

Det tværkulturelle møde i almen praksis

At etniske minoriteter oplever ulighed i sundhed både i sygdomsbyrde, adgang til sundhedsydelse og behandling er nok ikke den store nyhed for os. Men denne artikel, som Månedsskriftet udgiver i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, peger på, hvordan vi kan gøre en forskel for denne gruppe. Denne artikel er skrevet i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, som også har finansieret udgivelsen.

Af: Maja Bruhn Kristiansen, Jessica Carlsson, Janne Sørensen, Marie Louise Nørredam og Hinuga Sandahl

Indledning

De seneste 40 år har Danmark fået en tiltagende mangfoldig befolkning som følge af indvandring. I 1980 udgjorde borgere med etnisk minoritetsbaggrund 3 % af den samlede befolkning mod 15,8 % i 2024 (1). Borgere med etnisk minoritetsbaggrund udgøres af mange forskellige grupper, hvilket afspejler en række såkaldte "push- og pull-faktorer" relateret til konflikter, fattigdom og klimaforandringer i hele verden. Den geografiske fordeling af borgere med etnisk minoritetsbaggrund varierer i Danmark. For eksempel er andelen 44 % i Ishøj Kommune mod kun 12 % i Esbjerg Kommune (2). Alene i Københavns Kommune, hvor 27 % er borgere med etnisk minoritetsbaggrund, bor der 170 forskellige nationaliteter (2).

Kulturel mangfoldighed er på den måde også blevet en del af hverdagen i almen praksis. Mødet mellem læge og patient med etnisk minoritetsbaggrund kan være præget af udfordringer relateret til sprogbarrierer, forskelle i patientens og lægens sygdomsforståelse, forventninger til mødet og kulturelle normer samt udfordringer relateret til patientens manglende kendskab til det danske sundhedsvæsen (3, 4). Praktiserende læger har derfor et behov og ansvar for at tilegne sig kompetencer til det tværkulturelle møde og derigennem tilpasse deres sundhedsydelser til patienter med etnisk minoritetsbaggrund – til gavn for patienterne, men også for lægens arbejdstilfredshed.



Foto 1 / Foto: iStock Photo. Shironosov

Sygdomsmønstre og forekomst

Patienter med etnisk minoritetsbaggrund består af mange forskellige grupper med stor intern diversitet, hvilket også afspejles i sygdomsforekomst, sygdomsmønstre og tilgangen til sundhedsvæsenet. Her skal derfor blot nævnes nogle eksempler på markante forskelle i sygdomsforekomst og behandling. En nylig undersøgelse viser, at flere etniske minoritetsgrupper har en signifikant forhøjet risiko for diabetes, fx har patienter med pakistansk og tyrkisk oprindelse en henholdsvis 3,6 gange og 2,3 gange øget forekomst af diabetes sammenlignet med patienter med etnisk dansk oprindelse (5). Samtidig ses en suboptimal guidelinemonitorering i forhold til komplikationer og biomarkørkontrol blandt etniske minoriteter sammenlignet med patienter med etnisk dansk oprindelse (5). Et andet område er apopleksi, hvor migranter af ikkevestlig oprindelse har ca. 33 % lavere sandsynlighed for at komme i rettidig trombolysebehandling (6). Et tredje område er psykisk sygdom, hvor studier har vist væsentlig flere etniske minoriteter med psykotiske lidelser sammenlignet med patienter med etnisk dansk oprindelse (7) og samtidig en øget brug af tvang i psykiatrien over for disse grupper (8). De nævnte undersøgelser peger alle både på en højere sygdomsforekomst og samtidig på barrierer i adgangen til sundhedsvæsenet, der giver anledning til suboptimal behandling og ulighed i sundhed.

Barrierer i sundhedsvæsenet

Barrierer i adgangen til og udbytte af sundhedsydelser kan være både uformelle og formelle. Patienter kan have manglende sprogkundskaber, opleve sygdomsstigmatisering og nedsat sundhedskompetence, fx manglende viden om sundhedsvæsenet og rettigheder. Barrierer kan også inkludere, hvordan læger og sundhedsmyndigheder kommunikerer med patienter både forebyggende og i forbindelse med undersøgelser og behandling, herunder sprog og kulturel tilpasning. Af formelle barrierer kan nævnes brugerbetaling ved tolkeservice og dårligere adgang til sundhedsydelser som fx gruppeforløb.

Mødet med sundhedsvæsenet

Patienter med etnisk minoritetsbaggrund rapporterer lavere tilfredshed i mødet med sundhedsvæsenet, en mindre grad af tillid til behandlere samt mindre medinddragelse i behandlingen (9). På samme måde oplever læger udfordringer med kommunikation, fælles forståelse, vanskeligere diagnosticering og behandling (10). Det er især, når der er store forskelle mellem lægens og patientens baggrund og sygdomsforståelse, eller de ikke taler samme sprog, at der kan være behov for særlige færdigheder hos lægen. Når læger har tilstrækkelige kompetencer til at møde en mangfoldig patientpopulation, kan det forbedre sundhed, behandling og alliance med patienterne. Den danske lægeuddannelse har tidligere ikke inkluderet undervisning i diversitetskompetencer hverken præ- eller postgraduat, og lægers adgang til efteruddannelse inden for emnet er begrænset (11). På Københavns Universitet har man dog i den seneste studieordning fra 2024 indført undervisning i diversitetskompetencer på 3. semester BA.



Boks / Diversitetskompetencer i det tværkulturelle møde er

- Viden om etniske minoriteters særlige livsomstændigheder og kulturelle kontekst
- Bevidsthed om egne bias, stereotyper og fordomme
- Færdigheder til at anvende en patientcentreret tilgang med kulturelt sensitiv kommunikation, fælles beslutningstagning og brug af tolk ved behov

Diversitetskompetencer

Uddannelse af læger i diversitetskompetencer kan bidrage til at forbedre forståelse, interaktion og kommunikation mellem læger og patienter med forskellige baggrunde og karakteristika såsom køn, seksualitet, etnicitet og uddannelsesniveau og derigennem øge kvaliteten af sundhedsydelser (12).

Det er vigtigt her at bemærke, at diversitetskompetencer ikke er et alternativ til den patientcentrede tilgang, men bør ses som en overbygning til dette.



Case /

En 38-årig kvinde fra Syrien, som for nylig er flygtet til Danmark, opsøger sin praktiserende læge med klager over træthed, hovedpine og smerter i kroppen. Hun nævner også, at hun har svært ved at sove og ofte føler sig rastløs. Hun beskriver sine symptomer med ord som "tunghed i hjertet" og "en knugende følelse i brystet."

Lægen, der ikke er bekendt med disse kulturelt prægede udtryk, overvejer først fysiske årsager som vitaminmangel eller infektion. Lægen ordinerer derfor blodprøver og booker en opfølgende konsultation. Blodprøverne er inden for normalområdet, men efter yderligere samtale opdager lægen, at kvinden har oplevet betydelige traumer før og under flugten, herunder tab af familiemedlemmer og usikre levevilkår i en flygtningelejr.

Det viser sig senere, at kvindens symptomer er relateret til posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og depression, hvilket kan præsenteres som fysiske klager særligt i kulturer, hvor mentale helbredsproblemer kan være stigmatiserede, eller hvor der ikke findes sproglige udtryk for de psykiske symptomer.

Casen illustrerer, hvordan patientens kulturelle baggrund, migrationsforløb og livserfaringer kan påvirke, hvordan symptomer præsenteres. Det er altid vigtigt først at undersøge for somatisk lidelse og igangsætte de nødvendige undersøgelser, men det understreger også vigtigheden af at se patienten i et livsforløb for i dette tilfælde at nå frem til den rette diagnose og behandling.

Viden

Denne dimension handler om at forstå kulturelle og sociale determinanter for sundhed og have indsigt i risikofaktorer og sygdomsforekomster blandt forskellige befolkningsgrupper. Det styrker lægens kliniske beslutningstagning og diagnostiske proces. Samtidig skal lægen være opmærksom på, hvordan patienternes præsentation af symptomer og sundhedsadfærd kan formes af deres baggrund og sygdomsforståelse. For patienter med etnisk minoritetsbaggrund er det særligt vigtigt, at man ser deres sundhed i et livsforløbsperspektiv, da de kan have været udsat for forskellige risikofaktorer i

deres oprindelsesland eller under migration (14). Disse patienter kan derudover være udsat for minoritetsstress i Danmark, som er en stresstilstand, der er forbundet med de belastninger og oplevelser, man kan have som minoritet herunder fordomme og diskrimination. Konsekvenserne er blandt andet psykisk mistro og mistillid – også til sundhedsvæsenet. Man bør også have en opmærksomhed på, hvordan krydspreset mellem kulturer med forskellige normer kan give psykisk mistro hos patienter med etnisk minoritetsbaggrund, herunder særligt kvinder (14). Det er derfor vigtigt, at læger forstår, hvordan faktorer såsom køn, seksualitet, kultur og migrationsbaggrund interagerer og påvirker patientens sårbarhed og sundhed (12). Dette komplekse samspil kaldes også intersektionalitet.



Boks / Refleksion

- Spørg dig selv: Har du nogen antagelser eller fordomme om nogle patientgrupper eller minoritetsgrupper?
- Hvorfor tror du, at du har de fordomme? Bygger de på egne erfaringer, andres erfaringer, medierne eller andet?
- Hvilken betydning mener du, at ubevidste bias har for dig som læge?

Bevidsthed

Det er essentielt, at læger er bevidste om, hvordan deres egen identitet, bias og sociokulturelle baggrund påvirker mødet med patienten. Ubevidste bias har stor indflydelse på klinisk beslutningstagning (15) og er et veldokumenteret problem i sundhedsvæsenet (16) og anses for at bidrage til ulighed i sundhed. Ubevidste bias kan beskrives som de ubevidste holdninger eller stereotyper, der formes af samfundet og påvirker vores forståelse, handlinger og beslutninger i relation til faktorer som alder, race, vægt og køn (17). Disse stereotyper spiller også en central rolle i medicinsk uddannelse, hvor curriculum ofte præsenterer stereotype cases af patienter med forskellige karakteristika som alder, køn, seksualitet, etnicitet og socioøkonomisk status (15).



Case /

En 45-årig mand med mellemøstlig baggrund kommer til sin praktiserende læge og klager over smerter i mave og bryst, der startede kraftigt dagen forinden, men nu er aftaget en smule. Patienten virker nervøs og har svært ved at kommunikere på dansk. Lægen har tidligere haft erfaringer med patienter med oprindelse i mellemøstlige lande, hvor han har bemærket, at nogle patienter ofte klager over smerter, som ikke altid har en alvorlig medicinsk årsag. Uden at være bevidst om det, antager lægen, at patientens smerter nok ikke er så alvorlige. Lægen tænker også, at det ikke er så akut, siden patienten ikke søgte læge i går, hvor smerterne startede. På den baggrund udelukker lægen en akut tilstand og mistænker i stedet dyspepsi, men beder alligevel patienten bestille tid til EKG i nærmeste prøvetagningsambulatorie. Da patienten får taget EKG, viser det sig, at han har akut myokardieinfarkt (AMI). Lægens ubevidste bias og antagelser forsinkede dermed diagnose og behandling.

Ifølge teorier om dobbeltproces-beslutningstagning anvender mennesker to systemer: et til langsomme, rationelle beslutninger og et til hurtige, automatiserede beslutninger (18). Ubevidste bias stammer fra det sidstnævnte system, der fungerer som en "autopilot" og hjælper os med at træffe hurtige beslutninger – som når man automatisk finder vej hjem uden at tænke over ruten. I tempofyldte og krævende miljøer som sundhedsvæsenet, hvor læger ofte arbejder under tidspres og med store informationsmængder, er det som oftest nødvendigt at genkende mønstre og tage hurtige beslutninger. Men i den proces er der også risiko for, at man ukritisk stoler på sin autopilot. Det kan føre til ubevidst ensidigt og forstærket brug af stereotyper og antagelser om patienter. Eksempelvis kan læger tvivle på patienters medicincompliance eller undervurdere symptomer baseret på socioøkonomisk status eller etnicitet. Det er derfor vigtigt at være bevidst om, at man netop trækker på sin autopilot i disse situationer, så man også kan udfordre sin første indskydelse.



Case /

En ældre patient med etnisk minoritetsbaggrund kommer til diabeteskontrol, og samtalen falder på vaccination mod covid-19 og influenza. Efter en kort samtale kommer det frem, at patienten har en anden forståelse end lægen af sammenhæng mellem vaccination, sygdom og bivirkninger, og at patientens ægtefælle har frarådet patienten vaccinationer. Lægen booker derfor en ny tid til patienten, hvor ægtefællen også deltager. Her spørger lægen nysgerrigt ind til deres forståelse af vaccination og betydning af vaccination i deres familie, omgangskreds og kulturelle kontekst. Baseret på lægens viden om patientens sygdomsforklaringsmodel og lægens sundhedsfaglige viden forklares grundigt, hvordan vaccination mod covid-19 og influenza kan nedsætte risikoen for et alvorligt sygdomsforløb samt risikoen for bivirkninger. Baseret på den grundige og tilpassede information kan patienten træffe en beslutning om vaccination på et oplyst grundlag.

Færdigheder

Under diversitetskompetencer ligger også kompetencer til det tværkulturelle møde (19). I de kompetencer ligger kulturel ydmyghed, som inkluderer åbenhed og en vedvarende refleksion omkring egen kultur i mødet med andre. Kultur skal forstås som dynamisk – både egen og andres – og forandres gennem livet. Derfor kræves en livslang læring og refleksion. Det er vigtigt at understrege, at viden om særlige kulturer ikke er nøglen, men derimod at forstå, hvordan kultur former den enkelte patient og dennes sygdomsforståelse og sundhedsadfærd.

Vigtige færdigheder handler om at kommunikere og tilpasse behandlingen til den enkelte. I mødet med patienter med etnisk minoritetsbaggrund kan det være vigtigt at udforske patientens sygdomsforklaringsmodel, og hvordan man oplever, forstår og udtrykker symptomer fra kroppen eller sindet (20). Som eksempel kan nævnes, hvordan besættelse af ånder (Jinns) i nogle kulturer og religioner kan være forklaringsmodel på både psykiske og somatiske sygdomme (21). Hvis patientens og klinikerens forklaringsmodeller adskiller sig, og man undlader at udforske disse, kan der opstå misforståelser.

The Cultural Formulation Interview (CFI) – et konkret redskab

I forbindelse med at man i DSM-5-diagnosesystemet har forsøgt at operationalisere begrebet ”kulturelle faktorer”, har man udviklet the Cultural Formulation Interview (CFI) (22). Målet med CFI er at forbedre forståelsen af de kulturelle faktorer, der former patientens sygdomsopfattelse, at forstå patientens

sociale rammer og netværk og at støtte patienten i at sætte ord på præferencer, barrierer og bekymringer omkring behandling og samarbejdet med lægen.

Flere studier peger på, at patienterne ved brug af CFI oplevede et større engagement fra behandlerne og følte sig bedre forstået (23). Det kan være tidskrævende i en konsultation at bruge det fulde interview, men det er også muligt at udvælge de dele af interviewet, som er meningsfuldt i lige denne konsultation.

Udvalgte spørgsmål fra CFI

- Folk kan have forskellige måder at beskrive deres problemer på afhængigt af, hvem de taler med. Hvordan vil du beskrive dit problem for din familie eller dine venner?
- Hvorfor tror du, at det her sker for dig? Hvad tror du, er årsagerne til dit [PROBLEM]?
- Hvad tror din familie, venner eller andre i din omgangskreds er årsagen til dit [PROBLEM]?
- Hvilke former for hjælp tror du vil være bedst for dig lige nu i forhold til dit [PROBLEM]?
- Er der andre former for hjælp, som din familie, dine venner eller andre mennesker har sagt ville være godt for dig nu?

Tolkemedierede samtaler

At have tolkeassistance til patienter, der ikke taler tilstrækkeligt dansk, er en måde at begrænse ulighed i sundhed og sikre korrekt udredning og behandling. Det er derfor vigtigt som læge at kende principperne for en god tolket samtale samt lovgivning vedr. brug af tolk. Dette beskrives i Månedsskr for alm praksis, 2025 juni: 400-409).

Der er forskellige modaliteter, der kan benyttes ved tolkede samtaler, og som kan vælges afhængigt af omstændighederne, fremmøde-tolkning, video eller telefontolkning. Kort beskrevet anbefales der, at man ved fremmøde-tolkning placerer lægen, tolken og patienten i en trekant, og at tolken sidder lidt tilbagetrukket. Lægen bør holde øjenkontakt med patienten og ikke med tolken. Indledningsvis oplyses patienten om lægens og tolkens tavshedspligt og sikrer, at tolk og patient forstår hinanden. Dette er meget vigtigt, da det også er her, patienten kan få mulighed for at udtrykke sin eventuelle bekymring i forhold til dette. Lægen taler langsomt, tydeligt og klart, i korte sætninger, og indlægger pauser, så tolken kan oversætte direkte. Man bør desuden kort instruere patienten i, hvordan den tolkede samtale foregår.



Case /

En kvinde på 44 år møder op i en akuttid i almen praksis. Hendes modersmål er farsi. Hun taler sparsomt dansk og har sin ægtefælle med til at tolke. Ægtefælle: "Hun siger, hun har højt blodtryk". Patienten nikker. Lægen kigger tilbage i journalen og finder, at der er målt et normalt blodtryk for et år siden. Lægen: "Har du fået målt et for højt blodtryk et sted?". Ægtefælle: "Nej, det har hun ikke". Lægen måler blodtrykket, som er uændret normalt og fortæller patienten om fundet og afslutter konsultationen. To uger senere kommer patienten tilbage i en akuttid med sin ægtefælle, som igen oversætter, at patienten har højt blodtryk. Lægen: "Hvorfor tror du, at du har højt blodtryk". Ægtefælle: "Det kan hun mærke". Læge: "Hvordan?" Ægtefælle: "Hun har ondt i hovedet og ryster". Lægen måler igen blodtrykket og forsikrer – lettere irriteret – patienten om, at det er normalt. Herefter insisterer lægen på, at der bliver booket en konsultation med en tolk. Til denne konsultation oversætter tolken for patienten: "Jeg har højt blodtryk". Lægen higger opgivende på tolken: "Men hun har ikke højt blodtryk. Vi har målt det to gange!". Tolken: "Må jeg tilføje noget? At sige, at man har højt blodtryk, kan på farsi også være et udtryk for, at man er presset, angst eller stresset".

Denne case afspejler vigtigheden af, at man som læge udforsker patientens udsagn og forstår, at betydning og terminologi på tværs af sprog og kultur varierer. Her bidrager professionel tolkning til den kulturelle oversættelse.

Konklusion

Sundhed hos etniske minoriteter er præget af et komplekst samspil mellem faktorer relateret til at tilhøre en minoritet. Mødet med disse patientgrupper i almen praksis kan forbedres gennem diversitetskompetencer, som anses som en overbygning til den patientcentrerede tilgang. Med øget viden, bevidsthed og færdigheder kan vi dermed forbedre sundhed og behandling af etniske minoritetsgrupper.

Praktiske tips til det tværkulturelle møde

- Anvend tolk hvis nødvendigt.
- Gør det ubevidste bevidst! Bliv bevidst om din egen identitet, sociokulturelle baggrund, bias og fordomme – også dem, der er svære at indrømme eller skamfulde at have.

- Vær særligt undersøgende og nysgerrig på patientens oplevelse af tilstanden, patientens sygdomsforståelse og sundhedsadfærd. Anvend evt. spørgsmål fra CFI.
- Vær ekstra grundig med at forklare rationalet bag dine overvejelser i forhold til diagnose og behandling.



Foto 1 / Foto: iStock Photo.

Interessekonflikter: *Denne artikel er skrevet i samarbejde med Sundhedsstyrelsen som også har finansieret udgivelsen.*

Referencer

1. Hvor mange og hvem er indvandrere i Danmark? — Integrationsbarometer [Internet]. [cited 2024 Nov 28]. Available from: <https://integrationsbarometer.dk/tal-og-analyser/INTEGRATION-STATUS-OG-UDVIKLING>
2. Danmarks Statistik. Indvandrere i Danmark 2023 [Internet]. [cited 2024 Nov 28]. Available from: <https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/GetPubFile.aspx?id=47883&sid=indv%202023>
3. Van Wieringen JCM, Harmsen JAM, Bruijnzeels MA. Intercultural communication in general practice. *Eur J Public Health* [Internet]. 2002 [cited 2024 Nov 28];12(1):63-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11968523/>
4. Van Der Gaag M, Van Der Heide I, Spreeuwenberg PMM, Brabers AEM, Rademakers JJDJM. Health literacy and primary health care use of ethnic minorities in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 May 15 [cited 2024 Nov 28];17(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28506230/>

5. Isaksen AA, Sandbæk A, Skriver MV, Andersen GS, Bjerg L. Guideline-level monitoring, biomarker levels and pharmacological treatment in migrants and native Danes with type 2 diabetes: Population-wide analyses. *PLOS global public health* [Internet]. 2023 Oct 1 [cited 2024 Nov 28];3(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37851595/>
6. Mkoma GF, Norredam M, Iversen HK, Andersen G, Johnsen SP. Use of reperfusion therapy and time delay in patients with ischaemic stroke by immigration status: A register-based cohort study in Denmark. *Eur J Neurol* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2024 Nov 28];29(7):1952-62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35212085/>
7. de Montgomery CJ, Cullen AE, Taipale H, Krasnik A, Norredam M, Mittendorfer-Rutz E. Incidence of non-affective psychotic disorders in refugees and peers growing up in Denmark and Sweden: a registry linkage study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2024 Jul 1 [cited 2024 Nov 28];59(7):1153-65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37919440/>
8. de Montgomery CJ, Faurholdt IM, Cullen AE, Taipale H, Mittendorfer-Rutz E, Krasnik A, et al. Involuntary admissions for non-affective psychotic disorders in young refugees and peers in Denmark: A population cohort study. *Schizophr Res* [Internet]. 2024 Aug 1 [cited 2024 Nov 28];270:366-71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38971014/>
9. Mead N, Roland M. Understanding why some ethnic minority patients evaluate medical care more negatively than white patients: a cross sectional analysis of a routine patient survey in English general practices. *BMJ* [Internet]. 2009 Sep 19 [cited 2025 Jan 8];339(7722):684. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19762416/>
10. Brandenberger J, Tylleskär T, Sontag K, Peterhans B, Ritz N. A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries - the 3C model. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 Jun 14 [cited 2024 Nov 28];19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31200684/>
11. Sorensen J, Norredam M, Suurmond J, Carter-Pokras O, Garcia-Ramirez M, Krasnik A. Need for ensuring cultural competence in medical programmes of European universities. *BMC Med Educ* [Internet]. 2019 Jan 15 [cited 2024 Nov 28];19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30646910/>
12. Eckstrand KL, Eliason J, St Cloud T, Potter J. The Priority of Intersectionality in Academic Medicine. *Acad Med* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2024 Nov 28];91(7):904-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27166867/>
13. Ziegler S, Michaëlis C, Sørensen J. Diversity Competence in Healthcare: Experts' Views on the Most Important Skills in Caring for Migrant and Minority Patients. *Societies* [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2024 Nov 28];12(2):43. Available from: <https://researchprofiles.ku.dk/en/publications/diversity-competence-in-healthcare-experts-views-on-the-most-imp>
14. Liversage A og Søndebroeg KI. Etniske minoriteter, værdier og ligestilling - Viden til brug for Kommissionen for den Glemte Kvindekamp [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 16]. Available from:

15. Marcelin JR, Siraj DS, Victor R, Kotadia S, Maldonado YA. The Impact of Unconscious Bias in Healthcare: How to Recognize and Mitigate It. *J Infect Dis* [Internet]. 2019 Aug 20 [cited 2024 Nov 28];220(220 Suppl 2):S62-73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31430386/>
16. Zestcott CA, Blair I V., Stone J. Examining the Presence, Consequences, and Reduction of Implicit Bias in Health Care: A Narrative Review. *Group Process Intergroup Relat* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2024 Nov 28];19(4):528-42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27547105/>
17. Duveau C, Wets C, Delaruelle K, Demoulin S, Dauvrin M, Lepièce B, et al. Unintentional Discrimination Against Patients with a Migration Background by General Practitioners in Mental Health Management: An Experimental Study. *Adm Policy Ment Health* [Internet]. 2023 May 1 [cited 2024 Nov 28];50(3):450-60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36646890/>
18. Schnierle J, Christian-Brathwaite N, Louisias M. Implicit Bias: What Every Pediatrician Should Know About the Effect of Bias on Health and Future Directions. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2024 Nov 28];49(2):34-44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30738896/>
19. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 May 5 [cited 2024 Nov 28];2014(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24793445/>
20. Kleinman A. Major conceptual and research issues for cultural (anthropological) psychiatry. *Cult Med Psychiatry* [Internet]. 1980 Mar [cited 2024 Nov 28];4(1):3-13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7371421/>
21. Shah A, Carlsson J. Jinn-besættelse som forklaring på psykisk sygdom har betydning for behandlingssøgende adfærd | Ugeskriftet.dk. *Ugeskr Laeger* [Internet]. 2016 [cited 2024 Nov 28];178(27). Available from: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/jinn-besaettelse-som-forklaring-pa-psykisk-sygdom-har-betydning-behandlingssogende>
22. Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Lam PC, Galfalvy H, Weiss MG, Kirmayer LJ, et al. Feasibility, acceptability and clinical utility of the Cultural Formulation Interview: Mixed-methods results from the DSM-5 international field trial. *British Journal of Psychiatry*. 2017 Apr;210(04):290-7.
23. Lindberg LG, Johansen KS, Kristiansen M, Skammeritz S, Carlsson J. Negotiating Engagement, Worthiness of Care and Cultural Identities Through Intersubjective Recognition: Migrant Patient Perspectives on the Cultural Formulation Interview in Danish Mental Healthcare. *Cult Med Psychiatry* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2024 Nov 28];45(4):629-54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33170411/>



HOVEDBUDSKABER

1. Etniske minoriteter oplever ulighed i sundhed både i sygdomsbyrde, adgang til sundhedsydelser og behandling.
2. Diversitetskompetencer styrker det kliniske møde ved at kombinere viden, bevidsthed og færdigheder.
3. Bevidsthed om egne bias og fordomme er afgørende – ubevidste antagelser kan føre til fejl i diagnosticering og behandling.
4. Lægen bør mestre en kulturelt sensitiv tilgang herunder kommunikation, brug af tolk og udforskning af sygdomsforståelse.
5. Åbenhed, nysgerrighed og villighed til refleksion er det vigtigste.

Biografi

Læge og ph.d. studerende ved Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri med fokus på tværsektorielt samarbejde i den psykiatriske behandling og derudover projektleder for udvikling af undervisningsmodul i diversitetskompetencer til medicinstudiet på Københavns Universitet.

Forfatter email

Maja Bruhn Kristiansen: Ingen email

Jessica Carlsson: Ingen email

Janne Sørensen: Ingen email

Marie Louise Nørredam: Ingen email

Hinuga Sandahl: hinuga.sandahl.01@regionh.dk (<mailto:hinuga.sandahl.01@regionh.dk>)

Månedsskrift For Almen Praksis · Stockholmsgade 55 · 2100 Kbh. Ø · CVR: 7740 3914

Tlf.: 3526 6785 · mpl@mpl.dk (<mailto:mpl@mpl.dk>)
