

Empati er den stærkeste medicin



Etniske minoriteter i Danmark får oftere type 2-diabetes end etniske danskere. Men de lever længere med deres diabetes – og det er ikke sundhedsvæsenets skyld, skriver professor i indvandrer-medicin Morten Sodemann.

Af Morten Sodemann
mosdemann@health.sdu.dk
 Professor, ph.d. i indvandrermedicin og global sundhed. Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital. Næstformand i Selskab for Indvandrersundhed og formand for Global Health Minders.

Den amerikanske ekspert i psykiske traumer og torturfølger, psykiateren Richard Mollica, beskrev i 2004 en patienthistorie i det anerkendte New England Journal of Medicine⁽¹⁾. Den handlede om en cambodiansk kvinde med en mangeårig dårligt behandlet type 2-diabetes.

Efter angrebet på World Trade Center 11. september 2001 var hendes læge på kursus i at opfange symptomer på Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD). Da han kom tilbage fra kurset, spurgte han hende for første gang om hendes liv og oplevelser. Hun havde oplevet, at to af hendes børn var døde af sult, og at hendes mand var blevet fængslet, tortureret og døde. Efter flugten til USA blev hendes ældste datter knivoverfaldet og havde været tæt på at dø. Patienten havde siden da isoleret sig, sov sjældent og hendes koncentration og hukommelse var påvirket.

Lægen sendte patienten til behandling for PTSD med svær depression, og det resulterede i bedre diabeteskontrol.

En sundere adfærd

En helt ny undersøgelse af diabetesforekomst blandt etniske minoriteter i Danmark viser en højere og stigende prævalens blandt etniske minoriteter sammenlignet med etniske danskere⁽²⁾. På trods af dette er dødeligheden af diabetes lavere blandt etniske minoriteter. Andre undersøgelser tyder på, at det formentlig skyldes en i forhold til etniske danskere relativt sundere adfærd med mindre rygning og lavere alkoholforbrug samt færre selvmord.

Hvis flygtninge/indvandrere fulgte alle, formelle som uformelle, integrati-

onskrav til punkt og prikke, ville vi have en katastrofal overdødelighed blandt etniske minoriteter. Sådan er det heldigvis ikke endnu, men det er desværre ikke sundhedsvæsenets for tjeneste, at flygtninge/indvandrere lever længere end etniske danskere – det er en hensigtsmæssig adfærd, de medbringer i bagagen. Afhængigt af etnicitet tager det erfaringsmæssigt mellem en til fem generationer at tilegne

“Hvis vi ikke tager patienters levevilkår og præmisser alvorligt, ender de med at tjekke ud”

sig modtagerlandets dårlige kost- og motionsvaner.

Når livet i landflygtighed som minoritet bliver præget af tab af familiedlemmer i hjemlandet, handlingssammelse og mørke fremtidsudsigter på grund af arbejdsløshed, dårlig økonomi, sprogproblemer og manglende uddannelse er det lette svar inaktivitet og demoralisering. Mad bliver den lette lindrende løsning. Men resultatet er overvægt, højt blodtryk og type 2-diabetes. Sundhedsvæsenets standard svar er KRAM (fokus på kost, rygning, alkohol og motion) + piller + moderat psykisk pres. Men som en patient på Indvandrermedicinsk Klinik sagde: “Hvorfor skal jeg tage denne her dyre medicin, når den ikke hjælper på mine problemer?”. Hvis vi ikke tager patienters levevilkår og præmisser alvorligt, ender de med at tjekke ud, mens de nikker og samtykker – for så at gøre det, de finder bedst uden at inddrage behandlerne, så de undgår

skæld ud.

Alle patienter er rationelle – på deres egne præmisser, men får vi ikke professionelt indblik i deres præmisser, forstår vi ikke deres handlinger og kan ikke gå i dialog om dem⁽³⁾. Her er tre eksempler:

Om Sarah

Sarah er stor, meget stor, har type 2-diabetes, forhøjet blodtryk og muskelsmerter. Sarah kommer fra et vestafrikansk land og taler ikke dansk – kun sit eget sprog. Muskelsmerterne er tolket som “etniske smerter”, og Sarah får hele tiden at vide, at hun skal tabe sig, spise mindre fedt og sukker. På trods af disse råd følges hendes vægt, blodsukker og blodtryk konstant ad mod nye og endnu højere værdier, hvilket udløser skæld ud fra læger og sygeplejersker.

Sarah bliver henvist til Indvandrermedicinsk Klinik med “meget dårlig compliance, lav egenomsorg og fysisk inaktivitet”. På dette tidspunkt havde klinikken adgang til tolket diætistsamtale, og Sarah får tre samtaler, hvorunder Sarah tager endnu mere på i vægt. Konfronteret med dette er hun tydeligt forvirret: Hun havde forstået budskabet og efterlevet det, men diætisten havde kun lavet en plan for kost om dagen, ikke om natten, hvor Sarah spiste store mængder mad.

Sarah havde mærejdet fra krigsoplevelser i hjemlandet og turde ikke sove. Mad var det eneste beroligende middel, hun kendte: jo mere jo bedre. Sarah skammede sig over sin krop og var fortvivlet over, at de råd, hun fik, ikke hjalp. Muskelsmerterne viste sig at skyldes en type muskelgigt og ikke ►►

► etniske smerter. Sarah fik behandling for krigstraumer og gigt og en kostplan, der inddrog nattespisning. Det viste sig efterfølgende, at Sarah var langt over ti år ældre end svarende til sit CPR-nummer, fordi hendes mand havde husket forkert, da hun blev familiesammenført. Sarah blev derfor med et trylleslag til pensionist – og så passede det hele meget bedre.

Om Abdul

Abdul er svært syg med sin type 2-diabetes og får udover insulin megen anden slags medicin. Han får to slags medicin for blodtrykket, to slags mod nervebetændelse, to slags mod rygsmerter, to piller mod angst og mareridt og kolesterolnedsættende medicin.

Abdul er med i flere projekter, for han er en venlig mand, der gerne vil have styr på sin sygdom. Han har fået en iPad, som en sygeplejerske kontakter ham på om morgenen, en anden ring til ham til frokost på hans mobil, og en tredje ring om aftenen og hører, om han har husket det hele, og hvad aftenens blodsukker var. Han vil nemlig lave fejl, så han har plastret en hel væg til med gule stickers med alt det, han skal huske, så han ikke svarer forkert, når de ringer. Faktisk føler Abdul, at han er sat i arbejde af sygehuset: Han har så travlt med de opgaver, lægerne og sygeplejerskerne stiller ham, at han har sagt til sin sagsbehandler, at han er ansat af sygehuset til at passe sine sygdomme.

Lægerne har sagt, at hvis han ikke passer sin medicin, så dør han. Hele familien er koncentreret 100 procent om hans sygdom, pillerne og maden. Familien har ikke tid til at komme ud eller have gæster og børnene må ikke forstyrre. Der er ikke råd til tøj til børnene, der heller ikke kan gå til svømning eller fodbold, fordi alle pengene

går til medicin. Men der er styr på sukkersygen, og lægerne er tilfredse.

Om Mohammed

Mohammed er en svær diabetespatient. Han smiler, han er overordentlig høflig, men hans blodsukker har sit eget liv, og Mohammed mener ikke, han kan gøre mere, end han gør: Han køber tre slags diabetesmedicin, alle hans penge går til det, men medicinen virker ikke, så hvad nytte gør det? Hans blodsukker er så højt, at han bør have insulin, han har føleforstyrrelser og er meget træt. Hospitalet kæmper med at overbevise ham, men Mohammed siger nej tak – hvorfor købe insulin, når medicinen alligevel ikke virker?

På Indvandrermedicinsk Klinik prøver vi at finde ud af, hvad det helt præcist er, der gør, at han ikke vil have insulin. Først siger han, at det er fordi, han er muslim og en ven har sagt, at der kan være svineknogler i insulin. Da vi afkræfter dén opfattelse, gentager Mohammed, at når medicin ikke hjælper, så hjælper mere medicin heller ikke, vel?

Stillet i udsigt at insulin måske vil gøre hans liv og økonomi bedre, bliver han tavs og tænker – længe. Mohammed siger så: "Jamen, jeg kan ikke holde tanken ud om, at jeg skal stikke mig for at kunne spise. I siger, jeg skal tage insulin, så jeg kan spise mad. Men det er da ikke menneskeligt at skulle stikke sig for at spise. Jeg vil være menneskelig, og mennesker spiser piller for at spise. Det siger mine venner også. Man er handicappet, hvis man skal stikke sig hver dag – jeg er ikke handicappet".

Det viser sig dog, at Mohammed nok har købt de mange diabetespiller, men han har taget dem som humørpiller: Hvis han havde ondt i hovedet, hvis han var træt, hvis han var vred, eller hvis han havde mavepine – men

aldrig fast. Der blev lavet en aftale: Mohammed tager pillerne som anbefalet i tre måneder hver dag – ikke for at kunne spise, men for at hans sygdom ikke skulle blive værre. Dét gjorde Mohammed og hans blodsukker faldt.

Der er to eksperter

Det er måske en floskel, at patienter er eksperter i deres eget liv, men det er ikke desto mindre afgørende, at behandlere ser patientsamtaler som en samtale mellem to eksperter. Patienter sender ofte signaler om behov for anerkendelse, psyko-social støtte og forklaringer – små forsigtige prøveballoner. Behandlerne hænger desværre tit fast i fysiske forklaringer og interventioner, mens meget få anvender den stærkeste medicin: empati.

Vi skal lære at opfange de prøveballoner, patienter sender, for diabetespatienter med en empatisk behandler har betydeligt bedre kontrol af blodsukker og kolesterol⁴. Og den sandsynligvis eneste medicin, der virker blandt etniske minoritetspatienter, er at søge at forstå deres vilkår, tanker og behov uden belæring, skrappe krav og urealistiske behandlingsmål. ■

REFERENCER

1. Mollica RF: Surviving torture. *New England Journal of Medicine*. 2004;351:5-7.
2. Andersen GS, Kamper-Jørgensen Z, Carstensen B et al.: Diabetes among migrants in Denmark: Incidence, mortality, and prevalence based on a longitudinal register study of the entire Danish population. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2016; 8.
3. Sodemann M, Kristensen TR, Sangren H, Nielsen D. Barrierer i samtalen med indvandrerpatienten. *Ugeskrift for Læger*. 2015;35.
4. Hojat M, Louis DZ, Markham FW et al.: Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*. 2011;86:359-64.

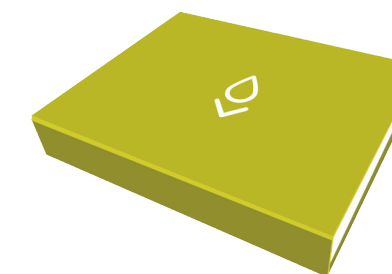
NU FÅS ABASAGLAR® I EN NY KWIKPEN™



Abasaglar er enkel at anvende og administrere - og fås nu i en forfyldt KwikPen med 80 enheders dosering.^{1,2}

	Abasaglar®	Lantus®
Tilsvarende virkning ³	✓	✓
Tilsvarende bivirkningsprofil ³	✓	✓
Samme dosering ³	✓	✓
Tilsvarende SPC ^{2,4}	✓	✓
Generelt tilskud	✓	✓
Forskel i priser ⁵	kr. 462,85	kr. 530,10

Gør det enkelt at komme igang med insulin. Bestil Abasaglar® startpakke og demopen på danmark@lilly.com.



Abasaglar® (insulin glargin) til behandling af diabetes mellitus, er biosimilært til Lantus®. Et biosimilært lægemiddel ligner et allerede godkendt biologisk lægemiddel. Der er ingen klinisk relevante forskelle i virkning og bivirkningsprofil, men der vil være forskel i fremstillingsprocessen.^{3,6}

1. Ignaut D et al, FlexPen and KwikPen prefilled insulin devices: a laboratory evaluation of ergonomic and injection force characteristics. *J diabetes Sci Technol* Vol 2, Issue 3, May 2008.
2. Abasaglar SPC.
3. EMA. Abasaglar Assessment Report. 2014.
4. Lantus SPC.
5. Ref.: Medicinpriser.dk - 23.09.2016. Pakninger a 5x3 ml forfyldte penne.
6. EMA, Guideline on similar biological medicinal products, 23 October 2014.