

Migrationsmedicin i primärvården – somatiska och psykiska symtom

Läkare inom primärvården möter allt oftare patienter med dolda somatiska och psykiska symtom vilka kan ha migrationsmedicinsk bakgrund. Centralt i bemötandet av den »främmande» individen är i vilken mån vi kan befria oss från våra egna etnocentriska förmodanden och möta människan just där hon eller han är.

Föreställningar om sjukdom – inte minst psykisk – smitta och handikapp kan skilja sig åt mellan patient och läkare och få avgörande betydelse för patientens sjukroll och hur patienten omhändertas av omgivningen. I artikeln föreslås ett sätt att behandla denna problematik.

Det övergripande målet för integrationspolitiken, som antogs av riksdagen i december 1997 [1], är att skapa lika rättigheter och möjligheter för alla oavsett bakgrund. En färsk studie av bl a iranska patienter [2] visar att i en god livskvalitet ingår känslan av att vara integrerad i det svenska samhället och att inte ha stämpeln »invandrare» på sig.

För att befärma integrationsmöjligheterna och nå målet i Hälso- och sjukvårdslagen [3] om en god hälsa för hela befolkningen oberoende av språk, religion och kultur är det viktigt att ha ett migrationsmedicinskt synsätt i vården. Dock finns på denna punkt en del hinder i vägen.

Författare

SOLVIG EKBLAD

enhetschef, docent, enheten för invandramiljö och hälsa, Statens institut för psykosocial miljömedicin (IPM), Stockholm

BRITA HÄNNESTRAND

specialist i allmänmedicin, BeFRIs läkarmottagning i Uppsala, och Centrum för tortyr och traumaskadade, Stockholm.

Fortfarande är kunskapen om och intresset för migrationsmedicinsk problematik ojämnt fördelad inom vården. Temat ingår i mycket ringa grad i vårutbildningarna inklusive läkarutbildningen [4], och i de fall läkare besitter kunskaper i ämnet har de i regel skaffat dem själva.

Många landsting »yrvakna»

Även på det politiska planet dominerar än så länge ointresset; många landsting är ännu »yrvakna» inför problematiken och i många fall saknas faktiska behandlingsresurser.

Ett annat hinder är tidsbristen inom primärvården som gör att många läkare inte hinner gå in i patientens problematik även om de i och för sig har kunskaper och empati tillräckligt. Situationen blir inte bättre av språksvårigheter och ovana att arbeta med tolk.

Ännu en svårighet är bristande erfarenhet av arbete med s k posttraumatiska patienter, och att se hur posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, också inverkar på kroppsliga symtom [5].

Dessutom är det – särskilt i Stockholmsområdet – organisatoriskt svårt att få till stånd strategier för samverkan mellan lokala resursenheter och långsiktig forskning.

Sjukdomssymtom och dess orsaker

Synen på somatiska och psykiska problem samt behandlingen av dem är kulturbunden. Normalitet är inte det samma i alla kulturer, och gränser för normalt och onormalt dras och uppfattas utifrån oskrivna regler.

Så kallade tunga psykiatriska diagnoser liksom allvarliga neurologiska sjukdomar kan kännas igen över kulturgränser – även i kulturer som inte har något språkligt uttryck för dem. Psykiska reaktioner, såsom de uttryck som reaktiva psykoser och »neuroser» tar sig, är mer kulturberoende [6].

I alla kulturer förmodas att det finns en kärna av psykiska symtom med inslag av nedstämdhet som är oberoende av kulturella faktorer, men skuld känslor och självmordstendenser antas vara mindre vanliga i utvecklingsländer.

Det internationella mönstret och



SERIE Mångkulturell vård

Detta är det åttonde avsnittet i Läkartidningens serie om Mångkulturell vård. De tidigare har varit publicerade i nr 10, 11, 12, 13, 14, 17 och 19/98.

trender i den suicidala mortaliteten är heterogent [7]. I gengäld anges somatisering (dvs fysiska symtom som tecken på emotionella störningar) och hypokondriska drag vara vanligare.

Erfarenheter från exempelvis arbete med grekiska och jugoslaviska patienter visade att depressiva bilder var sällsynta och att effekterna av antidepressiva mediciner ofta var dålig [8]. Också i ett svenskt glesbygdsområde visade sig sambandet mellan självmord och depression vara en otillräcklig förklaring [9].

Dessa begränsningar har beaktats i DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) som tar upp etniska och kulturella aspekter.

Vi skulle här kunna fråga oss vad det är i vår kultur som skapar dessa reaktioner hos patienter som kommit från andra länder. Läkare och annan behandlingspersonal som är omedvetna om denna dynamik tolkar troligen dessa somatiska symtom för snävt och behandlar dem på ett strikt medicinskt sätt.

Migrationsmedicinsk diagnostik

Patienter med migrationsbakgrund söker för olika symtom som ofta får en biologisk prägel eftersom det är biologiska symtom som man kan söka läkare för, och kanske är det också dessa som oroar mest. Hos dessa patienter kan tidigare tortyrskador inverka på både

somatisk och psykisk symtomatologi. Tortyrskadorna kan ibland ligga långt tillbaka i tiden men aktualiseras på nytt av olika aktuella sociala och psykiska påfrestringar.

Patientens tolkning av sina symtom påverkas i många fall av att hon/han har en annan syn på sambandet mellan kropp och själ än den som vi i regel tillämpar i vår kultur. En patient som tillfrågas om hur han mår »psykiskt» kan sålunda beskriva kroppsliga symtom. Och en patient som ombeds att förklara sina somatiska symtom kan svara med att redovisa de upplevelser som hon eller han gått igenom.

Vissa patienter kan till en början ha svårt att förstå att en svensk läkare inte skriver ut recept efter en symtombeskrivning per telefon. Förklaringen kan vara att patienterna är vana vid fri läkemedelsförsäljning.

En annan situation som kan vara svårförståelig för patienten är att läkaren önskar träffa sin patient innan läkaren uttalar sig om eventuell sjukdom. Ytterligare ett problem kan vara att den hierarkiska strukturen kan vara en annan i Sverige än i patientens hemland.

Ibland kan läkarens roll och mottagningens verksamhetsområde behöva klargöras, liksom att läkaren har en opartisk roll samt tystnadsplikt. Om tolk behöver anlitas under samtalet är det lika viktigt att denne presenterar sig.

Kulturkompetens efterfrågas

Kulturkompetens efterfrågas ofta i vården. Tyvärr har en bristfällig kulturell kunskap hos vårdgivare ibland tagit sig uttryck i schabloner som verkat och upplevts diskriminerande, och som dessutom kan ha lett till felaktiga kliniska slutsatser.

Man måste hålla i minnet att även en individ med migrationsbakgrund är en aktiv person med egen vilja och egen förmåga att värdera sin verklighet, och att hon/han ständigt utvecklas och förändras genom exempelvis nya erfarenheter i det nya landet. Dessutom är det ofta patienten/invandraren som är den kulturkompetente. Hon eller han har ofta bott här länge och har tillägnat sig mycket av vår kultur, medan vi kan känna oss mycket främmande för patientens synsätt. Fortfarande behövs mer forskning om hur dessa faktorer påverkar mötet i vården.

Många av de existerande kliniska studierna har en icke-kontrollerad design och saknar såväl systematiska mätningar av utfall som uppföljningar över tid. Dessa metodologiska problem begränsar slutsatserna som kan dras från dessa studier.

Medvetenhet om våra egna reaktioner inför det som verkar främmande är kanske den första förutsättningen för



FOTO: ANDERS ENGMAN/PRESSENS BILD

Också synen på graviditet och fosterutveckling, barnafödande och barnuppfostran är präglad av kultur och tradition.

den vakenhet, flexibilitet och kanske vilja att tänka om som är en förutsättning för en god migrationsmedicinsk vård. Inte så sällan ställer dock sjukvårdsorganisationen hinder i vägen för detta – att exempelvis möta patienten över datorn leder sällan fram.

I arbetet med patienten är den relation som vi själva kan skapa ofta central. För en patient med en grupporienterad kultur som referensram är det inte primärt individen som står i centrum.

Många patienter har upplevt kränkningar och oförståelse så många gånger att de kanske slutat att hoppas på hjälp. Att remittera patienten till andra kliniker leder i regel bara till en rundgång på sjukhuset och att patienten efter 1–2 år återkommer till oss i ett än mer bedrövligt tillstånd, som nu också utmärks av hopplöshet vad gäller möjligheten att få hjälp.

Arbetet med dessa patienter rymmer ofta mer än annat sjukvårdsarbete pedagogiska moment. Det är viktigt att orientera sig i patientens situation på ett sådant sätt att vi ser vilka och hur omfattande förklaringar till sjukdomen och behandlingen som vi måste ge – eller rent praktiska upplysningar om hur man (i vårt samhälle) bär sig åt för att uppnå olika effekter.

Se hela individen och individens problematik

Dagens kunskap säger att för att må bättre måste en person som varit utsatt för traumatiska livshändelser få prata om dessa. Dock har det visat sig att vissa kulturer inte ger den enskilde denna

möjlighet. Exempelvis har khmerflyktingar i USA visat mycket motstånd mot att ge information om tidigare smärtsamma upplevelser. Detta undvikande förefaller vara ett i kulturen rotat sätt att handskas med svåra erfarenheter, s k positiv coping [10]. Patienten söker istället för somatiska besvär, t ex sömnstörningar, buksmärtor, huvudvärk.

Det händer att kvinnor kommer till primärvården för depressioner som kan ha sin grund i att de anser sig ha mist sin roll i tillvaron efter att ha utsatts för kränkningar. Våldtäkt och andra sexuella förödmjukelser anses i många kulturer vara någonting skamligt inte bara för kvinnan själv utan för hela familjen. Detta har uppmärksammats bland flyktingkvinnor som varit offer för sexuell tortyr [11].

Vidare finns i alla kulturer sådant som man inte diskuterar eller berör och som är svårt att acceptera eller som verkar provocerande – dvs tabun. Här kontrasterar den västerländska sjukvårdens behandling av den enskilda individen och den anhörigas besöksroll mot ett annat kulturellt betraktelsesätt där sjukdom och symtom kan ses som uttryck för störda relationer till släkt, vänner och avlidna andar. I det senare fallet kan den anhörigas deltagande och hemkulturens traditionella metoder påtagligt bli inbegripna i behandlingen.

Olika syn på kropp och själ

Vanliga kontraster i vården där vår syn ofta skiljer sig åt från dessa våra patienters rör mattraditioner – såsom frågan om mat under fastan – kropp och själ, nakenhet, föreställningar om hur man blir sjuk, smittad, handikappad eller tillfrisknar samt omhändertagandet vid svår sjukdom och död.

Synen på kvinnan och hennes sexualitet, preventivmedel, abort, graviditet och fosterutveckling, barnafödande och barnuppfostran är också präglad av kultur och tradition. Den nakna kroppen kopplas t ex i vissa kulturer samman med sexualitet, som måste tyglas genom heltäckande klädsel och separation mellan könen i offentliga sammanhang.

I en del kulturer är det tillåtet att fritt uttrycka sina känslor och obehag med ord, ljud och gester, medan det i andra kulturer – exempelvis vår egen – är tabu att öppet visa aggressivitet. Inte så få invandrare har erfarenheter av att polisen plötsligt kommit när de – kanske högljutt – försökt förklara sin situation för en myndighetsperson.

Patienter som upplevt tortyr känner ofta misstänksamhet dels gentemot oss som företrädare sjukvården, dels inför olika undersökningsmoment – t ex bandspelare, långa väntetider, att sitta ensam i väntrummet, uppvaknings- och

insomningsfaser vid narkos (eftersom det kan associeras med tidigare tortyr).

En del undersökningar kan vara speciellt ångestframkallande då de förknippas med tortyr, t ex gastroskopi, rektoskopi, gynekologiska undersökningar och undersökningar hos tandläkare.

Klädesplagg (speciellt uniformer och vita rockar), röstlägen, gester, ljud från näralliggande rum, maskinella undersökningar såsom EKG, EEG, EMG och röntgen, blodprovstagnation och sjukgymnastik kan även det av patienten associeras till tidigare, kritiska livshändelser.

Syn- och hörselskador kan ofta finnas efter olika sorters våld, vilket inte bör glömmas bort i undersökningen. Smärta kan vara ett symptom på somatiska skador efter olika sorters våld men också på alexitymi, psykosomatisk sjukdom etc.

Kroppundersökningen och individens sätt att förhålla sig till sin kropp kan ofta ge värdefull information, och patientens kroppsuppfattning kan bli tydlig genom att man i bild visar människokroppens funktioner.

Samla minnen till helhet

Att låta patienten och eventuellt övriga familjemedlemmar på en sk »kris-kurva» pricka in var i krisen de befinner sig brukar kunna sammanlänka disparata minnesbilder till en helhet.

Genom att konkretisera viktiga händelser på en tidslinje och placera in viktiga personer på en nätverkskarta kan dolda symptom göras synliga och begrip-liga. Likaså kan det vara värdefullt att ha tillgång till en karta över patientens hemland och låta patienten berätta. Och att även som läkare besitta basala kunskaper om landet och dess politiska historia kan vara goda hjälpmedel under samtalet.

I de fall när en patient söker psykologisk hjälp måste målet för behandlingen ställas i relation till i vilken fas av den migrationsmedicinska processen som patienten befinner sig.

Om man som läkare försöker be en patient att tala om viktiga livshändelser innan hon eller han själv är mogen för det, eller använder tekniker som gör att de psykologiska försvaren rämnar och patienten bryter ihop och mot sin vilja berättar om sina upplevelser kan patienten uppleva det som en sk sekundär traumatisering [12].

Det är svårt att i det praktiska arbetet undvika att återuppväcka traumatiska minnen hos patienten, men läkaren kan minska risken genom att i förväg förklara undersökningens och behandlingens syfte och hur åtgärderna kommer att utföras.

Referenser

1. Socialförsäkringsutskottet. Sverige, framtiden och mångfalden – från invandrarpolitik till integrationspolitik. Stockholm: Sveriges riksdag, 1997. (Betänkande 1997/98: SFU6).
2. Ekblad S, Abazari A, Eriksson NG. Perceived quality of life and social network among Swedish and Iranian patients. A qualitative analysis in a pilot study (manus).
3. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Allmänna förlaget, 1982: 763.
4. Socialstyrelsen. Invandrarkunskap i högskoleutbildningen. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997. (Invandrarprojektet. Rapport 1997:1).
5. Söndergaard HP, Ekblad S. Förekomsten av traumatiska belastningar hos vuxna flyktingar: När ohälsan tiger still – eller talar bruten svenska. Läkartidningen 1998; 95: 1415-22.
6. Marsella AJ. Cross-cultural research in severe mental disorders: issues and findings. Acta Psychiatrica Scandinavica 1998; 78 suppl 344: 8-22.
7. Johansson LM. Migration, mental health and suicide. An epidemiological, psychiatric and cross-cultural study [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet, sektionen för psykiatri, Huddinge sjukhus, 1997.
8. Jansson B. Depressionssymtomatologi hos invandrare samt ytterligare transkulturella aspekter. I: Eberhard G, von Knorring L, red. Maskerade depressioner. Helsingborg: Leo Läkemedel AB, 1986: 79-84.
9. Westerlund-Hännestrand B. Själv-mord i glesbygd. En kulturanalys ur primärvårdsperspektiv. Uppsala Research Reports in Cultural Anthropology, no 10, 1990.
10. Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P, Truong T, Tor S, Lavell J. The Harvard Trauma Questionnaire: validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. J Nerv Ment Dis 1991;180:110-5.
11. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Sexual violence against refugees. Guidelines on prevention and response. Genève: UNHCR, 1995.
12. Ekblad S, Janson S, Svensson PG. Möten i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Liber Utbildning, 1996.

Summary

Migration medicine in primary care; somatic and mental symptoms

Solvig Ekblad, Brita Hännestrand

Läkartidningen 1998;95: 2345-7.

Primary care physicians increasingly encounter patients with occult somatic and mental symptoms which may be migration-related. In such cases, both the present social circumstances and any biological or psychological stress to which the patient has been exposed need to be taken into consideration, as well as the patient's personal, social and cultural resources. The challenge to physicians is to set aside any ethnocentric tendencies and confine themselves to consideration of the patient's symptoms, background and current situation. It is also important to be familiar with specialised local centres, and cooperate with them in arriving at satisfactory clinical strategies.

Correspondence: Solvig Ekblad, National institute for psychosocial factors and health, Box 230, S-171 77 Stockholm, Sweden. E-mail: Solvig.Ekblad@ipm.ki.se

TILLVÄXT



FAKTORER

Särtryck av en serie i Läkartidningen 1995

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen, ämnen som styr deras fundamentala livsprocesser.

Dessa ämnen kallas kollektivt tillväxtfaktorer. En serie i Läkartidningen 1995 om dem speglar tendenser i dagens medicinska forskning och pekar på några tillämpningsområden.

Området är i början av en snabb utveckling och många produkter är under utprovning för klinisk användning.

Häftet omfattar 12 artiklar på sammanlagt 56 sidor + färgomslag. Priset är 90 kronor. Vid köp av 11–50 ex 82 kronor, vid högre upplagor 77 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Tillväxtfaktorer

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

.....
Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet
» Tillväxtfaktorer »

Telefax: 08-20 76 19