

Transkulturell medicin

Sofie Bäärnhelm och Batja Håkansson
Transkulturellt centrum, Stockholm
Monica Löfvander, Vårdcentralen Tisken och
Centrum för klinisk forskning, Falun

Inledning

Detta kapitel handlar om att möta patienter i mångkulturella vårdmiljöer och om läkemedelsbehandling i ett kulturellt perspektiv. Fokus är på primärvård och psykiatri.

Migration är en förändringsprocess som kan vara belastande för den psykiska hälsan. Genom globalisering och immigration har Sverige blivit ett mångkulturellt samhälle. Transkulturell medicin handlar om att förstå och värdera sociala och kulturella faktorer betydelse för sjukdom och behandling. Ett viktigt område för transkulturell medicin i dagens sjukvård är att möta medicinska, psykologiska och sociala konsekvenser av trauma, migration och integration. Transkulturell medicin innebär att reflektera över såväl patientens perspektiv som vårdens traditioner och värderingar.

Sjukdom och behandling i ett mångkulturellt sammanhang

Läkemedelsbehandling påverkas av såväl sociokulturella som biologiska faktorer. Vid läkemedelsbehandling i mångkulturella vårdmiljöer möts olika kulturella referensramar.

- Behandlaren arbetar utifrån sin professionella medicinska referensram, men också utifrån personliga och kulturellt färgade erfarenheter.

- Patienten har sina erfarenheter och sin kulturella referensvärld.
- För att läkemedelsbehandling ska vara såväl medicinskt korrekt som meningsfull för patienten behöver behandlaren förstå hur patienten själv uppfattar sina besvär och hur de ska behandlas samt patientens syn på läkemedel och behandling.

Kultur är ett begrepp som ges olika innebörd. Ett perspektiv är att betrakta kultur som en form av ett gemensamt medvetande, en referensram med gemensamma symboler. Det gemensamma medvetandet formas i interaktioner i det vardagliga livet och är i en ständig förändringsprocess. I sociala kontakter och i kommunikation relateras det till det delade medvetandet. Med detta perspektiv handlar kultur om något som är delat av flera. Detta sker på ett personligt sätt, vilket gör att vi aldrig kan tillskriva en individ något pga grupptillhörighet. Patienten kan därmed inte förutsättas ha vissa

- Kulturförståelse i vården handlar om att behandlaren bakom en yta av olikheter i ord, uttryck och förståelse möter den enskilde patienten.
- Särskilt i den mångkulturella vården behöver behandlaren ha ett patientcentrerat förhållningsätt och försöka förstå såväl patientens sjukdom som hans/hennes livssituation och sjukdomsuppfattning.

erfarenheter eller uppfattningar pga etnisk eller kulturell bakgrund utan patientens perspektiv måste alltid utforskas utifrån ett individcentrerat perspektiv.

Patienten kan ha erfarenheter av, och förtroende för, andra medicinska traditioner än behandlaren och kan föredra s k alternativ behandling. Det kan handla om folkliga behandlingstraditioner eller benägenhet att förklara sjukdom med ödet, andar, djinner, demoner och det onda ögat liksom många olika erfarenheter av och uppfattningar om läkemedel (1).

För att överbrygga olika synsätt behöver behandlaren ta reda på patientens uppfattningar samt förklara och informera om behandlingsförslag och arbetssätt. Till denna interaktiva process är det viktigt att välkomna patientens familj och anhöriga, som kan ha stor betydelse för behandlingen och användandet av läkemedel. Familj och anhöriga kan vara ett viktigt stöd för patienten för att förstå och följa föreslagen medicinering, men de kan också fungera som ett hinder om de inte förstår och stödjer medicineringen.

- Vid långvarig läkemedelsbehandling kan ett kontinuerligt professionellt stöd till såväl patient som familj och anhöriga vara viktigt.
- Ett teamarbete med olika yrkeskategorier som kontinuerligt informerar och förklarar kan bidra till en fungerande läkemedelsbehandling.
- Hembesök kan ge värdefull information om hur läkemedelsbehandlingen fungerar. Det kan ta tid att skapa samsyn mellan patient och behandlare kring läkemedelsbehandlingen, speciellt vid långtidsmedicinering.

Interkulturell kommunikation

God kommunikation mellan patient och behandlare är av central betydelse för möjligheten till utredning av symtom, för att finna adekvat behandling och för att kunna skapa en allians kring läkemedelsbehandlingen. Behandlaren kan inte ta för givet att patienten delar hans/hennes syn på sjukdom och behandling, utan behöver ta sig tid till ett öppet och utforskande förhåll-

Tolkning

- En professionell tolk skapar förutsättningar för en god kommunikation.
- Anhöriga bör inte ersätta professionella tolkar. Tolkning kräver kunskap, kompetens och ett oberoende från familjeband och personliga relationer. Det är aldrig lämpligt att låta barn tolka till sina föräldrar.

ningssätt av att lyssna, förklara och försöka förstå. Öppna frågor stimulerar patienten att berätta utifrån sitt perspektiv och underlättar för behandlaren att formulera följdfrågor som relaterar till patientens sammanhang.

I akuta situationer, eller när rätt språkkompetens saknas i närområdet, kan telefontolkning användas. Patienter måste informeras om tolkens roll och uppgift. Tolkerna ska översätta utan att förändra språkets innehåll. Ibland kan ord, begrepp och uttryck ha olika betydelser på olika språk. Tolkerna måste då använda längre förklaringar. Landstingen brukar ha avtal med lokala tolkgrupper. Information om en enhets organisation, arbets- och behandlingsrutiner på olika språk kan vara ett viktigt hjälpmedel för patient och anhöriga.

Förutom det språkliga stödet som en tolk ger växer det fram nya former av stöd för interkulturell kommunikation. En resurs är hälsokommunikatörer. Dessa kan vara personer med en etnisk minoritetsbakgrund med utbildning i hur sjukvården fungerar samt i interkulturell kommunikation. Hälsokommunikatören kan ge behandlaren information om traditioner och synsätt i grupper och förklara för patienten hur sjukvården i Sverige fungerar och kan skapa tillit och underlätta kommunikationen. Patienten ser ofta behandlaren som en person med kunskap, makt och kontakter. För en patient kan en närvarande hälsokommunikatör underlätta att delge behandlaren sina tankar och funderingar.

Hälsokommunikatörer finns framför allt i närsjukvården. Deras främsta uppgift är att etablera kontakt och informera om hälsa och egenvård. De fungerar som en resurs vid familjeläkarcentraler som har många patienter med flyktningbakgrund. De arbe-

Interkulturell kommunikation

- Mötet mellan patient och behandlare med olika kulturell, etnisk och social tillhörighet kan beröra starka känslor (2).
- Både behandlaren och patienten kan reagera med irritation och hopplöshet när patienten befinner sig i en utsatt social situation eller har svårt att förklara sig.
- Behandlaren känslomässiga reaktioner kan påverka kommunikationen.
- Handledning och kollegialt stöd är värdefullt för att reflektera över egna reaktioner, värderingar och egen kulturell bakgrund för att bidra till en god kommunikation.

tar även med preventivt hälsoarbete, exempelvis på förskolor, vuxenskolor och i föreningar.

Hälsokommunikatörerna, som har hälso- och sjukvårdsutbildning, kan förmedla hälsoinformation på det egna modersmålet till boende i vissa områden och utveckla metoder för att arbeta hälsofrämjande. En god interkulturell kommunikation skapar förutsättningar för samsyn kring läkemedelsbehandling.

Psykisk sjukdom**Kulturell mångfald**

Symtom och förlopp av psykiska sjukdomar kan påverkas av sociala och kulturella faktorer. Kulturella faktorer påverkar hur besvär upplevs och förstås, symtombildning och upplevelsen av stress. Även vårdsökande, behandling och hur sjukdom hanteras i det vardagliga livet påverkas av kultur och sammanhang.

För psykiatrisk diagnostik används WHO:s klassificeringssystem ICD-10 och DSM-IV (3). Diagnostiken utgör grunden för val av behandling och eventuellt läkemedel. I DSM-IVs manual finns för varje syndrom en diskussion om kulturella variationer, genus- och åldersvariationer. I denna påpekas t ex att depression i vissa kulturer främst kan upplevas som kroppsliga besvär. En egentlig depression kan beskrivas som nervösa besvär, huvudvärk, svaghet, trötthet, obalans eller hjärtbesvär. För bedömning av psykossjukdom beskrivs vikten

av att ta hänsyn till kulturella skillnader i sätt att uttrycka känslor och syn på illusioner och hallucinationer. Risken för att överdiagnostisera schizofreni hos vissa minoritetsgrupper och att feldiagnostisera en bipolär sjukdom som schizofreni påtalas i DSM-IV (3).

En korrekt diagnos med en klar bild av patientens sjukdom, situation och uppfattningar är betydelsefull för att kunna föreslå en adekvat behandling. Kunskap om en patients situation och uppfattningar kan bidra till att göra läkemedelsbehandlingen begriplig och meningsfull för patienten, en förutsättning för följsamhet. Som redskap för en individualiserad kulturförståelse vid psykiatrisk diagnostik finns i DSM-IVs appendix ett förslag till en kulturformulering att användas som komplement till den symptomriktade bedömningen. Kulturformuleringen lyfter fram betydelsen av patientens kulturella identitet/tillhörighet – vikten av att beakta patientens sjukdomsförståelse och förklaringsmodell till besvären. Symtomen behöver sättas i relation till normalitetsuppfattningar och värderingar i patientens sociala och kulturella omgivning. Stressorer och sociala stödfunktioners roll behöver vägas in. Betydelsen av att reflektera över kulturella och sociala faktorer för relationen mellan patient och behandlare poängteras också. Det finns en svensk manual om hur man kan använda kulturformuleringen (4).

Migration och trauma

Migration innebär uppbrott och anpassning till en ny sociokulturell situation. Flyktingmottagande, social situation och möjligheter till arbete och integration i Sverige har betydelse för den psykiska hälsan hos den som migrerar. Många patienter med flyktingbakgrund har gått igenom svåra trauman i form av våld, krigsupplevelser, tortyr eller övergrepp före eller i samband med flykt. Flyktingar med en traumabakgrund och andra socialt marginaliserade är riskgrupper för utveckling av psykisk ohälsa. Kvinnor är särskilt utsatta. För den som flytt eller flyttat till ett nytt land kan förluster av sociala kontakter innebära en ökad risk för depression och annan psykisk ohälsa.

Traumatiska händelser kan leda till att posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) utvecklas och andra allvarliga psykiatriska tillstånd såsom depression, fobier, personlighetsstörningar och paniktillstånd (5). PTSD innebär att personen kan återuppleva den traumatiska händelsen om och om igen i form av påträngande, återkommande minnesbilder och mardrömmar. Ett intensivt fysiskt eller psykiskt obehag kan upplevas inför något som påminner om eller symboliserar den traumatiska händelsen. Undvikande beteende, likgiltighet, en känsla av att sakna framtid, sömnsvårigheter, irritabilitet, koncentrationssvårigheter, lättskrämdhet och smärta kan ingå i symtombilden.

Det är viktigt att behandlaren frågar om eventuella traumatiska erfarenheter och traumarelaterade symtom. Det är också viktigt att informera patienten om symptomens karaktär av återupplevda minnen. Behandling av PTSD handlar främst om psykosocialt stöd och psykologisk behandling. Behandlingsformer som kognitiv terapi, kognitiv beteendeterapi med exponering och EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) kan användas (6).

Vid läkemedelsbehandling är det viktigt att om möjligt undvika beroendeframkallande medel. Läkemedelsbehandling av asylsökande och papperslösa patienter bygger på sedvanlig medicinsk bedömning och terapi. Framför allt papperslösa patienter kan behöva ett individualiserat stöd i att finansiera läkemedelskostnader.

Läkemedelsbehandling i ett kulturellt perspektiv

Olika länder och kulturer har olika attityder till läkemedel. Detta, i kombination med skilda uppfattningar om hälsa och sjukdom, har medfört varierande praxis vad gäller förskrivning och användning av läkemedel. Exempel på detta är olika kriterier för diagnos och behandling (t ex olika gränsvärden).

Variationen i attityder och beteenden påverkas bl a av kulturella faktorer som synen på liv och död, normalt och onormalt, bedömning och värdering av risk för biverkningar samt livskvalitet, människosyn och

Läkemedelsbehandling

- Läkemedlets effekt påverkas av en rad faktorer utöver medlets rent farmakologiska egenskaper – läkemedlets namn, smak, form och färg.
- Forskning visar på en kulturell påverkan beträffande exempelvis färgsymbolik. En viss färg kan ha olika symbolisk innebörd och därmed kan placebo- respektive noceboeffekten variera. Det finns få regler beträffande färgsymbolik eftersom stora intrakulturella och interpersonella variationer förekommer.
- Andra viktiga faktorer är vårdgivarens och patientens ålder, kön, personlighet, etnicitet, socioekonomiska och kulturella bakgrund (inklusive utbildning, referensram och sjukdomsuppfattning). Miljön inklusive de kulturella, politiska och ekonomiska sammanhang i vilket läkemedlet ordinerats bidrar till helhetseffekten.
- Se även kapitlet Läkemedel ur ett patientperspektiv, s 1249.

kroppsuppfattning. En annan faktor är synen på erfarenhet och kunskap. Kulturella och icke-farmakologiska faktorer påverkar kommunikation och förståelse kring läkemedel (Faktaruta 4). Även användningen och effekten av läkemedel påverkas, både i en behandlingssituation men också i en köp-/säljsituation, vid missbruk eller religiöst/socialt bruk (7).

När det gäller administrationsform är den individuella patientens/vårdgivarens erfarenheter och attityder avgörande även om man kan urskilja vissa kulturella tendenser. Inom många kulturer betraktas injektioner som det mest effektiva. Stolpilller kan upplevas som kränkande. Här gäller den allmänna regeln att vara pedagogisk samt att visa respekt och förståelse för önskemål beträffande vårdgivarens kön. Ge en god förklaring, eller informera om eventuellt längre väntetid, om önskemålet av olika skäl inte kan uppfyllas.

Exempel på professionella medicinska system som bygger på olika slags energi- och balansteorier är den kinesiska traditionella medicinen, indiska Ayurvedan och grekisk-arabiska Unanimedicinen. Patienter från delar av världen där dessa och andra medicinska teorier förekommer, både i form av officiell och/eller som folklig medi-

Medicinska system

- I professionella och folkliga medicinska system delas sjukdomar, läkemedel, livsmedel m m in i olika kategorier. I vissa kulturer beskrivs dessa som "heta" eller "kalla" (avser oftast inte enbart temperatur utan snarare ett slags "karakter") respektive "torra" eller "fuktiga" – i likhet med de grekisk-islamiska humoralteorierna.
- Kroppslig och själslig balans (lika med hälsa) eftersträvas genom användning av "kalla" medel mot s k "heta" sjukdomstillstånd och vice versa.
- Vad som räknas som "hett" respektive "kallt" varierar, men det finns en viss samstämmighet. Njursjukdomar räknas ofta som "kalla" men kan, i likhet med både feber och diarré, delas in i "kalla" respektive "heta" former eller stadier.
- Många frukter och mjölkprodukter anses ha kylande egenskaper.
- De flesta västerländska läkemedel betraktas i dessa sammanhang som "heta" och följsamheten kan bli låg om tillståndet som ska behandlas också betraktas som "hett".
- En respektfull, öppen dialog beträffande dessa frågor kan öka följsamheten och även placebo-effekten.

cin, kan välja att vända sig till dessa vårdformer parallellt med eller som alternativ till den svenska sjukvården. Detta gäller även den övriga befolkningen, som också använder sig av komplementära eller alternativa vårdformer. Förutsättningen för att vårdgivaren ska få kännedom om komplementära/alternativa behandlingar är en respektfull och trygg vårdrelation. Det räcker inte enbart med en riktad fråga om patienten använder sig av andra vårdformer eller medel, t ex naturläkemedel.

Det som används som läkemedel eller för socialt/religiöst bruk i en viss kultur kan betraktas och användas som illegalt medel i en annan (t ex kokablad). Det som fungerar som placebo i en kultur kan ha motsatt effekt i en annan. Generellt betraktas "västerländska" mediciner som starka, ibland alltför starka, och därmed skadliga i längden att behandlingen kanske avbryts i förtid.

Naturvetenskapligt och humanistiskt/samhällsvetenskapligt perspektiv

Kulturella och genetiska faktorer men även religiösa, etiska, sociala, ekonomiska och juridiska (även försäkringsmässiga) faktorer måste beaktas vid läkemedelsbehandling. Kön, i både biologisk och sociokulturell (genus) bemärkelse, behöver också uppmärksammas vid läkemedelsbehandling.

Religiösa och/eller ideologiska värderingar kan medföra att patienter inte använder alkoholhaltiga läkemedel eller medel som innehåller djurprodukter.

I länder med en mångkulturell befolkning och lång erfarenhet av invandring finns institutioner som arbetar med genetiska, kulturella och etniska skillnader gällande farmakologi. Farmakogenetiska studier har visat på skillnader gällande metabolisering av läkemedel via bl a cytokrom P450-enzymsystemet. Dessa variationer, som förekommer i olika frekvens hos olika etniska grupper och i olika delar av världen, leder till långsam respektive snabb metabolisering och därmed kan vissa slutsatser dras beträffande förväntad effekt inklusive eventuella biverkningar.

Effekten av genetiska faktorer kan påverkas av kulturella faktorer. En del skillnader gällande metabolism av läkemedel kan bero på kulturella livsstilmönster bl a diet (kaffe, te, örtte, grapefrukt, grillat kött m m), rökning/alkohol, bruk av traditionella läkemedel och naturläkemedel. Beträffande dessa ämnens inhiberande respektive inducerande effekter på ovannämnda enzymer refereras till farmakologisk speciallitteratur. När det gäller förmodade etniska skillnader i farmakokinetik har en del av dessa, vid senare kontrollundersökningar, i stället visat sig bero på kulturella faktorer som diet. Det kan även vara tvärtom. Det som ansetts bero på kulturella (eller psykologiska) faktorer kan bero på farmakogenetiska faktorer. Utebliven behandlingseffekt och låg/ingen blodkoncentration kan bero på ultrasnabb metabolisering, men kan misstolkas som bristande följsamhet.

Ytterligare en biologisk och kulturell faktor att ta hänsyn till är laktosintolerans, något som är vanligare i kulturer där vuxna inte dricker mjölk.

Metabolism av läkemedel

Problem med mycket långsam metabolism rapporteras ofta hos patienter med ursprung i Asien och Afrika. För dessa patienter har lägre doser (ibland bara en bråkdel av rekommendationen i produktresumén/Fass) visat sig vara optimala. Detta gäller bl a psykofarmaka där man noterat högre frekvens av extrapyramidala biverkningar hos individer med asiatisk eller afrikansk bakgrund. Stora regionala variationer förekommer dock.

Metabolisering av läkemedel är ett så pass komplext kunskapsområde att man vid nuvarande tidpunkt inte kan ange några säkra regler för dosering i stil med att patienter med en viss kulturell/etnisk tillhörighet ska ha en viss procent högre/lägre dos av ett visst läkemedel.

Den forskning som ligger till grund för uppgifter om etniska skillnader i farmakologi baseras på heterogena studiepopulationer (t ex "kaukasier" i USA och "asiater" i England). Detta bidrar till osäkerhet. Ytterligare en komplikation är att de intra-etniska skillnaderna i metabolism är minst lika stora som de interetniska. Dessa skillnader påverkas även av kön, ålder och kulturella faktorer.

Det är viktigt att alltid ha både det biologiska och det humanistiska/samhällsvetenskapliga perspektivet med i bedömningen av hur läkemedel används och fungerar, även i samband med diskussioner gällande placebo eller nocebo och samsyn inklusive följsamhet hos olika individer och grupper.

Kultur och etnicitet är inte statiska utan föränderliga begrepp, både vad gäller den individuella patienten/vårdgivaren och gruppen/samhället. Definition och avgränsning av olika kulturella/etniska grupper varierar i historisk tid, geografiskt och i olika sociala och kulturella sammanhang. Avgränsningar och kategoriseringar blir allt vanskeligare ju mer globaliseringen – och därmed kulturell och etnisk blandning – fortskrider. I framtiden kommer farmakogenetiken att kunna erbjuda mer specifika rekommendationer. I väntan på detta gäller, som vid all god läkemedelsbehandling, att vara försiktig vid dosering och att vara lyhörd för patienten samt observant på biverkningar, oväntade effekter eller utebliven effekt.

För information och hjälp med farmakogenetiska frågeställningar och utredningar

Patientmötet

- I den kliniska verksamheten är utgångspunkten alltid att det är den individuella patienten som ska behandlas och inte en representant från någon kulturell/etnisk "grupp" som patienten anses tillhöra.
- Ett intresse för patientens uppfattningar och traditioner kan öppna för en dialog och bidra till att stärka patientens egenmakt (empowerment) samt till ökad samsyn genom bättre kommunikation.
- Öppenhet för kulturella frågor ger också bättre förutsättningar för en god diagnostik och en mer individanpassad läkemedelsbehandling.

i enskilda ärenden kan vårdgivare vända sig till avdelning/enhet för klinisk farmakologi vid landets universitetssjukhus. För mer allmän information beträffande farmakogenetik m m se kapitlet Kliniskt farmakologiska principer, s 1139, och Fass.

Allmänmedicinska aspekter

Sverige är ett alltmer segregerat land. Primärvården, som ger medicinsk service till den lokala befolkningen med närhet och lättillgänglighet som princip, påverkas av detta. Primärvårdens arbetssätt och kunskaper präglas av befolkningsunderlaget. För personal som arbetar i "invandrarskadedelar" är transkulturell medicin vardag medan för andra är det en mer udda företeelse. Detta avsnitt behandlar några vardagsaspekter med fokus på barn och gamla.

En befolkning i förändring

Den utlandsfödda befolkningen i Sverige åldras inom det svenska samhällets socio-kulturella ram. Många av dem har kvar tidigare värderingar kring familj, ålder, sjukdom och sociala roller, vilket påverkar upplevelse och förväntningar kring hälsa, åldrandets problem, ohälsa samt behandling (7). Kunskap om transkulturella aspekter på vården har stor betydelse för den nyanlända första generationen av äldre.

När är man gammal?

Idag är många människor aktiva, friska och självständiga högt upp i åldrarna. Detta

beror i huvudsak på bra bostäder och bättre kost. I Sverige markerar 65-årsdagen en sorts gräns mot det aktiva livet och inträdandet i ålderdomen. Denna svenska referensram omfattas av de flesta vårdgivare. Patienterna själva kan dock ha helt andra, för dem viktiga referensramar. En sådan referensram är föräldrarnas livslängd.

Den kronologiska åldern ger en antydning om den biologiska åldern och om vilka kroppsliga och mentala förändringar som kan förväntas. Emellertid kan det angivna födelseåret vara enbart ungefärligt för personer som kommer från områden i världen där födelsedata tidigare inte har registrerats, framför allt inte för kvinnor. Individens subjektiva uppfattning om att vara gammal eller inte liksom närmaste omgivningens syn, påverkas också av andra socio-kulturella faktorer såsom medellivslängden i samhället de kommer ifrån och dess regler kring allmän ålderspension, förekomst av barnbarn samt syn på kvinnors menopaus.

Med ökande ålder blir tidigare erfarenheter och minnen allt tydligare och viktigare, medan senare erfarenheter glöms bort eller läggs åt sidan. Vissa äldre invandrare från krigsområden som tidigare förträngt traumatiska minnen kan återfå dessa, vilket kan leda till ångest, depression och sömnstörningar. I sådana fall kan antidepressiva preparat fungera bra som komplement till känslomässigt stöd samt fysisk och intellektuell aktivitet.

De äldres sociala status i Sverige varierar. Bekymmer och oro för ekonomin är dock vardag för många äldre. Invandrare som kommit till Sverige sent i livet har låg pension eller ingen alls. Åtskilliga av dessa har dessutom en kort skolgång och begränsade kunskaper i svenska språket och om det svenska samhället. Många av dem känner sig mycket sjuka och stannar kvar. Andra flyttar tillbaka till hemlandet eller lever där under delar av året och de kan då behöva intyg om sjukdomar och pågående medicinering. Vid återkomsten till Sverige kan översättning av utredningar och vård i hemlandet behövas. Mediciner från andra länder kan behöva ersättas med svenska preparat. Preparat med generiska beteckningar gör det lätt att byta – annars kan man få hjälp från apoteket.

Många som invandrat har släktingar som lever under förhållanden där medicinsk vård är svårtillgänglig eller anses opålitlig. De kan vilja ha svenska läkemedel till en sjuk släkting. Läkaren avgör om recept kan skrivas ut och receptet ska då skrivas utan förmån. Den som hämtar ut läkemedlet på apotek får själv ombesörja frakten. Tullmyndigheterna i mottagarlandet kan dock ställa till problem för den enskilde. Observera att det inte är tillåtet för privatpersoner att skicka narkotikaklassade läkemedel från Sverige.

Familj och vård

Begreppet familj är en social och kulturell konstruktion och har därmed olika innebörd. Familjekonstellationer kan grovt indelas i tre former med skilda följder för vård, omsorg och medicinering.

- I den unifokala familjen är familjen en enhet där var och en som bor under samma tak bidrar till hushållet. Alla har tydliga roller och förväntas hjälpa varandra.
- I den duofokala familjen finns klara mans- och kvinnoroller som gäller även för pojkar och flickor. Uppdelningen är att kvinnor sköter kvinnor och män sköter män.
- I den atomistiska familjen utgör varje person en individuell, självständig del och förutsätts klara sig själv så långt det går.

Hur påverkar de olika familjeuppfattningarna läkemedelsanvändningen? Det finns inga generella mönster. Den viktigaste aspekten är dock att det inte alltid är den enskilda individen som bestämmer medicinintag som i den atomistiska familjen. Familjerådet kan diskutera och argumentera för eller emot medicinanvändning och längden på behandling. I duofokala familjer kan den äldsta kvinnan i familjen – kanske farmor – anses vara klokast och veta bäst och får då bestämma sådant som medicinintag för barn, svärdöttrar och andra (8).

Barn är viktiga i alla kulturer. Barnens bästa sätts nästan alltid i främsta rummet. Man tar därför råd från den som anses veta mest och bäst – doktor, sjuksköterska,

För god transkulturell vård

- Individualisera bedömning och behandling.
- Ta inte för givet att din och patientens syn på sjukdom, behandling och läkemedelsanvändning överensstämmer.
- Ge utrymme för att lyssna, förklara, informera och skapa samsyn.
- Använd utbildade tolkar.
- Var intresserad av patientens perspektiv på sjukdom och hjälpbehov.
- Var öppen för att ta med familj och anhöriga som resurser i bedömnings- och behandlingsarbetet.
- Var uppmärksam på endemiskt förekommande sjukdomar och droger.
- Försök förstå det sociala och kulturella sammanhang vari patienten upplever sina besvär.

mamma, farmor eller familjen gemensamt. I allmänhet ses receptförskrivning som en påtaglig handling och att neka medicin kan betraktas som nonchalans eller okunnighet hos vårdgivaren.

Om gravida kvinnor och mat, alkohol och läkemedel finns en uppsjö av kultur och tidsbundna attityder och föreställningar. Hur familjen överför dessa till den blivande modern kan vara mycket påtagligt vid första graviditeten.

Det är centralt i de flesta kulturer att familjen tar hand om sina sjuka och åldrande släktingar. Familjeformerna får emellertid olika konsekvenser för individen och de anhöriga när en svårt sjuk sköts i det egna hemmet. På vissa orter kan man anställa anhöriga eller språkkompetenta personer för äldre som har annat modersmål än svenska. Detta kan påverka läkemedelsadministrationen.

Äldreboende i grupp är positivt för många sjuka och svaga. Ibland finns möjlighet till språkgruppsboende eller dagverksamhet där personalen och de äldre talar samma språk.

Smärta och värk

Smärta är en vanlig besöksorsak i vården. Smärta och värk är subjektiva fenomen som värderas olika av olika individer. Lokalisation av smärta i vissa delar av kroppen kan värderas som farligare än på andra ställen.

Allmänna råd vid värk och smärta

- Undersök med händerna. Undvik avancerade tekniska undersökningar utan klara misstankar.
- Ta god tid och svara pedagogiskt på patientens uttalade frågor.
- Promenader är en bra aktivitet och accepteras av nästan alla.

Dramatiska smärtbeteenden kan vara ett sätt att kommunicera oro (9). Smärtbeteenden har en betydande inlärdd komponent och tenderar att bli mer uttalade när språket är begränsat. Efter flera besök minskar i regel de flesta former av uttalade smärtbeteenden (10). En följd av långdragen smärta med störd nattsömn är nedstämdhet, irritabilitet och depression. Psykisk ohälsa och psykosocial belastning tar sig olika psykiska, somatiska och sociala uttryck (11). Rapporterade symtom och observerade uttryck för ohälsa förstås därför bäst utifrån ett sociokulturellt sammanhang (8,12). Symtom och beteenden vid psykosociala konflikter och depression kan vara olika för män och kvinnor inom samma sociokulturella grupp (9,13).

Analgetika kan lindra patientens smärtupplevelse vid utbredd värk utan säkert fokus. Det är dock vanligare att medicinering har begränsad effekt. Denna form av smärta omfattar hela människan och livssituationen. Det fungerar bättre med kognitiva samtal riktade mot farhågor kring smärtans natur eller med stödsamtal med sorterrande inriktning och positivt anslag. Ofta räcker det med en kortare serie samtal. Fysisk aktivitet i alla former ska uppmuntras och anpassas till individens behov och sociala sammanhang.

Referenser

1. Wallin AM, Löfvander M, Ahlström G. Living with diabetes: a cross-cultural interview study with immigrants from Somalia. *J Clin Nurs*. 2007;16:305–14.
2. Comas-Diaz L, Jacobsen F. Ethnocultural transference and countertransference in the therapeutic dyad. *Am J Orthopsychiatry*. 1991;61:392–402.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. Bäärnhielm S, Scarpinati Rosso M, Patti L. Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik. Manual för intervju enligt kulturformuleringen i DSM-IV. Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting, 2007. www.slo.sll.se
5. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. Guidelines for treatment of PTSD. *J Traum Stress*. 2000;13:539–88.
6. Regionalt vårdprogram. Ångestsyndrom 2011. Stockholms läns landsting.
7. Helman CG. Culture, health and illness. 5th ed. London: Hodder Education; 2007.
8. Berlin A. Cultural competence in primary child health care services – interaction between primary child health care nurses and parents of foreign origin and their children [avhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet. 2010. ISBN 978-91-7409-885-3.
9. Löfvander M, Engström A. The immigrant patient having widespread pain. Clinical findings by physicians in Swedish primary care. *Disabil Rehabil*. 2007;29:381–8.
10. Löfvander M, Engström A, Iglesias E. Do dialogues about concepts pain reduce immigrant patients' spread of pain? A comparison between two consultation methods in primary care. *Eur J Pain*. 2006;10:335–41.
11. Löfvander M, Taloyan M. Pain intensity and severe pain in young immigrant patients with long-standing back pain. *Eur Spine*. 2008;17:89–96.
12. Löfvander M, Lindström MA, Masich V. Pain drawings and concepts of pain among patients with "half-body" complaints. *Patient Educ Couns*. 2007;66:353–60.
13. Lehti A. Struggling for clarity – cultural context, gender and a concept of depression in general practice [avhandling]. Umeå: Umeå universitet. 2009. ISBN 978-91-7264-869-2.