

Kulturbundna syndrom och höga sjuktal. Finns det ett samband?

Monica Löfvander

Invandrarna i Sverige har en hög frekvens av förtidspensioneringar även i unga år. Detta sociologiska fenomen kan ha en rad orsaker. I denna artikel diskuteras patienters och läkares skilda förklaringsmodeller till sjukdomars uppkomst och förlopp, tids- och grupp-specifika symtomuppfattningar samt om sådana olikheter kan ge upphov till diagnostisk osäkerhet hos läkarna och därmed öka benägenheten för onödiga utredningar och långa sjukskrivningar. Som exempel beskrivs olika kulturbundna föreställningar om smärta. Vidare ges praktiska råd till läkare och vårdpersonal inom primärvården för att minska svårigheterna i den transkulturella konsultationen.

Monica Löfvander är distriktsläkare vid Rinkeby vårdcentral, Stockholm och doktorand i allmänmedicin vid Karolinska Institutet, Stockholm.

Inledning

Sjukfrånvaron i ett land är mer ett fenomen av sociologisk art än ett medicinskt, epidemiologiskt faktum. Prevalensen av bland annat arbetsskador och förtidspensioneringar avgörs av sjukersättningssystemets omfattning och karaktär liksom ofta också av arbetsmarknaden och andra socioekonomiska förhållanden i landet.

I Sverige är andelen förtidspensionerade och sjukbidragsberättigade hög bland invandarmännen (figur 1). Än högre är siffrorna för invandrarkvinnor där andelen i yngre åldersgrupper är upp till tio gånger högre än för svenska kvinnor (1). Liknande förhållanden finns i andra industrialiserade länder med stor invandrabefolkning.

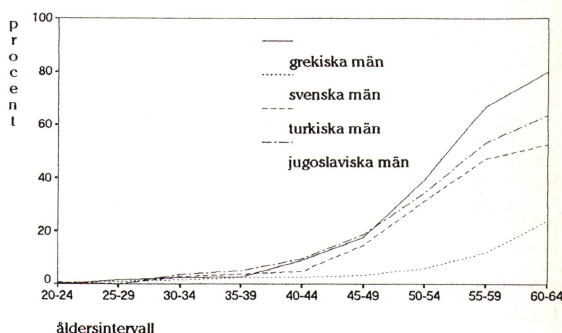
Ur ett medicinskt perspektiv skulle dessa data kunna tolkas såsom en hög förekomst av allvarliga somatiska eller psykiska sjukdomar i dessa befolkningsgrupper. Till yttermera visso borde dessa sjukdomstillstånd vara såpass allvarliga att de leder till total oförmåga att arbeta även i 20-års åldern. Vid närmare analys av data framstår emellertid en sådan tolkning som mindre trolig. Anledningen är bland annat att dessa sjukdomar

eller skador i hög grad tycks skona frånskilda och ogifta invandrarkvinnor (2). Samtidigt är den ålderstandariserade mortaliteten för invandrar- och flyktingmän (exklusive finska män), lägre än för de svenska (3). Det finns inga jämförande mortalitetssiffror för kvinnor men det är inte troligt att förhållandena är annorlunda för dem.

Ur ett sociologiskt perspektiv kan dessa data naturligtvis tolkas som ett uttryck för dessa gruppers socioekonomiska utsatthet, låga inkomster och höga andel sysselsatta inom yrken med hög sjukfrånvaro. Men de låga sjuktalen för invandrade, ogifta kvinnliga städare talar återigen mot en entydig sådan tolkning (2).

Sjukskrivningsdiagnoserna

Enligt sjukintygen består ohälsan i mestadels av smärttillstånd i rörelseapparaten och/eller mental ohälsa. Dessa diagnosgrupper har en interaktiv uppkomstmekanism där fysiska, psykiska och kulturella aspekter samverkar i ett komplicerat mönster. Största delen av den "nya sjukligheten", en populär benämning på svårigheterna att kunna hantera samexistensen mellan individen, samhället och familjen i dagens samhälle, utgörs av dessa ohälsotillstånd. "Etiketterna", dvs diagnoserna blir de som tidseran och vårt medicinska eta-



Figur 1. Procentandel av totala antalet män i åldersintervall som har sjukbidrag eller förtidspension. (Siffrorna gäller Stockholms län 1988)

Enligt sjukintygen består ohälsan i hög grad av smärttillstånd i rörelseapparaten och/eller mental ohälsa

blisseman tillhandahåller (4). Samtidigt kommer sjukskrivningarna också att spegla läkarnas oförmåga att bemöta och behandla denna typ av ohälsa.

Kulturbundna syndrom

För att studera sjukskrivningsfenomenet från ett annat håll, kan det vara lämpligt att närma sig den enskilda patienten och den samhällsgrupp han/hon tillhör.

Tre olika begrepp av delvis överlappande karaktär kommer att beröras. Under rubriken "kulturbundna syndrom" kan grovt sett inordnas dels de folkliga förklaringsmodellerna till sjukdom ("folk illness") och uttryckssätten vid yttre och inre påfrestning ("languages of distress").

Sjukdomskänslan ("illness"), är en subjektiv upplevelse av att inte må bra. Denna känsla är ofta förbunden med symtom som den drabbade tolkar och värderar utifrån individuella, erfarenhetsmässiga och grupp-specifika aspekter. Dessa värderingar och tolkningar till sjukdom kan, men behöver inte ha, mer eller mindre lånade inslag från den medicinska terminologin.

Om många människor i en kultur eller samhälle har samma uppfattning av symtom och sjukdomstecken, oftast med egen benämning, ex "fyllesjuka", kallar medicinantropologerna detta för en "folk illness" (folklig sjukdom, egen övers). En "folk illness" är starkt influerad av den sociokulturella kontexten i det samhälle eller den grupp där den existerar och kan inte med lätthet identifieras som begrepp av de som befinner sig utanför denna speciella kontext. Den kan bäst beskrivas som ett syndrom (mönster av symtom) i en avgränsad grupp av människor, vilken har ett gemensamt namn på syndromet-symtomen, en urskiljbar etiologi och specifika sätt att behandla "sjukdomen". En "Folk illness" är också mer än specifika grupperingar av symtom och kliniska fynd eftersom den också har en rad symboliska betydelser - moraliska, sociala eller psykologiska för den drabbade individen. I andra fall är "sjukdomen" ett sätt att på ett kulturellt standardiserat sätt uttrycka att den drabbade är involverad i en konflikt med vänner eller familj. Vidare är symtomen oftast vaga och de kliniska fynden magra, medan orsak och botemedel dä-

remot är välkända i den specifika, avgränsade gruppen (5).

Det mest beskrivna kulturbundna syndromet är "susto", ett känt sjukdomstillstånd inom den karibiska övärlden och närliggande kulturområden. "Susto" innefattar en känsla av "själsförlust" eller kort sagt "bli to-kig" och kan vara ett uttryckssätt för att man har "förlorat ansiktet" eller råkat ut för en personlig förlust. Man söker inte hjälp inom sjukvården för detta "susto". Istället botas den drabbade vid ceremonier ledda av lokala botare.

Ett annat kulturbundet syndrom är "nevra" (grekiska för nervsammanbrott). "Nevra" är ett idiom eller en metafor för missnöje med eller svårigheter att hantera familjekonflikter eller andra sociala omständigheter. Sammanhållningen och lojaliteten mot familjen är mycket stark i det grekiska samhället och man talar inte fritt om exempelvis familjeproblem. Därför finns det vanligtvis inte heller annan möjlighet för vare sig män eller kvinnor att avreagera sig än genom explosiv ilska, uttalad ångest eller melankoli.

De flesta av de kulturbundna syndromen fokuseras kring ett specifikt kroppsligt organ. För fransmännen blir oftast levern beskydd för att vara orsaken till alla symtom. I Tyskland är det blodomloppet och i England är det matsmältningen, som anses vara källan till besvären.

Varje epok, varje samhälle och varje kulturgrupp har också sitt sätt att reagera på yttre eller inre, akut eller kronisk belastning. Dessa "languages of distress" är också grupp- och/eller tidsspecifika och tar sig både somatiska och psykiska uttrycksformer. Kring sekelskiftet gick epidemier av idag så gott som okända sjukdomar såsom neurasteni, hysteri och bleksot. Etiologin till dessa tillstånd ansågs allmänt vara den "moderna tiden" men den iatrogena komponenten torde ha varit avsevärd (6).

"Nevra", ryggvärk och melankoli samt "halva kroppen syndromet" - kulturbundna symtompresentationer i svensk primärvård

I en nu snart tio år gammal studie av somatiska och psykiska sjukdomstillstånd hos 100 grekiska och svenska patienter på vårdcentralen i Rinkeby fann vi att de grekiska männen hade en låg social funktionsnivå och de hade också en hög psykosocial stressgrad. I den gruppen var det också vanligt med milda depressiva och dysforiska tillstånd enligt psykiatriska

Både de grekiska kvinnorna och männen var påtagligt ofta oroade över egen sjukdom eller över sjukdom inom familjen

skattningssskalor (7). De grekiska kvinnorna hade också mer dysforiska symtom än de svenska kvinnorna. De bägge etniska kvinnogrupperna var annars rätt lika vad beträffar psykosocial utsatthet samt somatisk och psykisk ohälsa. Men de svenska och grekiska kvinnorna skiljde sig åt på några viktiga punkter: Till exempel var de grekiska kvinnorna mycket oftare gifta än de svenska och de var också betydligt oftare långtidssjukskrivna eller pensionerade. Utöver detta var de grekiska kvinnorna och männen påtagligt oroade över egen sjukdom eller över sjukdom inom familjen. De grekiska patienterna gav också höga skattningspoäng för smärtor och värk, trötthet, irritabilitet och aggressiva känslor, dvs psykiska symtom som skulle kunna tolkas som en reaktion på i och för sig smärtsamma men ändå medicinskt sett lindriga åkommor. Därutöver, och kanske än viktigare, tycktes dessa psykiska symtom i hög grad vara en reaktion på besvärliga familjeförhållanden. En möjlig tolkning skulle istället kunna vara att symptom-bilden som många av de grekiska patienterna föredde, snarare stämde överens med deras grupp-specifika uttrycksätt för psykisk belastning ("nevra"), än med den västerländska sjukdomsidentiteten depression, en diagnos som annars skulle ligga nära till hands.

Under många år som distriktsläkare i Rinkeby, en stadsdel i Stockholm med hög koncentration av invandrare från jordens alla hörn, har vi fascinerats och intresserats av hur våra patienter från olika kulturgrupper beskriver utbredningen av smärta i olika delar av kroppen. Trots att orsaken till smärttillståndet medicinskt sett är att betrakta som lindrigt, kan dessa patienter inte på ett enkelt sätt övertygas om att så är fallet. Istället åtföljs dessa smärttillstånd av en mer eller mindre uttalad passivitet och en känsla av total arbetsoförmåga, inte bara i nuet utan för all framtid. Dessa attityder och beteenden vid smärta överförs även andra generationens invandrare (9).

För att illustrera detta skall resultaten från intervjuer med två olika grupper av arbetskraftsinvandrare redovisas. Den första gruppen bestod av 15 grekiska patienter och 21 strategiskt valda icke sjukskrivna grekiska invandrare. De intervjuade skiljde sig mycket åt vad beträffar ålder, utbildning, yrken liksom i frekvens

och intensitet av ryggsmärta. Trots dessa stora skillnader fanns det ett enhetligt mönster i synen på ryggvärk. Sammanfattningsvis betraktades värk i ryggen som ett farligt tecken eftersom den kan eller nästan med säkerhet kommer att "sprida" sig till andra delar av kroppen och orsaka orörlighet och slutligen invaliditet. Särskilt farligt betraktades det därför om man själv provocerade fram smärta genom exempelvis kroppsrörelser. De intervjuade hade ingen tilltro till mediciner, t ex smärtstillande, eller till aktiv sjukgymnastik och inte heller trodde de på doktorernas undersökningsmetoder eller förklaringar. Vid ihållande ryggvärk var det vanligt med funderingar och grubblerier över värkens orsak och förlopp samt rädsla för framtida ohälsa. Grubblerierna ansågs dessutom i sig vara farliga för hälsan eftersom de ansågs kunna leda till att man blev "tokig".

I en senare studie i samband med ett rehabiliteringsprogram för unga invandrare, användes en förkortad version av samma intervjuformulär. Flera av de deltagande turkiska invandrarkvinnorna i denna studie rapporterade smärta i ena hälften av kroppen, antingen vänster eller höger sida, eller samma sidas arm och ben. Och märkligt nog; trots kliniska fynd på ryggåkommor av olika slag, så rapporterade de turkiska patienterna sällan problem med ryggvärk. Orsaken angav de vara att ryggvärken var något som de haft länge och därmed var det inget att oroa sig för. Istället betraktade de denna "halva kroppen smärta" som ett allvarligt tecken. Denna smärt-eller sensations utbredning sågs som ett dåligt omen eftersom det skulle kunna vara ett tecken på begynnande förlamning. I motsats till grekerna, hade de dock större tilltro till doktorer samt en positiv tilltro till att Allah skulle ordna allt till det bästa. De föreföll inte heller grubbla så mycket för när de väl fick smärtlindring genom analgetika så slutade de också att oroa sig över symtomen.

Genom dessa studier blev vi medvetna om hur starkt kulturella och individuella faktorer bidrar till människors föreställningar och tolkningar av betydelsen av smärtan, om den är normal och alltså en del av livet, eller om den är onormal och därmed oacceptabel. Funderingar kring vad som orsakar värken är vanligt liksom funderingar kring om den är orsakad av en själv,

Värk i ryggen betraktades som ett farligt tecken eftersom den kan "sprida" sig till andra delar av kroppen och orsaka orörlighet och slutligen invaliditet

om den är ärftlig, om den är orsakad av naturliga omständigheter som väder, vind, bakterier eller orsakad av övernaturliga krafter (otur, djinner) eller av sociala omständigheter (onda ögat, arbete).

Kulturbundna syndrom, den "nya sjukligheten" och långtidssjukskrivningarna

Med utgångspunkt från ovanstående bör det kunna vara möjligt att lägga andra aspekter på invandrarnas sjukdata.

Om vi betraktar sjuktalet (sjukpenningersatta dagar och förtidspensioneringar) för invandrare i Sverige torde de vara en produkt både av det ekonomiska ersättnings-systemet vid sjukdom och läkarnas sätt att transkribera symtom ("illness") till en medicinsk entitet samt läkarnas möjlighet att legitimera och offentliggöra detta genom att fästa denna diagnos på en sjukskrivningsblankett. Denna diagnos kan vara av mer eller mindre allvarlig karaktär och vid diffus symtomatologi också ofta den som tidsandan tillhandahåller, så att säga är "på modet".

Många invandrargrupper återfinns förvisso i yrken med traditionellt hög sjuklighet och där smärttillstånd i rörelseapparaten är vanligt förekommande vilket ofta leder till täta läkarkontakter. Distansen mellan läkare och invandrapatient gör att det finns risk för kulturella och språkliga missar i symtombeskrivningen och i "översättningen" till medicinska diagnoser. Detta kan i sin tur vara en huvudanledning till att invandrapatienter i hög utsträckning ges oprecisa diagnoser på sjukintyg.

De folkliga förklaringsmodeller till smärta och psykisk belastning som här beskrivits från min medicinska vardag skiljer sig från den naturvetenskapliga, medicinska uppfattningen om sjukdomars uppkomst, förlopp och behandling. Denna skillnad kan delvis förklara varför svensk vedertagen medicinsk behandling inte fungerar i vissa invandrargrupper. Inte så sällan leder denna gängse behandling istället till ökad sjukdomskänsla vilket i sin tur kan leda till att än fler utredningar ordinerar. Under tiden är det inte ovanligt med sjukskrivning i väntan på oftast resultatlösa utredningar och behandlingar. Diskepansen mellan patientens sjukdomskänsla och symtombeskrivning och det medicinska etablissemangets syn på sjukdomar och tolkning av undersökningsfynd av vissa patientgruppers ohälsa kan i olyckliga fall så småningom sluta aningen i en konflikt mellan patient och läkare eller i uppgivenhet dvs sjukbidrag eller förtidspension.

Primärvårdsläkarna bör mer än idag satsa på att fungera som förbindelselänkar mellan folkliga och medicinskt vetenskapliga förklaringsmodeller till sjukdom

Slutkommentar

Primärvårdsläkaren, som ju arbetar nära sina patienter, har en viktig särställning i det medicinska etablissemang. Mer än idag bör denna läkarkategori satsa på att fungera som förbindelselänk mellan folkliga och medicinskt vetenskapliga förklaringsmodeller till sjukdom, inte minst i transkulturella konsultationer. På så sätt kan kanske förhindras att kulturbundna syndrom blir misstolkade som medicinska sjukdomsentiteter av de medicinska etablissemang och också förhindra att dessa patienter skickas runt på mängder av medicinskt tveksamma undersökningar vars enda resultat brukar bli att patientens sjuksbeteende förstärks. Ett starkt sjuksbeteende ökar ytterligare svårigheterna att rehabilitera patienten. Om inte dessa aspekter tas in i konsultations- och behandlingsstrategierna i vården riskerar även den andra generationens invandrare att marginaliseras genom långa sjukskrivningar och förtidspensioneringar.

Sammanfattande råd till distriktsläkare/husläkare och andra kliniker:

Folkliga förklaringsmodeller till sjukdomar skiljer sig ofta markant från det naturvetenskapliga medicinska sättet. Även om de är vaga och oprecisa, har de folkliga förklaringsmodellerna så gott som alltid en inre logik och konsistens som hjälper den drabbade att få ett sammanhang kring vad som har hänt honom eller henne.

Under uppväxttiden lär sig barnen att svara på fysiska och psykiska påfrestningar på ett kulturellt präglad sätt. På så sätt "ärvs" föreställningar om sjukdomar. En doktor eller sjuksköterska som arbetar inom primärvården bör därför känna till hur folkliga föreställningar kring sjukdomar och ohälsa uppkommer och förs vidare och hur dessa kan påverka patienternas beteenden och svar på behandlingsstrategier. På så sätt kan man se att en sjukdom som exempelvis diabetes kan förete både individspecifika och gruppvisa olikheter.

Läkaren och sjuksköterskan kommer genom sin utbildning och socialklass att ha attityder och värderingar till sjukdomar och ohälsa som skiljer sig från patienternas. När de kulturella och språkliga avstånden är stora

nas. När de kulturella och språkliga avstånden är stora blir olikheterna mycket tydliga, vilket kan försvåra sjukvårdsarbetet i invandrartäta bostadsområden. Det uppvägs emellertid många gånger av att vårdarbetet blir mer givande och kreativt.

Kortfattade råd till läkare eller sjuksköterskor inom mångkulturell primärvård:

Kom ihåg

En professionell tolk behövs ibland även till patienter som talar bra svenska.

Den kliniska konsultationen är en transaktion mellan folkliga och professionella förklaringsmodeller.

Patienten presenterar ett symtom, "illness", både verbalt och icke-verbalt.

Doktorn översätter dessa diffusa symtom och kliniska fynd till medicinska entiteter, "disease".

Ge föreskrifter och behandlingar som är acceptabla både för patient och doktorn-sjuksköterska.

Dessutom:

Var uppmärksam på gruppsspecifika olikheter i presentationen av yttre eller inre påfrestning.

Var uppmärksam på olikheter mellan folkliga och medicinska förklaringsmodeller till sjukdom.

Var försiktig med förklaringar till erhållna kliniska och laboratoriemässiga fynd om patienten inte har presenterat symtom som kan sammanhålla med dessa.

Säg inte att allt är bra när patienten presenterar symtom som inte kan relateras någon känd sjukdom.

Patienter måste bekräftas men *inte* med en påklitrast sjukdomsetikett.

REFERENSER

1. *Boalt Å*: Invandrare och hälsa. Ur: Storstadsutredningen. Stockholm: SOU 1989;111-134.
2. *Kindlund H*: Sickness Benefits and Disability Pension Payments in Sweden. Stockholm: National Social Insurance Board, aug 1993. Manuskript.
3. *Leniö I-L*: Invandring, ur Klass och Ohälsa. Red Diderichsen F, Östlin P, Dahlgren G, Hogstedt C. Stockholm: Tiden Folksam. 1991:164-93.
4. *Johannison K*: Vårt behov av sjukdom. Nordisk Medicin 1993;3:92-93.
5. *Helman C*: Doctor-Patient Interactions. In: Culture, Health and Illness. Bristol, Wright, 1990:86-126.
6. *Johannison K*: När sjukdomar behövs. Ur: Medicinens öga. Stockholm: Norstedts, 1990:99-125
7. *Löfvander M, Papastavrou D*: Cross-cultural Psychiatric Assessment of Greek and Swedish Patients at a Primary Health Centre. J Nordic Psychiatry 1993;47:179-183.
8. *Tompson P*: Learned Pain Behaviour. Br Med J 1986;(292):344-45.
9. *Bergqvist M, Duvelius E*: En studie om generationsöverföringar i turkiska och svenska familjer. Stockholm: Försäkringskassan. Utvecklingsenheten, 1994, april.