

TRANSKULTURELL KUNSKAP NÖDVÄNDIG

Bemötandet av flyktingar och invandrare inom vården är en komplicerad process. Kulturella skillnader med olika värderingar och referensramar kan tidigt omöjliggöra vidare behandling. Detta gäller inte minst inom den psykiatriska vården.

Införande av »kulturella vårdenheter» skulle kunna hjälpa sektorspsykiatri med bedömningar och djupare kulturrelaterad diagnostik för att ge förslag till behandling.

Bemötandet av patienten är behandlingsprocessens första etapp och en behandlingsallians måste säkras för ett bra vårdresultat. Behandlare är individer, läkare, sköterskor m m, men i behandlingsprocessen spelar även vårdssystemet en viktig roll. Begreppet behandlare måste alltså ses från två olika plan: individen och vårdssystemet. Tillgänglighet och miljön inom våra vårdenheter är andra viktiga moment. Allt detta spelar roll för att man ska känna sig välkommen som patient.

För att underlätta kontakten mellan behandlare och den behandlade har information om vårdresurser i varje område stor betydelse.

Muntlig information

För patienter med invandrarbakgrund spelar informationen om vårdsystemets struktur en väldigt viktig roll. Informationen bör ges både muntligt och skriftligt, helst på patientens eget språk. Eftersom muntlig information når fram lättare till invandrare har sjukvårdens inrättningar ett ansvar att träffa människor regelbundet i olika sammanhang för att kunna närma sig och informera dem om vad vårdssystemet erbjuder.

Författare

RİYADH AL-BALDAWI

överläkare, Spånga-Kista psykiatriska sektor, S:t Görans sjukhus, Stockholm.

der. Vid översättning av informationsmaterial måste hänsyn tas till kulturella skillnader – mekaniska översättningar från svenska till olika språk fungerar inte alltid bra.

I det tvärkulturella bemötandet där parterna tillhör olika kulturer och har olika referensramar för sociala kontakter krävs det ytterligare kompetens för att klara mötet och utväxla empati. Detta möjliggör för behandlaren att förstå patientens berättelse och tolka de kulturella uttrycken av symtom.

Kulturens roll i bemötandet

Begreppet kultur har definierats på många sätt [1, 2]. Enligt min mening är kultur summan av genom livet inlärd traditioner och normer som dominerar och utvecklas genom historien hos en folkgrupp eller nation. Kulturens innehåll påverkas av olika faktorer, bl a det geografiska och klimatiska läget, den ekonomiska och sociala utvecklingen samt religiösa förhållanden.

De flesta omständigheter i livet är kulturbundna. Det är svårt att förmedla kulturella nyanser till människor utanför en kultur. Det är svårt att förmedla hur vi möter varandra, hälsar, älskar, hatar, hur vi uttrycker sorg eller glädje, hur vi visar respekt för andras sätt att tänka och arbeta. En del av detta kan läras men det kräver stora språkkunskaper och genuint intresse att umgås med människor från andra kulturer.

Psykiatrisk behandling bygger på den uppfattning som bedömarens bildar sig om patientens beteende och berättelse. Det finns risk för missuppfattningar när parterna tillhör olika kulturer och uttalar sig och bedömer saker enligt sina egna referenser och normer. Detta kan leda till felaktigheter som kan leda till att patienten avbryter behandlingen [3].

Patientens berättelse innehåller såväl konkreta fakta som ej uttalade betydelser, »undertext». I det transkulturella mötet saknas ofta möjligheter att rätt uppfatta den outtalade undertexten, som i vissa fall kan vara avgörande. (Vissa traditionsbundna arabiska kvinnor vågar inte uttala sig om mensrubbingar men berättar i stället om sina

psykiska besvär som kommer attackvis varje månad, utan att våga koppla det till menstruationen.)

Överföring och motöverföring

Ett möte mellan två människor från olika kulturer styrs alltså ofta av skilda värderingar och referensramar. Inom psykiatri börjar kontakten redan innan det fysiska mötet äger rum, när remissen kommer till mottagningen och när patienten får kallelse att komma och träffa en behandlare. För en invandrapatient som anmäler sig själv eller blir remitterad till vården väcker mötet med psykiatri olika fantasier och frågor – »är jag sjuk?», »om jag är sjuk, är jag galen?», »om jag är galen hur ska jag kunna klara mig i framtiden, hur ska jag dölja min sjukdom?»

Hos behandlaren kan föreställningar utvecklas på grund av egna fördomar kring patientens nationalitet. Dessa känslor kan vara positiva eller negativa, men de färgar attityden redan innan mötet med patienten ägt rum. Remisstexten kan också spela en roll för att förstärka vissa ställningstaganden.

De patienter som söker psykiatrisk hjälp för sociala problem planerar ofta mötet och försöker betona vissa symptom för att övertyga terapeuten om sina »lidanden» och talar i början helst inte om de sociala problem som de egentligen söker för. Detta kan bero på en kulturell attityd och inte handla om att »lura» behandlaren. I en del kulturer (exempelvis Mellanöstern) uppfostras man till att aldrig be om saker direkt. Man bör prata kring saken och invänta lämpligt tillfälle att berätta om de egentliga bekymren. Om behandlaren inte är medveten om detta kan känslan att patienten försöker »luras» bli så akut att behandlaren intar en hård hållning gentemot patienten och mötena blir så laddade att de till slut avbryts.

Många invandrapatienter uppfattar vård som synonymt med doktor, varför besvikelsen kan bli stor när patienten upptäcker att den person man träffar första gången inte är läkare.

Tillgång till tolk är viktigt inte bara när det gäller den rena översättningen utan också för att förmedla outtalade

signaler som får betydelse för behandlaren möjlighet att ställa rätt diagnos. Förstår patienten frågorna? Ger patienten förbisvar? Hur formulerar patienten svaren? En psykiatriutbildad tolk använder sin kulturkompetens till att förmedla beskrivningar om händelser kopplade till landet och vars sanningshalt inte kan bedömas av behandlaren.

Negativa sidor av att arbeta med tolk rör patientens rädsla eller ovilja att tala om känsliga upplevelser inför en tolk som är från samma land och tillhör samma etniska grupp – trots att tolken informerar patienten om sin tystnadsplikt. Tolkens personliga egenskaper och professionalism är av stor betydelse för att sätta tydliga gränser och underlätta mötet.

Att söka vård kan innebära en svaghetsförklaring. Känslor av underlägsenhet hos invandrapatienten bestäms ofta av den attityd som behandlaren intar från första mötet. Underlägsenhetskänslor kan ge upphov till laddade känslor, t ex om en manlig patient känner sig degraderad inför en kvinnlig behandlare, något som kan leda till missförstånd och konflikter redan från första mötet.

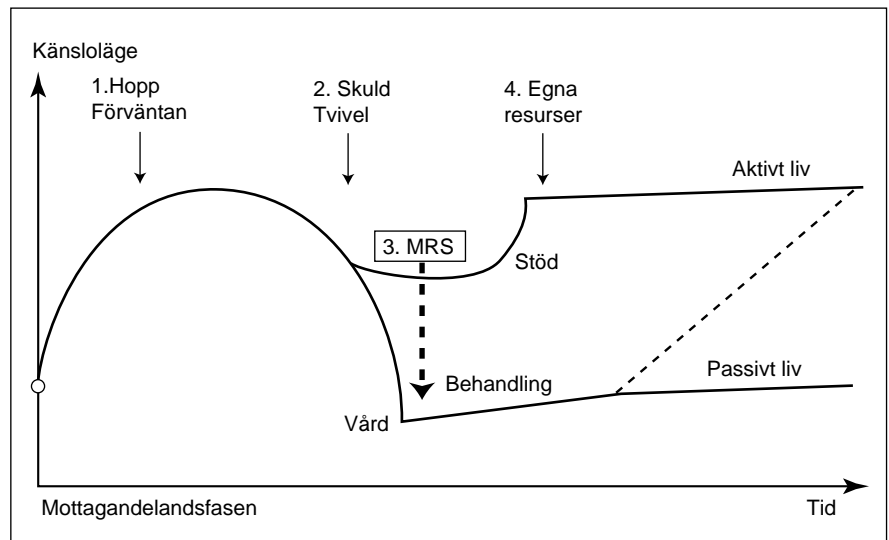
Problem trots kulturtillhörighet

När patienten och behandlaren tillhör samma kultur kan andra problem föreligga. Patienten känner sig visserligen trygg av att få berätta om sina problem på sitt eget språk och bli förstådd på flera plan, men vissa patienter tvekar emellertid om sina landsmäns terapeutiska möjligheter att hjälpa på samma sätt som den infödda svenska behandlaren skulle kunna göra.

Andra patienter förväntar sig en större lojalitet från landsmannen gentemot de egna problemen. Problemet kan förvärras om terapeuten är professionellt neutral gentemot patienten. Denna neutralitet kan missuppfattas av patienten, som oftast inte förmår särskilja landsmannen som person och som tjänsteman.

Ibland idealiserar patienten sin landsman genom positiva överföringar och förväntar sig kunna »köpa» behandlaren lojalitet. Detta ökar risken att en behandlare tar hårdare ställning i patientens ärende för att undvika miss-tolkningar från arbetskamrater eller att begå fel som kan tolkas som att behandlaren tar patientens parti.

Att träffa en infödd svensk behandlare är för vissa invandrare positivt och de sätter förhoppningar till att terapeuten kommer att påverka deras problem positivt. Men den neutralitet som svenska behandlare uppvisar mot sina patienter kan missuppfattas som att terapeuten skulle vara känslolös eller invandrarfri-



Figur 1. Förändring av känsloläge efter ankomst till mottagarlandet. Stöd och behandling kan vara avgörande för hur personen ska återfå ett aktivt liv. MRS = migrationsrelaterad stress.

entlig. Dessa känslor kan uttryckas i negativa handlingar – patienten kan bryta kontakten redan efter första mötet eller anklaga behandlaren för okunskap [4].

Medicinering kan ha annan innebörd än den som infödda svenskar är vana vid. Att gå från ett möte utan medicin innebär att man förvägrats kvitto på att man är sjuk eller har ett seriöst problem. Ett förtroende kan haverera om patienten träffar en behandlare som inte är läkare och mötet avslutas med att behandlaren skall kontakta läkare för läkemedelsförskrivning. Detta kan leda till att behandlaren behörighet sätts ifråga av patienten, med minskad respekt som följd.

Psykiatrisk hjälp för sociala problem

Alltför många patienter med invandrarbakgrund hänvisas till eller söker själva psykiatrisk hjälp för att lösa konflikter i det sociala livet. Dessa patienter söker hjälp för att finna en partner i sin kamp – antingen mot samhället eller också mot myndigheter, inför vilka de känner sig maktlösa. Detta kan leda till olika konflikter när patienten anser att behandlaren inte klart står på hans eller hennes sida eller då patienten blir tillbakemitterad med hänvisning till att fallet inte är psykiatriskt. Patienten anser sig då ha blivit sviken ännu en gång och lägger skulden på behandlaren eller på psykiatrin.

Å andra sidan ökar risken för konflikter om behandlaren tar ställning för patienten gentemot olika myndigheter. I det fallet måste en principiell ställning tas till frågan om psykiatrin verkligen skall syssla med dylika sociala frågor. Vi skulle kunna vara en specialistresurs i de fall där det föreligger egentliga psykiska problem som är i behov av behandling.

Ett annat problem är att människor som söker psykiatrin på grund av socia-

la problem överutnyttjar psykiatris begränsade resurser varvid de egentligt psykiskt sjuka möts av långa väntetider eller frustration skapade av patienter ur den första gruppen.

Det är inte omöjligt att invandrare som är i behov av psykiatrisk vård har svårt att uttrycka sig och därmed få hjälp inom psykiatrin. Det kan bero på dels den skamkänsla som psykiska sjukdomstillstånd kan medföra, dels svårigheten att bemästra de långa köerna. Vägen till psykiatrin är ibland komplicerad; det kan vara svårt att träffa en läkare vid första besöket och det kan dröja lång tid innan man träffar en specialist.

Patienter som söker för sociala problem talar öppet om kontakterna med psykiatrin, men de som är riktigt sjuka försöker gömma sjukdomsbilden och deras kontakter med psykiatrin döljs. Psykiatrin bör begränsa sin tillgänglighet när det gäller sociala problem och i stället öka samarbetet med vårdgrannar.

Psykiisk ohälsa och skamkänsla

Psykiisk sjukdom betraktas i många kulturer som något skamligt. I Mellanöstern uppfattas psykiisk ohälsa för det mesta som straff för syndigt leverne, och kontakt med psykiater uppfattas ofta som bevis för att personen måste vara »galen». Psykiatrisk specialistvård anlitas därför inte om man har neurotiska eller affektiva symtom. Dylika besvär tas ofta om hand inom ramen för individens eller familjens egna resurser.

De patienter som identifieras som psykiskt sjuka blir socialt isolerade och isoleringen kan även drabba familjen i sin helhet. Individerna kan bli utpekade, stigmatiserade och förvisade från för-

samlingen och från deltagande i olika sociala sammanhang. De kan få svårt att gifta sig och även svårt att studera. Välutbildade familjer boende i större städer har dock lättare att hantera denna skam än familjer som bor i småbyar, är fattiga och saknar makt.

Ett sätt att bli av med den skuld och skam som psykisk ohälsa innebär är att somatisera sitt psykiska lidande. I stort sett kan somatiseringen av psykiska problem vara den lättaste och mest naturliga vägen för att uttrycka sin inre ohälsa.

Migrationsprocess och bemötande

Migration är en dynamisk process som startar redan i hemlandet. Migration innebär en psykosocial förändring som ofta väcker gamla livskriser eller föder olika nya kriser. Dessa kriser anses vara en reaktion mot de förluster som patienten drabbats av under migrationen.

Migrationsprocessen består av tre faser: »hemlandsfasen», »flyktfasen» och »mottagandefasen» [5]. Den långa resan under migrationen kan fördjupa de kriser som människan tar med från hemlandet. Hur mycket av dessa kriser människan kan hantera beror mycket på olika personliga och sociala faktorer som spelar roll i hemlandsfasen. Påfrestningar i samband med flyktfasen, när människan redan har lämnat hemlandet men inte hittat något fast boende någon annanstans, brukar vara mycket plågsamma och krävande både materiellt och känslomässigt. Mottagandefasen är komplicerad och kan innebära de olika upplevelser och känslolägen som presenteras i Figur 1.

Den första tiden i det nya landet innebär ofta en »smekmånad» med starka förhoppningar om ett fredligt och lugnt liv. Så småningom uppstår emellertid ofta känslor av skuld och tvivel. Skuld-känslor för dem som man har lämnat bakom sig, ifrågasättande av sina egna möjligheter att klara de nya krav som livet i det nya landet ställer samt bristande möjligheter att återskapa den sociala och ekonomiska position som motsvarar tidigare utbildning eller livserfarenhet.

Migrationsprocessen innebär en påfrestning som leder till känslor såsom främlingskap, längtan, saknad och rotlöshet, samt en nedvärdering av modersmål och ursprungsland [6]. Ibland utvecklas ett stresstillstånd med en flora av psykosomatiska symtom. Jag kallar detta tillstånd *migrationsrelaterad stress*, MRS (se rutan Migrationsrelaterad stress).

MRS av olika grader kan ses hos en majoritet av flyktingar och invandrare. Dessa symtom kan alltså betecknas som »naturliga». Många invandrare och

Migrationsrelaterad stress

Klinisk bild

Oro
Nedstämdhet
Ökad muskelspänning
Trötthet
Överkänslighet
Irritabilitet
Koncentrationssvårigheter
Sömnstörningar, mardrömmar
Rädsla

Stressrelaterade tillstånd

Mensrubbingar, hypertoni, primär fibromyalgi, panikattacker, huvudvärk, spänning, mag- och matsmältningsrubbingar, obstipation/diarré

flyktingar klarar av att bearbeta dessa »naturliga symtom» väl, och hittar själva resurser för att bemästra läget. Uttalade fall av MRS kan kräva stöd och hjälp av närstående. Vissa flyktingar har behov av en specialiserad diagnostik och behandling av posttraumatiskt stressyndrom, PTSD [7]. Tidig identifikation av uppkomst och karaktär av MRS ger oss möjligheter att särskilja dessa symtom från PTSD och ge stöd och hjälp till människor på ett differentierat sätt.

Stora insatser görs för att hjälpa flyktingar i deras integrationsprocess. Staten ställer stora krav på kommunerna att utveckla program för en bättre inskolning av nyanlända flyktingar. Att utveckla metoder för att tidigt upptäcka och identifiera MRS kan hjälpa kommunerna till bättre introduktionsprogram [8]. De senaste åren har flera vetenskapliga undersökningar drivits vad gäller diagnostik och behandling av patienter med invandrarbakgrund på olika psykiatriska öppenvårdsmottagningar [7, 9]. Psykiatrisk specialiserad vård är en dyrbar samhällsservice och vi bör vara noga med att använda den enbart för dem som är i stort behov av den [9].

Samarbete mellan olika myndigheter

Samarbetet mellan kommunens och landstingets personal är viktigt för att tackla komplicerade problem som förekommer i samband med flykt och invandring. Inte minst samarbetet med flyktingmottagare samt arbetsförmedling och försäkringskassa bör utvecklas så att bedömning görs av dem tillsammans.

Sådana samarbeten finns idag utvecklade i vissa kommuner eller delar av landet, till exempel samarbetsprojektet i Rinkebyområdet mellan försäkringskassa, skola, kommun och arbetsförmedling. Detta bör utvecklas till att få även

primärvården och psykiatrin att ingå i samarbetet – en modell som skulle kunna sprida sig till andra invandrartäta områden i hela landet. Genom samarbete mellan olika myndigheter i samhället utvecklar vi ett bättre bemötande för invandrare som individer och familjer.

Ett sätt att förbättra vårt bemötande av flyktingar/invandrare kan vara att omstrukturera landstingets psykiatriska vård till att innefatta »transkulturella vårdenheter». Dessa enheter skulle arbeta på en konsultativ basis och hjälpa sektorspsykiatrin eller kliniker med bedömningar och djupare kultureller diagnostik samt ge förslag till behandling. Behandlingsansvaret bör ligga kvar på remitterande behandlingsinstanser.

Sammanfattning

Bemötandet av flyktingar och invandrare inom vården i mottagarlandet är en komplicerad process där både system- och individuella resurser behövs för att optimera processen. Problematiken kring bemötandet måste tas på allvar och man bör bedriva forskning för en utveckling av insatserna. Vi får inte i onödan ge friska personer status av att vara sjuka. Att koncentrera kulturkompetenta professionella enheter till fungerande transkulturella, kan vara en väg att sprida kulturella kunskaper ut i hela vårdssystemet och med detta förbättra våra möten med patienter från andra kulturer.

Referenser

1. Rack P. Race, culture and mental disorder. London: Routledge, 1993: 13-21.
2. Spradley JP, McCurdy DW. Editor's introduction to conformity and conflict: Readings in cultural anthropology. Boston: Little, Brown, 1974.
3. Fernando S. Mental health, race and culture. London: Mind Publ 1992: 51-74.
4. Lennox T. Racism and psychotherapy; working with racism in the consulting room. An analytical view. In: Kareem S, Littlewood R, eds. Intercultural therapy. Carlton, Australia, Oxford, England, Cambridge, USA: Blackwell Scientific Publications, 1992: 133-45.
5. Al-Baldawi R. Exil, kultur och drogmissbruk. Stockholm: Eget förlag 1994: 11-21.
6. Kristal-Andersson B. Att möta och arbeta med flyktingar. I: Att ta emot flyktingar. Norrköping: Statens in-vandrarverk, 1984: 140-59.
7. Ekblad S. Diagnostik och behandlingar av patienter med invandrarbakgrund. Stockholm: IPM, Statens Institut för psykosocial miljömedicin, 1996. Stressforskningsrapport 1996; 262.
8. Ekblad S, Eriksson N, Jakobsson S. Utprovning av ett hälsobad som screeninginstrument i introduktionsplanen för nyanlända flyktingar med uppehållstillstånd. En förstudie i tre Stockholmskommuner, 1995.
9. Al-Saffar S, Borgå P. Spånga – öppenvårdspsykiatri för en mångkulturell befolkning. Nacka: Enheten för psykosocial forskning och utveckling, Stockholms läns landsting, 1995.