

Allmennt medisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelse. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennt medisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.



Ramadan, diabetes og allmennlegens rolle

■ ARILD AAMBØ lege og seniorrådgiver ved Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI / www.nakmi.no)

Å videreføre en religiøs tradisjon under helt andre forhold enn der hvor tradisjonen en gang oppstod kan være en utfordring også for den troende. Den rituelle fasten under muslimenes Ramadan er en slik tradisjon, og den praktiseres i dag av muslimer over hele verden. På våre nordlige breddegrader kan lange dager og lyse netter gjøre det spesielt vanskelig å følge Koranens angivelser. Men faste i seg selv er ikke uproblematisk i et helseperspektiv, for eksempel dersom pasienten har diabetes. Hva bør allmennleger vite – og hva er allmennlegens ansvar og muligheter for innflytelse?



Arbeidsinnvandringen fra bl.a. Tyrkia, Pakistan og Marokko på 1970-tallet var begynnelsen til det religiøse og kulturelle mangfold vi har i dagens Norge. ILLUSTRASJONSFOTO: ARILD AAMBØ

Fra arbeidsinnvandring til religiøst mangfold

Da Norge på begynnelsen av 70-tallet begynte å ta imot arbeidsinnvandrere fra Pakistan, Tyrkia og Marokko ante vi lite om det kulturelle mangfoldet som i dag kjennetegner de fleste europeiske land. Ifølge Statistisk sentralbyrå har nå over 700 000 personer – eller 14 prosent av Norges innbyggere – innvandrerbakgrunn. De kommer fra mer enn 250 land – noen som flyktninger og asylsøkere, flere og flere som arbeidsinnvandrere eller familiegjenforente, og ca 120 000 personer med inn-

vandrerbakgrunn er født i Norge av innvandrereforeldre. Innvandrere er i økende grad etterspurt arbeidskraft, men de kommer hit som hele mennesker, som personer, og har det til felles at de i migrasjonsprosessen har gjennomlevd – og fortsatt gjennomlever – store endringer. Ikke bare møter de nye mennesker, et nytt språk og andre skikker og verdier, men de må forholde seg til et annet klima, et annet landskap, til andre institusjoner, politiske føringer og strategier, og de konfronteres med former for tjenesteyting og deltakelse som for noen kan virke ganske så fremmedartet. I

denne omfattende tilpasningsprosessen blir religionen ofte det viktigste – noen ganger det eneste – faste holdepunktet utenfor en selv¹. Religiøse tradisjoner og ritualer endres langsomt. Høytider gjentas regelmessig og forutsigbart. Slik bidrar religionen til stabilitet. I et integreringsperspektiv er dette viktig, fordi når noe er stabilt, forutsigbart og trygt kan det gjøre tilpasningsprosessen på andre områder lettere og mindre smertefull.

¹ I Norge er det i dag ca 100 000 registrerte muslimer, 15 000 buddhister og ca 9000 med annen religion.

I dagens Norge er helsearbeidere ikke vant til å se sykdom og lidelse i et religiøst perspektiv, og i møte med andre religioner (som de færreste har inngående kjennskap til) kan utfordringene bli særlig store. Den mer eller mindre obligatoriske fasten under den muslimske høytiden Ramadan² er for mange helsearbeidere en slik utfordring (1).

Muslimere må respektere fasten, men i praksis finnes unntak

Ifølge den islamske lovtradisjonen (*fiqh*) er alle ansvarlige muslimer forpliktet til å faste under Ramadan, den niende og helligste måneden i den islamske kalenderen. Fasten (*sawm*) innebærer at den troende avholder seg fra mat, drikke, tobakk, medisinnntak og intimt samvær fra daggry til solnedgang, med intensjon om tilbedelse. Det er detaljerte regler for hvem som kan faste, hvor lenge, hva som kan gjøre fasten ugyldig, og videre hvordan dette kan kompenseres for (2). Selv om det er enkelte forskjeller de ulike islamske lovskolene imellom når det gjelder hvordan reglene skal praktiseres, synes det å være enighet om at kvinner som menstruerer eller er i barsel *ikke skal* faste. En person på reise, barn, kvinner som er gravide eller ammer, og personer som er syke og hvor det fryktes at sykdommen kan bli verre eller at bedring kan forsinkes ved faste, er *ikke pålagt* faste. I de fleste tilfeller forventes det da at fasten tas igjen på et senere tidspunkt. Det er imidlertid sterke religiøse føringer for å gjennomføre den foreskrevne fasten. Løftene om belønning for den som oppriktig faster under Ramadan er særlig store, både for det nåværende liv og for det hinsidige. Noen argumenterer også med at det er sunt å faste. Mange muslimer, som ifølge *fiqh* kan fritas, faster derfor likevel – selv om de har en påvist sykdom – ofte i strid mot legers råd. Således antyder en studie fra USA (3) at 60–90 prosent av muslimske kvinner faster selv om de er gravide. En større epidemiologisk studie som omfattet 13 land (4), viser at over 40 prosent av pasienter med type 1-diabetes og nærmere 80 prosent av pasienter med type 2-diabetes faster i minst 15 dager under Ramadan. Kun 55 prosent av pasienter med type 2-diabetes var i denne studien enige i at de ikke behøvde å faste under Ramadan.

Men å videreføre en religiøs tradisjon under helt andre forhold enn der hvor tradisjonen en gang oppstod kan være en utfordring også for den troende (5, 6). På våre nordlige breddegrader kan lange dager og lyse netter gjøre det spesielt vanskelig å følge Koranens angivelser. Nord for polarsirkelen er det om



Verdens nordligste moské ligger i Tromsø. Muslimene her følger samme bønne- og fastetider som i Mekka.

sommeren meningsløst å snakke om daggry og solnedgang. I dag bor det mange muslimer også her. Siden fasten har sterkt tilstrebede sosiale virkninger er det ikke ønskelig med 'individuelle løsninger', slik Sande antyder (5), og det er en uttalt målsetting for Islamsk Råd Norge å nå frem til konsensus om retningslinjer som kan regulere faste- og bønnetider lokalt hvor dagene er lange og nettene lyse. Al-Noor-moskeen i Tromsø, som er verdens nordligste, følger da inntil videre samme bønne- og fastetider som i Mekka. Lengre sør følges «nærmeste sted med normal natt» – det vil i praksis si Oslo.

Hva sier forskningen om helsemessige konsekvenser av faste?

Den fysiologiske effekten av kaloriestriksjon og intermitterende faste har de siste årene fått mye oppmerksomhet, også i fagpressen. Et par nyere oversiktsartikler (7, 8) slår fast at intermitterende faste (reduert antall måltider) og kaloriestriksjon medfører lengre levetid og økt motstand mot aldersrelatert sykdom hos dyr (gnagere og aper), og bedret helse blant overvektige mennesker, trolig gjennom de samme biologiske mekanismene som fysisk aktivitet. Så langt har det vært vanskelig å dokumentere entydig effekt på biologiske markører hos mennesker, men enkelte studier viser at intermitterende faste kan virke gunstig på blodsukker, insulinnivå og HDL-kolesterol (9). En del studier viser også at færre måltider øker appetitten og reduserer

metthetsfølelsen (10). Under Ramadan kompenseres dette gjerne ved at en i løpet av de timene en *kan* spise gjerne inntar store måltider. Disse er vanligvis rike på fett og søtsaker. På grunn av disse endringene i matens sammensetning er det usikkert hvorvidt den rituelle fasten under Ramadan gir de ønskede fysiologiske virkningene. Det som imidlertid synes å være sikkert er at for voksne, friske mennesker medfører slik faste ikke noen helsemessige risiko, selv ikke når fasten strekker seg over 20 timer. Men det stiller seg annerledes ved sykdom.

Faste og diabetes

Flere norske studier viser at diabetes type 2 forekommer betydelig hyppigere blant innvandrere, og spesielt blant pakistane og sri-lankere (11). Blant pakistanske kvinner forekommer diabetes mer enn 14 ganger så hyppig som i befolkningen for øvrig (12). Det synes derfor særlig viktig å studere mulige negative virkninger av fasten hos de som har denne sykdommen. Internasjonalt har det vært gjennomført mange slike studier, men det har vært vanskelig å sammenligne resultatene, ikke bare på grunn av ulike forskningsmetoder, men fordi tidspunktet for prøvetaking ikke alltid var sammenlignbart, det var lokale forskjeller i matvaner og matens sammensetning, ulike klima- og temperaturforhold og ikke minst når på året Ramadan fant sted, som gir ulik lengde på fasteperioden (fra 14 til 20 timer). Resultatene av denne fors-

2 1 2013 starter Ramadan ca 8. juli og varer i 30 dager.

kningen er derfor sprikende. Mens flere studier viser at faste under Ramadan ikke fører til biokjemiske endringer hos pasienter med type 2 diabetes, viser således andre studier tegn til bedring og atter andre tegn til forverring av sykdommen (13).

Den før omtalte epidemiologiske studien (4) viser imidlertid at forekomst av alvorlige hypoglykemiske episoder økte betydelig både for type 1- og type 2-diabetes under Ramadan, sammenlignet med andre måneder i året. For type 2-diabetes økte også antall episoder med hyperglykemi/ketoacidose. Faste er for diabetikere således forbundet med betydelig risiko, spesielt uttalt for type 1-diabetikere. Dersom diabetikere ønsker å faste, er det derfor grunn til både stor forsiktighet og god oppfølging.

Anbefalinger for håndtering av diabetes under Ramadan

Faste er, som nevnt, en religiøs forpliktelse for alle ansvarlige muslimer og belønningen for å gjennomføre faste selv under sykdom forventes å være særlig stor. Mange faster derfor selv om de i følge den islamske lovtradisjonen kan la være. Dette gjelder særlig de som har diabetes type 2. Denne situasjonen har ført til at en i flere land, deriblant Norge (Helsedirektoratet og Diabetesforbundet), har utarbeidet råd for håndtering av faste under Ramadan for så vel pasienter som leger. I det følgende vil slike anbefalinger kort oppsummeres.

Forberedelseskurs for pasienter med diabetes som likevel vil faste

Enkelte nyere, kontrollerte studier har vist at et totimers kurs om diabetes og diabeteskontroll gjennomført i mindre pasientgrupper (opp til 15 personer) én til to måneder før Ramadan setter inn, gjerne i samarbeid med en ressursperson fra det aktuelle miljøet, og hvor deltakerne involveres mest mulig i undervisningen (for eksempel ved at det settes av rikelig tid til individuelle spørsmål og svar) har hatt god effekt. Kursene fører til betydelig redusert risiko for hypoglykemiske episoder, reduserer overvekt, og gir på sikt lavere HbA1c. Slik virkning har vedvart inntil ett år etter fasteperioden (14, 15). Denne type forberedelseskurs kan med små midler gjennomføres lokalt, gjerne av legens medarbeidere. Helsedirektoratets råd (gjengis under i egen boks) kan i denne forbindelse fungere som disposisjon for undervisningen.

Risikovurdering

I det følgende vil jeg konsentrere meg om allmennlegens ansvar og muligheter for innflytelse. Det må da først påpekes at det ikke er opp til legen å avgjøre hvorvidt en pasient

skal faste eller ikke. Det må pasienten bestemme selv, eventuelt i samråd med sin religiøse veileder. Men for pasienten er dette en viktig avgjørelse, og vedkommende vil kunne trenge – og mange ønsker også – legens råd. Legen bør da i god tid før Ramadan foreta en risikovurdering som kan danne grunnlag for det videre samarbeidet. I vurderingen bør inngå så vel pasientens generelle helsetilstand som blodtrykk, blodsukkerverdier og lipidverdier. *International Islamic Fiqh Academy* og

The Islamic Organization for Medical Sciences har i samarbeid kommet frem til at pasienter kan deles inn i fire grupper etter risiko (16):

KATEGORI 1: Svært høy risiko for alvorlige komplikasjoner. Dette er pasienter som har hatt en episode med alvorlig hypoglykemi de siste tre måneder før Ramadan, pasienter som har hatt gjentatte episoder med hypo- eller hyperglykemi, eller tilfeller hvor pasienten har vansker med å gjenkjenne symptomer på hypoglykemi. Dessuten hører pasienter med annen

Å videreføre en religiøs tradisjon som Ramadan under helt andre forhold enn der hvor tradisjonen en gang oppstod kan være en utfordring også for den troende.





Millioner av muslimer verden over faster selv under graviditet, barsel og sykdom fordi gevinsten da menes å være spesielt stor. Dette kan skape helsemessige problemer. ILLUSTRASJONSFOTO: ARILD AAMBØ

Helsedirektoratets råd til pasienter med diabetes under Ramadan

- **MEDIKAMENTER:** Alle med type 1 diabetes og halvparten av de som har type 2 bruker insulin. Insulin er livsviktig for pasienter med diabetes. Mange av disse har i tillegg hjerte-karsykdommer og høyt blodtrykk. Bruker pasienten medikamenter, skal han/hun fortsette med dette også under ramadan. Hvis pasienten velger å faste bør hun/han planlegge med legen reduksjon av blodsukkensenkende medikamenter, ofte en reduksjon til 30-50 % av vanlig dose.
- **BLODSUKKERMÅLING:** Pasienter med diabetes, som på tross av råd velger å faste, må måle blodsukker jevnlig. Dette gjelder spesielt pasienter med diabetes type 1 og personer med diabetes type 2 som har behov for insulin. Blodsukkermåling bryter ikke fasten. Det er viktig å ha god kontroll på blodsukkeret.
- **MAT:** Inntaket av mat er ofte stort når man først bryter fasten. Høyt matinntak bør unngås pga økt risiko for hyperglykemi.
- **FARE FOR DEHYDRERING:** Pasienter som har høyt blodsukker og/eller bruker vandrivende medisiner har ofte høy diurese. Under ramadan i år kan det i tillegg bli varmt. Begge deler kan øke fare for dehydrering.
- **FYSISK AKTIVITET:** Normal fysisk aktivitet bør opprettholdes. Samtidig må pasienten gjøres oppmerksom på faren for hypoglykemi ved fysisk aktivitet.
- **AVBRYTE FASTE:** Alle pasienter som prøver å faste til tross for sykdom, bør rådes til å bryte fasten dersom blodsukkeret faller under 4.0 mmol/l da dette kan være til fare for liv og helse.

Råd om ernæring, fysisk aktivitet, røykeslutt og søvn – knyttet til Ramadan

- Ramadan er en fin anledning til å endre dårlige levevaner ved å ta riktige og sunne valg.

akutt sykdom, de som må utføre hardt fysisk arbeid, kvinner som har hatt diabetes under svangerskapet, samt alle med type 1-diabetes med i denne gruppen.

KATEGORI 2: Høy risiko for komplikasjoner. Denne kategorien omfatter pasienter hvor sykdommen har vært vanskelig å regulere, pasienter som har nyresvikt eller karsykdom og pasienter som bør alene mens de blir behandlet med insulin eller sulfonyleurea (eller andre midler som stimulerer insulinfrigjøring da disse lettere gir hypoglykemiske episoder). Dessuten eldre pasienter som i tillegg til diabetes har an-

dre sykdommer eller nedsatt kognitiv funksjon.

KATEGORI 3: Moderat risiko for komplikasjoner. Dette dreier seg om pasienter som lever under ordnede og stabile forhold, og hvor sykdommen blir tilfredsstillende kontrollert med orale hypoglykemiske midler som gir økt insulinfrigjøring (for eksempel sulfonyleurea).

KATEGORI 4: Liten risiko for komplikasjoner. Dette er pasienter som lever under stabile og ordnede forhold og hvor sykdommen blir kontrollert gjennom diett eller midler som øker insulin sensitiviteten (for eksempel metformin eller glitazoner).

En slik inndeling kan gjøre det lettere for legen å komme med fornuftige anbefalinger. Basert på en slik vurdering bør legen gi saklig og nøktern informasjon om risikoen ved å gjennomføre faste, og ved høynet risiko også vise sin bekymring.

Løpende blodsukkerkontroll

Dersom pasienten likevel bestemmer seg for å faste, bør legen legge til rette for at fasten kan gjennomføres så trygt som mulig. Selv om diabetesomsorgen må individualiseres og derfor vil variere fra pasient til pasient, er det et par viktige prinsipper å ta i betraktning. Først og fremst bør pasienten være i en stabil fase når fasten setter inn. Det vil i noen tilfeller medføre at diett og/eller medisiner må reguleres. Videre er det særlig viktig at pasienten selv kan gjennomføre gjentatte blodsukkermålinger i løpet av de timene han eller hun faster. Slike målinger bryter ikke fasten (2) og de gir et bilde av hvordan blodsukkeret varierer i løpet av dagen. Spesielt viktig er det å gjennomføre et slikt opplegg dersom pasienten står på insulin. Pasientene må videre instrueres i å bryte fasten dersom blodsukkeret synker under en viss verdi. I Helsedirektoratets anbefalinger settes denne grensen til 4.0 mmol/l. Andre setter grensen noe lavere, og anbefaler først at fasten brytes dersom blodsukkeret de første timene etter at fasten inntreffer (ved daggry) synker til under 3,9 – eller senere utover dagen til 3,3–3,5 (15). Fasten må også brytes dersom blodsukkernivået overstiger 16,7 mmol/l eller dersom pasienten ikke føler seg bra.

Regulering av kost og medikamenter

Under selve Ramadan kan det videre, basert på blodsukkermålinger, være aktuelt å justere tidspunkt og dose for antidiabetisk medikasjon. For eksempel blir det anbefalt at to tredjedeler av metformindosen tas til måltidet ved solnedgang og én tredjedel ved måltidet før daggry (15), men dette kan måtte justeres underveis.

Ramadan medfører store endringer i spise-mønster, og mange helseproblemer antas å skrive seg fra usunn kost, overspising og/eller mangel på søvn. En bør derfor tilstrebe at hva og hvor mye pasienten spiser under Ramadan ikke er vesensforskjellig fra et vanlig, godt balansert kosthold. Store mengder søtsaker og fett, spesielt ved måltidet etter solnedgang, bør unngås. Men igjen er det viktig også å ha forståelse for at Ramadan er en utpreget sosial høytid, og at det da kan være særlig vanskelig for en diabetiker å insistere på å spise mat som er forskjellig fra hva de andre i familien spiser.

Normale mengder fysisk aktivitet tolereres vanligvis bra, men store anstrengelser bør unngås. Vær oppmerksom på faren for dehydrering.

Er det legens ansvar at pasienten faster trygt?

For noen allmennpraktikere vil det kanskje føles rart og fremmed å skulle engasjere seg i hvordan deres pasienter gjennomfører fasten under Ramadan, spesielt når pasienten insisterer på å faste både mot legens råd og uten at deres religion påbyr det. Men når en tar i betraktning fastens betydning i Islam, den viktige betydningen religionen har i tilpasningsprosessen, at diabetes er en svært utbredt sykdom i mange innvandremiljø, og at millioner av muslimer verden over faster selv under sykdom fordi gevinsten da menes å være spesielt stor, har flere og flere innsett at det er en naturlig oppgave for allmennpraktikeren å bidra til at fasten kan forløpe så trygt som mulig. Dessuten er det verdt å merke seg at en vellykket faste, også fra et medisinsk synspunkt, kan være et svært godt utgangspunkt for senere endring av kosthold og/eller livsstil.

Det dreier seg således ikke så mye om «de andres kultur» som om vår vilje og evne til å komme våre pasienter i møte, og forholde oss til dem som religiøse individer som også er

interessert i å ivareta sin helse på best mulig måte. Det dreier seg om hvordan vi, som helsearbeidere, møter det mangfoldet vi står i til daglig og vår evne til å tilpasse oss arbeidsoppgaver som hittil har vært ukjente for oss. Det handler om å møte våre pasienter som hele mennesker, anerkjenne religionen som kilde til sårt tiltrengt stabilitet, og på dette grunnlag bidra til at våre muslimske pasienter kan innrette sine liv i samsvar med sin religiøse overbevisning.

REFERANSER

1. Pathy R et al. Health is a spiritual thing: perspectives of health care professionals and female Somali and Bangladeshi women on the health impacts of fasting during Ramadan. *Ethnicity & Health* Vol. 16, No. 1: 43–56.
2. Pirzada SMH. Fiqh om fasten. Kapittel i Imdadal-Fiqh – oversatt av Najeeb-ur-Rehman Naz. Oslo: World Islamic Mission Norway. www.wim.no/images/stories/PDF/fiqh_om_fasten_web.pdf.
3. Robinson T, Reisler J. «Each One Is a Doctor for Herself»: Ramadan Fasting Among Pregnant Muslim Women In The United States. 2005: *Ethnicity & Disease* Vol. 15: 99–103.
4. Salti I et al (2001). A Population-Based Study of Diabetes and Its Characteristics During the Fasting Month of Ramadan in 13 Countries.
5. Sande H (1991). Muslims under the midnight sun *Nordic Journal of Psychiatry* Vol. 45, No. 4: 243–245.
6. Sigurdsson K (2012). Ramadan in Iceland – a spiritual and social process http://skemman.is/stream/get/1946/13346/32018/1/Kristjan_Th_Sigurdsson_Ramadan_in_Iceland.pdf.

7. Mattson MP, Wan R. (2005). Review: Beneficial effects of intermittent fasting and caloric restriction on the cardiovascular and cerebrovascular systems. *Journal of Nutritional Biochemistry* Vol. 16: 129–137.
8. Martiny B et al (2006). Review: Caloric restriction and intermittent fasting: Two potential diets for successful brain ageing *Ageing Research Reviews* Vol. 5: 332–353.
9. Varady KA, Hellerstein MK (2007). Alternate-day fasting and chronic disease prevention: a review of human and animal trials. *American Journal for Clinical Nutrition* Vol. 86: 7–13.
10. Leidy HJ, Campbell WW (2010). The Effect of Eating Frequency on Appetite Control and Food Intake: Brief Synopsis of Controlled Feeding Studies *The Journal of Nutrition* doi: 10.3945/jn.109.114389.
11. Blom S (2008). *Innvandrerers helse 2005/2006*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
12. Kumar B et al (2008). *The Oslo Immigrant Health Profile* Oslo: Folkehelseinstituttet.
13. Benaji B et al. (2006) *Diabetes and Ramadan: Review of the literature* *Diabetes Research and Clinical Practice* Vol. 73: 117–125.
14. Bravis V. et al (2010). Ramadan Education and Awareness in Diabetes (READ) programme for Muslims with Type 2 diabetes who fast during Ramadan. *Diabetic Medicine* Vol 27: 327–331.
15. Al-Arouj M et al (2010). Recommendations for Management of Diabetes During Ramadan. *Diabetes Care*, Vol. 33, No. 8: 1895–1902.
16. Beshyah SA (2009). Fasting During The Month of Ramadan for People With Diabetes: *Medicine and Fiqh United at Last* *Ibnosia Journal of Medicine and Biomedical Sciences* Vol. 1, No. 2: 58–60.

