

# KRIGET I BOSNIEN OCKSÅ VÄSTERLÄNSKT TRAUMA

Forsknings- och hjälpprojekt granskas

**Kriget i f d Jugoslavien innebär ett trauma såväl för den drabbade befolkningen som för Västerlandet. Om en nationell försoning skall kunna uppnås krävs stora insatser för att åstadkomma ett bättre fungerande civilt samhälle. Detta innefattar också insatser för psykiatrisk behandling och psykosocialt stöd till den krigsdrabbade befolkningen, vilket bland annat konstaterades vid den kongress som World Psychiatric Association nyligen höll i Madrid.**

Kriget i Bosnien-Hercegovina har förstört sjukvårdsapparaten, liksom resten av landets infrastruktur. Före kriget hade det f d Jugoslavien en generell sjukvårdsstandard som placerade landet ungefärligen i mitten i en tänkt europeisk sjukvårdsliga. Nu återstår inte mycket av detta (Figur 1). År 1991 var antalet sängar per 1 000 invånare 4,5; 1994 hade den siffran minskat till 3 [1]. Mer än en tredjedel av läkarna och sjuksköterskorna har lämnat landet eller dödats i kriget (Tabell I). Sjukhus är söndersprängda och bombade (Figur 2). Medicinsk teknisk utrustning är förstörd och reparationsmöjligheter saknas. Andelen förstörd eller icke fungerande utrustning var 1991 25 procent; 1994 hade den ökat till 75 procent [1]. Elementärt förbrukningsmaterial saknas, liksom sjukhuskläder. Behovet av infusionslösningar, analgetika och antibiotika är på sina håll skriande, liksom behovet av andra basala farmakologiska produkter. Inom de flesta högspecia-

## Författare

LARS DAVIDSSON

psykiater med anknytning till projektet »Bosnier hjälper Bosnier» i Lund

ANNA GUNNARSON

frilansjournalist och projektutvärderare.

Tabell I. Sjukvårdspersonal.

Sjukvårdspersonal	Antal totalt		Antal invånare per person inom vården	
	1991	1995 (juni)	1991	1995 (juni)
Läkare	4 200	2 527	496	838
Tandläkare	751	299	2 764	7 082
Farmaceuter	650	279	3 193	7 590
Sjuksköterskor	1 587	755	1 308	2 804
Undersköterskor	10 400	6 672	200	317

Källa: The Bulletin no 189 [1].

Kommentar: Före kriget var antalet personer inom sjukvården högt per invånare i Bosnien. Tabellen ovan ger en något snedvriden bild av situationen idag, då fördelningen av sjukvårdspersonal är ytterst ojämn. Det finns en betydligt större andel sjukvårdspersonal i de serbiska delarna än i de bosniska och kroatiska. Dessutom har färre serbiska läkare flytt från Bosnien eller dödats i kriget.

liserade sjukvårdsområden finns inga möjligheter alls att erbjuda någon egentlig behandling. Det råder stor brist på rehabiliteringsresurser för krigets tusentals skadade. Sjukvården konkurrerar dessutom med alla andra behov, vilket ställer krav på mycket svåra medicinska och ekonomiska prioriteringar.

## Psykosociala och psykiatriska konsekvenser av kriget

Krig åstadkommer inte bara materiell förödelse utan även en destruktion av yttre sociala strukturer samtidigt som människor påverkas psykiskt. De infrastrukturella skadorna i form av raserade byggnader och en icke-fungerande produktionsapparat är lätta att observera och går, med tillräckliga ekonomiska medel, att reparera. De inre skadorna hos människorna är svårare att upptäcka och att läka. Det är en ödets ironi att en av huvudaktörerna i kriget, f d presidenten i Republika Srpska dr Radovan Karadzic, är psykiater. Under en lång följd av år har han varit anställd på Kosevosjukhuset i Sarajevo, samma sjukhus som han via sin överbefälhavare Ratko Mladic låtit beskjuta med tungt artilleri. Christina Doctare, läkare och expert vid krigsribunalen i Haag, skriver i Svenska Dagbladet den 14 juli 1996: »Dr Karadzic har använt sina psykiatriska och psykoterapeutiska kunskaper till 'experiment' i stor skala för att avsiktligt föröda störst antal människors liv på kortast möjliga tid och till

minsta möjliga kostnad ... Dr Karadzic visste precis vad han gjorde, när han åstadkom posttraumatisk stress (PTSD) hos hundratusentals och åter hundratusentals människor.»

## Tvårvetenskapligt forskningsprojekt

Slobodan Loga, professor, neuropsykiater och chef för Kosevosjukhusets neuropsykiatriska klinik i Sarajevo, har i ett tvårvetenskapligt forskningsprojekt studerat effekterna på Sarajevo invånare av stadens belägring. Studien startade i oktober 1992 och är brett upplagd (men tyvärr publicerad enbart på bosniska under titeln »Naucni skupovi Psihosocijalni aspekti rata u Republici Bosni i Hercegovini», Akademija Nauka i Umetnosti Bosne i Hercegovine, Sarajevo, 1995). Psykiatrer, psykologer, sociologer, filosofer, kriminologer och ekonomer deltar i projektet, vilket består av sex olika delar (Flyktingproblematik, Invaliditet, Ekonomiska effekter, Morbiditet, Psykiatriska effekter samt Sociala effekter) och har huvudsakligen genomförts med hjälp av enkätformulär. Ett metodologiskt problem i sammanhanget, särskilt avseende den psykiatriska morbiditeten, är att de enkätformulär som använts varit standardiserade för fredsförhållanden. Med dessa begränsningar utgör ändå Logas och hans medarbetares projekt med dess många delstudier en unik beskrivning av hur människor i en modern



**Vår värd**, dr Mirsad Muftic, chef för en rehabiliteringsklinik i Sarajevo och f d flykting i Sverige.

storstad påverkas av krig. Frekvenser av organiska psykosor och schizofreni är tämligen konstanta. Däremot ses en stor ökning av patienter med reaktiva tillstånd (framför allt reaktiva psykosor och stressreaktioner). I de delar av arbetet som är baserade på populationsundersökningar (förvisso med en på grund av förhållandena tämligen osofistikerad metodik) konstaterades att inte mindre än 40 procent av Sarajevoborna (under belägringen) hade neurotiska symtom och – än mer förvånande – att 20 procent hade psykotiska symtom.

Dessa frekvenssiffror skall inte ses som diagnostiska entiteter i vanlig me-



**Figur 2.** Kosevosjukhuset i Sarajevo. Byggnaderna är skadade av granater och fönsterna urblåsta och ersatta med plast.

ning utan snarare som bevis på att kriget utöver materiella skador och fysiska deformiteter även åstadkommer psykiska effekter såväl akut som senare. Ett belägg för det senare är den förhöjda suicidfrekvens och det ökande missbruk som noterats bland hemvändande kroatiska soldater. Ett observandum är att diagnosen PTSD inte förekommer i Logas material (men sannolikt döljs i gruppen reaktiva tillstånd).

### Vilka är det som hjälper?

Oavsett diagnostiska entiteter är det uppenbart att behovet av psykiatrisk behandling och psykosocialt stöd är mycket stort i f d Jugoslavien. Vid det 10:e WPA (World Psychiatric Association)-mötet som i augusti i år hölls i Madrid ägnades ett symposium åt temat »War in Ex-Yugoslavia: What have we learnt?». Huvudsakligen bedrivs hjälparbetet av olika NGO (Non-governmental organizations), t ex MSF (Médecins Sans Frontières), MDM (Médecins du Monde), Röda korset och Röda halvmånen, religiösa grupper samt den bosniska humanitära organisationen Corridor. Den bosniska regeringen saknar i stort sett medel till detta slags insatser varför organisationerna är helt beroende av bidrag från regeringar och frivilliga runt om i världen.

Emina Kapetanovic från Kosevosjukhuset beskrev livet i Sarajevo under belägringen. Hon betonade att de psykiska reaktioner som ses inte i sig skall betraktas som patologiska utan snarare som normala reaktioner på ett patologiskt tillstånd.

### Engagemang av lokala personer

Alberto Fernandez-Lira berättade om ett psykosocialt hjälpprojekt som drivs av MDM i Mostar sedan mars 1994. Mostar är delat mellan kroater och bosnier och hjälpen har därför koncentrerats till östra Mostar (dvs den bosniska delen av staden). Västra Mostar beskrevs ha något bättre tillgång på hjälp på grund av anknytningen till Kroatien. Basen för projektet var ett engagemang av lokala professionella personer. Som övergripande mål angavs att hjälpa de lokala myndigheterna att omhänderta personer med egentlig psykisk sjukdom och personer med krigsrelaterade psykiska lidanden. Beroende på graden av störning och lidande erbjöds olika former av gruppbehandlingar (rekonstruktionsgrupper, stödgrupper och terapigrupper) samt individuell psykiatrisk behandling och träning. All behandling skedde under ledning av lokal frivillig personal med psykiatrisk eller social kompetens. Volontärläkarna från MDM bidrog med organisatoriskt stöd, ekonomisk hjälp och handledning till den lokala perso-



**Figur 1.** F d kvinnokliniken vid Kosevosjukhuset är högt belägen på en höjd och har nu övertagits som stöddepunkt för Ifor-styrkorna.

nalen (där samtliga själva varit utsatta för krigets effekter).

Ett ytterligare mål för verksamheten var att skapa en lokal mentalhälsokommitté, vilken skulle kunna starta lokala mentalhälsoprojekt med deltagande av patienter och personal från båda sidor i konflikten. Den äldre psykiatriska strukturen i Jugoslavien beskrevs som sjukhuskoncentrerad och inriktad på tung psykiatri. Utöver det faktum att den psykiatriska infrastrukturen i stor utsträckning är förstörd menade man också att denna äldre struktur inte längre kunde betraktas som funktionell i hanterandet av de problem som relaterats till kriget. En avsikt var således att bidra till att bygga ett nytt och mer adaptivt mentalhälsovårdssystem.

### Måste stödja egna sjukvården

Daniel Cresson, professor från Texasuniversitetet i Houston, vilken under tre år varit verksam i Sarajevo, på uppdrag av den katolska hjälporganisationen CRS (Catholic Relief Services), betonade vikten av att de psykosociala hjälpprojekt som startas definieras så att effekterna av projekten inte försvinner när fonderna tar slut. Detta innebär att projekten måste ge hjälp till ett stort antal behövande och vara inriktade så att de stödjer uppbyggnaden av den bosniska sjukvårdens egen infrastruktur. Viktigt är också att projekten tar sikte på att betona hälsa snarare än sjukdom. Vidare var han tveksam till användbarheten av begreppet PTSD i en krigssituation. Enligt den amerikanska psykiatriklassifikationen DSM IV:s definition förutsätter begreppet ett akut trauma medan

kriget till sin natur är kontinuerligt fortgående. Tyvärr saknas andra entiteter för att beskriva de psykologiska effekterna av krigstraumat. Forskningen kring psykiatriska och psykologiska effekter hos befolkningen av krigshandlingar är i hög grad otillräcklig, liksom egentliga studier kring effekterna av psykosociala stödinsatser. Medel för detta saknas tyvärr men borde vara ett prioriterat område, menade Cresson avslutningsvis.

### Svenska insatser

Utöver kostnaderna för den svenska militära insatsen har sedan hösten 1991 och fram till november 1995 ca 1,1 miljard kronor använts för direkt bistånd i f d Jugoslavien.

Efter Daytonavtalet har den svenska regeringen givit Sida i uppdrag att planera och genomföra ett bilateralt program för återuppbyggnad till vilket avsatts 150 miljoner kronor ur katastrofanslaget till och med 1996. Programmet omfattar tre huvudsektorer: boende, psykosocialt stöd och telekommunikationer. Arbetet utförs i samarbete med en rad svenska och utländska organisationer (bland andra MSF och Röda korset avseende insatserna för psykosocialt stöd) och syftar exempelvis till att stärka den lokala kompetensen och skapa en så stor lokal sysselsättning som möjligt.

Även om bidragsinsatserna idag till stor del är vilande bidrar Sverige, bland annat efter regeringsbeslut (1996), med hjälpinsatser. Så tar man exempelvis på Universitetssjukhuset i Linköping emot bosnier, som inte kan få adekvat hjälp i hemlandet, för medicinsk behandling. Efter behandlingen skickas patienterna hem, och detta projekt drivs i samarbete med IOM/UNHCR (International Organization for Migration/United Nations High Commissioner for Refugees) och Statens invandrarverk.

### Femtio mil av förödelse

Tillsammans med medarbetare från projektet »Bosnier hjälper Bosnier» i Lund besökte vi under april månad Sarajevo på inbjudan från en bosnisk kollega, Mirsad Muftic, som är chef för en rehabiliteringsklinik i Sarajevo. Vårt första och bestående intryck gällde den enorma materiella förödelsen. Längs landsvägen mellan Zagreb och Sarajevo (ca 50 mil) fanns knappast ett enda oskadat hus. Endast en mindre del var att betrakta som beboeliga.

Vi förundrades över att människor överhuvudtaget kunde leva och existera i Sarajevos ruinlandskap, än mindre hur de kunde utföra ett arbete. Vi besökte ett otal sjukvårdsinrättningar (vårdcentraler, sjukhus för kroppssjukvård och psykiatri, frivilligorganisationer, reha-

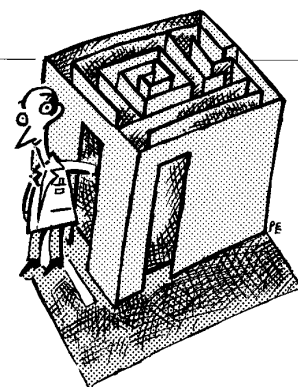
biliteringskliniker och ortopedverkstäder) och myndigheter och insåg att livet i Bosnien faktiskt kunde levas. Många erfarna läkare, sjuksköterskor och andra arbetade med ungefärligen samma teoretiska kunskaper som vi själva, men under totalt annorlunda materiella förhållanden. Personal, materiel och pengar att betala för detta saknas. Kunskaper och delvis unika erfarenheter finns att ta del av, också för det i materiell mening skyddade Västerlandet. Hur överlever och utvecklas en befolkning utsatt för krig och krigshandlingar? Vilka psykiska effekter åstadkommer kriget? Hur rehabiliteras de tusentals traumatiskt underbensamputerade? Hur har krigskirurgin utvecklats?

### Slutsatser

För befolkningen i f d Jugoslavien innebär kriget ett enormt trauma där effekterna sannolikt kommer att fortplantas i generationer framåt. Behovet av psykiatrisk behandling och psykosocialt stöd till den drabbade befolkningen är mycket stort och tillgodoses inte tillnärmelsevis av de insatser som görs. Grundproblemet är den enorma infrastrukturella förödelsen. De insatser som görs från frivilligorganisationer och andra måste därför inriktas på att bygga upp den egna sjukvårdsstrukturen. Sannolikt måste detta i framtiden innebära uppbyggnaden av en annan mentalhjälsvårdsstruktur än den som fanns före kriget. I en förlängning kan en bättre fungerande psykosocial stödverksamhet ge ett bättre fungerande civilt samhälle. Detta är en nödvändighet i den mån någon ansats till försoning skall kunna uppnås mellan de tidigare krigförande parterna.

### Referenser

1. The Bulletin no 189. Sarajevo: Institute of Public health of Bosnia-Herzegovina, 1995.



**enligt  
min  
erfarenhet**

## Läkartidningens serie 1990–1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11–50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

-----  
Beställ här:

..... exemplar av  
Enligt min erfarenhet

Namn .....

Adress.....

-----  
Sändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med  
»Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:  
08-20 76 19