen M./ Sundhedsvæsenet skal være flerkulturelt/ 2003	Danmark. Artikel med synspunkter fra konference med tema vedr. om patienter med anden etnisk baggrund end dansk, skal behandles på samme måde som danskere. Specielt fokus på problematikker ved tolke og tolkeuddannelse.
		Galal L.P., Galal E./ Tolkning i socialpsykiatrien: en kvalitativ undersøgelse af sindslidende med anden etnisk baggrund og deres oplevelse og erfaring med brug af tolk/ 2003	Danmark. Undersøgelse af tolkning i socialpsykiatrien. Omhandler bl.a. brugerens oplevelse, sproget som barriere og tolknings betydning for socialpsykiatriens mulighed for efterlevelse af eget værdigrundlag.
Ældrepleje og-omsorg		Fritzes, Stockholm/ Invandrare i vård och omsorg: en fråga om bemötande av äldre: rapport til Utredningen om bemötande av äldre/ 1997	Sverige. Kortlægning og analyse af hvordan ældre med etnisk minoritetsbaggrund oplever det svenske pleje- og omsorgssystem. Inklusiv statistiske oplysninger.
		DeMarinis V. / Tværkulturell vård i livets slutskede: att möta äldre personer med invandrabakgrund / 1998	Sverige. Tværkulturel pleje af alvorligt syge og døende ældre med indvandrerbaggrund. 1998.
		Lindblad P. / Etniske minoriteter og Demens: omsorg og pleje i Danmark, Frankrig og Storbritannien/ 1998	Danmark, Frankrig og Storbritannien. Pilotprojekt, CNEOPSA, der beskæftiger sig med ældre etniske minoritetsgrupper med Alzheimers sygdom. Forskerne bag projektet fortæller om forskning, udvikling af pleje og uddannelse på området.
		Arestrup M.S./ Det unikke menneske: omsorg og pleje for flygtninge og indvandrere/ 2000	Danmark. Pjece om pleje og omsorg til ældre indvandrere og flygtninge. Henvender sig til medarbejdere på social- og sundhedsområdet.
	Ugeskrift for Læger	Lindblad P./ Ældre fra de etniske minoriteter/ 2000	Danmark. Kommentar i Ugeskrift for Læger, hvor mangfoldigheden af ældre minoriteter pointeres. Disse udgår ikke en homogen gruppe, hvilket er vigtigt at være opmærksom på ift. ældreomsorg.
	Sygeplejersken	Bartholdy J./ Undersøgelsen/ 2002	Danmark. Artikel om resultater fra undersøgelse om ældre borgere med anden etnisk baggrund end dansk i Vejle Kommune. Bl.a. har de ældre en del egenomsorgskapacitet, men de har stadig behov for opmærksomhed og pleje.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
	Sygeplejersken	Bartholdy J./ Ældre indvandrere: Et spirende blomsterbed/ 2002	Danmark. Artikel om undersøgelse i Vejle Kommune om ældre indvandrere. Til trods for at de ældre ofte har det svært, oplever sprogproblemer og manglende forståelse for social- og sundhedssystemet, har de et stort ønske om bedre integration og en værdig alderdom.
		Moen B./ Når hjemme er et annet sted/ 2002	Norge. Rapport om ældre m. etnisk minoritetsbaggrund. Bl.a. om etnokulturelle tilhørsforhold, aldring og ældreroller, livskvalitet og helse, omsorg, vaner og traditioner i de ældres liv.
Omskæring	Sygeplejersken	Dansk Sygeplejeråd/ Omskæring: Når kultur og sundheds støder sammen: tema/ 1994	Danmark. Temaartikler om kvindelig omskæring.
		Sundhedsministeriet/ Rapport fra arbejdsgruppen vedr. oplysningsindsats mod omskæring af piger/ 1996	Danmark. Ministeriel rapport med forslag til planlægning og udførelse af oplysningsindsats, der skal forebygge, at herboende piger bliver omskåret i udlandet.
		Sundhedsstyrelsen / Forebyggelse af omskæring af piger: oplysningsmateriale fra Sundhedsstyrelsen / 1999	Danmark. Oplysningsmateriale om forebyggelse af omskæring af piger. Henvendt til relevante personalegrupper (sagsbehandlere, sundhedsplejersker, læger, jordemødre, pædagoger mv.)
		Johnsdotter S. et al./ Som Gud skapede oss: förhållninssätt till kvinnlig omskärelse bland somalier i Malmö/ 2001	Sverige. Rapport, der kortlægger somaliske mænd og kvinders syn på kvindelig omskæring.
		Johnsdotter S./ Created by God: hov Somalis in Swedich exile reassess the practice of female circumcision/ 2002	Sverige. Afhandling om hvordan kvindelig omskæring diskuteres af svensk-somalier og i offentligheden.
		Socialstyrelse Stockholm/ Kvinnlig könsstympning: ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård/ 2002	Sverige. Opslagsværk om kvindelig omskæring. Henvendt til personale.
		Århus Kommune/ Forebyggelse af kvindelig omskæring: rapport udarbejdet af en arbejdsgruppe under Århus Kommunes ¼ - Samarbejde med deltagelse af jordemoder og praktiserende læge/ 2002	Danmark. Rapport om forebyggelse af kvindelig omskæring.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
		Socialministeriet/ Rapport fra den tværministerielle arbejdsgruppe om kvindelig omskæring/ 2003	Danmark. Rapport fra arbejdsgruppe om kvindelig omskæring. Gruppen konkluderer, at den nuværende lovgivning er tilstrækkelig i forebyggelsesøjemed, men anbefaler en række tiltag henvendt til somaliere og sundheds-, skole- og pædagogisk personale.
Traumer/ Tortur		Gray M., Barnhuset A./ How to interview refugee children: report from a conference held at Sättra Bruk, Sweden 5-7 th March, 1990: arranged by Allmänna Barnhuset/1990 Jacobsen L., Vesti P./	Sverige. Bidrag fra konference om udvikling af interviewmetoder i til brug i det diagnostiske og terapeutiske arbejde med traumatiserede flygtningebørn.
		Torture survivors - a new group of patients/ 1990	Danmark. Håndbog for sygeplejepersonale om pleje af torturofre.
		Salinas P.W., Zachariae B./ Eksil, krise og psykologisk behandling: Arbejdspapirer til flygtningearbejdet/ 1990	Danmark. Antologi om tværkulturelle arbejdsmetoder i arbejdet med flygtninge specielt mhp. følgerne af politisk forfølgelse og tortur.
		Verdel Rasmussen O./ Medical aspects of torture: Torture types and their relation to symptoms and lesions in 200 victims, followed by a description of the medical profession in relation to torture/ 1990	Danmark. Doktorafhandling om fysiske og psykiske følger af forskellige former for tortur.
		Agger I./ Køn og krænkelse: - om politisk vold mod kvinder/ 1992	Danmark. Forskningsprojekt om latinamerikanske og mellemøstlige flygtningekvindens opfattelse af egen seksuelle identitet efter krænkelse i hjemland eller under flugt.
		Agger I./ Det blå værelse: Kvindeligt vidnesbyrd fra exilet/ 1992	Danmark. Bog om kvindeligt vidnesbyrd om undertrykkelse og oprør, seksualitet, magt og skam. På baggrund af møde med fyrrer flygtningekvinder fra Mellemøsten og Latinamerika. Lettere omskrivning af dele af en ph.d. afhandling i kultursociologi.
		Jacobsen A./ Jeg var så bange: Gruppeterapi med børn, som direkte eller indirekte har været udsat for tortur/ 1992	Danmark. Beskrivelse af et gruppeteraforløb med børn, hvis forældre har været udsat for tortur samt diskussioner af teorier og strategier samt fremtidige perspektiver.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
		Vedel Rasmussen O., Marcussen H./ Examining torture survivors: Articles and guidelines. A reference-book: Adapted lectures from a working seminar held by the Danish Medical Group in september 1987/ 1992	Danmark. Bog med samling af artikler fra et seminar om undersøgelse af torturofre.
		Vesti P./ Psychotherapy with torture survivors: a report from the Rehabilitation and Research Center for Torture Victims (RTC)/ 1992	Danmark. Erfaringer med arbejde med psykoterapi i rehabiliteringen af torturofre på RCT i Kbh.
	Månedsskrift for Praktisk Lægegerning	Schmidt-Nielsen K./ De torturoverlevende: en ny patientkategori i almen praksis/ 1993	Danmark. Artikel om torturoverlevende. Skitsering af baggrund for modvilje mod at søge læge og omtale tortur, om symptomer og forholdsregler nødvendige for et godt behandlingsresultat.
		Weisæth L., Mehlum L./ Mennesker, traumer og kriser/ 1994	Danmark. Antologi over sammenhængen ml. psykiske traumer og deres følgevirkninger, gennemgang af psykologiske teorier for traumer samt formidling af viden om forebyggelse af fysiske og psykiske belastninger.
		Dansk Flygtningehjælp, Det Danske Center for Menneskerettigheder, Københavns Universitet/ Kvinder på flugt: fra brudebrænding, omskæring, voldtægt, tvangsægteskab, æresmord, vold i hjemmet.../ 1995	Danmark. Temahæfte om kvinder på flugt grundet forskellige forhold.
		Elsass P./ Torturoverleveren: psykoterapeutisk behandling af den traumatiserede flygtning/ 1995	Danmark. Bog henvendt til fagfolk om behandling af traumatiserede flygtninge.
		Herman J.L./ I voldens kølvand: psykiske traumer og deres heling/ 1995	Danmark. Bog med dokumenteret beskrivelse af traumatiske forstyrrelses baggrund, symptomer samt muligheder for behandling og stadierne i helingsprocessen.
		Prip K, Tived L., Holten N./ Physiotherapy for torture survivors: a basic introduction/ 1995	Danmark. Bog med artikler, der introducerer til fysioterapeutisk behandling af torturofre baseret på erfaringer RCT (International Rehabiliterings- og Forskningscenter for Torturofre i Kbh.).
		Staehr A./ Councelling torture survivors/ 1995	Danmark. Basismateriale til brug i uddannelsen af 'barefoot counsellors' (halv- og ikke-professionelle behandlere), der kan tage sig af torturofre.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
		Elklit A./ Traumatisering hos unge bosniske flygtninge i Danmark/ 1996	Danmark. En undersøgelse af omfanget af traumatisering og psykosomatiske symptomer hos unge bosniske krigsflygtninge i Danmark.
		Jacobsen L./ Torturoverlever: traume og rehabilitering/ 1996	Danmark. Lærebog henvendt til medarbejdere inden for social- og sundhedssektoren vedr. tortur. Bl.a. om metoder, symptomer, følgetilstande, etiske aspekter, rehabilitering og om RCT.
		Jensen G./ Krigsramte børn: en helhedsorienteret anskuelse af deres oplevelser, reaktioner og mestring/ 1997	Danmark. Litteraturstudie om krigsramte børn. Bl.a. om baggrunden for forhøjet risiko for psykosociale forstyrrelser.
		International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) / War violence, trauma and the coping process: armed conflict in Europe and survivor response / 1998	Balkan. Antologi med forskningsresultater fra feltarbejde med overlevende fra etniske udrensninger i det krigshærgede Balkan område. Fokus på bl.a. traumer, psykosocialt arbejde og sundhedsproblemer.
		Mathiasen S.S./ At overleve vold: psykisk traumatisering, mestring og behandling / 1998	Danmark. Antologi om posttraumatiske stressforstyrrelser (PTSD) som afstedkommes af vedvarende systematisk vold samt om behandling heraf. Også fokus på børn.
	Månedsskrift for Praktisk Lægegerning	Nørregaard C./ Belastningsreaktion blandt flygtninge/ 1998	Danmark. Artikel vedr. behandlingsprincipper ved posttraumatisk belastningsreaktion hos flygtninge. Der gøres opmærksom på, at primær- og sekundærsektoren i stigende omfang vil møde disse mennesker grundet manglende kapacitet til behandling af lidelserne.
		Projektgruppen om traumatiserede flygtninge i Vejle Amt/ Kommunernes erfaringer med traumatiserede flygtninge: interviewrapport/ 1998	Danmark. Rapport, der beskriver indtryk og overvejelser fra interviews med kommunerne i Vejle Amt om integrationsindsatsen bl.a. organisering, samarbejde, erfaringer og medarbejdernes kvalifikationer.
		Dansk Flygtningehjælp/ Traumatiserede flygtninge: behandlere og behandlingssteder 2000/ 2000	Danmark. Katalog over behandlere og behandlingssteder til traumatiserede flygtninge.
	Månedsskrift for Praktisk Lægegerning	Jørgensen U./ OASIS - tværfaglig behandling af traumatiserede flygtninge/ 2000	Danmark. Artikel, der beskriver de almindeligste psykiske symptomer blandt flygtninge, posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) og ekstrem spiseforstyrrelse (DESNOS) samt behandlingen heraf.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
	Månedsskrift for Praktisk Lægegerning	Nielsen H.G., Jensen J.H./ Flygtning og udsat for tortur?: En beskrivelse af arbejdet med rehabilitering af torturoverleverere på RCT/ 2001	Danmark. Artikel om erfaring oparbejdet på RCT (Rehabiliterings- og Forskningscenteret for torturofre), viden om Post Traumatic Stress Disorder, organiseringen af RCT, samarbejdet med praktiserende læger, og hvad lægen selv kan gøre.
		Revacenter Randers/Evaluering af: Projekt Erhvervsafklaring af flygtninge/indvandrere: udvikling af samlet tilbud til traumatiserede flygtninge med henblik på erhvervsintegration/ 2001	Danmark. Evaluering af forløb for traumatiserede flygtninge mhp. erhvervsintegration.
		Sundhedsministeriet/ Rapport fra arbejdsgruppen om rehabilitering af traumatiserede flygtninge/ 2001	Danmark. Rapport, der analyserer de eksisterende behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge og fremsætter forslag til forbedring heraf.
		Svendsen G./Traumatiserede flygtninge og socialt arbejde: en inspirationsbog til sagsbehandlere i det kommunale integrationsarbejde/ 2001	Danmark. Bog, der omhandler traumatiserede flygtninge og socialt arbejde.
	Psyke & logos	Wiking M.G./ Migration and mental health - (Transkulturel psykologi)/ 2001	Danmark. Artikel om indvandrere og flygtninge, posttraumatisk stresstilstand, traumer og det danske sundhedsvæsen.
	Månedsskrift for Praktisk Lægegerning	Eschen F., Stenager E., Lindegaard P./ Tværfagligt samarbejde ved udredning og behandling af torturramte flygtninge: Erfaringer fra et tværfagligt forsøgsprojekt i Odense Kommune/ 2002	Danmark. Artikel om tværfagligt samarbejde ved udredning og behandling af torturramte flygtninge. Baseret på erfaringer fra forsøgsprojekt i Odense Kommune. Forslag til forbedring af samarbejdsmuligheder.
		Lauritzsen M, Nørregaars S.M./ Når det almindelige bliver ualmindeligt vigtigt: en bog om børn med traumer/ 2002	Danmark. Antologi henvendt til personale, der i hverdagen møder flygtningebørn med traumer. Om at blive bedre til at lytte, forstå og møde det traumatiserede barn.
Psyko-sociale forhold/ psykosocialt arbejde		Mellemfolkeligt samvirke/ Psyko- sociale arbejds-metoder i rådgivning og behandling af flygtninge/ 1990	Danmark. Hæfte, hvori medarbejdere fra OASIS (psyko-socialt behandlingssted for flygtninge) beskriver deres arbejdsområder og giver bud på, hvordan opgaven kan løses.
		Singla R./ Psykologisk rådgivning af unge indvandrere: Afdækning af behov for psykologisk rådgivning og behandling for unge indvandrere/ 1990	Danmark. Rapport, der afdækker behovet for psykologisk rådgivning til sydasatiske unge indvandrere.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
		Arenas J.G.L./ Den anden generation i eksil: Latin-amerikanske unges situation i Danmark/ 1991	Danmark. Projekt rapport om 2. generations latinamerikanere i eksil og om de psykosociale problemer, der stammer fra deres tokulturelle baggrund.
		Jørgensen U., Christiansen L.K./ Oasis - evaluering af behandlingsarbejdet: rapport om erfaringer med udarbejdelsen af registreringsskema, brug af tolk i psykoterapi samt arbejdet med uledsagede flygtningebørn/1991	Danmark. Rapport fra OASIS om evaluering af behandlingsarbejde med flygtninge. Bl.a. om brug af tolk i psykoterapi og arbejdet med uledsagede flygtningebørn.
		Thygesen R./ Evaluering 1987-1991: Forrevalideringscenter for flygtninge/ 1991	Danmark. Evaluering af FCF (Forrevalideringscenter for flygtninge) i Århus, der arbejder med psykisk og social rehabilitering af flygtninge.
		Wallin G./ Frivilliga organisationers arbete med flyktingbarn/ 1991	Sverige. Rapport om frivillige organisationers arbejde med flygtningebørn og -unge, og hvordan det påvirker børnenes fysiske og psykiske tilstand.
		Bagger L./ Kultur, flygtning og psykoterapi/ 1992	Danmark. Rapport med oplæg fra konference vedr. psykosocialt arbejde med indvandrere og flygtninge i nord.
		Donde L., Mortensen K.V., Hoff L./ Socialt/psykologisk arbejde med børnefamilier med fremmed kulturbaggrund/ 1992	Danmark. Beskrivelse af SUM-projekt, der havde til formål at udvikle forbedrede arbejdsmetoder til problemafklaring, rådgivning og behandling af børnefamilier med fremmed kulturbaggrund samt til samarbejde med organisationer og primærkommunale sagsbehandlere.
		Hertz S./ Behandling på tværs: om indvandrerbørn og -familier, skole, samfund og behandler/ 1993	Danmark. Forskningsrapport om et behandlingsarbejde med indvandrerbørn og -familier på et skolepsykiatrisk center.
		Jørgensen P.S./ Risikobørn. Hvem er de - hvad gør vi?/ 1993	Danmark. Ministeriel rapport, der belyser viden om svagest stillede børn og unge, klarlægger initiativer og fremlægger forslag til handleplan. Forhold vedr.opvækst i indvandrerfamilier belyses også.
		Støvebæk H./ Indvandrer/ flygtningebørn - Set i relation til arbejdet i plejefamilier og opholdssteder_ tema-nummer/ 1993	Danmark. Temahæfte med artikler om, hvordan pædagoger, plejefamilier og opholdssteder kan indgå som samarbejdspartnere i forhold til problemramte indvandrerbørn og -unge.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
		Arcel L.T./ War victims, trauma and psycho-social care/ 1994	EU. Bog med bidrag fra konference om psykosocialt arbejde med krigsofre (specielt kvinder, børn og familier) i Bosnien, Kroatien.
		Bang S./ Træning på stedet: psyko-socialt arbejde med flygtninge i det tidligere Jugoslavien/ 1994	Danmark. Rapport, der beskriver træningsprogram i psykosocialt arbejde med flygtninge, som tre danske behandlere gennemførte i Kroatien 1993.
		Agger I./ Theory and practice of psycho-social projects under war conditions in Bosnia-Herzegovina and Croatia/ 1995	EU. Bog om teori og praksis indenfor den psykosociale indsats for krigsofre i Bosnien og Kroatien. Indeholder også oversigt over psykosociale projekter samt hjælpeorganisationer.
		Arenas J.G./ Etnisk minoritetsungdom i Danmark: om deres psykosociale situation/ 1995	Danmark. Bibliografi om unge etniske minoriteters psykosociale situation i Norden samt præsentation af T.T.T. (Transkulturelt Terapeutisk Team) teoretiske grundlag og praksis.
		Svendsen G./ Flygtninge og det psykosociale arbejde/ 1995	Danmark. Bog med erfaringer fra det psykosociale arbejde med flygtninge i behandlingsinstitutionen OASIS, gennemgang af centrale spørgsmål om flygtningens møde med det danske samfund samt personlig beretning fra to flygtninge om deres personlige oplevelser.
		Bjørkøe J.A., Bjørkøe M./ Sat udenfor - Nej tak: aktivering og livskvalitet/ 1996	Danmark. Bog med beskrivelse og analyse af en række aktiveringsprojekter bl.a. "hjælp til selvhjælp" på Kofoeds Skole (hvor indvandrere og flygtninge udgør knap 1/3 af de indskrevne elever).
		Schou U./ Ressourcepersoner i det psyko-sociale flygtningearbejde/ 1996	Danmark. Oversigt over behandlere, undervisere, konsulenter m.v. indenfor det psykosociale flygtningearbejde.
		Sørensen T./ Forsoning: forsoningsaspekter i flygtningearbejdet: indlæg fra en seminar dag/ 1996	Danmark. Redigerede indlæg fra temadagen, som belyser forsoningsproblematikken ud fra psykologiske, spirituelle og sociokulturelle vinkler. Især fokus på arbejdet med bosniske flygtninge.
		Arenas J.G./ Interkulturel psykologi/ 1997	Danmark. Antologi over de udvikling indenfor interkulturel psykologi, eksil-og migrationspsykologien samt tiltage inden for psykosocialt og psykoterapeutisk arbejde med flygtninge og indvandrere i skandinavien.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
		Schou U./ Psykosocialt arbejde med flygtninge: teori- og metodehæfte/ 1997	Danmark. Teori- og metodehæfte henvendt til medarbejdere i Dansk Flygtningehjælp eller kommunerne, der arbejder med psykosocial problemstillinger.
		Bang S./ Undskyld, men det er min første krig: om psykosocial træning under vanskelige forhold. /1999	Danmark. Bog (i en ikke-akademisk stil) om træning af professionelle i psykosocialt arbejde i Ex-Jugoslavien samt tværkulturelt samarbejde generelt. Indeholder både faktuel viden og oplæg til refleksion.
		Bruun L./ Kommunerne og flygtningebørn - en undersøgelse af kommunernes behov for viden/ 2001	Danmark. En undersøgelse af kommunernes behov for viden om flygtningebørn. Undersøgelsen påpeger, at der bl.a. er behov for viden om psykosociale forhold, integration, kulturelle forhold, lovgivning og flygtningebørns egne oplevelser.
		Center for Ligebehandling af Handicappede/ Vidtgående specialundervisning til handicappede med anden etnisk baggrund/ 2001	Danmark. Undersøgelse af fordelingen af tosprogede elever i den vidtgående specialundervisning til handicappede. Indeholder herudover en kortlægning af amter og skolars informationsindsats over for forældre.
		Haslund-Christensen C., Schmeichel K./ Det nytter: om vilde unge og det sociale arbejde i Den Gule Flyver/ 2002	Danmark. Bog om det socialpædagogiske skoleprojekt Den Gule Flyver på Nørrebro i Kbh., der tager imod unge (herunder en del med etniske minoritetsbaggrund), som er opgivet af det etablerede skole- og behandler-system.
		Malmgren M./ Familieværkstedet "Nr.27": en erfaringsopsamling/ 2002	Danmark. En erfaringsopsamling fra et familieværksted om børn med psykosociale eller sundhedsmæssige problemer - herunder børn af anden etnisk baggrund end dansk.
HIV/AIDS		Brune Y., Ginsburg B.E., Abascal L./ Rädd för det okända: HIV/AIDS i ett mångkulturellt samhälle/1990	Sverige. Bog, der diskuterer forhold ved pleje og støtte af indvandrere og flygtninge med HIV/AIDS.
		Göteborgs kommun/ Hiv og annat smittsamt/ 1993	Sverige. Temahæfte, der fortæller hvordan der tages af flygtninge ramt af AIDS og andre smitsomme sygdomme i Göteborg kommune.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
		Jöhncke S./ Hvis kultur?: politik og praksis i indsatsen for hiv-smittede udlændinge i Danmark/ 1995	Danmark. Undersøgelse af indsats for HIV-smittede udlændinge i Danmark. Oversigt over indsats, interviewundersøgelse af indfaldsvinkler og erfaringer samt diskussion af den generelle indsats og dansk integrationspolitik.
		Seeberg J./ Fire farlige ord: evaluering af Sundhedsstyrelsen HIV/AIDS-oplysning til somaliere i Danmark/ 1995	Danmark. Evaluering af distribution og tolkning af oplysningsmateriale om HIV/AIDS på somalisk hos den somaliske gruppe i Danmark.
		Osman B./ Psyko-social rådgivning for etniske minoriteter: afslutningsrapport: december 1996 / 1997	Danmark. Evaluering af projekt, der tilbød HIV/ AIDS rådgivning til herboende udlændinge, varetæelse af kulturelt og sprogligt støttearbejde samt tog initiativer i forhold til etniske foreninger.
		Statens information/ Hiv og etniske grupper i Danmark: tema / 1997	Danmark. Temaartikler om HIV/AIDS, herunder om støtte- og selvhjælpsgrupper for afrikanere i Danmark, om tolkning og informations- og oplysningsarbejde.
	Ugeskrift for Læger	Barfod T.S./ Hiv-positiv flygtning fra Afrika med nedsat kompians: Interview om baggrunden for behandlingssvigt/ 2000	Danmark. Artikel om lav kompians blandt Hiv-patienter specielt ift. etniske minoriteter. Beskrivelse af særlige problemstillinger hos en flygtning fra Afrika. Påpejning af behov for undersøgelse af baggrund for lav kompians blandt disse grupper.
Uddannelse/ undervisning		Vliert L. Van der, et al./ Education of minorities with special educational needs: report concerning education of disabled children of migrants, travellings workers and gypsies in Denmark, Germany, Spain and United Kingdom/ 1996	Danmark. Undersøgelse af undervisningssituationen for fysisk og psykisk handicappede børn af indvandrere og sigøjnere i Danmark, Spanien, Tyskland og England.
		Center for Ligebehandling af Handicappede/ Vidtgående specialundervisning til handicappede med anden etnisk baggrund/ 2001	Danmark. Undersøgelse, der afdækker repræsentationen af tosprogede elever i vidtgående specialundervisning, fordelingen af tosprogede elever på handicapgrupper samt den geografiske spredning af eleverne.
		Kleivan K., Skadhauge J., Villads P./ Udlændinge med særlige undervisningsbehov - en antologi/ 2003	Danmark. Antologi vedr. dansk undervisning af udlændinge med særlige undervisningsbehov. Beskriver erfaringer for god praksis og faglighed.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
		Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration/ Vejledning om undervisning af voksne udlændinge med særlige undervisningsbehov/ 2003	Danmark. Kort vejledning henvendt til sprogcentre, kommuner m.v. om udlændinge, der er traumatiserede eller har et fysisk eller psykisk handicap.
Psykatri/ Kriser		OASIS/ OASIS- værksted og gruppeaktiviteter: Rapport om erfaringer med værkstedsaktiviteter, socialgrupper og afspændingshold/ 1990	Danmark. Rapport om OASIS' tilbud til flygtninge med psykiske kriser, herunder værkstedsaktiviteter, socialpædagogiske grupper og afspændingsgrupper.
		Veer, G. van der, Vladr Rivero V., Groenenberg M./ Rådgivning og terapi med flygtninge: psykologiske problemer hos ofre for krig, tortur og undertrykkelse/ 1995	Danmark. Bog, der beskæftiger sig med flygtninges generelle psykologiske problemer, anvendelsen af psykoterapeutiske teknikker samt mere specifikke problemer fx selvmordsrisiko, seksuelle overgreb samt følger for den professionelle hjælper.
		Moesgaard K./ Børn og unge mellem to kulturer: om psykiske problemer hos mellemstlige indvandrerbørn og -unge: overvejelser over kulturelle forskelle betydning for psykiske problemers opståen og overvejelser over mulige terapeutiske tilgange/ 1996	Danmark. Redegørelse med fokus på viden om indvandrer- og flygtningefamilier, som henvender sig til ambulant rådgivning og behandling af psykosociale problemer på Børne- og Ungdomsrådgivningen i Odense og Østfyn. Denne viden relateres til opdragelsesmetoder, normer og værdier fra familiernes hjemlande.
	UFE-nyt	UFE (Undervisere for tosprogede elever)/ To-kulturelle familier: kultursammenstød - krise/ 1996	Danmark. Temaartikler om det pædagogiske og psykologiske arbejde med kriseramte tosprogede børn og unge og deres familier.
	Månedsskrift for Praktisk Lægegering	Nørregaard C./ Transkulturel psykiatri: Danske lægers møde med fremmede patienter/ 1997	Danmark. Artikel om transkulturel psykiatri som redskab ift. lægers møde med og behandling af patienter med anden kulturbaggrund end dansk.
		Barfod A., Vestergaard K., Weldingh U./ Kortlægning, samarbejde, kommunikation: en rapport om arbejde med psykisk syge udlændinge./ 1998	Danmark. Rapport om arbejdet med psykisk syge udlændinge. Beskrivelse af de væsentligste elementer og barrierer i forhold til kontakt og kommunikation med udenlandske klienter tilhørende distriktpsykiatriens målgruppe.
	PsyInfo Nyt	Psykisk Videnscenter i Århus Amt/ Psykiske lidelser og etniske minoriteter: tema: behandling af etniske minoriteter i psykiatrien / 1998	Danmark. Artikel om projekt, der skal opkvalificere det psykiatriske behandlingstilbud til indvandrere og flygtninge med svære psykiske problemer og sindslidelser.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
	Sygeplejersken	Arestrup M./ Psykisk syge er dobbelt så sårbare/ 2000	Danmark. Artikel om resultat af rapport, der påpeger, at psykiatriske problemer forstærkes af bl.a. kulturel og social marginalisering, mangel på familierelationer eller manglende accept fra familien af psykisk lidelse. Problem blandt flygtninge og indvandrere.
		Barfod A., Persson L./ Etniske sindslidende i kommunerne: Rapporter fra fem konferencer/ 2000	Danmark. Rapport fra fem konferencer gennemført af Socialt Udviklingscenter (SUS) om etniske sindslidende i kommunerne.
		Gottlieb A. et al./ projekt for etniske minoriteter: afsluttende rapport/ 2000	Danmark. Rapport om erfaringer fra et behandlerteams arbejde med behandling af sindslidende i Braband (Århus). Bl.a. om kultur-møde, traumatisering, kommunikation og faldgrupper.
	Ugeskrift for Læger	Hansen K.C./ Psykiatri, indvandrere og tolke/ 2000	Danmark. Kommentar i Ugeskrift for Læger vedr. tolkning i psykiatrien. Der pointeres behovet for tolkning samt vanskeligheder forbundet hermed.
	Ugeskrift for Læger	Nordentoft M./ Psykisk sygdom blandt flygtninge og indvandrere/ 2000	Danmark. Statusartikel over psykisk sygdom blandt indvandrere og flygtninge.
		PsykiatriFonden/ Etniske minoriteter i Danmark: Psykiske problemer og problemer med behandlingssystemet: Rapporten er baseret på en høring afholdt på Christiansborg den 28. oktober 1999 arrangeret af PsykiatriFonden og SOS mod Racisme/ 2000	Danmark. Rapport med oplæg fra konference om etniske minoriteter i Danmark, psykiske problemer og problemer med behandlingssystemet.
	Ugeskrift for Læger	Schmidh K.L., Rasmussen A.L., Thomsen P.H./ Flygtninge- og indvandrerbørn henvist til et børnepsykiatrisk hospital i årene 1991-1994/ 2000	Danmark. Artikel, der præsenterer undersøgelse af flygtninge- og indvandrerbørn henvist til et børnepsykiatrisk hospital. Sammenligning med danske børn henvist til børnepsykiatrisk hospital.
		Jacobsen C., Johansen K.S./ Kulturmøde i psykiatrien/ 2002	Danmark. Undersøgelse af hvad patienternes forskellige kultur baggrund betyder på en psykiatrisk afdeling.
		Steffen V., Jessen H./ Transkulturel psykiatri/ 2003	Danmark. Bog om transkulturel psykiatri. Omhandler teoretisk grundlag, psykiatriske sygdomme og psykiske lidelser blandt indvandrere og flygtninge.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
Misbrug/ rusmidler		Byquist S./ Ska vi byta ord: om drogförebyggande arbete för invandrare/ 1991	Sverige. Bog om det forebyggende arbejde i Sverige imod alkohol- og stofmisbrug specielt blandt unge indvandrere og flygtninge.
		Socialstyrelsen, Stockholm/ Missbruk bland invandrare: en dokumentation av ett seminarium/ 1991	Sverige. Hæfte, der bygger på forelæsninger ved et seminar om narkotikamisbrug blandt flygtninge og indvandrere.
		Al-Baldawi R./ Eksil, kultur og stofmisbrug/ 1995	Sverige. Hæfte, der sætter perspektiv på etniske mindretals narkotikamisbrug i Sverige på baggrund af eksilsituationen og problemer i forbindelse med forankring i det svenske samfund. Der redegøres endvidere for behandling og støtte. Hæftet er oversat fra svensk.
		Wittrup I./ Også ung i Århus: en etnografisk undersøgelse af unge flygtninge og indvandreres brug af rusmidler i Århus/ 1997	Danmark. Pilotstudie om unge (12-30 år) indvandrere, flygtninge og efterkommere. M.h.p. meninger, holdninger og adfærd i forhold til alkohol og stoffer.
Handicap- pede		Jansson K./ Flyktningbarn med funktionshinder/ 1991	Sverige. Delrapport om de erfaringer, der er gjort for flygtningebørn og -unge med psykiske og/eller fysiske handicaps.
		Tümer Z./ Opbygning af selvhjælpsgrupper blandt indvandrerfamilier med handicappede børn gennem genetisk rådgivning og særlig vejledning/ 1992	Danmark. Beskrivelse af forsøg på opbygning af selvhjælpsgrupper og genetisk rådgivning til indvandrerfamilier med handicappede børn i Albertslund.
		Kronhøj J./ Tosprogede og handicap: tema/ 1994	Danmark. Opsamling af erfaringer og debatindlæg om flersprogede handicappede elever i folkeskolen
		Schultz E./ Indvandrersmåbørn med handicap/ 1995	Danmark. Rapport med sammendrag fra oplæg holdt på efteruddannelseskurserne "indvandrer-småbørn med handicap" for medarbejdere på området. Desuden refereres interviews med 4 familier om oplevelser og erfaringer med at have et handicappet barn i Danmark.
		Jarl Jensen J./ Fremmed og handicappet - dobbelt handicappet?/ 1996	Danmark. Rapport, der forsøger at afdække, hvorvidt indvandrere/ flygtninge med handicaps bliver udsat for mere diskrimination i hverdagslivet end handicappede danskere og ikke-handicappede indvandrere og flygtninge.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
		Samuelson J./ Handicappede børn med muslim-ethnisk baggrund: projektrapport/ 1996	Danmark. Projektrapport, der bl.a. belyser slægtsægteskabers betydning ift. handicap, omfanget af kontrolbesøg blandt vorde mødre med etnisk minoritetsbaggrund samt støtte til familier med handicappede børn.
		Larsen A./ Specialgruppen: et særligt initiativ til støtte for integration af alvorligt syge og handicappede flygtninge/ 1997	Danmark. Rapport om specialgruppens idéer, metoder og praktiske erfaringer med støtte til integrationen af alvorligt syge og handicappede bosniske flygtninge som kom til Danmark i 1995.
		Stæhr L.P./ Konference om voksne indvandrere med handicap: rapport/ 1998	Danmark. Rapport fra en konference vedr. erfaringer med undervisning af voksne indvandrere og flygtninge med handicaps.
		Sørheim T.A./ innvandrere med funksjonhemmede barn i møte med tjenesteapparatet/ 2000	Norge. Bog baseret på forskningsprojekt om kommunikationen i mødet ml. indvandrerfamilier, med handicappede børn og sundhedstjenesten.
		Center for Ligebehandling af Handicappede/ Information om sociale tilbud til handicappede med anden etnisk baggrund/ 2001	Danmark. Undersøgelse af hvad nogle kommuner gør for at sikre, at information om sociale tilbud til handicappede også er tilgængeligt for personer med anden etnisk baggrund.
Generelle vilkår for indvandrere		Mella O./ Chilenska flyktingar i Sverige/ 1990	Sverige. Rapport fra forskningsprojektet: Flyktningmottagandet. Om chilenske flygtninge i Sverige. Vedr. baggrund, forventninger, psykosociale situation, socialt netværk og behov for social støtte.
		Habenicht Larsen C./ Det bosniske eksperiment: -flygtningeliv i mellemtiden/ 1995	Danmark. En dokumentation af vilkår for bosniske flygtninge i Danmark de første to år.
		Ebbesson U., Linehäck B./Mångfald och ursprung: rapport från ett multietniskt Sverige / 1997	Sverige. Rapport om statistiske forhold vedr. indvandrere og flygtninge i Sverige. Generelle vilkår.
		Jensen B./ Hvordan har indvandrere det?: indvandrernes levevilkår og integration på det danske arbejdsmarked/ 2002	Danmark. Lettilgængelig sammenfatning af projekterne i Rockwool Fondens Forskningsenhed vedr. indvandreres levevilkår og integration på det danske arbejdsmarked.
		Voge J., Hjem M., Johansson S.E./ Integration til svensk välfärd?: om invandrades välfärd på 90-talet/ 2002	Sverige. Rapport omhandlende forskelle i levevilkår blandt indvandrergrupper og den indfødte svenske befolkning, bl.a. i forhold til tryghed og sundhed.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
Integration		Just Jeppesen K./ Ethnic minorities in Denmark/ 1995	Danmark. Hæfte med opsummering af Socialforskningsinstituttets undersøgelser af integration af etniske minoriteter fra tredje verdens lande i Danmark. Fokus bl.a. på det sociale system, kulturmøde, arbejdsmarked.
		Den Iranske Forening / Iranere i Danmark efter 10 år./ 1999	Danmark. Bog med artikler om Iranere i Danmark. Vedr. integration, generelle forhold.
		Socialt Udviklingscenter/ Integration af etniske minoriteter/ 1999	Danmark. Antologi vedr. integration af etniske minoriteter.
		Viby Mogensen G., Matthiesen P.C./ Integration i Danmark omkring årtusindeskiftet: Indvandrernes møde med arbejdsmarkedet og velfærdssamfundet/ 2000	Danmark. Bog baseret på forskningsprojekt. Vedr. indvandreres møde med arbejdsmarkedet og velfærdssamfundet. Herunder demografi, menneskelig kapital, kriminalitet, samfundsøkonomiske konsekvenser af indvandring og indvandrernes kontakt med social- og sundhedssystemet.
		Viby Mogensen G., Matthiesen P.C., Jøved M./ Mislukket integration?: indvandrernes møde med arbejdsmarkedet og velfærdssamfundet./ 2000	Danmark. Bog baseret på forskningsprojekt. Vedr. indvandreres møde med arbejdsmarkedet og velfærdssamfundet.
		Holbæk Kommune/ Integration - en fælles opgave: Holbæk kommune informerer om indvandrerpolitik/ 2002	Danmark. Hæfte om Holbæk kommunes nye integrationspolitik. Udgangspunkt i 5 hovedområder: Sprog; Skole og uddannelse; Erhverv og beskæftigelse; Fritid og samfund; Sundhed og trivsel.
		Jensen B./ Hvordan har indvandrerne det?: Indvandrernes levevilkår og integration på det danske arbejdsmarked/ 2002	Danmark. Lettilgængelig sammenfatning af projekterne i Rockwool Fondens Forskningsenhed vedr. indvandreres levevilkår og integration på det danske arbejdsmarked. 2002
		Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration/ Integrationsforskningen i Danmark 1980-2002/ 2002	Danmark. Ministeriel redegørelse for integrationsforskningen i Danmark 1980-2002. Bl.a. vedr. integrationsbegrebet, tilknytning til arbejdsmarkedet, værdier og normer i kulturmødet, integrations-, sundheds- og socialindsatsen i kommuner og amter.

Kategorier	Tidsskrift	Forfatter/Titel/Årstal	Kommentarer (land, type af materiale samt indholdsbeskrivelse)
Asylansøgere/Asylcentre		Bustos E./ Meningsfull vistelse - mål eller utopi?: En sammanställing av en undersökning på Röda korsets flyktningförläggningar/ 1990	Sverige. En undersøgelse af flygtninges psykosociale behov samt undersøgelse og analyse af de psykosociale behov hos personalet på 4 modtagelsescentre for flygtninge.
		Spragge S./ Asylansøgere i Danmark: en undersøgelse af asylansøgere oplevelser af opholdet i et Dansk Røde Kors asylcenter/ 1993	Danmark. En specialafhandling om et antropologisk feltarbejde i et Dansk Røde Kors asylcenter. Oplevelser fra ophold i asylcenter.
		Svith S./ Bosniske flygtninge lades i stikken/ 1993	Danmark. Temahæfte med artikler om bosniske krigsflygtninge i Danmark. Bl.a. om behovet for psykosocial støtte, i asylcentre, om den danske modtagelse og om kriterier for midlertidig opholdstilladelse.
		Brodtkorb P./ Loven, lidelsen og landflygtigheden: en fortælling om præasylfasen/ 1994	Danmark. Bog om oplevelser fra præasylfasen. Interview med asylansøgere, behandling af psykologiske konsekvenser af præasylfasen samt diskussion af forebyggende arbejde med asylansøgere.
		Bustos E., Björkquist G./ Traumatiserede flyktingar och mottagningsprocessen i de Nordiska länderna/ 1996	Danmark/nordiske lande. Rapport med oversigt og analyse af erfaringer fra de nordiske lande vedr. modtagelse af traumatiserede asylansøgere og flygtninge.
		Kjersem H./ Migrations medicin i Danmark: vurdering af nogle migrations-medicinske problemstillinger blandt asylansøgere og flygtninge/ 1996	Danmark. Afhandling som vurderer sundhedsmæssige forhold hos ca. 10.000 asylansøgere, der ankom til Danmark i 1986-1988. Indeholder statistisk materiale.
		Lauridsen K./ Mellom håp og lengsel: -å leve i asylmottak/ 1999	Norge. Rapport om levekår og livskvalitet i norske asylcentre.
		Abdalla K./ Asylansøgende børns sundhedstilstand/2001	Danmark. Afhandling om asylansøgende børns sundhedstilstand.

Bilag 4 Brev om informeret samtykke

Til

Tyrkiske og pakistanske kvinder, som er
patienter hos alment praktiserende læger

4. december 2001
J.nr. 936
ETJ/LB
Tlf 35 29 84 46
(dir.)etj@dsi.Danmark

Kære patient

Jeg vil gerne med dette brev spørge dig, om du vil deltage i et projekt, som jeg er ansvarlig for, og som drejer sig om, hvordan indvandrerkvinder oplever at være patient i (eller være i kontakt med) det danske sundhedsvæsen. Projektet starter i 2002, og 6 indvandrerkvinder skal deltage i et år.

I projektet skal jeg beskrive:

- Hvordan indvandrerkvinder i Danmark oplever at være i kontakt med forskellige fagpersoner i sundhedsvæsenet (fx jordemoder, sundhedsplejerske, alment praktiserende læge, speciallæge eller på sygehus)
- Indvandrerkvindernes forslag til, hvor det kunne være godt at lave forandringer
- Hvordan det påvirker moderen og hendes familie, at hun har helbredsproblemer.

I et år er det meningen, at jeg skal følges med dig til alle de fagpersoner, som du kommer til at møde i forbindelse med undersøgelser og behandlinger, og bagefter vil jeg interviewe dig om, hvordan du oplevede at være til undersøgelsen eller behandlingen.

I løbet af foråret 2002 skal vi aftale et besøg i dit hjem. Besøget vil vare et par timer. Og så skal du og din familie - dvs. din mand og dine børn - interviewes om:

- Hvordan I har oplevet at være i kontakt med det danske sundhedsvæsen
- Hvilken betydning det har haft for familiens sundhed/sygdom
- Har det haft indflydelse på jeres trivsel og sociale liv.

Vi er 2 personer, som gennemfører projektet. Jeg er kultursociolog, fysioterapeut, Ph.d. i DSI Institut for Sundhedsvæsen og leder af projektet. Sussi Karise er socialrådgiver og funktionsleder for socialpsykiatrien i Helsingør Kommune. Hun vil være med og interviewe dig og din familie i jeres hjem i løbet af foråret, og jeg vil også være til stede ved dette besøg.

Hvis du ikke taler godt dansk, vil jeg hver gang, vi mødes, have en kvindelig tolk med.

Både jeg, Sussi Karise og tolken har tavshedspligt, dvs. vi fortæller ikke til nogen, hvad du har sagt - heller ikke til din læge. Interviewene vil blive optaget på bånd, som kun vil blive hørt af os og slettet, når vi er færdige med at bruge dem. Og du vil ikke som enkeltperson blive genkendt i den rapport, som vil komme ud af undersøgelsen.

Det er selvfølgelig helt frivilligt, om du vil være med; har du ikke lyst, gør det ikke noget. Hvis årsagen til, at du ikke vil være med er, at du er usikker og ikke ved, hvad det vil betyde for dig, vil jeg evt. via tolken meget gerne snakke mere med dig om projektet. Også hvis der senere er noget, du ikke kan forstå. Selvom du har sagt ja til at deltage, kan du altid fortryde, og du kan til enhver tid trække dig ud af projektet.

Hvis du er interesseret, kan du sige det til din læge, som så kan kontakte mig, eller du kan kontakte mig på telefon xxx (arbejde) eller yyy (hjemme).

Hvis du vil deltage i projektet, skal du skrive under på dette brev, første gang vi mødes hos din læge. Du skriver under på, at du gerne vil deltage, og jeg skriver under på, at du har læst dette brev.

Ja, jeg vil gerne deltage: Ja, interviewpersonen har læst brevet

.....
(dit navn)

.....
(mit navn)

Med venlig hilsen

Eva Thune Jacobsen

Bilag 5 Familieinterviewguide og observationstemaer

Maj 2002

Eva Thune Jacobsen & Sussi Karise

Familieinterviewguide

Problemstillingen er - med udgangspunkt i tyrkiske og pakistanske kvindelige patienters familiemønstre - at sætte fokus på samspillet mellem "patient", mand og børn:

- Sker der forandringer i familien, forskydning af familiære relationer som konsekvens af kvindens møde/ kontakt med det danske sundhedsvæsen? Med dette menes, at hidtil gældende etniske normer og værdier forandres eller opløses, og får indflydelse på forholdet mellem mand og kvinde og forholdet til børnene. Sker der ændringer så der opstår psykosociale problemer.

Baggrundsspørgsmål om familien

1. Familiemedlemmer, som bor sammen, alder og køn
2. Antal år i Danmark, hvor og hvordan boede du i dit hjemland
3. Sprogundervisning og danskkundskaber
4. Familiært socialt netværk i Danmark
5. Andet socialt netværk i Danmark
6. Aktuell socialstatus (for alle der bor sammen)
7. Hvad fejler du, er der nogen der fejler det samme som dig i din familie
8. Hvornår blev du syg

Kvindens sygdom set i familieperspektiv

1. Betydningen (godt og skidt) for arbejdsdelingen i hjemmet; hvilke opgaver kan du klare/ lave
2. Betydningen for det sociale liv udadtil; hvad kan du deltage i
3. Betydningen for hverdagslivet i familien/trivselen (samme spørgsmål til alle familiemedlemmer)
4. Kvindens/familiens særlige behov
5. Hvis børn
 - a. er der noget du ikke kan deltage i
 - b. er der noget der kræver særlig opmærksomhed
 - c. hvis praktisk hjælp hvem gør så det
6. Hvad deltog du i/hvad lavede du før du blev syg
7. Har det betydet noget i forholdet til din mand, at du har kontakt til læge og sundhedssystemet
8. Hvor ofte har du kontakt til lægen eller sundhedsvæsenet
9. Er du afhængig af at have nogen med

Arbejdsdeling i hjemmet (opsummering)

1. Indkøb og madlavning

2. Børnepasning/vuggestue, børnehave, skole
3. Børneopdragelse
4. Økonomiske beslutninger
5. Sociale beslutninger/ giver tilladelse/ hvem bestemmer

Mestring af kvindens sygdom

1. Viden om de sundheds og sygdomsforebyggende tilbud i Danmark¹⁶
Hvordan kunne du godt tænke dig at få information
2. Holdninger til de forebyggende tilbud i Danmark
3. Brug af de forebyggende tilbud i Danmark
4. Kontakt med det alternative sundhedssystem
5. Udveksling af erfaringer med andre kvinder, familie og venner
6. Brug af familie og venner til trøst, aflastning mv.
7. Optimisme versus pessimisme omkring helbredet
8. Reaktioner på råd fra de forskellige fagpersoner i Danmark
9. Kvindens/familiens forventninger til det danske sundhedsvæsen

Opfattelsen af det danske sundhedsvæsen

1. Gode ting/det bedste ved det danske sundhedsvæsen
2. Dårlige ting/det værste ved det danske sundhedsvæsen
3. Kvindens/familiens specifikke problemer i mødet med det danske sundhedsvæsen (sprogbarrierer, sygdomsforståelse, oplevelse af diskriminering, uro, angst og utryghed mv.)

Observationstemaer

Mens der interviewes noteres følgende:

1. Reaktioner overfor interviewer, observatør og båndoptager (generte, åbne mv.)
2. Sprogproblemer og kommunikationsbesvær (gyldighed)
3. Brug af tolk og tolkens betydning for interviewet (gyldighed)
4. Udvikling af dialogen (fra lukkethed til åbenhed fx)
5. Stemningen blandt familiens medlemmer (afslappet, anspændt mv.)
6. Talemønster (hvem taler mest, hvem afbryder mv.)
7. Børnenes/de unges adfærd (stille, støjende mv.)
8. Hvordan inddrages børnene/de unge i samtalen (opmuntring, tyssen mv.)
9. Reaktioner på temaerne i interviewguide (pinligt, åbent mv.)
10. Forskelle i opfattelser af sundhedsvæsenet mv.
11. Magtrelationer (konkret og symbolsk)
12. Krisetegn (socialt og i sundhedsmæssig forstand)
13. Ressourcer (fysisk og psykosocialt)
14. Tabuer (i forhold til interviewtemaer, indbyrdes mv.)
15. Sygerollen (kvinden som "syg") og betydningen for familiens trivsel (familiens reaktioner)

¹⁶Svangreomsorg, sundhedspleje, børneundersøgelser, vaccinationer, screeninger, råd om sund livsstil/forebyggende helbredssamtaler (kost, motion, rygning, alkohol). DVS. de officielle/lovpligtige tilbud til alle.

Bilag 6 Individuel interviewguide

6. februar 2002
Eva Thune Jacobsen

Individuel interviewguide

Problemstillingen er - med udgangspunkt i tyrkiske og pakistanske kvindelige patienter - at sætte fokus på samspillet mellem tyrkiske og pakistanske kvinder og de sundhedsprofessionelle:

- Hvordan kommunikeres omkring sundhedsfremmende og forebyggende tiltag?
- Hvilke konsekvenser har mødet for kvindernes sundhedstilstand og sundhedsadfærd?

Første interview suppleres med baggrundsspørgsmål jf. familieinterviewguide, hvis der endnu ikke er foretaget et familieinterview.

Henvendelsesårsag/perspektiver på symptomerne og/eller sygdommen

1. Hvad fejler du?
2. Hvordan føler du dig tilpas rent fysisk?
3. Hvordan føler du dig tilpas rent psykisk?
4. Hvorfor gik du til din egen læge?
5. Hvad gjorde din egen læge?
6. Hvorfor sendte din egen læge dig videre?

Andet, tredje, fjerde interview:

Perspektiver på kommunikationen med behandleren

1. Hvordan oplevede du samtalen med din behandler?
2. Fik du sagt det, du havde på hjerte?
3. Var der noget, du havde svært ved at forstå?
4. Har du forslag til, hvad der kan gøre samtalen bedre for dig?

Perspektiver på behandlingen og/eller den forebyggende indsats

1. Hvad synes du om den behandling, du lige har fået?
2. Hvad betyder det for dig, at du har været hos X behandler?
3. Ville du hellere have været til en anden behandler?
4. Regner du nu med at blive rask?

Femte og sidste interview suppleres med:

Forventninger til fremtiden

1. Sygdommens forløb i relation til behandling og forebyggelse
2. Indsatsens betydning for familiens trivsel (psykosociale ressourcer og problemer)
3. Indsatsens betydning for at komme ud på arbejdsmarkedet og "blive integreret"
4. Sundhedsvæsenets rolle for kvindens viden, holdninger, sundhedsadfærd og -tilstand
5. Behov for forbedringer af indsatsen

Bilag 7 Interviewguide nøglepersoner

30. august 2001
Eva Thune Jacobsen

Interviewguide til nøglepersoner

Afklaring af problemfelter i mødet mellem sundhedsvæsenet og kvindelige patienter med anden etnisk baggrund end dansk.

1. Er der særlige problemer fælles for tyrkiske og pakistanske kvinder, når de møder det danske sundhedsvæsen, som adskiller sig fra danskfødte kvinders problemer (i relation til deres perspektiver på sygdom og symptomer)?
 - hvis nej, hvorfor ikke?
 - hvis ja, hvad består de særlige problemer i?
 - hvad adskiller tyrkiske og pakistanske kvinder i dette møde?
2. Kan du fortælle om henholdsvis tyrkiske og pakistanske kvinders erfaringer med de forebyggende tilbud i det danske sundhedsvæsen?
 - mødet med jordemoder?
 - mødet med sundhedsplejerske?
 - møde med fysioterapeut?
 - mødet med praktiserende læge?
 - mødet med speciallæge?
 - mødet med sygehuset?

Tyrkiske og pakistanske kvinder og social ulighed i sundhed.

1. Hvad er for dig social ulighed i sundhed?
 - generelt?
 - i forhold til tyrkiske kvinder?
 - i forhold til pakistanske kvinder?
2. Hvordan kunne man i sundhedsvæsenet gøre noget for at mindske social ulighed i sundhed?
 - generelt?
 - i forhold til henholdsvis tyrkiske og pakistanske kvinder?

Sygdoms betydning for det familiære sociale netværk

1. Ved du noget om, hvorvidt det påvirker forholdet til mand og børn, når kvinderne i tyrkiske og pakistanske familier bliver syge og har været/er i kontakt med sundhedsvæsenet?
 - med hensyn til kønsrollemønstret?
 - med hensyn til, hvem der bestemmer?
 - med hensyn til forholdet til manden?
 - med hensyn til forholdet til børnene?

Interaktionen mellem kvinderne og sundhedsvæsenet/ansvaret for en god/vellykket forebyggende indsats

1. Hvilket ansvar har de tyrkiske og pakistanske kvinder for at mødet mellem dem og de sundhedsprofessionelle bliver vellykket?
2. Hvilket ansvar har de sundhedsprofessionelle for at mødet bliver vellykket?
3. Har du eksempler på, at forebyggelse og sundhedsfremme har været succesfulde?
4. Har du eksempler på, at forebyggelse og sundhedsfremme har været rene fadæser?

Mødet mellem 1. generationsindvandrer- kvinder & det danske sundhedsvæsen

Rapport fra et pilotprojekt

Der er kun foretaget få undersøgelser af mødet mellem sundhedsvæsenet og 1. generationsindvandrerkvinder og den eksisterende viden er typisk baseret på enten beskrivelse af enkeltstående tilfælde eller statistiske opgørelser.

Denne rapport giver et dyberegående kvalitativt indblik i mødet mellem sundhedsvæsenet og tre 1. generationsindvandrerkvinder. De tre kvinder møder sundhedsvæsenet med sygdomsforløb og symptomer, som er velkendte i det danske sundhedsvæsen; Esme med tyrkisk baggrund lider af søvnløshed og hovedpine, Mahin med pakistansk baggrund lider af depression og rygsmerter og Lubna med pakistansk baggrund lider af diabetes type 2.

Mødet analyseres ved hjælp af interviews med nøglepersoner blandt forskere og sundhedsprofessionelle, ved observationer af møderne mellem kvinderne og deres respektive behandlere: Praktiserende læge, sundhedsplejerske, fysioterapeut og sygehuspersonale efterfulgt af interviews med kvinderne gennemført ved tolk. Desuden er der observeret og interviewet i kvindernes hjem, og endelig er de enkelte forløb blevet forelagt eksperter, som giver deres bud på, hvad sundhedsvæsenet kan lære af de tre cases.

De undersøgte 1. generationsindvandrerkvinder repræsenterer en svag gruppe i vores samfund, og deres møde med sundhedsvæsenet eksponerer derved problemfelter i vores system som fx manglende tid og kontinuitet samt manglende kommunikative kompetencer. Kvinderne har ingen eller lav uddannelse, er ikke på arbejdsmarkedet og har et svagt socialt netværk. Dette kan også gælde danskfødte. Forskellen er, at de tre kvinder taler så dårligt dansk, at der er tale om særlige kommunikationsvanskeligheder, at kvinderne ikke er vant til at stille krav til behandlerne og indgå i dialog, at de formulerer sig anderledes omkring deres symptomer og problemer og endelig, at de har en social praksis som mødre, husmødre og hustruer, der er eklatant anderledes end danske kvinders praksis. 1. generationsindvandrerkvindernes sociale praksis kan medføre høj grad af social isolation og besvær med at blive integreret i det danske samfund. Dette kan være med til at påføre dem sygdomme og symptomer, foranledige, at de i en vis udstrækning bruger social- og sundhedsvæsenet som deres sociale netværk og at de rent faktisk ikke - trods gode viljer og omsorg - får løst deres grundlæggende problemer.

I rapporten findes tre kvinders møde fremstillet som cases, der kan bruges som udgangspunkt for debat og undervisning. Desuden findes anbefalinger fra eksperter, ligesom forfatterens konklusioner og diskussion lægger op til refleksion blandt såvel sundhedspolitikere som sundhedsprofessionelle, som er rapportens målgrupper. Målet er, at der fremover iværksættes tiltag for at forbedre indsatsen overfor 1. generationsindvandrerkvinder, og at der igangsættes forskning inden for området.