

Psykososialt forebyggende arbeid blant bosniske krigsflyktninger

Reidun Brunvatne

Kari Hynne Lysgård

Denne artikkel inneholder erfaringer fra systematiske samtaler med bosniske krigsflyktninger ved Fossnes flyktningemottak i Stokke i Norge. Disse flyktninger hadde opplevd ekstreme påkjenninger. Alle menn hadde vært i serbiske konsentrasjonsleire, mens kvinner og barn hadde vært på strabasjøs og farefull flukt. Hensikten med samtalene var å gi støtte til alle flyktningene. Vi ønsket å bidra til sorgarbeide og økt selvfølelse. Videre var det et mål, i tidlig stadium å identifisere personer som trengte ekstra oppfølging. Forfatterne, lege og sykepleier, har på basis av sine erfaringer utarbeidet en tilnærmingstype, tilrettelagt for primærhelsetjenesten, for forebyggende psykososialt arbeid blant traumatiserte flyktninger. Denne er utgitt i hefte form, og er nevnt i referanselisten. Forfatterne, som begge har erfaring fra psykiatri, var på tidspunktet for undersøkelsen ansatt av Stokke kommune for å ivareta all helsetjeneste, somatisk og psykiatrisk, ved flyktningemottaket.

Svært mange av de bosniske krigsflyktningene har opplevd så store traumer at det etter norske forhold ville kvalifisere for krisehjelp fra spesialister innen katastrofepsykiatri. Av kapasitetsgrunner er slik eksperthjelp ikke mulig. Et alternativ er at primærhelsetjenesten, med veiledning fra annenlinjetjenesten, påtar seg dette arbeidet. Vi ønsket å vurdere i hvilken grad man kan gi meningsfull hjelp med begrenset intervensjon, og med den tid og de metoder som er tilgjengelig for interessert personell i primærhelsetjenesten.¹

MATERIALE OG METODE

Fossnes flyktningemottak mottok bosniske krigsflyktninger fra februar 1993. Høsten 1993 - våren 1994

var det 120 flyktninger på Fossnes. Behovet for psykososialt arbeid blant flyktningene var iøynefallende. Med begrenset tid til rådighet valgte vi, lege og sykepleier, å systematisere det psykososiale arbeidet, slik at vi skulle ha mulighet til å nå alle, ikke bare dem som ba om hjelp. Vi utviklet derfor et prosjekt der vi tilbød hver flyktningefamilie to samtaler à en og en halv time. Enslige personer fikk samme tilbud individuelt

Målsetting

Målsetting med samtalene var å:

- Gi støtte til alle flyktningene uavhengig av tilkjenningstid
- Identifisere personer med spesielt behov for videre oppfølging
- Tilby støttesamtaler til de som blir identifisert med spesielt behov
- Merke oss særtrekk innenfor grupper basert på kjønn, alder eller andre parametre, som helsepersonell bør være spesielt oppmerksomme på
- Utarbeide en tilnærmingstype, tilrettelagt for primærhelsetjenesten, for psykososiale samtaler med flyktninger.

Gjennomføring

Prosjektet startet i september 1993 og ble avsluttet i mars 1994. Vi hadde gjennomsnittlig fem samtaler i uka. Hver samtale varte i en og en halv time. Alle samtalene foregikk på vårt kontor på flyktningemottaket. Vi brukte alltid tolk, selv om noen av flyktningene etter hvert hadde tilegnet seg gode norskkunnskaper. Under samtalene var vi oftest begge to, dvs lege og sykepleier, tilstede. Vi vekslet på henholdsvis å lede samtalen og å skrive ned det som ble sagt. På veggen hadde vi et stort kart over Bosnia. Det ble aktivt brukt når flyktningene skulle vise hvor de kom i fra, fluktruten og fangeleirene.

¹ Denne artikkel bygger på en undersøkelse publisert i "Tidsskrift for Den norske lægeforening" nr 1 1995. Den er omarbeidet og forkortet.

Intervju guide

Samtalene var semistrukturerte. Vi fulgte i hovedtrekk en intervju guide, som etter flere omarbeidinger, inneholder følgende temaer:

- Familiens liv før krigen
- Krigsopplevelser og flukt
- Internering, totur og "de verste opplevelser"
- Følelser som følge av krigen
- Mestringsstrategier
- Livet i eksil
- Hvordan egen fremtid vurderes.

Familierne sto fritt til å fortelle innenfor disse rammer, slik at samtalene var på deres premisser. Vi brukte tid på det den enkelte familie ønsket å snakke om. Vi forsøkte med våre innspill i samtalene å støtte deres selvfølelse, deres sorgarbeide og evne til å se en fremtid.

Deltagelse

Vi inviterte, utfra visse inklusjons kriterier, 109 av de 120 flyktningene på mottaget til å delta i prosjekt samtalene. Av disse var 51 menn som hadde vært i de serbiske konsentrasjonsleirene Omarska, Manjaca og/eller Trnopolje. I gjennomsnitt hadde de vært internert i 5 måneder. En tredjedel var unge menn mellom 16 og 22 år. Også noen kvinner og barn hadde i kortere tid vært i konsentrasjonsleir. 98 personer deltok i samtalene (90% av de inviterte). Bare halvparten av de unge mennene fra konsentrasjonsleire møtte til familie-samtaler. Flere av dem tok likevel opp med oss sine psykiske vansker i forbindelse med at de søkte hjelp for kroppslige problemer. Kvinnene og menn over 30 år møtte nesten alle til familiesamtalene. Barna deltok i varierende grad.

RESULTATER

I de 70 samtalene vi gjennomførte gjorde vi den erfaring at nesten alle flyktningene var sterkt traumatiserte. Dette gjaldt mennene som i fangeleir var blitt utsultet og mishandlet, men også kvinner og barn som ikke hadde vært i fangeleire. Alle hadde opplevd ekstreme påkjenninger som tap av nære pårørende, hjem og land, og mange hadde opplevd farefull flukt. De fleste beskrev, som følge av dette, store psykiske ettervirkninger.

Innhold i samtalene

Livet før krigen

Krigsflyktningene på Fossnes flyktningemottak kom fra Nordvest-Bosnia, de fleste fra landsbyer. De drev gårdsbruk, og mennene hadde ofte lønnet arbeid i tillegg.

Mange av kvinnene var hjemmeværende husmødre. Vi fikk inntrykk av nøkterne og arbeidsomme mennesker med rimelige materielle kår. Det var mye kontakt mellom naboer, enten de var muslimer, serbere eller kroa-ter. De fleste hadde bodd i samme landsby i generasjoner og hadde funnet seg ektefelle fra hjemtraktene.

De fleste av flyktningene tilhørte det muslimske trossamfunn, men var relativt sekulariserte. Et mindretall av dem var troende, gikk i moske og ba regelmessig. Ordet muslim er for bosnierne først og fremst et uttrykk for etnisk tilhørighet og sier mindre om deres forhold til religionen.

Flyktningene vi snakket med var ikke politisk aktive. For de fleste kom derfor krigsutbruddet i egen landsby mot slutten av mai 1992 som en overraskelse, selv om det hadde vært krigshandlinger andre steder i landet i mer enn en måned.

Krigsopplevelser

Landsbyene ble i slutten av mai 1992 omringet og beskutt. Alle menn mellom 16 og 60 år ble tatt til fange. I de fleste tilfelle ble de samlet i et lokale i landsbyen eller nærmeste by. Her ble de forhørt og mishandlet i noen dager inntil de ble ført til store konsentrasjonsleire. Flere ble drept disse første dagene. Andre omkom under transporten til konsentrasjonsleir, en transport som tok flere dager i stor varme og uten drikke. - Svært mange ble drept under mishandling i leirene. Gjennomsnittlig var mennene vi snakket med 5-6 måneder i konsentrasjonsleir. På denne tiden mistet de 20-30 kg i vekt.

Kvinner og barn ble tilbake i sine hus og forsøkte i noen tid å drive gård og berge avling. De var hjemsoekt av serbiske soldater som brøt seg inn i deres hjem, truet, slo og stjal verdisaker. Svært mange av landsbyene ble brent. Før eller senere måtte derfor kvinner og barn begi seg på en langvarig strabasjøs og farlig flukt, først til sikrere steder i Bosnia, før de fleste kom til Kroatia og derfra til Norge.

Følelser og symptomer som følge av krigen

Vi spurte om følelser som følge av krigen og fikk til svar beskrivelse både av følelser og symptomer.

En ung mann: "Jeg er bitter over min tapte fremtid, og jeg er bitter over at ikke noen hjelper Bosnia. Jeg har skyldfølelse for å ikke være hjemme og slåss. Det er nedverdiggende å være flyktning og måtte få sosialhjelp til livets opphold. Hjemme klarte vi oss selv."

Genomgående hade krigsflyktingarna stora känslomässiga problem och plågsamma symtom

En middelaldrende mann: "Jeg sørger over vårt tapte hjemsted. Jeg var glad i jorda hjemme. Der hadde jeg lagt fundamentet for et godt liv."

En middelaldrende kvinne: "Jeg gråter natt og dag over minnne to sønner som ble drept i krigen og over den yngste som enda er savnet. Jeg vet ikke om han lever. Når jeg spiser gråter jeg, fordi jeg tenker på dem i Bosnia som ikke har mat."

En ung kvinne: "Jeg føler det vil bli vanskelig å omgås serbere igjen. Det er ikke hat. Det er mer en angst for å bli sviktet igjen."

Et barn, 14 år: "Jeg er ofte redd om natten. Jeg drømte de skar strupen over på en mann. De skar opp maven på en annen mann, slik at tarmene veltet ut. Etterpå drepte de ham."

Gjennomgående hadde krigsflyktingene store følelsesmessige problemer og plagsomme symptomer. Det var sorgen som dominerte, sorg over nære pårørende som var drept i krigen, over hjemmet som var ødelagt, over at det kanskje aldri skal bli mulig å komme hjem til Bosnia. Sterk var også deres angst og bekymring for slektninger som var igjen i Bosnia, der krigshandlinger pågikk og matmangel og vinterkulde gjorde det vanskelig å klare seg. Svært mange beskrev søvnvansker, mareritt, "flash-backs", konsentrasjonsvansker, depresjon og motløshet. - Alle beskrev det som særdeles vondt at deres serbiske naboer og venner over natten ikledde seg uniform og ble forvandlet til fiender. Å oppleve å bli sviktet og forrådt av mennesker en før har hatt tillit til, gjør tilværelsen absurd og uforutsigbar.

Hvordan egen fremtid vurderes

De aller fleste ga uttrykk for fremtids-pessimisme. Nesten uten unntak ønsket flyktingene å komme hjem til egen landsby eller by, men få våget å tro på at det skulle kunne skje. Mange unge mente at de ikke hadde noen fremtid, hverken i Bosnia eller Norge, at fremtiden deres var tatt fra dem. Også mange av barna så pessimistisk på fremtiden. De trodde at de aldri mer ville bli glade.

En ung mann: "Jeg har ikke noen fremtid, ikke i Norge og ikke i Bosnia. Det er ikke noen fremtid der alt er ødelagt. Jeg tror ingen vil ønske meg velkommen hjem.

Vi yngre kommer til å bli sett ned på fordi vi dro ut av landet og ikke ble hjemme og kjempet. Da jeg var i konsentrasjonsleir og veide 38 kg, kunne ingen si at jeg måtte kjempe, men nå.... Folk tenker: Hvorfor kommer de ikke tilbake? Jeg har dårlig samvittighet for å være her. Det hadde vært bedre å kjempe for sitt land enn å være flyktning."

Særtrekk innenfor grupper av flyktninger

Barn

Flertallet av barna vi snakket med hadde vært vitne til overgrep og drap. Vi fant da også at flere av barna hadde dyptgående psykiske forstyrrelser. De fortalte at de i liten grad kunne snakke med sine foreldre om det som plaget dem, idet foreldrene hadde mer en nok med sin egen sorg.

Unge menn

Unge menn var gjennomgående mer psykisk påvirket av mishandling og ydmykelse i fangeleirene enn foreldregenerasjonen. Mange av dem ga uttrykk for hat mot overgriperne og hevnlyst. Samtidig opplevde vi det vanskeligere å nå dem med psykisk støtte. De møtte bare delvis opp til familiesamtalene, men de oppsøkte oss tildels enkeltvis, eller kunne ta imot omsorg når de var i en akutt vanskelig situasjon.

Det framgikk av samtalene at de unge hadde vært mer mishandlet enn de eldre, videre hadde de vært mer utsatt for seksuell vold og ydmykelse. Flere opplevde ydmykelsene verre enn de fysiske smertene.

Foreldre generasjonen

Blandt de middelaldrende flyktingene var det mange som var innstilt på forsoning. De så ikke noe alternativ til å leve side om side med serbere og kroater som før. Ingen ønsket Bosnia delt etter etniske retningslinjer.

DISKUSJON

Vi gjennomførte et prosjekt som gikk ut på å invitere alle flyktingene til samtaler familievis. Samtalene fant sted flere måneder etter flyktingenes ankomst til Norge. Ideelt burde samtalene ha kommet tidligere. Betyd-

Många upplevde förödmjukelsen värre än de fysiska smärtorna

ningen av tidlig krise i-ntervensjon er anerkjent. Likevel erfarte vi at samtaler på dette senere tidspunkt også var meningsfulle.

Utbytte av samtalene

Forholdet mellom flyktningene og helsetjenesten har etter samtalene vært meget positivt. Gjennom samtalene er det etablert et tillitsforhold som har gjort at senere konsultasjoner har vært relevante og meningsfulle. Endel av flyktningene har fortalt at samtalene var til direkte hjelp. - Vi mener at vår systematiske tilnærningsmåte bidro til at enkeltpersoner, familier og grupper som hadde behov for ekstra oppfølging fikk raskere hjelp enn de ellers ville ha fått.

Risiko grupper

Vi fant at barn, unge menn og gifte menn, som er alene, utgjør risiko grupper som det kan være lett å overse, og som trenger spesiell oppmerksomhet og omsorg. Derfor er det viktig at helsepersonell gir nødvendig og differensiert støtte spesielt til disse grupper.

Fordel og ulemper ved familiesamtalene

Vi opplevde at samtaler familievis ga mye informasjon som kunne nyttes i vårt videre arbeid med flyktningene. Spesielt ga tilnærningsmåten innblikk i familiedynamikken. Men denne tilnærming gjorde at vi også mistet vesentlig informasjon. Opplysninger om seksuell vold ble trolig holdt tilbake.

Voldtekt av kvinner ble bare snakket om generelt. Ingen av kvinnene i vårt material oppga å være voldtatt. Videre ble barna for lite ivaretatt gjennom denne tilnærningsmåten alene. Barn som har opplevd krig er risikobarn. Opphold i flyktingemottak forsterker denne risiko. Det er åpenbart at barna trenger tilbud tilpasset dem. - Metoden er også mindre egnet for unge voksne, som foretrakk å snakke med oss individuelt uten foreldre tilstede. - Vi har inntrykk av at mennene har vært mer fornøyde med samtalene enn kvinnene. Det kan komme av at mennenes dramatiske opplevelser i fangeleire dominerte samtalene, slik at kvinnes sorg og traumehistorie "kom i skyggen".

Barnen blev för lite tillgodosedda om endast detta tillvägagångssätt användes

Det är viktigt att det är samma sjukvårdspersonal som flyktningarna i övrigt har att hålla sig till som genomför samtalen

Kan flyktnings behov for følelsesmessig bearbeiding av krigsopplevelser og livet i eksil ivaretas gjennom samtaler innenfor primærhelsetjenesten?

Vår erfaring tilsier at behovene kan ivaretas et stykke på vei. Det er verdifullt for flyktningene å få tid til å fortelle sin historie, både om sitt liv før krigen og om hva de har opplevd av traumer. Her er ro og tid avgjørende faktorer. Det er godt for dem at noen vet hva de står for som mennesker og hva de har vært igjennom. Det gir en plattform for videre kommunikasjon. Flyktningenes selvfølelse styrkes gjennom at de får fortelle om sine liv og ved at vi viser at vi ser dem som de individer de er, ikke bare som anonyme flyktninger. Dette er psykososialt forebyggende arbeid, og bør ikke forveksles med psykoterapi.

Primærhelsetjenestens fordel er at den på et tidlig stadium møter flyktningene. Spesialisthelsetjenesten har sjelden kapasitet til å ta seg av andre enn de som utvikler betydelige psykiske symptomer. For helsepersonell med begrenset erfaring med psykososialt arbeid, er det viktigste å være lydhør overfor flyktningen. Hvis han eller hun ønsker å fortelle, kan man gå ut fra at det han gjør godt. Det gjelder like fullt, eller mer, om fortellingen blir avbrutt av gråt. Derimot bør den som har liten erfaring være forsiktig med å overtale en traumatisert person til å fortelle mot sin vilje. Det kan være at tidspunktet ikke er riktig, eller at flyktningen ikke har den nødvendige tillit til helsearbeidere og tolk. Videre er det av betydning at flyktningene og helsearbeidere gjennom slike samtaler lærer hverandre å kjenne. Det gir flyktningene større frimodighet til å snakke om psykiske forhold ved senere kontakter, og det gir helsetjenesten bedre mulighet til å gi adekvat hjelp. Av denne grunn er det vesentlig at det er de samme helsearbeidere som flyktningene ellers har å forholde seg til, som gjennomfører samtalene.

Med en slik begrenset målsetting, burde denne tilnærmingen til krigsflyktinger kunne brukes av helsepersonell i primærhelsetjenesten. Det er, etter vår mening, imidlertid noen forutsetninger: Når man snakker med en hel familie bør det være to helsearbei-

dere til stede. Ellers blir det lett uoversiktlig både å få med seg hva de forteller og å holde øye med dynamikken i familiegruppen. Det er også bra at en av helsearbeiderne noterer underveis. Alternativt kan samtalen nedtegnes umiddelbart etterpå. Vi gjorde en kombinasjon, noterte stikkord underveis og skrev ut mer utførlig etterpå. Et tredje alternativ vil være lydbånd. Det var flere grunner til at vi ikke valgte det. For flyktningene er det mye som er nytt og skremmende. Vi valgte derfor å gjøre intervjusituasjonen så enkel som mulig. Videre er det meget tidkrevende å skrive ut et lydbånd med samtale gjennom tolk. - Samtaletiden skal brukes bare til formålet. Samtalene må ikke forstyrres av telefoner, somatiske undersøkelser eller henvisninger. Det ville vanskeliggjøre konsentrasjon om følelsesmessige forhold. Derfor bør samtalene ikke gjøres samtidig med den somatiske "førstegangs undersøkelsen". Vi hadde mange av samtalene på kveldstid, men tidspunktet betyr mindre, bare samtaletiden er skjernet for forstyrrelser. Samtaler på kveldstid medførte imidlertid den fordel at flyktningene ikke ble tatt ut av skole, arbeid eller aktiviteter på mottaket.

Man må ha tilgang på dyktig tolk. Dette er en forutsetning for at følelsesmessige forhold skal kunne verbaliseres.

Det er nødvendig med faglig veiledning fra person med psykiatrisk kompetanse. Dette trenges først og fremst for helsepersonellens egen del. Det er en så stor påkjenning å høre om grusomme krigsopplevelser at også hjelperen trenger å få bearbeide egne følelser for å holde ut og over tid. Det er også nødvendig med faglig veiledning med hensyn til hvordan man forholder seg i samtale og hva man gjør med problemer som åpenbares.

REFERENSER

1. Arenas J G, Steen P, Jacobsen V, Thomsen U S: Flyktningers psykiske kriser. København: Dansk psykologisk forlag, 1992.
2. Austveg B: Helsearbeid og innvandrere. Oslo: Tano forlag, 1995.
3. Brunvatne, Lysgård, Hjortdahl: Flyktninger og Primærhelsetjenesten. Oslo: Den norske lægeforening. Etterutdanning og kvalitetssikring, 1995.
4. Cullberg J: Mennesker i kriser og utvikling. Oslo: Aschehougs forlag, 1984.
5. Gustavsen L H, Lindkvist A, Bøhm B: Krigens barn. Oslo: Kommuneforlaget, 1989.
6. Haugsgjerd S: Lidelsens karakter i ny psykiatri. Oslo: Pax forlag A/S, 1990.
7. Hukanovic R: Helvetes Tiende Port. Et halvt år i dødsleirer i Bosnia. Gjøvik: Syppress forlag, 1993.
8. Weisæet L, Mehlum L: Mennesker, traumer og kriser. Oslo: Universitetsforlaget, 1993.

Institutionen för socialmedicin i Uppsala

Inbjudan till en tvärvetenskaplig konferens på temat

"Alltruism, Society and Health Care"

Uppsala 12 - 14 maj 1996

Frågor om alltruism och möjligheter av oegennyttigt handlande diskuteras alltmer i vårt samhälle, inte minst i medicinska sammanhang. Många områden i hälso- och sjukvården bygger på människors villighet att osjälvviskt bidra till verksamheten. Exempel är blodgivning och organdonation, men också frivilligarbete, t ex som anhörig.

Mot denna bakgrund vill Institutionen för socialmedicin vid Uppsala universitet inbjudas till en konferens där frågor om altruism kan diskuteras ur olika relevanta perspektiv. Bl a kommer historiska aspekter att behandlas av professor Robert J Richards, psykologiska aspekter av professor Daniel Batson, begreppsanalytiska aspekter av docent Tore Nilstun samt implikationer för hälso- och sjukvården av professor Thomas Murray. De inledande föredragen kommenteras av bl a professor Carl Reinhold Bråkenhielm, professor Henry Montgomery och professor Bo Rothstein. Konferensen sammanfattas av professor Peter F Hjort.

Välkomna att delta i konferensen är forskare och andra med intresse för problemområdet. Konferensspråket är engelska, men åtminstone en session kommer att vara öppen för inlägg på svenska.

Om du är intresserad av att delta i konferensen, skriv till:

Fil dr Anders Nordgren, Institutionen för socialmedicin, akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala

Fax. 018/50 64 04