

Det här studiehäftet vänder sig till dig som arbetar i vård och omsorg och i ditt arbete möter asylsökande och flyktingar. Vi vill ge information och kunskap om vad det innebär att byta land för personen och för den psykiska hälsan.

Vi vill också stimulera till samtal kring hur mötet i vård och omsorg påverkas av att vi som möts har olika kulturell bakgrund och olika erfarenheter – och vad vi kan göra för att mötet ska bli så bra som möjligt.

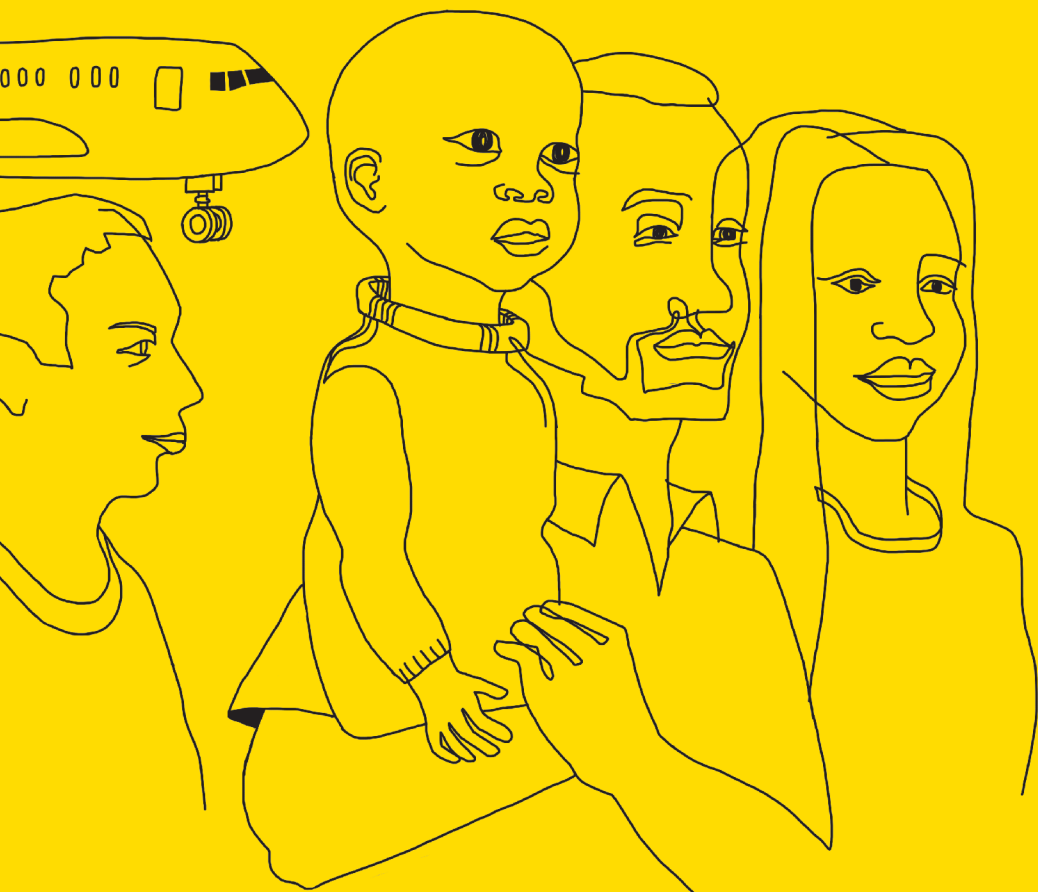
Vi tror att häftet lämpar sig väl för gemensamma diskussioner, till exempel för en studiecirkel på en mottagning eller ett boende. Vår förhoppning är att det leder till spännande samtal, där ni kan dela era erfarenheter med varandra.



Migration, psykisk ohälsa och trauma

Ett studiehäfte för dig som möter
asylsökande och flyktingar i ditt arbete

Maria Sundvall
Sofie Bäärnhielm
Ann-Sofie Edlund
Abeba Ghebru
Anne Johansson Olsson



ISBN 978-91-980770-0-1
Grafisk form: Fidelity Stockholm
Illustrationer: Jan Edlund
Tryck: Elanders, december 2012

INNEHÅLL

- 5** Inledning
- 6** Migration och flyktingskap
- 16** Migration – öppning och kris
- 24** Migration och hälsa
- 36** Kultur och hälsa
- 48** Trauma
- 62** Tankar om kulturmötet
- 72** Språk och tolkning
- 82** Nätverk och delaktighet
- 92** Vad är Transkulturellt centrum?

Inledning

Det här studiehäftet vänder sig till dig som arbetar i vård och omsorg och i ditt arbete möter asylsökande och flyktingar.

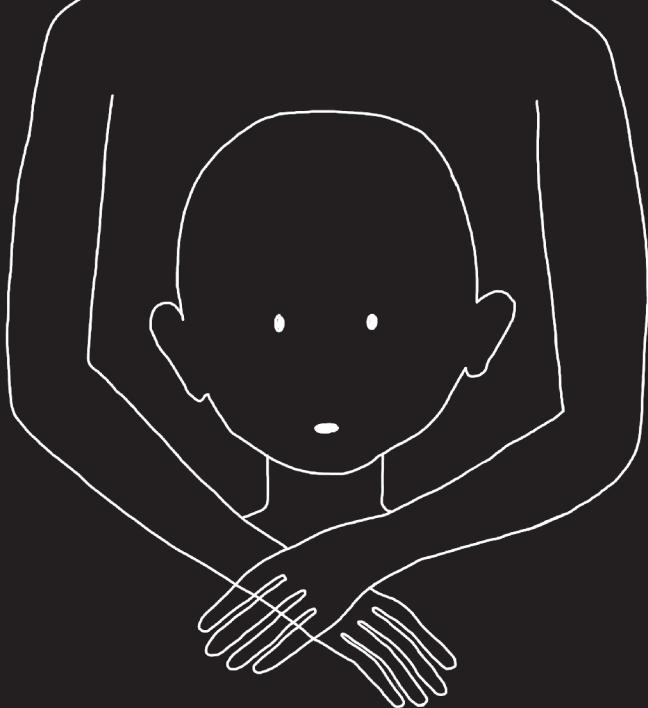
Vi vill ge information och kunskap om

- hur det går till att komma till Sverige
- hur migrationen påverkar hälsan
- hur trauma kan påverka hälsan
- hur sätt att beskriva och uttrycka sjukdom och lidande kan variera i olika kulturer
- och inte minst vill vi stimulera till samtal kring hur mötet i vården påverkas av att vi som möts har olika kulturell bakgrund och olika erfarenheter - och vad vi kan göra för att mötet ska bli så bra som möjligt.

Vi tror att häftet lämpar sig väl för gemensamma diskussioner, till exempel för en studiecirkel på en mottagning eller ett boende. Häftet är indelat i åtta avsnitt och förslagsvis kan varje avsnitt bli utgångspunkten för ett cirkelmöte.

I de flesta avsnitten har vi lagt in fallbeskrivningar under rubriken *Att samtala om – mötet med ...* De är inte direkta beskrivningar av patienter eller klienter utan snarare kortfattade vinjetter av situationer. Vi har formulerat frågor kring varje fall, men det betyder inte att det finns riktiga och felaktiga svar. Vi hoppas däremot att de leder till spännande samtal, där ni kan dela era erfarenheter med varandra.

I texten har vi lagt in siffror inom parentes med källanvisningar. Du hittar referenserna och ytterligare lästips i slutet av varje avsnitt.



Migration och flyktingskap

»I sin berömda deklaration om mänskliga rättigheter från 1948 slår FN fast att alla människor – oavsett till exempel kön, utbildning, egendom och social ställning – har flera grundläggande mänskliga rättigheter.

Rättigheterna beskrivs i 30 olika artiklar och tar bland annat upp rätten till lika värde, rätt till liv, frihet, personlig säkerhet och rätt att i 'såväl fysiskt som psykiskt avseende åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa'. (...)

Staten har yttersta ansvaret, men även du som sjuksköterska, ansvarar för att patienterna får del av rättigheterna. Exakt hur det ska gå till måste varje arbetsplats diskutera.«

Alla har rätt till vård! 2010 (1)

Från asylsökande till uppehållstillstånd

Asylsökande kallas den som tar sig till Sverige och ansöker om skydd (asyl) här, men som ännu inte har fått sin ansökan avgjord. Det är Migrationsverket som först bedömer ansökan. Beslutet kan sedan överklagas till Migrationsdomstolen, och i enstaka fall till Migrationsöverdomstolen. Den asylsökande har rätt till offentligt biträde, en jurist (2).

Den som får ansökan godkänd får vanligen permanent uppehållstillstånd, så kallad PUT. Det är då man kan bli folkbokförd och få sitt svenska personnummer med de fyra sista siffrorna. Det finns även möjlighet att ge temporära uppehållstillstånd, TUT, om den situation som hindrar den asylsökande att återvända bedöms som övergående, till exempel en mer tillfällig militär konflikt.

För att få asyl fordras som grundregel flyktingskäl. Vad en flykting är definieras i Genèvekonventionen som är inskriven i vår utlänningslag. Det handlar om att personen i sitt hemland ska känna »välgrundad fruktan för förföljelse på grund av ras, nationalitet, religiös eller politisk uppfattning eller på grund av kön, sexuell läggning eller annan tillhörighet till viss samhällsgrupp«. Det gäller även en person som är statslös och inte kan återvända till det land där han eller hon hittills haft sin vistelseort.

Av de asylsökande som fick uppehållstillstånd under 2011 var det cirka en fjärdedel som erkändes som flyktingar i denna mening.

Med kvotflykting menar man de flyktingar som får uppehållstillstånd direkt i samband med att de kommer till Sverige. Det rör sig om flyktingar som står under beskydd av och väljs ut av FN:s flyktingkommissariat, UNHCR.

Andra skäl att få stanna

Enligt den nya utlänningslagen från 2010 kan en person även få stanna som skyddsbehövande om han eller hon löper risk att straffas med dödsstraff eller torteras i hemlandet, eller att som civilperson skadas i en väpnad konflikt. Man kan även få skyddsstatus om man till exempel inte kan återvända till hemlandet på grund av en miljökatastrof.

I utlänningslagen finns även begreppet »synnerligen ömmande omständigheter«. Det handlar då om en »samlad bedömning av utlännings situation« och bland det som ska särskilt beaktas är »utlännings hälsotillstånd, anpassning till Sverige och situation i hemlandet« (3).

I vården, framförallt i psykiatri, träffar vi ibland patienter som i samband med sin asylansökan eller i samband med överklagande hänvisar till sin sjukdom och att de inte kan få vård i hemlandet som en ömmande omständighet. Läkare skriver mot den bakgrunden ofta intyg om den asylsökandes hälsotillstånd. I praktiken beviljas uppehållstillstånd oerhört sällan på den grunden. Det måste för det första handla om livshotande sjukdom för vilken det inte finns vård i hemlandet eller mycket allvarligt handikapp. Ifall vård och medicin finns i hemlandet beviljas oftast inte uppehållstillstånd.

Anhöriga till den som fått uppehållstillstånd kan också söka uppehållstillstånd. En ny och växande grupp är de som får arbetstillstånd i Sverige och som kommer från länder utanför EU/EES och deras anhöriga.

»Papperslösa« är människor som uppehåller sig i ett annat land utan tillstånd. Begreppet »gömda« används idag främst om barn under 18 år som har varit asylsökande. Detta har sin grund i deras lagstadgade rätt till vård.

En växande grupp är EU-medborgare som blivit kvar i Sverige sedan deras anställning gått ut eller utan att hitta en anställning (4).

Tillvaron före och efter PUT

Migrationsverket erbjuder anläggningsboende, ABO, till de asylsökande. Normalt rör det sig om en lägenhet i ett hyreshus. Många asylsökande föredrar ändå att bo i eget boende, EBO. Då har man själv ordnat boende till exempel hos en släkting eller en bekant. I juli 2012 var det cirka 22 000 asylsökande som bodde i ABO och 14 000 i EBO (2).

Den asylsökande kan arbeta under den tid asylutredningen pågår. Däremot har han eller hon ingen rätt till svenskundervisning, även om det förekommer att Migrationsverket ordnar kurser.

Från 1 december 2010 gäller Lagen om nyanländas etablering. Den ger arbetsförmedlingen huvudansvaret för mottagandet av dem som fått uppehållstillstånd. Tanken är att de nyanlända så snabbt som möjligt ska komma ut i arbetslivet. Arbetsförmedlingen genomför etableringssamtal med den nyanlände och utformar tillsammans med denne en etableringsplan. Under de maximalt 24 månader planen gäller ska den nyanlände få stöd att hitta arbete, och särskilda etableringslotsar erbjuds för detta. Etableringsersättningen betalas ut av försäkringskassan.

Kommunerna som tidigare hade huvudansvaret för introduktionen av nyanlända har fortfarande ansvar för att erbjuda svenskundervisning, bostadsförsörjning och stöd till barn och unga. De har också ansvar för en obligatorisk samhällsorientering på 60 timmar som ska ges på hemspråket och ge grundläggande information om det svenska samhället.

Asylsökande barn och ungdomar

Som barn räknas personer under 18 år. De flesta asylsökande barn kommer tillsammans med sina föräldrar. Enligt utlänningslagen ska särskild hänsyn i asylutredningen tas till barnets bästa. Alla barn som kan och vill har rätt att tala och bli lyssnade på. Barns asylskäl ska prövas särskilt, de behöver ju inte vara desamma som föräldrarnas.

Ensamkommande barn och ungdomar kommer till Sverige utan föräldrar eller annan vårdnadshavare. De får en god man av kommunen och ett offentligt biträde som är med vid asylutredningen. Inledningsvis hamnar barnen i ankomstboenden som ska vara tillfälliga. Kommunerna ska därefter ansvara för permanent boende under asyltiden. Det har varit brist på platser i boenden och många kommuner tar fortfarande emot få eller inga ensamkommande barn. Ankomstboendena har blivit överfulla. För att förbättra situationen har staten förbättrat de ekonomiska villkoren för kommuner som tecknar avtal om att ta emot barn.

För asylsökande barn finns ingen skolplikt men de har rätt att gå i skola på lika villkor som kommunens övriga barn. Detta gäller från förskola till gymnasium. Har en ungdom börjat gymnasiet före 18 så ska han/hon ges möjlighet att fullfölja sin utbildning.

Barn som ensamma eller tillsammans med sina föräldrar har fått avslag på sin asylansökan har inte samma självklara rätt att gå i skolan som asylsökande. Enligt ett förväntat riksdagsbeslut kommer dessa barn fr om 1 juli 2013 att ges samma rätt till skolgång som i landet bosatta barn.

Hälsoundersökning och rätten till vård

Vuxna asylsökande har rätt till akut vård och vård som inte kan vänta. De har också rätt till förlossningsvård, förebyggande barn- och mödravård samt vård enligt smittskyddslagen. Alla asylsökande får ett så kallat LMA-kort (Lagen om mottagande av asylsökande) och när de visar upp kortet betalar de 50 kronor vid besök hos läkare på vårdcentral och högst 50 kronor för receptbelagda mediciner.

Asylsökande barn och ungdomar upp till 18 år har rätt till samma sjukvård och tandvård som barn bosatta i Sverige.

Alla asylsökande erbjuds ett hälsosamtal och en hälsoundersökning vid ankomsten. I Stockholms län är det de sex så kallade asylvårdcentralerna som kallar asylsökande till sådana undersökningar. Överlag har det dock varit svårt att nå flertalet asylsökande (5).

Regeln om »vård som inte kan vänta« har tolkats olika av landstingen. I riktlinjer inom psykiatri i Stockholms läns sjukvårdsområde har man dock fastslagit att det måste gälla både vård som inte kan skjutas upp av medicinska skäl och vård som inte kan anstå av etiska skäl (6).

Papperslösa har hittills bara haft rätt till akutvård, och har tvingats betala den själva. Gömda barn har dock haft samma rättigheter som alla andra barn.

I Stockholms läns landsting gav chefläkaren 2009 riktlinjer för omhändertagandet av papperslösa och gömda i vården. Dessa innebär en bred tolkning av akut och omedelbart nödvändig hälso- och sjukvård. Särskilt betonas att betalningsfrågor och administrativa frågor inte får vara ett hinder för att ge vården, utan kan lösas i efterhand (7).

Debatt och nya regler under 2013

Det har funnits en omfattande kritik mot inskränkningarna i rätten till vård. Kritikerna har menat att Sverige inte tillgodoser rätten till hälsa i FN:s mänskliga rättighetsdeklaration. Flertalet fackförbund inom vården har funnits bland kritikerna, och de har pekat på att personalen utsätts för ett orimligt dilemma, när den tvingas frångå principen att ge vård utifrån behov (8).

En utredning föreslog 2011 samma rättighet till sjukvård och tandvård för asylsökande och papperslösa som för övriga befolkningen (9). Utredningens resultat har dock inte förts vidare. Istället slöt regeringen sommaren 2012 en överenskommelse med Miljöpartiet om nya regler, som innebär att papperslösa och gömda personer får samma rätt till vård som asylsökande har haft hittills. Barn får samma rättigheter som andra barn i landet. Reglerna ska börja gälla 1 juli 2013 (10).

Det sägs också uttryckligen att landstingen har rätt att ge vård utöver minimikravet upp till den nivå som gäller för bosatta personer. Den rätten ska tydliggöras i kommande lagar. Sedan överenskommelsen slöts har till exempel landstinget i Västmanland beslutat att ge asylsökande, gömda och papperslösa personer samma rätt till vård som personer med uppehållstillstånd.

Efter överenskommelsen om nya regler har debatten fortsatt. Svensk sjuksköterskeförening kallade överenskommelsen »ett steg i rätt riktning« men är fortfarande kritisk till att vården till vuxna papperslösa begränsas.

– Det innebär att sjuksköterskor fortfarande kommer att tvingas att bryta mot lagen för att kunna följa sin etiska kod, skrev föreningen i ett pressmeddelande (11).

Läkarförbundet kritiserade uppgörelsen och kallade den för »ett ekonomiskt och moraliskt dåligt beslut« (12).

VISSTE DU ATT ...

... statistiken om migration växlar mycket från år till år. Aktuell statistik finns på Migrationsverkets hemsida. Här har vi sammanställt en del siffror som ger en aktuell bild för 2011 och 2012 (2).

... den största gruppen av de cirka 93 000 personer som beviljades uppehållstillstånd 2011 utgjordes av anhöriga, därefter kom grupperna arbetstagare och EU/EES-medborgare och endast 14 procent var flyktingar.

... antalet nya asylansökningar i Sverige 2011 var knappt 30 000.

... de flesta asylsökande det året kom från Afghanistan, Somalia och Serbien. Under 2012 ökade antalet asylsökande från Syrien.

... av de 9 699 barn som sökte asyl 2011 var 2 657 ensamkommande. De allra flesta (1 693) kom från Afghanistan.

... de flesta av de anhöriga som 2011 fick uppehållstillstånd var anhöriga till arbetstagare.

... Pakistan, Iran och Syrien i slutet av 2010 var de länder i världen där största antalet flyktingar befann sig.

... den så kallade Dublinkonventionen innebär att en asylsökande som först rest in illegalt i ett annat europeiskt land eller sökt asyl där skickas tillbaka dit för asylprövning. År 2011 var det 2 852 personer som fick avslag på sin asylansökan med hänvisning till Dublinkonventionen.

... EU/EES-medborgare kan jobba i Sverige i 3 månader utan att registrera sig, därefter ska de registrera sig hos Migrationsverket för uppehållsrätt. Som arbetssökande kan de vistas i Sverige i 6 månader utan uppehållsrätt.

... nästan 3 000 kvotflyktingar fick uppehållstillstånd 2011.

ATT LÄSA MER

För det här avsnittet har vi använt följande källor:

1. Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Alla har rätt till vård! En guide om mänskliga rättigheter i vårdens vardag*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
2. Beskrivningar av regler och statistik i det här avsnittet hämtas från Migrationsverkets hemsida, www.migrationsverket.se
3. Svensk författningssamling. Utlänningslag (2005:716), 5 kap., 6 §. Finns på www.riksdagen.se
4. Läs mer om detta på www.stockholmcrossroads.se. Crossroads är en stödverksamhet för EU-medborgare som lever i fattigdom eller hemlöshet i Stockholm.
5. Information om rätt till vård på www.slso.sll.se/tc
6. Ginsburg, B.E. & Bäärnhielm, S. (2007). *Psykiatrisk vård för vuxna asylsökande. Riktlinjer, rutiner och kunskapsunderlag*. Stockholm: Transkulturellt centrum. Se även www.slso.sll.se/tc
7. Verktällighetsbeslut 20090101. Riktlinjer för omhändertagandet av »papperslösa eller gömda» personer på hälso- och sjukvårdsinrättningar inom Stockholms läns landsting. Landstingsstyrelsens förvaltning. Dokumentet finns på www.slso.sll.se/tc
8. Se Rätt till vård-initiativets hemsida, www.vardforpapperslosa.se
9. SOU 2011:48. *Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet*. Stockholm: Fritze.
10. Fakta-PM om överenskommelsen om vård, Justitiedepartementet 28 juni 2012, www.regeringen.se
11. Pressmeddelande 30 juni 2012. Svensk sjuksköterskeförenings hemsida. www.swenurse.se
12. »Ingen vård på lika villkor för papperslösa». *Läkartidningen* nr 29–31 2012, s.1335.

Fler lästips:

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m. fl: SOSFS 2011:11

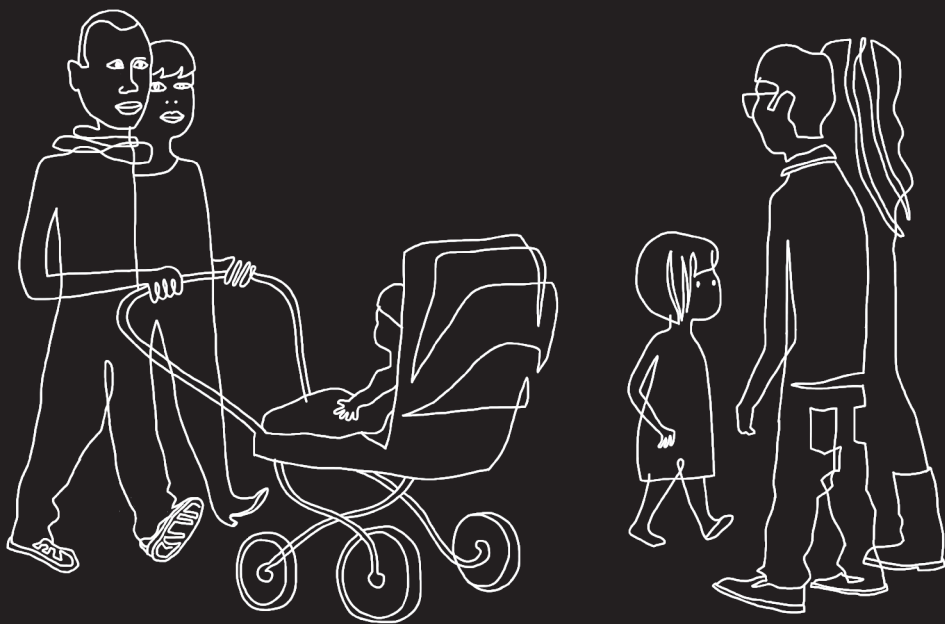
Socialstyrelsens webbsida för vägledning kring vård av asylsökande:
www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokandemedflera

Hemsidor med aktuell information:

Migrationsverket, www.migrationsverket.se

Regeringen, www.regeringen.se

Transkulturellt centrum, www.sll.se/tc



Migration – öppning och kris

»Därför att du vet, jag har börjat så många gånger från noll. På nytt hela tiden. Jag har byggt mitt hus bara på havet. Då håller det inte sig. Flera gånger. Men den här gången känner jag mig trygg.«

Citat från en intervju med en asylsökande kvinna i Lennartsson, 2007 (1)

»Det känns som att bo i ett fängelse, det är nästan sämre. En fånge vet när han blir frigiven medan vi inte vet det. Det finns inget att göra förutom att gå till ICA och handla och titta på TV.«

Citat från intervju med asylsökande kvinna som bor på förläggning i Hadodo & Åkerlund, 2004 (2)

Några begrepp

Migration betyder byte av hemort eller hemland. Man talar om migrationens olika faser:

- Premigration, tiden i hemlandet innan flytten/flykten.
- Migrationsfasen, själva tiden då man tar sig från hemlandet till det nya landet.
- Postmigration, tiden i det nya landet efter flytten/flykten.

Vi inser nog alla att förhållandena i premigration – till exempel krig och förföljelse – är viktiga för den migrant vi möter i Sverige. Där- emot förbiser vi ofta att det också finns förhållanden i det nya landet, i postmigrationsfasen, som påverkar personer vi möter i vården och omsorgen. Sociala och ekonomiska villkor i det nya landet utgör belastningar och bidrar till så kallad *migrationsstress*. Och själva migrationsfasen – den tid då man befinner sig »mitt emellan« – är ofta lång, ibland flera år. Den innehåller också ofta svåra upplevelser och stor ovisshet.

Begreppet *ackulturation* handlar om den förändring som sker när två kulturer möts och påverkar varandra. I praktiken används det ofta för att beskriva vilka positioner olika invandrargrupper hamnar i: I vilken grad behåller man banden till den egna ursprungskulturen? Och i vilken grad tar man till sig värdlandets kultur? De fyra olika positioner som identifierats kallas *integration*, *assimilering*, *segregation* eller *separation* samt *marginalisering*. De illustreras av bilden på nästa sida. Forskning tyder på att integration är den position som leder till bäst hälsa, medan marginalisering är förknippat med sämre hälsa (3).

Ackulturation

Bevaras den egna kulturen?			
		Ja	Nej
Tar man till sig det nya samhällets kultur?	Ja	Integration	Assimilering
	Nej	Segregation Separation	Marginalisering

Efter Berry & Kim, 1988(3)

Migration – en livskris

– Jag ville lovsjunga exilen och skriva att allt är möjligt. Att man, om man är öppen för det, kan börja om på nytt, sade den grekiskfödde författaren Theodor Kallifatides i en tidningsintervju (4). Utan tvekan finns det många människor som främst sett migrationen som en öppning och känt lättnad och framtidshopp när de stigit i land på främmande mark.

Men migrationen kan också ses som en livskris, en livssituation som inte kan hanteras med hjälp av tidigare erfarenheter och som leder till någon form av psykiskt lidande (5).

Hur migrationskrisen artar sig beror förstås på bakgrunden. Vad har man upplevt och varit utsatt för? Blev beslutet att migrera brådstörtat? Fick man fly ensam eller följde viktiga personer med? Visste man något om mottagarlandet? Oavsett bakgrund beskrivs dock migrationen som en extremt stressande livshändelse, såväl känslomässigt som fysiskt.

Bland de känslor som kan väckas är

- sorg över förluster av landet, nätverket, språket, ja själva identiteten
- ilska över orättvisan som drabbat en och över diskriminering i det nya landet
- rädsla som väcks av tankarna på den fara man varit utsatt för
- skuld mot dem man lämnat kvar
- hjälplöshet och vanmakt, över att inte längre ha kontroll över sitt liv
- besvikelse och bitterhet över motgångar i det nya landet.

Den inledande asyltiden har beskrivits som att ha förlorat en plats på jorden. Det står i skarp kontrast mot den aktiva flykten då man tagit livet i sina egna händer. Nu lämnas det i främmande människors händer (1).

En stress för familjen

Familjen och det övriga privata nätverket är ett viktigt stöd för oss alla i krisperioder i livet. Samtidigt är migrationen en stress för familjens förmåga att fungera. Även här spelar bakgrunden till migrationen stor roll. Det är inte säkert att familjen levtt ett »normalt« familjeliv någonsin eller på många år. Någon av eller bägge föräldrarna kan ha suttit i fängelse. Föräldrar som torterats kan ha svårt att fungera i sin föräldraroll. Familjemedlemmarna kan ha skilts åt under årtal i samband med flykten.

Men även i det nya landet finns påfrestningar. Ett mönster som brukar beskrivas är att föräldrar och barn befinner sig i otakt. Vid ankomsten till Sverige är föräldrarna lättade medan barnen sörjer förlusten av den bekanta bakgrunden. Efter ett år har barnen lärt sig svenska och är på väg in i det svenska samhället, medan föräldrarna upplever migrationsrelaterad stress. De kan känna besvikelse över mötet med det svenska samhället och till och med fastna i en »nostalgisk fixering« med längtan tillbaka till hemlandet. Vuxna människor som blir beroende av myndigheter kan regrediera och känna sig hjälplösa, och det kan bli barnen som får visa sina föräldrar till rätta i det nya landet.

Flyktingföräldrar känner ofta skuld gentemot sina barn, för att de ryckt upp dem ur deras gamla miljö och inte lyckats skydda dem. Barnen å sin sida kan slitas mellan en lojalitet med föräldrarna, som varit utsatta för så mycket, och å andra sidan sin egen önskan och förmåga att ta vara på det nya landets möjligheter (6).

Kristina – ett fall av nostalgisk fixering?

»Hon försökte ständigt på nytt förkväva denna längtan, denna trånad och saknad efter det som hon aldrig skulle få igen. Hon ville övervinna sin klenhet i sinnet och visa sig lika stark som Karl-Oskar. Hon hade sitt hem här för alltid, hon var tvungen att göra sig hemmastadd, att införliva sig med det främmande landet. Men här rådde inte hennes vilja. Någonting i hennes själv vägrade att lyda.«

Så skildrar Vilhelm Moberg i sitt utvandrarepos svårigheterna för torparhustrun Kristina från Duvemåla att anpassa sig till det nya landet Amerika, dit hon utvandrat med maken Karl Oskar (7).

Det hjälper inte att Karl Oskar planterar en astrakanapel och döper det nya hemmet till Duvemåla, som det gamla – hemkänslan vill ändå inte infinna sig. I drömmen varje natt återflyttar Kristina till hemlandet.

Och när hon försöker plantera rabattblommorna från hemlandet och det visar sig att hon med sina bristfälliga engelskkunskaper istället köpt gräsfröer blir det ännu ett tecken på att hon inget har där att göra.

VISSTE DU ATT ...

... i en undersökning av nyanlända irakier i Malmö fann man stora skillnader i levnadsvillkor jämfört med befolkningen i riket. Betydligt fler saknade praktiskt och emotionellt stöd i vardagen och 80 procent hade ett lågt socialt deltagande (8).

... i en intervjuundersökning med asylsökande i eget boende i Västmanlands och Uppsala län menade de flesta att möjligheten att få leva ett så vanligt liv som möjligt skulle vara det viktigaste för att underlätta väntan på asyl (1).

... i en studie uppger fler personer ur olika grupper av utlandsfödda att de har mindre social kontakt än personer födda i Sverige. Bland de utrikesfödda är det färre än bland de svenskfödda som har kontakt med anhöriga varje vecka (9).

... skilsmässofrekvensen hos nio olika grupper av personer födda utanför Sverige visade sig i en studie vara högre än bland personer födda i Sverige. Särskilt ofta skilde sig personer födda i Chile och Iran (10).

... assyrisk/syrianska ungdomar beskrev i en undersökning sina ansträngningar att förena ursprungskulturen i hemmet med kulturen i skolan och på arbetet. Det tycktes innebära större konflikter för de unga flickorna, kanske på grund av att skillnaden mellan deras traditionella roller och roller i Sverige var större än för pojkarna (11).

ATT LÄSA MER

För det här avsnittet har vi använt följande källor:

1. Lennartsson, R. *Mellan hopp och förtvivlan. Erfarenheter och strategier i väntan på asyl*. Skriftserie Asylmottagande i fokus, nr 4 2007.
2. Hadodo, B. & Åkerlund, E-M. (2004). *För den som väntar stelnar tiden i ett evigt nu. En studie av barn och föräldrars livsvillkor i den asylsökande familjen*. FoU-södertörn skriftserie nr 40/04.
3. Berry, J.W. & Kim, U. (1988). Acculturation and mental health. I J.Dasen, J.W. Berry & N.Sartorius (red.) *Health and cross-cultural psychology towards application*, s.207–235. London: Sage Publication.
4. »Theodor Kallifatides: Jag vill lovsjunga exilen i det nya landet«. *Dagens Nyheter* 25 augusti 2012.
5. Nationalencyklopedin, uppslagsordet »kris«.
6. Angel, B & Hjelm, A. (2004). *Att möta flyktingar*. (2. uppl.) S. 75 ff. Lund: Studentlitteratur.
7. Moberg, V. (1956). *Nybyggarna*, s. 65 ff. Stockholm: Bonnier.
8. Daryani, A., Löthberg, K., Feldman, I. & Westerling, R. Olika villkor – olika hälsa. Hälsan bland irakier folkbokförda i Malmö. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 2 2012.
9. Vogel, J. & Hjerm, M. (2002). *Integration till svensk välfärd? Om invandrarnas välfärd på 90-talet*. In Swedish. (Integration into Swedish welfare? Immigrants' welfare in the 1990s.). Örebro: Statistics Sweden.
10. Darvishpour, M. (2003). *Invandrarkvinnor som bryter mönstret. Hur maktförskjutningen inom iranska familjer i Sverige påverkar relationen*. Samhällsvetenskapliga fakulteten. Stockholm: Stockholms Universitet.
11. Deniz, F. & Perdikaris, A. *Ett liv mellan två världar: en studie om hur assyriska ungdomar som andra generationens invandrare i Sverige upplever och hanterar sin livssituation*. Örebro universitet: 2000.

Fler lästips:

- Can, M. (2006). *Tätt intill dagarna*. Stockholm: Norstedt.
- Hassen Khemiri, J. (2003). *Ett öga rött*. Stockholm: Norstedt.
- Kallifatides, T. (2001). *Ett nytt land utanför mitt fönster*. Stockholm: Bonnier.
- Lindencrona, F., Ekblad, S. & Johansson Blight, K. (2006). *Integration och folkhälsa : en kunskapsöversikt*. Norrköping: Integrationsverket.



Migration och hälsa

»Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom«
WHO, 1948(1)

»En människa har full hälsa, om och endast om hon i en standard-situation har förmågan att realisera alla sina vitala mål. Med ett vitalt mål menas här en nödvändig förutsättning för att en person skall kunna uppnå ett tillstånd av minimal tillfredsställelse.«
Nordenfelt, 1991(2)

Hälsa – vad vet vi om skillnader?

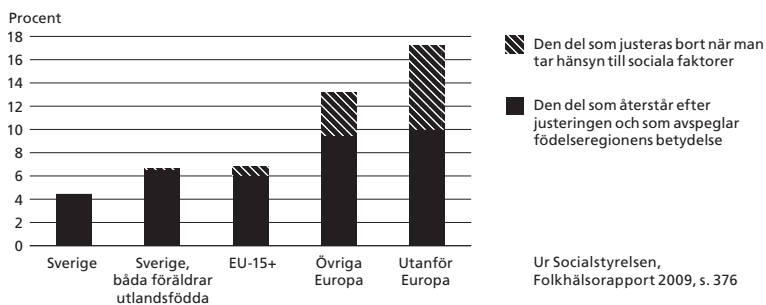
Vad är hälsa? Det kan tyckas som en enkel fråga. Nog vet vi väl om vi är friska eller sjuka? I själva verket finns det många olika definitioner. I inledningen till det här avsnittet har vi citerat två definitioner som båda uttrycker att hälsa inte bara är »frånvaro av sjukdom« utan har att göra med välbefinnande och tillfredsställelse. WHO:s definition brukar kritiseras för att vara orealistisk. Men styrkan med dessa beskrivningar är att vi förstår att hälsa är en subjektiv upplevelse. Ytterst är det min egen upplevelse som avgör min hälsa.

I det här avsnittet kommer vi att redogöra för statistik från stora register som Socialstyrelsen sammanställt. Det blir då med nödvändighet en statistisk sanning, som inte säger något om upplevelsen hos den person vi möter. Däremot kan vi få ett begrepp om vilka behov vi kan tänkas möta i vård och omsorg.

I stora intervjuundersökningar uppger gruppen utlandsfödda i Sverige sämre hälsa än svenskfödda. Bäst hälsa har invandrare från Norden och sämst har utomeuropeiska invandrare. Men om man drar bort den delen av ohälsan som beror på socioekonomiska faktorer, minskar skillnaderna. Det visas i diagrammet här på sidan. Det allra mesta – men inte allt – av skillnaderna i hälsa förklaras av att invandrarna är fattigare och har sämre sociala villkor (3).

Hälsa efter födelsetal

Andel i respektive grupp som uppger dålig eller mycket dålig hälsa, efter födelseregion



Den friska invandraren?

Det finns inga entydiga data om skillnader i hälsa mellan utlandsfödda och svenskfödda. Undersökningen ovan handlar om skillnader i självskattad hälsa. När det gäller skillnader i dödlighet i olika åldersgrupper mellan svenskfödda och utlandsfödda pekar statistiken åt olika håll, sannolikt beroende på att det är olika grupper som jämförs vid olika tidpunkter (3,4).

Det finns skillnader i hälsa som beror på förhållanden i hemlandet. Utlandsfödda har oftare vissa infektionssjukdomar, som hepatit B och C, tuberkulos och HIV. Skillnader i livsstil påverkar sjukligheten. Utlandsfödda män röker oftare än svenskfödda, medan däremot alkoholkonsumtionen är lägre hos många grupper. Fetma är vanligare hos kvinnor födda utanför Norden medan män födda utanför Norden har lägre risk för övervikt än svenskfödda män. Flera studier visar att övervikt och andra riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar är vanligare i flera invandrargrupper. Diabetes är tre gånger så vanligt bland dem som är födda i utomeuropeiska länder jämfört med svenskfödda.

Psykosociala riskfaktorer som stress anses ha lika stor inverkan på risken att få hjärtinfarkt som rökning, högt blodtryck och fetma. Ett svagt socialt nätverk med litet känslomässigt stöd ökar också risken för hjärt- och kärlsjukdomar (3).

Arbetskraftsinvandrare kan troligen anses tillhöra den friskare delen av befolkningen de flyttar ifrån. Detta kallas ibland för »the healthy migrant effect«. Men sannolikt varierar detta mellan olika grupper, beroende på allt från riskfaktorer i hemlandet till förhållanden i det nya landet (3).

Skillnader i psykisk ohälsa

Många invandrargrupper har sämre psykisk hälsa än svenskfödda, men det växlar mellan olika grupper. I en folkhälsorapport från 2002 var det särskilt finska invandrare som hade sämre psykisk hälsa än svenskfödda (5). Utlandsfödda i Sverige har högre risk att dö i självmord än den svenskfödda befolkningen, men ursprungslandet har betydelse (6).

Under de senaste årtiondena har det kommit många studier som visar ökad risk för psykos hos personer med invandrarbakgrund. I Sverige har studier visat en ökad risk för utlandsfödda och deras barn. På samma sätt som med kroppslig sjuklighet minskade dock skillnaden om man tog hänsyn till sociala och ekonomiska villkor (7).

Idag forskas det kring hur psykosociala faktorer kan påverka den psykiska hälsan i så hög grad att man även kan utveckla psykos. Diskriminering anses kunna öka risken för psykisk ohälsa inklusive psykos, dels indirekt genom att den leder till sämre sociala villkor, och dels direkt genom att den skapar en kronisk stress som framkallar ohälsa (3).

Barnen till invandrare har generellt bättre hälsa än sina föräldrar med några undantag. Utlandsföddas barn har högre risk än sina föräldrar för psykos, självmord och för narkotikamissbruk.

Flyktingar och psykisk ohälsa

Flyktingar har ökad risk att få besvär av depression och ångest samt reaktioner efter trauma som PTSD (posttraumatiskt stressyndrom). I studier i Danmark var det tre gånger vanligare att asylsökande vårdades på sjukhus efter självmordsförsök, än att övriga befolkningen gjorde det (6).

I en studie av nyanlända flyktingar från Mellanöstern undersökte man vilka stressfaktorer som hängde samman med olika typer av psykisk ohälsa. Det visade sig inte förvånande att PTSD hängde samman med trauma i hemlandet, särskilt med tortyr. Depression och ångest visade sig däremot i hög grad hänga samman med förhållanden i Sverige. Särskilt stressande var sociala och ekonomiska problem, en upplevelse av alienering och utanförskap, diskriminering och statusförlust samt även våld och hot i Sverige (8). Att ha utsatts för tortyr har visat sig ge ökad risk för självmordstankar (9). Ensamhet är ett vanligt problem hos invandrare, och just ensamhet och brist på socialt stöd från omgivningen tycks öka risken för att få självmordstankar (10).

En av de stora flyktinggrupperna i Sverige under 00-talet är irakier som kommit hit efter 2003. I en enkätundersökning med nyanlända irakier i Malmö fann man att 36 procent av dem skattade nedsatt psykisk hälsa jämfört med 14 procent i befolkningen i riket. De skattade framförallt att de hade sämre hälsa när det gällde smärtbesvär och oro/nedstämdhet. Likaså hade de oftare långvariga besvär, bland annat av depression, och lägre livskvalitet (11).

Att samtala om

Mötet med Maryam, 26 år

Erik som är handläggare på socialtjänsten söks upp av Maryam som kom till Sverige januari 2011 och har genomgått etableringsplanen. Hon har inte kommit ut i arbete, eftersom hon inte har någon utbildning från sitt hemland. Nu har hon försörjningsstöd, läser SFI (svenska för invandrare) och praktiserar på en förskola. Erik vet att handledaren på förskolan tycker att hon fungerar bra där.

Vid dagens besök storgråter Maryam och berättar att hon hyrt en tvåa i andra hand av en landsman som varit bortrest, men att denne nu återvänt och vill att hon flyttar ut. Vart ska hon ta vägen? Hon har hört av andra att bostadsbristen är svår i Stockholm. Hon har till och med väddjat till landsmannen om att få bo kvar även om det är otänkbart för en ensam kvinna att bo inneboende med en ensam man enligt traditionen i hemlandet.

Maryam säger att hon är desperat och har svårt att sova på nätterna. Hon känner sig trött, orkar inte gå på SFI, hon tycker att hon inte lär sig någonting. Hon bara sitter där och tänker på vart hon ska ta vägen. Hennes handledare på förskolan har sagt att hon inte behöver komma till förskolan då hon har sett att Maryam mår dåligt.

Maryam säger att det var inte det här hon hade tänkt sig när hon flydde från sitt hemland. Hon önskar att hon hade dött tillsammans med sin familj då rebellerna anföll hennes stad. Erik undrar hur Maryam ska klara situationen. Räcker det om han ordnar plats tillfälligt på vandrarhem eller behöver hon någon annan hjälp?

Somatisering

Med somatisering menas en psykisk störning med återkommande kroppsliga symtom, utan att det finns sjukliga förändringar i kroppsliga organ som kan förklara dessa.

Det finns föreställningar om att somatisering är vanligare bland patienter från en del icke-europeiska kulturer, framförallt från Asien och Afrika. Men allt fler forskare pekar på att somatisering förekommer överallt. Vanliga psykiatriska tillstånd som ångest och depression tar sig kroppsliga uttryck. Vilka dessa uttryck är kan däremot variera. Det kan finnas olika »lidande-språk« i olika kulturella traditioner. Det har beskrivits som en västerländsk tradition att ställa somatisering i motsättning till psykologisering, att uttrycka lidande i psykologiska termer. Många kulturer skiljer inte på kropp och själ på detta sätt (12).

Munhälsa

Asylsökande och flyktingar bedöms ha större behov av tandvård än befolkningen som helhet. Riskfaktorer för ohälsa i allmänhet som rökning, sämre ekonomi, lägre utbildningsnivå, allmän ohälsa är även riskfaktorer för dålig munhälsa. Parodontit (»tandlossning«) sätts även i samband med kraftig stress (13).

Asylsökande och »gömda« barn och ungdomar upp till 18 år har rätt till tandvård som svenskfödda barn. Efter 18 år har asylsökande rätt till akuttandvård och vård som inte kan anstå. Hela gruppen utlandsfödda tillhör de grupper som avstår från tandvård trots att de upplever behov. Den vanligaste orsaken är dålig ekonomi (13).

Att samtala om

Mötet med Roya, 49 år

*Roya söker akut en sen kväll på jourcentralen och möter vikarie-
rande distriktsläkaren Halina. Roya som har persiska som
modersmål talar mycket knapphändig svenska. Sköterskorna har
sökt tolkförmedlingen men det går inte att få tag på tolk på per-
siska, ens via telefon, den här tiden på dygnet.*

*Roya pekar mitt på bröstkorgen och Halina tolkar det som att
hon har smärtor där. Med kroppsspråkets hjälp lyckas hon också få
fram att Roya känner att hjärtat bultar och att det är svårt att
andas.*

*Halina hittar inget onormalt i kroppsundersökningen frånsatt
en puls på 95. Hon kollar EKG som är normalt. Roya har ingen
feber och verkar inte allmänpåverkad.*

*Halina börjar fundera över om Royas besvär kan vara orsakade
av ångest och oro. Men hon undrar hur hon ska kunna få reda på
mer om det och om vad som kan ha utlöst besvären. Och finns det
något hon kan göra i kväll för att lugna Roya?*

Jämlik vård?

»Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen ... Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.«

Så står det i Hälso- och sjukvårdslagen från 1982 (14). Det är ingen överdrift att säga att vården inte når det målet när det gäller utlandsfödda.

Dödstalen i »åtgärdbar« dödlighet är enligt Hälso- och sjukvårdsrapporten 2009 betydligt högre hos utlandsfödda och lågutbildade än hos svenskfödda och högutbildade. Med åtgärdbar dödlighet avses både dödlighet i sjukdomar som påverkas genom hälsopolitiska insatser (som sjukdom på grund av alkohol och tobak) och dödlighet som påverkas genom insatser i vården.

Personer födda utanför Norden nyttjar mer vård än de som är födda i Norden. (Fast äldre utlandsfödda använder vården mindre.) Det kan tolkas som att de har större behov av vård. Att de ändå har mer åtgärdbar dödlighet kan tolkas som att de inte får rätt vård. Utlandsfödda vårdas oftare i sluten vård för åkommor som skulle ha kunnat behandlas i öppen vård, innan tillståndet blev akut (15).

Enligt Vårdbarometerns årliga undersökning avstår utlandsfödda oftare från att söka vård. De som är födda utanför Europa är mer missnöjda med väntetider, bemötande och personalens kompetens än svenskfödda (16).

Nyinvandrade irakier uppgav i en intervjuundersökning att de avstått från att söka vård. Väntetiderna sågs som för långa, och vården som ineffektiv. De flesta menade att vården i Irak är bättre – om man kan betala för sig (17).

VISSTE DU ATT ...

... studier visar att utlandsfödda patienter med hjärtsvikt får billigare och äldre läkemedel än svenskfödda (15).

... utlandsfödda patienter med hjärtinfarkt mer sällan får sådana läkemedel som idag rekommenderas efter hjärtinfarkt än svenskfödda (15).

... studier från USA och Storbritannien visat att personer från etniska minoriteter får en annan vård när de insjuknar i psykos. De hämtas oftare in till sjukhuset av polis, tvångsvårdas oftare, blir föremål för fler tvångsåtgärder, får färre samtal och i mindre utsträckning remiss till psykoterapi (18, 19).

ATT LÄSA MER

För det här avsnittet har vi använt följande källor:

1. Från WHOs grundningsdokument, antogs vid en konferens 1946, trädde i kraft 1948. Texten finns på www.who.int
2. Nordenfelt, Lennart. (1991). *Hälsa och värde: studier i hälso- och sjukvårdens teori och etik*. Stockholm: Thales.
3. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009, kapitel 13. Stockholm: Socialstyrelsen.
4. Albin, B., Hjelm, K., Ekberg, J. & Elmståhl, S. (2005). Mortality among 723 948 foreign and native-born Swedes 1970–1999. *European Journal of Public Health*, 15(5): 511–517.
5. Statens folkhälsoinstitut (2002). *Födelselandets betydelse: en rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
6. Stockholms läns landsting. (2010). *Regionalt vårdprogram. Suicidnära patienter*. Stockholm: Medicinskt kunskapscentrum, Stockholms läns landsting.
7. Hjern, A., Wicks, S. & Dalman, C. (2004). Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants – a national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychological Medicine*, 34(6): 1025–1033.
8. Lindencrona, F., Ekblad, S. & Hauff, E. (2008). Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43(2):121–131.
9. Ekblad, S. & Shahnava, S. (2004). Trauma, postmigrationsstress och suicidala tankar hos asylsökande. *Suicidologi*, 9(1): 19–31.
10. Sharma, M. & Bhugra, D. (2009). Suicide among migrants. I Wasserman, D. & Wasserman, C. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention*. Oxford University Press: Oxford.
11. Daryani, A., Löthberg, K., Feldman, I. & Westerling, R. Olika villkor – olika hälsa. Hälsan bland irakier folkbokförda i Malmö. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 2 2012.
12. Bäärnhielm, S. Tolkar du henne rätt? *i&m* nr 4–5 2009.

13. Klefbom, C. (2010). *Behov av tandvård bland asylsökande och gömda (med fokus på barn) 2007/2008*. Stockholm: Transkulturellt centrum.
14. Socialdepartementet. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
www.riksdagen.se
15. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009.
www.socialstyrelsen.se
16. Vårdbarometern. (2011). Översiktlig rapport på hemsidan
www.vardbarometern.se. Siffrorna som jämför svenskfödda och utrikesfödda har tagits fram på begäran. Stockholm: SKL.
17. Tillman, A. & Westerling, R. Nyanlända irakiers syn på hälsa och den svenska hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 2 2012.
18. McKenzie, K et al. (2001). Comparison of the outcome and treatment of psychosis in people of Caribbean origin living in the UK and British Whites. Report from the UK700 trial. *British Journal of Psychiatry*, 178, 160–165.
19. Segal SP, Bola JR & Watson MA. (1996). Race, quality of care and antipsychotic prescribing practices in psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 47(3): 282–286.

Fler lästips:

Rostila, M. & Toivanen, S. (2012). *Den orättvisa hälsan. Om socio-ekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. Stockholm: Liber.



Kultur och hälsa

»Kulturen är lika ständigt närvarande och transparent som vatten, förutom i mötet mellan olika kulturer, då världsbilden bryts och därmed återspeglas.«

Kirmayer & Minas, 2000 (1)

Vad är kultur?

Kultur är ett abstrakt begrepp som har getts många definitioner. Varje definition speglar sin tid, plats och rådande kunskapssyn. Gemensamt är att kultur handlar om att tolka omvärlden. Det handlar både om värderingar och om beteenden. Kulturen rör det som ger mening åt människors liv.

Kirmayer och Minas liknar kultur och kulturmöten med fiskens vatten, något som blir synligt när det bryts mot något annat. Denna syn på kultur betonar det ömsesidiga i kulturmötet. I mötet synliggörs det som annars ter sig självklart och oreflekterat.

Kulturen är som ett raster genom vilket den yttre och inre världen förstås. I det ingår att tolka såväl yttre intryck och upplevelser som inre sinnesintryck och reaktioner.

Kulturen är inte statisk. Den förändras hela tiden och påverkas av nya intryck, idéer och kunskapsutveckling.

Ingen människa i världen idag är påverkad av bara en kultur. Människor har tillgång till olika kulturellt färgade meningssystem.

Kulturen är inte homogen. Människor använder det kulturella rastret på ett individuellt sätt.

Vi får inte pådyvla en människa vissa värderingar och beteenden utifrån hennes bakgrund.

Ofta talar vi som möter människor med olika kulturell bakgrund i våra yrken om »deras« kultur, ofta underförstått som något som är ett problem. Det gäller att inte glömma att även vi har en kultur, som vi vanligen inte är medvetna om.

Kultur och familj

I alla samhällen finns det traditioner och gemensamma normer för familjebildning och för våra relationer till den närmaste omgivningen liksom till samhället.

Ibland talar man om individcentrerade respektive gruppcentrerade samhällen. I ett gruppcentrerat samhälle är familjen den minsta enheten. Själva identiteten ligger i att tillhöra en familj- eller släktgrupp. Som individ har du ansvar för och får stöd från hela gruppen. Ett centralt värde i livet är att det ska gå bra för din grupp och att föra familjen vidare. Det är viktigt att bevara familjens anseende utåt.

I ett individcentrerat samhälle handlar värderingarna mer om individens självförverkligande och personliga utveckling. I ett samhälle som Sverige, som anses som individualistiskt, är rättigheterna knutna till individen.

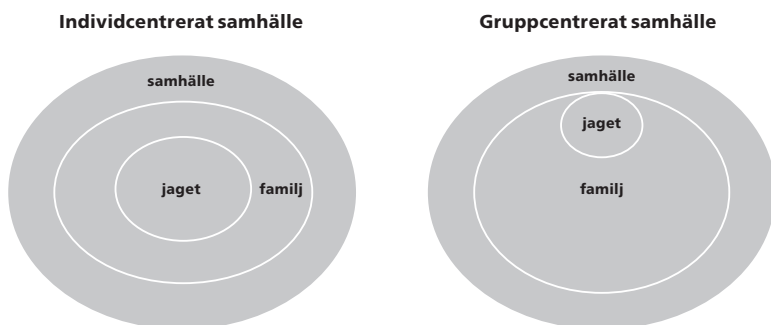
Det är viktigt att känna till sådana här skillnader. Annars blir det svårt att som yrkesperson förstå till exempel varför unga patienter inte vill flytta hemifrån, eller varför en persons psykiska problem kan få syskonen att bli rädda att de inte ska bli gifta.

Men det är också viktigt att inte generalisera. Familjemönster över hela världen är stadda i förändring. Många ifrågasätter också bilden av den självtillräckliga västerländska individen.

I en del patriarkaliska samhällen som har en tydlig makthierarki med en styrande man i toppen och med strikta könsroller förekommer starka föreställningar om heder. De unga familjemedlemmarnas handlingsutrymme begränsas för att skydda familjens heder. Det leder ibland till så kallad hedersproblematik, med allt från hård kontroll till våld. I vård och omsorg är det viktigt att vara lyhörd för tecken på hedersproblem.

Gränserna för integriteten

Inga samhällen är renodlat individ- eller gruppcenterade men tendenserna är olika starka. Etnologen Annick Sjögren har valt att beskriva skillnaden som en fråga om var man sätter gränsen för integriteten. Detta illustreras i bilden här på sidan.



Integritetens gränser i gruppcenterade/individcenterade samhällen.
Efter Annick Sjögren, 2006(2)

Att samtala om

Mötet med Peter, 16 år

Peter som precis har börjat på gymnasiet söker en dag upp skolkuratorn Birgitta. Peter berättar att han mår dåligt och inte vet vad han ska göra. Han känner sig pressad av sina föräldrar som börjat prata om att han ska gifta sig efter studenten.

– Att gifta sig när man är 19, det är inte klokt, säger Peter. Jag vill plugga data och skaffa jobb innan jag gifter mig.

Det framkommer att föräldrarna inte tycker att det är nödvändigt med högskoleutbildning. Peter kan alltid jobba som chef i familjeföretaget som de äger, och de säger till honom att han kommer att mogna när han gifter sig med en flicka som de redan har valt ut.

– Men jag vill bestämma själv vem jag gifter mig med, säger Peter. Annars vet jag inte vad jag tar mig till.

Birgitta känner sig orolig för Peters mående och berättar för honom att hon har en skyldighet att göra en anmälan till socialtjänsten. Peter är bekymrad över vad föräldrarna ska säga, men uttrycker också tacksamhet över att Birgitta tar tag i saken.

När Peter lämnat hennes mottagningsrum sitter Birgitta och funderar på vad som händer nu. Hur kan socialtjänsten och skolan stödja Peter? Och finns det något de kan göra för föräldrarna?

Kultur och psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa kan *uttrycka* sig olika i olika kulturer. Depression kan upplevas mer som energilöshet och värk än som negativa tankar. Att höra röster behöver inte vara uttryck för psykos utan en andlig upplevelse. Ritueella beteenden behöver inte vara tvångssyndrom utan kan ha religiös bakgrund. Den som har social fobi blir besvärad av att andra uppmärksammar henne eller honom. I en del länder, till exempel Japan och Korea, finns det beskrivet att personer kan utveckla ångesttillstånd som snarare yttrar sig i tankar om att man själv besväras andra (3).

Psykisk sjukdom kan även *tolkas* på olika sätt – som kroppsliga problem eller som tecken på störda relationer. Det förekommer övernaturliga tolkningar, som onda ögat, påverkan av demoner eller djinner. Depressiva symtom tolkas som en del av livets upp- och nedgångar och en andlig utmaning, och inte som tecken på en sjukdom.

Synen på psykisk ohälsa och stigma, det vill säga hur stämplande det är att ha en sjukdom, varierar. Kanske är det som drabbar individens förmåga till självförverkligande mest stämplande i individcentrerade kulturer, medan psykiska problem som leder till isolering eller går ut över familjen leder till högre grad av stigma i gruppcentrerade kulturer.

I en del kulturer är det väldigt känsligt att *tala med* någon utanför familjen om psykiska problem. När man väl söker vård kan det vara mer acceptabelt att tala om emotionella problem med kroppsliga beskrivningar.

Tankarna om lämplig *behandling* växlar också. Det förekommer att personer söker religiösa ledare eller traditionella behandlare innan de kommer till den svenska sjukvården.

Att samtala om

Mötet med Demir, 20 år och hans familj

Underläkaren Carlos på den låsta psykiatriska vårdavdelningen håller i ett familjesamtal med Demir, hans äldre bror Fuat, modern Meryam, samt kontaktpersonen Eva och turkisktalande tolk. Demir kom in på avdelningen för tre veckor sedan, sedan han insjuknat i en akut psykos. Han har endast långsamt börjat må bättre.

Fadern är död sedan länge och Fuat som ser sig som familjens överhuvud har hela tiden önskat samtal med läkaren. Han har tyckt att det är helt onödigt att modern är med vid samtalen, särskilt med tanke på att hon är den enda som behöver tolk. Men Demir har berättat för Carlos att modern är den viktigaste personen i hans liv. Därför har personalen fortsatt att bjuda in henne till mötena, trots att hon suttit helt tyst vid varje samtal.

Vid dagens samtal är Fuat mycket irriterad över att Demir fortfarande hör röster. Carlos försöker förklara att det tar tid att återhämta sig från en psykos.

Efter en kvart säger Meryam något till tolken, som denne till synes tvekande översätter:

– Är ni säkra på att det inte är det onda ögat?

En besvärad tystnad lägger sig i rummet.

Carlos känner att han måste ta initiativet och säga något. Hur ska han besvara Meryams fråga? Hur kan samtalet utvecklas till något bra?

Varför är kultur viktigt i vård och omsorg?

Om vi tror att psykisk ohälsa upplevs och uttrycks på exakt samma sätt överallt, finns det risk för feldiagnos från vårdens sida.

Den psykiatriska diagnoshandboken DSM-IV tar redan i inledningen upp vikten av att göra en kulturell formulering, det vill säga att undersöka kulturella förhållanden och föreställningar för att kunna ställa en så korrekt diagnos som möjligt. Handboken går också igenom kulturella skillnader för var och en av diagnoserna. Till exempel betonar man att depression inte uttrycks likadant i alla kulturer. Man varnar också för risken för överdiagnostik av schizofreni (3).

På flera håll i världen – bland annat här i Sverige – har kliniker i psykiatri tagit fasta på DSM-IV:s uppmaning att göra en kulturell formulering, och framställt konkreta förslag på hur en sådan formulering skulle kunna se ut. På svenska har det resulterat i en manual med konkreta förslag till frågor (4).

Men förståelse av kultur är inte viktigt bara för diagnostik utan för att kunna förstå de språkliga svårigheterna, utforska patientens syn på sjukdom och förväntningar på behandling.

Om vi inte undersöker vilka föreställningar, farhågor och förväntningar den individ vi möter har, riskerar vi att alltid föreslå samma stereotypa åtgärder – och vi kommer att få ett sämre samarbete med vår patient/klient och behandlingen riskerar att misslyckas.

När djinner möter svensk psykiatri

»Psykiatri är starkt förknippad med stigma och människor vill inte gärna se på sig själva som galna och i behov av psykiatrisk vård. Den som är galen blir inte respekterad av andra och riskerar tappa kontakt med familjen och mista allt socialt stöd.

*Många tror att psykisk ohälsa är orsakad av djinner och före-
drar att söka hjälp hos en sheikh framför en psykiater. Begreppet
sheikh har lite olika betydelser men kan handla om en religiös
ledare som besitter läkande krafter eller en folklig läkeman.
Sheikhen kan hjälpa till med djinnerna. En sheikh, kunnig i Islam,
läser ur koranen som behandling. De kan också använda vatten
med läkande kraft.»*

Ur en intervju med Sadik Hajinur, läkare från Somalia som arbetar
som hälsokommunikatör i Stockholm (5).

I samma artikel beskrivs djinner som en sorts andar som finns i
koranens universum. Tron på djinner är mycket utbredd i många
länder (6). De kan vara både onda och goda och när de straffar män-
niskor kan dessa drabbas av psykisk sjukdom. Sjukdomarna kan
vara av olika slag, till exempel förlamningar och förvridna armar
och ben. Ibland kan djinnerna påverka äktenskap och orsaka skils-
mässa. Ifall djinnerna orsakar allvarlig sjukdom kan de behöva
drivas ut (7).

VISSTE DU ATT ...

... Vårdpersonalen är också mångkulturell. Bland de 15 vanligaste yrkena för personer födda utanför EU och Norden fanns år 2010 vårdbiträden, personliga assistenter, undersköterskor, sjukvårdsbiträden, läkare, skötare och vårdare (8).

... 33 300 av totalt 151 800 vårdbiträden, personliga assistenter med flera var utrikesfödda (8).

... Utrikesfödda utgjorde samma år 13 procent av de anställda i åldern 16–64 år. Den yrkesgrupp som hade störst andel utrikesfödda var bagare och konditorer (41 procent).

ATT LÄSA MER

För det här avsnittet har vi använt följande källor:

1. Kirmayer, L & Minas, H. (2000). The future of cultural psychiatry: An international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(5): 438–446.
2. Sjögren, A. (2006). *Här går gränsen: om integritet och kulturella mönster i Sverige och Medelhavsområdet*. (2. uppl.) Stockholm: Dialogos.
3. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistic Manual of Disorders. Fourth edition, text revision*, s. 452. Washington DC: American Psychiatric Association.
4. Bäärnhielm, S., Scarpinati Rosso, M. & Patty, L. (2007). *Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik. Manual för intervju enligt kulturformuleringen i DSM-IV*. Stockholm: Transkulturellt centrum.
5. Bäärnhielm, S. När djinner möter svensk psykiatri. *Tidskriften för svensk psykiatri*, nr 1 2011, s. 64–65.
6. Esposito, L.J. (1998). *Islam. Den raka vägen*, s. 52. Lund: Studentlitteratur.
7. Lewis, B., Pellat, C. & Schacht, J. (1965). *Encyclopedia of Islam*, volym 2. Leiden: E. J. Brill.
8. Statistiska centralbyrån. Statistiska meddelanden: Yrkesstrukturen i Sverige 2010. Finns på www.scb.se

Fler litteraturtips:

Asaad, A. (2011). *Stjärnlösa nätter. En berättelse om kärlek, svek och rätten att välja sitt liv*. Stockholm: Nordstedt.

Länsstyrelsen i Skåne, Länsstyrelsen Östergötland, Integrations- och jämställdhetsenheten. (2007). *Hedersrelaterat våld och förtryck: ett kunskapsunderlag för hälso- och sjukvården*. Linköping: Integrations- och Jämställdhetsenheten, Länsstyrelsen Östergötland [distributör].



Trauma

»Jag ser det som en jordbävning i själen.«

Fried, 2000 (1)

»Vi menar att konsten att möta människor där de är, på deras villkor, är något som klassiskt fältarbete med ungdomar och psykoterapeutiskt arbete har gemensamt. (...) Vi har vävt ihop detta till följande rader:

- Att vara i deras verklighet, att möta dem där de är.
- Att se dem där de befinner sig, att bekräfta dem.
- Att lyssna till dem där de är, att lyssna till deras berättelse.«

Citat från en rapport om arbetet med att stödja ungdomar i Göteborg efter brandatastrofen 1998. Rönmark, 2001 (2)

Vad är trauma?

Ordet »trauma« förknippas nog inte av de flesta med psykiska problem. Nationalencyklopedin definierar trauma som »påverkan av människokroppen förorsakad av yttre faktorer och/eller händelser som ger en övergående eller kvarstående effekt« (3). Och när man talar om traumatologi inom medicinen handlar det om hur man diagnosticerar och behandlar skador som uppstått genom olycksfall eller annat yttre våld.

Samtidigt är det välbekant sedan länge att människor kan drabbas av kvarstående skador efter psykisk chock. Under första världskriget utvecklades de första försöken att behandla soldater som återvände från skyttegravarna med så kallad granatchock. Framför allt var det erfarenheterna från Vietnamkriget mellan 1965 och 1975 då tusentals amerikaner återvände hem till USA med bestående psykiska problem som ledde till att kunskapen och behandlingsformerna började utvecklas. Vid samma tid växte sig också kvinnorörelsen stark, och effekterna av att ha utsatts för sexuella övergrepp började uppmärksammas.

Trauma i psykologisk mening definieras idag som en extrem händelse som uppfattas som att den kan leda till döden eller till allvarlig fysisk skada eller hot mot vår personliga integritet. Bland de trauman som kan drabba alla finns rån, misshandel, sexuella övergrepp, allvarliga olyckor och naturkatastrofer. Flyktingar kan ha med sig minnen av trauman från situationer av krig och förtryck: fängelsevistelser, tortyr, kidnappning, våldtäkter, att befinna sig i strid.

Vilka konsekvenser har trauma?

Ofta när myndigheter och vårdpersonal tänker kring effekterna av trauma, tänker man på risken att få så kallat posttraumatiskt stress-syndrom. Men effekterna av trauma är bredare än så.

De australiensiska forskarna Silove och Steel har formulerat den så kallade ADAPT-modellen, *Adaptation and Development after Persecution and Trauma* (»Anpassning och utveckling efter förföljelse och trauma«, 4). De beskriver fem olika psykosociala områden som skadas av trauma:

- Förmågan att uppleva trygghet och säkerhet;
- Band och nätverk med andra personer, som familjen, släkten, folkgruppen, samhället;
- Behovet av rättvisa och skydd från övergrepp;
- Identitet och roller, t ex föräldrarollen, yrkesrollen, rollen som ledare i en social rörelse;
- Institutioner som ger existentiell mening och sammanhang, som traditioner, religion, andlig praktik, politiskt och samhälleligt engagemang.

Siloves och Steels poäng är att grunden för återhämtning efter trauma är att återuppbygga dessa skadade system och de institutioner som stöder dem. Att garantera säkerhet, återförening familjer, hjälpa till med utbildning och arbete, skapa rättvisa, göra det möjligt att återuppta egna traditioner bidrar till läkning. »På så sätt kan samhällelig stabilitet vara den bästa psykoterapeuten på befolkningsnivå«, skriver de.

Vårdpersonal och myndigheter i Sverige tänker ofta att traumat tillhör det förgångna. Men det är viktigt att komma ihåg att flyktingar råkar ut för traumatiska upplevelser även i vårt land. Upplevelser av diskriminering, otrygghet och utanförstående kan återuppväcka minnen av traumat och försämra den psykiska hälsan.

Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD

Posttraumatiskt stressyndrom kallas de symtom som en person som upplevt, bevittnat eller på annat sätt konfronterats med en traumatisk händelse kan få. Att först reagera med intensiv rädsla, hopplöshet eller skräck är normalt. Likaså är det vanligt att få en akut stressreaktion med mardrömmar, överklighetskänslor och oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen. Det är först om besvären varar mer än en månad – eller om de börjar långt senare – som man kan misstänka diagnosen PTSD.

I PTSD-bilden ingår:

- Återupplevande i form av flash-backs, minnesbilder som uppfattas som att man flyttas tillbaka till situationen. Mardrömmar om händelsen och starkt obehag inför situationer som påminner om den.
- Undvikande av allt som kan påminna om traumat och avskärmning från omgivningen.
- Allmänt ökat spänningstillstånd med sömnstörningar, irritabilitet och vredesutbrott, koncentrationssvårigheter, spändhet och vaksamhet (5).

De flesta människor upplever minst en traumatisk händelse under sin livstid. Den som blivit skadad av andra människors avsiktliga handlingar löper större risk att utveckla PTSD än till exempel efter en naturkatastrof. Män upplever fler traumatiska händelser än kvinnor, men kvinnorna utvecklar oftare PTSD (6).

I en internationell studie fann man att 10 procent av flyktingar som studerades fick diagnosen PTSD, men begreppet »flykting« är brett och säger lite om vilka trauman man upplevt (7). I en svensk studie av kosovoalbaner i Sverige hade 37 procent PTSD vid den första bedömningen och under ett och ett halvt års uppföljning utvecklade 80 procent tillståndet (8)!

Behandling av PTSD

När en person drabbats av en traumatisk händelse bör man erbjuda psykologisk »första hjälpen« i form av information, tröst, känslomässigt och praktiskt stöd. Oftast kan den egna familjen och nätverket stå för det stödet, men ibland behövs vårdens insatser.

När det gäller behandling av PTSD, delar man ofta in behandlingen i olika faser. Den första fasens uppgift är att hjälpa personen att bli stabilare.

Faserna är inte statiska men som regel är det först därefter som personen kan börja i specifik traumabearbetande behandling. Den ges oftast vid psykiatriska kliniker och vid specialmottagningar för traumatiserade personer. De metoder som oftast används och som har bäst vetenskapligt stöd är traumafokuserad kognitiv beteendeterapi och ögonrörelsebehandling, EMDR (6). Även andra metoder som kroppsterapi, konstterapi, psykodynamisk terapi och psykopedagogiskt stöd i grupp eller individuellt används i vården.

Läkemedel, framförallt så kallade SSRI-preparat med effekt mot depression och ångest bör också övervägas ifall patienten har både PTSD och depression eller om patienten inte kan eller vill delta i psykologisk behandling (6).

Efter bearbetat trauma kommer ytterligare en fas av omorientering och återuppbyggnad, där personen behöver stöd att bearbeta sorgen och gå vidare i livet.

Att samtala om

Mötet med Goran, 55 år

Goran kom till Sverige från Turkiet på 1980-talet. Han lärde sig svenska snabbt och började jobba.

Hans syster Latife som är sjuksköterska vet att han i perioder har stora sömnsvårigheter. Goran talar inte gärna om det, men hon har förstått att det är minnen från polisarresten i Turkiet som väcker honom. Vid något tillfälle har han antytt att han hör och känner skrik och slag som om det vore här och nu. Dagarna är bättre, men under de här perioderna drar han sig helt undan sociala kontakter.

Nu är Goran inne i en sömnlös period igen. När Latife frågar mer berättar han motvilligt att vid minsta stress fylls huvudet av dånade turkisk marschmusik. Det kommer också fram att sömnsvårigheterna den här gången började efter att Goran fått besked om att han är övertalig i affären där han arbetar sedan 20 år.

Latife försöker liksom många gånger förr övertala Goran att söka vård, men han säger än en gång nej. Hon diskuterar med sin make Yilmaz som kontaktar en bekant och lyckas ordna ett nytt arbete åt Goran med att köra budbil.

Några veckor senare kommer Goran hem till Latife och Yilmaz på middag. Han berättar då att sömnen nu börjat bli bättre och att han tagit en lång promenad samma dag. Latife funderar på vad som egentligen hjälper Goran, och hur hon ska kunna hjälpa honom framöver.

Depression och ångest efter trauma

Trauma kan inte bara leda till PTSD, utan även till sådana psykiska folksjukdomar som depressioner och ångesttillstånd (7).

Depression är ett tillstånd med ökad nedstämdhet och minskat intresse för flertalet aktiviteter. Andra vanliga symtom är minskad aptit, viktnedgång, sömnsvårigheter, handlingsförlamning, och koncentrationssvårigheter. Vid svårare depressioner kan personen ha starka skuld känslor och självmordstankar.

Depression kan uttryckas både i psykologiska termer och som kroppsliga symtom. Internationella studier från WHO pekar på att det finns en gemensam kärna av besvär vid depression mellan olika kulturer. I den ingår ledsenhet och att sakna glädje men också oro, spänningar och brist på energi. Den patient som söker för trötthet, smärta och huvudvärk kan vara deprimerad (9).

I vardagsbeskrivningen av måendet kan man »ha ångest« för vad man ska ha på sig, eller för ett prov i skolan. När vi talar om ångest som en psykisk störning handlar det om mycket plågsam rädsla och starkt obehag som påverkar funktionsförmågan. Det finns olika ångesttillstånd, bland annat panikångest som kommer attackvis, social fobi med oresonlig rädsla för att ses och granskas av andra människor, och generaliserad ångest, med ständig rädsla och oro. Till ångesttillstånden räknas också PTSD och olika former av tvångssyndrom, då man besvärar av ofrivilliga tankar eller handlingar.

De kulturellt färgade uttrycken för ångest varierar. Ångest kan beskrivas som andnöd, hjärtbesvär och rädsla. Om patienten har en annan kultur än vårdgivaren och inte är förtrogen med psykologiska termer eller psykiatrisk vård, är det möjligt att han eller hon bara uttrycker ångest i kroppsliga termer.

Att möta en traumatiserad person

Att möta en person som är traumatiserad kan innebära speciella utmaningar:

- Personen är ofta väldigt känslig för intryck och kan svänga snabbt i sitt mående vid ökad stress.
- Tilliten till andra är rubbad, och du kan som vårdgivare känna frustration över att bli misstrodd. Ibland kan det missuppfattas som förföljelsetankar, paranoida symtom.
- Psykiska funktionshinder växlar ofta beroende på situation och ibland från dag till dag. Svängningarna kan vara ännu mer uttalade när någon blivit traumatiserad. På ytan tycks personen normal men funktionen i vardagen svänger kraftigt.
- De undvikande strategierna kan bli oerhört handikappande. Personen vill ha hjälp, men av rädsla backar han eller hon hela tiden inför vårdens förslag.
- Personen har ofta minnesluckor vilket gör det svårt att få någon röd tråd i vardagen. Det blir svårt att bygga relationer och att lära sig nya strategier.
- Livsberättelsen är söndertrasad och ofullständig. Personen vill kanske inte berätta om sitt liv, men gör det ändå – i situationer när personalen vill tala om annat.

Personal i psykiatri, primärvården och socialtjänsten behöver känna till vad trauma har för effekter och veta att inte bara specialiteter utan även de själva kan göra en meningsfull insats, framför allt i stabiliseringsfasen. Att få en bostad, att få stöd i ekonomin, att få hjälp att upprätta dagliga rutiner och undvika missbruk kan redan det påverka symtomen.

Att bygga tillit

Att minska stressnivån är viktigt. Mediciner mot depression och ångest kan behövas, liksom hjälp med avslappning, fysisk aktivitet och att bryta isoleringen. Att få hjälp att tolka verkligheten i det nya landet är i sig stressminskande.

För att bygga upp tilliten steg för steg behövs kontinuitet och en varaktig kontakt. Stressen minskas ju mer förutsägbart och tydligt mötet med vårdgivaren blir. Med tanke på minnesluckorna och svårigheterna att koncentrera sig och vara närvarande i mötet kan det vara till fördel att ha kortare men tätare samtal. Att skriva ned det som sagts under mötet och kolla att personen uppfattat det på samma sätt kan vara ett hjälpmedel.

Det är inte farligt att personen talar om trauma! Givetvis bör man vara tydlig med vilken kompetens man har, och det är olämpligt att locka eller tvinga personen att berätta saker. Men ofta vill personen själv berätta något för den som han eller hon fått förtroende för – och om vårdgivaren avvisar det kan det ge signalen att ingen annan orkar lyssna på berättelsen om traumat. Att lyssna och ta emot kan räcka, och det kan bli ingången till senare terapi.

Ofta tar det lång tid innan en person är redo att berätta om de trauman han eller hon varit utsatt för. Det är också vanligt att traumatiserade personer berättar olika historier från gång till gång. Det kan i asylprocessen feltolkas som att personen inte är trovärdig, eftersom han ändrar sin berättelse, men är ett uttryck för minnes- och koncentrationssvårigheterna.

Att samtala om

Mötet med Hassan, 37 år

Pirkko som är boendestödare i socialpsykiatri i Nytorp har fått kontakt med den irakiske flyktingen Hassan.

Hassan lärde sig svenska snabbt när han kom till Sverige för 7 år sedan, men försämrades senare psykiskt och fick diagnosen PTSD. Han har stora problem i vardagen med mat, hygien och sömn. I kontakter med myndigheterna hamnar han ständigt i konflikt.

Teamet har talat om att det är viktigt att Pirkko hjälper Hassan att upprätta strukturer. Men när Pirkko gjort hembesök har Hassan ofta inte varit hemma eller inte öppnat. Pirkko har förstått att han ibland legat och sovit eftersom han vänt på dygnet. Vid varje träff verkar han helt ha glömt vad som sades senast.

Vid dagens hembesök börjar Hassan med att upprört berätta att han blivit hotad med uppsägning.

– Jag har ju bara glömt att betala en enda hyra, säger han.

När Pirkko vill tala om vad de kan göra åt det, tycks Hassan snart tappa intresset. Han vill hellre tala om en actionfilm på TV kvällen innan och verkar då nästan glad och avslappnad. Pirkko försöker allt mer stressat byta samtalsämne. När fem minuter återstår säger hon desperat:

– Du verkar inte alls intresserad av att få hjälp. Varför vill du egentligen ha boendestöd?

– Därför att det är roligt att prata med dig, svarar Hassan.

Pirkko funderar: Hur ska hon förstå Hassans beteende? Och vad kan hon göra för att få lov att hjälpa honom med livssituationen?

Känsla av sammanhang, resiliens, coping

Alla personer som varit utsatta för trauman får inte psykiska problem. Många kan ha symptom av PTSD men ändå (oftast) vara välfungerande och till exempel kunna arbeta. Modern forskning ställer sig allt oftare frågan: vad hjälper människor att må bra, *trots* de upplevelser de bär med sig? Och det är ju en fråga som är oerhört väsentlig i vardagen för oss som möter människor med erfarenheter av trauma i vårt arbete.

Den israeliske sociologen Aaron Antonovsky har studerat faktorer som orsakar och upprätthåller hälsa – så kallade *salutogena* faktorer. Han konstruerade begreppet *KASAM* (*känsla av sammanhang*) som en beskrivning av de faktorer som gjorde att en del överlevande från koncentrationslägren kunde bevara en god psykisk hälsa. Att världen upplevs som meningsfull, begriplig och hanterbar är faktorer som stärker KASAM (10).

Ett annat begrepp som allt oftare används är *resiliens*. Det beskrivs som en förmåga eller egenskap som gör att individer, grupper och miljöer lyckas hantera svårigheter, kriser och katastrofer utan att nedslås av dem. Det nutida synsättet är att det beror av ett samspel mellan individens egenskaper (god självkänsla), egenskaper hos den närmaste omgivningen (goda relationer i familjen) och egenskaper i den vidare omvärlden (tillgång till föreningsliv, vänner och arbetskamrater) (11).

Med *coping* menas de strategier och de förhållningssätt personer använder för att hantera stress.

VISSTE DU ATT ...

... en studie på 90-talet av en öppenvårdsmottagning i psykiatri i ett invandrat område i Stockholm visade att mer än hälften av patienterna med ursprung från Iran, arabisktalande länder i Mellanöstern och Turkiet uppfyllde kriterierna för PTSD (12).

... samma studie visade att patienter som själva tyckte att behandlarna tagit upp frågan om trauma tillräckligt hade bättre behandlingsresultat än andra patienter med trauma (12).

... i en intervjustudie med asylsökande, de flesta från Irak, uppgav 88,1 % att de varit nära döden, 85,1 % att de upplevt krig, 77,1 % varit med om mord på familjemedlem eller vän, 63,3 % blivit fysiskt och/eller psykiskt torterade (13).

... PTSD-begreppet ibland har kritiserats för att alltför mycket bygga på de symtombilder och lidandespråk som uttryckts av västerländska patienter, som Vietnamveteranerna i USA. Västerländska behandlare har kritiserats för att exportera behandlingsmodeller till andra länder utan att ta hänsyn till kulturella normer och sociala sammanhang (14).

ATT LÄSA MER

För det här avsnittet har vi använt följande källor:

1. Fried, H. (2000). *Ett tredje liv: från jordbävning i själen till meningsfull tillvaro*. Stockholm: Natur & kultur.
2. Rönmark, L. (red.) (2001). »Att möta det man möter»: erfarenheter från Stödcentrum efter brandkatastrofen i Göteborg. (1. uppl.) Göteborg: FoU i Väst.
3. Nationalencyklopedin, uppslagsordet »trauma».
4. Silove, D., Steel, Z. and Psychol, M. (2006). Understanding community psychosocial needs after disasters: Implications for mental health services. *Journal of Postgraduate Medicine*, 52(2): 121-5.
5. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistic Manual of Disorders. Fourth edition, text revision*. Washington DC: American Psychiatric Association.
6. Stockholms läns landsting. (2011). *Regionalt vårdprogram. Ängest-syndrom*. Stockholm: Medicinskt kunskapscentrum, Stockholms läns landsting.
7. Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365(9467): 1309-14.
8. Roth, G., Ekblad, S. & Ågren, H. (2006). A longitudinal study of PTSD in a sample of adult mass-evacuated Kosovars, some of whom returned to their home country. *European Psychiatry*, 21(3): 152-9.
9. Bäärnhielm, S. Tolkar du henne rätt? *i&m* nr 4–5 2009.
10. Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
11. Egidius, H. Natur och Kulturs Psykologilexikon.
Finns på www.psykologiguiden.se
12. Al-Saffar, S., Borgå, P. & Hällström, T. (2002). Long-term consequences of unrecognised PTSD in general outpatient psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37(12): 580-5.
13. Ekblad, S. (2009). Kapitel 7. Upplevd ohälsa hos vuxna asylsökande. Current Themes of IMER Research, 9. Malmö:MIM och IMER.
14. Watters, E. (2010). *Crazy like us. The globalization of the American psyche*. New York: Free Press.

Fler lästips:

Hännestrand, B., Lindholm, E.-L., Moe, S., Ramos Ruggiero, L., Rydmark-Venegas, A. & Söndergaard, H.P. (2005). *Själens dolda sår. Vägar till diagnos och behandling av posttraumatisk stress*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa.



Tankar om kulturmötet

»Om du är på semester utomlands och ni inte förstår varandra, så försöker ni från bägge håll skapa förståelse. Inte bara en av er. Det är inget problem att ni inte vet så mycket om varandras kultur, det viktiga är att visa varandra en vilja att förstå.«

Citat ur en intervju med en anhörig till en patient med psykos (vår översättning).

Hultsjö, Berterö & Hjelm, 2009, s.67(1)

Hur uppfattas mötet i vård och omsorg?

I olika studier där man intervjuat patienter med annan kulturell bakgrund om hur de uppfattar mötet med den svenska sjukvården beskrivs en rädsla för att inte bli tagen på allvar och respekterad. Vårdpersonalen »viftar bort« den oro man känner (2). Somalier som intervjuades av läkaren Kristian Svenberg beskrev att de hade höga förväntningar på den svenska sjukvården med dess höga standard, men att de inte kände sig tagna på allvar. De förväntade sig att läkaren ställer diagnos och föreslår behandling utan att ställa alltför många frågor. De uppfattade vården som avvisande. Läkaren trodde inte på deras besvär och de tyckte att de ständigt fick beskedet »det är ingenting«. De klagade ofta över bristfällig kroppsundersökning och kände sig sämre behandlade i vården för att de inte talade svenska felfritt. Ofta ledde detta till att de sökte vård utomlands (3).

I samma forskningsprojekt intervjuades blivande specialistläkare i allmänmedicin om sina erfarenheter av mötet med patienter från Somalia. De uppfattade också att patienterna hade höga förväntningar på vården och upplevde själva ett kulturellt avstånd till patienterna. Man kan tänka sig att patienternas förväntan på en mer auktoritär läkarroll kom i konflikt med vad de lärt sig under utbildningen om patientens rätt att vara med och fatta besluten. Några läkare beskrev också en osäkerhet om hur de skulle bete sig i mötet. Hur skulle de hälsa på patienten? Hur skulle de undersöka patienter av motsatt kön (3)?

Speciella utmaningar i mötet med nyanlända flyktingar

Att det inte bara är patienterna som har svårigheter att känna tillit bekräftas i Sally Hultsjös intervjuer med personal i somatisk och psykiatrisk akutvård som möter asylsökande flyktingar. Några beskrev att de uppfattar att de asylsökande söker vård först efter avslag på ansökan om uppehållstillstånd, och att de rekommenderats att söka psykiatrisk vård av tolkar och advokater (4).

Starka känslor kan väckas hos den som i sitt arbete möter personer som varit utsatta för svåra trauman. Som behandlare blir du lätt en väldigt viktig person för den nyanlände flyktingen och du kan få uppleva att du lätt blir idealiserad, »den enda som förstår mig« – för att i en annan situation bli ifrågasatt som representant för det oförstående svenska samhället. Birgitta Angel och Anders Hjelm beskriver flyktingarbetarens kris i olika faser:

- Bristande tilltro till flyktingens berättelse, som ter sig ofattbar.
- Skräck, ångest, överidentifikation med personen.
- Överdriven välvilja, svårighet att sätta gränser.
- Man finner en balans i arbetet och kan se vad som går att uträtta (5).

Måste man vara kulturkompetent?

I Sally Hultsjös intervjuer med patienter i psykosöppenvården var det en del patienter som menade, att vårdpersonalen bör bestämma behandlingen. Men andra ville vara delaktiga. Patienterna hade också olika syn på psykisk sjukdom: en del menade att psykisk sjukdom är Guds vilja, medan andra anammade vårdpersonalens förklaringsmodeller (4).

Det här illustrerar fördelen men också risken med att ta hänsyn till kulturella faktorer i vårdmötet. Det är en tillgång att veta att det kan finnas kulturella variationer i synen på psykisk sjukdom och dess behandling. Men det är också viktigt att inte göra det till en ny stereotyp. Lika lite som jag kan utgå från att alla andra delar mina egna värderingar och föreställningar – lika lite kan jag tro att jag vet allt om deras föreställningsvärld utifrån deras kulturella bakgrund.

Av det skälet kan man vara kritisk till begreppet »kulturkompetens« som används brett i undervisning inom bland annat vårdyrken, främst i USA. Det leder lätt till att man objektifierar patienten, och ser kulturkompetens som en »färdighet« man kan lära sig lika väl som att ta ett blodprov eller lyssna på hjärtat (6).

Självklart är det viktigt att personalen i vård och omsorg avspeglar det mångkulturella samhälle vi verkar i och som patienter/klienter tillhör, och det är en stor tillgång i arbetsgruppen att det finns konkret kunskap om olika kulturer. Men det är samtidigt viktigt att ingen upplever ett onödigt avstånd till personer av annan kulturell bakgrund, och av den anledningen blir hämmad i sin yrkesutövning.

Att intressera sig för den andres perspektiv

Men vad är då alternativet? Hur kryssar man mellan att inte se personens kultur och därmed riskera missförstånd och att tillskriva henne eller honom en kulturellt präglad uppfattning? Ett vanligt förslag på förhållningssätt skulle kunna sammanfattas med orden: att intressera sig för den andres perspektiv.

I Hultsjös undersökning framkom att de utlandsfödda patienternas familjer inte önskade någon speciellt utformad behandling på grund av sin bakgrund. Däremot önskade de att vårdpersonalen skulle visa intresse och ta sig tillräckligt mycket tid för att utveckla en ömsesidig förståelse. Hon menar att vårdpersonalen tidigt i mötet med en patient bör fråga om vilken syn hon eller han har på delaktighet, på olika behandlingar, vilka erfarenheter och förväntningar som finns och hur personen själv ser på sin sociala situation och dess inverkan (4).

De läkare Svenberg intervjuade beskrev att de valde olika strategier i mötet med somalierna, till exempel att inta en mer gammeldags auktoritär attityd eller att vara mer nyfiken på patientens bakgrund och person. Svenberg själv menar utifrån egen erfarenhet att det ofta går att nå fram till en bättre dialog och samförstånd. Det förutsätter att patient och läkare träffas upprepade gånger, så att tilliten kan byggas. Han betonar också betydelsen av att kompensera språkliga kommunikationssvårigheter med en noggrann kroppsundersökning och – inte minst – att visa respekt och vänlighet, till exempel genom att lära sig några ord på patientens hemspråk och några fakta om hemlandet (3).

Att samtala om **Mötet med Ahmed, 32 år**

Det är morgon och den öppna distriktssköterskemottagningen har precis börjat. Det är mörkt ute, slaskigt och så där absolut urtrist väder. Som ett brev på posten kommer förkylningar och influensor. De akuta läkartiderna är redan uppbokade.

Distriktssköterskan Lisa får reda på att nästa patient, Ahmed, redan varit framme i luckan och klagat över att han får vänta. Han har absolut inte velat ha tolk utan bara sagt att han måste få träffa en läkare.

Lisa frågar Ahmed mer om hans besvär, och han visar på pannan och tar sig åt örat och halsen.

– Feber! Ont!

Lisa tar tempen som bara är lätt förhöjd och tittar i svalget och öronen. Ahmed visar på sina fingrar att han haft besvär i två dagar.

– Du är förkyld, säger Lisa. Vila, drick mycket. Köp Alvedon på apoteket och näsdroppar så blir det bättre i örat. Blir du sämre och är sjuk mer än en vecka så kom tillbaka. Två dagar är en kort tid, du måste ha tålamod.

– NEJ! säger Ahmed högt. Jag sjuk! Vill se doktor och få antibiotic! Han går ut och smäller igen dörren.

– Jag invandrare, ingen doktor, ingen antibiotic, skriker han.

På andra sidan dörren står Lisa handfallen. Varför blev det så fel? Hur ska hon kunna förklara hur man tänker här om behandling och egenvård i detta land? Hur ska hon förstå varför Ahmed är så arg?

Ett hjälpmedel i dialogen

Den svenska manual för kulturformulering som vi tidigare berättat om kan vara ett stöd just för att åstadkomma den dialog Kristian Svenberg beskriver. Manualen syftar till att hjälpa vårdpersonalen att utforska patientens egen subjektiva värld och tar upp förslag till konkreta frågor inom följande områden:

- kulturella förklaringar till individens sjukdom;
- migration och ackulturation;
- kulturell identitet;
- kulturella faktorer relaterade till psykosocial miljö och funktionsnivå; och
- kulturella faktorer i relationen mellan individen och klinikern (7).

Även om manualen utgår från DSM-IV som är en diagnoshandbok handlar det inte bara om ett hjälpmedel för att ställa diagnos. Att göra en kulturformulering – eller mer allmänt, att aktivt intressera sig för inte bara patientens medicinska historia utan också livshistoria, identitet, föreställningar och vad som ger mening åt patientens liv – bidrar framförallt till en ökad förståelse och en bättre vårdrelation. I den meningen är en kulturformulering precis lika användbar för alla yrkeskategorier i vården och även i mötet med svenskfödda patienter. Den kan inspirera även den som möter klienter till exempel i socialtjänsten eller på arbetsförmedlingen.

Att samtala om

Mötet med Zara, 42 år

Psykologen Dorte träffar Zara, en marockansk kvinna, för ett första samtal på den psykiatriska öppenvårdsmottagningen. Av distriktsläkarens remiss framgår att han haft diagnostiska samtal med Zara med hjälp av arabisktalande tolk. Resultaten har varit motsägelsefulla och läkaren har prövat två olika antidepressiva läkemedel utan att Zara förbättrats. Distriktsläkaren skriver också i remissen att han är osäker på om Zara tagit medicinen.

Vid dagens samtal säger Zara först att hon klarar sig utan tolk, men Dorte lyckas övertyga henne om att låta tolken stanna. Dorte bestämmer sig för att göra en intervju enligt kulturformuleringen. När hon ställer frågor om kulturell identitet framkommer det att Zara är berb från Marocko och har en berbisk dialekt som modersmål.

När Dorte frågar Zara vad hon själv tror att hon har för besvär visar det sig att hon inte har en aning.

– Men förklarade inte läkaren att han bedömer att du har en depression? frågar Dorte. Tolken översätter detta med en lång ramsa, och han och Zara börja diskutera inbördes. När Dorte lite irriterat frågar vad det handlar om, säger tolken att Zara inte förstår vad depression är, trots att han försökt förklara. Hon har aldrig hört talas om det.

På Dortes fråga om vad Zara önskar för hjälp och behandling för sina besvär rycker hon på axlarna:

– Det är skrivet för mig. Jag ska vara stark.

Dorte försöker nu sammanfatta samtalet för sig själv. Visst förstår hon Zaras problem något bättre. Kanske kan det finnas nya idéer om hur Zara ska kunna få hjälp att må bättre, tänker hon.

VISSTE DU ATT ...

... i en brittisk undersökning av diabetiker visade det sig att färgade patienter från Västindien, trots att de talade samma språk som läkaren, inte fick sina frågor om sjukdomen besvarade i samma utsträckning som vita, speciellt om dessa färgade personer var äldre (8).

... i en studie med spanskspråkiga patienter i Los Angeles i samtal med och utan tolk visade det sig att läkarna trodde att patienterna i tolksamtalen känt sig mindre förstådda och fått mindre hjälp än vad patienterna själva ansåg (8).

ATT LÄSA MER

För det här avsnittet har vi använt följande källor:

1. Hultsjö, S., Berterö, C., & Hjelm, K. (2009). Foreign-born and Swedish-born families' perceptions of psychosis care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(1): 62-71.
2. Robertson, E. Inte tagna på allvar. *i&m* nr 4–5 2009.
3. Svenberg, K. Det »transkulturella sjukvårdsmötet« – erfarenheter bland somaliska flyktingar och läkare i Sverige. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 2 2012.
4. Hultsjö, S. I mötet med psykvården. *i&m* nr 4–5 2009.
5. Angel, B & Hjelm, A. (2004). *Att möta flyktingar*. (2. uppl.) S. 135 ff. Lund: Studentlitteratur.
6. Kleinman, A. & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine* 3(10): e294.
7. Bäärnhielm, S., Scarpinati Rosso, M., Patty L. (2007). *Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik. Manual för intervju enligt kulturformuleringen i DSM-IV*. Stockholm: Transkulturellt centrum. Finns som länk på www.slso.sll/tc
8. Refererade i Ottosson, J. (red.) (1999). *Patient – läkarrelationen: läkekunst på vetenskaplig grund*. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU).

Fler lästips:

Scarpinati Rosso, M. Se hela människan! *i&m* nr 4–5 2009.



Språk och tolkning

»Tolken berättade i intervjun att hon skulle kunna förklara ordet 'psykos' på följande sätt: 'Det här problemet påverkar din själ och man kan inte skilja på kropp och själ, det påverkar din själ här inne'.«

Sundvall, 2011(1).

Finns det ord för allt lidande?

Språkskillnaderna nämns ofta som den största barriären i vård-mötet med patienter av annan kulturell bakgrund. Att det finns tillgång på kompetenta tolkar är det allra viktigaste för att sänka den barriären.

Men det går inte alltid att översätta ord rakt av mellan språk. Ord och begrepp kan ha olika kulturella betydelser och olika känslomässig laddning (2).

Medicinska termer som ångest, depression och i viss mån psykos förekommer i det svenska vardagsspråket. Så var det inte för bara några årtionden sedan. De flesta använde säkert inte ordet »ångest« då. Snarare kunde man säga att »mamma har problem med nerverna«. Historikern Karin Johannisson har i flera böcker visat hur sjukdomsbegrepp förändrats över århundradena (3).

I andra länder där psykiatrin inte är utbyggd och där stigma gör att det är svårare att tala om känsliga sjukdomar är de medicinska begreppen mer okända.

I intervjuer med syriansk-assyriska personer, varav en del patienter, bekräftades den bilden. Intervjupersonerna beskrev att det saknades ord för psykos, ångest, depression med flera begrepp på det syrianska talspråket, vilket är den språknivå som de flesta i folkgruppen uppnår i modersmålsundervisningen. Det ledde till att man tvingades använda nedvärderande uttryck som »galen», »helt sjuk», vilket förstärkte stigma (1).

I det somaliska språket finns inte ordet »depression«. Det finns andra begrepp, till exempel »murug« som betyder nedstämd, »wali« som betyder galen och »buufis«, ett nytt begrepp som avspeglar exiltillvarons vånda och beskriver ett depressivt tillstånd med paranoida drag och isoleringstendens (4).

Att samtala om **Mötet med Maryam, 26 år**

På eftermiddagsmottagningen möter syster Marta en upprörd Maryam, som säger att hon snart inte har någonstans att bo och att »soc« skickat henne till vårdcentralen.

Marta hänger inte med riktigt. Hur fungerar det för flyktingar nu för tiden? Måste inte kommunen ordna en riktig bostad åt denna ensamma kvinna? Det verkar inte vara något för en distrikts-sköterska. Varför kom hon hit?

Maryam säger tveksamt något om att handläggaren tycker att hon är galen.

– Avfärdar handläggaren hennes sociala problem med att hon är galen och lägger över det hela på vården!? tänker Marta.

Maryam säger nu att familjen sitter i hennes hjärta och att det spränger som om det skulle kunna gå sönder. Hon talar om hur hjärtat »springer« och att hon inte kan sova. Mariam säger också något svårförståeligt om att anhöriga har dött i hemlandet och hon var inte med för att säga adjö. Nu vill de inte lämna henne i fred. De kommer på natten och anklagar henne för att ha lämnat dem.

– Är det allvarigare psykiska problem ändå? Marta önskar att det funnes en tolk att tillgå akut. Hon tar blodtrycket, det är normalt. Pulsen är givetvis snabb, men patienten är ju så upprörd.

Maryam verkar lite lugnare nu och ler nästan mot Marta:

– Hjärtat orkar inte. Kan inte doktorn ge mig någon medicin?

Marta känner sig förvirrad av dessa svängningar, men ändå lite mindre orolig. Hon funderar nu på hur hon ska kunna förstå bättre hur vårdcentralen ska kunna hjälpa Maryam vidare.

Kommunikation utan ord

Det brukar sägas att den allra största delen av vår kommunikation är icke-verbal. Det är en viktig tillgång, när vi inte kan lita på orden.

Samtidigt är det viktigt att veta att även icke-verbal kommunikation präglas av kulturella normer. I psykiatrin gör man ofta bedömningar som bygger på det som i journalen beskrivs som »kontakt«. Är patienten undvikande, avskärmad eller frånvarande i sin egen värld, eller får behandlaren ett bra gensvar? Den skillnaden kan vara avgörande till exempel vid en bedömning av en persons självmordsbenägenhet eller psykosnärhet. Det är då viktigt att veta att det kan bli missförstånd över kulturgränser.

En tolk berättade en historia om en läkare som blivit frustrerad i mötet med en somalisk kvinna, som varken ville ta honom i handen eller titta honom i ögonen. Tack och lov hade tolken möjlighet att tala med läkaren efter besöket, och förklara att kvinnans beteende var ett tecken på att hon ville visa honom respekt.

Att använda tolk

I Sverige förekommer idag tolkning på närmare 200 olika språk och dialekter. Personer som inte behärskar svenska språket har rätt till kostnadsfri tolkservice i kontakten med myndigheter och offentlig service. Personer utan anknytning till Sverige får dock själva betala kostnader för tolk.

Innan man beställer tolk är det viktigt att ta reda på exakt vilket språk det gäller. Personer från samma land kan ha olika modersmål. Fråga om klienten har något önskemål om kön på tolken. Efterfråga auktoriserad tolk, och inom vården sjukvårdstolk, men sådana tolkar finns inte på alla språk.

Patienter säger ibland nej till tolk och vill att någon anhörig tolkar. Det kan vara känsligt att ha utomstående med i personliga samtal och många misstror tolkarnas tystnadsplikt. Stigma för psykisk sjukdom ökar rädslan.

Personalen bör noggrant förklara varför det inte är lämpligt att anhöriga tolkar. Viktiga budskap kan förvrängas, men det är också så att anhörigas egna behov i samtalet kommer på undantag ifall de också ska tolka. Barn ska inte användas som tolk. Det är att lägga en alltför stor börda på dem (5).

De läkare Svenberg intervjuade beskrev att de kände sig utanför i tolksamtalet. En enkel fråga kunde följas av en längre konversation mellan patienten och tolken (4). Ibland sägs det att tolken kostar pengar och att tolksamtalet tar längre tid. Tolken Eva Entrena som skrivit om hur man kommunicerar via tolk påpekar att det tar längre tid att kommunicera dåligt på svenska. Missförstånd och felbehandling kan bli ännu dyrare (5).

Hur går tolksamtalet till?

Tolken presenterar sig oftast själv för patienten och förklarar att han eller hon har tystnadsplikt. Han översätter ordagrant och utan att lägga in egna kommentarer eller värderingar. I översättningen använder han jagform.

Så ser tolkningsidealet ut. Samtidigt förstår vi av föregående avsnitt att det inte är lätt för tolken att översätta ordagrant. Ofta måste han eller hon använda omskrivningar för att förklara det behandlaren har sagt. Vårdgivaren kan då bli frustrerad, eftersom det låter som om tolken säger mycket mer på sitt eget språk. Men allt hänger inte på tolken. Tolkanvändaren har ansvar för sakfrågan och patienten för att tala i egen sak (5). Problemet med att medicinska uttryck ibland är oöversättbara löser man inte med »bättre tolkar« utan med att vårdgivaren noggrannare förklarar de uttryck han eller hon använder. Det är klokt även med svensktalande patienter!

Tolken ska förhålla sig opartiskt och neutralt. Man bör erbjuda tolken ett särskilt väntrum, så att han eller hon inte dras in i privata samtal med patienten. Tolken ska inte heller användas som kultur-expert. Däremot är det både nödvändigt och möjligt att förbereda tolken före samtalet, särskilt om det handlar om någon komplicerad utredning. Det kan också vara lämpligt att gå igenom samtalet med tolken efteråt, för att kontrollera att allt blivit rätt uppfattat. I så fall bör man informera patienten/klienten om varför man gör det.

Att samtala om **Mötet med Sead, 53 år och tolken Stanojka**

Stanojka har kastat sig på bussen för att hinna till nästa tolksamtal på psykosmottagningen i Rotlunda.

Väl framme är det lugnt. Sjuksköterskan Helmi som möter upp berättar att patienten Sead är sen, föresten alltid brukar vara sen och att det till och med är osäkert om han kommer att komma. Stanojka och Eva börjar småprata och upptäcker att de har gemensamma bekanta och kanske till och med har träffats förut. De sitter i väntrummet och skrattar och pratar när Sead faktiskt kommer.

De går in i ett angränsande rum och sätter på den röda lampan för att ingen ska störa. Stämningen är fortfarande lättsam mellan Stanojka och Helmi och de försöker få med Sead som inte verkar på så bra humör. De glömmer att informera om sekretessen. Sead är tyst och svarar enstavigt på Helmis frågor om hur han har haft det sedan senast de möttes. Helmi som vet att högtiden Bayram nyligen infallit frågar om Sead firat den. När han inte svarar, frågar hon Stanojka hur hon firat den. Stanojka beskriver detta. Sead frågar om han kan gå hem. Vad kan Helmi göra för att rädda samtalet?

VISSTE DU ATT ...

... det i flera landsting funnits projekt med hälsokommunikatörer. I Stockholms län är en grupp hälsokommunikatörer anställda på Transkulturellt centrum. De har vårdutbildning och egen migrationsbakgrund och har som uppdrag att informera nyanlända flyktingar och andra personer som invandrat och inte kommit in i samhället om bland annat hur vården fungerar men också om hälso- och livsstilsfrågor.

... linkworker, kulturtolk, cultural broker är internationella begrepp för personer som samarbetar med vården och andra myndigheter. Genom utbildning och egen erfarenhet har de kunskap både om patientens och behandlarens värld och kan översätta inte mellan olika språk, utan mellan olika kulturella meningssystem (2).

ATT LÄSA MER

För det här avsnittet har vi använt följande källor:

1. Sundvall, M. (2011). »Familjen kan aldrig släppa taget« – erfarenheter från familjearbete i ett psykosteam i mångkulturell miljö. *Fokus på familjen* (3): 196–209.
2. Bäärnhielm, S. Möten i den mångkulturella vården. (2007). I Fossum, B. (red.) *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. S. 287–307. Lund: Studentlitteratur.
3. Johannisson, K. (2009). *Melankoliska rum: om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid*. Stockholm: Bonnier.
4. Svenberg, K. Det »transkulturella sjukvårdsmötet« – erfarenheter bland somaliska flyktingar och läkare i Sverige. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 2 2012.
5. Entrena, E. (2007). Att kommunicera med hjälp av tolk. I Fossum, B. (red.) *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. S. 309–327. Lund: Studentlitteratur.

Fler lästips:

Kammarkollegiet. (2010). God tolksed. *Vägledning för auktoriserade tolkar*.
Grabos, M. & Hagström, M. (2006). *Psykoterapi med tolk. Möjligheter – svårigheter*. Examensuppsats. Svenska institutet för kognitiv psykoterapi.
Finns på www.slso.sll.se/tc under länken Litteratur.

Aktuell information:

Information för patienter i Stockholms läns landsting om språktolk
www.vardguiden.se/Sa-funkar-det/Stod/Spraktolk/
Information för personal i Stockholms läns landsting om tolkanvändning
www.uppdragsguiden.sll.se/tolk
Hälsokommunikatörerna i Stockholms län www.slso.sll.se/hk



Nätverk och delaktighet

»Ofta försöker modern kontrollera sonen eller dottern som är sjuk ... det är ett hinder för oss som har ett program för att stödja ett självständigt liv ...«

Citat från intervju med arbetsterapeut som möter patienter med bakgrund från Mellanöstern.

Pooremamali, Persson & Eklund, 2011 (1)

»Den hjälpande relationen mellan behandlare och patienter går från att handla om expert/patient till mentorskap, coaching eller partnerskap på en personlig upptäcktsresa. Behandlaren ska vara till hands, inte styra.«

Recovery Devons hemsida (2)

Att engagera familj och anhöriga

Det sociala nätverket betyder mycket för alla, även när det gäller hälsan. Isolering och ensamhet är riskfaktorer för psykisk ohälsa. När en person får allvarliga psykiska besvär blir familjen berörd, är delaktig och tar stort ansvar (3). Familjebehandling har visat sig förebygga återfall (4).

Så familjen är redan engagerad när någon behöver vård. Ändå finns det långa traditioner i Sverige av att bortse från, eller till och med utestänga, familjer från vården. Delvis har det att göra med att Sverige är ett individorienterat samhälle, där lagar och regler utgår från individens relation till samhället.

Det här är ofta svårbegripligt för personer från mer familjeorienterade kulturer, där familjen har ett ansvar som aldrig upphör. Familjen förväntas ta hand om den sjuke. Att ta emot boendestöd-jare eller flytta till gruppboende kan vara oacceptabelt. Och familjen som har ansvaret kan inte förstå den svenska sekretesslagstiftningen. Det kan uppfattas som respektlöst att vården informerar patienten direkt om sjukdomen och prognosen (5).

Men vården är i förändring. När det gäller till exempel schizofreni säger Socialstyrelsens nationella riktlinjer att anhöriga ska erbjudas utbildning och familjesamtal (4). Kanske kan ett förändrat synsätt också förbättra mötet med familjer med annan kulturell bakgrund.

I en studie intervjuades arbetsterapeuter som mötte patienter med en bakgrund från Mellanöstern. Samtidigt som de ibland tyckte att familjen kontrollerade sina vuxna barn för mycket såg de familjen som ett positivt stöd. Och de talade om »att bygga kulturella broar« till patienterna bland annat genom att använda familjernas resurser mer (1).

Att samtala om **Mötet med Dureid, 30 år och hans mor Nadyat**

Anna-Lisa som är skötare på den psykiatriska slutenvårdsavdelningen är kontaktperson för Dureid, som kom in med vårdintyg för tre dagar sedan efter att ha hotat en granne med kniv. I första samtalet med avdelningsläkaren tedde han sig stundtals frånvarande och rastlös. Vid ett tillfälle talade han om »dinner«. Han blev arg när läkaren talade om att han hade en psykos. Mot Anna-Lisa har han hittills varit avvisande och endast frågat om praktiska saker.

Modern Nadyat har kommit till avdelningen varje förmiddag innan besökstiden börjat. Och hon har haft med sig mat till Dureid, trots att personalen förklarat att det inte är lämpligt.

Anna-Lisa försöker tala med Nadyat som emellertid inte förstår svenska alls. Så Anna-Lisa och kuratorn Sven bokar ett samtal med modern och arabisktalande tolk till följande dag.

Vid samtalet berättar Nadyat att familjen flydde från Irak för fem år sedan. Hon bor med Dureid, två yngre bröder och en äldre syster i en trerummare. Yngsta brodern som har kontakt med BUP är ofta orolig om kvällarna och nätterna.

Dureid har haft ett svängande humör en längre tid, och har ibland blivit aggressiv mot familjen. Det beror på svårigheter i livet men det är inget psykiskt fel på honom, säger Nadyat. Hon blir ganska upprörd när Sven tar upp frågan om maten. Dureid mår bättre om han får sin mammas mat.

Anna-Lisa tänker att det är viktigt att hon som kontaktperson får ett bra samarbete med både Dureid och Nadyat. Men hur ska hon gå tillväga?

Delaktighet och återhämtning

I Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, står att »hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet« (6). En snarlik formulering finns i Socialtjänstlagen (7). HSL säger också att vård och behandling »så långt det är möjligt« ska utformas i samråd med patienten som ska få information om hälso-tillstånd, vård och behandling.

Så formellt är rätten till delaktighet klar. Men i praktiken finns det en lång tradition av förmyndarskap, kanske särskilt inom psykiatri, där det ju finns möjlighet att tvångsvårda personer och där sjukdomstillståndet ibland gör det svårt för patienten att utöva sitt självbestämmande.

Inom psykiatri finns idag ett nytt intresse för *recovery*, återhämtning. Det kan närmast kallas för en internationell rörelse bland personal och brukare som bygger på nygammal forskning om att det faktiskt är möjligt att återhämta sig även från allvarlig psykisk störning som psykos (8). I flera länder har rörelsen starkt stöd i officiell policy.

Men återhämtning förutsätter delaktighet. Ingen annan kan återhämta dig, det är en aktiv process du genomför som individ. Det handlar om att återerövra makten över ditt eget liv – makt i förhållande till symtomen; i förhållande till behandling och andra insatser; och i förhållande till omgivningens fördomar och stigmatiseringsförsök.

Det som personal kan göra för att stötta någon i dennes återhämtning är bland annat att ge hopp, att hjälpa personen med enkla materiella behov som pengar, mat och husrum och att samverka med personen kring dennes behov och behandling (8).

Kan migranten behöva återhämta sig?

Återhämtningsbegreppet kommer ur forskningen om allvarliga psykiska tillstånd, och har alltså egentligen inget att göra med relativt friska migranternas behov. Men även i migrationskrisen kan personen förlora kontrollen över sitt liv och hamna i en situation av påtvingad hjälplöshet. Kanske kan personal som möter asylsökande och flyktingar just därför ha nytta av inte se sig själva som hjälparna, experterna utan som partner och coacher?

Ett närliggande begrepp till återhämtning som används inom folkhälsovetenskap är *empowerment*, att stärka personers egenmakt och hjälpa dem att ta kontroll över sina liv. Det har däremot inte använts särskilt mycket i forskning kring integration. Karin Blight Johansson påpekar i en artikel att det fordras kollektiva, strukturella insatser för introduktion och integration av flyktingar. Det finns en risk att empowermentbegreppet används så att allt ansvar läggs på den enskilde (9). Det finns dock exempel på att empowerment använts i introduktionen av nyanlända flyktingar (10).

Det kan finnas särskilda hinder för delaktighet för personer som migrerat. Patienten kan uppfattas som passiv och obenägen att ta en aktiv roll i vården. Vårdgivaren förväntas bestämma över behandlingen. Den som är psykiskt sjuk förväntas inte vara aktiv (1). Rätt använda skulle återhämtnings- och empowermentbegreppen kunna hjälpa oss att se att sådana iakttagelser delvis kan förklaras av kulturella faktorer och av okunskap om det svenska vårdssystemet men också av den ojämlika maktrelationen i vårdmötet.

Att samtala om **Mötet med Mona, 42 år**

Katarina är arbetsförmedlare inom etableringsreformen i Västlunda och har lärt känna Mona, en irakisk kvinna som varit i Sverige i drygt två år. Mona bor med sin man och sina två barn som är tio och fjorton år gamla. Hennes äldsta dotter Hanaa är kvar i Irak.

Monas man är kemist och har lyckats få ett vikariat. Barnen går i skolan och lär sig svenska snabbt. Mona är utbildad gymnasie-lärare men hittills har det varit svårt att se hur hon skulle kunna använda den utbildningen i Sverige.

Till Katarina säger hon alltid att hon är trött, rädd för att gå ut och känner sig orolig. Sedan en tid tillbaks har hon nämnt att hon börjat läsa koranen oftare och tycker att det ger henne stöd i stunden, annars har hon tappat lusten till det mesta.

Katarina var nyligen på en utbildning där en föreläsare talade om empowerment. Under föreläsningen kom Katarina att tänka på Mona och att hon skulle vilja locka henne att bli mer aktiv och ta plats. När de möts har hon förberett för att de ska gå igenom målen i etableringsplanen igen.

Hon presenterar glatt detta för Mona. Men Mona muttrar inshallah och säger att Katarina måste hjälpa hennes dotter att komma till Sverige. Hanaa har just berättat på telefon att hon är gravid. När hon säger det, ser Mona glad ut för första gången sedan Katarina träffade henne.

Katarina säger att hon inte har den makten. Hur ska Katarina hjälpa Mona till egenmakt och återhämtning?

Samverkan mellan myndigheter

När man förr talade om nätverksmöten inom vård och socialtjänst menade man ofta att samla de professionella – utan patient eller klient. Det är ett framsteg att patienters och deras anhörigas delaktighet idag blivit mer självklar.

Men det hindrar inte att samverkan mellan myndigheter är viktigt. I en skrift om rehabilitering/habilitering listar Socialstyrelsen fyra tunga motiv för gränsöverskridande samverkan:

- Det etiska motivet – att brukaren avlastas bördan att själv hitta rätt i vårdapparaten och inte riskerar att falla mellan stolarna.
- Verksamhetsmotivet – att en enskild aktör inte ensam kan lösa brukarens problem.
- Effektivitetsmotivet – att brukaren kan få högre livskvalitet till lägre samhällskostnad.
- Kunskapsmotivet – samverkan ökar kunskapen hos var och en av de deltagande verksamheterna (11).

Det går att översätta dessa motiv till den nyanländes situation. Ingen enskild myndighet kan lösa alla migrantens problem. Den som är ny i systemet kan lätt tappa bort sig i myndighetsdjungeln. Det är lättare att komma vidare med praktik och arbete, ifall man samtidigt kan få stöd med hälsoproblem och med barnens situation i skolan. Och ifall personal från vård, kommun och arbetsförmedling samverkar fördjupar vi kunskapen om varandra och också vår egen specialistkunskap.

Det är viktigt att formulera mål för samverkan som är angelägna för den person det gäller. Om öppenvårdsmottagningen i psykiatrin vill bjuda in socialtjänsten till samverkan kring en patient gäller det att tydligt kunna formulera vad som skulle kunna bli bättre om man samverkade. Skriften från Socialstyrelsen ger exempel på förutsättningar och hinder att tänka igenom för att kunna samverka (11).

VISSTE DU ATT ...

... 65 % av dem som är födda utanför Europa svarar ja på frågan om vården ges på lika villkor utifrån vårdbehov oavsett t ex kön, ålder och bakgrund mot 52 % av de svenskfödda. Samtidigt instämmer bara 47 % av de utom-europeiskt födda mot 58 % av de svenskfödda helt i påståendet att de själva har tillgång till den sjukvård de behöver (12).

... i Socialstyrelsens nationella riktlinjer sägs att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda personer med schizofreni en modell för delat beslutsfattande (shared decision making), ett specifikt arbetssätt som ger personen inflytande över beslutsfattandet kring upplägget och innehållet i den egna kontakten med verksamheten (4).

ATT LÄSA MER

För det här avsnittet har vi använt följande källor:

1. Pooremamali, P., Persson, D. & Eklund, M. (2011). *Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care. Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(2): 109–121.
2. www.recovery.co.uk Informationsbladet »Putting recovery at the heart of all we do«.
3. Flyckt, L., Löthman, A., Jörgensen, L., Rylander, A. & Koernig, T. Burden of informal care given to patients with psychoses: A descriptive and methodological study. *International Journal of Social Psychiatry* November 17, 2011 e-publikation.
4. Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. På www.socialstyrelsen.se
5. Sundvall, M. (2011). »Familjen kan aldrig släppa taget« – erfarenheter från familjearbete i ett psykoteam i mångkulturell miljö. *Fokus på familjen* (3): 196–209.
6. Svensk författningssamling. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). www.riksdagen.se
7. Svensk författningssamling. Socialtjänstlag (2001:453). www.riksdagen.se
8. Topor, A. & Sundström, K. (2007). *Återhämtning – en introduktion: återhämtning. Vad är det? : Hur är den möjlig?*. Årsta: FoU-enheten, Psykiatri Södra Stockholm, Stockholms läns sjukvårdsområde.
9. Johansson Blight, K. Empowerment i integration och introduktion – hur är det med makten? *Socialmedicinsk tidskrift*, nr 3 2006.
10. Guerrero, K. (2011). *Utvärdering av MIRA-projektet – utifrån ett myndighetsperspektiv*. Projektarbete. Huddinge: Södertörns högskola, Institutionen för samhällsvetenskaper.
11. Socialstyrelsen (2008). *Samverkan i rehabilitering: en vägledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
12. Vårdbarometern 2011. Data framtagna på begäran. Översiktlig rapport på www.varguiden.se

Fler lästips:

Topor, A. (2001). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm: Natur och kultur.

Vad är Transkulturellt centrum?

Transkulturellt centrum är Stockholms läns landstings kunskapscentrum för transkulturell psykiatri, asyl- och flyktingsjukvård samt tandvård. Centret stöder en utveckling av hälso- och sjukvården i länet som svarar mot den kulturella mångfalden hos befolkningen. Centret har dessutom ett uppdrag när det gäller hälsokommunikation med nyanlända och andra personer med migrationsbakgrund.

TC vänder sig till alla yrkeskategorier inom Stockholms läns landsting samt upphandlade vårdverksamheter med följande erbjudanden:

- Handledning och konsultation inom det psykiatriska vårdområdet
- Handledning och konsultation inom asyl- och flyktingsjukvård, barnhälsovård samt tandvård för asylsökande och »papperslösa«
- Utbildning/kompetens- och metodutveckling inom områdena transkulturell psykiatri, asyl- och flyktingsjukvård samt tandvård
- Nätverk med utgångspunkt från personalkategori eller vårdgren.

På TC:s hemsida, www.slso.sll.se/tc, kan du finna uppdaterad information om våra utbildningar. Där finns även länkar till organisationer och hemsidor som kan ge mer information och viktiga kontakter. Vidare hittar du en länk till vårt bibliotek med facklitteratur. Vi kan också hjälpa dig att hitta rapporter inom olika områden (en del av dem som är citerade i det här studiehäftet bland annat).

Från 1 januari 2012 rymmer TC också en grupp hälsokommunikatörer med kompetens i hälsofrågor och kulturella aspekter av dessa samt med språkkompetens i arabiska, tigrinja och somaliska. Hälsokommunikatörerna har ett uppdrag att informera och vägleda invandrare och flyktingar kring bl a vägar i vården, migration och hälsa.

För mer information, se hälsokommunikatörernas hemsida:
www.slso.sll.se/hk

Så här kan du få kontakt med TC:

Telefon: 08-123 486 80

E-post: tc@sll.se

Postadress: Transkulturellt centrum, Stockholms läns landsting,
S:t Görans sjukhus, plan 13, 112 81 Stockholm

