

Misforståede symptomer, alvorlige fejlopfattelser og utilsigtede hændelser involverende etniske minoritetspatienter med sprogbarrierer

Hyppige udfordringer for patientsikkerheden ved sprogbarrierer



Morten Sodemann

Indvandrermedicinsk klinik

Infektionsmedicinsk afdeling, Odense Universitetshospital

2015-2016

Før du læser rapporten

Patienter der indgår i denne undersøgelse kommer, på nær få undtagelser, alle fra Region Syddanmark. Det betyder **ikke** at Region Syddanmark har særlige udfordringer på det beskrevne område, men skyldes alene at Indvandrermedicinsk klinik (IMK) er beliggende i denne region. Ligeledes betyder det **ikke** at Odense Universitetshospital (OUH) har særlige udfordringer, tværtimod, - det skyldes alene det faktum at henviste patienter i sagens natur primært søges udredt på OUH hvor IMK er beliggende og sekundært udredes på hjemsygehus i regionen. Undersøgelsen skal alene tjene til at belyse de meget varierende typer af fejl og misforståelser, der let opstår, hvis sprogbarrierer ikke mødes med den fornødne faglige respekt og rutine og hvis de ansatte mangler basale kulturelle kompetencer. Rapporten er således **ikke** en kritik af OUH eller regionens andre sygehuse. Rapporten påpeger en række generaliserbare problemfelter som hele sundhedsvæsenet, dvs. Sundhedsstyrelsen, alle sygehuse, almen praksis, praktiserende speciallæger, kommunale sundhedsforvaltninger og de tilhørende uddannelsesinstitutioner i landet, bør have betydeligt mere fokus på. Der er tale om en udbredt, men skjult, forskels behandling, hvis strukturelle og uddannelsesmæssige baggrunde udspiller sig i alle regioner og på alle sygehuse uden undtagelse.

De omtalte patient cases i rapporten er, på sundhedsfagligt ubetydelige områder, anonymiseret eller ændret.

Publikationsdato:

Odense 11. april 2017

Ansvarshavende:

Professor, overlæge

Morten Sodemann

Indvandrermedicinsk klinik

Infektionsmedicinsk Afdeling Q

Odense Universitetshospital

Resumé

Flygtninge/indvandrere oplever forskelsbehandling i sundhedsvæsenet og har et dårligere selvoplevet helbred end den etnisk danske baggrundsbefolkning. Etniske minoritetspatienter er en stor udfordring for sundhedsvæsenet, der hyppigt fejl pga. misforståelser og manglende anvendelse af tolke. Bivirkninger og komplikationer sker oftere hos patienter med sprogproblemer. Tolke anvendes som hovedregel ikke selvom der er oplagt behov for det. I denne undersøgelse har vi set på hvilke typer af fejl der sker, hvornår de sker, hvordan de udspiller sig og hvilke konsekvenser de har for patienterne.

Vi analyserede 147 patienter henvist til Indvandrermedicinsk klinik 2015-2016 og fandt at 95 af patienterne havde oplevet et problem i diagnose eller behandling som kunne tilskrives en sprogbarriere. I gennemsnit var der 2 hændelser per patient, men hver 4. patient havde været udsat for 3 eller flere problematiske hændelser. Hver 3. hændelse måtte betegnes som alvorlig eller betydelig. Mere end hver 4. problematiske hændelse skyldtes, at patienten havde overset Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD) og at PTSD var den direkte årsag til symptomer eller problemer med sin sygdom. Arbejdsskader udgør en relativt stor andel af de problematiske hændelser. Der blev fundet fejlårsager der handlede om komplekse patientforhold, lægers manglende omhu i forhold til sygehistorien, lægers manglende kliniske kompetencer omkring flygtninge/indvandreres sygdomme og baggrund, samt en ikke uvæsentlig andel af problemer der skyldes manglende koordination eller samarbejde mellem afdelinger eller mellem kommune og sygehus og endeligt blev en del patienters symptomer vedligeholdt af uhensigtsmæssige opfattelser i den kommunale sektor. Det er et grundlæggende problem, at der som hovedregel stadig ikke anvendes tolk i sundhedsvæsenet og i den kommunale sektor, til vigtige samtaler.

Anbefalinger:

- Fejl og hændelser, der skyldes sprogbarrierer, bør registreres systematisk ligesom andre aktiviteter indenfor sundhedsvæsenet selvom der er tale om eksterne udbydere/aktører.
- Læger og andre ansatte i sundhedsvæsenet mangler kliniske og tværkulturelle kompetencer på området og der bør etableres efteruddannelser. Manglende forståelse af sprogets og sygdomsopfattelsers betydning giver vedvarende anledning til alvorlige patientfejl, diagnoseforsinkelser og sygdomsvedligeholdelse på et niveau der bør vække bekymring på sygehuse og regionshusene.
- Uddannelsesinstitutioner for læger, sygeplejersker, fysio-ergoterapi, jordemødre og socialrådgivere, der stadig ikke tilbyder tilstrækkelige kurser for deres studerende om etniske minoriteters sundhed, bør tage aktuelle rapport som en anledning til en revision af uddannelserne.
- Sygehuse bør udarbejde retningslinjer der utvetydigt beskriver kravene til læge-patient samtaler og patientinformation ved sprogbarrierer, herunder at facilitere en organisation hvor alle patienter får det samme tilbud og udbytte uanset sprog og sundhedsviden.
- Sygehusejerne bør etablere tolkekorps, der har de fornødne sproglige og sundhedsfaglige kompetencer.
- Kommunernes nylige afvisning af systematisk helbredsbedømmelse af flygtninge er kortsigtet og savner videnskabeligt eller praktisk belæg, mens den på længere sigt er en dyr beslutning med alvorlige langtidskonsekvenser for flygtningefamilier.

Baggrund for undersøgelsen

Indvandrermedicinsk klinik (IMK) blev startet i maj 2008 med henblik på en bedre klinisk forståelse og håndtering af en gruppe af patienter, der med en blanding af komplekse symptomer, krigsoplevelser, mistillid og sprogbarrierer ofte udgør en udfordring for sundhedsvæsenet og dets ansatte. Klinikken har ikke som mål at erstatte specialafdelinger men at sikre en øget grad af lighed i adgang til og udbytte af højt specialiseret sygehustilbud for etniske minoritetspatienter.

Hver patient henvist til IMK er blevet vurderet på 2 forskellige kriterier: 1) hvordan kan den enkelte patients forløb bedres og/eller hvordan kan den enkelte patients compliance/behandling forbedres samt 2) hvad kan sundhedsvæsenet lære af de identificerede problemer ved det konkrete patient forløb (specialespecifikt og overordnet). Det har medført at IMK, udover de opbyggede tværkulturelle kliniske kompetencer samtidigt har opbygget en omfattende viden om 1) speciale specifikke årsager til ulighed i sundhed, 2) hospitalsspecifikke årsager til ulighed i sundhed samt 3) tværsektorielle årsager til ulighed i sundhed. Erfaringsindsamlingen sker løbende og IMK har derfor meget bredere kompetencer end for bare få år siden.

Der er nu ingen tvivl om at etniske minoritetspatienter, udover de mere oplagte sproglige og kulturelle barrierer, også kan bidrage til at blotlægge mere grundlæggende og tværgående mekanismer i ulighed i sundhed, som er generaliserbare og almengyldige: dvs. mekanismer der også udspiller sig blandt visse grupper af etnisk danske patienter.

Herværende undersøgelse er en ny undersøgelse af hyppige fejl og utilsigtede hændelser som etniske minoritetspatienter møder i det danske sundhedsvæsen. Der blev lavet en tilsvarende undersøgelse i 2013 (se opgørelsen her: <http://ouh.dk/dwn337945>).

Etnicitet og patientsikkerhed

Sproget er og bliver det primære redskab for både læger og patienter. Sprogbarrierer påvirker redskabets præcision og manglende respekt om denne forhindring er ikke omkostningsfrit. Hvis sprogbarrieren ikke søges minimeret har det veldokumenterede alvorlige følger for patientsikkerhed, komplikationer og overlevelse.

Et omfattende review af 106 studier af læge-patient kommunikation fra 2009 påviste DiMatteo, at når patienter ikke forstår lægen så fører det til uhensigtsmæssige medicin pauser og unødvendige indlæggelser. Hvis patienten ikke forstår lægen er der 20 % større risiko for at medicinen ikke tages som den burde ¹.

Flere undersøgelser tyder på at læger hyppigt anvender generaliseringer og stereotyper når der er tale om sprogbarrierer og det fører igen til kortere læge-patient samtaler med mindre patientinvolvering ^{2,3}. En hollandsk undersøgelse af diagnostiske læge fejl påviste hvordan læger der begår fejl ofte er 1) for selektive i deres udvalg af information, 2) for selektive i den kognitive bearbejdningen af den udvalgte kliniske information 3) for upræcise og overfladiske i deres udelukkelse af andre diagnoser og 4) ignorerer betydningen af co-morbiditet ⁴.

Læger er ofte ikke klar over hvordan deres egen (læge-) kultur påvirker deres kliniske beslutningsevner, men det er veldokumenteret at køn, alder, social status, uddannelsesniveau og etnisk dis/konkordans mellem læge og patient direkte påvirker lægens kliniske beslutningsproces omkring undersøgelse, behandling og informationsniveau (og om patienten forstår og har tillid til lægen) ⁵⁻⁸. Selvom læger ikke mener de foretager social og sproglig kategorisering i den kliniske patient situation, så sker det alligevel som

en del af en ubevidst sofistikeret individualiserings strategi. Udover at tage udgangspunkt i den enkelte patient, de sidder overfor, så "læser" lægerne samtidig patienterne ved hjælp af en social radar, der registrerer patientens fysiske og psykiske fremtoning, interaktion og sprogbrug⁹.

Læger er desuden tilbøjelige til at overestimere patienters læsefærdigheder og derved risikerer lægens information at være for kompliceret for patienten. Ofte har patienter så lidt udbytte af lægens information, at de ikke kan stille spørgsmål fordi de ikke har fornemmelse af kontekst eller mening og derfor vælger tavshed¹⁰. Patienter, der er usikre på lægens kliniske beslutningsproces, fortryder oftere senere beslutninger om undersøgelse og behandling hvilket forsinker diagnose og behandling.

Indvandrermedicinsk klinik har tidligere påvist de overordnede problemer med patientsikkerhed, compliance og behandlingskvalitet hos etniske minoritetspatienter¹¹⁻¹⁶.

Der findes stadig ikke opgørelser over utilsigtede hændelser eller patientfejl der involverer patienter med sprogbarrierer. Den eneste tidligere opgørelse, der foreligger, er en ældre opgørelse fra Sundhedsstyrelsen, der alene baserer sig på ganske få enkeltstående, vilkårligt udvalgte og u-fokuserede patientfejl der alene skyldes tolkefejl – ingen af casene handler om fejl fra sundhedspersonalets side. Det er meget betegnende for området at de eneste utilsigtede hændelser Indvandrermedicinsk klinik er bekendt med handler om tolkefejl, som ovenikøbet ikke registreres i databasen for utilsigtede hændelser (fordi der normalt er tale om en "ekstern" udbyder) og derfor afvises. Der er os bekendt ikke endnu anmeldt utilsigtede hændelser til den danske for utilsigtede hændelser, hvor der er begået fejl af sundhedspersonale hos en patient med sprogbarriere.

Traditionelt rapporteres fejl som følge af sprogproblemer ikke fordi de anses for at være et normalt vilkår som patienterne må leve med og det er ikke sundhedsvæsenets ansvar. Fejl som følge af lave sundhedskompetencer, funktionel analfabetisme eller sprogbarrierer er selvfølgeligheder som må adresseres på ad hoc basis uden særlige retningslinjer eller rutiner. Ofte den enkelte afdelings kultur der afgør om en fejl opfattes som fejl på dette område eller de er forventelige uundgåelige hændelser der alligevel ikke kan ændres af sygehuset. F.eks. blev en patient med tolkebehov henvist fra Indvandrermedicinsk klinik til en afdeling på Rigshospitalet men blev sendt tilbage til Odense Universitetshospital med følgende besked fra lægen: "Kan I ikke lære patienterne dansk før de henvises her til?", underforstået at udligning af patienters sprogbarrierer skulle ligge udenfor Rigshospitalets kerneopgave. En ikke ualmindelig holdning på danske sygehus afdelinger.

Formålet med den aktuelle undersøgelse er en mere detaljeret analyse af de konkrete mekanismer hvorigennem sprog og kulturbarrierer påvirker den kliniske beslutningsproces og patientsikkerheden blandt de patienter der er blevet henvist til Indvandrermedicinsk klinik i perioden 2015-2016. Endvidere er formålet at se på hvordan faktorer i andre sektorer kan påvirke patientsikkerhed og helbred i negativ retning.

Materialet bag undersøgelsen

Alle patienter henvist til Indvandrermedicinsk klinik, Odense Universitetshospital fra 6. november 2015 til 13. december 2016 og som har været set (til samtale/undersøgelse) i klinikken minimum 2 gange.

Ved gennemgang af patienterne registreres hændelser som en del af klinikens kliniske rutiner. En hændelse i denne rapport er et klinisk uløst, fejlopfattet eller overset problem, der falder indenfor én eller flere af følgende muligheder: Oversete eller misfortolkede lidelser, alvorlige misforståelser (patient eller læge), manglende kritisk information og utilsigtede hændelser og hvor tværkulturelle og/eller sproglige, men klinisk

ubegrundede, faktorer antages at have spillet en fremtrædende/afgørende rolle for problemets opståen eller manglende løsning. Kun hændelser der direkte er fremkommet i samtaler med klinikkens personale eller som er fremkommet under de kliniske forløb der samtidigt måtte være andre steder i sundhedsvæsenet er inddraget.

Resultater

Der blev inkluderet 147 patienter i undersøgelsen med mindst 2 besøg i klinikken i perioden. Blandt disse blev der identificeret i alt 95 patienter (64,6 %) med én eller flere hændelser og 35 (23,8 %) ikke havde dokumenterede hændelser. Det var ikke muligt med sikkerhed at afgøre om der var tale om en hændelse for 17 (11,5 %) patienter. Der blev registreret i alt 198 hændelser med en median af 2 hændelser i gennemsnit per patient, hvor 32 % af patienterne havde 1 hændelse mens 43 % havde 2 hændelser, 14,7 % havde 3 hændelser og 10,5 % havde 4 eller flere hændelser.

26 patienter (27,3 %) af patienter med hændelser havde en overset PTSD tilstand mens 19 patienter havde kendt PTSD på henvisnings tidspunktet. I alt havde således 43,5 % af de henviste patienter PTSD.

Det vurderes at 31 patienter havde en eller flere hændelser, der samlet set må kategoriseres som alvorlige eller betydelige og med et tydeligt klinisk læringspotentiale. Patienter med de pågældende alvorlige hændelser ses i følgende tabel:

Patient nr	Hændelse A	Hændelse B	Faktiske problem	Konsekvens
1	Afvises af psykiaterne pga kompleks uafklaret psykisk tilstand der ikke kan varetages i psykiatrien	Afvises af traume og torturbehandlings center fordi patienten ikke anses for modtagelig for behandling	Patienten viser sig at være bange for fremmede og har ikke fortalt om sine tanker og oplevelser	Ingen behandling for angst og krigstraumer
2	Kun haft kvindelige tolke		Med mandlig tolk: patienten er bange for at lide af en kønssygdom, er impotent af samme årsag	Manglende mulighed for fortrolig samtale om intime forhold har påført patienten en tilstand med socialt invaliderende sygdomsangst
3	Henvist med uforklarede smerter og særligt brystsmerter samt angst	Opfattes som kronisk smertepatient	Ved undersøgelse viste der sig at være flere discus prolaps i nakken med rodtryk - tilbydes operation	Forsinket behandling med risiko for varig skade
4	To øreproteser med langvarige infektionsproblemer (sivning og blødning). Behandles med hyppige antibiotikakure uden held	Isolerer sig mere og mere pga sekreter. Samvær med ægtefællen påvirket da patienten føler sig uren. Patienten re-traumatiseres af isolationen	Patienten kan muligvis opereres af eksperter på andet sygehus eller i Sverige, men er ikke tilbuddt denne mulighed og kan ikke selv undersøge det pga sprogproblemer	Med fokus på antibiotika behandling i stedet for de psykosociale konsekvenser har patienten mistet motivation og tillid til hjælp. Manglende henvisning til second opinion har forsinket revurdering i mindst 3 år.
5	Patienten har svær spinal stenose (forsnævring i	Afviser operation	Patienten afviser operation pga svær ubehandlet angst og en voldelig ægtefælle har frataget patienten beslutningsoverskud.	Nødvendig operation ikke udført pga. manglende fokus på

	ryggen), med påvirkning af nerver og kroniske smerter		Patienten sendes på krise center.	psykosociale forhold.
6	Medicinsk behandling for angst og mareridt stoppes af sygehuslæge ved medicin gennemgang på anden afdeling		Patienten er hukommelsessvækket pga PTSD og kan ikke huske hvilken medicin han får – ægtefællen styrer det men er ikke med på sygehus	Nødvendig velindiceret behandling stoppes uden at lægen sikrer sig om patienten har særlige udfordringer eller får hjælp til sin medicin
	Uanmeldt arbejdsskade med rygskaade.	Tidligere fundet discus prolaps men afviste operation. Forværring i rygsmerter fortolkes som kroniske smerter pga tidligere discus prolaps	Patienten afviste operation fordi han forstod at han ville være handicappet i kørestol hvis han blev opereret. Forværring i smerter viste sig at være nyopstået discus prolaps	De kroniske tilstand overskygger en akut tilstand som overses og fører til yderligere forværring i smertetilstand og stærkt nedsat gangfunktion. Manglende sikring af om information er forstået korrekt får patienten til at tage beslutning på forkert grundlag
7	Mindreårig (17 årig) flygtning der henvises fordi han ikke kan passe skole og virker u-integrerbar		Patienten har PTSD og dissocierer i klassen. Svært ved at være sammen med unge på egen alder fordi han set mange af sine kammerater dø	Sprogtilegnelse og integrationsprocessen afspores pga manglende erkendelse af PTSD symptomer
8	Ung flygtning henvises pga påfaldende adfærd, kan ikke finde ud af sprogskolen og kommunen finder ham "fjøllet" og doven	klager over hovedpine og hukommelsesbesvær. Skal have tolk, men anvendes sjældent	Patienten har en sjælden gigtsygdom i sine hjerne blodkar med flere blodpropper i hjernen som årsag til hukommelses og indlærings vanskeligheder	Patientens diagnose forsinkes af en fejlagtig opfattelse af patientens symptomer og pga manglende brug af tolk. Patienten flyttes meget sent til ældre-handicap afdelingen i hjemkommunen
9	Flygtning på 31 år med talrige henvendelser til vagtlæge og akutte indlæggelser pga besvimelser og smerter i bryst, hals og hoved	Forlader hurtigt skadestuen eller modtagelsen pga. manglende tolk og manglende "forståelse". Anvender ofte ven som tolk over telefon.	Patienten har ved nærmere undersøgelse store lymfeknuder i brystkassen der viser sig at være sarkoidose sygdom og desuden PTSD med højt stress niveau og manglende impuls kontrol	Manglende tolk og manglende/ufuldstændig sygehistorie forsinker diagnosen med over 1 år. Der er flere samtaler uden tolk efter diagnosen og patienten er stadig ikke informeret via tolk om sin sygdom og dens konsekvenser
10	Ældre flygtning med tale og synkebesvær samt varierende føleforstyrrelser i arme, ben, ansigt og hals.	Opfattes i første omgang som en blodprop i hjernen og sendes hjem. Tolkene oplyser at de ikke forstår hvad patienten siger. Sønnen overtager tolkningen.	Patienten viser sig at have haft fremadskridende symptomer i mere end 10 år og ved nærmere undersøgelse har patienten nervesygdommen Amyotrop Lateral Sklerose (ALS). Dør 3 måneder senere. p.g.a. manglende tolkning troede patienten at hendes rygsmerter skyldtes en rygmarvsprøve hu havde fået lavet.	Patientens symptomer er blevet misforstået og fortolket som "kulturelt" betingede symptomer. Senere, pga. tolkeproblemer misforstås patientens symptomer og fører til fejldiagnose, der forsinker korrekt diagnose med 6 måneder.
11	52 årig flygtning med depressions		Patienten viser sig at have PTSD og har desuden været udsat for giftgas som	Inkomplet sygehistorie og manglende erhvervs

	symptomer, koncentrationsbesvær og hovedpine		jægersoldat i hjemlandet	anamnese forsinket diagnose med 5 år
12	Patient med kræft sygdom som har svært ved at følge behandling og kontroller	Der anvendes to-sproget sygehus personale som tolke og samme i kommunen	Patienten viser sig at have kognitive handicaps og det anvendte sygehuspersonale/hjemmehjælper personale har ikke tolket korrekt	Patienten ved ikke at han har kræft og har ikke forstået baggrunden for behandlingen
13	68 årig patient med mavesmerter og mange akutte indlæggelser		Patienten har arvelig laktose intolerans og 2 ormeinfektioner	Manglende kliniske kompetencer har forsinket diagnose af sygdomme der kan behandles og medført flere unødvendige akutte indlæggelser
14	Patient med mange komplekse helbredsklager, henvises fra hudlæge: ' huden er patientens mindste problem'		Patienten har PTSD, svær usikker familiesituation (familiesammenført og skilt). Har ikke haft tillid til tidligere anvendte tolke eller egen læge	Fortæller først om baggrunden for sine problemer med en dygtig tolk og god tid – mange unødvendige lægebesøg
15	21 årig kvindelig flygtning med mange fysiske smerteklager	Undersøgt hos psykiater der finder patienten 'somatiserende'	Patienten har klassiske angst symptomer, men har ikke villet tale med psykiateren om det af frygt for at blive opfattet som sindssyg (hyppig opfattelse af kontakt til psykiatere)	Angst behandling forsinkes pga. manglede kliniske kulturelle kompetencer. Diagnoseforsinkelse ved angst kan medføre kronisk angst
16	Burmesisk flygtning der henvises med ondt i hovedet og "flad" psyke	Tolkes som "asiatisk" tilbageholdenhed og reservation	Patienten er torturoverlever med PTSD	En (forkert) kulturel analyse forsinket korrekt diagnose
17	Patient klager i flere år over nedsat syn – tolkes som aldersbetinget	Patienten klager over tiltagende nedsat syn og hovedpine	Patienten er torturoverlever der bla. har været udsat for stump vold mod hoved og øjne. Viser sig at have en nyligt pådraget rift på hornhinden der slører synet	Mangelfuld anamnese fører til fejlfortolkning af synsnedsættelse. En forværring i synet misfortolkes men er en akut skade der kunne have ført til ar-dannelse og permanent synsforringelse
18	Kvinde henvises med depression, hovedpine, taber færdigheder og demotivation	Mistet sit barn pga kræft. Sørger og søger om hjælp i hverdagen (mentor) i kommunen men afvises	Viser sig at kommunen afviser en mentor fordi "der ikke er et beskæftigelsespotentiale"	Sorg er en vanskelig proces i eksil. Familiesammenførte har ofte intet eller meget lille socialt netværk. En mentor i en kortere periode kunne have været den nødvendige sorg støtte. Tilstanden udvikler sig i stedet til kronisk sorgen der misforstås som tab af færdigheder
19	53 årig kvinde henvises med migræne, apati, hukommelsesbesvær og skuldersmerter		Viser sig at patienten gennem et par år er blevet passet døgnet rundt af de 5 børn. Patienten fremtræder ved dybere samtale svært dement og skal have hjælp til at spise, bade og påklædning. Har en rapid form for demens. Patientens søster har Alzheimers sygdom.	Betydelig diagnoseforsinkelse pga. manglende tolkning og mangelfuld familie anamnese. Børnenes social liv, uddannelse og integration er alvorligt

				påvirket.
20	Ung mand henvises med smerter og inaktivitet	Klager over tiltagende træthed og stress men afvises af sin vejleder	Viser sig at have betydelig krigstraumer. Kommunen har udliciteret aktivering til et privat firma hvis ansatte ikke kender PTSD symptomer.	Patientens symptomer forværres af diagnoseforsinkelsen. Forværres yderligere af at patienten oplever afvisningen af sine symptomer demoraliserende.
21	61 årig mand med kroniske lændesmerter	Rygundersøgelse viser slidgigt med prolaps men ikke operationskrævende og sender pt. Til genoptræning	Patientens arbejdsanamnese begynder som 6-årig hvor han starter som bager elev med at slæbe melsække. Patienten har haft stående og fysisk belastende arbejde siden da som bager indtil han kom til Danmark	Mangelfuld arbejdsanamnese overser 53 års massive fysiske overbelastning
22	45 årig kvinde falder om på arbejde. Opereres for aneurisme (udposning) på et hjerneblodkar	Efterfølgende klager patienten over kognitive tab, svimmelhed, faldtendens og kraft tab i overekstremiteter.	Viser sig at patienten er blevet smidt ud af sin lejlighed pga manglende husleje betaling fordi hun ikke kan huske. Bor hos datteren i kollegieværelse. Kommunen vil ikke hjælpe fordi patienten ikke har en fast adresse. Hjerneskaderådgivningen involveres og finder at patienten er betydeligt mere skadet efter operationen end først antaget. Patienten har mistet det danske sprog, men der anvendes ikke tolk i kommunen eller til lægeundersøgelser. Patienten forstod ikke at den blodfortyndende behandling skulle stoppes efter en vis periode og lægen glemte det.	To-sprogede mister let det danske sprog ved sociale/helbredsmæssige ændringer. Kognitive ændringer opdages ikke eller for sent. Kommunen har ikke overblik over situationen og forværrer patientens sårbarhed. Det samlede handicap har ikke været vurderet med tolk. Patienten modtager blodfortyndende behandling over et år længere end nødvendigt med øget risiko for hjerneblødning
23	18 årig mand indlagt akut talrige gange tolket som perikardit (irriteret sæk omkring hjertet)	Klager over åndenød men forklares med psykisk overbygning – ”det går over”	Viser sig at have astma med hyppige anfald.	For tidlig fastlæggelse på én diagnose fører ofte til at andre diagnoser overses (coherence based decision making). Hyppig fejl fordi patienterne ikke kan gå i dialog med lægen
24	37 årig kvinde henvist med migræne og træthed		Viser sig at have svær synsnedsettelse og misdannelse af hornhinden. Ved scanning findes manglende hypofyse og lave stofskifte hormoner	Almene symptomer fortolkes i en kulturel / alders sammenhæng og andre diagnoser ignoreres hvormed patientens behandlingskrævende tilstande overses og har bidraget til manglende sprogindlæring og kuldsejlede aktiveringsforsøg
25	31 årig kvindelig patient henvist med angst og depression hvor medicin ikke har haft effekt		Viste sig at patienten var bange for at hendes 2-årige barn skulle dø. De havde været hos vagtlæge og skadestue flere gange med mellemøretbetændelse og barnet blev slutteligt indlagt akut. Her fik moderen at vide at barnet havde en alvorlig infektion i øret med en bakterie der var meget smitsom og som man ikke kunne behandle. Moderen	Dårlig (og forkert) information fører til social isolering og moderens angst for barnets død og smitterisikoen for de andre børn havde medført at mor og barn

			blev skræmt af at personalet havde masker og briller på og forklæder hos dem men ikke de andre patienter. De måtte ikke forlade stuen. Ved udskrivelsen fik de besked på at de ikke måtte have kontakt med andre børn og ikke måtte gå uden for. Moderen havde holdt barnet hjemme i måneder og var bange for at barnet skulle dø eller smitte de andre søskende.	spiste egen mad for sig i separat rum. Moderen havde prøvet 3 forskellige anti-depressive midler uden effekt. Årsagen til fejldiagnosen var mangelfuld sygehistorie og manglende anvendelse af tolk
26	37-årig kvinde henvist pga. uforklarede kropssmerter, pensionsønske og depression. Oplyses også at patienten havde været på rejse til hjemlandet hvor symptomerne var forsvundet.	Set af 2 psykiatere, en rheumatolog og en neurolog	Viste sig at patienten var blevet familiesammenført til sin mand der i melletiden var blevet svært syg og døde kort efter. Patienten nåede dog at blive gravid og under graviditeten havde en jordemoder sagt til hende "om hun da ikke vidste at hendes mand havde HIV?", hvilket patienten ikke var bekendt med. Jordemoderen havde oplyst moderen om at hun selv kunne være smittet og at hun kunne smitte barnet samt at det var en sygdom der kom snigende langsomt. Patienten erindrer ikke at der blev sagt eller gjort mere og har siden da ventet på enten selv at dø eller at barnet skulle dø. Hun var endvidere meget bitter på sin mand over at have givet hende og barnet dette problem efter hans død. Hendes største ønske var at dø før sit barn så hun ikke skulle se barnet lide. Hun havde ikke fortalt det til lægerne fordi hun skammede sig over at være HIV smittet og over sine tanker om at ville dø. Hun havde haft svært ved at forklare de komplekse tanker uden tolk. Mor og barn var ikke HIV smittede ved ny test. Patienten havde aldrig været på rejse til hjemlandet men har et brændende ønske om det da hun måtte efterlade en søn (nu 17 år) i hjemlandet. Han ringer ugentligt til patienten og bebrejder hende at han ikke kom med til Danmark og hun har fået afslag på at få ham familiesammenført. Hun sender 500 kr til ham hver måned hvilket belaster hendes økonomi hårdt.	Manglende sikring af den givne information er korrekt forstået er en alvorlig fejl. Uagtet at der sandsynligvis er foretaget en HIV test under graviditeten er dette (negative) svar ikke givet til eller forstået af patienten. Manglende anvendelse af tolk hos de privat praktiserende læger forhindrer at patienten kan bidrage til en normal sygehistorie. Misforståelser kan bestå og blive en del af en (fejlagtig) u-konstruktiv patientopfattelse: i dette tilfælde at hun skulle være vrangvillig og hun skulle have været i hjemlandet hvor symptomer forsvandt, samt at hun ønskede pension. Hendes opfattelse af pension var at så var en gammel og død. Hendes sygehistorie var fremet af ukorrekte oplysninger indhentet uden tolk og har i flere år bragt hende i en negativ psyko-social spiral uden mulighed for korrekt behandling.
27	48 årig mandlig flygtning. Fuldtidsbeskæftiget 20 år. Henvises med flere års uforklaret svimmelhed, koncentrationsbesvær og hovedpine		Patienten har brug for tolk – har mistet det danske sprog. Viser sig at have arbejdet på en mindre metalrensnings fabrik med flere forskellige opvarmede organiske opløsningsmidler uden beskyttelsesmidler. Har tydelige hukommelsesproblemer og føleforstyrrelser. Henvises til arbejdsmedicinsk vurdering og anmeldes som arbejdsskade	En ufuldstændig erhvervs anamnese pga at patienten har et ikke erkendt behov for tolk forsinker diagnosen. Patienten havde forsøgt at overbevise sin virksomhed om at han blev syg af arbejdet men blev i stedet fyret pga sygdom. Fagforeningen var ikke interesseret i sagen men kunne have

				stoppet eksponeringen tidligere.
28	56 årig mand henvist med medicin compliance problemer (sukkersyge og højt blodtryk)		Patienten viste sig at have PTSD med svigtende hukommelse pga afbrudt søvn der skyldtes hyppig vandladning efter skift i blodtryks medicin til vandladende medicin	Mangelfuld information om patientens baggrund og reelle problemer med medicinen skaber en unødigt kompliceret hverdag for patienten. PTSD diagnosen og dermed behandlingen ligeledes forsinket
29	42 årig patient henvist pga søvnmangel der ikke ændres på sovemedicin		Patienten har PTSD med svære mareridt. Tør ikke falde i søvn og trøstespiser om natten	Søvnbesvær og mareridt bør give mistanke om PTSD hos flygtninge. Manglende viden og sparsom viden om patientens baggrund forsinket diagnose og behandling og udsætter patienten for unødvendig (forkert) medicinsk behandling
30	37 årig patient henvist med mangeårige kroniske smerter. Tidligere fået diagnosen kronisk træthedssyndrom. Smertebehandlet.	Mistænkt af privat praktiserende gigtlæge for leddegigt og sat i behandling med kemoterapi og ledinjektioner	Patienten havde neurogent smertesyndrom som led i PTSD sygdom. Begge tidligere diagnoser blev frafaldet og patienten fik behandling for PTSD	Patienten påført unødvendig medicinsk behandling med bivirkninger
31	54 årig kvinde med kroniske hovedpine, rygsmerter, astma, lavt stofskifte og binyrebarkinsufficiens		Viser sig at have forhøjet tryk i hjernen og en blodprop samt forsnævret nervekanal i ryggen (spinalstenose)	Kompleksitet med multisygdom leder ofte til at lidelser ikke revurderes eller måske nedprioriteres – det fører til forsinket diagnostik – i dette tilfælde mere end 8 år

De 198 hændelser kunne kategoriseres i 4 problemfelter som læger typisk har overset, bagatelliseret eller fejlopfattet : 1) Primært patientbaseret, 2) Primært lægebaseret, 3) Primært betinget af sprogbarrierer og 4) primært kommunalt betinget.

I følgende tabel ses de hændelses temaer, der blev identificeret under hver af de 4 problemfelter:

Problemfelt/sekter	Tema
Patient	• Uhensigtsmæssigt informations niveau om sygdommen og/eller behandlingen. • Manglende viden om sygdommen og/eller behandlingen. • Multimorbiditet hvor patienten dagligt er i tvivl om fokus, alvorlighed eller prioritering mellem sygdommene. • Komplekse sammensatte symptomer som patienten har svært ved at adskille. • Afviser undersøgelse eller behandling pga. manglende eller fejlagtig forståelse eller information (f.eks. scanning, operation eller psykiater). • Patienten kan ikke udfylde skemaer eller udfylder dem mangelfuldt: patienten udebliver fra opfølgning af denne årsag eller pakkeforløb afbrydes pga. manglende samarbejde fra patientens side. • Patienten udebliver for at undgå skæld ud af personalet (glemt medicin, blodprøver eller tidligere aftale). • Fejlagtig eller manglende forståelse af sygehusforløb fører til rutinebrud, diagnoseforsinkelse eller afslutning

	• Manglede forståelse af baggrund for- eller mening med undersøgelse fører til patientudeblivelse • Mangelfuld viden om tidligere sygdomme, skader og behandlinger i hjemlandet • Alvorlige økonomiske problemer (forbrugslån til boligindskud, private lån til begravelser etc).
Læge	Psyko-sociale faktorer i compliance • Oversete familiemæssige/ægteskabelige årsager til compliancesvigt eller symptomer (skilsmisse, barns handicap, ægtefælles sygdom, partner vold, tab af nært familiemedlem, usikkerhed om familiemedlems skæbne) • Overset psykisk belastende hændelse (ulykke, racistisk overfald, ekstrem handlingslammelse, arbejdsulykke, mistet familiemedlem i hjemland) • U-erkendte selvmordstanker • Usikkerhed om fortsat opholdstilladelse (ofte vilkårligt forskellige forhold for medlemmer af samme familie, f.eks. mellem mor og far eller søskende) • Fraskilte familiesammenførte uden socialt netværk (usikkerhed, afhængighed af personer de ikke ønsker at være afhængige af etc) Mangelfuld sygehistorie, coherence-based klinisk bias, tværkulturel bias • Undladelse af undersøgelse/behandling på ikke-sundhedsfagligt/ikke-klinisk grundlag (ideer om at patienten ikke er så syg som tilfældet er, at patienten ikke kan klare behandlingen, at patienten ikke tilhører risikogruppen, at patienten overdriber symptomer, etniske smerter, symptomer opfattes som "kulturelt" udtryk etc) • Manglende registrering eller beskrivelse af arbejdsulykker eller skader i Danmark eller hjemlandet (herunder manglende anmeldelse) • Oversete skader efter medicinsk/kirurgisk behandling i Danmark eller hjemland (herunder manglende anmeldelse) • Lavere/suboptimal behandlingskvalitet i forhold til gældende best practices/normale standarder fordi lægen ikke ønsker at anvende den fornødne tid på nødvendige foranstaltninger • Patienten antages at have en ægtefælle som støtte men er enten fraskilt eller enke(mand) • Patienten antages at have et socialt netværk som enten ikke eksisterer eller er dysfunktionelt som patientstøtte • Smerter tolkes som etniske smerter (myelomatose, spinalstenose, tandbyld, slidgigt i kæbeled, rheumatoid arthrit), nedtrykthed tolkes som depression (PTSD, tab), hovedpine kaldes migræne (tankemylder ved PTSD eller angst) Mangelfuld klinisk viden om sygdomme blandt etniske minoriteter • Undladelse af undersøgelse/behandling på sparsomt eller forkert klinisk grundlag (manglende relevant klinisk viden, sygdomme der er i hyppige i særlige etniske grupper, særlige arvelige sygdomme etc) • Utilstrækkeligt fokus på skader efter: hyppige fødsler (fysiske, blødninger, hypofyseskader), skader efter tidligere tuberkulose (lunger, hjerne), granatskader, operationer i hjemlandet, hyppige genetiske sygdomme (familiær middelhavsfeber, laktose intolerans) • Oversete eller fejlforklærede fysiske og psykiske torturskader (strøm, falanga, water boarding, slag, muskel/knogleskader, bløddelsskader, nerveskader, re-traumatisering, udløsende lyde/lugte/situationer) • Post traumatisk stress symptomer (alarm, stress, impuls kontrol, isolation, undvigeadfærd, dissociation etc.) • Følger af særligt voldelige seksuelle overgreb, massevoldtægt • Inkontinens som følge af multiple fødsler, voldtægt, tortur • Somatisering ved PTSD vildleder lægen i den kliniske beslutningsproces • Manglende terapeutisk omhu kan føre til utilstrækkelig, ufuldstændig eller uhensigtsmæssig sørgproces der leder til kronisk uhelbredelig sorg som ofte leder til serielle psykolog og psykiater forløb på et for sent tidspunkt. • Sygdomme der kræver flerårig observation og "opsamling" af symptomer med element af forhandling, patientobservationstungt og stor patient involvering (særlige gigtsygdomme, visse neurologiske sygdomme, astma, allergi, muskellidelser, bivirkninger, erhvervssygdomme) Hændelser som følge af sprogbarriere • Substitutionsfejl pga. manglende tolk på apotek • Substitutionsfejl pga manglende information hos lægen • Undersøgelse ikke udført fordi lægen havde glemt at bestille undersøgelse og a)patienten vidste ikke hvilken undersøgelse der var tale om og/eller b) patienten taler ikke dansk og kan ikke selv ringe og undersøge omstændighederne eller c) patienten venter på indkaldelsesbrev der aldrig kommer • Rehabilitering startes ikke da patienten ikke har fået tolket information hvad det er, hvor det foregår

	eller formålet med det • Patientens fortrolige pårørende afvises som tolk på trods af patientens tydelige ønske (særligt følsomme afgørende forhold/traumer/overgreb som patienten ikke ønsker tolken skal kende til, særlige kognitive mangler/handicaps hvor kun familien kan tolke, små sprog/særlige dialekter hvor der ikke findes tolke). • Børn der anvendes som tolke omkring intime detaljer, kræftdiagnoser eller psykiske problemer • To-sprogede ansatte i sundhedsvæsenet anvendes som ad hoc tolke men har ikke tilstrækkeligt sprogkundskab på "modersmålet" og fejloversætter. Patienten tør ikke irettesætte eller påtale det pga. den pågældendes dobbeltrolle og patientens afhængighed af personalets velvilje. • Overset psykisk lidelse pga. manglende sproglige nuancer (tidlig skizofreni, stemmehøring ved PTSD, personlighedsforstyrrelser, paranoid psykose, svær angst) • Syge børn: kun den forælder der taler dansk informeres, mens den anden forælder ikke får samme information fordi man lader ægtefællen agere tolk uden at denne har tilstrækkelige dansk kundskaber og uden at personalet sikrer sig at ægtefællen informerer den anden ægtefælle • Syge børn anvendes som tolke for deres forældre – børnene klager efterfølgende over rollen • Dokumenterede notater om at personalet "ikke kan tale med patienten", at personalet "ikke er sikre på patienten forstod informationen", at "patienten formentlig har forstået det meste" eller at "patienten taler ikke engelsk" uden der er plan for hvordan sprogbarrieren løses. • Informeret samtykke opnås efter at undersøgelsen er udført, behandlingen er påbegyndt eller operationen er færdig og hvor det er dokumenteret at patienten ikke forstod mål, mening eller konsekvenser. • Det er ikke noteret i journalen om patienten har forstået en central information – kun at den er givet. • Der er udleveret skriftligt materiale om operation, kemoterapi, biologisk behandling til patient som er analfabet. • Patienter informeres telefonisk om procedurer eller patientopgaver uden tolk • Patienter informeres om vanskelige eller sensitive patientopgaver (urininkontinens, opsamling af afføringsprøve, vaginale stikpiller) med familiemedlem som telefon tolk • Undersøgelse eller behandling gennemføres selv patienten har prøvet at modsætte sig (uden tolk) men det er ikke opfattet af behandlerne. • Patienten har betydeligt dårligere sprogkundskaber end første antaget (godt arbejdssprog, sparsomt krops/sygdomssprog) • Patienten har mistet sit danske sprog pga. arbejdsulykke, social begivenhed eller sygdom uden at det er bemærket. • Voksne seksuelt misbrugte kan ikke få behandling fordi behandlings centrene ikke anvender tolke (ingen midler til tolkning). • Samtale gennemført med forkert tolk uden at behandleren opdager det (!)
Organisation	• Patienter afsluttes ved 1. udeblivelse • Patienten er for kompleks til almen praksis • Patienten er for multisyg til sygehus afdeling • Patienten er katebold mellem 2 eller flere afdelinger der ikke er enige om hvem der har primære/aktuelle ansvar for patienten • Patienten cirkler mellem 4-5 afdelinger fordi ingen kan afgøre hvor patienten hører til. • Patienten fanget i en "alle-venter-på-alle situation" hvor det kræver et indblik, overskud og stærke pårørende at få én af afdelingerne til at give sig – som patienten mangler pga. sprog og svagt netværk • Patienten anvendes som informations-transportør mellem afdelinger men uden at patienten taler tilstrækkeligt dansk – mundtlig information tabes • Forkert henvisning med betydelig forsinkelse til følge og patienten ved ikke hvor vedkommende er henvist eller hvorfor og kan ikke selv afklare • Patienten udebliver fra aftaler: Patienten anvender ikke E-boks, har ikke computer, mistet Nem-ID, computer gået i stykker, patienten afvises for hjælp til e-boks af sundhedspersonale • Patienter der ikke taler dansk, tysk eller engelsk afvises på patient hotel • Multiple akutte indlæggelser uden sygehistorie • Manglende anvendelse af tolk under indlæggelse fører til konfliktoptrapning, misforståelser, klager og fejl • Patienten er for dårlig til psykiatrisk behandling, for mange problemer til traume-og tortur behandling og kommunen vil ikke bevilge støtte-kontaktperson • Nogle sygehus afdelinger anvender konsekvent ikke tolke. • Dys-synergi i behandler kæder skaber forsinkelser der stiller krav om opdaterede scanninger,

	henvisninger eller lægeerklæringer da nogle afdelinger har stramme regler til aktualitet af lægelige oplysninger på henvisningstidspunktet. Da der ofte er flere sådanne "stopklodser" i behandlerkæder kan en enkelt udeblivelse starte en uendelig proces af afvisninger som især rammer patienter der ikke har et stærkt netværk og gode systemkompetencer (Discus-prolaps, demens, neuropsykolog, traume og torturbehandling, MR scanning etc.)
Kommuner	• Anvender kun sjældent tolk • Manglende afklaring i kommunalt regi pga. sygehuskontakt skaber utryghed der forværrer angstsymptomer og post traumatisk stress • Sygdomsvedligeholdende faktorer: f.eks. Fejlagtig og vedholdende opfattelse af patienten som "dårligt integreret" eller "pensionssøgende" • Uløste kommunale opgaver der bliver til sygehusopgaver (underretninger, hjælpemidler ved handicap, støtte-kontaktperson, lektiehjælp, briller, genoptræning, budget lægning, etc) • Familiemedlemmer anvendes hyppigt som tolke med efterfølgende konflikter, der kan isolere/stigmatisere enkeltpersoner • Manglende reaktion på underretninger omkring børns trivsel, overgreb etc ender som sygehusopgave • Betydeligt men overset handicap • Afvisning af relevant neuropsykologisk vurdering forsinker eller umuliggør rehabilitering og fastlåser pt i uklar sygdomsrolle • Kommunen fastholder patienten i en (påstået) uafklaret situation med henvisning til at patienten går på sygehuset, mens patienten er helbredsmæssigt afklaret og udelukkende går til rutine kontroller for stabil tilstand. Patienten fastholdes dermed i en uhensigtsmæssig diagnostisk uklar sygerolle, der udløser pres for yderligere undersøgelser • Fejl i kommunale systemer skaber (ukorrekt) tvivl om patientens opholdsgrundlag og fører til behandlingskrævende angst og større familieindsats

Hvilken betydning kunne helbredsvurdering af ny ankomne flygtninge have?

Udover de 26 ny opagede PTSD tilfælde, med krigs/tortur traumer fra hjemlandet, ville yderligere 12 oversete lidelser kunne være fundet ved helbredsvurdering af ny ankomne – dvs. at i alt ville 38 (26 %) af de oversete helbredsproblemer ville være fundet, hvis der havde været helbredsvurdering af ny ankomne flygtninge. De 12 lidelser omfatter bl.a. handicap, arbejdsskader i hjemlandet, fysiske torturskader, følger af giftgas, følger efter infektioner, tidligere psykisk sygdom, voldtægt og betydende svigt/overgreb i barndommen.

Hyppige fejl i øvrigt

En patient kommer til forberedelse til strålebehandling. Patienten har haft lægesamtale på 2 afdelinger uden tolkeanvendelse, da hustru kan en smule engelsk. Da de ankommer til fremstilling af behandlingsskal til strålebehandlingen er der ikke bestilt tolk. Hustru tolker igen fra engelsk til hjemprog. Det viser sig at hustru ikke taler særlig meget engelsk og ikke forstår alt hvad vi siger. Ægtefællen bruger sin mobiltelefon til at oversætte med *Google translate* – ægtefællen slår mange ord op undervejs for at prøve at forstå meningen med det vi gør men oversættelsen er forkert eller mangelfuld. Ægtefællen har mange spørgsmål til behandling i det hele taget, som er lægespørgsmål -altså spørgsmål hun skulle have stille til lægekonsultation i Kræftafdelingen.

har problemer omkring kropsopfattelse og kropsfunktioner. Muligvis har hun også andre problemer der er indvandrerrelateret som vi ikke kan håndtere i vores regi.

Figur 1. Journalcitater: Specialiserings tankegange ekskluderer patienter fra specialist vurdering hvis de har sammensatte symptomer.

"Patienten taler dårligt dansk, men døtrene snakker udmærket dansk" (2 døtre tolker for faderen omkring rejsningsproblemer og blod i spermen).

Patient ringer til sekretariatet på en sygehusafdeling og beder om at blive afsluttet fordi patienten ikke har råd til busbilletten til og fra sygehuset (2 x 50 kr). Patienten afsluttes telefonisk uden at alternative muligheder undersøges.

Det var lidt vanskeligt at samtale med [redacted] Jeg er ikke sikker på, at hun forstod alt hvad jeg sagde, men hun forstod at lade som om, hun forstod.

Figur 2. Journalcitater: Samtale uden tolk

En patient kommer til en sygehusafdeling en fredag. Patienten taler kun sit modersmål og taler ikke engelsk. Patienten tror han skal blive på afdelingen hele weekenden, men kan ikke få ophold på Patienthotellet da de kun modtager patienter som taler engelsk eller tysk.

37-årig mand henvender sig talrige gange i lægevagt og enkelte gange via 112 pga. besvimelser og nærbesvimelser. Tolkes som udtryk for psykisk belastning pga. situationen i hjemlandet og afslag på familiesammenføring. Viser sig ved 3 døgnsovervågning af patientens hjerte med båndoptager, at patienten har en særlig lidelse i hjertets nerveledningssystem, der giver anledning til anfald med så hurtig puls, at patienten bliver voldsomt utilpas. Patienten er tidligere langdistanceløber og har en meget sikker fornemmelse af sin krop og dens normale ydeevne og patienten kunne berette om meget tydelige symptomer på lidelsen. Den sparsomme patient historie og forkerte sundhedsfaglige fortolkning forsinkede diagnosen med mindst 2 år.

[redacted] kvinde henvist via egen læge grundet smerter svarende til blæren.
Patienten taler ikke dansk, der er ikke bestilt tolk. Der bliver ringet til patientens datter, som forstår dansk og forsøger at tolke via telefonen. Patienten er tidligere hysterektomeret. Har nu tiltagende smerter svarende til blæren. Kan ikke nærmere konkretisere disse. Der er ikke lavet flow. Der er ikke lavet VVS-skema.
Jeg foreslår i første omgang, at vi starter forfra.
Over telefon instrueres patienten i følgende:
VVS-skema
Flow

Figur 3. 63 årig patient med beduin baggrund og aldrig gået i skole informeres om udfyldelse af et kompliceret vandladningsskema med datteren som tolk over en mobil telefon.

Ung pige på 16 år der kom som kvoteflygtning med sin mor. De bliver placeret i landsby og moderen udstyres af den kommunale medarbejder med et dankort. Der går 14 dage hvor familien ikke får mad. Naboer opdager at pigen er syg, tynd og bleg. Repræsentanter for den etniske gruppe de tilhører, indsamler penge til dem så de kan få mad og en tolk sørger for at pige kommer på sygehus. Pigen har nyresvigt og kommer i dialyse.

Søn var tolk for sin far. Far havde store smerter, men kunne ikke nænne at fortælle sønnen om sine smerter. – Faderen bliver dårligt smertedækket indtil sprogbarrieren bliver afhjulpnet med professionel tolk.



Figur 4. Patient med dårlig økonomi købte medicin i hjemlandet – flere piller er blandingspiller med irrelevant virkning. Der var ikke foretaget visuel medicin gennemgang selvom patienten klagede over usædvanligt kraftige bivirkninger.

Patient med granatskade kan ikke høre dybe toner – herunder de fleste mandestemmer. Alligevel anvendes oftest mandlige tolke så patienten ikke forstår informationer.

Patient med granatskade og efterfølgende tinnitus kan ikke forstå telefonsamtaler – alligevel anvendes der på pågældende sygehus kun telefонтolke.

██████ kvinde der er kommet til Danmark i november 2013. Hun taler ikke eet ord dansk . Selv med tolk er dialog meget vanskelig, fordi hun ikke svarer på hvad man spørger om og har sin helt egen dagsorden for samtale . Jeg har forstået at hun er enlig og aldrig har fået

Figur 5. Journalcitater: Flere typiske hændelser: Ikke tolk til centrale samtaler. Da der anvendes tolk er tolken enten fra samme klan eller af modsatte køn (pt. masse voldtaget).

Patienten efterlyser gentagne gange en farsitolk, men der står desværre ikke i erklæringsanmodningen, at der skal bestilles tolk! Patienten har et meget fluktuerende dansk, tidvis

columna. Det dansk patienten kan er uden sprogforstyrrelser. Som anført er patientens ordforråd meget varierende.

forstår hun intet, til andre tider kan hun klare en del. Pt. ved ikke, om hun tidligere har fejlet noget.

Figur 6. Journalcitater: Notater fra en lægeerklæring i en arbejdsskadesag, som patienten tabte.

På visse afdelinger er der stadig en forestilling om at patienterne skal betale for tolkning og beder derfor patienter om selv at medbringe tolke.

En patient indlagt i 6 uger fik ikke tolkebistand fordi personalet mente patienten talte udmærket engelsk. Det endte i en del konflikter mellem patient og personale. Da der blev anvendt tolk klagede patienten over at personalet var tvetydige i deres kommunikation. I en konkret situation blev det observeret at plejepersonalet ikke kendte forskel på "træk" eller "skub" på engelsk. Patienten vidste ikke hvad han fejlede, var meget bange og troede det var kræft. På mange afdelinger er det holdningen at tolkning består i at tale engelsk eller tysk til patienten – hvis patienten ikke taler et af de to sprog er det patientens problem (oftest anvendes fingersprog og familiemedlemmer).

I mellemtiden afventer vi svar på de spørgsmål.
Patienten er svært at kommunikere med. Han giver udtryk for, at han har forstået, men når man spørger nærmere, er der meget lidt forståelse for det der foregår. Han klager over diffuse smerter i hele kroppen. Han er tilbageholdende for noget smertestillende og kvalmestillende, som er det vi kan tilbyde.

Figur 7. Journalcitater: Journalnotat vedrørende samtale uden tolk

På visse afdelinger er der en politik om at man aldrig anvender tolke fordi det anses for tidsrøvende

På visse afdelinger skal en læge skriftligt begrunde et tolkebehov der derefter vurderes af en sekretær

Der er set flere tilfælde af tolkning hvor der anvendes 2-sprogede sundhedsprofessionelle ansat i afdelingen. Det er en udbredt misforståelse at personer der taler "godt dansk" automatisk taler "godt arabisk". Det er meget sjældent tilfældet. Der bør altid anvendes erfarne tolke, der er kompetente på begge sprog samtidigt.

Møder til sigmoideoskopi på indikationen colon diare. Pt. har imidlertid misforstået informationen. Tog sin stikpille på den dag hun gik hjem fra ambulatoriet og har således ikke taget noget udrensning forud for sigmoideoskopien. Medgives en ny tid og instrueres nøje ved undertegnede om at stikpillen skal tages 2 timer før planlagt undersøgelse.

Figur 8. Journalcitater: Hyppig misforståelse af patient information

Mandlig patient indlagt på sygehus hvor han bl.a. udstyres med blærekateter. Der anvendes ikke tolk under indlæggelsen. 6 måneder efter kommer til patienten til kontrol i ambulatoriet. Man har nu fået installeret videotolkesystemet og spørger patienten om han ikke vil være med til at teste det. Patientens første spørgsmål er: "hvorfor har jeg det her rør oppe i maven?". Kateteret skulle have været fjernet ved udskrivelsen men skete ikke og patienten troede det var med vilje.

Patienten kan ikke medvirke. Der er ikke bestilt tolk. AFSLUTTET.

Figur 9. Journalcitater: Hyppig hændelse hvor patienten afsluttes, efter 2 måneders ventetid på undersøgelsen, fordi sygehuset ikke har bestilt tolk. Patienten må derfor genhenvises, hvilket ofte ikke sker.

Patienten er udeblevet fra tid uden at have meldt afbud. Det vurderes derfor, at patienten ikke længere har sine gener.

Figur 10. Journalcitater: Lægen antager at patienten fordi det er en indvander ikke har symptomer når patienten vælger at udeblive. Patienten modtog først brev med indkaldelse efter aftalen.

Patienter udebliver fra afdelinger de ikke kender, eller hvor de er bange for at komme første gang. Patienter udebliver fra undersøgelser fordi de enten ikke forstår hvad undersøgelsen går ud på eller hvad resultatet kan bruges til. Begge udeblivelsesårsager skyldes oftest enten at der ikke anvendes tolk eller at læger undlader at forklare for mange detaljer fordi man antager at patienten ikke forstår dem eller at det forklaringen vil vække angst eller få patienten til at afvise undersøgelsen.

FYSISK:

Screening livmoderhalskræft:

Patienten medbringer brev, men har ikke forstået indholdet. Kan ikke få hjælp på den frie rådgivning til information om screeningen til at kunne træffe relevant valg om at acceptere eller sige nej tak til tilbuddet. Informeres om screeningsprogrammet, fordele og ulemper og vælger herefter at sige ja til tilbudet. Ønsker at komme hos den samme læge og gerne hos [redacted], men har oplevelser af at komme hos forskellige læger og med afghanske tolke, hvilket hun ikke ønsker. Vi kontakter en sekr. hos egen læge, som oplyser, at patienten står registreret hos en kvindelig læge [redacted] og at der ved sidste mange samtaler har været bestilt farsi vt. Patienten informeres om dette og at hun skal fokusere på at alle oplysninger er som de skal være hos egen læge og at man i tilfælde af akut sygdom eller fravær på klinikken, må acceptere at blive tilset af anden læge. Patienten medgives seddel med navn på den læge, hun ønsker og at hun ønsker en iransk farsi vt, som hun kan vise efter behov.

Figur 11. Patienten har flere gange haft tolk med det forkerte sprog. Patienten ikke informeret om hvad screening er og hvilken betydning det har. Patienten ikke informeret om hvad livmoderhalskræft er og hvad undersøgelsen går ud på. Patientens angst og usikkerhed forværres af hyppige lægeskift.

En russisk patient og torturoverlever blev altid meget oprevet og vred når talen faldt på hans høje stress niveau. Han mistede tilliden til danske læger og psykologer. Viste sig at "stress" på russisk alene betyder at have travlt og det forvirrede patienten at lægerne insisterede på at han havde travlt. Han havde ikke travlt, sad altid stille derhjemme med sine tanker. Tolken havde fået at vide hos lægerne at hun kun måtte oversætte det der blev sagt og ikke andet, så stress blev oversat til stress i stedet for den mere præcise oversættelse til det russiske begreb for "hårde nerver".

Pt forsøgt forklaret dette via tegn og fagter og måske har hun forstået dette. Ingen tegn til infektion. Normal mundslimhinde.

Figur 12. Journalcitat: Patienten informeres med finegrsprog og der gøres ikke forsøg på at sikre forståelse af indgrebet

Patienter opereres uden tolket samtykke – samtykke med tolk opnås først efter operationen

Syge børn anvendes som tolke for deres forældre. Bemærkning: børn er kede af at være tolke, men kan også miste forståelsen af det danske sprog netop pga sygdom, smerter eller utryghed.

Hvis én forælder taler lidt dansk anvendes denne person til information, men det er ikke sikkert vedkommende informerer ægtefællen og det er ikke sikkert at evt. information er opfattet og videregives korrekt. Bemærkning: Der skal altid anvendes tolk når én af forældrene ikke taler dansk.

Patienter med PTSD trænes i behandlingen til at handle når de føler sig tiltagende vrede/stressede f.eks. ved at forlade lokalet, gå en tur eller andre handlinger som kan aflede dem. Det giver imidlertid anledning til konflikter og sanktioner hvis en kommunal sagsbehandler oplever at borgeren pludselig rejser sig og forlader lokalet – manglende faglig indsigt i hensigtsmæssig PTSD adfærd kan lede til unødvendige konflikter der kan påvirke videre forløb på en kontraproduktiv måde.

En asiatisk patient blev af sagsbehandleren beskrevet som værende "uden øjenkontakt" – underforstået uden kognitiv/emotionel kontakt. Patienten forklarede senere at det er uhøfligt, der hvor patienten kommer fra, at se en ældre myndighedsperson direkte i øjnene og at det er en tidlig indlæring som er svær at fravige. Manglende tværkulturel indsigt og utilstrækkelig spørgeteknik, lægger grunden til en ukorrekt generalisering

som patienten ikke har mulighed for at tale op imod eller forklare. Fordi sagsbehandleren mangler basale kompetencer inviteres patienten ikke til at være en del af sagsbehandlerens analyse af situationen.

Mindst 2 kommuner i regionen anerkender for praktiske formål ikke Post Traumatisk Stress syndrom som en diagnose i det kommunale sagsbehandlingssystem, hvilket har kompliceret integration- og rehabilitering af patienter med pågældende helbredsproblem i nogle kommuner.



Figur 13. Patients medicin da vedkommende blev bedt om at tage al sin medicin med til lægesamtale. Patienters medicin ender ofte med at blive uoverskuelig fordi det kræver tid og tolkebistand at foretage en fyldestgørende medicin gennemgang.

Konklusion

Der er behov for at fejl og hændelser, der skyldes sprogbarrierer, registreres systematisk, da de tilsyneladende er udbredte og der ikke er tegn på en positiv udvikling siden sidste undersøgelse af patientsikkerheden i patientgruppen – her har styrelsen for patientsikkerhed en klar opgave. Tolkeområdet udgør en uklar problemstilling, der bør genovervejes, fordi tolke opfattes som en ekstern ydelse der falder udenfor patientsikkerheds systemet. Anvendelse af tolke forbedrer behandlingskvalitet og sikkerhed: I en stor samlet vurdering (review) af alle videnskabelige undersøgelser påvistes positive effekter ved anvendelse af tolke på kommunikation (fejl og forståelse), brug af sundhedsydelse, kliniske resultater og patienttilfredshed¹⁷. En dansk undersøgelse fandt at 15-20 % af flygtninge/indvandrere havde behov for tolkebistand selv efter 7 år i Danmark og 30 % havde oplevet lægesamtaler hvor en tolk var nødvendig uden at der anvendtes tolk¹⁸. Institut for Menneskerettigheder fandt i deres undersøgelse af etniske minoriteters sundhed at adgang til tolkebestand og manglende kulturelle kompetencer var fremtrædende blandt læger¹⁹. Diagnose forsinkelser er i Danmark vist at være særligt hyppige blandt sårbare patient grupper som f.eks. flygtninge/indvandrere²⁰. Læger og sygeplejersker mangler generelt både kliniske og tværkulturelle kompetencer på dette område. Betydningen af sprog og sygdomsopfattelser er stadig for sparsom blandt sundhedspersonale og ansatte i den sociale sektor og giver vedvarende anledning til alvorlige patientfejl, diagnoseforsinkelser og sygdomsvedligeholdelse på et niveau der bør vække bekymring på sygehuse, i regionshusene og på alle uddannelsesinstitutioner for læger, sygeplejersker, fysio-ergoterapi, jordemødre og socialrådgivere. Universiteter og professionshøjskoler, der har utilstrækkelige kurser for deres studerende om etniske minoriteters sundhed, bør tage aktuelle rapport som en anledning til en revision af uddannelserne. Sygehuse skal udarbejde retningslinjer der utvetydigt beskriver kravene til læge-patient samtaler og patientinformation ved sprogbarrierer, herunder at facilitere en organisation hvor alle patienter får det samme tilbud og udbytte uanset sprog og sundhedsviden. Samtidig må det være tiden hvor sygehusejerne sikrer etableringen et tolkekorps, der har de fornødne sproglige og sundhedsfaglige kompetencer. Den sundheds- og social faglige indsats overfor sårbare patientgrupper skal bidrage til at forbedre patientsikkerheden og ikke, som nu, direkte true den.

Herværende undersøgelse bygger alene på hændelser, der er fremkommet under patientforløbet i Indvandrermedicinsk klinik. Hændelser som patienterne ikke selv har kunnet beskrive, hændelser der ikke er beskrevet i patientnotater og hændelser på andre sygehuse udenfor Region Syddanmark er derfor ikke omfattet af undersøgelsen. Det betyder at omfanget af utilsigtede hændelser er et lavt (konservativt) estimat af det faktiske antal hændelser.

Hver 4. af de helbredsproblemer der blev identificeret kunne være fundet ved en tidlig helbredsbedømmelse af flygtninge og dermed kunne hver 4. patient have været bedre behandlet med en tidligere rehabilitering. Kommunernes nylige afvisning af systematisk helbredsbedømmelse af flygtninge er kortsigtet og savner videnskabeligt eller praktisk belæg, mens den på længere sigt er en dyr beslutning med alvorlige langtidskonsekvenser for flygtningefamilier.

Kilder

1. Zolnieriek KBH and DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*. 2009; 47: 826.
2. Dosani S. Practising medicine in a multicultural society. *BMJ (Clinical research ed)*. 2003; 326: S3-S.
3. Smedley BD, Stith AY and Nelson AR. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care (with CD)*. National Academies Press, 2009.
4. Zwaan L. Diagnostic reasoning and diagnostic error in medicine. Vrije Universiteit Amsterdam, 2012.
5. Boutin-Foster C, Foster JC and Konopasek L. Viewpoint: physician, know thyself: the professional culture of medicine as a framework for teaching cultural competence. *Academic Medicine*. 2008; 83: 106-11.
6. Sabin JA, Rivara FP and Greenwald AG. Physician implicit attitudes and stereotypes about race and quality of medical care. *Medical care*. 2008; 46: 678-85.
7. Tigerström L. Når fordomme mellem læge og patient fører til dårligere behandling. *Center for Global Sundhed, Klinisk Institut*. Syddansk Universitet, 2012.
8. Stone J and Moskowitz GB. Non-conscious bias in medical decision making: what can be done to reduce it? *Medical education*. 2011; 45: 768-76.
9. Wiuff MB and Grøn L. Sårbarhed og handlekraft. Borgere og praktiserende lægers forståelse og italesættelse af sociale forskelle i sygdom og sundhed. Dansk Sundhedsinstitut, 2009.
10. Kelly PA and Haidet P. Physician overestimation of patient literacy: a potential source of health care disparities. *Patient education and counseling*. 2007; 66: 119-22.
11. Sodemann M. Medicinsubstitution er farlig og skaber ulighed. *Ugeskrift for Læger*. 2013; 175.
12. Sodemann M. Ubehandlet inkontinens er en katastrofe i indvandrerfamilier: Men støtte, information på fremmedsprog og behandling virker. *K-nyt*. 2013; 25: 10-2.
13. Sodemann M, Kristensen TR, Sangren H and Nielsen D. [Barriers to communication between clinicians and immigrants]. *Ugeskr Læger*. 2015; 177.
14. Sodemann M, Nielsen D, Korsholm KM and Svabo A. Kun en tåbe frygter ikke sproget. Indvandrermedicinsk klinik, Center for Global Sundhed, SDU/OUH, 2011.
15. Sodemann M. PTSD påvirker sprogindlæring. Indvandrermedicinsk klinik, Infektionsmedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital 2014.
16. Sodemann M. Tak fordi du lavede en bedre version af mig. Indvandrermedicinsk Klinik, 2013.
17. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH and Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health services research*. 2007; 42: 727-54.
18. Harpelund L, Nielsen SS and Krasnik A. Self-perceived need for interpreter among immigrants in Denmark. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 2012; 40: 457-65.
19. Vikkelsøe Slot L. Lige adgang til sundhed - en analyse af praktiserende lægers møde med patienter med etnisk minoritetsbaggrund. København: Institut for Menneskerettigheder, 2014.
20. Wentzer H. *Menneskelige faktorer i forsinket diagnostik: Et litteraturstudie*. KORA Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, 2013.