

Ny serie: Mångkulturell vård

Hur klarar sjukvården invandrarnas problem?

Begreppet mångkulturell vård är mångfasetterat. »Utländsk bakgrund» kan både vårdsökande och vårdgivare ha, andelen invånare i Sverige med utländsk bakgrund är betydande, och invandrare är en mycket heterogen grupp. Men det är läkaren och annan vårdpersonal som har ansvaret för att patienten blir lika väl bemött och behandlad, oavsett bakgrund. Det är för att öka förståelsen och resultatet av de mångkulturella mötena i svensk vård som Läkartidningen i detta nummer inleder en serie i ämnet.

Det är möjligt att som läkare bli uppmärksam på att olika invandrargrupper kan ha för svensk miljö ovanliga sjukdomar, att dessa uttrycks på oväntat sätt och att också migrationens stress, kanske tortyr i hemlandet, kan ligga bakom en besvärshistoria. Här finns forskning och en växande fond av fakta.

Svårare är det att finna kunskap om – och att ta hänsyn till – andra viktiga aspekter i det mångkulturella mötet mellan läkare och patient. Det präglas ju inte enbart av skillnader i fråga om språk, social bakgrund, kultur och religion utan också av synen på sjukdom, på patientens och läkarens roller och relationer, förväntningar på terapier och vårdens funktion som helhet. Åtskilliga av »störfaktorer» i kommunikationen läkare–patient är emellertid allmängiltiga, dvs bättre insikt i denna process när parterna har olika kulturbakgrund kan också förbättra kommunikationen vid alla möten.

Det senaste halvsekllets invandring – dvs tidigare arbetskraftsinvandring, se-



Mångkulturell vård, ett mångfasetterat begrepp. ett pussel, en brokig vävnad. Detalj från omslagsbilden, Diana Ongs »Crowd #2».

nare års flykting- och anhöriginvandring och nu arbetskraftens rörlighet inom EU – har haft många konsekvenser för den svenska sjukvården. Detta gäller inte minst inom psykiatrin, där variationerna beträffande sjukdomsförlopp och sjukdomsbeskrivning ofta är större än inom somatiken [1].

Heterogen grupp

Under de senaste decennierna har en allt större andel av invandrarna kommit från länder kulturellt mycket långt ifrån Sverige. Enligt en av artiklarna av Jan Sundquist i detta nummer av Läkartidningen utgjorde ännu 1975 finländare 40 procent av alla utlandsfödda, medan endast 6 procent kom från Afrika eller Sydamerika. År 1966 hade dessa siffror förändrats till 26 respektive 30 procent.

Migrationen i sig kan ofta vara en källa till en ökad frekvens av psykiska symtom i samband med anpassningen till nya situationer och vanor i mottagarlandet. En senare artikel i serien visar att utlandsfödda personer har sämre somatisk hälsa än infödda. Särskilt finlända-

re och sydeuropéer har hög frekvens av långvarig somatisk sjukdom. Dock förekommer enligt en annan artikel i serien inte överdödlighet för personer födda utanför Norden under åren 1987–1994. De som flyttar behöver inte heller vara ett representativt urval av sitt lands befolkning, eftersom olika mekanismer kan ha styrt urvalet.

Därtill är det alldeles klart att man inte utan vidare kan jämföra arbetskraftsinvandring med flykting- och anhöriginvandring. Det är inte ovanligt med separationer och splittrade familjer. I en av de tre artiklarna i serien, som behandlar trauma och utsatthet relaterade till barn och deras familjer, diskuteras dels en utvidgning av begreppet PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) hos barn, dels vilka tillstånd som ofta förekommer tillsammans med PTSD.

PTSD är ett samlingsbegrepp i den amerikanska psykiatriska diagnosklassifikationen DSM IV [2] för de psykiska, mentala och kognitiva störningar som kan uppstå hos individer som upplevt ett hot eller katastroftrauma. Invandrare och deras barn anpassar sig ofta i olika takt. Många invandrabarn har heller inte mer än en förälder med sig. Också de förändringar i familjestrukturen som i varierande takt följer migrationsprocessen kan öka risken för psykosociala problem.

Nya hälsoproblem och annat vårdutnyttjande

Många flyktingar har år bakom sig av ibland ytterligt svårt traumatiserande upplevelser med både fängelsevistelser och tortyr, och det är inte underligt att begreppet PTSD under det senaste decenniet fått en starkt ökad användning inom svensk vuxen- och barnpsykiatri. Sårbarheten är individuell, men flyktingskap och traumatiska erfarenheter är förknippade med hälsorisker [3-6]. Riskerna för underdiagnostik gör epidemiologiska studier otillförlitliga.

Den verkliga frekvensen är svår att fastställa på grund av en rad metodpro-

Författare

SOLVIG EKBLAD

enhetschef, Statens institut för psykosocial miljömedicin, Stockholm

BENGT JANSSON

professor emeritus, psykiatriska kliniken, Huddinge sjukhus.

ANNONS

blem. I ett invandrarprojekt på Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning diagnostiserades PTSD bland 40 procent av invandrapatienterna, ett förhållande som inte hade uppmärksammats inom klinisk rutinverksamhet på samma mottagning [7]. Ett jämförelsetal kan vara en livstids risk på 8,8 procent för PTSD i Norge [8].

Snabbt växande forskningsområde

Forskning kring effekter av PTSD på den psykosociala funktionen hos nyanlända flyktingar är ett snabbt växande internationellt forskningsområde som har stor betydelse för folkhälsan, inte bara för våra icke infödda utan även för svenskfödda. PTSD är ett betydande samhällsekonomiskt problem som kan ge upphov till svårigheter i föräldrafunktionen med följdverkningar i nästa generation som sänkt arbetsförmåga, bidragsberoende och marginalisering, samt utlösning från riktiga arbeten på den svenska arbetsmarknaden. Ju mer kränkande och skrämmande traumat är, desto svårare har den drabbade att söka hjälp. Det är den specifika innebörd som traumat får för den enskilde som blir avgörande för symtomutvecklingen.

En aktuell studie visar att de som känner att de har en mental förberedelse för tortyr [9] i regel mår bättre än de som saknar denna. Beteendeterapi med svårt traumatiserade individer förefaller lovande, men behöver utvärderas i kontrollerade studier [Metin Basoglu, pers medd 1998].

I Stockholms län har invandrare födda utom Norden ett lägre utnyttjande av den offentliga psykiatriska vården än svenskfödda individer. Diderichsen och Varde [10] menar att vårdutnyttjandet är anmärkningsvärt lågt med tanke på de kunskaper som finns om gruppens hälsotillstånd. Det har dock enligt en senare artikel i serien konstaterats att invandrare födda utom Norden utnyttjar psykiatrisk öppenvård i västra Stock-

holm relativt sett mer än svenskar, men att de däremot söker akut- och korttidsvård i mindre utsträckning.

Patienternas varierande smärtbeteende kan emellertid vilseleda: om patienten har ett mycket stoiskt smärtbeteende kan viktiga somatiska diagnoser ibland förbises, visar en annan artikel i serien. Motsatsen är dock kanske vanligare, dvs att patienternas förväntningar leder till en mångfald utredningar och behandlingsförsök, som i sin tur ytterligare ökar patientens oro för allvarlig kroppslig sjukdom.

Nya krav på samverkan

En rapport från Statens invandrarverk [11] visar att ett schablonartat omhändertagande i kombination med en bristande medvetenhet om hälsoproblem som beror på tidigare traumatisering kan leda till otillfredsställande situationer när det gäller såväl planering och resursutnyttjande som hälsoutvecklingen för individen. Bristande integration blir en konsekvens av detta. I SOU 1997:82 [12] påtalas att Sverige inte alltid har klarat av att integrera de nyanlända invandrarna.

Det övergripande målet för integrationspolitiken, som nyligen antogs av riksdagen [13], är att skapa lika rättigheter och möjligheter för alla oavsett bakgrund. För att befrämja integrationsmöjligheterna och nå målet i Hälso- och sjukvårdslagen om en god hälsa för hela befolkningen oberoende av språk, religion och kultur, ställs nya krav på samverkan mellan den nyanlända, flyktingmottagandet i kommunen, primärvården och psykiatrin.

Barnen en riskgrupp

Idag får mycket färre asylsökande uppehållstillstånd än för något år sedan, men de utgör en riskgrupp, speciellt barnen, genom att de ofta har utsatts för svåra traumatiska upplevelser. Därför är det angeläget att sätta in insatserna för de nyanlända så tidigt som möjligt. Ur vetenskaplig synvinkel är de psykolo-

giska konsekvenserna av trauma intressanta; ökad kunskap kan ge bättre belysning av såväl etiologiska faktorer som omständigheter som påverkar förlopp och behandling. Här är det viktigt att inte bara granska problemen utan även se de psykosociala faktorer som kan främja hälsa (t ex känslan av förutsägbarhet och egen kontroll över tillvaron). Långsiktiga tvärvetenskapliga studier bör stödjas framför de nuvarande ofta starkt fragmenterade och sektorerade ansatser som i projektform tilldelas programområden.

Landstingen skulle kunna stå som förebild i fråga om mångkulturell vård genom att starta seminarier för bl a sjukvårdsdirektörer, personalchefer och fackliga företrädare med syfte att stödja och stimulera aktiva insatser för ökad kunskap om kulturell mångfald inom sjukvården.

Utbildning krävs för att kunna möta andras lidande

Vårdutbildningarnas invandrarkunskap står inte i samklang vare sig med de krav som ställs i sjukvården eller den verklighet de anställda kommer att möta [14]. Det brister också i kunskapsöverföringen från praktiskt verksamma läkare som arbetar i mångkulturella sammanhang till kolleger i den akademiska världen som bestämmer om utbildningens innehåll. Invandrarkunskap som ämne måste komma in så tidigt som möjligt på vårdens alla grundutbildningar.

Svenska Läkaresällskapet har för avsikt att tillsätta en arbetsgrupp för att förbättra möjligheterna för nyanlända med läkarutbildning från sitt hemland att komma in på den svenska arbetsmarknaden när de fått permanent uppehållstillstånd.

Det är viktigt att kunskapen finns även längst ner i vårdkedjan och att även läkare under utbildning med handledning skall kunna behålla patienten så länge som möjligt utan att behöva remittera denne vidare; invandrare remit-

teras idag i större utsträckning än svenskfödda patienter. En kompetenshöjning skulle också förhindra utbrändhet i ett arbete som innebär att man måste härbärgera andras traumatiska livshändelser. Personalens reaktioner, som ofta orsakas av den egna sårbarheten, kan vara ett hinder för att kunna förstå och lära av patienten. Det finns en risk att läkare och övrig behandlingspersonal vid arbete med traumatiserade patienter tenderar att reagera med symtom eller känslomässiga reaktioner som liknar dem som patienterna har. Därför bör regelbunden handledning prioriteras, och läkare och övriga behandlare bör kanske inte arbeta heltid med svårt traumatiserade patienter.

Nya krav på läkaren

Läkare inom primärvården möter allt oftare patienter med dolda somatiska och psykiska symtom som kan ha migrationsmedicinsk bakgrund. För att komma till rätta med dem måste den aktuella sociala situationen beaktas, liksom de biologiska och psykologiska påfrestningar som patienten har varit utsatt för samt de personliga, sociala och kulturella resurser som hon eller han har.

Centralt i ett bemötande av den »främmande» individen är i vilken mån vi kan befria oss från våra egna etnocentriska förmodanden och möta människan just där hon är. Föreställningar om sjukdom, inte minst psykisk sjukdom, smitta och handikapp kan skilja sig åt mellan patient och läkare, men får avgörande betydelse för hur patientens sjukroll blir och hur individen omhändertas.

För att minska hälsorisker som har ett samband med migration och exil är det här kanske än viktigare än i övrigt patientarbete (där vi delar kultur och synsätt implicit) att se hela individen och individens problematik. Det är inte alltid som patienterna tillfrågas om de utsatts för olika trauman eller tortyr, om de genomgått infektionssjukdomar, om

de ägnat sig åt missbruk, om de drabbats av syn- eller hörselnedsättning.

Brist på tid och dålig språkkontakt, trots tolk, utgör ytterligare problem. En allt oftare efterfrågad tjänst är också att skriva intyg. Man får även räkna med att många patienter kan känna misstänksamhet mot den vita rocken, som lätt ger associationer till uniform och fängelse.

Det som kan ligga fördolt

Centrala kulturella aspekter som man bör ta hänsyn till i det diagnostiska samtalet blir, enligt Kirmayer [15], frågor om hur individen upplever sin etniska identitet, symtomen och dessas bakgrund, patientens förväntan på vården (t ex att få läkemedel), stress i den psykosociala omgivningen, funktionsförmåga, socialt stöd, samt, inte minst, relationen mellan läkare och patient.

Det är en omöjlighet att lära sig alla olika kulturers syn på dessa aspekter, inte minst som uppfattningarna kan variera kraftigt även inom en invandrargrupp. Vad som däremot är viktigt är att förstå att symtomen kan tyda på något annat än det som i förstone verkar mest uppenbart. En avslutande artikel i serien föreslår ett sätt att behandla denna problematik.

Referenser

1. Ekblad S, Janson S, Svensson PG. Möten i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Liber Utbildning, 1996.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV (4 uppl). Washington DC, 1995.
3. Wilson JP, Keane TM, eds. Assessing psychological trauma and PTSD. New York: The Guilford Press, 1997.
4. Ekblad S, Belkic K, Eriksson NG. Health and disease among refugees and immigrants. A quantitative review approaching meta-analysis. Implications for clinical practice and perspectives for further research. Part I: Mental health outcomes. Statens institut för psykosocial miljömedicin, sektionen för stressforskning, Karolinska institutet, WHO's Psykosociala center. Stockholm: Stressforskningsrapporter 1996, nr 267.
5. Marsella AJ, Bornemann T, Ekblad S, Orley J, eds. Amidst peril and pain. The mental health and well-being of the world's refugees. Washington DC: American Psychological Association, 1994.
6. Statligt stöd till rehabilitering av tortyrskadade flyktingar m fl. Psykiatriutredningens delbetänkande, SOU 1993: 4.
7. Ekblad S. Diagnostik och behandling av patienter med invandrarbakgrund. En ettårsuppföljning på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Statens institut för psykosocial miljömedicin, sektionen för stressforskning, Karolinska institutet, WHO's Psykosociala center. Stockholm: Stressforskningsrapporter 1996, nr 262.
8. Ingebrigtsen G, Sandanger I, Sorensen T, Dalgard OS. Når ulykken rammer. Posttraumatisk stressforstyrrelse i Norge, forekomst og relasjon til sosialt nettverk I: Dalgard OS, Dohlie E, Ystgard M, red. Sosialt nettverk, helse og samfunn. Oslo: Universitetsforlaget, 1995: 64-85.
9. Basoglu M, Mineka S, Paker M, Aker T, Livanou M, Gök S. Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. Psychol Med 1997; 27: 1421-33.
10. Diderichsen F, Varde E. Konsten att fördela resurser efter behov. Stockholmsmodellens kriterier. Läkartidningen 1996; 93: 3677-83.
11. Statens invandrarverk. Individuell mångfald. Invandrarverkets utvärdering och analys av det samordnade flyktningmottagandet 1991-1996. Norrköping: Statens invandrarverk, 1997.
12. Betänkandet av Utredningen om introduktion för nyanlända invandrare samt en ny myndighetsstruktur för det integrationspolitiska området »Lika möjligheter». SOU 1997:82.
13. Sveriges riksdag. Betänkandet Sverige, framtiden och mångfalden – från invandrarpolitik till integrationspolitik 1997/98: SfU6.
14. Socialstyrelsen. Invandrarutbildning i högskoleutbildningen. Stockholm: Socialstyrelsen, Invandrarprojektet – rapport nr 1997:1.
15. Kirmayer L. The place of culture in psychiatric diagnosis. I: Borgå P, Bäärnhielm S, Ekblad S, red. Kulturell psykiatri. Föredrag från en konferens om kliniskt psykiatriskt arbete. Rinkeby 18-20 oktober, 1995: 73-83.

Se även artiklarna på sidan 992 och 1 000 i detta nummer.