

Tre perspektiv på ohälsa hos flyktingar

Ann-Charlotte Hermansson

Toomas Timpka

En studie som åskådliggör de tre perspektiven sjukdom (disease), sjukdomsupplevelse (illness) och sjuklighet (sickness) på flyktingars ohälsa genom analys av två fallbeskrivningar.

Ann-Charlotte Hermansson är leg psykolog och doktorand och Toomas Timpka docent vid institutionen för samhällsmedicin, Hälsouniversitetet i Linköping.

Introduktion

Under det senaste decenniet har invandringen till Sverige dominerats av flyktingar från andra kulturer. Vissa flyktinggrupper är särskilt sårbara till följd av skador och traumatiska upplevelser i hemlandet (1). En del familjer är splittrade och många lever med en oro för dem som är kvar i hemlandet. I västvärlden möts de av ett allt hårdare samhällsklimat i form av hög arbetslöshet och ökad flyktingfientlighet vilket försvårar den i sig krävande anpassningsprocessen. Risker för frustration och ohälsa är därför särskilt stor bland flyktingar (2).

I många fall handlar det om i grunden väl fungerande människor som sviktar inför massiva påfrestningar. De behöver under begränsad tid kvalificerad hjälp för att återhämta sig. En förutsättning för detta är en tillitsfull relation och lyhördhet för flyktingens självuppfattning, kulturella särdrag, historia och nuvarande livssituation (3). Ibland resulterar ett sådant förhållningssätt i okonventionella lösningar där familjen själv blir vägledande. Emellertid befinner sig flyktingen ofta i en situation där många vårdgivare och myndighetspersoner är inkopplade. Var och en ser "problemet" från sin synvinkel och arbetar för sin lösning, när det istället krävs samråd, gemensam målsättning och gemensam grund för åtgärder. Ett led i samordningen kan vara att tydliggöra ohälsa inom ramarna för tre begrepp (4), vilka utgör separata

Det krävs samråd, gemensam målsättning och gemensam grund för åtgärder

utgångspunkter för analys, förståelse och planering:

"Sjukdom (disease) som en patologisk process, vanligen av biologiskt ursprung som en halsinfektion, en bronkialcancer eller av obestämdd etiologi, som vid schizofreni.

Sjukdomsupplevelse (illness) som en personlig känsla av ohälsa, lokaliserad i det inre av människan som är patient. Ibland finns sjukdomsupplevelse utan att sjukdom kan påvisas.

Sjuklighet (sickness) som den externa och samhälleliga formen av ohälsa. Sjuklighet är en social roll, ett status, ett resultat av en förhandling (vår översättning)."

Målsättningen med denna studie är att åskådliggöra de tre perspektiven på flyktingars ohälsa genom analys av två fallbeskrivningar. Resultatet kan komma att användas i planering och utvärdering av flyktingars kontakt med svenska myndigheter.

Fall 1. Den oväntade sjukdomen

Före flykten hade makarna och ett barn levt i ett flyktingläger under flera år. Strax efter ankomsten till Sverige föddes deras andra barn. Kvinnan utvecklade en obotlig cancer. Hon blev patient på en svensk vårdavdelning där hela familjen fick bo eftersom det erfarits en risk med att splittra flyktingfamiljer i svåra situationer. Inför utflyttning i kommunen var de sociala myndigheterna lyhörda för familjens behov och ordnade att familjen kunde leva tillsammans - en tid. Kvinnan blev allt sämre och mannen hade inte förmåga att ta hand om barnen, vilka placerades i fosterhem. Kvinnan avled en tid därefter.

Efter dödsfallet sörjer mannen förlusten av hustrun. Barnen har fått nya föräldrar. Ibland får de träffa sin pappa. Tågresan till pappan tar en timme och de måste tala med honom via tolk. Det anses viktigt att flyktingbarn ges möjlighet att bibehålla en relation till de biologiska föräldrarna, även om de inte bor tillsammans. Men det finns inte mycket att prata om. Det psykologiska avståndet ökar alltmer. Mannen fick ett halvtidsarbete i skyddad verksamhet trots att han inte lärt sig

svenska. Ett gruppboende planeras för honom eftersom han har svårt att sköta ett eget hem. Han utvecklar besvär i form av magont, huvudvärk och ledsmärter. Mannen träffar många vårdgivare och tjänstemän i det svenska samhället. För att kunna hålla reda på alla ber han om visitkort. Varje visitkort symboliserar en svensk "vän" - en vän som han får tid hos för samtal via tolk. Han missar aldrig en besökstid och har alltid en ny inbokad.

Analys av ohälsa

Sjukdom: hos kvinnan cancer; hos mannen oklara psykosomatiska besvär och misstanke på intellektuella funktionshinder av oklar genes.

Sjukdomsupplevelse: hos kvinnan tecken på sjukdom som sprider sig och allt tydligare kommer att leda fram till döden; hos mannen symptom i form av fysisk smärta.

Sjuklighet: hos kvinnan cencersjuklighet som ger legitimitet till omfattande medicinska och sociala åtgärder; hos mannen oklar sjuklighet, oklara åtgärder. När hustrun avlider blir den förlorade familjen ersatt av vårdgivare. I längden legitimerar inte sjukdomsupplevelse och sociala problem dessa kontakter.

Fall 2. Det massiva psykiska traumat

En kvinna i medelåldern levde ett normalt liv i ett latin-amerikanskt land. Visserligen hade det funnits påfrestningar under de sista åren. Skilsmässan från den store artisten, som älskar sin publik, har satt sina spår. Emellertid har de nu en bra relation och hon lever tillsammans med deras son. Jämvikten rubbas den dag då hon blir vittne till en svår massaker. En inre kraft får henne att vittna om det hon sett. Det blir stor publicitet i TV och tidningar. För vissa personer blir hon emellertid en farlig kvinna som måste straffas.

Kvinnan tas tillfånga och vad som hände under två dygn i en stor skog kan hon ännu inte, drygt ett år senare, beskriva. Det är alltför svårt - kanske överskrider det fantasins gränser. Hon kan bara "rapportera" att det handlar om massiva sexuella övergrepp av sex olika män. Emellertid lyckas hon fly. Hon får "beskydd" under 10 månader hos polismyndigheten. Där vaktas hon dag och natt av ett par män åt gången, sammanlagt ett 70-tal olika personer. Vissa av dem har samröre med den grupp som utförde massakern. Det är oklart vilka som är vänner och vilka som är fiender. Hon kan aldrig vara riktigt säker. Rummet är ständigt bevakat. Männen kan se henne var hon än befinner sig. Tvättrummet

är beläget så de även kan bevaka när hon rengör sin kropp och den skottskada hon fått i bröstet när hon flydde från skogen. Telefonen ringer varje dag. Det är hotfulla röster som förklarar att "i dag är det sista dagen i ditt liv". Ibland får hon tips om hur hon kan fly om dödspatrullen skulle komma. "Hoppa ut genom fönstret" - Hennes rum är på sjätte våningen. "Vem är vän? Vem är fiende? Hur ska jag orka hålla masken en dag till och låtsas att jag inte är livrädd? Vad händer där utanför? Min familj...?"

Efter tio månaders "beskydd" får hon lämna huset där hon vistats. En syster med inflytande och pengar hjälper kvinnan att fly till Sverige. Förläggningen ligger vid en stor skog. Minnena och mardrömmarna kan inte trängas bort. Rädslan driver henne att skydda sig. Hon ställer kastruller och andra föremål framför dörren om natten för att kunna höra om någon försöker ta sig in. Hon kontrollerar ständigt fönster och dörrar och att inte någon ligger under sängen. De andra flyktingarna säger att hon är tokig och snart vet alla på förläggningen om detta. Självt börjar hon också tro att hon blivit tokig. Förläggningens sjukvårdspersonal kopplas in. Skottskadan används som skäl att skicka henne från förläggningen till sjukhuset där det finns "specialister".

På avdelningen är det tryggt, mycket personal och andra flyktingar som också har det svårt. Hon ler och är så tacksam. Men telefonen ringer ständigt och på natten är det ljud i korridoren som påminner om ljud i en annan korridor i hemlandet. Återigen blir allt övermäktigt. Personalen förstår. En lägenhet tillsammans med en kvinnlig medpatient i avdelningens annex blir en bra lösning. Hon ler igen - tacksamt.

Det är varma nätter och medpatienten vill ha öppet fönster. Dags för nya barrikader av kastruller framför dörren. Återigen sömlösa nätter med ständiga kontroller av fönsterhakar och dörrhandtag. Med alla uttrycksmedel vädjar hon: "Befria mig från detta massiva psykiska trauma".

Analys av ohälsa

Sjukdom: kvinnan lider av akut ångestsyndrom med misstanke på PTSD (posttraumatisk stress disorder) samt sviter av skottskada.

Sjukdomsupplevelse: sömnlöshet, ångest. Kvinnan tror hon blivit 'galen'.

Sjuklighet: skottskada, behandlas enligt medicinsk och social praxis samtidigt. Skadan används som 'förevändning' för att sjukvården ska ta ansvar för det 'störande' beteendet (odiagnostiserad PTSD).

Diskussion

Sjukdom utvecklas mot att definitionsmässigt inbegripa mer än temporär organisk processtörning. Även skada, beteenderubbning och kronisk nedsättning föreslås idag inkluderas i begreppet (5). Flyktingar berörs i hög grad av att vissa typer av psykiska störningar fortfarande är oklart beskrivna, vilket kan leda till konsekvenser vid val av behandling. PTSD är idag definierad som sjukdom (6), trots att de diagnostiska kriterierna ansetts svårbedömbara i flyktinggrupper (7). 'Flyktingkris' används för nuvarande ofta för att beteckna psykiatriska symptom som inte rymms under sjukdomsdefinitionen. I litteraturen föreslås, till exempel, att emotionella störningar efter våldtäkter ska betecknas som sjukdom (8) och bli föremål för riktad screening och behandling.

Sjukdomsupplevelse kan i psykosocial mening hos individen uttryckas som hot, förlust, oväsentlig eller vinst (9). Mer detaljerade förklaringsmodeller för ohälsa (10) kan vara värdefulla att studera bland flyktingar då förklaringarna kan skilja sig väsentligt mellan kulturer (11). Subjektiv hälsa (12) kan som hälso-mått tillämpas även i flyktinggrupper som underlag för bedömning av prognos och vårdbehov. Intressant vid planering av program för flyktingar är dessutom mått på välbefinnande, där bredare perspektiv än endast hälsa kan läggas an (13).

Sjuklighet hos flyktingar är med nödvändighet kopplad till rådande värderingar i samhället. Sociala åtgärder är ofta knutna till om samhället bedömer individen vara 'sjuk'. Förmåner från sjukförsäkringssystemet ges, till exempel, legitimitet genom av läkare påvisad sjukdom och funktionsnedsättning. Avgörande för utfallet i bedömning av sjuklighet är därigenom vem som samhället utser att fatta beslut och sätta gränser. Då somatiseringssyndrom är vanliga hos flyktingar (14), finns möjligheten att bedömningsskillnader kan uppkomma exempelvis beroende på om intyg utfärdas av läkare inom internmedicin eller psykiatri.

Sammanfattningsvis visar analysen att behandlingsprogram för flyktingar måste sträcka sig över alla tre perspektiven på ohälsa, eftersom dessa vid bedömningen av underlag till åtgärder är kopplade till varandra. Traditionellt möts en människas sjukdom av sjukvården, sjukdomsupplevelse av familj och vänner samt

sjuklighet av samhället. Emellertid presenterar flyktingar ofta diffusa symptom i kontakten med sjukvården. De har som regel förlorat det sociala nätverk som skulle kunna hantera sjukdomsupplevelsen på ett välbekant sätt. Språksvårigheter, kulturella särdrag och bristfällighet tillit kan ytterligare försvåra diagnos och behandling. Därför ställs det idag krav på sjukvården att även bemöta sjukdomsupplevelsen. Även om sjukvården ses som en trygg tillflyktsort, kan det finnas en rädsla för att den kan ställa en diagnos som i vissa kulturer är liktydig med att vara "galen". Den framtida ohälsan i flyktinggrupper är därigenom sannolikt avhängig åtgärder riktade mot sjukdom, sjukdomsupplevelse och sjuklighet. Då flyktingars omvärld oftast är omkullkastad krävs att dessa insatser rekonstrueras och samordnas.

REFERENSER

1. Hermansson A-C, Carlsson V A, Hörnquist J O, Thyberg M: War-wounded refugees in Sweden. Background and flight. *Scand J Soc Welfare* 1995;4: under tryckning.
2. Söndergaard H P: Traumatisk stress. *Läkartidningen* 1989;90:796-800.
3. Kleinman A, Eisenberg L, Good B: Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Int Med* 1978;88:251-8.
4. Marinker J H: Why make people patients? *J Med Ethics* 1975;1:81-4.
5. Nordenfeldt L: On the nature of health. Dordrecht: D. Reidel Publ, 1987.
6. O'Brian L, Hughes S: Symptoms of posttraumatic stress in Falkland veterans 5 years after the conflict. *Br J Psych* 1991;159:135-41.
7. Friedman M, Jaranson J: The applicability of the posttraumatic stress disorder to refugees. In: Marsella A J, Bornemann T, Ekblad S, Orley J (eds): *Amidst peril and pain: the mental health and well-being of the world's refugees*. Washington D.C.: American Psychological Association, 1994:207-27.
8. Allodi F, Stiasny S: Women as torture victims. *Can J Psychiatry*, 1990;35:144-8.
9. Lipowski J Z: Psychosocial aspects of disease. *Ann Intern Med* 1978;71:1197-1206.
10. Apple D: How laymen define illness. *J Health Hum Behav* 1960;1:219-25.
11. Young A: Internalizing and externalizing medical belief systems: an Ethiopian example. *Soc Sci Med* 1975;10:147-56.
12. Kaplan G, Camacho T: Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiology* 1983;117:292-304.
13. Hermansson A-C, Timpka T: "How do you feel?": a self-rating scale for measuring well-being in refugees. Submitted for publication, 1995.
14. Westermayer J, Bouafuely L P N, Neider J, Callies A: Somatization among refugees: an epidemiologic study. *Psychosomatics* 1989;30:34-43.

Behandlingsprogram för flyktingar måste sträcka sig över alla tre perspektiven på ohälsa
