

Det ”transkulturella sjukvårdsmötet” – erfarenheter bland somaliska flyktingar och läkare i Sverige

Kristian Svenberg

Distriktsläkare, MD., Vårdcentralen Lärjedalen, Göteborg. Förf. disputerade på Göteborgs Universitet i december 2011 i medicinsk vetenskap. Avhandlingens titel är ”Mötet mellan patienten och läkaren. Erfarenheter hos somaliska flyktingar och läkare under utbildning”. E-post: kristian.svenberg@vgregion.se.

Avhandlingen återfinns på: <http://hdl.handle.net/2077/27961>

Artikeln är en resumé av ett avhandlingsprojekt. Denna baseras på intervjuer bland somaliska flyktingar i Sverige samt erfarenheter bland svenska läkare av mötet med patienter från Somalia. Somalierna beskriver en känsla av att vara avfärdade i sjukvården. Detta utesluter inte att en del har positiva erfarenheter av svensk sjukvård. Men att inte bli trodd understryker en känsla av ”att inte höra till” och förstärker uppfattningen av att majoritetssamhället inte bryr sig. Bland läkarna framkommer svårigheter att förstå de somaliska patienterna i mötet. Det finns en känsla av avstånd i mötet, som har delvis språkliga orsaker. En fungerande dialog, nyfikenhet och ett intresse för patienten som person är grundläggande för förståelse.

The article constitutes a summary of a thesis, ”The meeting between the patient and the doctor – experiences among Somali refugees and medical trainees”. The aim of the thesis was to explore the patient-doctor encounter based on experiences among Somali refugees and medical interns in Sweden. The Somalis interviewed express feelings of rejection in the meeting. Not being taken seriously underlines a feeling of “not belonging”. Among the medical trainees various difficulties in the meeting with Somali patients were expressed, partly due to linguistic problems as well as to a sense of “a cultural distance”. A functional dialogue, curiosity and an interest in the patient as a person is vital in achieving a shared understanding in the medical encounter.

Bakgrund

I ”Postmodern Etik” skriver Zygmunt Bauman om mötet med främlingar. För att klara av detta möte, menar Bauman, måste man behärska konsten ”att träffas utan att mötas”, något som Bauman beskriver som en överlevnadsstrategi. Samtidigt, skriver Bauman, ”är det just

tillämpningen av denna konst som gör den andre till främling, återbekräftar honom i denna egenskap och förvisar den andre till bakgrunden”(Bauman, 1996, s.188).

Dagens förändrade samhälle gör att

sjukvården måste förhålla sig till människor med vilka vi inte delar kulturell bakgrund och kollektiva erfarenheter (Vertovec, 2007). I denna situation kan man välja olika strategier. En kan vara att inte befatta sig med komplicerade frågeställningar som rör kulturell bakgrund och skillnader i syn på hälsa och sjukdom. Denna tystnadens strategi ("alla är vi människor") är nog ganska vanlig i sjukvården och kan präglas av en objektivisering av patienten med fokus på tecken, symtom och laboratoriedata. Patientens personliga berättelse riskerar i en sådan miljö att komma bort, med följd att risken för missförstånd och felbehandlingar ökar. En annan strategi kan resultera i en överbetoning av kulturella skillnader med betoning på "problematiska kollektiv", något som kan resultera i ett stelt skillnadstänkande, där variationerna inom varje flyktinggrupp sveps bort av generaliseringar. Sannolikt ligger en rimlig strategi någonstans däremellan. Som ett försök till en sådan redovisas här en färsk avhandling (Svenberg, 2011a). Den har sin grund i författarens praktik som distriktsläkare där mötet med patienter från olika delar av världen medförde ett intresse för en patientgrupp, de somaliska flyktingarna. Projektet ville bidra till ökad kunskap om somaliernas syn på hälsa och sjukdom samt erfarenheter av kontakt med svensk sjukvård. Detta för att om möjligt få svar på egna frågor och delvis motsägelsefulla erfarenheter samt bidra till att mötet i sjukvården förbättrades. Med somalierna som exempel kan avhandlingen ge kunskap som kan vara användbar även i mötet med andra grupper och individer som migrerat till

Sverige. Forskning om det transkulturella vårdmötet är sparsam i Sverige. Internationella studier visar dock att mötet ofta präglas av brist på förståelse mellan patienten och läkaren. Minskad empati från vårdens sida gentemot patienterna samt erfarenheter av diskriminering i vården är också vanligt bland minoritetsgrupper (Schouten and Meeuwesen, 2006). Nedan redovisas några av de ingående studierna.

Uppskattningsvis 1,5 miljoner somalier – cirka tio procent av landets befolkning - levde i slutet av 2010 som flyktingar i sitt eget land eller i läger i grannländerna (UNHCR, 2011). Hundratusentals har tagit sin tillflykt till länder runt om i världen, främst USA, Kanada och Australien. Många har även kommit till Europa. De flesta somaliska flyktingar anlände till Sverige i samband med den somaliska statens kollaps i början av 1990-talet. Under årens lopp har fler somalier kommit till Sverige, dels som anhöriginvandrare, dels som flyktingar undan den försämrade situationen på Afrikas Horn, där krig och hungersnöd hör till vardagen. Antalet personer födda i Somalia i Sverige idag är svårt att fastslå, men uppgår sannolikt till c:a 40.000 (Statistiska Centralbyrån, 2011). Gränserna mellan att vara flykting, emigrant och att befinna sig i exil är flytande (Samatar, 2004). Exil kan här ses som ett sammanfattande begrepp som beskriver de somaliska flyktingarnas situation och som dessutom ofta användes av somalierna själva.

Metodik

Avhandlingens metodik grundar sig

huvudsakligen på en hermeneutisk ansats. Hermeneutiken innebär ett förhållningssätt och kan ses som ett medel att genom tolkning av främst texter göra det främmande mer begripligt. I denna process skapas ny kunskap med utgångspunkt i forskarens egen förförståelse, där nya insikter ersätts av nya frågor i en cirkelprocess. Fördomar ses mot denna bakgrund huvudsakligen som något produktivt, som en utgångspunkt för ny förståelse (Gadamer, 1994).

Fynd

I en inledande studie undersöktes hur några somalier tänkte kring frågor om hälsa och sjukdom (Svenberg et al., 2009). Tretton personer, åtta män och fem kvinnor, alla födda i Somalia, fick svara på frågan ”kan du berätta för oss om din hälsa”? Intervjuerna var individuella och skedde hemma hos informanterna. De flesta talade svenska. Vid analysen framkom ett antal teman. Det visade sig att *längtan efter hemlandet* är en stark drivkraft hos de vuxna somalierna. De beskriver den livgivande solen, den färska maten och det hälsosamma klimatet i hemlandet. Svårigheter i exilen – arbetslöshet, ekonomiska bekymmer och familjekonflikter – tenderar att förstärka denna längtan. Många beskriver sig själva som ett slags ”dubbellandsperson”, där både somalisk och svensk identitet samexisterar. Vissa beskriver också en *smärta i kroppen*, där orsaken ofta blir medicinskt oförklarad. Åtskilliga berättar att denna smärta försvinner, om de haft möjlighet att under en kort period besöka hemlandet. Vid återkomsten till Sverige kommer smärtan ofta tillbaka.

Flera av de intervjuade har i vardagen upplevt *fördomar och diskriminering* samt rasistiska tillrop. Den somaliska familjen tjänar som ett skyddsnet. Man ordnar ekonomiskt stöd till släktingar oavsett var i världen de befinner sig. Den somaliska *familjen* utgör en större enhet än den svenska kärnfamiljen. Splittrade familjeband och förlust av de sociala skyddsnet som existerade i hemlandet är dilemman. *Religionens roll* är stark och många gånger avgörande. En vanlig strategi är att samlas hos den sjuke och tillsammans läsa koranen. Religionen har en självklar och avgörande roll för de flesta somalier i exil.

Studien har gett kunskap om några somaliska flyktingars exiltillvaro i Sverige och belyst deras syn på hälsa och sjukdom. Den bar inom sig fröet till en kommande studie av de somaliska patienternas erfarenheter av kontakter med den svenska sjukvården. Även denna grundades på enskilda intervjuer med somaliska flyktingar i Sverige (Svenberg et al., 2011).

I studien redovisas hur de flesta har *höga och dubbeltydiga förväntningar på sjukvården*. Läkaren förväntas ställa diagnos och föreslå behandling utan att ställa alltför många frågor. Som en informant uttryckte det: ”Det finns ett talesätt bland våra landsmän. Om läkaren frågar den somaliske patienten: ”kan du berätta för mig vad du har för problem?”, så svarar patienten: ”men det ska väl du veta, du är ju läkare”. Man uppskattar vårdens höga standard samtidigt som många har en känsla av att inte bli tagna på allvar. Man efterlyser tålmod och respekt men vill inte höra

att besvären man söker för har ”psykiska orsaker”. De hade också märkt en *avvisande attityd i mötet med vården*. Ofta upplevde man att läkaren inte trodde på deras berättelser, som hade de inbillat sig sina besvär. Det var uppenbart att många kände sig sämre behandlade i vården för att de inte talade svenska felfritt. Man klagade också ofta på en bristfällig kroppsundersökning. Ofta resulterade besöket hos läkaren i ett besked som sammanfattades med orden: ”det är ingenting”. Detta medförde att många somalier ofta fattade beslutet att söka sig utomlands för att få sjukvård. Ofta väljer man den tyska sjukvården, där både privata och statliga mottagningar anlitas. Informanterna beskriver en idealiserad bild av den tyska sjukvården, med intresse för personen, noggranna undersökningar och en mer liberal förskrivning av mediciner. En man berättade hur han i flera månader sökt hjälp hos olika sjukvårdsinrättningar för värk i ryggen. Han gick ned i vikt och svettades. En förklaring han ofta fick var att hans besvär berodde på ”stress”. Till slut sökte han sjukvård utomlands. Där togs olika prover och man konstaterade att han led av tuberkulos i skelettet. Liknande berättelser om försummade diagnoser fanns hos andra informanter och bland släktingar och andra närstående. Till de något motsägelsefulla erfarenheterna hos flera informanter hör att flera ansåg att svenska läkare bemötte dem med större respekt och mer ”mildhet” än ”utländska” eller invandrade läkare.

För att undersöka vilka uppfattningar utbildningsläkare i allmänmedicin hade av mötet med patienter från Soma-

lia intervjuades i en annan studie 18 läkare i tre svenska städer (Svenberg et al, 2011b). De utbildade sig alla till distriktsläkare och hade erfarenhet av möten med patienter från Somalia. Ett antal kategorier framkom i analysen av intervjumaterialet. I *mötet med patienten* upplevde man höga förväntningar och ett kulturellt avstånd i konsultationen. Detta kunde beskrivas i uppfattningen att läkarna hade svårt att förstå patienternas symtombeskrivningar. Patienterna söker sällan eller aldrig för psykiska besvär. Kvinnorna upplevs ofta som starka, utåtriktade och bestämda och barnen som lättundersökta. Männen verkade söka vård i mindre utsträckning än kvinnorna. Som exempel på *hinder i mötet* beskrev många hur de kunde känna sig utanför i tolksamtalen. En enkel fråga kunde följas av en längre konversation mellan patienten och tolken, sannolikt beroende på att tolken förklarade frågan för patienten. Patienternas anamnes upplevdes ofta som osammanhängande och berörde många skilda problem samtidigt. Att hälsa eller inte hälsa på patienterna var ibland ett problem, både för de kvinnliga och manliga läkarna. En manlig läkare hade löst detta dilemma genom att lägga handen på bröstet och till samtliga säga ”assalaam u aleikum” (frid vare med dig). För att hantera svårigheterna i mötet väljer läkarna olika *strategier i mötet*. Några intar en auktoritär attityd av gammaldags snitt kännetecknad av paternalism och bristande patientcentrering. De flesta valde dock en strategi präglad av nyfikenhet och vilja att lära känna patientens bakgrund och person. Att se de individuella särdragen hos varje patient betonades samtidigt

som ett utforskande av kollektiva erfarenheter betonades som viktigt. Flera – speciellt de informanter som var utbildade utomlands – kände dock en tvekan att utforska patientens kulturella bakgrund. Detta kunde påminna dem om den fråga de själva så många gånger fått ("var kommer du ifrån?") och signalera ett utpekande av patienten.

Diskussion

Exil har beskrivits som "egendomligt fångslande att tänka på men fruktansvärd att erfara. Den är den oläkta rispa som rivits upp mellan en människa och en födelseort, mellan jaget och dess sanna hem: dess grundläggande svårmod kommer man aldrig över" (Said, 2001, s. 130) Tillhörighet i exiltillvaron kan knappast beskrivas i termer av antingen-eller, utan snarare både-och. Som ett föränderligt tillstånd där både transnationella och lokala faktorer spelar roll för utvecklandet av personliga och kollektiva identiteter. De globala somaliska familjebanden sätter också sin prägel på denna utveckling. Åren går och tanken på att återvända till hemlandet kan te sig alltmer avlägsen. Samtidigt har barnen, som är födda här i Sverige, en stark somalisk identitet men oftast ingen tanke på att återvända till Somalia, vilket fördjupar många föräldrars vända inför tanken på ett återvändande. En annan aspekt är synen på flyktingen som a priori problematisk, som en belastning för samhället (Eastmond, 2004), vilket också påverkat samhällets bild av många somalier. Personliga identiteter formas av det omgivande samhällets attityder. Att bli betraktad som udda och avvikande

av det svenska samhället har framkommit i den första av de ovan refererade studierna. Under arbetets gång möttes vi dock bland de intervjuade av en stark vilja att alla svårigheter till trots kämpa för ett drägligt liv här i landet.

I den andra refererade studien framkommer en stark känsla av att bli avvisad i mötet med den svenska sjukvården. Detta kan ha sin grund i att somalierna lätt kategoriseras i vården, de blir föremål för förutfattade meningar i en stigmatiseringsprocess som lägger grunden för en situation där läkaren redan har bestämt sig: "detta är ingenting". En grundligare diskussion om den biomedicinska kulturen och synen på normavvikelser borde mot bakgrund av dessa fynd föras i den svenska läkarutbildningen. Somaliernas erfarenheter delas naturligtvis också av många svenskfödda patienter, som kan berätta om upplevelser av bristande tillit till vården. Detta, den universella aspekten, kan genom somaliernas erfarenheter ges en ny och skarpare belysning. Utvägen för många somalier är att söka vård utomlands, ofta på privata tyska kliniker. Utredningen går här ofta snabbare och är ofta kostsam, vilket bidrar till en erfarenhet av att bli kvickt och professionellt omhändertagen. De exempel på missade diagnoser som hittats i våra studier är naturligtvis ett underbetyg för svensk sjukvård. Men de kan också ge upphov till vandringsägner där den tyska vården idealiseras. Någon utvärdering av dessa sjukvårdsmöten har mig veterligen inte skett.

I studien om läkarnas erfarenheter

framkommer tydliga svårigheter i mötet med somalierna. Men också känslor av tillfredsställelse, speciellt i mötet med kvinnorna och barnen. Att bli betraktad som auktoritet med närmast telepatiskt botande egenskaper rimmar illa med den syn på läkarens roll och uppgifter som idag, åtminstone i teorin, lärs ut på den svenska läkarutbildningen. Här finns en konflikt mellan olika uppfattningar om patientens respektive läkarens roller i mötet. En mer demokratisk tradition betonar informerat samtycke och en gemensam agenda där bägge parter enas om en lämplig behandlingsstrategi. Detta kan kompliceras av att patienten inte väntar sig en sådan ömsesidighet. Det är läkaren som förväntas bestämma och avgöra behandlingen. Om dessutom biomedicinska förklaringar saknas stöter läkarens ansatser till psykologiska förklaringsmodeller ofta på patrull, då dessa vanligen inte erkänns av många somaliska patienter. Läkaren kan då fångas i en återvändsgränd och välja ett excessivt biomedicinskt utredande som ofta inte ger några svar. Beskedet att "det är ingenting" behöver således inte vara uttryck för en diskriminerande attityd från läkarens sida utan ett försök till att ge ett positivt besked. Läkaren gör så gott det går. Men en verklig dialog uteblir ofta. Ett alternativ kan vara att inför patienten förklara sin egen syn på uppkomsten av olika symtom, som kan ha sin förklaring i hela patientens livssituation, där både biomedicinska och psykologiska förklaringar samverkar. Att nå samförstånd med patienten om detta är svårt. Det är dock min egen erfarenhet att det går. Förutsättningen är emeller-

tid kontinuitet i mötet, att patient och läkare får träffa varandra upprepade gånger. Först då finns förutsättningar för tillit och invanda förklaringsmodeller kan hos både patienten och läkaren ersättas av nya. Kontinuiteten är hotad i dagens svenska sjukvård, bl.a. genom bruket av "stafettläkare" vilket är ett strukturellt problem som leder till en fragmentering av mötet. Patienten måste berätta sin historia om och om igen och läkaren får ingen samlad bild av patienten. Språkliga svårigheter underlättar naturligtvis inte denna process. Tolksamtalen har problematiska aspekter, men kan minska om tolken är välutbildad. Många patienter lär sig också med tiden allt bättre svenska. De språkliga svårigheterna kan också öka betydelsen av en noggrann kroppsundersökning. Det är min erfarenhet att många patienter, speciellt de som har bristande språkkunskaper, uppskattar detta. I kroppsundersökningen kan en speciell kontakt nås med det som uppstår patientens tankar. Kroppsundersökningen kan representera en ordlös kommunikation, där patienten och läkaren når en fysisk kontakt som kan ha en helande effekt.

Betydelsen av ett bra bemötande av patienten ska inte underskattas. Många av våra somaliska informanter efterlyser mer respekt och vänlighet i mötet. Att lära sig några ord på patientens hemspråk – hälsningsfaser, några sjukdomssymtom, namn på olika klädedräkter - samt några enkla fakta om hemlandet kan öka förtroendet i mötet.

Slutsatser

Att motverka den episodiska karaktären i sjukvårdsmötet borde vara en viktig uppgift. Ett verkligt möte innebär kunskap om en förhistoria som i sig ger fröet till en insikt om vad som är och vad som kanske ska komma. Makt-situationen i sjukvårdsmötet gör att patienten oftast är i underläge. Detta behövs inte innebära att man i ett försök att utjämna denna obalans automatiskt ser patienten som ett "offer". Men det krävs takt, känsla och empati från vårdens sida för att försöka förstå åtminstone något av patientens situation. I mötet med många flyktingar är detta speciellt viktigt då dessas erfarenheter och "horisonter" oftast avsevärt skiljer sig från vårdarens. Nyfikenhet kan här vara ett bra verktyg från vårdens sida. Nyfikenheten är en sant hermeneutisk egenskap. Bauman beskriver nyfikenheten som "en förhoppning om kunskap. När hoppet sviker, lämnar nyfikenheten plats åt likgiltigheten" (Bauman, 1996, s.120).

Med dialogen som hjälp kan avståndet i mötet minska. Dialogen mellan patienten och läkaren ger "en möjlighet att som tolkande subjekt urskilja 'mening' och på det sättet skapa örar av begriplighet i de oceaner av obegriplighet som omger oss" (Ödman, 2004, s.115). Det handlar i grunden om att respektera patientens människovärde. Men också om att möjliggöra för läkaren att kunna hjälpa patienten. Kulturella och språkliga skillnader till trots inser vi förhoppningsvis då att det är likheter-na människor emellan som dominerar.

Referenser

- Bauman, Z. 1996. Postmodern etik, Göteborg, Daidalos.
- Eastmond, Marita, 2004. Socialmedicinsk Tidskrift 81:e årg, häfte 6, s. 546-557.
- Gadamer, H.-G. 1994. Truth and method, New York, Continuum.
- Said, E. W. 2001. Reflections on exile : and other literary and cultural essays, London, Granta.
- Samatar, A. I. 2004. 'Beginning again: From refugee to citizen'. Bildhaan, 4, 1-17.
- Schouten, B. C. and Meeuwesen, L. 2006. Cultural differences in medical communication: A review of the literature. Patient Education and Counseling, 64, 21-34.
- Statistiska Centralbyrån. 2011. <http://www.scb.se/> [Online].
- Svenberg, K. 2011a. Mötet mellan patienten och läkaren. Erfarenheter hos somaliska flyktingar och läkare under utbildning. PhD, Göteborg.
- Svenberg, K., Mattsson, B., and Skott, C. 2009. 'A person of two countries'. Life and health in exile: Somali refugees in Sweden. Anthropology & Medicine, 16, 279 - 291.
- Svenberg, K., Skott, C. and Lepp, M. 2011. Ambiguous Expectations and Reduced Confidence: Experience of Somali Refugees Encountering Swedish Health Care. Journal of Refugee Studies 24(4), 690-705.
- Svenberg, K., Mattsson, B., Lepp, M. 2011b. Vocational trainees in Swedish General Practice and their experiences of meeting patients from Somalia. Submitted.

tema

UNHCR 2011. www.unhcr.org

Vertovec, S. 2007. Super-diversity and its implications. *Ethnic and racial studies*, 30, 1024-54.

Ödman, P.-J. 2004. Den hermeneutiska cirkelns gränser. Till validitetsfrågan inom hermeneutiken. In: Selander, S., Ödman, P.-J (ed.) *Text och Existens. Hermeneutik möter samhällsvetenskap.*: Daidalos.



Systembolagets råd för alkoholforskning (SRA)

Forskningsmedel för 2013

Systembolagets råd för alkoholforskning (SRA) lämnar stöd till såväl samhällsvetenskaplig som medicinsk alkoholforskning. Forskning av särskild betydelse för det förebyggande arbetet mot alkoholskadorna prioriteras. Systembolaget har uppdragit åt SRA att i årets ansökningsomgång, med beaktande av sedvanliga krav på vetenskaplig kvalitet, i första hand prioritera samhällsvetenskaplig och folkhälsovetenskaplig alkoholforskning. Klinisk/patientnära forskning med relevans för förebyggande av alkoholskador kan prioriteras i andra hand.

SRA beslutar oberoende av Systembolaget om inkomna ansökningar, utifrån projektens vetenskapliga kvalitet och samhällsrelevans.

SRA finansierar projekt med 100 000–300 000 kronor, för årets utdelning disponerar rådet tre miljoner. Medel anslås för ett år i taget i högst fem år för ett och samma projekt. Sökande skall vara disputerad.

Administrationen sköts av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Ansökningar lämnas via rådets webbaserade ansökningssystem som finns på www.can.se/sra.

Sista ansökningsdag är den **15 september 2012, klockan 16.00**, därefter stängs webbsystemet.

KONTAKTPERSONER:

Britta Grönlund, 08-412 46 30, britta.gronlund@can.se

Ulf Guttormsson, 08-412 46 19, ulf.guttormsson@can.se

www.can.se/sra