

**Norske allmennlegers erfaringer med og holdninger til
pasienter med innvandrerbakgrunn
samt
en sammenligning av dette med tilsvarende erfaringer og
holdninger hos norske farmasøyter**

Walaa Abuelmagd



Masteroppgave i samfunnsfarmasi

Farmasøytisk Institutt

Det matematisk-naturvitenskapelige fakultetet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2013

**Norske allmennlegers erfaringer med og holdninger til
pasienter med innvandrerbakgrunn
samt
en sammenligning av dette med tilsvarende erfaringer og
holdninger hos norske farmasøyer**

Walaa Abuelmagd



Masteroppgave i samfunnsfarmasi

Farmasøytisk Institutt, Universitetet i Oslo

Hovedveileder:

Professor Else-Lydia Toverud, Avdeling for farmasi, Universitetet i Oslo

Medveileder:

Postdoktor Helle Håkonsen, Avdeling for farmasi, Universitetet i Oslo

April 2013

Sammendrag

Bakgrunn: I løpet av de siste ca. 40 årene har antall mennesker med innvandrerbakgrunn økt betydelig i Norge. I Oslo utgjør de nå en tredjedel av befolkningen. Allmennleger og farmasøyter kommer daglig i kontakt med innvandrerpasienter, men det er lite undersøkt hvilke utfordringer de møter på grunn av kulturelle og språklige forskjeller, særlig med henblikk på ikke-vestlige innvandrere.

Hensikt: Hensikten med oppgaven var todelt. Første delen var å undersøke hvilke erfaringer norske allmennleger hadde etter møte med innvandrerpasienter når det gjaldt språklige, religiøse og andre kulturelle aspekter. Annen del var en sammenligningsstudie mellom første del og resultater fra en Masteroppgave i 2012 fra samme avdeling, der det ble studert hvilke utfordringer norske farmasøyter møter vedrørende ikke-vestlige innvandrerpasienter.

Materiale og metode: Tjueto norske allmennleger fra deler av Oslo og omegn med høy andel ikke-vestlige innvandrere deltok i studien. Det ble utført personlige intervjuer ved hjelp av et strukturert spørreskjema som var blitt utarbeidet. Materialet i studien fra 2012 som det ble sammenlignet med, besto av 19 farmasøyter som var blitt intervjuet ved hjelp av fokusgrupper.

Resultater: I følge allmennlegene er det innvandrerkvinnene som hyppigst kommer til konsultasjon. Generelt mente de at innvandrere har lavere terskel for å ta kontakt ved akutte tilstander og høyere ved kroniske lidelser enn nordmenn. Diabetes og muskel/skjelettlidelser er hyppig forekommende og stemte med farmasøytenes inntrykk av stort salg av diabetesmedisin og analgetika. - Språkvansker var den største utfordringen i følge begge yrkesgruppene. Når det gjaldt fasting og Ramadan, sa halvparten av legene at de oppdaget endret legemiddelbruk i denne perioden, mens de fleste farmasøytene at de ikke hadde fått spørsmål om dette fra muslimske pasienter, og mange av farmasøyter ikke hadde opplevd eller tenkt på fasten som et problem. Farmasøytene opplevde derimot at det var problemer med legemiddelbruken grunnet svinegelatin i mange kapselpreparater.- Begge grupper var bekymret for hvorvidt deres informasjon nådde frem. I den senere tid tar det særlig mye tid for farmasøytene å gi informasjon om generisk substitusjon, men begge grupper så den substitusjonen som en kilde til feilbruk, særlig hos ikke-vestlige innvandrere.

Konklusjon: Denne studien viser at både fastleger og farmasøyter opplever utfordringer i møte med ikke-vestlige innvandrerpasienter. Språk- og religiøse barrierer kan i særlig grad være årsak til feilbruk av legemidler.

Forord

Det har vært en interessant, lærerik og spennende masteroppgave å jobbe med. Å intervju fastleger i Oslo og nabokommunene krevde mye mot og var til tider krevende og utfordrende.

Jeg vil rette en stor takk til mine flotte veiledere Else-Lydia og Helle for den gode veiledningen jeg fikk under hele masterperioden og ikke minst for full forståelse og støtte. Masteroppgaven kunne ikke vært som den er uten deres hjelp. Tusen takk!

Jeg vil også takke Anette Grimsøen apotekeren ved Vitus apotek Rykkinn for all forståelse og fleksibilitet under masterperioden.

Jeg er veldig takknemlig til alle fastlegene som deltok i oppgaven. Tusen takk for at dere stilte opp til intervju til tross for deres lange og hektiske arbeidsdager.

Stor takk rettes til min kjære mann, Ahmed, barna mine Yousef og Adam, pappa, mamma, mine brødre, Torill Eide og mine venninner Riia-Liisa Rasimus, Khadija og Norhan for all støtte og motivasjon jeg fikk under oppgavebearbeiding. Tusen takk!

Oslo, 27.4.2013

Walaa Abuelmagd

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
Forord.....	4
Innholdsfortegnelse.....	5
Figur/Tabelliste.....	8
1. Innledning.....	9
1.1 Norge - et multietnisk land.....	9
1.1.1 Oslo-en flerkulturell storby.....	10
1.2 Helse og livstil hos innvandrere i Norge	12
1.2.1 Kolesterol og overvekt.....	12
1.2.2 Diabetes.....	14
1.2.3 Muskel og skjelettsmerter.....	15
1.3 Utfordringer knyttet til legemiddelbruk blant innvandrere.....	16
1.3.1 Språk.....	16
1.3.2 Religion.....	17
1.3.3 Generisk substitusjon.....	19
1.4 Allmennpraktiserende leger i Norge.....	19
1.5 Allmennlegenes holdninger til innvandrerpasienter i utlandet.....	21
1.6 Betjening av innvandrerpasienter på norske apotek	21
2. Hensikt	23
3. Materiale og metode	24
3.1 Materiale	24
3.2 Metode	25

4. Resultater	27
4.1 Del 1: Norske allmennlegers holdninger til og erfaringer med pasienter med innvandrerbakgrunn.....	27
4.1.1 Fastlegers generelle kontakt med innvandrerpasienter.....	27
4.1.2 Innvandrerpasienters sykdomsprofil	28
4.1.3 Fastlegers utfordringer i møte med innvandrerpasienter	29
4.1.3.1 Språk.....	29
4.1.3.2 Religion.....	32
4.1.3.3 Generisk Substitusjon.....	33
4.2 Del 2 Sammenligning mellom norske farmasøytens og allmennlegers erfaringer og utfordringer i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn.....	34
4.2.1 Sykdomsprofilen til innvandrere fra farmasøytens og fastlegers syn	34
4.2.2 Farmasøytens og fastlegers utfordringer i møte med innvandrerpasienter.....	35
4.2.2.1 Språk.....	35
4.2.2.2 Religion	36
4.2.2.3 Generisk substitusjon.....	37
5. Diskusjon	39
5.1 Materiale og metode	39
5.2 Resultater.....	41
5.2.1 Fastlegers generelle kontakt med innvandrerpasienter.....	41
5.2.2 Sykdomsprofilen til innvandrerpasienter.....	43
5.2.3 Fastlegers og farmasøytens utfordringer i møte med innvandrerpasienter.....	44
5.2.3.1 Språk.....	44
5.2.3.2 Religion.....	46
5.2.3.3 Generisk substitusjon.....	47

6. Konklusjon	49
Referanseliste	50
Vedlegg	52
Vedlegg 1 « Invitasjon til deltakelse i studie om holdninger til og erfaringer med innvandrerpasienter.».....	52
Vedlegg 2 «Spørreskjemaet»	54
Vedlegg 3 «Meldeskjema».....	61

Figur/ Tabell liste

Figur 1. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, etter verdensdel. (1970-2012).

Kilde: Statistisk Sentralbyrå.

Figur 2. Innvandrere til Norge etter innvandringsgrunn og innvandringsår. (1990-2011).

Kilde: statistikk Sentralbyrå.

Figur 3. Bydeler i Oslo. Kilde: Oslo Kommune.

Figur 4. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre bosatt i de forskjellige Oslos bydeler per 1.1.2012-i prosent. Kilde: Oslo Kommune.

Figur 5. Resultatene fra ”Levekår blant innvandrere 2005/2006” sammenlignet med levekårsundersøkelsen fra 2002. Kilde: Statistikk Sentralbyrå.

Figur 6. Diabetesforekomst etter kjønn og etnisitet. Egenerklæring og udiagnostisert tilfeller.

Kilde: Jenum, A.K., *et al.*, Diabetes susceptibility in ethnic minority groups from Turkey, Vietnam, Sri Lanka and Pakistan compared with Norwegians .

Figur 7. Andel som vurderte sine norskferdigheter som dårlige eller svært dårlige, etter kjønn og opprinnelsesland. Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006, Statistisk Sentralbyrå.

Figur 8 Prosent av befolkningen som har vært til konsultasjon hos fastlege i 2010.

Kilde: Den Norske Legeforening.

Figur 9. Figuren viser deltakernes personlig data. Gjennomsnittlige tall.

Figur 10. Oversikt over hvilke sykdommer og helseplager som forekommer oftest hos innvandrerpasienter.

Figur 11. Grunner fastlegene (n=22) oppga som gjør det spesielt vanskelig å stille en diagnose hos innvandrerpasienter (flere svar var mulig).

Figur 12. Hvordan løser fastlegene kommunikasjonsproblemer med innvandrerpasienter med dårlige norskferdigheter som ikke har med seg tolk, n=22.

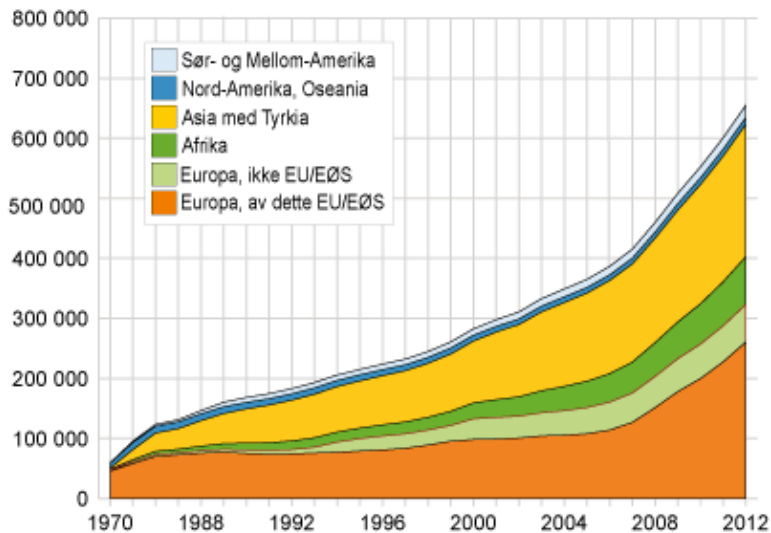
Figur 13. Sammenligning mellom innvandrere og helebefolkningen, etter kjønn og alder i forhold til dårlig helse (16-70 år). Kilde: Statistisk Sentralbyrå.

Tabell 1. Hva legene mente var vanskelige temaer å snakke med innvandrerpasienter om.

1. Innledning

1.1 Norge - et multietnisk land

Antall innvandrere som bosetter seg i Norge er i stadig økning. Per 2012 er 547 000 innvandrere samt 108 000 norskfødte med innvandrerforeldre bosatt i Norge (totalt 655000 personer). Disse har bakgrunn fra 219 ulike land [1]. Figur 1 viser antall innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre ut ifra hvilken verdensdel de kommer fra.



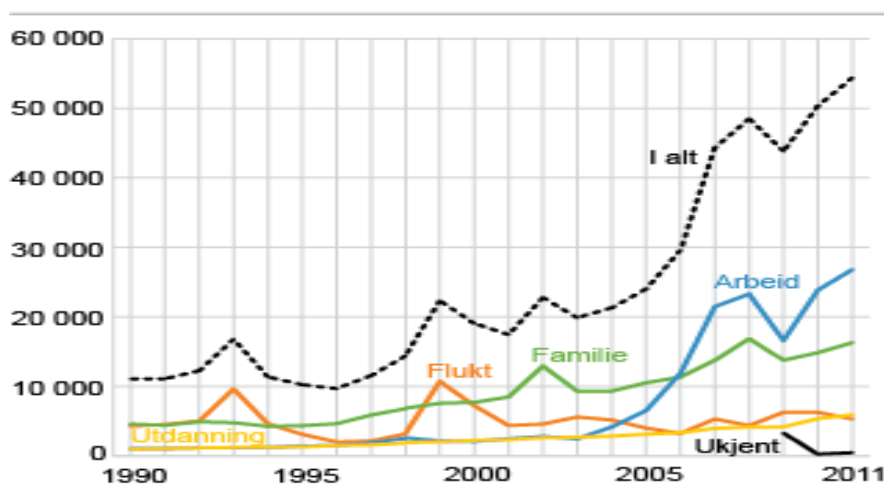
Figur 1. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, etter verdensdel.(1970-2012).

Kilde: Statistisk Sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå (SSB) brukte fram til 2001 ”første” og ”andregenerasjons” innvandrere som begrep for å kategorisere innvandrere som mennesker født i utlandet eller i Norge. Disse begrepene ble i 2001 erstattet med bare ”innvandrere” og ”norskfødte med innvandrerforeldre” [2]. ”Innvandrere”, i følge SSB, er personer født i utlandet av to utenlandske foreldre og som på et tidspunkt innvandret til Norge. ”Norskfødte med innvandrerforeldre” er personer født i Norge, men har to foreldre med innvandrerbakgrunn. Andre inndelinger som er brukt for personer med innvandringsbakgrunn, er personer født i utlandet med en norskfødt forelder, personer født i Norge med en utenlands født forelder og personer født i utlandet med norskfødte foreldre (dette inkluderer også utenlands adopterte) [1].

Per 1. januar 2012 bodde det 67 300 polske innvandrere i Norge, og med dette er polakkene den største innvandrerggruppen. Den nest største gruppen kommer fra Sverige (34800). Andre store grupper er tyskere (23 700), litauere (22 700), pakistanere (22 034), irakere (21 800) og somaliere (21 000) [3].

Figur 2 viser de ulike grunner for innvandring til Norge [4]. Figuren viser en markant økning i arbeidsinnvandring de siste ti årene, særlig fra Polen og Sverige [3].



Figur 2. Innvandrere til Norge etter innvandringsgrunn og innvandringsår (1990-2011).

Kilde: Statistikk Sentralbyrå.

1.1.1 Oslo - en flerkulturell storby

Innvandrere bor over hele landet og i alle landets kommuner, med den største andelen (30 %) bosatt i Oslo. Andelen av befolkningen i Oslo som enten er innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre, har i følge Oslo kommune, steget fra 21,8 % per 1.1.2004 til 30 % per 1.1.2012. Dette utgjør 74 % av befolkningsveksten totalt i hovedstaden [6]. De senere årene har økningen vært særlig stor blant personer med bakgrunn fra EU spesielt fra Polen og Sverige.

Figur 3 viser inndelingen av Oslo kommune i 15 bydeler:



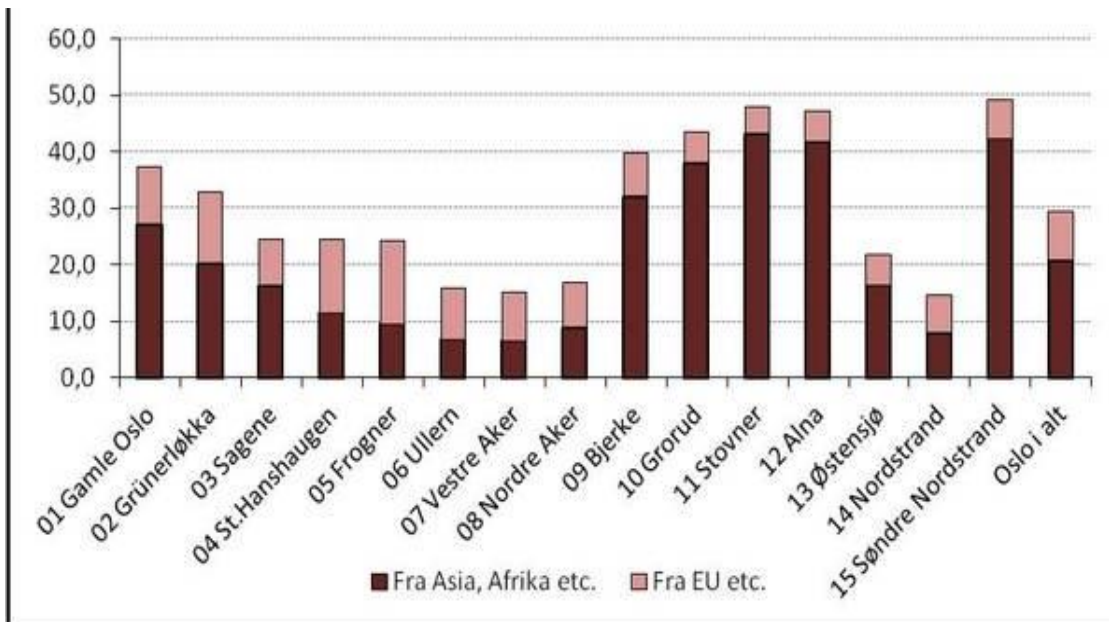
Figur 3. Bydeler i Oslo. Kilde: Oslo Kommune.

Sammensetningen er svært ulik mellom Oslos bydeler når det gjelder bosetning av innvandrere og deres barn. Fra figur 4 kan man se at bydelen Alna har det største antallet innvandrere, hvor 88 % har bakgrunn fra ikke-vestlige land (særlig fra Pakistan og Somalia). Bydel Nordstrand har den laveste innvandrerbefolkningen, i underkant av 5 000 personer, hvorav 57 % av disse har bakgrunn fra vestlige land. Ytterpunktene i fordeling mellom de to gruppene er Bydel Stovner hvor 90 % har bakgrunn fra ikke-vestlige land, mens i bydel Frogner har 40 % slik bakgrunn [6].

Figur 4 viser at andelen av befolkningen med innvandrerbakgrunn i bydelene varierer fra rundt 15 % i bydelene Vestre Aker, Nordstrand og Ullern til nesten 50 % i bydelene Søndre Nordstrand, Stovner og Alna. Personer med bakgrunn fra ikke-vestlige land er, i følge Oslo kommune, konsentrert i de tre nevnte bydelene, samt bydelene Bjerke og Gamle Oslo. Vestlige bydeler og bydelene Østernsjø og Nordstrand ligger under gjennomsnittet når det gjelder personer med slik bakgrunn. Personer med bakgrunn fra vestlige land er adskillig jevnere fordelt mellom bydelene, men med en overvekt i sentrumsbydelene og de vestlige bydelene [6].

Innvandrerbegrepet i denne Masteroppgaven:

I denne Masteroppgaven blir pasienter med innvandrerbakgrunn hyppig omtalt. Det vil presiseres at begrepet henspiller på innvandrerpasienter med ikke-vestlig bakgrunn.



Figur 4. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre bosatt i de forskjellige bydelene i Oslo per 1.1.2012-i prosent. Kilde: Oslo Kommune.

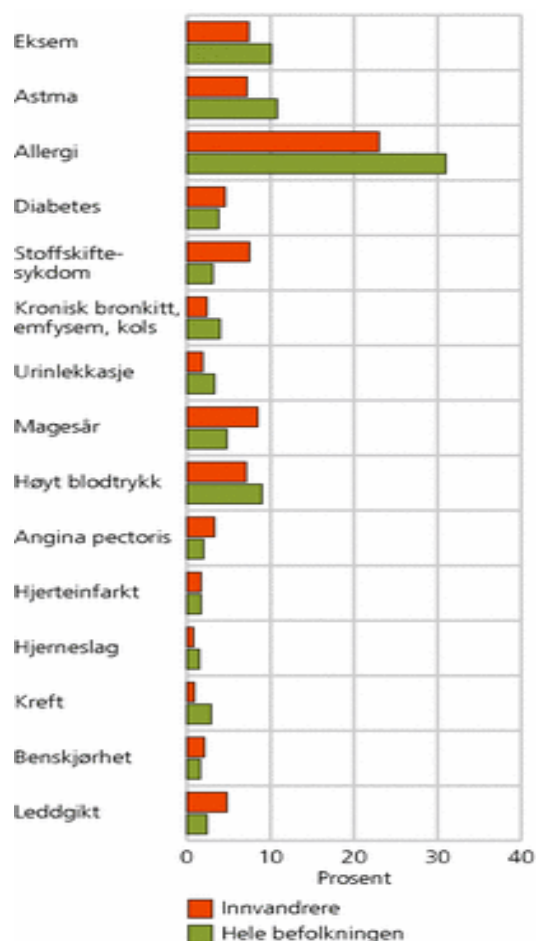
1.2 Helse og livstil hos innvandrere i Norge

1.2.1 Kolesterol og overvekt

SSB samlet i 2005/2006 data om innvandreres helse gjennom «Levekår blant innvandrere 2005/2006». I alt var det 3053 innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre som deltok i undersøkelsen. Disse var i alderen 16-70 år og hadde bodd minst 2 år i Norge da undersøkelsen ble gjennomført [7].

Det ble rekruttert personer fra ti opprinnelsesland i denne undersøkelsen: Chile, Irak, Iran, Tyrkia, Serbia-Montenegro, Pakistan, Sri Lanka, Vietnam, Somalia og Bosnia-Hercegovina. Deltakerne ble blant annet bedt om å gi en vurdering av egen helse og i hvilken grad helseproblemer påvirket hverdagslivet [7]. Disse resultatene ble sammenlignet med de ordinære levekårsundersøkelsene som ble gjennomført i 2002 og 2005 blant hele befolkningen.

Undersøkelsen viste at innvandrere generelt har dårligere helse enn etniske nordmenn og at utenlandske kvinner var i dårligere form enn utenlandske menn. Med økende alder blir helseproblemene hos innvandrere raskere forverret enn hos befolkningen sett under ett [7]. SSB registrerte også at innvandrerpasienter har større forekomst av blant annet diabetes, stoffskiftesykdommer, magesår og leddgikt (se figur 5), [7].



Figur 5. Resultatene fra "Levekår blant innvandrere 2005/2006" sammenlignet med den ordinære levekårsundersøkelsen fra 2002. Kilde: Statistikk Sentralbyrå.

Det ble utført et samarbeidet prosjekt såkalt helseundersøkelse i Oslo "HUBRO", mellom Oslo kommune, Universitetet i Oslo og tidligere Statens Helseundersøkelse (nå en del av det Nasjonale Folkehelseinstituttet) i 2002 blant voksne nordmenn. I tillegg ble det gjennomført en annen helseundersøkelse blant innvandrergupper fra fem ulike land (Sri Lanka, Tyrkia, Pakistan, Iran og Vietnam), den såkalte "Innvandrer- HUBRO". Deltakerne fikk målt høyde, vekt og livvidde, avga blodprøve og fikk undersøkt puls og blodtrykk. Blodprøvene ble senere analysert blant annet med henblikk på fettstoffer, glukose og markører for betennelsesreaksjoner [8]. Totalt 3726 innvandrere (tidligere kalt "første generasjonsinnvandrere") fra de fem overfornevnte innvandrerguppene deltok i undersøkelsen. Disse gikk gjennom helsesjekkene som de ordinære HUBRO-deltakerne [9]. "HUBRO"-resultatene ble sammenlignet. Det er publisert en rekke artikler basert på funnene herfra om blant annet kolesterol og overvekt. Et utvalg av funnene vedrørende kolesterol og overvekt presenteres i det følgende:

Glenday *et al.* konkluderte ut fra ”Innvandrer-HUBRO” at vietnamesere hadde høyere kolesterolverdier enn dem som kom fra Sri Lanka, Pakistan og Tyrkia. På den andre siden, ble det funnet at personer fra de overfornevnte landene hadde gjennomsnittlig høyere blodtrykk enn vietnamesere [10].

Det er to mål som oftest brukes for å identifisere overvekt. Disse er BMI (body mass index), på norsk kroppsmasseindeks og WHR (waist hip ratio) som er forholdet mellom livvidde og hofte. BMI = vekt (kg) / høyde² (m) (BMI ≥ 25 = Overvekt, BMI ≥ 30 = Fedme)¹ WHR = livvidde/ hofte. (WHR $\geq 0,85$ = Overvekt)². Gill *et al.* fant at BMI, WHR og livvidde omkrets er nøkkelfaktorer for å kunne vurdere om man har fedme eller er overvektig [11]. Kumar *et al.* fant at hele 51 % av de tyrkiske kvinnene som deltok i ”HUBRO-undersøkelsen”, hadde en BMI på 30 kg/m² eller mer, mens bare 2,7 % av vietnamesiske kvinnene hadde en slik verdi. Når det gjaldt WHR-målene, hadde kvinner fra Sri Lanka og Pakistan de høyeste verdiene (WHR $\geq 0,85$) [12].

1.2.2 Diabetes

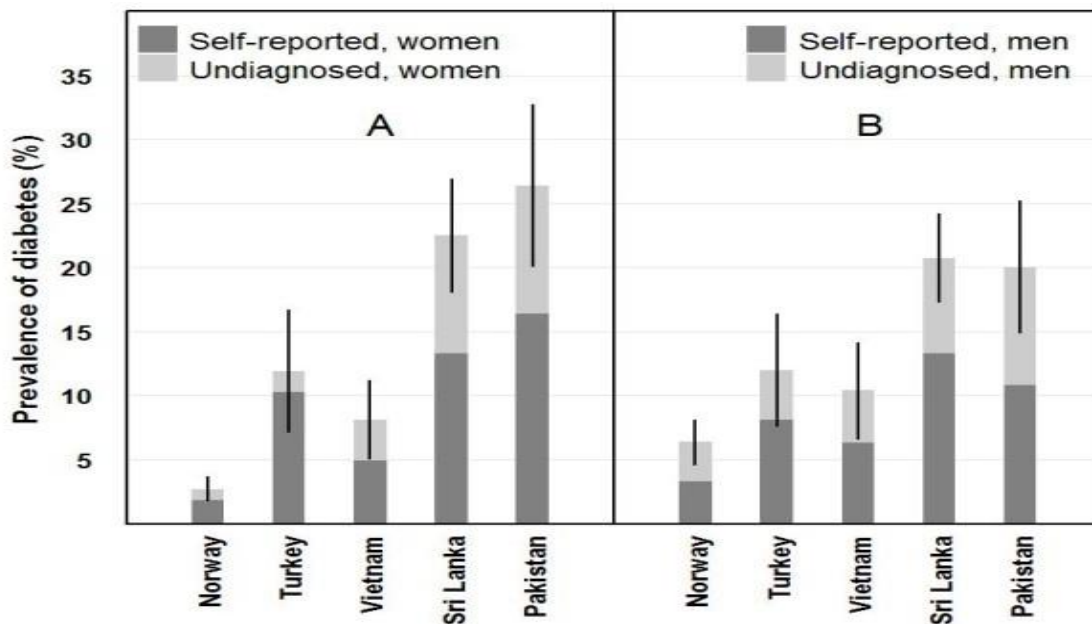
Hjellset *et al.* undersøkte om pakistanske kvinner hadde stor risiko for å utvikle diabetes. Her ble 198 kvinner i alderen 25-63 år intervjuet. Av disse var 98 % overvektige, dvs hadde en BMI ≥ 25 kg/m², og av dem hadde 39 % fedme, dvs. BMI ≥ 30 kg/m². Det ble konkludert med at fysisk inaktivitet og et ubalansert kosthold ga cirka 90 % av deltakerne høy risiko for å utvikle diabetes [14].

I en publikasjon fra 2005 fant Singh at overvekt (spesielt ”sentral fedme”, som er kroppens fett fordelt mest rundt mageområdet og hoftene) var også en faktor som spilte en stor rolle for diabetesutviklingen blant innvandrere. Sentral fedme var direkte relatert til risiko for å få diabetes hos pakistanere [13].

Fra en helseundersøkelse utført i Oslo, sammenlignet Jenum *et.al* forekomsten av diabetes mellom nordmenn og innvandrere fra fire ikke-vestlige land. Totalt 4110 personer deltok i undersøkelsen hvorav 1871 etniske nordmenn, 387 fra Tyrkia, 553 fra Vietnam, 879 fra Sri Lanka og 420 fra Pakistan. Alle var i alderen 30- 60 år. Det viste seg at innvandrerne hadde større sannsynlighet for å utvikle diabetes, og at dette økte jo eldre man ble. Personer fra Pakistan og Sri Lanka hadde den høyeste forekomsten, særlig kvinner som vist i figur 6 [15].

¹ BMI, http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/index.html#Definition

² WHR, http://en.wikipedia.org/wiki/Waist%E2%80%93hip_ratio



Figur 6. Diabetesforekomst etter kjønn og etnisitet. Egenerklæring og udiagnostisert tilfeller.

Kilde: Jenum, A.K., et al., *Diabetes susceptibility in ethnic minority groups from Turkey, Vietnam, Sri Lanka and Pakistan compared with Norwegians.*

1.2.3 Muskel og skjelettsmerter

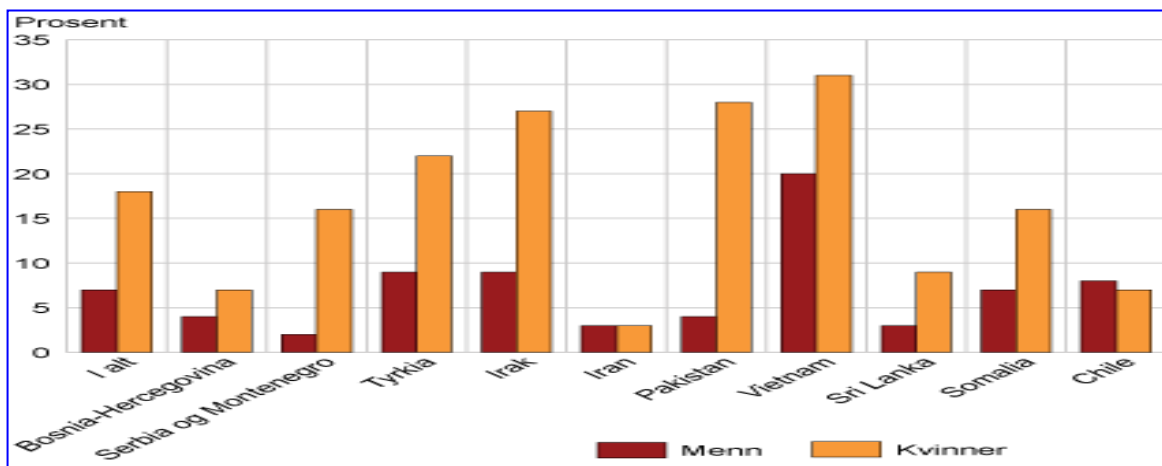
Knutsen *et al.* undersøkte i 2010 vitamin D-nivå hos pasienter som plages av diffuse muskel- og skjelettsmerter. I alt deltok 572 pasienter i undersøkelsen. Av disse var 249 etnisk norske pasienter, 83 fra vestlige land og 240 pasienter fra ikke-vestlige land. Alle hadde rapportert diffuse muskel- og skjelettplager. Vitamin D-nivået ble målt hos deltakerne. Det viste seg at 58 % hadde for lavt nivå. En tredjedel av de etnisk norske pasientene hadde D-vitaminmangel mens 83 % av dem fra ikke-vestlige land. Kvinner var overrepresentert. Knutsen *et al.* konkluderte med at innvandrerpasienter har oftere D-vitaminmangel og at dette kan med stor sannsynlighet forårsake de diffuse muskel-skjelettsmertene de plages av[16].

1.3 utfordringer knyttet til legemiddelbruk blant innvandrere

Helsepersonell bør gi tilstrekkelig informasjon om behandling og legemiddelbruk til alle pasienter for å kunne oppnå best mulig legemiddeletterlevelse. At pasienter forstår informasjonen helsepersonell (fastleger og farmasøyter) formidler er like viktig. Innvandrerpasienter har en del ekstra utfordringer knyttet til riktig legemiddelbruk. Språkbarriere, kulturelle/religiøse forskjeller og generisk substitusjon av legemidler er blant disse.

1.3.1 Språk

Det var mange innvandrere som deltok i den tidligere nevnte undersøkelsen «Levekår blant innvandrere 2005/2006» som vurderte sine norskferdigheter som dårlige eller svært dårlige. Det var flere innvandrerkvinner, som vist i figur 7, som hadde svakere norskferdigheter enn menn.



Figur 7. Andel som vurderte sine norskferdigheter som dårlige eller svært dårlige, etter kjønn og opprinnelsesland. Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006, Statistisk Sentralbyrå.

Dette skyldes nok delvis at innvandrerkvinner er mindre i arbeid og dermed ikke får praktisert språket. De tar i mindre grad del i det norske samfunnet sammenlignet med innvandrer menn [17].

Håkonsen og Toverud intervjuet personlig 82 pakistanske ”første generasjons-innvandrere”. Disse var i alderen 40-80 år, hadde bodd i Norge i minst 10 år og brukte antihypertensiva, antidiabetika og/eller kolesterolsenkende medikamenter. Hensikten var å undersøke om de språklige og kulturelle barrierer påvirket bruken av legemidler.

I gjennomsnitt brukte deltakerne syv reseptbelagte legemidler, og nesten halvparten brukte reseptfrie smertestillende legemidler i tillegg. Over halvparten av deltakerne følte at de ikke fikk med seg den nødvendige informasjonen fra verken farmasøyter eller fastleger om hvordan de skulle bruke medikamentene sine. Kvinnene var også overrepresentert når det gjaldt hyppigere fastlegebesøk og dårligere norskferdigheter. Kvinner og også generelt deltakere med lavt utdannelsesnivå rapporterte at de heller ville sende en bekjent til apoteket eller ha med seg tolk enn å gå dit alene.

Håkonsen og Toverud konkluderte derfor med at kulturelle holdninger og språkbarrierer hos pakistanske innvandrere kan påvirke legemiddelbruken og føre til dårlig legemiddeletterlevelse [18].

1.3.2 Religion

Den økende migrasjonen fører med seg fremmede religioner, verdier, tradisjoner og forskjellige kulturelle koder for menneskelig samkvem.

Det finnes ikke noe register i Norge hvor man kan innhente eksakte tall på antall personer fordelt etter religion, tro eller livssyn. Det antas at for eksempel antallet muslimer i Norge ligger mellom 100 000 og 185 000. Forskerne tror at tallet på muslimer ved 2060 vil være 7 % av hele befolkningen [19].

Religiøse og kulturelle synspunkter kan påvirke innvandreres legemiddelbruk - og derfor er det viktig at helsepersonell har nok forståelse for hva dette kan by på av utfordringer for å oppnå sykdomskontroll hos pasienter som har religiøse eller kulturelle barrierer til legemiddelbruken.

- **Ramadan**

Hos personer oppvokst i muslimsk tro, er det en måned i året hvor man er pliktig til å faste fra soloppgang til solnedgang. Denne måneden heter Ramadan. Å faste vil si å ikke spise, drikke, ta medisiner, røyke eller ha seksuelt samleie. Gravide, ammende, barn t.o.m. puberteten, folk på reise og svært syke mennesker er fritatt fra fasteplikten. Ramadan kommer på ulike tidspunkter hvert år siden den følger den muslimske månekalenderen. I Norge kan dette innebære mange timer uten mat eller drikke særlig når Ramadan inntreffer i sommerhalvåret.

Selv om svært syke muslimer er fritatt fasteplikten, hender det at de likevel faster fordi de føler at på den måten er de ”bedre” muslimer og at dette blir godt likt hos Gudene Allah.

Fra Håkonsen og Toveruds studie ble det vist at 46 % av de 82 pakistanske innvandrere som deltok i undersøkelsen hadde endret legemiddelbruken under Ramadan og dette gjaldt særlig kvinner [18].

Mygind *et al.* intervjuet seks muslimske pasienter opprinnelig fra Pakistan bosatt i København. Disse pasientene hadde diabetes og minst en annen kronisk sykdom i tillegg. Hensikten med studien var å undersøke pasientenes erfaringer når det gjaldt legemiddelbruk under Ramadan. I følge studien var alle seks deltakerne klar over at fasteplikten faller bort når man er syk. Til tross for dette fastet de likevel grunnet deres religiøse og kulturelle formeninger. Under fasteperioden endret deltakere sin legemiddelbruk ved f.eks. å droppe morgendosen eller ved å ta medisinen på et annet tidspunkt enn forskrevet (dvs. mellom solnedgang og soloppgang). Deltakerne forklarte at de sjelden snakket med fastlegene om fasten og legemiddelbruk under fasten [20].

Imamene i Islamsk Råd Norge (IRN) har gjort det klart at man ikke behøver å faste om man har en kronisk sykdom som man trenger medisiner for:

”Noen medisiner er viktige å ta til riktig tidspunkt for at de skal ha den ønskelige effekten. Dersom medisinen er behandling for en kortvarig sykdom/plage, kan du la være å faste og ta igjen på et senere tidspunkt. Er du på langvarige medisiner, som må tas under fasten, bør du ikke faste. Personer som bruker medisiner daglig bør snakke med sin lege. Dette gjelder spesielt pasienter med kroniske sykdommer som diabetes, psykiske lidelser, astma og HIV.”[21].

I år har Helsedirektoratet i samarbeid med IRN og Diabetesforbundet kommet med viktige råd til muslimske diabetikere for å unngå mulige helseskader fasten kan medføre [22].

- **Svinegelatin**

I Islam er det også forbudt å spise svin og alt som er laget av svin. Medisinsk sett, kan dette være en utfordring når det gjelder medisiner i kapselform, hvor disse kan være laget av svinegelatin. Muslimer agerer imidlertid forskjellig når det gjelder dette. Noen mener at hvis medisinen er livsviktig og inneholder svinegelatin, faller det religiøse kravet bort. Andre muslimer er religiøst konservative og nekter å spise livsviktige medisiner dersom de inneholder svinegelatin.

Sattar *et al.* ba i 2004 100 allmennleger og 100 pasienter å fylle ut et spørreskjema der det ble spurt om deres holdninger til og erfaringer med legemidler som kan inneholde stoffer som av religiøse grunner ikke kan brukes. Det viste seg at 84 % av pasientene og 74 % av fastlegene ikke var klar over at

mange legemidler inneholdt stoffer laget av storfe eller svin. Sekstire prosent av pasientene ønsket å bli informert om dette av sine fastleger, og 35 % ville bli informert om dette av farmasøyter. Sytti prosent av fastlegene syntes det var viktig at pasienter vet om legemidler de bruker inneholder "religiøst forbudte" stoffer [23].

1.3.3 Generisk substitusjon

I 2001 ble det etablert en ny apoteklov. Blant annet ble bestemmelser rundt utlevering av legemidler endret. I følge § 6-6 i Apotekloven skal apotekene utlevere legemidler som forskrevet etter resept og rekvisisjon. Det ble i denne loven åpnet for å bytte legemidler til likeverdige/ parallelimporterte varianter som Statens Legemiddelverk (Legemiddelverket) hadde godkjent som byttbare. Legemiddelverket ser blant annet på kvalitet, biotilgjenglighet og pris av den "generiske" medisinen. Dersom alle kriteriene ivaretas, blir medisinen satt på det man kaller "byttelisten". Generisk substitusjon kan foretas på legemidler som refunderes og ikke refunderes etter blåreseptordningen. Det er vanligvis slik at den "generiske" medisinen blir billigere for både staten og pasienten enn den "originale" varianten. Legen kan reservere pasienten mot slikt bytte hvis det finnes individuelt, medisinsk grunnlag for det. Men hvis pasienten vil reserve seg mot bytte uten medisinsk grunnlag, må de selv dekke mellomlegget [24].

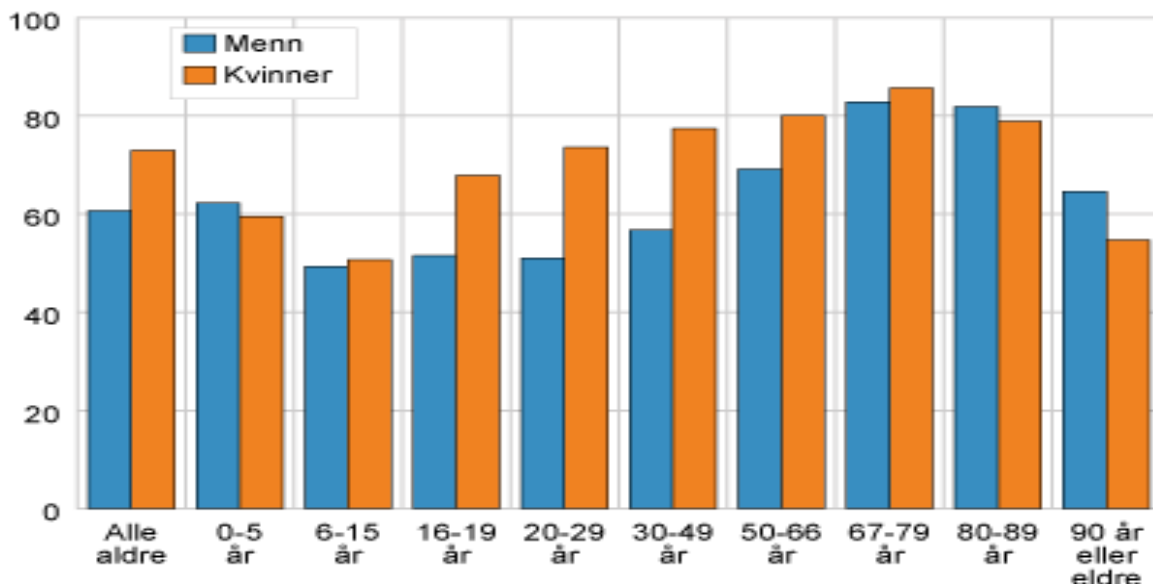
Håkonsen og Toverud undersøkte også om generisk substitusjon påvirket legemiddeletterlevelse hos de tidligere nevnte "førstegenerasjons"- pakistanske innvandrerne. Syttire prosent av deltakerne brukte generiske legemidler hvorav 10 % brukte to generiske legemidler som inneholdt samme virkestoff samtidig uten å være klar over det. En av fire hadde trodd at "billigere" legemidler innebar dårligere kvalitet. Tjuesyv prosent av deltakerne som hadde godtatt generisk substitusjon, rapporterte dårligere effekt av "kopi"-preparatene enn av de "originale". En av fem rapporterte å ha opplevd bivirkninger som følge av generisk substitusjon. Blant pasientene som hadde samtykket til generisk substitusjon, hadde 41 % bekymringer rundt legemiddelbruken, og 26 % følte at det var mer krevende å holde orden med sin legemiddelbruk. Dårlig legemiddeletterlevelse var mest uttalt hos deltakere med dårlige norskkunnskaper, de som uttrykte engstelighet og de som hadde gått med på generisk substitusjon. Håkonsen og Toverud konkluderte med at generisk substitusjon kan føre til dårlig legemiddeletterlevelse hos pakistanske innvandrere og at dette kan skyldes kulturelle forskjeller, dårlige norskkunnskaper og bruk av flere legemidler samtidig hos denne pasientgruppen [25].

1.4 Allmennpraktiserende leger i Norge

I følge Helse og omsorgsdepartementet er en fastlege definert som en lege som inngår avtale med en kommune om å delta i fastlegeordningen. Dette er uavhengig av om legen er ansatt i kommunen eller er selvstendig næringsdrivende [26].

Fastlegeordningen ble etablert i 2001. Fastleger i Norge står ansvarlige for sine pasienters helse på dagtid mens legevakten står ansvarlig for pasienters helse hvis noe skulle skje dem om kvelden eller natten. Etter fastlegens vurdering henvises pasientene videre til spesialister i offentlige sykehus eller private klinikker. Fastlegen har rett til å sykmelde pasientene delvis eller fullt dersom han/hun mener at vedkommendes helsetilstand ikke er bra nok til å være i arbeid.

Pr. september 2012 var det registrert 4257 fastleger i Norge – hvorav 37 % er kvinner [27]. En ny fastlegeforskrift ble offentliggjort 29.8.2012. Den reviderte forskriften inneholdt endringer som er til pasientens beste, blant annet at ventetiden for konsultasjon ikke skal overskride fem virkedager. I tillegg skal legen ha flere hjemmebesøk for pasienter som ikke klarer å møte opp på legekantoret. Legekantorene skal videre kunne svare på henvendelser i løpet av to minutter [26]. Figur 8 viser prosentandelen av befolkningen som var i kontakt med fastlege i 2010. Den viser at kvinner er hyppigere til konsultasjon hos fastlege enn menn i samme aldersgruppe (16 og 79 år).



Figur 8. Prosent av befolkningen som har vært til konsultasjon hos fastlege i 2010. Kilde: Den Norske Legeforening.

Basert på ”HUBRO” og ”Innvandrere-HUBRO” undersøkelser, konkluderte Lien *et al.* med at etniske nordmenn generelt er mer tilfredse med fastlegen sin enn ”ikke-vestlige” innvandrere sett under ett.

Innvandremenn og personer opprinnelig fra Tyrkia, Iran, Pakistan og Vietnam er minst tilfreds med fastlegen. Innvandrere fra Sri Lanka er mer tilfreds i forhold til de andre innvandrergroppene [28].

1.5 Allmennlegenes holdninger til innvandrerpasienter i utlandet

I 2009 undersøkte Wiking *et al.* hvilke erfaringer og holdninger innvandrerpasienter har etter besøk hos allmennleger i Stockholm. Det var 52 deltakende pasienter opprinnelig fra Chile, Iran og Tyrkia. Pasientene fikk et spørreskjema hvor de ble bedt om å angi deres bakgrunn, helsestatus samt spørsmål som fokuserte på deres erfaringer og holdninger når de kom i kontakt med sine allmennleger.

Resultatene tydet på at kommunikasjonsproblemer mellom pasientene og fastlegene oppsto, og at dette var stort sett grunnet språklige og kulturelle forskjeller. Pasientene som deltok kritiserte også allmennlegenes kapasitet til å høre eller forstå hva de hadde å si under konsultasjonen og følte at de ikke ble tatt med når legene satte diagnose eller bestemte behandlingsplan. Pasientene følte at en kompetent tolk kanskje ville bidratt til en bedre samtale og en mer lykket konsultasjon [29].

I en studie fra Nederland av Schouten *et al.* i 2009 ble det undersøkt hvordan allmennpraktiserende leger kommuniserte med 47 etnisk nederlandske pasienter og 56 pasienter med minoritetsbakgrunn som kom fra Tyrkia, Marokko, Surinam, De Små Antiller og Kapp Verde.

Forskerne filmet konsultasjonene mellom allmennlegene og de overnevnte pasientene. Det viste seg at allmennlegene kommuniserte i mindre grad med innvandrerpasienter sammenlignet med etnisk nederlandske pasienter. Allmennlegene hadde i mindre grad sjekket at pasientene med utenlandsk-bakgrunn faktisk fikk med seg og forsto det som ble sagt og gjennomgått på konsultasjonen sammenlignet med de etniske nederlenderne. Schouten *et al.* konkluderte med at det var viktig at allmennpraktiserende leger sjekker at innvandrerpasienter forstår det som blir sagt under konsultasjonen [30].

1.6 Betjening av innvandrerpasienter på norske apotek

Apotekene skal ved betjeningen av alle pasienter bidra med riktig legemiddelbruk, god oppfølging, veiledning og rådgivning. Ifølge Apotekloven har apotekene leveringsplikt for alle legemidler og må sørge for å skaffe legemidler og diverse nødvendige medisinsk utstyr [24]. Pr. 23.4.2013 var det 743 apotek i Norge fordelt på 256 kommuner. Det er fortsatt 173 kommuner uten apotek, men 92 % av den norske befolkningen bor i en kommune med apotek. Hovedstaden Oslo er den kommunen, og det

fylket, med flest apotek. I løpet av 2012 ble det registrert 43,7 millioner reseptekspedisjoner på norske apotek hvorav 24,7 millioner av disse var på blåresept [31].

I en studie fra Sverige av Olsson *et al.* ble det undersøkt hvor lang tid farmasøyer brukte samt type informasjon farmasøyer formidlet pasienter de ekspederte i primær apotek. Totalt ble 282 farmasøyt-pasient samtale observert og analysert. Olsson *et al.* fant at 40 % av disse samtalene handlet om ikke-medisinskrelaterte emner og at i nesten halvparten av samtalene ble det ikke observert noen form av kommunikasjon mellom partene. Det ble konkludert med at det nesten var ingen dialog mellom farmasøytene og pasientene om medisinskrelaterte temaer og at dette kunne påvirke negativt pasientenes legemiddeletterlevelse ved at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon av farmasøytene [32].

Farmasøyer i Norge møter stadig pasienter med innvandrerbakgrunn i apotek. Dette kan by på utfordringer og vanskeligheter for farmasøytene. I en Masteroppgave i samfunnsfarmasi ved Farmasøytisk Institutt, UIO, ble det i 2012 undersøkt hvilke utfordringer norske farmasøyer opplever når de betjener innvandrer kunder på apotek. Religion, språk, generisk substitusjon var sentrale temaer som ble berørt. Det ble konkludert med at språkvansker og kulturelle holdninger hos innvandrepasienter kan forårsake dårlig kommunikasjon mellom farmasøytene og innvandrepasientene [33].

2. Hensikt

Hensikten med denne masteroppgaven er todelt.

Første del var å kartlegge erfaringer og holdninger hos norske allmennpraktiserende leger til innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn. Det skulle undersøkes hvilke utfordringer de møter vedrørende språkferdigheter, religion og andre kulturelle aspekter som er av betydning for behandling.

Andre del av oppgaven var en sammenligning av funnene fra første delen med resultatene fra en masteroppgave gjennomført ved avdeling for samfunnsfarmasi i 2012 der norske farmasøytters erfaringer og holdninger ble studert ut fra de samme aspektene i møte med ikke-vestlige innvandrere i apotek. (heretter kalt «farmasøytstudien fra 2012»).

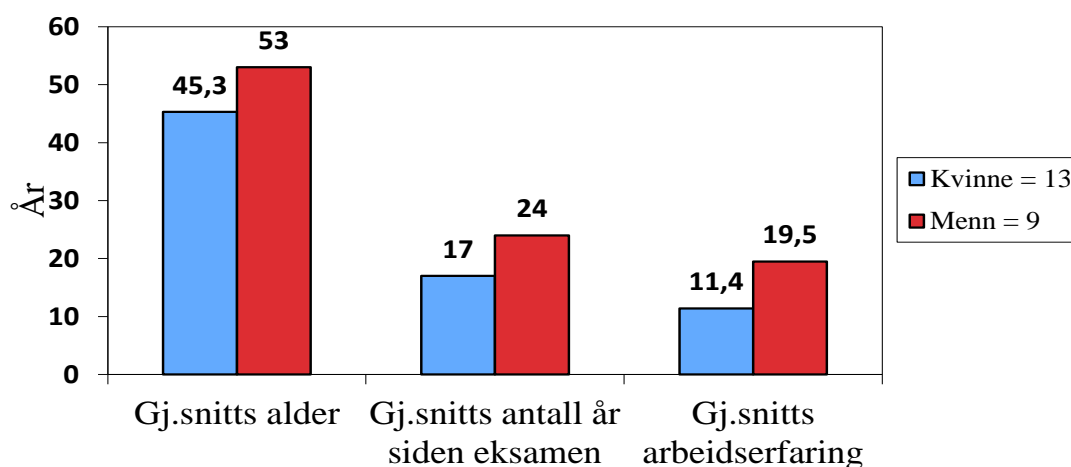
3. Materiale og Metode

3.1 Materiale

Del 1

Tjueto allmennleger deltok i undersøkelsen. Disse jobbet i Oslo-bydeler med høyest prosent ikke-vestlige innvandrere (Bydel Alna, Søndre Nordstrand, Grorud, Bjerke, Gamle Oslo, Grünerløkka og Stovner) og i deler av hovedstadens nabokommuner Bærum og Lier hvor det også er mange ikke-vestlige innvandrere.

Av deltakerne var 13 kvinner. Gjennomsnittsalderen var 49,2 år. Den yngste var 35 år og den eldste 69 år. Deltakerne hadde jobbet i de representative områdene alt fra ett til 39 år. Gjennomsnittet var 15,5 år. Både nyutdannede og erfarne allmennleger deltok og gjennomsnittlig antall år siden eksamen var 20,5 år (Figur 9).



Figur 9. Figuren viser deltakernes personlig data. Gjennomsnittlige tall.

Del 2

Masteroppgaven består også av en sammenligning av funnene fra del 1 med funnene fra «farmasøytstudien fra 2012» der det var et materiale på 19 farmasøyter som jobbet i de samme overfornevnte Oslo-bydelene og hvor deres erfaringer, holdninger og utfordringer ved betjening av innvandrer kunder/ pasienter på apotek ble undersøkt [33].

3.2 Metode

Del 1

Studien ble igangsatt september 2012. Det ble utarbeidet et informasjonsbrev til allmennlegene samt et strukturert spørreskjema som skulle brukes under intervjuene (se vedlegg 1 og 2). Alle 111 etnisk norske allmennpraktiserende leger i de tidligere nevnt Oslo-bydelene, samt 38 fra Bærum og 12 fra Lier ble funnet via HELFOs nettsider [34]. Der kunne man finne navn og postadresser til de forskjellige legekantorene. Deretter ble det søkt på Google® og Gule Sider® for å finne telefonnumrene til legekantorene.

Legekantorene ble først kontaktet via telefon for å finne ut hvilken måte som var den enkleste og raskeste for å sende informasjonsbrev til fastlegene på. Ulike beskjeder fra legesekretærer ble mottatt. Noen ga ut e-postadresser, andre faksnumre og noen enkelte ville ha brev tilsendt i posten. Det var fire legekantor hvor legesekretærene takket nei til å delta på fastlegens vegne uten at de hadde lest gjennom informasjonsskrivet. I tillegg ble informasjonsbrevet sendt til bydelsoverlegene i de deltakende Oslo-bydelene slik at de kunne sende det til fastlegene som jobbet der.

Det ble satt av ti dager som frist til å gi tilbakemelding. Innen den fristen kom det inn to svar. Alle de andre legekantorene ble oppringt én gang til for å få rede på om legene hadde fått brevet og om de hadde lyst til å stille til intervju. Tjue leger har sagt seg da villig til å intervjues.

Spørreskjemaet besto av 37 spørsmål, 26 lukkede og 11 åpne spørsmål. Fire leger ble intervjuet ansikt-til-ansikt mens resten ble intervjuet over telefon. Fra de 161 leger som ble spurt, takket 22 leger ”Ja”, 42 takket ”Nei” og 97 svarte ikke på henvendelsen.

Studien ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S før rekrutteringen av fastlegene startet (vedlegg 3).

Del 2

I «farmasøytstudien fra 2012» ble 19 farmasøyter intervjuet ved hjelp av fire fokusgrupper. Disse intervjuene var analysert tematisk og av resultatene fra denne studien ble det valgt ut tre hovedtemaer som var sammenfallende med tilsvarende temaer som ble spurt fastlegene fra del 1 i denne masteroppgaven. Temaene var:

1. Språk
2. Religion
3. Generisk substitusjon.

Resultatene fra overnevnte fokusgruppeintervjuene ble sammenlignet med resultatene fra fastlegenes intervjuer [33].

4. Resultater

4.1 Del 1: Norske allmennlegers erfaringer med og holdninger til pasienter med innvandrerbakgrunn

4.1.1 Fastlegers generelle kontakt med innvandrerpasienter

Fastlegene ble først spurt om hvor innvandrerpatientene på deres liste oftest var fra. Fjorten fastleger sa at innvandrerpasienter som sto på deres liste oftest var fra ikke-vestlige land (dvs. Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand og Europa utenom EU/EØS). Åtte fastleger hadde både innvandrerpasienter fra ikke-vestlige land og i tillegg stadig oftere innvandrerpasienter fra EU/EØS-land.

Tre fastleger mente at de hadde mer innvandrerpasienter på sine lister enn etniske nordmenn. Disse oppga at dette stort sett dreide seg om Afrika og Asia. Elleve nevnte at det var etniske nordmenn de hadde mest av på listen. Syv fastleger sa at de har omtrent like mange innvandrerpasienter som etniske nordmenn. En lege svarte ”vet ikke”.

Fastlegene ble deretter spurt om hvor mye de følte at den gjennomsnittlige innvandrerpatienten tok kontakt med dem sammenlignet med den gjennomsnittlige etnisk norske pasienten. Tolv av 22 leger mente at innvandrerpasienter tok hyppigere kontakt enn etnisk norske pasienter. Syv leger sa at begge kategorier var like mye i kontakt med dem. En lege mente at innvandrerpasienter sjeldnere tok kontakt enn etnisk norske pasienter mens to leger hadde ingen formening om det.

Syv av ti fastleger mente at innvandrerkvinner kom oftere på legebesøk enn mannlige innvandrere. Tre leger mente det var barn med deres foresatte som kom oftest. En lege syntes det var mennene som kom oftest, mens tre mente det var like mye menn som kvinner og barn med foresatte.

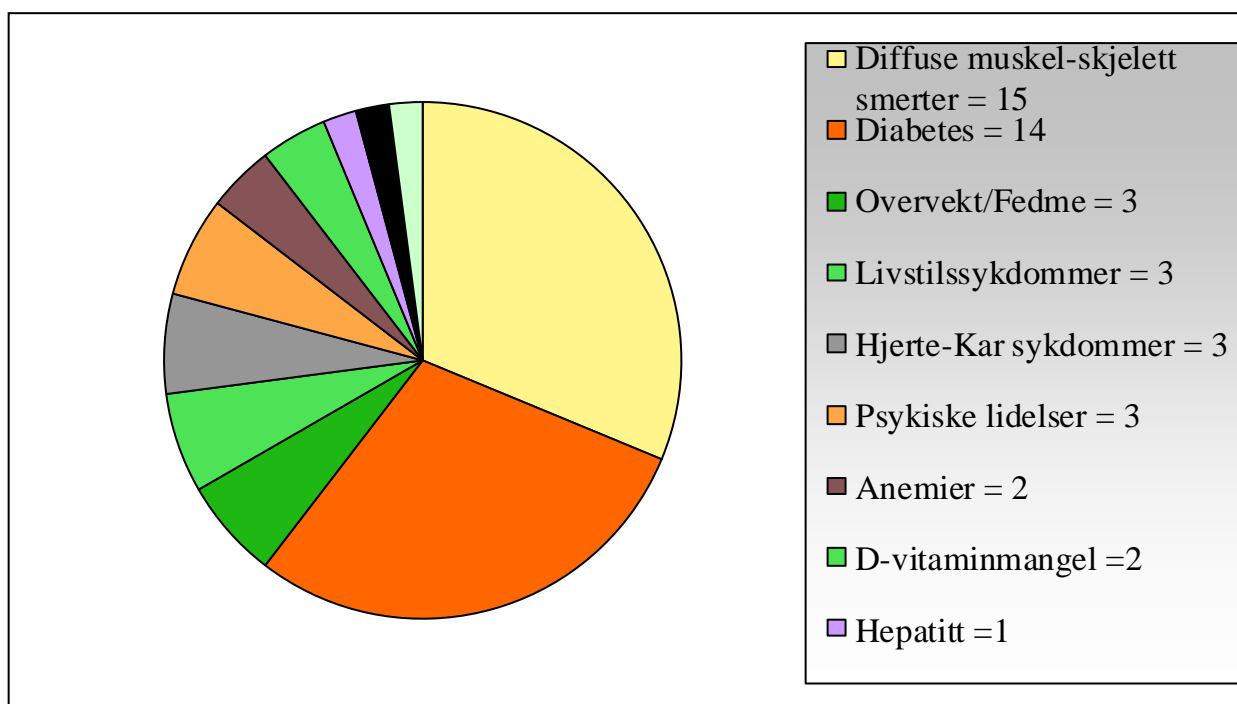
Over halvparten av legene fortalte at de hadde inntrykk av at mange ikke-vestlige innvandrere var opptatt av at fastlegen skal være av samme kjønn som dem selv.

Det ble videre spurt om de hadde inntrykk av at innvandrerpasienter hadde lavere terskel for å kontakte sine fastleger når det gjaldt akutte eller kortvarige sykdommer enn befolkningen sett under ett. Syv av ti leger mente dette, og det gjaldt særlig om å få antibiotika forskrivninger. To tredeler av legene rapporterte at innvandrerpasienter kom sjeldnere for oppfølging av kroniske sykdommer enn etnisk norske pasienter.

Det ble så spurt om legene hadde inntrykk av at gravide med innvandrerbakgrunn kom oftere til svangerskapskontroll enn etnisk norske, og seks leger mente dette. Seks andre svarte ”nei, sjeldnere”, ni svarte ”like mye”, mens en lege hadde ingen formening. Enkelte leger var av den oppfatning at gravide oftere gikk til svangerskapskontroll hos jordmødre på helsestasjoner, og at de manglet et helhetlig bilde for å kunne gi et presist svar på spørsmålet.

4.1.2 Innvandrerpasienters sykdomsprofil

Fastlegene ble spurt om hvilke sykdommer og helseplager som forekommer oftest hos innvandrerpasienter. ”Diffuse muskel og skjelettsykdommer” og ”diabetes type 2” var hyppige svar fra fastlegene som deltok i studien. Mange av legene forklarte at innvandrerpasienter ofte plages av uklare smertetilstander. De beskrev situasjonen som svært utfordrende spesielt når de ikke kan finne noe galt, for eksempel utfra blodprøveverdier. Flere leger mente også at hvis en innvandrerpasient får diabetes, skal det veldig lite til for at de også utvikler andre kroniske sykdommer, som for eksempel hjerte-kar sykdommer. Andre tilstander legene nevnte var fedme, D-vitaminmangel, anemi og psykiske lidelser som vist i figur 10.

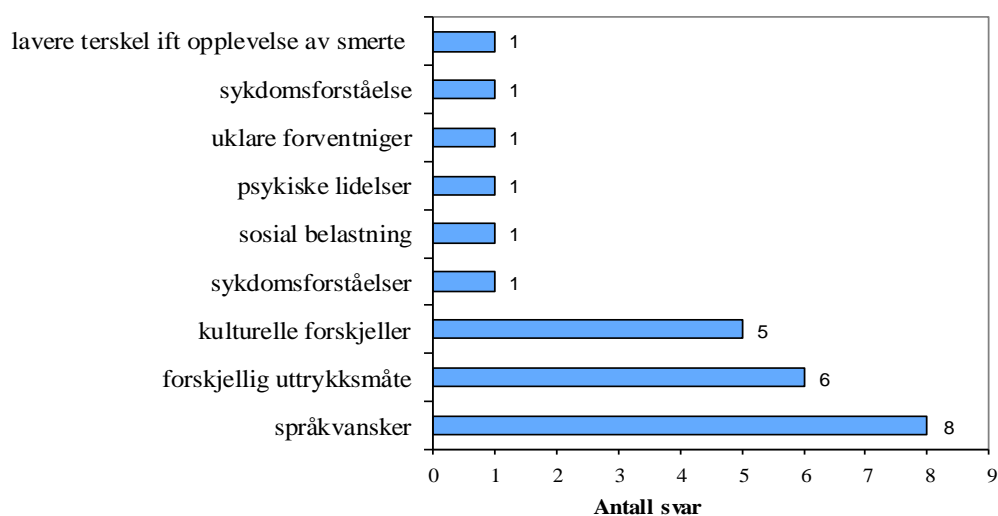


Figur 10. Oversikt over hvilke sykdommer og helseplager som forekommer oftest hos innvandrerpasienter.

4.1.3 Fastlegers utfordringer i møte med innvandrerpasienter

4.1.3.1 Språk

De neste spørsmålene handlet om utfordringer fastlegene opplever i møte med innvandrerpasienter. Legene ble først spurt om det kan være vanskeligere å stille en diagnose enn for øvrige pasienter. Fjorten av 22 leger mente dette. Grunnene til det, etter legenes mening, var hovedsakelig kulturelle forskjeller, språk og kommunikasjonsvansker, se figur 11. Flere svar var mulige på dette spørsmålet.



Figur 11. Grunner fastlegene (n=22) oppga som gjør det spesielt vanskelig å stille en diagnose hos innvandrerpasienter (flere svar var mulig).

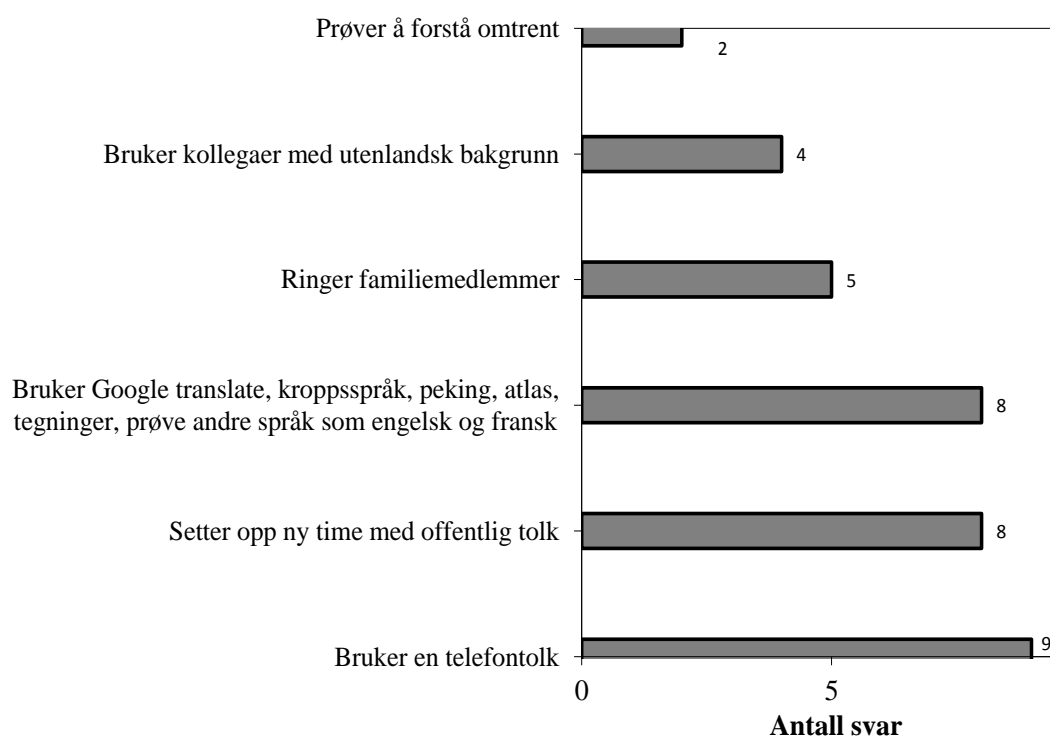
Åtte leger mente derimot at det ikke var vanskeligere å stille en diagnose på innvandrerpasienter. To av dem tilføyde at det kanskje ikke var vanskeligere å diagnostisere, men det å forklare hva diagnosen innebar, kunne være krevende og utfordrende.

Disse åtte legene, samt de seks som ikke hadde nevnt ”språkvansker” av de førnevnte 14 (se figur 11) ble spurt et tilleggsspørsmål om de syntes språkvansker hos disse pasientene kan være en utfordring under diagnostisering. Dette resulterte i at det i alt var 18 av 22 leger som mente at språkvansker var den store utfordringen. De ble nærmere spurt om det var en spesiell gruppe innvandrere som dette gjaldt. Tretten av legene opplevde at kvinnene hadde dårligere norskkunnskaper enn mennene, og seksten leger mente at språkvanskene var langt større hos innvandrerpasienter fra 40 år og oppover enn blant de øvrige pasienter.

Da legene ble spurt om hvilket/hvilke land de tenker dette først og fremst gjelder, oppga de fleste ikke-vestlige land der vi har store grupper innvandrere fra (blant annet Afghanistan, Pakistan, Somalia).

De ble deretter bedt om å anslå hvor stor andel av innvandrerpasientene som har med seg tolk under konsultasjonen, og eventuelt hva slags tolk disse pasientene har med seg. Det ble oppgitt varierende procenter angående hvor mange pasienter legene mente de hadde med seg tolk, alt fra 1-5 % og helt til 80 %."Tolk" kunne i denne sammenheng være alt fra en ansatt i kommunen, til pasientens ektefelle, barn, en annen person i familien eller venn.

Neste spørsmål handlet om hvordan legene håndterer innvandrerpasienter med dårlige norskkunnskaper når de ikke har med seg tolk. Flere svar var mulig på dette spørsmålet (se figur 12).



Figur 12. Hvordan løser fastlegene kommunikasjonsproblemer med innvandrerpasienter med dårlige norskerdigheter som ikke har med seg tolk, n=22.

Femten leger mente det var temaer det var spesielt vanskelig å snakke med innvandrerpasienter om. Temaene er illustrert i tabell 1. Noen fortalte om at innvandrerkvinner ikke kunne bruke prevensjonsmidler uten at de først hadde snakket med sine menn. En del leger tilføyde at de velger å ikke snakke om slike temaer selv om de vet at pasienten har behov for det. Noen leger nevnte også at samlivsbrudd mellom innvandrerektefeller som et vanskelig tema, og mente at de pleide å være mer forsiktig med å stille spørsmål angående slike problemer med pasientene enn med de øvrige pasientene. Syv leger syntes det ikke var vanskelige temaer å snakke med innvandrerpasienter om,

men fortalte at de opplevde at innvandrerkvinner med mannlig tolk føler ubehag ved å snakke om seksuelle/intime temaer som for eksempel prevensjon.

Tabell 1. Hva legene mente var vanskelige temaer å snakke med innvandrerpasienter om.

Vanskelige temaer å snakke med innvandrerpasienter om	Antall svar (flere svar var mulig)
Seksuelle/Samlivsproblemer	8
Kulturelle holdninger til innvandrere	5
Kjønns sykdommer hos kvinner/ sensitive gynekologi	4
Psykiske problemer/Depresjon	4
Kroppskunnskaper	1
Trening og helsesystemet i Norge	1

Legene ble videre spurt om de syntes det var noen forskjell på hva de gir av informasjon til innvandrerpasienter sammenlignet med hva de gir til resten av befolkningen. Fem leger mente de ga samme mengde informasjon, mens sytten leger fortalte at de ga mer informasjon og/eller at det var forskjell på hva de ga av informasjon. Kommentarer til dette spørsmålet fra fastlegene var som følger:

- *”Mer informasjon. Prøver å forklare hva som er bak symptomene”.*
- *”Gir sammen informasjon, men på enklere måte og mye gjentakelser”.*
- *”Bruker mye tid på å forklare ting”.*
- *”Prøver å gi mer informasjon, men usikker om de får alt med seg, ikke alltid så lett å forsikre seg at pasienten har fått med seg nok informasjon til tross for at det blir brukt mye tid på å forklare”.*
- *”Gir samme mengde informasjon, men er usikker på om vedkommende forstår alt”.*
- *”Mer detaljerte informasjon”.*
- *”Det stopper opp med de med dårligere norskkunnskaper”.*
- *”Forenkle det litt, bruker mye tid med å forklare det med antibiotikabehandling f.eks.”.*

- *”Informerer om generelle ting som nordmenn kanskje vet om, f.eks. om hvordan håndtere syke barn. Man bruker mye av konsultasjonstiden på tolk og diagnose, at det ofte kan bli litt mindre tid å informere”.*
- *”Norske pasienter spør ofte og er godt forberedt til konsultasjon. Gir derfor mer tid til innvandrerpasienter som ikke er godt forberedt”.*
- *”Man vet at disse pasientene har ikke lik oppvekst eller bakgrunn som de øvrige pasientene og trenger derfor litt mer”.*
- *”Pleier å være ekstra tydelig med de med kommunikasjonsvansker, ikke ellers”.*
- *”Går ikke i detaljer, gir kun viktig informasjon. Jeg skriver lapper for apoteket og håper at de kjenner noen som kan norsk for å forklare dem hvordan de skal bruke ditt og datt”.*

4.1.3.2 Religion

- **Ramadan**

Fastlegene ble spurt om det hendte at de får spørsmål fra muslimske pasienter om Ramadan og legemiddelbruk under fasten, og/eller om de selv la merke til at disse pasientene endrer sin legemiddelbruk i denne perioden. Syv av ti leger mente at det hendte, men sjelden, at de får slike spørsmål fra muslimske pasienter. Ti av 22 leger hadde lagt merke til at pasientene endrer legemiddelbruken under fastemåned. De som observerte dette, mente at de særlig hadde lagt merke til det spesielt ut fra blodprøvene som ble tatt under Ramadan, og at det først og fremst gjaldt diabetikere og førstegenerasjons innvandrerpasienter som de antok hadde sterk muslimsk tro.

Siste spørsmål angående Ramadan var om de snakket generelt med muslimske pasienter om viktigheten av å ta legemidler under fasten. Fire av ti fortalte at de pleier å gjøre det og at de presiserte det særlig overfor diabetikere. Av resten var det noen som mente at de kanskje burde gjøre dette, andre visste ikke når fasten er, noen hadde aldri tenkt på det og noen mente at de ikke tok temaet generelt opp med pasientene, kun når pasientene selv tok det opp eller hvis de oppdager at det hadde skjedd en endring i legemiddelbruken.

- **Svinegelatin**

Da legene ble spurt om de tenkte over at legemidler kan inneholde gelatin fra svin, var det fjorten som svarte at de ikke gjorde det. Av de åtte som mente at de tenkte over det, oppga neste alle at de likevel ikke ga informasjon til pasienter de vet/antok dette kunne være av religiøs betydning for. En av legene kommenterte det og sa: *”jeg overlater dette til apoteket”*. Disse legene ble også spurt om

hvilken/hvilke grupper de trodde at denne informasjon er av betydning for. De svarte at det gjaldt praktiserende muslimer fra Pakistan. Fjorten av tjueto leger mente at de aldri får spørsmål fra innvandrerpasienter om legemidlene inneholder gelatin fra svin.

4.1.3.3 Generisk substitusjon

Legene ble spurt om de får spørsmål fra innvandrerpasienter angående generiske legemidler. Halvparten oppga at de får det. Hvorvidt det var forskjell på hvor ofte de får spørsmål angående generiske legemidler fra innvandrerpasienter sammenlignet med etnisk norske pasienter, mente 5 av 10 at de får like mange spørsmål fra begge grupper. Ni leger syntes de fikk færre spørsmål om dette fra innvandrerpasienter, én lege syntes innvandrerpasienter stiller flere spørsmål om generisk substitusjon, mens én lege hadde ingen formening. Deretter ble legene spurt om det hender at de oftere reserverer innvandrerpasienter mot generisk substitusjon sammenlignet med de etnisk norske pasientene. Ingen av fastlegene i undersøkelsen fortalte at de gjør det. Noen kommenterte som følger:

”Nordmenn er mer engstelige og redde for at det skal skje noe galt om de bytter”.

”Jeg reserverer kun engstelige innvandrere men det er samme andel nordmenn (like mye) som jeg reserverer mot slik bytte”.

”Man reserverer pasienter basert på et medisinsk grunnlag. Å være innvandrer er ikke det vel??”.

Seks av ti mente at det er en økt risiko for dobbeltbruk eller annen feilbruk forbundet med generiske legemidler blant innvandrerpasienter. Noen leger tilføyde følgende:

”De med språk vansker kan man være bekymret for”.

”Fare for feilbruk og misforståelser”.

”Fort problemer hos eldre innvandrere”.

”Når vedkommende kommer til kontroll spør jeg:

”Hvilke medikamenter bruker du? ”Husker de det så er det bra. Hvis ikke spør jeg videre:

”Hvor mange medikamenter bruker du? ”Da er jeg sikker på at de ikke feilbruker eller dobbelbruker medisinene sine”.

4.2 Del 2: Sammenligning mellom norske farmasøytens og allmennlegers erfaringer og utfordringer i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn

4.2.1 Sykdomsprofilen til innvandrere ut fra farmasøytens og fastlegers syn

Farmasøytene oppfattet innvandrerpasienter som pasienter med høyere forventninger til legemidlets effekt enn etniske nordmenn. En farmasøyt fortalte det slik:

”Akkurat som at det er normalt å være litt forkjølet, litt kvalm, hva som helst, men de skal ha noe for alt.”.

På samme måte, syntes syv av ti leger at pasienter med innvandrerbakgrunn har større tendens til å ta kontakt med legen når det gjelder akutte kortvarige sykdommer enn øvrige pasienter.

De 19 intervjuede norske farmasøytene trakk også frem at innvandrerpasienter ofte lider av diabetes og hjertekarsykdommer. Noen beskrev situasjonen slik:

”Jeg synes det er veldig masse diabeteskunder. Det er jo... det er flere enn... fleste har jo en resept på en type diabetes medisin i hvert fall. (...) ”. Farmasøytene oppfattet også at diabetesreseptene til innvandrerpasienter er mer omfattende enn dem til de norske pasientene. ”De som kommer, henter to, tre poser med legemidler liksom for diabetes, så er det ingen nordmenn som jeg kjenner til, tror jeg.”, kommenterte en av farmasøytene.

Tilsvarende oppnevnte 14 av 22 allmennleger diabetes som en av sykdommene innvandrerpasienter plages mye av.

Flere farmasøytter fortalte også om et overdrevet kjøp av reseptfri Paracet® hos innvandrerpasienter. En farmasøyt beskrev det på følgende måte:

”Den Paraceten er veldig spesielt, de bruker den mot alt. Alltid. (...)”.

”(...) 80 % av kundene er innvandrere hos oss. (...) Vi selger nesten bare Paracet og graviditetstester, føler jeg”, fortalte en annen farmasøyt.

Til sammenligning mente syv av ti fastleger at innvandrerpasienter lider mye av diffuse muskel og skjelettsmerter.

4.2.2 Farmasøytens og fastlegers utfordringer i møte med innvandrerpasienter

4.2.2.1 Språk

Farmasøytene mente språkproblemer hos innvandrerpasienter er den største utfordringen for en vellykket samtale mellom farmasøytene og pasientene. En av farmasøytene beskrev det slik:

”Jeg synes språket er det aller verste.(...)”.

En annen fortalte følgende: *”... det kjem ikke an på hvor lenge de har bodd i Norge. Jeg blir litt nysgjerrig, går tilbake og ser på historikken hvor lenge de har faktisk hentet medisiner på apoteket. Det kan være 10 år tilbake, men det er jo faktisk... jeg ser at de har henta medisiner i 10 år og kan fortsatt ikkje norsk. De kan ikke formidle et ord på norsk. Det blir jo litt trist og opprørt...”.*

Atten av 22 leger fortalte at språkvansker hos innvandrerpasienter er en av hovedutfordringene når det gjelder diagnostisering og behandling. Både fastleger og farmasøyer følte at middelaldrende og eldre innvandrerpasienter er de som ofte ikke har gode norskkunnskaper.

For å kommunisere med innvandrerpasienter med dårlig norskerferdigheter, fortalte noen av farmasøytene at de blant annet brukte tegnspråk:

”(...) Fordi det er like stort problem hvis de ikke kan norsk, og dårlig engelsk. Da sliter vi litt. Da blir det mer fingerspråk...”.

Andre farmasøyer opplevde at innvandrere med språkvansker har med seg barn, ektefelle eller bekjente som fungerer som ”tolk” for å hente ut medisiner på apoteket. Farmasøytene vektla spesielt om mindreårige barn som opptrådte som tolk for sine foreldre som ikke kunne snakke bra norsk. Én av farmasøytene fortalte på den måten:

”Det med barn som tolker... Det synes jeg er litt ekkelt (...) Du får ikke gitt mer info rundt det legemidlet. Eller det er i hver fall vanskelig. Mer av hensyn til barn.”.

Noen av farmasøytene nevnte Google translate som et hjelpemiddel de noen ganger bruker på apoteket for å oversette hva de hadde lyst å si til innvandrerpasienter som ikke kan norsk. En fortalte følgende:

”(...) vi er veldig gode på Google translator. Veldig kjekt verktøy du har.(...) også skriver de, også skriver jeg på norsk... også kommer det på polsk... Også snur vi skjermen.(...)”.

I tillegg hadde farmasøytene opplevd at vedkommende ringer til en bekjent som han/hun tror kan mer og/eller bedre norsk. En farmasøyt tilføyde:

”Det blir liksom med sånn telefon... hvem vi snakker med, vet jeg ikke, men noen de kjenner som kan språket (...)” mens en annen farmasøyt sa dette angående telefon tolking *”Vi får ofte tolking over telefon. At de står i skranken og ikke skjønner noen ting, og så ”vent litt”, og så ringer de, og så ”snakk med den”. Også kan jo kanskje den ikkje så bra norsk heller. Det er ikkje noe bedre situasjon egentlig”*.

Da legene ble spurt om hva som skjer hvis en innvandrerpatient ikke snakket godt norsk og ikke hadde med seg tolk, oppga 9 av dem at de bruker telefontolk hvis det lot seg gjøre, og 8 oppga at de setter opp en ny time med en offentlig tolk. Åtte leger rapporterte at de brukte Google Translate, kroppsspråk, tegning og peking, og 5 fortalte at de ringer til familiemedlemmer for å prøve å komme i samtale med pasienten. Noen av legene og farmasøytene snakket om at det hendte de bruker kollegaer som har utenlandsk bakgrunn som ”tolk” i tilfeller de kan samme språket som innvandrerpatienter med dårlige norskferdigheter. En farmasøyt beskrev det slik: *”Gull verdt å ha folk som kan språket på jobb også”*.

4.2.2.2 Religion

- **Ramadan**

Farmasøytene på apoteket hadde ikke direkte opplevd at muslimske pasienter endret sin legemiddelbruk under fastemånedens Ramadan. De fortalte at de har mindre kunder i denne perioden.

”Det er roligere på apoteket når det er Ramadan i hvert fall. Veldig rolig måned”.

Når det gjaldt fastlegene, fortalte 10 av 22 at var klar over og at de hadde opplevd at muslimske innvandrerpatienter endrer legemiddelbruken under fastemånedens og at det særlig gjaldt diabetikere. Dette ble registrert ut fra blodprøveverdier til disse pasientene under fasten.

En annen farmasøyt beskrev endringen i legemiddelbruk hos muslimske pasienter slik: *”Men det er egentlig sånn at hvis man er syk, det sier i hvert fall de som er muslimske hos oss at da kommer de under kravet.(...) Det var antibiotika mot urinveisinfeksjon, men det var midt i fasen og hun fikk tatt hele dagen, så lurte på hvordan hun skulle ta tablettene. At hun kunne ta alle samtidig på kvelden når hun kunne drikke eller... Fordi hun kunne ikke ta på dagen fordi da kunne hun ikke drikke...”*.

Noen farmasøyter fortalte at de syntes det var viktig å kommunisere med muslimske pasienter om viktigheten av å ta legemidler som legen forskriver også under Ramadan, mens andre farmasøyter ikke

hadde tenkt på dette som et problem - ”Jeg er litt sånn... prøver ikkje bruke så mye energi på de der religiøse tingene. Ok, medisinsk – så er det sånn, sånn og sånn. Hvis du har religiøse problemer med det så må du snakke med din Imam. Det kan jeg ikkje svare på”, fortalte en av farmasøytene.

Som tidligere nevnt i del 1, rapporterte 6 av 10 leger at de ikke generelt pleier å formidle til muslimske pasienter om viktigheten av å ta legemidler som forskrevet under denne perioden. Noen leger kommenterte at dette er fordi at de ikke hadde spesielt tenkt på det, at de ikke vet når fasten er, at de kun tar opp temaet hvis pasienten selv snakker om det, eller hvis de merker utfra blodprøveverdier at det er gjort en endring i legemiddelbruken.

- **Svinegelatin**

Alle de 19 farmasøytene fortalte at de hadde fått spørsmål fra muslimske pasienter om hvorvidt medisiner i kapselform inneholder svinegelatin. En av farmasøytene fortalte at apoteket har begynt å merke de aktuelle hyllene i selvvalget ”halalgodkjent”, og sa: ”Før vi fant ut hvilken gelatin inneholder enkelt produkt, så gjorde vi en kjempe jobb med å slå opp på, men nå har vi bare merka på hylla rett og slett.”

Fjorten av de 22 legene som ble intervjuet, oppga at de ikke tenkte på at legemidler kan inneholde svinegelatin. Resten av legene oppga at de ikke pleier å gi informasjon om dette til de aktuelle pasientene. En av disse legene kommenterte og sa ”jeg overlater dette til apoteket”. Det fremkom også at seks av ti leger aldri har fått spørsmål fra muslimske pasienter om legemidlene inneholder svinegelatin.

4.2.2.3 Generisk substitusjon

Generisk substitusjon ble ansett som den andre store utfordringen for farmasøytene, etter språkvansker, i de daglige møtene med innvandrerpasienter på apotek. Farmasøytene påpekte at kommunikasjonsproblemer kan føre til en fare for feilbruk forbundet med generiske legemidler hos innvandrerpasienter. En av farmasøytene fortalte følgende: ”Men så er det det igjen kor trygt de syns de har blitt med språket. Da er det å ta fram begge pakka og så peke på og si ”innholdsstoffet, innholdsstoffet” og peke.(...)”.

En annen la til:

”Det er vanskelig med generisk bytte. Med bytte og trinnpriser, hvorfor betaler jeg ekstra på Apotek 1 for Voltaren, ikke her og sånn... Det tok lang tid før jeg skjønnte det systemet selv. Jeg skjønner det ikke helt ennå...”, beskrev en annen. Én av farmasøytene kommenterte og sa ”Det er kjempevanskelig å

forklare refusjonsreglene. For det første er det språkbarriere, og så skjønner de ikke hvorfor de ikke får den, ikke sant? ”.

Seks av ti fastleger syntes de får like mange eller færre spørsmål om generiske legemidler fra innvandrerpasienter sammenlignet med etnisk norske pasienter. Ingen av legene mente de reserverer innvandrerpasienter mot generisk substitusjon i større grad enn de øvrige pasientene, men seks av ti leger mente at det er en økt fare for dobbeltbruk eller annen feilbruk blant innvandrerpasienter etter generisk substitusjon.

Noen farmasøyter opplevde at innvandrerpasienter har større tillit til fastlegene sine enn til farmasøytene. *”Det er veldig vanskelig å bytte.(...) Legen har veldig stor autoritet. Så hvis legen har skrevet et navn så vil de ha det navnet, fordi legen skrevet det. I tillegg til det at det er billigere, billigere-dårligere. Ofte så... noen ganger hender det at de spør etter dyreste. ”Hvem er dyreste? Jeg vil ha dyreste”. De sier ikke navnet”,* beskrev farmasøyten.

5. Diskusjon

5.1 Materiale og metode

I del 1 av studien var det potensielle grunnlaget for intervjuene alle etnisk norske allmennleger (i alt 111) i de Oslobydelene, som hadde høyest andel ikke-vestlige innvandrere. Disse var bydelene Alna, Søndre Nordstrand, Grorud, Gamle Oslo, Bjerke, Stovner og Grünerløkka [6]. Grunnet lav svarprosent fra allmennlegene i disse bydelene, ble det i ettertid også inkludert 38 fastleger som jobbet i Bærum og 12 fastleger fra Lier (hovedstads nabokommuner), hvor det også er høy andel ikke-vestlige innvandrere. I del 2 av studien ble det gjort en sammenligning av resultatene fra fastlegeintervjuene med dem fra farmasøytene som var undersøkt i «farmasøytstudien fra 2012» [33].

Antall leger som svarte på invitasjonen var mindre enn forventet. Det er tydelig at det er vanskelig å rekruttere fastleger til studier. Fastleger er personer med en hektisk og tidspresset hverdag, som i liten grad tar seg tid til å delta i spørreundersøkelser. Mange av fastlegene begrunnet dette med at de bombarderes daglig av ulike typer invitasjoner til å delta i undersøkelser slik at de ofte takker nei til å delta uten å vite hva undersøkelsene egentlig dreier seg om. Dette er en kjent problemstilling som ble mye omtalt i Dagens Medisin og Den norske legeforeningens siste publikasjoner. Der var for eksempel fortalt om et forskningsprosjekt om kreft hvor 2000 fastleger ble invitert til å delta. Kun 6 % av dem sa villig til det. Dette var langt mindre enn det forskerne hadde forventet (minst 25 % deltakelse) [35].

En del leger nevnte at denne studien handlet om et sensitivt tema og at de var engstelige for at denne undersøkelsen kunne gi dem negativt omdømme i dagens flerkulturelle Norge. I motsetning syntes legene som takket ”ja” til å være med i denne studien og at den virket interessant og at det var viktig for dem å stille i intervju.

De lukkede spørsmål i spørreskjemaet ble opplest med svarkategorier slik at det ikke tok lang tid å lese dem opp, men at de likevel inneholdt det vi ville vite om. Dette var fordi man ville bruke tiden på best mulig måte, og at legene kunne heller bruke tiden på de åpne spørsmål hvor vi forventet deres kommentarer og opplevelser å stå fram (Se vedlegg 2).

Personalet som jobber på legekantorene opplevdes som en stor utfordring under formidling av studiens formål. Alle henvendelser ble i møte tatt av legesekretærene. Dette oppleves som uheldig siden at dette har uten tvil ført til et informasjonstap om formålet bak studien på veien mellom legesekretærene og til fastlegene.

En del fastleger har også gitt legesekretærene fullmakt til å takke nei til deltakelse i studier på deres vegne- uten at legene blir informert om hva det gjelder grunnet de overflødige mengder av daglige henvendelser om deltagelse i ulike studier-faglige og ikke faglige. Flere informanter er på den måten tapt hvor de kanskje kunne ha tenkt seg delta hadde de lest informasjonsbrevet. Det er derfor vanskelig å måle en eksakt responsrate siden vi ikke vet nøyaktig hvor mange leger som faktisk fikk lest informasjonsbrevet. Det var 97 leger som aldri svarte på henvendelsene selv etter purring.

Først ble det bestemt at intervjuene skulle skje ved personlig oppmøte på legekantorene. På den måten unngår man misforståelser med mer om intervjuene holdes over telefon. Noen av legene hadde anledning til å delta kun over telefon siden de mente det var tidskrevende å ta intervjuet personlig. Intervjuene ble derfor gjennomført både ansikt-til-ansikt, når det lot seg gjøre, og pr. telefon når det var ønsket. Det ble ikke registrert forskjell på mengde informasjon som fremkom og heller ikke forskjell i graden av misforståelser mellom begge metodene og derfor ble alle intervjuene inkludert i studien. I det hele tatt syntes spørreskjemaet å fungere godt.

Fastlegenes personlige informasjon som alder, kjønn, eksamensår og arbeidserfaring ble spurt om til slutt. Dette er fordi noen kan oppfatte slike spørsmål som private eller sensitive hvis de blir stilt i starten [36].

I «farmasøytstudien fra 2012» ble fokusgruppeintervju brukt som metode. Det var interessant å sammenligne begge helsepersonellgruppene. Det ble bestemt å sammenligne tre sammenfallene hovedtemaer (språk, religion og generisk substitusjon) som i stor grad påvirket både farmasøytene og fastlegene når de kom i kontakt med pasienter med innvandrerbakgrunn.

Tjueto fastleger og 19 farmasøyter er representert i denne sammenligningsstudien. Siden resultatene fra de to gruppene sammenfaller, kan de til en stor grad generaliseres.

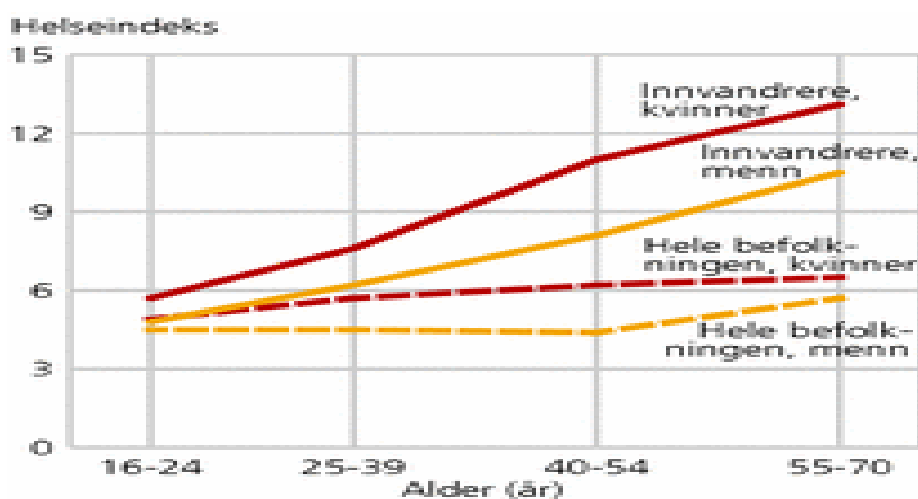
5.2 Resultater

5.2.1 Fastlegers generelle kontakt med innvandrerpasienter

Primært var studien rettet på innvandrere fra ikke-vestlige land, men i studien ble det tatt opp av en tredjedel av fastlegene at de også kommer i økende grad i kontakt med innvandrere fra EU/EØS land.

Mer enn halvparten av fastlegene mente at en gjennomsnittlig innvandrerpatient tok oftere kontakt sammenlignet med en gjennomsnittlig etnisk norsk pasient. Ifølge SSB, har andelen som går til konsultasjon hos fastlegen, variert med opprinnelsesland, innvandringsgrunn, botid og kjønns- og alderssammensetningen i de ulike gruppene. For innvandrergrupper som dem fra Pakistan og Iran har det vist seg at de oftere drar til sine fastleger enn de øvrige pasienter[37]. Innvandrere fra EU/EØS-land som har bodd i kortere tid i Norge og ikke gått inn på det norske systemet, har vært mindre hos fastlegen og har oftere oppsøkt legevakten[38].

De fleste fastleger mente at innvandrerkvinner kom oftere på legebesøk enn både menn og barn. Fra den tidligere omtalt ”Innvandrer-HUBRO”-undersøkelse, vises det at innvandrerkvinner har dårligere helse enn innvandrer menn og enn hele befolkningen sett under ett (figur 13). Dette stemmer med det fastlegene i denne undersøkelsen fortalte om sine erfaringer med innvandrerpasienter i denne studien.



Figur 13. Sammenligning mellom innvandrere og helebefolkningen, etter kjønn og alder i forhold til dårlig helse (16-70 år). Kilde: Statistisk Sentralbyrå.

Over halvparten av fastlegene oppga at innvandrerpasienter som kommer til dem er av samme kjønn som dem selv. I Nederland, har Kerssens *et al.* forsket på om pasienter foretrekker å bli undersøkt av helsepersonell av samme kjønn eller om dette ikke er av betydning. Tretten helsepersonellgrupper ble

inkludert i prosjektet (allmennleger, spesialistleger, jordmødre, sykepleiere med mer). I alt, 961 av 1113 randomiserte pasienter deltok i undersøkelsen. Det viste seg at pasienter generelt foretrakk helsepersonell av samme kjønn som dem selv, spesielt når det gjaldt fastleger og gynekologer. Pasientene ga uttrykk av at det handler om at man føler seg mer bekvem når legen er av samme kjønn spesielt når det dreide seg om intime undersøkelser og seksualliv [39].

I en ny norskstudie viste Brekke *et al.* at arbeidende gravide innvandrere oftere blir sykmeldte enn etnisk norske gravide i løpet av de to første trimesterne. Grunnen til det, i følge Brekke *et al.*, kan være at innvandrerkvinner har dårligere helse før svangerskapet sammenlignet med etnisk norske kvinner, at innvandrerkvinner jobbeomstendigheter kan være ”vanskeligere” enn norske graviditeters og/eller dårligere norskkunnskaper [40].

Det blir allikevel litt vanskelig å vurdere legenes erfaringer med hyppigheten av gravide kvinners besøk på grunn av at mange mente at gravide med innvandrerbakgrunn ofte følger opp sine graviditeter hos jordmødre på helsestasjoner enn hos fastlegene.

Fastlegene som ble intervjuet syntes innvandrerpasienter hadde lavere terskel for å kontakte legen når det gjaldt kortvarige sykdommer - mens høyere terskel når det gjaldt oppfølging av de langvarige sykdommene.

Noen av legene presiserte at innvandrerpatientens har lavere terskel for å kontakte dem når det gjelder akutte sykdommer- og at dette ofte handler om å få antibiotikaforskrivninger. I en studie fra Kairo ble 577 mødre intervjuet. De ble spurt om hvordan de brukte antibiotika. Det viste seg at 86 % var villig å bruke antibiotika i tilfelle de får diagnose ”tonsillitt”, og 15 % var villige til å bruke antibiotika om de får diagnose luftveisinfeksjon. Det som var interessant, var at 21 % av mødre oppbevarte resten av antibiotikakuren til en eventuell fremtidig bruk, 24 % brukte samme antibiotika på sine barn i tilfelle de merket tilsvarende symptomer uten å ha vært hos legen, ti prosent snakket med farmasøyter på apotek om antibiotikabruken for å få råd [41]. I Egypt, kan man få kjøpt nesten hvilken som helst antibiotikakur på apoteket uten å ha nødvendigvis vært hos legen. Grunnet spredt fattigdom i landet, kan folk kjøpe ett brett med antibiotika tablett/ kapsler, ta kapslene i par dager og med engang de føler seg bedre, dropper de å ta resten av kuren ut. Dette gir herved en økende antibiotikaresistens i landet.

Legemidler er strengt regulert i Norge og de fleste medisiner er reseptbelagte, i motsetning til de fleste ikke-vestlige land. Statens helsetilsyn har tatt initiativet til utarbeiding av nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk som vil si at fastlegene er rådet til å være tilbakeholden når det gjelder antibiotika forskrivninger og at de ikke skriver ut en antibiotikakur ”for sikkerhets skyld”.

Alt dette forklarer eventuelt at innvandrerpasienter oftere:

- Ber farmasøytene om å kjøpe medisiner som er reseptbelagte i Norge som de er vant til å kjøpe uten resept på apotek i sine land.
- Blir oppfattet som personer med høyere forventninger til legemidlets effekt enn øvrige pasienter. Farmasøytene opplever innvandrerer kunder som personer som ville behandles med medisiner selv for lettere symptomer som for eksempel litt forkjølelse eller lett kvalme.
- Har lavere terskel for å ta kontakt med legen når det gjelder å få forskrevet en antibiotikakur. Siden de fleste fastleger er tilbakeholdne angående det, ender pasienter med innvandrerbakgrunn med at de ofte går på apoteket og kjøper smertestillende preparater som for eksempel Paracet® for å lindre smertefølelse de gjennomgår.

5.2.2 Sykdomsprofilen til innvandrerpasienter

Det kom tydelig frem at fastlegene følte at innvandrerpasienter oftest lider av diabetes og diffuse muskel og skjelettsykdommer. Dette stemmer overens med de studiene som er tidligere nevnt.

Det ble i 2004 gjort en generell undersøkelse i Nederland for å finne ut om tyrkiske og marokkanske innvandrere hadde større tendens i å utvikle diabetes enn hele befolkningen. Det var 375 tyrkere, 314 marokkanere og 417 nederlendere i alder 18-70 år som deltok i undersøkelsen. Disse ble veid, målt blodsukker og HbA1c-verdier ble registrert og spurt om deres bruk av antidiabetika. Det ble funnet at marokkanere og tyrkere hadde større tendens til å utvikle diabetes enn nederlendere. Overvekt var en hoved risikofaktor i diabetesutvikling hos de to innvandrergruppene. Det ble også påvist at både marokkanere og tyrkere utvikler diabetes 10-20 år tidligere enn hos hele befolkningen [42].

I en norsk studie fra 2006, fant Tran *et al.* at innvandrerpasienter fra flere etniske minoritetsgrupper fikk diabetes 8-15 år tidligere enn etnisk norske pasienter. I tillegg ble det vist at innvandrerpasienter hadde dårligere kontroll på blodsukkernivået sammenlignet med de øvrige pasientene [43]. Fra «farmasøytstudien fra 2012», mente farmasøytene også at innvandrerpasienter ofte kommer og henter legemidler til å behandle diabetes. De beskrev at det er vanlig at innvandrerpasienter får forskrevet resepter med flere typer legemidler mot diabetes og kalte ofte det «reseptbunker» [33].

I tillegg fortalte farmasøytene at innvandrerpasienter bruker mye D-vitamintilskudd og smertestillende medikamenter som for eksempel Paracet®. Dette stemmer med blant annet studien til Håkonsen og Toverud som viste at nesten halvparten av de deltakende pakistanske førstegenerasjonsinnvandrerne brukte ikke-reseptbelagte smertestillende preparater fast [18]. Fastlegene mente at innvandrerpasienter

plages av mye diffuse uklare muskelsmerter og dermed blir det ikke rart at de kjøper mye smertestillende medikamenter som Paracet®. Som beskrevet innledningsvis, viser det også at D-vitaminmangel kan forårsake muskel og skjelettsmerter [16].

5.2.3 Fastlegers og farmasøyters utfordringer i møte med innvandrerpasienter

5.2.3.1 Språk

Det fremkom at to tredeler av de deltagende fastlegene syntes at det er vanskeligere å stille en diagnose hos innvandrerpasientene enn øvrige pasientene. Åtte av ti fastleger nevnte språkvansker som hovedårsak til dette. I «farmasøytstudien fra 2012» rapporterte farmasøytene også at språkvansker er den største utfordringen de opplevde ved betjeningen av innvandrerpasienter på apotek [33].

I en nederlandsk by med mange innvandrere, har Van Wieringen *et al.* undersøkt om det var forskjell i kommunikasjonen når fastleger behandlet etnisk nederlandske pasienter og når fastleger behandlet innvandrerpasienter. Det framkom at fastleger har en bedre lege-pasient kommunikasjon med etniske nederlandske pasienter sammenlignet med innvandrerpasienter. Det ble konkludert at en god kommunikasjon mellom pasienter og leger fører til en bedre legemiddellevelse [44].

Når det gjelder bruk av tolk ved dårlig norskkunnskaper under legekonsultasjon, ble det oppgitt varierende svar fra fastlegene på hvor hyppig de bestiller tolk til sine pasienter. Det ble nevnt at «tolken» kan være alt fra en tolkansatt i kommunen til vedkommendes barn, slekt, venner med mer. Farmasøytene i «farmasøytstudien fra 2012» fortalte at det hendte at innvandrerpasienter med dårlige norskerferdigheter bruker mindreårige barn som tolk, andre familiemedlemmer, eller at de ringer bekjente som de tror kunne beherske norsk bedre enn dem selv. I noen tilfeller var det vanlig å sende noen til apoteket istedenfor til å hente medisinen [33]. Noen leger og farmasøyter fortalte at blant annet Google translate, peking og tegning blir brukt som hjelpemidler for å kunne kommunisere med innvandrerpasienter med dårlige norskerferdigheter. Underbruk av tolk i helsetjeneste kan årsake usikker formidling av informasjon til pasienter med dårlig norskerferdigheter. Bedre rutiner for å få minsket legekonsultasjoner uten tolk i tilfeller der dette er nødvendig er meget viktig [45].

Karliner *et al.* samlet litteratur om nytten av bruk av kompetente tolker under legekonsultasjoner for pasienter med dårlige norskkunnskaper. Det ble konkludert at profesjonelle tolker er nyttige for å bedre en lege-pasient samtale med å ekskludere misforståelser mellom pasient og lege grunnet språkbarriere [46].

I studien til Håkonsen og Toverud ble det funnet at det er utstrakt bruk av familiemedlemmer som tolker, oftest barn, eller at de sender andre for seg til apoteket for å hente medisinene. [25]. Dette var også noe farmasøytene fra «farmasøytstudien fra 2012» rapporterte. De fortalte at de ofte tvilte på kompetansen og kunnskapen til barna som brukes som «tolker» og lurte på om det var riktig å formidle informasjon gjennom dem [33].

Syv av ti leger nevnte at det er spesielle temaer det kan vær vanskelig å snakke med innvandrerpasienter om. Sex og privatliv mellom ektefeller er blant disse. Dette kan forklares med kulturelle forskjeller mellom pasienter og fastleger. I mange land anses sex og intimitet som tabubelagte temaer og det kan oppfattes av legen som ikke ønskelig at slike temaer tas opp med innvandrerpasienter. Resultatene tyder på at fastleger ofte opplever innvandrerkvinnene som «undertrykket» av sine menn. Dette forklarte de med at kvinnene måtte snakke først med sine menn om prevensjon blant annet før de begynner med det. Andre leger forklarte at de går mer forsiktig frem hvis de føler at pasienten er i samlivsbruddfase enn hos en etnisk norsk pasient. Det var også leger som ikke ville snakke med innvandrerkvinner om for eksempel prevensjon hvis en mannlig tolk var tilstede, og dersom legen følte at pasientene ville være ubekvemme til tross for at legene vet at pasientene hadde behov for den type informasjon.

De fleste fastleger oppga at de pleier å gi mer informasjon og/eller annen type informasjon til innvandrerpasienter enn til øvrige pasienter. De forklarte dette med at de prøver å fokusere på det viktigste i behandlingen på så enkel måte som mulig. Mange nevnte at det blir mye gjentakelse under konsultasjonen. Til tross for dette, opplevde fastlegene at de stadig er veldig usikre om innvandrerpasientene faktisk får med seg alt. Noen tilføyde at de pleier å skrive lapper med beskjeder i håp om at apotekpersonalet kan hjelpe pasientene ytterligere. På den andre siden, mente flere farmasøyter i «farmasøytstudien fra 2012» at det hender de ble oppgitt over å kommunisere med innvandrerpasienter med språkvansker[33]. Farmasøytene fortalte at de i noen tilfeller informerer bare om det mest viktige eller bare henviser til etiketten. Mange farmasøyter innrømte at de dropper å informere innvandrerpasienter og håper at fastlegen har gjort det [33]. Innvandrere er en stor kulturell smeltedigel med ulike forventninger og sykdomsprofiler. Dette kan tydeligvis føre til en ekstra utfordring for helsepersonell som kan være krevende og til tider frustrerende. Denne studien poengterer at både fastleger og farmasøyter ofte fraskriver seg ansvaret i å formidle innvandrerpasienter tilstrekkelig informasjon, særlig rundt legemiddelhåndtering.

Harmsen *et al.* undersøkte i en studie hvor tilfredse innvandrerpasienter er med fastlegene. I alt ble 663 personer intervjuet. Innvandrerpasienter var generelt tilfredse, men likevel i mindre grad enn etnisk nederlandske pasienter. Det ble vist at jo dårligere språkferdigheter er, jo dårligere blir kommunikasjon med legen [47].

Helsetjenester i Norge skal ytes likeverdig til hele befolkningen, uavhengig av den enkeltes opprinnelsesland, kultur, tradisjon eller trostilhørighet. Språkproblemer og kulturelle forskjeller er hovedgrunner som vanskeliggjør kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient og gjøre det krevende å yte gode helsetjenester. En spesiell utfordring ligger i at ulike kulturelle forståelser av sykdomsgrunner og årsaker er avgjørende for hvordan en person forholder seg til helse og sykdom. Den norske sykdomsforståelsen kan avvike mye fra mange innvandrerpasienters egen forståelse og behandlingen kan vanskelig gis uten at behandler har kjennskap til pasientens bakgrunn. Dermed står helsepersonellet overfor store utfordringer, blant annet hvordan behandle en person når sykdomsforståelsen, legemiddelbruk, symptomer med mer kan variere sterkt fra det man er vant til å behandle- og hvordan tilnærme seg kultur regulerte og eventuelt tabubelagte områder, uten at pasientens grunnleggende krav til respekt og verdighet krenkes.

5.2.3.2 Religion

- **Ramadan**

Av fastlegene som deltok, mente majoriteten at de i blant får spørsmål fra muslimske innvandrerpasienter angående legemiddelbruk under Ramadan. På den andre siden påsto de fleste farmasøytene som deltok i «farmasøytstudien fra 2012» at de aldri hadde fått spørsmål fra muslimske pasienter om det [33]. Kun fire av ti fastleger fortalte at de generelt pleier å snakke med muslimske pasienter, særlig diabetikere, om viktigheten av å ta medisiner som forskrevet. En av to leger nevnte at de hadde lagt merke til at muslimske pasienter endrer legemiddelbruk under Ramadan. Flere leger mente også at de kanskje bør snakke oftere om fasten og legemiddelbruk under fasten med muslimske pasienter.

Fra Håkonsen og Toveruds studie, ble det funnet at nesten 50 % av de førstegenerasjons pakistanske innvandrere, endret legemiddelbruken under fastemånedens [18].

Det er derfor viktig med at allmennpraktiserende leger snakker med muslimske pasienter som har en kronisk sykdom og prøve å finne en løsning for å kunne oppnå en god sykdomskontroll men også ved forskrivning av kurer med hyppig dosering.

- **Svinegelatin**

De fleste fastlegene oppga at de ikke tenker på at legemidler kan inneholde gelatin fra svin og dermed heller ikke tenke på det som et religiøst problem for muslimske pasienter. De fikk heller aldri spørsmål om dette fra disse pasientene. Farmasøytene fra «farmasøytstudien fra 2012» fortalt derimot at de blir spurt om dette [33]. Som nevnt tidligere, fant Sattar *et al.* at 63 % av deltagende pasienter forventet å bli informert om legemidler inneholder svinegelatin av sine fastleger mot 35 % som forventet å få samme informasjon fra farmasøytene. I tillegg fant Sattar at 70 % av fastlegene ikke var klar over denne problemstillingen, men innrømmet at de burde informere pasientene dette gjaldt [23].

At noen av fastlegene fraskrev seg ansvaret vedrørende svinegelatininnhold i kapsler og overlot det til apotekpersonalet, kan fort føre til fortvilelse blant muslimske pasienter som igjen kan lede til dårlig legemiddeletterlevelse. Farmasøytene selv står foran et problem når det gjelder å gi informasjon om legemidler inneholder svinegelatin siden muslimer er en stor gruppe med store variasjoner hvor noen kan være veldig konservative og andre kan være nesten ikke-troende. Farmasøytene sa at det hender de får sterke reaksjoner fra konservative muslimer som: *"Jeg har hatt flere som har sagt at heller sykt barn enn å ta en tablett med gelatin"* [33]. Det er viktig også å nevne at det ikke bare muslimer som ikke kan innta svine produkter. For eksempel jøder og vegetarianere er også personer som av religiøse eller andre årsaker ikke spiser produkter som inneholder svin. Det var interessant å registrere at fastlegene tenkte kun på muslimske pasienter som den eneste gruppen denne problemstillingen gjelder.

Fastlegene står foran en utfordring ved forskrivning av legemidler som inneholder svinegelatin til disse pasienter. Farmasøytene opplever stadig at enkelte pasienter ikke tar medisinen slik legen har forskrevet på grunn av religiøse begrensninger. Da er det en tidkrevende oppgave å ringe til legen for å finne andre alternativer. Bedre samarbeid mellom fastleger og farmasøyter er påkrevd for å sikre en bedre sykdomskontroll hos disse pasientene. Legemiddelprodusenter bør også ta på seg ansvaret i å merke legemidlenes innhold godt slik at det blir lettere for både pasienter, fastleger og farmasøyter å finne ut hva legemidlene/kosttilskudd inneholder.

5.2.3.3 Generisk substitusjon

Mens alle farmasøytene i «farmasøytstudien fra 2012» snakket om at generisk substitusjon var den andre store utfordringen i møte med innvandrerpasienter, påsto fastlegene at dette ikke var det. Innvandrerpasienter blir ikke ofte reservert mot generisk bytte sammenlignet med de øvrige pasienter sett fra allmennlegens perspektiv. Grunnet fordelaktige innkjøpsavtaler for de ulike apotekkjedene, kan det hende at man finner ulike generika i de ulike apotek samt at disse legemidlene varierer i

samme apotekkjede. Med manglende språkforståelse kan det fort føre til fortvilelse blant innvandrerpatienten og frustrasjon blant farmasøytene.

Studien til Håkonsen og Toverud viste at generisk substitusjon ikke var akseptert blant mange av de førstegenerasjons pakistanske innvandrerne. Hele 10 % brukte to likeverdige generika samtidig uten å være klar over det. En av fire trodde at generiske legemidler var av dårligere kvalitet siden de var «billigere» og at effekten av disse «kopi»preparater var dårligere [25].

Mange farmasøyter fortalte også at språkproblemer hos innvandrerpatienter kan by på store vanskeligheter når det gjelder å gi informasjon om refusjonsordningen. Mange farmasøyter mente at innvandrerpatienter kjøper ekstra mengde medisiner forskrevet på blåresept etter å ha fått frikort og dette i større grad enn etnisk norske pasienter [33].

De fleste fastleger som deltok i studien mente at det er en økt risiko for dobbelbruk eller feilbruk forbundet med «generisk bytte» hos innvandrerpatienter, særlig blant eldre og dem med språk- og kommunikasjonsvansker.

6. Konklusjon

Fastlegene i studien rapporterte at ikke-vestlige innvandrerpasienter generelt kommer hyppigere til konsultasjon enn etniske nordmenn. Dette gjelder i særlig grad kvinner. Disse pasientene kontakter fastlegen i stor grad i akutte situasjoner, ofte med ønske om antibiotikaforskrivninger.

Fastlegene var opptatt av at diabetes og diffuse muskel- og skjelettsmerter er de lidelsene som oftest forekommer hos innvandrerpasienter. Dette sammenfaller med farmasøytene rapportering om stor bruk av antidiabetika og analgetika.

Både fastleger og farmasøyter mente at språkvansker er den største utfordringen de har i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn. Begge gruppene mente at det er vanskelig å formidle informasjon til innvandrere med dårlige norskkunnskaper, og håpet av og til at den andre gruppen tok seg av problemet.

Halvparten av fastlegene fortalte at de ofte får spørsmål om legemiddelbruk under Ramadan. Dette gjaldt imidlertid ikke farmasøytene som ikke tenkte på Ramadan-faste som et medisinsk/farmasøytisk problem. Derimot hevdet alle farmasøytene at de stadig får spørsmål om hvorvidt kapsler inneholder gelatin fra svin. Fastlegene sa at de aldri tenkte på legemidlets innholdsstoffer i en slik forbindelse, og betraktet dessuten dette som farmasøytene domene.

Generisk substitusjon var også en stor utfordring, særlig for farmasøytene. Imidlertid var både fastleger og farmasøyter enige om at innvandrerpasienter står overfor en økt risiko for feilbruk av legemidler som følge av generisk substitusjon.

Referanseliste

1. Sentralbyrå, S. *Innvandring og innvandrere*. 2012 [cited 2012 28.08.12]; Available from: <http://www.ssb.no/innvandring/>.
2. Sentralbyrå, S. *Nye betegnelser om innvandrere*. 2012 [cited 2012 28.08.12]; Available from: <http://www.ssb.no/vis/magasinet/blandet/art-2008-10-10-01.html>.
3. Sentralbyrå, S. *Flest innvandrere fra de nye EU-landene* 2012 [cited 2012 28.08.12]; Available from: <http://www.ssb.no/vis/emner/02/01/10/innvbef/main.html>.
4. Sentralbyrå, S., *Innvandrere, etter innvandringsgrunn*. 2012.
5. Kommune, O. *Innvandring 2012*. 2012 [cited 2012 30.08.2012]; Available from: <http://www.utviklings-og-kompetanseetaten.oslo.kommune.no/oslostatistikken/innvandring/>.
6. Kommune, O. *Nye tall for innvandrerbefolkningen*. 2012 [cited 2012 30.08.2012]; Available from: <http://www.utviklings-og-kompetanseetaten.oslo.kommune.no/oslostatistikken/article226468-42123.html>.
7. Blom, S. *Innvandrerens helse 2005/2006*. 2012 [cited 2012]; Available from: http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200835/rapp_200835.pdf.
8. Institutt, F.H. *Om helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO/UNGHUBRO)*. 2007 [cited 2012 03.09.2012]; Available from: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,4385:1:0:0:::0:0.
9. Institutt, F.H. *Innvandrer-HUBRO (Helseundersøkelsen i Oslo 2002)*. 2003 [cited 2012 03.09.2012]; Available from: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5640:0:15,1866:1:0:0:::0:0.
10. Glenday, K., et al., *Cardiovascular disease risk factors among five major ethnic groups in Oslo, Norway: the Oslo Immigrant Health Study*. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 2006. **13**(3): p. 348-55.
11. Gill, T., et al., *Body mass index, waist hip ratio, and waist circumference: which measure to classify obesity?* Soz Preventivmed, 2003. **48**(3): p. 191-200.
12. Kumar, B.N., et al., *Ethnic differences in obesity among immigrants from developing countries, in Oslo, Norway*. Int J Obes (Lond), 2006. **30**(4): p. 684-90.
13. Singh, G., *Diabetes Mellitus hos pakistanske innvandrere i Oslo : diabetes mellitus type 2 in a randomly selected population of Pakistanis living in Oslo*, in *Fysiologi og kjemi*. 2005, Medisinsk fakultet: Oslo. p. 8-23.
14. Hjellset, V.T., et al., *Risk factors for type 2 diabetes among female Pakistani immigrants: the InvaDiab-DEPLAN study on Pakistani immigrant women living in Oslo, Norway*. J Immigr Minor Health, 2011. **13**(1): p. 101-10.
15. Jenum, A.K., et al., *Diabetes susceptibility in ethnic minority groups from Turkey, Vietnam, Sri Lanka and Pakistan compared with Norwegians - the association with adiposity is strongest for ethnic minority women*. BMC Public Health, 2012. **12**: p. 150.
16. Knutsen, K.V., et al., *Vitamin D status in patients with musculoskeletal pain, fatigue and headache: a cross-sectional descriptive study in a multi-ethnic general practice in Norway*. Scand J Prim Health Care, 2010. **28**(3): p. 166-71.
17. Blom, S. and K. Henriksen. *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*. Available from: http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200805/rapp_200805.pdf.
18. Hakonsen, H. and E.L. Toverud, *Cultural influences on medicine use among first-generation Pakistani immigrants in Norway*. Eur J Clin Pharmacol, 2012. **68**(2): p. 171-8.
19. Sentralbyrå, S. and L. Østby. *Muslimsk flertall i Norge i fremtiden?* 2011 [cited 2012 05.09.2012]; Available from: http://morgenbladet.no/ideer/2011/muslimsk_flertall_i_norge.
20. Mygind, A., et al., *Patient perspectives on type 2 diabetes and medicine use during Ramadan among Pakistanis in Denmark*. Int J Clin Pharm, 2013.

21. Irfan. *Helse og Ramadan*. 2012 [cited 2012 05.09.12]; Available from: <http://www.irn.no/dialog/entry/helse-i-ramadan>.
22. Helsedirektoratet. *Helseutfordringer rundt ramadan*. 2012 [cited 2012; Available from: <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/ramdan-rad-til-landets-leger.aspx>.
23. Sattar, S.P., et al., *Patient and physician attitudes to using medications with religiously forbidden ingredients*. *Ann Pharmacother*, 2004. **38**(11).
24. Oslo, J.o.D.j.f.v.U.i., *Utlevering av legemidler etter resept og rekvisisjon § 6-6* 2001.
25. Hakonsen, H. and E.L. Toverud, *Special challenges for drug adherence following generic substitution in Pakistani immigrants living in Norway*. *Eur J Clin Pharmacol*, 2011. **67**(2): p. 193-201.
26. departementet, H.o.O. *Fastlegeordning*. 2012 [cited 2012 29.08.2012]; Available from: http://www.regjeringen.no/pages/38018415/forskrift_fastlegeordning_290812.pdf.
27. Legeforeningen, D.N. *Legeforeningens fastlegestatistikk*. 2012 [cited 2013 24.01.2013]; Available from: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Yrkesaktive-leger-i-Norge/Legeforeningens-fastlegestatistikk--artikkel/>.
28. Lien, E., P. Nafstad, and E.O. Rosvold, *Non-western immigrants' satisfaction with the general practitioners' services in Oslo, Norway*. *International journal for equity in health*, 2008. **7**: p. 7.
29. Wiking, E., et al., *Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden*. *Scand J Caring Sci*, 2009. **23**(2): p. 290-7.
30. Schouten, B.C., L. Meeuwesen, and H.A. Harmsen, *GPs' interactional styles in consultations with Dutch and ethnic minority patients*. *J Immigr Minor Health*, 2009. **11**(6): p. 468-75.
31. Apotekforeningen. *Apotek statistisk*. 2013; Available from: <http://www.apotek.no/om-apotek/apotek-i-norge/apotekdekning.aspx>.
32. Olsson, E., et al., *Pharmacist-patient communication in Swedish community pharmacies*. *Res Social Adm Pharm*, 2013.
33. Lees, K., *Utfordringer for farmasøyter ved betjening av innvandrerkunder på norske apotek*, in *Det Matematisk-naturvitenskapelige fakultet*. 2012, Oslo: Blindern.
34. HELFO, H.ø.f. *Fastlegersliste*. 2013 [cited 17.01.2013; Available from: <https://tjenester.nav.no/minfastlege/innbygger/fastlegesokikkepalogget.do>.
35. Dagensmedisin. *Dårlig respons fra fastleger*. 2013; Available from: http://www.dagensmedisin.no/nyheter/darlig-respons-fra-fastleger/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.
36. Håkonsen, H. and E.-L. Toverud, *Personlig meddelelse*. 2013.
37. Sentralbyrå, S. *Halvparten av innvandrerne til fastlege*. 2012 [cited 2013 07.03.2013]; Available from: <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/halvparten-av-innvandrerne-til-fastlege>.
38. Smaland Goth, U.G. and J.E. Berg, *Migrant participation in Norwegian health care. A qualitative study using key informants*. *Eur J Gen Pract*, 2011. **17**(1): p. 28-33.
39. Kerssens, J.J., J.M. Bensing, and M.G. Andela, *Patient preference for genders of health professionals*. *Soc Sci Med*, 1997. **44**(10): p. 1531-40.
40. Brekke, I., et al., *Doctor-certified sickness absence in first and second trimesters of pregnancy among native and immigrant women in Norway*. *Scand J Public Health*, 2013.
41. Aboul Fotouh, A.M., S.E. el-Damaty, and F.Y. Abdel Megeid, *Mother's knowledge about antibiotic and role of self prescription*. *J Egypt Public Health Assoc*, 1998. **73**(1-2).
42. Ujcic-Voortman, J.K., et al., *Diabetes prevalence and risk factors among ethnic minorities*. *Eur J Public Health*, 2009. **19**(5): p. 511-5.
43. Tran, A.T., et al., *Quality of care for patients with type 2 diabetes in general practice according to patients' ethnic background: a cross-sectional study from Oslo, Norway*. *BMC Health Serv Res*, 2010. **10**: p. 145.
44. Van Wieringen, J.C., J.A. Harmsen, and M.A. Bruijnzeels, *Intercultural communication in general practice*. *Eur J Public Health*, 2002. **12**(1): p. 63-8.
45. Olsen, C.R., *Likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning : En kvalitativ studie av pasienter med innvandrerbakgrunn og det norske helsevesenet*. 2011.

46. Karliner, L.S., et al., *Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature.* Health Serv Res, 2007. **42**(2): p. 727-54.
47. Harmsen, J.A., et al., *Patients' evaluation of quality of care in general practice: what are the cultural and linguistic barriers?* Patient Educ Couns, 2008. **72**(1): p. 155-62.

Vedlegg 1 « Invitasjon til deltakelse i studie om erfaringer og holdninger til innvandrerpasienter.»

Hei!

Jeg heter Walaa Abuelmagd og er farmasistudent ved Avdeling for Samfunnsfarmasi, Farmasøytisk Institutt, Universitetet i Oslo. Jeg holder på med å skrive den avsluttende masteroppgaven «**Norske allmennlegers erfaringer med og holdninger til pasienter med innvandrerbakgrunn**». Oppgaven blir gjennomført under veiledning av professor Else-Lydia Toverud og post doktor Helle Håkonsen.

Tidligere forskning ved avdelingen viser at mange innvandrerpasienter går oftere til lege og bruker flere legemidler enn befolkningen sett under ett, samt at det er vanskeligere å oppnå full sykdomskontroll hos denne pasientgruppen (1).

En lignende forskning ble gjennomført i år der man intervjuet etnisk norske farmasøyter som jobber i Oslo-bydeler med høy andel ikke-vestlig innvandrere. Forskningen viser at norske farmasøyter ofte finner store utfordringer i å formidle informasjon til innvandrerpasienter grunnet språkvansker med mer og de de håper på at innvandrere får tilstrekkelig informasjon fra sine fastleger (2).

Vi vet fortsatt lite om holdninger og utfordringer dere allmennleger som jobber i områder med høy andel ikke-vestlige innvandrere har imøte med denne pasientgruppen. Dette har vi lyst å finne ut noe mer om.

Studien blir gjennomført via en spørreskjemaundersøkelse. Der kommer jeg primært til å spørre om dine erfaringer med innvandrerpasienter. Alt av informasjon og personlige data jeg samler inn til denne undersøkelsen kun vil bli brukt i forbindelse med dette forskningsprosjektet og resultatene vil publiseres helt og fullt anonymt.

Det er viktig å formidle at det er frivillig å delta i undersøkelsen, og du kan velge å svare på alle eller bare noen av spørsmålene. Du kan også trekke deg når som helst fra studien uten å oppgi årsak. Dine opplysninger vil anonymiseres og ingen av deltakerne vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.

Jeg vil sette stor pris om jeg kan få intervju deg ved et personlig oppmøte. Jeg kan komme før eller etter legekantorets åpnings tider. Det vil kun ta 5-10 minutter.

For å delta vennligst kontakt meg innen (10 dagers frist) på telefon: 473 68 467 eller e-post wmabuelm@student.farmasi.uio.no .

Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen,

Walaa Abuelmagd.

Veiledere:

Else-Lydia Toverud

Helle Håkonsen

Professor i Samfunnsfarmasi-UIO.

Post doktor, Avdeling for Samfunnsfarmasi-UIO

E-post: e.l.toverud@farmasi.uio.no

E-post: helle.hakonsen@farmasi.uio.no

Referanser:

1. Hakonsen, H. and E.L. Toverud, *Cultural influences on medicine use among first-generation Pakistani immigrants in Norway*. Eur J Clin Pharmacol, 2012. **68**(2): p. 171-8.
2. Lees, K., *Utfordringer for farmasøyer ved betjening av innvandrer kunder på norske apotek*, in *Det Matematisk-naturvitenskapelige fakultet*. 2012, Oslo: Blindern.

Vedlegg 2 «Spørreskjemaet»

INNLEDNING:

Først vil jeg si tusen takk for at du kunne stille i intervju. Som sagt så heter jeg Walaa Abuelmagd og er farmasistudent ved avdeling for Samfunnsfarmasi og skriver min avsluttende masteroppgave «**Norske allmennlegers erfaringer med og holdninger til pasienter med innvandrerbakgrunn**». Jeg vil presisere at alt av informasjon og personlig data jeg får inn via dette spørreskjemaet vil kun bli brukt i forbindelse med dette prosjektet og resultatene vil publiseres helt og fullt anonymt. Jeg finner det viktig å formidle at du kan velge å svare på alle eller bare noen av spørsmålene og kan også trekke deg når som helst fra studien uten å oppgi grunn. Det finnes ingen "gale" eller "riktige" svar, det viktigste at svarene er mest mulig ærlige.

Spørreskjemaet:

1. Innvandrere og deres opprinnelsesland:

De innvandrerne som står på din liste, hvor kommer de oftest fra:

EU/EØS land

USA, Canada, Australia og New Zealand **eller**

Ikke-vestlige land (dvs. Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New-Zealand og Europa utenom EU/EØS.)

2. Innvandrerens kontakt med fastlegen:

1. Hvem kommer oftest til deg?

Etniske nordmenn.

Innvandrere.

Jevnt fordelt.

Vet ikke.

2. Hvis svaret i -(1)- er "innvandrere", hvilke land kommer de oftest fra?

3. Sammenlignet med den gjennomsnittlige etnisk norske pasienten, hvor mye føler du at den gjennomsnittlige innvandrerpatienten kontakter deg? Gjør de det:

Hyppigere.

Like mye.

Sjeldnere.

Vet ikke.

4. Blant pasientene dine med innvandrerbakgrunn, hvem kommer oftest til deg?

Innvandrer menn.

Innvandrer kvinner.

Innvandrerbarn med deres foresatte.

Annet: _____.

5. Føler du at innvandrerpatientene dine oftest har samme kjønn som deg?

Ja.

Nei.

Vet ikke.

6. Hvis svaret i – (5) – er ”Ja”, hvilken/hvilke nasjonalitet/nasjonaliteter har du inntrykk av er mest opptatt av at legen er av samme kjønn?

7. Føler du at gravide med innvandrerbakgrunn er oftere på svangerskapskontroll sammenlignet med etnisk norske gravide kvinner?

Ja, oftere.

Nei, sjeldnere.

Har ingen mening.

8. Har du inntrykk av at innvandrerpatienter har lavere terskel for å kontakte deg når det gjelder akutte sykdommer sammenlignet med etnisk norske pasienter?

Ja.

Nei.

Vet ikke.

9. Syns du at innvandrerpasienter er oftere hos deg for oppfølging av deres kroniske sykdommer enn de øvrige pasientene

Ja.

Nei.

Vet ikke.

10. Blant dine innvandrerpasienter, hvilke diagnoser har de i særlig grad?

_____.

3. Fastlegers erfaringer med innvandrerpasienter:

11. Syns du det kan være vanskelig å stille en diagnose hos innvandrerpasienter sammenlignet med de øvrige pasienter?

Ja.

Nei.

Vet ikke.

12. Hvis svaret i - (11) – er ”Ja”, hva kan grunnen være tror du?

(Hvis språkvansker ikke blir nevnt i (11), så spør jeg neste:)

13. Syns du at språkvansker hos pasienter med innvandrerbakgrunn kan være en utfordring når du stiller diagnose?

Ja

Nei.

Vet ikke.

14. Hvis svaret i – (13) – er ”Ja”, hvilken/hvilke innvandrergruppe/ grupper og ut ifra alder, kjønn og nasjonalitet tror du først og fremst dette gjelder?

_____.

15. Omtrent hvor stor andel av innvandrerpasientene dine vil du si har med seg tolk?

_____.

16. Hva slags tolk har disse pasientene med seg?(kan velge flere alternativer)

Tolk ansatt i kommunen.

Pasientens ektefelle.

Pasientens barn.

Pasientens annen familie.

Noen av pasientens venner.

Annet: _____.

17. Hvis pasienter med dårlige norskferdigheter ikke har tolk med seg, hva gjør du i slike situasjoner?

_____.

18. Er det temaer som det kan være spesielt vanskelig å snakke med innvandrerpasienter om?

Ja.

Nei.

Vet ikke.

19. Hvis svaret i – (18)- er ”Ja”, hva kan det være?

20. Føler du at det er noe forskjell på hva du gir av informasjon til innvandrerpasienter sammenlignet med de øvrige pasientene?

Ja.

Nei

Vet ikke.

21. Hvis svaret i -(20)- er ”Ja”, føler du at du gir mer eller mindre informasjon?

Mer.

Mindre.

22. Hender det at du får spørsmål fra muslimske pasienter om Ramadan og legemiddelbruk under fasten?

Ja.

Nei.

Vet ikke.

23. Legger du selv noen gang merke til at muslimske pasienter endrer sin legemiddelbruk under Ramadan?

Ja.

Nei.

Vet ikke.

24. Hvis svaret i – (23)- er ”Ja”, omtrent hvor stor andel av muslimske pasienter vil du si at det gjelder?

_____.

25. Føler du at dette gjelder like mye første- somannengenerasjons innvandrerpasienter?

Ja.

Nei, mer med førstegenerasjons innvandrerpasienter.

Nei, mindre med førstegenerasjons innvandrerpasienter.

Vet ikke.

26. Snakker du generelt med muslimske pasienter om viktigheten av å ta legemidler også under Ramadan?

Ja.

Nei.

Kommentar: _____.

27. Tenker du over at noen legemidler kan inneholde gelatin fra svin?

Ja

Nei

Vet ikke.

28. Hvis svaret i – (27) – er ”Ja”, gir du informasjon om dette til de gruppene som du tror at dette har religiøs eller en annen betydning for?

Ja.

Nei.

Vet ikke.

29. Hvis svaret i -(28)- er ”Ja”, hvilken/hvilke grupper tenker du dette gjelder?

30. Hender det at du får spørsmål fra innvandrerpasienter om legemidler du forskriver inneholder gelatin fra svin?

Ja.

Nei

Vet ikke.

31. Til slutt tenker jeg å spørre deg om generiske legemidler, også kalt ”kopilegemidler”. Får du spørsmål fra innvandrerpasienter når det gjelder generiske legemidler?

Ja.

Nei.

Vet ikke.

32. Er det noen forskjell på hvor ofte du får spørsmål angående generiske legemidler fra innvandrerpasienter sammenlignet med øvrige pasienter?

Ja.

Nei.

Vet ikke.

33. Hvis svaret i – (32)- er ”Ja”, føler du får flere eller færre spørsmål?

Flere.

Færre.

34. Hender det at du oftere reserverer innvandrerpasienter mot slikt bytte sammenlignet med de etnisk norske?

Ja

Nei.

Vet ikke.

35. Hvis svaret i – (34)- er ”Ja”, hva er grunnen/ grunner til det?

36. Tror du at det er en økt fare for dobbeltbruk eller annen feilbruk forbundet med generiske legemidler hos innvandrerpasienter?

Ja.

Nei.

Vet ikke.

Kommentar: _____

4. Personlig data:

Eksamensår: _____.

Hvor mange år har du jobbet i denne bydelen som fastlege: _____.

Fødselsår: _____.

Kjønn: Mann / Kvinne.

Tusen takk for hjelpen!

Vedlegg 3 «Meldeskjema»

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjekttittel		
Tittel	«Norske allmennlegers erfaringer med og holdninger til pasienter med innvandrerbakgrunn»	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Oslo	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet	
Institutt	Farmasøytisk institutt	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Else-Lydia	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Toverud	
Akademisk grad	Doktorgrad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Stilling	Professor	
Arbeidssted	Farmasøytisk institutt	
Adresse (arb.sted)	Farmasibygningen Sem Sælands vei 3	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Postnr/sted (arb.sted)	0371 Oslo	
Telefon/mobil (arb.sted)	22856129 /	
E-post	e.l.toverud@farmasi.uio.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja ● Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Walaa	
Etternavn	Abuelmagd	
Akademisk grad	Høyere grad	
Privatadresse	Stasjonsveien 38	
Postnr/sted (privatadresse)	1365 Blommenholm	
Telefon/mobil	47368467	
E-post	nobodyisperfect8@hotmail.com	
5. Formålet med prosjektet		

Formål	Å undersøke etnisk norske allmennlegers erfaringer med og holdninger til ved forskrivning av legemidler til innvandrere- pasienter i områder av Oslo med høy andel innvandrere.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l. Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		
Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> • Enkel institusjon ○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt ○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt 	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		
7. Utvalgsbeskrivelse		

Utvalget	Alle etnisk norske allmennpraktiserende leger i de 7 bydelene av Oslo med høyest andel innvandrere.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Komplett liste hentet fra HELFO	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Det er planlagt å sende et informasjonsbrev først via e-post til de aktuelle fastlegene.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om dette på temaside Hva skal du forske på?
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som utvalget tinnngår	De 117 etnisk norske allmennlegene vil bli kontaktet	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input checked="" type="checkbox"/> Spørreskjema <input type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar		
9. Datamaterialets innhold		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Generelle informasjon om fastlegers erfaringer med innvandrerpasienter, totalt anonymt	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet. NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.

Samles det inn direkte <small>personidentifiserende</small> opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er
Spesifiser hvilke		NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger innhentes/registreres i forbindelse med prosjektet.
Samles det inn indirekte <small>personidentifiserende</small> opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom

Hvis ja, hvilke?		bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg. Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes. Les mer om krav til samtykke
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares		NB! Som hovedregel bør ikke direkte

navnelisten/ koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?		personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		

Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input checked="" type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil. Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Datamaskintilgangen er beskyttet med brukernavn og passord	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	bærbar datamaskin (MAC PRO AIR)	NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?	Veilederen Else-Lydia Toverud og nest veileder Helle Håkonsen.	
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontrakteres/reguleres
Hvis ja, hvilken?		

Les mer om databehandleravtaler her

12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser

Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes
Kommentar		Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		

13. Prosjektperiode

Prosjektperiode	Prosjektstart:01.11.2012	<p>Prosjektstart</p> <p>Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter.</p> <p>Prosjektslutt</p> <p>Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.</p>
	Prosjektslutt:01.11.2013	
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	<p>Med anonymisering menes at datamaterialet bearbejdes slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata.</p> <p>Les mer om anonymisering</p>
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	All personlige data blir slettet når prosjektet er avsluttet.	<p>Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.</p> <p>Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.</p> <p>Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.</p> <p>Les om arkivering hos NSD</p>
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		
14. Finansiering		
Hvordan prosjektet finansieres	Master oppgave i UIO.	
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger	Håper på en rask behandling av min søknad. Jeg har frist å levere min master oppgave i mars 2013 og må rekke å intervju fastlegene samt skrive ferdig oppgaven. Takk for forståelse.	
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	2	