

Transkulturell Allmänmedicin

Monica Löfvander

Docent och distriktsläkare. Center for Clinical Research Dalarna, Falun. Institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala Universitet. Affilierad till Karolinska Institutet.

Sammanfattning

Fem teoretiska begrepp för transkulturell vård presenteras. Dessa grundpelare eller ramar torde ge förutsättningar för god vård på lika villkor. Grundpelarna är kulturbegreppet, migrationsprocessen, emotionella karaktäristika, familjestrukturer, uttryck för stress samt förklaringsmodeller till sjukdom. Förutom att ge struktur till konsultationer där olika kulturer möts, inte bara invandrare utan även minoriteter och marginaliserade grupper, underlättar det diagnos och behandling samt värdering av förlopp och behandlingsresultat.

Abstract

Patient-doctor encounters are rich in cultural context. Primary care consultations have special framings where language and culture might differ largely between patients and care-givers. In such situations, the health professionals need extra skills to elucidate overt or covert messages from the patients. One skill is how to use professional interpreters. Other useful tools are the ability to identify one-self as a cultural person and a know-how about the migration process but also to recognize idioms of distress, family structures and patients' explanatory models of illness.

Inledning

Den här artikeln kommer att beröra de transkulturella aspekter som kan vara användbara i medicinska sammanhang, med särskild inriktning på specialiteten allmänmedicin. Transkulturell medicin är inte detsamma som tvär-kulturell medicin (cross-cultural, eng.) där man jämför två eller fler kulturer.

Allmänmedicin

De flesta läkare inom specialiteten allmänmedicin arbetar i primärvården. Allmänmedicinens medicinska kunskapsmassa inbegriper personer

som har funktionsbesvär, benigna självläkande åkommor, kroniska folksjukdomar och vård av människor med flera samtidiga besvär och sjukdomar. Patienterna följs över ibland mycket lång tid. Primärvårdsläkarna ser sjukdom och symtom som föränderliga fenomen, och konsultationsmönster och vanor ändras över tid p.g.a. ändrade umgängesförhållanden, men förändrat sjukdomspanorama, teknisk utveckling, läkarnas agerande och patienternas förväntningar [1]. Patientens familjemedlemmar, grannar och människorna i närsamhället och närsamhällets organisation, struktur, delar och innehåll är nöd-

vändigt att känna till för att förstå patientens sammanhang. Det betyder att primärvårdspersonal bör vara särskilt lyhörd för patientens värderingar, attityder och beteenden vid olika symptom [2]. Dock, attityder, värderingar och beteenden ändras över tid och de presenteras olika i olika sammanhang av olika personer i olika situationer. Allmänmedicinare, som ju oftare arbetar med "hela" personer, än sina mer organ- eller åldersspecialiserade kollegor, är verksamma i mycket tydliga kulturella sammanhang. Här kan kunskap om transkulturella aspekter i medicinsk vardag vara till nytta.

Konsultationen

Konsultationen är hjärtat i Allmänmedicinen. De flesta allmänmedicinare arbetar patientcentrerat med tonvikt på att förstå och förhandla om patientens önsksningar och behov som det är uttryckt i sjukvårdslagen. Portalparagrafen i lagen är att god vård skall ges på lika villkor och att det medicinska behovet skall avgöra vilken vård som skall erbjudas utan hänsyn till kön, ålder, socioekonomisk situation eller ursprung. Ekonomiska hinder för lika vård är dock en realitet även i Sverige. En annan faktor är språkförbistring. En mer osynligt men ändå viktig aspekt för att hindra lika vård är fak-

tiska sociala och kulturella skillnader mellan doktor och patient i uppväxt, kunskap, förhållningssätt och levnadsvillkor.

I mötet mellan läkare och patient med samtal och kroppsundersökning är ett professionellt möte mellan två människor i en särpräglad miljö och särskild mänsklig situation. Att förstå och tolka patientens sjukhistoria är det viktigaste diagnosinstrumentet. Samtidigt är det ett viktigt redskap för att förstå den person som är patient. Läkaren måste höra och förstå talet samt tolka det sagda och identifiera och tyda även alla icke-verbala uttryck. Denna tolkning kan ske först efter att ha passerat patientens filter, dvs. vad patienten vågar, eller anser sig kunna, verbalisera, därefter registreras det och tolkas genom doktors referensramar. Referensramarna för patient och läkare är alltid åtskilda, mer eller mindre.

De patienter som är likast läkarna själva får ofta snabbare vård och upplevs enklare att hantera eftersom uttrycks-sätt, ordval, uttalade förväntningar, gemensamt kontaktnät, där tolkning av verbala och den icke-verbala kommunikationen mellan läkare och patient löper lättare när parterna har

Lika, likare, likast

1. En ung man kom till vårdcentralen och ville bli undersökt av läkare för han hade ont i ryggen och i ett knä. Han fick ingen tid för hans fyra sista siffror saknades. Han hänvisades (korrekt, enligt regelboken) till privat läkarmottagning.
2. En ung man kom till vårdcentralen och ville bli undersökt av läkare för han hade ont i ryggen och i ett knä. Han fick ingen tid till en början eftersom hans fyra sista siffror saknades. Då sa han att han kom från ett stort land i väster. Han fick då en läkartid på en gång och undersökt och behandlad mot vanliga taxan (ej korrekt enligt samma regelbok som ovan). Den ena var svart. Den andre hade vit hud.

Tolk

Korta meningar, många uppehåll gör att risken minskar för översättningsfel. Manlig eller kvinnlig tolk spelar sällan någon roll. Viktigast är duktig tolk med förmåga till mänsklig kontakt men också integritet. OBS. Kulturella distanser mellan patient och tolk kan försvåra samarbetet. I sådana fall kan det vara bäst att arbeta ensam.

gemensamma referensramar [3]. Konsultationer med kulturella differenser och okända referensramar är mer tidskrävande eftersom skilda referensramar kräver en mer kognitivt medveten process som är arbetsam och ibland frustrerande [4]. Samtidigt ger tvär-kulturella konsultationer möjlighet till glädje, uppfinningsrikedom, nyfikenhet och upptäckarlust.

Problemformulering

Många känner sig besvärade och osäkra i mötet med patienter från andra länder och eller kulturer. I tämligen mono-kulturella samhällen är det sällan några problem, eftersom vårdgivare och patient har lärt sig varandras olika värderingar. Svårast kan det upplevas i multi-kulturella samhällen med många invandrare från olika delar av världen i olika faser av integration, eller om man möter patienter från olika kulturer endast vid enstaka tillfällen.

Denna artikel avser att beskriva vissa aspekter av särskilt intresse för den transkulturella allmänmedicinen med dess fokus på personer med oselektade besvär, ibland enkla, ibland allvarliga och ofta multipla kroniska sjukdomstillstånd som bor hemma i sina egna hem i sitt sociala sammanhang. I Läkemedelsboken finns ett kapitel om transkulturell medicin med praktiska tillämpningar [5]. Här tas bara upp mer grundläggande ramar

för tolkning av symtom, symtompresentationer och behandlingsresultat. Ramarna kan underlätta att tolka patientens rapporterade symtom och besvär, kliniska fynd och behandlingsresultat.

Allmänt

Det är bra att vara lagom nyfiken, att kunna eller vilja skaffa sig fakta om den andres bakgrund. Kunskap om språk är bra, men inte nödvändigt. Kroppspråk, ögonkontakt och intresserad utstrålning och mänsklig värme är kärningredienserna för en god konsultation. Det finns enkla förhållningsregler om hur man bäst arbetar via tolk [6]. (faktaruta).

De fem begreppen

Kulturell självkännet, migrationsprocessen och dess emotionella karakteristika, uttryck för påfrestningar, familjstrukturer och förklaringsmodeller till sjukdom

Kultur

Kultur är ett begrepp med olika innebörder. Här används kultur som gemensamt medvetande, en referensram med gemensamma symboler. Detta gemensamma medvetande formas i mänskligt samspel i det vardagliga livet som är under ständig förändring. I våra sociala kontakter, när vi kommunicerar med varandra så relaterar vi hela tiden till detta delade medvetande. Kultur är således något som delas av flera, både få (familjer), flera (regio-

ner), många (nationsvis) eller väldigt många (ex. västerländsk kultur). Men hur man relaterar sker på ett personligt sätt vilket leder till att vi inte kan tillskriva en individ något som vi tror oss veta på grund av någons grupp-tillhörighet.

Individer tar med sina tidigare erfarenheter av socialisering och kunskap som har förstärkts av andra människor i omgivningen [7]. Människor tenderar dock att bedöma andra i jämförelse med den egna kulturen. En kulturell förändring (ackulturation, am.) sker i kontakten mellan olika kulturella grupper där fler förändringar sker i den icke-dominanta gruppen än den dominanta gruppen där vanliga strategier inkluderar integration, assimilation eller marginalisering [8].

En viktig aspekt är att känna sig själv som vårdgivare. En människa är ständigt föränderlig och formas av en mängd variabler samt beter sig olika beroende på tid, rum och närvarande personer, och varierar med vem som talar till vem och vid vilket tillfälle. Det gäller patienter liksom vårdgivaren själv. Personliga skillnader medför differenser inom samma kultur [9]. Kännedom om detta benämns kulturell kompetens [10]. I patientmöten kan inte en enskild patient förutsättas ha särskilda erfarenheter, eller uppfattningar, enbart för att denne/a har en viss etnisk eller kulturell bakgrund, utan patientens åsikter måste

alltid utforskas utifrån ett individcentrerat perspektiv [9], [11].

Betydelse för behandling

Fallbeskrivning

30-årig man söker läkare för att han är mycket trött. Hans syster dog nyligen. Han förklarar allvarligt för den svenska doktorn: Du förstår, vi iranier sörjer mycket, gråter mycket, alla gråter, inte som ni svenskar, ni gråter inte, ni bryr er inte, är alldeles tysta.

Migrationsprocessen

Att flytta är en process [12]. Processen kräver förberedelser, planläggning och mobilisering av personliga resurser i olika omorienteringsfaser innan slutlig anpassning har kommit till stånd. Faserna är desamma vare sig man flyttat långt eller kort men varierar betydligt med ålder och individ även vid omfattande kulturbyten. För en familj kan det innebära att alla familjemedlemmar inte ligger i samma känslomässiga fas under denna anpassningsprocess. Den första perioden före flytt är förenat med oro, ångest innan beslut om flytt. Själva migrationsögonblicket eller flytten medför en inre mobilisering av personliga resurser och också ett stigande stämningsläge en kort period efter ankomsten. Mötet med verkligheten på nya platsen, nytt arbete eller studieförhållanden, ny struktur, nytt språk, nya värderingar är påfrestande och medför ett sänkt stämningsläge. För vuxna personer kan denna period vara några år varefter ett jämviktsläge inträder. Jämviktsläget varar ett decennium eller mer som avbryts av en brytningstid som innebär en ny period på något eller några år, av obestämthet, omvärdering och nyorien-

"Det är viktigare att veta vilken person som bär en viss sjukdom än att veta vilken sjukdom personen bär."

Hippokrates

Not: Det är lika viktigt att veta vem man själv är.

tema

tering igen om man skall stanna kvar (sk. 17-årskrisen). Nostalgin kan vara mycket framträdande under just denna period. Nostalgi kan vara så svår att den liknas vid sjukdom och har så gjort periodvis [13], [14]. När beslutet är taget att stanna kvar, eller att resa tillbaka, så återgår man till ett nytt jämviktsläge.

Processen kallas också adaptations- eller integrationsprocess (ackulturation, am.) Kännedom om denna process är viktig för att värdera behandlingsinsatser. De två-tre första åren för vuxna personer och brytningstiden måste få ta sin tid (jämför tonåren). Medikalisering, dvs. fasta diagnoser och långtidsmedicinering kan störa den naturliga läkningsprocessen och är sällan till hjälp. Stödterapi, kanske i serier, kan vara den viktigaste insatsen om sänkt stämningsläge och benigna symtom dominerar sökprofilen.

Hemlängtan, nostalgi, är inte bara en längtan efter en fysisk plats. Hemma står också för vanor, känslor, stämningar, sinnliga upplevelser och minnen. Att ”hitta hem” är att hitta sin identitet [15]. Att vara borta från hemma är att vara avskuren från sitt rätta

Betydelse för behandling

Tiden och personliga samtalet (stödterapi, jagstärkande) är det viktigaste behandlings-sättet den första tiden och under brytningsfasen

Fall

17-årskrisen. Av samtliga långtidssjukskrivna 20-45 åringar i västra Stockholm hade alla kommit till Sverige 15-18 år tidigare. Ingen hade kunnat återföras till arbetslivet. Diagnos: ryggvärk UNS och depression

jag. Hemlängtan är mycket en längtan tillbaka till ett definitionsmässigt ouppnåeligt ”då”, till en tid och en situation som aldrig - genom tidens obönhörliga gång - kan återerövas.

Migrationsprocessens emotionella karakteristika

De första åren efter migrationstillfället medför glädje och upptäckarlusta hos många. Dock dominerar sänkt stämningsläge vilket inte skall förväxlas med egentlig depression (se DSM-kriterierna eller ICD 10). Den varierar med personliga resurser [14]. Sänkt självkänsla är vanligt när den tidigare sociala rollen måste överges [16]. Bitterhet över gångna oförrätter och en offerrollskänsla för att man tvingats flytta eller fly samt skuld kan också förekomma liksom skamkänslor inför de, oftast familjemedlemmar, som man har tvingats lämna [17]. Till detta kommer litet nätverk, isolering och känsla av förlust av kulturellt sammanhang [18]. Allt detta är fantastiskt beskrivet i Iliaden och Odysseen [19]

Betydelse för behandling

Jagstärkande samtal är viktigare än läkemedel. Hjälp med konkreta saker kan göra underverk.

Uttryck för stress och påfrestningar

Olika dramatiska - verbala och icke-verbala - uttryck vid påfrestningar (psykisk eller fysisk stress) är kulturellt bundna, och därmed inlärd och omgivningsbetingade uttryck för starka eller förbjudna känslor [20]. De är köns, tids- och kulturspecifika och legitimeras tidvis av läkare genom att

namnges som anorexi eller nostalgi. De kan också ges status som ”mode”-beteenden, exempelvis är att ”dåna” (att ”svimma” kontrollerat inför åskådare i vissa poser) vid starka känslor eller åsyn av blod, ”nevra” (nervösa utbrott), [21] ”hysteriska” förlamningar och kramper, hjärtneuros etc. [15]. Uttrycken kan också vara mer eller mindre medvetna för att påkalla uppmärksamhet, eller uppnå något mål (”simulera” sjuk). Inom vården förekommer också benämningar på olika krämpor och mänskliga relationsproblem med betoning på olika organsystem [15]. Uttryckssätten varierar med person, kön, ålder och inte minst mellan tid och plats, och samhällsklass samt för vem man presenterar vad. Konsultationsrummet är en sådan arena [11]. Om man som vårdgivare misstänker att patientens beteende eller beskrivningar handlar om annat än rena sjukdomssymtom, kan man försöka se personen i olika omgivningar som i väntrummet, i affären etc.

Huvudvärk som presenteras av unga män eller kvinnor kan vara utsatta för sociala och personliga påtryckningar från omgivning och familj på ett mer eller mindre outtalat eller uttalat sätt. Könssillnader i uttryckssätt kan vara mer eller mindre tydliga. Kvinnor har vanligtvis mer begränsade uttrycksmöjligheter och kvinnors mentala hälsa vid migration kan skilja sig från männens [22],

Alkohol och centralstimulerande eller –dämpande medel kan vara ett sätt att uppleva mindre stress. Drogerna kan själva ge symtom som liknar sjukdomssymtom. Användningssätt och (miss)bruk av droger och läkemedel varierar i tid och rum och förekommer endemiskt. Framförallt är det svårt att identifiera missbruk där man inte förväntar sig det, exempelvis alkoholmissbruk i traditionellt alkoholfria-eller sparsamma miljöer.

Observera att även professionella tolkar kan ha problem att översätta talesätt och idiomatiska uttryck.

Betydelse för diagnos och behandling

Om beteendet är dramatiskt och de kliniska fynden magra bör man tänka på möjligheten av kulturbundna uttryck för relationsproblem eller skamfyllda känslor. Observera över tid hellre än att medikalisera vilket kan förstärka beteendet och öka patientens oro och doktors frustration. Diskutera möjliga andra problem vilka stärker de terapeutiska banden som är nödvändiga eftersom det ibland tar lång tid innan man får svar på gåtan.

Fallbeskrivning

70-årig frisk kvinna förutom gonartros. Sex barn, otal barnbarn. Bor numer ensam på servicehus men barnen och barnbarnen är ofta på besök. Funnen en morgon av barnen hopkrupen i fosterställning i sängen, vägrat att äta och dricka, talat osammanhängande med orolig, flackande blick. Ingen neurologi. Läkemedelsförpackningar väsentligen orörda.

Exempel på uttryck för psykiska påfrestningar och värdekonflikter (synonymer, idioms, language of distress, kulturbundna syndrom)*Rörelseorganen*

”Hysteriska” beteenden såsom Kramper och Förlamningar. Svimningar, Hälta

Psykiska

Nevra, Susto, Utbrändhet, PTSD?

Mat

Anorexi? Gastrit

Hjärta

Det sjunkande hjärtat, Det iranska hjärtat, brustet hjärta, hjärtneuros

Endemiska berusningsmedel

Alkohol, nikotin, kat, heroin, koka, ungdomsdroger, läkemedelsmissbruk

Familjestrukturer

Strukturerna inom en familj, vilka som omfattas av familjebegreppet, den inbördes rangordningen och hur kommunikationen går är kulturellt betingat. I vårdsammanhang betyder det betyder att familjestrukturen bestämmer *vem som skall vårda vem och vem som får bli frisk*, när denne bör bli frisk och hur man skall göra för att bli frisk eller fortsätta vara sjuk. Familjestrukturen har också betydelse för den ekonomiska situationen för den sjuke/a individen. I den atomiserade (ex. västerländska) familjen förväntas var och en klara sig själv, ekonomiskt och socialt och små familjer är inte ovanliga. I den uni-fokala (ex. sydeuropeiska) är familjen en enhet där alla har bestämda roller där (grovt sett) alla hjälper alla. Om någon blir sjuk träder någon annan in och tar över rollen som ansvarig. Det är en stor process att vända tillbaka detta när rollbytet väl har ägt rum.

I den duo-fokala familjestrukturen (ex. muslimska) finns en mans och kvinnovärld där (grovt sett) män sköter män och kvinnor sköter kvinnor. (ex. skolflickor får sköta sjuk mor). Familjestorlek och täthet mellan individerna spelar in också spelar in. I klansamhällen är det ofta den äldre generationen, män såväl som kvinnor, som styr och bestämmer vad och hur saker skall utföras. (ex. farmors roll om vem och när barnen skall borsta tänderna). Det gäller även medicinska saker, som vem som skall ”tillåtas” att vara sjuk (Den yngste i en syskonskara). Det medför att viktiga symptom kanske underrapporteras från familjeöverhuvudet som ej kan tillåtas att vara sjuk. Observera att familjestrukturer undergår en förändring vid flytt till annat samhälle, de kan lösas upp eller förstärkas och konserveras.

Betydelse för diagnos och behandling

Om patienten inte blir ”frisk” som förväntat, eller symtombeskrivning är värre än fynden (eller tvärtom). Försök ta reda på vem som är frisk och vem som är sjuk i familjen. Vem ”bestämmer” hemma? Skall denne/a vara med i konsultation?

Förklaringsmodeller till sjukdom, ohälsa och olycka och bot

Medicinska förklaringsmodeller till sjukdomar ändras ständigt, med forskning och tidsanda. Det som var sant igår är inte sant idag. Så förändras också människors förklaringar till sjukdom och olyckor liksom inställningen till vem och var de skall vända sig och vad som kan bota. Individuella eller gruppvisa folkliga förklaringsmodeller till sjukdom, liksom benämningar, kan överföras till medicinska förklaringsmodeller, och vice versa. I regel måste förklaringarna dock kommuniceras mellan läkare och patient, en företeelse som är särskilt utpräglad i primärvården [3]. Exempel från nyare tid i Sverige är amalgamsjuka och elallergi där stress och allmänna symptom attribueras till utanförliggande orsaker. Noterbart är att elallergi är ett isolerat svenskt "kulturellt" fenomen [23].

Läkemedel förknippas med magiska egenskaper [5]. I homeopatin används ytterst låga koncentrationer av aktiv substans. Inom holistiska medicinska traditioner (kinesiska och Ayurveda ex. liksom folklig medicin i allmänhet) betraktas sjukdomar som en störd "balans". Medicinen (läkemedel eller maträtter) är till för att rätta till obalansen och måste anpassas till sjukdomens art men också patientens personlighet. En allmänt förekommande föreställning världen över är att sjukdomar och människor är varma - eller kalla. Vad som är vad är en personlig åsikt. Även här gäller att läkemedlet måste vara av motsatt karaktär. Förkylning betraktas allmänt som en kall sjukdom som skall botas med ett varmt läkemedel (ex penicillin), särskilt om patienten själv har en kall personlighet. Läkemedlets beredningsform, färg och dosintervall kan också påverka effekten [24].

Patientens frågemodell

Vad är problemet? Vad pågår i kroppen? Varför fick jag detta? Var och När skall jag söka hjälp? Vad kan lindra eller bota? Vad händer med mig om jag inte gör något? Vad händer med ekonomin, och familjen?

Folk illnesses (folkliga sjukdomsbegrepp). Några vanliga benämningar eller orsaksförklaringar till mer eller mindre bestämda besvär fördelat på geografiska områden och organsystem

Hjärta

Tyskland: Hjärta och blodomloppsstörningar

Lever

Frankrike: Dålig lever. "alla" vet vad det beror på

Mage – tarm

England: Indigestion (dålig mage), "alla" vet vad det beror på

Värk

Allmänt: Huvudvärk, Migrän. Rygg (Grekland etc), "Fibro" (Skandinavien), ont-i-halva-kroppen (Mellanöstern, Östafrika).

"Nerver"

Elallergi (Sverige), Amalgamsjuka (Västvärlden)

Not: Några av dessa är också starkt tidsbundna

Diskussion

De fem ovanstående teoretiska byggstenarna eller ramarna kan vara till hjälp i transkulturella konsultationer och är grunden för kulturell kompetens.

Transkulturell vård

Kulturförståelse i vården handlar om att behandlaren bak ytan av olikheter i ord och uttryck och kunskap skall kunna möta och förstå en enskild patient som person med särskilda problem [5]. Förståelsen är i ideala fall automatisk. För att bedriva god vård i mångkulturella bostadsområden behövs oftast ett särskilt aktivt patientcentrerat förhållningssätt för att förstå patientens sjukdom, livssituation och sjukdomsuppfattning liksom de sociala och kulturella faktorer som kan ha betydelse för personen, för sjukdomen och för behandlingen. Utöver detta kan finnas medicinska, psykologiska och sociala konsekvenser av tidigare trauma, av migration, integration och livssituation. Transkulturell medicin innebär då att reflektera över patientens perspektiv, över vårdgivarens perspektiv, över vårdens traditioner och värderingar och förväntningar liksom betydelse av tid och sammanhang. De underlättar förståelsen och tolkning av patientmötet och vad som sägs, hur det sägs, av diagnoser, utredningar, behandlingar och behandlingsresultat.

Alla möten mellan läkare och patient är mer eller mindre transkulturella möten [24]. Läkare eller sjukvårdspersonal som kommer från andra länder och verkar i Sverige behöver som

alla andra lära sig allmänmedicinsk patientcentrerad och transkulturell konsultationsmetodik. Att man talar samma språk nominellt som patienten gör inte att man automatiskt tolkar patienten utifrån dennes perspektiv och referensramar, eller ens ger patientcentrerad vård [5]. Detta märks särskilt där konsultationer i primärvården är sociokulturellt känsliga.

Praktiska aspekter som asylsökandes inskränkningar av asylsökandes rätt subventionerad vård, bostadsval etc, tillgång till sjukvård har inte diskuterats här då det är en organisatorisk och politisk fråga.

En stor invandring till Sverige från olika länder under de senaste 30 åren har medfört en blandning av nytilkomna från krigshärdar en del närbelägna andra geografiskt avlägsna. Många av dem har svåra minnen. Ofta skiljer de sig från de närbelägna nordiska invandrarna med vilka vi delar många erfarenheter, traditioner och historia. Det ligger dock utanför ramen för denna artikel.

Metod

”Utifrån-” och ”Inifrån-perspektiv” är grundläggande begrepp från antropologin [26]. Med utifrånperspektiv menas att forskaren (här: vårdgivaren) studerar, och tolkar, andra gruppers handlingar och traditioner ”objektivt” med den egna kulturen som norm. Med inifrånperspektiv väljer forskaren/vårdgivaren istället att delta, eller enbart observera, under lång tid en patient eller patientgrupps sätt att tänka och handla för att förstå

hur de resonerar och därmed göra deras handlande begripligt utifrån deras egna normer och värderingar. Illustrativa exempel på detta är studier av förståndshandikappades värderingar och handlingar [27] och turkiska invandrarkvinnor [28].

Kulturbundna syndrom (eng. *language* eller *idioms of distress*) har här översatts till uttryck för psykisk eller fysisk långvarig, eller kortvarig, svår stress. Dessa är speciellt viktiga att känna till eftersom de kan misstolkas som medicinska sjukdomsentiteter och förväxlas med psykotiska tillstånd och behandlas inom de medicinska vården istället för att tolkas inom sitt sammanhang. Risker finns även för iatrogena skador medikalisering av icke-sjukdomssymptom, för den enskilda individen eller på grupp-nivå, vilket kan tänkas bidra till höga sjuktal inom vissa invandrargrupper. Där har allmänmedicinaren en viktig funktion som förbindelse-länk mellan de folkliga, och de medicinskt vetenskapliga förklaringsmodellerna till sjukdom [29].

Referenser

- Johannison K. Tecknen. Läkaren och konsten att läsa kroppar. Stockholm: Norstedts; 2004.
- Meeuwesen L, Harmsen JA, Bernsen RM, Bruijnzeels MA. Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Soc Sci Med* 2006;63: 2407-17.
- Helman C. Communication in Primary Care: The role of patient and practitioner explanatory models. *Soc Sci Med* 1985;9:923-31.
- Arborelius E, Bremberg S. Vad kan läkaren göra för att åstadkomma en framgångsrik konsultation? *Socialmedicinsk Tidskrift* 1991;9:447-52.
- Bäärnhjelm S, Håkansson B, Löfvander M., *Transkulturell Medicin, I: Läkemedelsboken 2007-2009*. Stockholm: Apoteksbolaget; 2006.
- Ekblad S. Migration och hälsa i vård och omsorg. *Vårdalinstitutet. Institutet för vård och omsorgsvetenskap*. 2008;10.
- Racher FE, Annis RD. Respecting culture and honoring diversity in community practice. *Res Theory Nurs Pract* 2007;21:255-70.
- Berry JW. Immigration, acculturation, and adaptation *Applied Psychology* 2008;46: 25-34.
- Zoucha R, Hustad GL. The ethical dimensions of delivering culturally congruent nursing and health care. *Issues Ment Health Nurs* 2000;21:325-40.
- Giger JN, Davidhizar RE, Fordham P. Multi-cultural and multi-ethnic considerations and advanced directives: developing cultural competency. *J Cult Divers* 2006;13:3-9.
- Helman C. Doctor-patients interactions. I: *Culture, Health and Illness*, sec ed 1990, Wright; Bristol 1990:86-126.
- Sluzki C. Migration and Family Conflict. *Family Process* 1979;4:379-90.
- Johannisson K. *Nostalgi: en känslas historia* Stockholm: Bonniers; 2001.
- Tartakovsky E. A longitudinal study of acculturative stress and homesickness: high-school adolescents immigrating from Russia and Ukraine to Israel without parents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2007;42:485-94.
- Johannison K, *Vårt behov av sjukdom*. Nordisk medicin 1993;3:92-3.
- Kristal-Andersen B. *Mot förståelse av invandrararens inre värld. I: Att leva med mångfald*. Stockholm: Liber; 1980.
- Keyes EF, Kane CF. Belonging and adapting: mental health of Bosnian refugees living in the United States. *Issues Ment Health Nurs* 2004;25:809-31.

tema

18. Ekblad S. Psychosocial and psychiatric aspects of refugee adaptation and care in Sweden. I: *Amidst peril and pain*. Marsella A, Bornemann T, Ekblad S, Orley J, eds. Washington DC: American psychological association; 1994:275-92
19. Homeros. *Iliaden och Odysseen*. Stockholm: Wahlström & Widstrand; 2002.
20. de Melker RA, Touw-Otten FW, Kuyvenhoven MM. Transcultural differences in illness behaviour and clinical outcome: an underestimated aspect of general practice? *Fam Pract* 1997;14:472-7.
21. Baer RD, Weller SC, de Alba Garcia JG, Glazer M, Trotter R, Pachter L, Klein RE. A cross-cultural approach to the study of the folk illness nervios. *Cult Med Psychiatry* 2003;315-37.
22. Dalgard OS, Thapa SB. Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007. 3(1): p. 24.
23. Beland M. Kultursjukdomar med högt pris. *Läkartidningen* 2003;100:3998-4001.
24. Helman CG. *Culture, Health and Illness*. 3rev. ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1997.
25. Harmsen H, Bernsen R, Meeuwesen L, Thomas S, Dorrenboom G, Pinto D, Bruijnzeels M. The effect of educational intervention on intercultural communication: results of a randomised controlled trial *Br J Gen Pract* 2005; 55:343-50.
26. Persson BEB, Löfvander M. "The Mediterranean Pain Syndrome". En studie av grekiska invandrades möte med svensk sjukvård. I: *Medicin och Humaniora* Persson BEB. red. Lund: Studentlitteratur; 1996:66-89.
27. Gustavsson A. Beyond the reformer's perspective and able-centrism. In: *The Quest for Quality, the evaluation of helping interventions*. Amsterdam: Stichting Kohnstamm Fonds voor Onderwijsresearch/SCO; 1994:109-26.
28. Sachs L. Evil eye or Bacteria: Turkish Migrant Women and Swedish Health Care. in *Social Anthropology*. Stockholm: Stockholm Universitet; 1983.
29. Löfvander M. Kulturbundna syndrom och höga sjuktal. Finns det ett samband? *Socialmedicinsk Tidskrift* 1995;72:407-11.