

# UTANFÖRKÄNSLA KAN GE SMÄRTA

**Smärtproblem är en vanlig kontaktorsak bland invandrare och besvären är ofta svårtolkade. Författarna har djupintervjuat dels iranska kvinnor med långvarig smärta, dels personer med erfarenhet av iransk kultur och med kunskap om invandras problem. Flera icke-medicinska omständigheter har betydelse för smärtupplevelsen. En möjlig ambitionsnivå i praktiskt allmänläkararbete presenteras.**

På vårdcentraler inom flyktingtäta områden tar ofta enskilda konsultationer med invandrare lång tid. Det är dels proceduren med tolk som gör att besöket kan bli utdraget, dels symtomen som också kan vara svåra att värdera [1]. Ett vanligt presenterat besvär är smärta, och det är inte lätt att finna förklaringar till varför det värker och gör ont [2-5].

Värktillstånd är vanligare hos invandrare än svenskar, och generellt söker invandrarkvinnor för värk i större utsträckning än män [6].

En enkätundersökning från 1991 bland 79 flyktingar (de flesta från Iran och Irak) som kom till Västerås 1985 visade att hälsoprofilen hade försämrats sedan ankomsten till Sverige, och att kvinnorna mätte sämre än männen. Kvinnorna hade framförallt mer ont i leder, rygg och ben, och de hade ofta sömnproblem [7].

## Största invandrargruppen

Invandrare från Iran är den största enskilda, utomnordiska invandrargruppen

## Författare

ARJA LEHTI

distriktsläkare, Mariehems vårdcentral, Umeå

BENGT MATTSSON

distriktsläkare, lektor, allmänmedicinska institutionen, Umeå universitet.

pen i Umeå. De första iranierna anlände på 1970-talet som gäststudenter. Särskilt mellan 1980 och 1990 kom iranier som flyktingar undan de stridigheter som då rådde mellan Iran och Irak.

Iran har ca 60 miljoner invånare. Inom landet finns många olika folkgrupper som i vissa avseenden står i konflikt med varandra. De iranier som kommit till Sverige tillhör ofta en bildad medelklass [M Lilieqvist, Umeå, pers medd, 1995].

Inom upptagningsområdet för Mariehems vårdcentral i Umeå bor ett flertal personer med iranskt ursprung. Många kvinnor från Iran söker på mottagningen med långvariga smärttillstånd främst i nack- och axelregionen. En av oss (AL) har träffat flera av dessa kvinnor. Kvinnorna har vanligen utretts (kroppundersökning ofta kompletterad med röntgen) och behandlats (farmakologiskt stöd, sjukgymnastik, ibland kuratorskontakt) på sedvanligt sätt. Erfarenheten har varit att kvinnorna ofta återkommit till mottagningen utan att påtagliga förbättringar skett.

Utgångspunkten för detta arbete var den frustration som ibland uppstod i kontakten med kvinnorna. Projektets syfte var dessutom att öka förståelsen för deras besvär. Kan man genom en begränsad, djup kontakt få ny information som kan bidra till större insikt och ökad kunskap rörande smärtproblem hos iranska kvinnor?

## METOD

För en djupintervju utvaldes fem iranska, kvinnliga patienter mellan 30 och 50 år med långdragen muskuloskeletal smärta. De kvinnor som hade gjort flest besök på ALs mottagning och som inte hade klara, organiska förändringar som orsak till besvären tillfrågades, och samtliga accepterade att vara med.

Vissa huvudfrågor förbereddes. »Berätta allmänt om din bakgrund och din nuvarande situation?» »Vad är din egen syn på besvärens orsak/-er?» »Hur ser du på ditt bemötande i vården?» »Vad tror du att du behöver för att kunna bli bättre?» och »Hur ser du på egenvårdens möjligheter?»

Vid tidigare besök på mottagningen

hade delar av dessa frågor redan i viss omfattning belysts. Djupintervjun blev då upprepningar men kompletteringar och förtydliganden gjordes också.

Intervjuerna, som spelades in på ljudband, genomfördes på vårdcentralen eller hemma hos patienten och varade i 1-3 timmar. Ett av samtalen skedde med tolk.

## Informanter

För att få ytterligare bakgrund och bättre förståelse för kvinnornas beskrivningar valde vi att dessutom på band intervju tre »experter» (här kallade informanter) var för sig. Dessa resurspersoner var en kvinnlig kurator inom invandrarundervisningen som träffat många iranska kvinnor med smärtproblem, en kvinnlig präst som aktivt arbetat med flyktingfrågor och en kvinnlig, persisktalande, svensk tolk som bott länge i Iran. De fick två huvudfrågor:

»Berätta om din kännedom om iranska kvinnors villkor och om landet Iran!» »Hur ser du på den tendens till muskel- och skelettsmärter som vi uppfattat att dessa iranska kvinnor har?»

Samtliga åtta intervjuer skrevs ut ordagrant. Utskrifterna har sedan i omgångar lästs av oss båda. Vi har eftersträvat att finna teman och mönster som går igen i de olika berättelserna [8]. Intervjuerna med informanterna har i huvudsak tjänat som bakgrund och möjliga bekräftelser på de berättelser som kvinnorna lämnat. Informanternas beskrivningar har delvis validerat kvinnornas information.

En tidig version av manuskriptet med teman gavs till kvinnorna. Vi ville höra deras syn på våra tolkningar av samtalen och få kommentarer. Därvid framkom att alla åtta tyckte att de kände igen de av oss erhållna rubrikerna. Den vidare tolkningen och reflexionerna under diskussionsavsnittet (se nedan) har kvinnorna ej tagit del av.

## RESULTAT Bakgrund och nuvarande situation

De fem kvinnorna var mellan 30 och 50 år och kom från storstadsområden i ►

**ANNONS**

**ANNONS**

Iran. Fyra hade varit i Sverige i två–fem år; den femte kvinnan kom till Sverige för 16 år sedan. En kvinna hade utsatts för misshandel av myndigheter i Iran, hos de övriga framkom inget som tyder på fysiskt övergrepp före eller i samband med flyttningen.

Tre av kvinnorna läste »svenska för invandrare» medan en läste vid universitetet. Den femte kvinnan, som varit längst i Sverige, hade en chefsposition inom restaurangbranschen.

Alla kvinnorna var eller hade varit gifta; samtliga hade barn. Tre kvinnor levde ihop med sina iranska män i Sverige, medan två hade sina män kvar i Iran.

### **Aktuella symtom och tidigare vårdbehov**

Besvärerna utgjordes av värk i nacke och axlar. De hade varit väsentligen symtomfria innan de kom hit. Symtomen hade som regel debuterat i samband med avresan och de svårigheter den förde med sig. För fyra kvinnor hade värken kommit strax efter ankomsten.

Samtliga uppgav att symtomen markant hade ökat i intensitet under åren i Sverige. Ett stort antal laboratorieprov hade tagits både på vårdcentral och vid sjukhusbesök. Samtliga prov var normala. Alla hade således vid något tillfälle bedömts av en specialist på sjukhuset (exempelvis reumatolog, ortoped, rehabiliteringsläkare) utan att någon allvarlig organisk, bakomliggande sjukdom hade diagnostiserats. Av journaluppgifter framgick att de fem kvinnorna sammanlagt gjort drygt 30 besök hos sjukhuspecialister under fem år före vår undersökning.

Samtliga kvinnor hade fått varierande antal sjukgymnastbehandlingar, som givit subjektiv förbättring. Dock hade inga kvarstående effekter noterats, och besvärerna hade återkommit. Alla hade fått recept på värktabletter eller lugnande medel; de hade som regel använt tabletterna mycket sporadiskt.

### **Intervjuteaman**

Följande teman kunde extraheras ur samtalen:

*Insikt om orsakssamband.* Samtliga kvinnor beskrev att spänningar, stress och, i viss mån, inaktivitet fanns som bakomliggande orsaker till smärtan. Inte i något fall uttrycktes stark oro för någon allvarlig sjukdom. Inte heller presenterades några främmande eller kulturspecifika orsaker. Ingen av kvinnorna pockade på ytterligare, mer omfattande utredningar. Fyra kvinnor angav också mörker och kyla som betydelsefulla faktorer för ohälsa. »Jag tror att besvärerna beror på att jag har varit mycket spänd.» »Jag tror att det beror

också på att jag är främmande här.» »Man har mycket problem som invandrare, då fick jag spänning i muskler och nacke.» »Det är spänningar som ligger bakom – kvinnor som kommer hit har stora problem. Så det är inte bara att de arbetar och överanstränger musklerna.»

*Respektfullt bemötande.* Alla kvinnorna återkom i större eller mindre utsträckning till bemötandet i patientsituationen. De ansåg att de vanligtvis inte blivit »tagna på allvar». Här fanns självklart undantag, men det dominerande var att man upplevt att man inte blivit lyssnad till eller mötts med respekt i konsultationen. – »Det är inte bara jag, jag har pratat med många här och de har samma problem. Alla säger att vården här är jättedålig. Man kommer inte in. Det är inte lätt alls, man tas inte på allvar. Man måste fundera innan man tänker hon är iranier, hon kommer att vara på ett visst sätt.» »Ofta tänker jag så här, det finns ingen som tar mig på allvar, jag betyder bara min journal.»

*Social deklassering.* En position av underläge i det nya landet och en social försämring jämfört med förhållandena i hemlandet beskrevs av fyra kvinnor. I Iran hade man en god, social ställning och ofta en självklar plats. Här präglades bemötandet av att bli betraktad ovanifrån. Det gällde både vid besök inom sjukvården och vid många andra tillfällen. Hos dessa kvinnor fanns resignation och hopplöshet som undertoner. »Det kommer nog alltid att bli så.» »Fast jag har lärt mig språket, inte så bra men jag kan klara mig och har börjat en ny utbildning på universitetet, kommer man aldrig på samma nivå som man hade hemma. Jag menar socialt, status, man kommer aldrig dit.» »En gång hade jag som vanligt folk.»

*Isolering och ensamhet, främlingskap.* Livet i hemlandet präglades för de flesta av stort umgänge (fyra av fem). Den sociala kontakten med släkt, vänner och grannar var stor. Där fanns en lätthet att kunna besöka varandra utan att ha meddelat i förväg att man kom. Nu är man hänvisad till den egna lilla gruppen (vanligen familjen, ibland andra landsmän) och språksvårigheterna är en barriär. Detta gäller även för de kvinnor som bott längst i Sverige. Umgänge med landsmän är inte något självklart – spänningar och motsättningar inom invandrargruppen skapar oro. »Jag känner mig som en fånge i ett fängelse.» »Jag känner mig utan land, en person som inte har trygghet. Det finns inte så många jag litar på.» »Det är motsättningar mellan invandrare och flyktingar. Det har inte varit något direkt mot mig men man känner sig inte bra för att man är också invandrare.»

*Sinnesintryck från egna landet.* Många gav beskrivningar av den läng-

tan och saknad man kände rent fysiskt efter det egna landet. Det var lukter, smaker och bilder som fanns i minnena och som nu inte längre kunde upplevas. Med sorg och uppgivenhet konstaterades att det sannolikt var ouppnåeligt att erfara intrycken igen. »Man längtar efter solen och värmen och allting.»

*Attityd till muslimsk kvinna.* Fyra av kvinnorna uppgav att man ofta blivit bemött av föreställningen att muslimska kvinnor är förtryckta och illa behandlade. Kvinnorna kände sig inte så hårt ansatta, och det var svårt att bemöta den svenska attityden. Man tyckte att okunskapen bland svenskar om villkoren i hemlandet var stor, och den rapporterade inställningen till det muslimska samhället förstärkte den tidigare beskrivna ensamheten och isoleringen. Samtidigt som kvinnorna tyckte att den svenska kvinnan har mycket mera frihet i samhället och bättre på många sätt, så uttryckte flera en besvikelse över att kvinnovåldet i Sverige var så vanligt. »Man tänker i Sverige och andra länder att min man misshandlar mig. Det var en som frågade mig: 'Slår han dig?' Jag förstår att de inte vet och det är naturligt att fråga när man inte vet. Samtidigt blir man ledsen.» »Det finns mera frihet här men man hör varje vecka kvinnor åka till sjukhuset på grund av mannens våld.»

### **DISKUSSION**

Undersökningen utgjordes av intervjuer på fem patienter och genomfördes av den egna doktorn som också är kvinna och invandrare. Patienterna hade dessutom känt intervjuaren sedan tidigare. Syftet med studien var att öka förståelsen och kunskaperna om kvinnornas »smärtbeteende». Man eftersträvade således inte en representativ grupp kvinnor med avsikt att göra generaliseringar.

Kvinnornas egen accepterande attityd till en tidig version av artikeln samt att intervjuerna med informanterna också bekräftade de teman vi funnit som relevanta, ökar graden av tillförlitlighet.

De intervjuade kvinnorna hade en ganska homogen medelklassbakgrund. De kom från storstäder och hade i sitt hemland haft en västerländskt inspirerad livsstil med bl a eget yrkesarbete. Dessa förhållanden gör att deras värderingar, seder och vanor inte är alldeles olika många svenska kvinnors, vilket skulle kunna vara en fördel vid kontakten med det nya landet. Uppenbarligen var det dock skillnaderna, inte likheterna, med den svenska kulturen som dominerade samtalen.

Vi var överraskade av att alla kvinnorna så entydigt relaterade sina besvär till de ökade spänningar och belastning-

ar som främlingskapet i det nya landet fört med sig. Vi mötte inte hos någon kvinna exempel på en förklaringsmodell som var främmande för oss och som hade sin utgångspunkt i hemlandets kultur eller sedvänjor. De även i Sverige förekommande föreställningarna att kyla eller mörker kan ge smärta var däremot vanliga. Inte heller tycktes kvinnornas religiösa intresse (som mestadels var relativt svagt) spela någon avgörande roll i tolkningen av de besvär de sökte för.

Det kan således vara korrekt att i mötet med dessa patienter associera smärtan till invandrarsituationen. Att ensidigt medikalisera eller utreda besvären hos specialister tycktes för de intervjuade kvinnorna snarare förstärka än minska känslan av att inte bli riktigt tagen på allvar.

I invandringens villkor för denna medelklassgrupp ingick ofta att den sociala deklasseringen kan bli bestående. Den kvinna som har levt längst i Sverige (16 år) berättade om sin utanförkänsla på ungefär samma sätt som de som varit här kortare tid.

Det sociala nätverket i det nya landet var också mycket annorlunda i jämförelse med de villkor som fanns i hemlandet. Dessutom tenderade längtan efter »den egna jorden» att kvarstå oberoende av hur länge man varit här. Dessa förhållanden förstärkte varandra och skapade grogrund för utanförkänsla och spänning.

### Vad är möjligt att göra?

Flera av de svårigheter som kvinnorna presenterade, och som direkt eller indirekt tycktes vara av betydelse för deras värkproblem, fanns det små möjligheter att som allmänläkare påverka och ordinera någon speciell behandling mot. En totalt nihilistisk inställning till möjligheterna att hjälpa vore dock oprofessionell. Nedan kategoriseras erhållna intervjuteman efter vad som är »möjligt» och vad som är »omöjligt» att åstadkomma i läkarens vardag.

Samtliga kvinnor berättade om upplevelsen att inte ha blivit tagen på allvar eller att inte ha fått ett respektfullt bemötande. En sådan erfarenhet bör bedömas utifrån den tveksamhet och misstänksamhet till invandrare som ofta rapporteras i samhället idag. Hit hör t ex den svårighet som även högutbildade invandrare har att komma in på den svenska arbetsmarknaden. Många som arbetar inom sjukvården (inklusive läkare) har kanske en medveten eller omedveten osäkerhet eller skepsis inför ett främmande ansikte och ett svåruttalat namn. Detta främlingskap från personalens sida uppfattas av kvinnorna som att inte ha blivit tagen på allvar.

Flera av kvinnorna gav exempel på

specifika situationer av misstro riktad mot dem, men detta var inte genomgående. Många beskrev också omtänksamhet och förstående från personalens sida.

En attitydförändring och större acceptans från personalens sida gentemot invandrare är önskvärd som en konsekvens av iakttagelserna. Här finns möjligheter både på ett enskilt plan och på mer strukturell nivå att genomföra förbättringar.

När det gäller kvinnornas oväntade, starka insikt om orsakssambandet är det något som man som sjukvårdspersonal lätt kan ta till sig. Föreställningen om att kvinnorna önskar remiss och »regjäl utredning» speglar måhända mer sjukvårdens idé än en verklig åstundan från patienterna.

Temat »attityd till muslimsk kvinna» utgör också exempel på en inställning som man kan göra något åt som sjukvårdspersonal. Bilden av att den iranska kvinnan skulle vara svag, utsatt och ofta misshandlad av sin man har dementerrats inte bara av kvinnorna själva. Även en av informanterna, som bott många år och varit gift i Iran, underströk kraftfullt att detta är en missuppfattning. Kvinnsynen är annorlunda i våra länder, men missförhållanden mellan könen inom äktenskap finns i båda. Inget land är i detta avseende »bättre» än något annat.

### Vad är omöjligt att göra?

Flera teman som presenterats har emellertid en mer »omöjlig» utgångspunkt om man tänker på sjukvårdspersonalens möjligheter att förbättra och förändra kvinnornas situation. Läkaren har svårt att göra något åt den sociala deklasseringen som flera upplever. Likaså finns det små möjligheter att minska ensamheten eller den längtan till det egna landet som kvinnorna berättar om. Dessa exempel utgör något av de grundvillkor som många invandrare upplever i ett nytt land.

För att i dessa avseenden hjälpa den invandrade kvinnan finns dock möjligheter för insatser på en samhällelig nivå. Det ligger utanför sjukvårdens område att aktivt arbeta med dessa existentiella grundvillkor även om en kännedom om deras förekomst är nödvändig för ett känsligt och professionellt bemötande och förhållningssätt till problem i vardagssituationer.

Det »omöjliga» kan ofta väcka starka känslor även hos läkaren. Men alltför stor tonvikt på dessa problemområden uppfattas av kvinnorna som brist på respektfullt bemötande.

### Epilog

Under det dryga år som gått efter att intervjuerna avslutats har kvinnorna gjort betydligt färre besök på vårdcen-

tralen än tidigare. En-tre kontakter nu jämfört med 6-20 tidigare under motsvarande tid. Besvären tycks emellertid kvarstå i det närmaste oförändrade.

### Referenser

1. Thomson Y, Lichtenstein P. Invandrare söker oftare vid vårdcentral än svenskar. Läkartidningen 1988; 85: 532-7.
2. Löfvander M. Att arbeta och må bra – en kulturfråga? Allmänmedicin 1991; 12: 76-81.
3. Persson B, Löfvander M. The Mediterranean pain syndrome. In: Gottfries I, Persson B, eds. Humaniora och medicin. Lund: Studentlitteratur, 1996: 66-89.
4. Clinton L, Fossil DJ. Health and social problems in refugees. Soc Sci Med 1992; 35: 507-13.
5. Migrationsmedicinsk forskning – en översikt. Stockholm: SFR, Medicinska Forskningsrådet. MFR-rapport 1, 1995.
6. Leiniö TL. Invandrarernas hälsa. SoS-rapport 1995; 5: 75-118.
7. Kjellin I, Brandt-Segerström G, Kjellin L, Sörensen S. Flyktningkvinnors hälsa måste förbättras. Läkartidningen 1992; 89: 4251-4.
8. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. London: Sage Publ, 1990.