

Sjukvård vid gränsen

Medicinska erfarenheter från en flyktingförläggning

Barn som själva misshandlats av polis eller bevittnat hur släktingar brutalt misshandlats och mördats, kvinnor som utsatts för massvåldtäkter eller sexuell tortyr – exemplen kan mångfaldigas när det gäller svårt traumatiserade patienter vid våra flyktinganläggningar. Likväl anses de inte ha tillräckliga skäl för asyl i Sverige. Svensk sjukvård har också stora svårigheter att ge de drabbade effektiv hjälp. Vi läkare befinner oss ofta i en omöjlig medicinsk situation – hur skall vi agera etiskt i ett system där uppenbart så många människor far illa?



STAFFAN MJÖNES
barnläkare, medlem i Svenska barnläkarförningens arbetsgrupp för flyktingbarn
staffan.mjones@telia.com



OLE MARQVARDSEN
allmänläkare, Asylhälsovården, Sundsvalls sjukhus

Regeringen har nyligen temporärt upphört med avvísningar av skapatiska barn och gett Socialstyrelsen i uppdrag att se över deras vård. Översynen skall redovisas senast den 1 november i år.

Medan Socialstyrelsen utreder vill vi skildra några erfarenheter från en flyktingförläggning i mellersta Norrland. Flyktingförläggningen med filial har nu ca 1 000 boende – asylsökande från olika delar av världen, men med dominans för familjer och ensamstående män från forna Sovjetunionen, Balkan och Afrikas horn, särskilt Eritrea och Somalia.

Ovanliga kliniska bilder

Vi har varit i kontakt med skapatiska barn och ser inte detta tillstånd som ett opportunistiskt beteende. Vi iakttar dock andra egendomliga bilder på vår flyktingförläggning – patienter med psykosomatiska sjukdomar hos vilka symptomen är fixerade och svårbehandlade. Huvudvärk, sömnlöshet och buksmärter pågår länge och är konstanta.

Vi ser också, särskilt bland romska flickor, ett autistiskt eller pseudoautistiskt beteende där flickorna kan vara helt oregerliga i hemmet och på mottagningen. De accepterar inte några regler, slår och kastar saker omkring sig. De kan också förete ett passiviserat beteende, då

de inte vågar titta upp, vägrar svara på tilltal men ibland bryter ut i klagande skrik eller annat utagerande beteende.

Också dessa bilder är stela och svårpåverkbara. Att samtalsmässigt nå dessa patienter ens ytligt kan vara omöjligt, i varje fall genom tolk.

Tre kliniska exempel

1. En pojke i övre tonåren från ett land i Centralasien söker upprepade gånger för långvariga och svåra buksmärter. I hemlandet har han misshandlats av polis och sett sin far misshandlas. Sedan dess har han ingen kontakt med familj eller släkt och bor ensam. Han utreds gastroenterologiskt med bl a gastroskopi utan att specifik diagnos ställs. Gastritbehandling är resultatlös. Han är nedstämd, har få sociala kontakter, är fixerad i sitt beteende.

2. Två romska flickor från Balkanområdet kommer med storebror och föräldrar. Familjen uppger att de bott i en källare de senaste fem åren och i stor utsträckning försörjt sig på att stjäla mat. Systarna sägs ha bevittnat att deras fyraåriga kusin mördades genom att halsen skars av och att kroppen sedan styckades inför deras ögon. Båda föräldrarna har misshandlats. Fadern och brodern tvingades att bevittna avrättningen av en grannfamilj tillhörig deras egen sida i konflikten och att därefter begrava offren. Därefter betraktas de som förrädare av sina egna och hotas alltså från två sidor. Flickorna är omöjliga att få kontakt med. Vid ett tillfälle skriker de oavbrutet i 30 minuter medan de väntar i korridorerna.

3. En äldre kvinna från Centralasien är judinna med förflutet som slavarbetare för nazistregimen i Tyskland. Därifrån lyckades hon fly och blev en aktiv deltagare i franska motståndsrörel-

sen. Hennes situation i hemlandet blev ohållbar bl a av etniska skäl, och hon flydde hit. Hennes skäl till asyl anses otillräckliga i Sverige. Hon avvisas men är då inte kontaktbar. Intyg om att hon inte är »transportabel« negligeras. Hon bärs skrikande ombord på planet. Vid ankomsten till ursprungslandet vägrar myndigheterna att ta emot henne.

Svårt traumatiserade

Våra patienter med ovanliga symtom är vanligen svårt traumatiserade. Många kvinnor har utsatts för massvåldtäkt eller sexuell tortyr. En del kvinnor vågar inte låta sin man veta att de blivit våldtagna. Många befinner sig sedan länge i den svenska asylprocessen, men långt ifrån alla. De senare kan helt nyligen ha kommit till Sverige, varför traumatiseringen i hemlandet troligen är den viktiga orsaken till bilderna just för dessa patienter.

Den långa väntan är inte bara mycket ångestskapande, den är tråkig och trist. Utbudet av fritidsaktiviteter är litet. Den fysiska miljön på förläggningen är sliten och smutsig. Negativa besked och verkställda avvísningar är vanliga och diskuteras människor emellan. Vi ser familjevåld och våld mellan olika etniska grupper.

Vi tror att traumatiseringen och den långvariga expositionen för dessa negativa företeelser, särskilt den pressande

De medicinska utredningarna leder sällan till diagnos. Behandlingsmetoderna är inte effektiva. Våra intyg beaktas inte. Vi börjar känna att vi arbetar i en icke rätts-säker situation. Det ställer nya krav på vår yrkesetik.

väntan på uppehållstillstånd, ger en känslomässig deformation. Denna påverkar de psykosomatiska bilderna, och i förening med kulturella faktorer influeras sjukdomsbeteendet.

Rädslan dominerar

Summan är ett mycket stort lidande för de berörda och stora svårigheter för svensk sjukvård att ge effektiv hjälp. Rädslan för att behöva återvända dominerar livet helt, och den kan vi varken prata eller medicinera bort. Det är svårt att finna ett fruktbart terapeutiskt förhållningssätt.

Barn- och ungdomspsykiatrien är starkt ansträngd. Allmänpsykiatrien anser att psykologisk traumabehandling inte är möjlig så länge uppehållstillstånd ej beviljats. Vidare vill man prioritera svenska patienter, eftersom resurserna är små.

Negligerade intyg

Trots ofta starka läkarintyg får patienterna sällan stanna. Ändå ser vi att de »hyser välgrundad fruktan« i Genèvekonventionens mening – dvs att det rimligen är farligt för dem att tvingas hem (objektivt rekvisit), att de är rädda (subjektivt rekvisit) samt att deras psykiatriska bilder borde motivera »humanitära skäl«.

Som läkare tror vi på våra patienter. Vi tar upp anamnes, vi anställer inte förhör. Vi är tillräckligt beresta och belasta för att orka ta till oss att berättelserna är rimliga. Det är svårt att förmedla hopp eller bekräfta hopp. Möjligheten att få stanna i Sverige är liten, liksom hoppet om att kunna upprätta en värdig existens i hemlandet.

Vi befinner oss alltså i en många gånger omöjlig medicinsk situation. Vi förmår inte hjälpa många av våra patienter, som lider svårt. De medicinska utredningarna leder sällan till diagnos. Behandlingsmetoderna är inte effektiva. Våra intyg beaktas inte. Vi börjar känna att vi arbetar i en icke rättssäker situation. Det ställer nya krav på vår yrkesetik.

Begreppet transportabilitet

Det behöver klargöras vad som avses med begreppet transportabilitet i medicinska sammanhang. En svårt sjuk patient som behöver flyttas till en högre vårdnivå, t ex från en sjukstuga till en regionklinik, kan vara så svårt sjuk att tillståndet först behöver förbättras med understödjande åtgärder. Sedan vågar man kanske lägga patienten i en ambulans för transport. Transporten skall då ske med möjlighet till ytterligare stödåtgärder. Vid ankomsten skall ett fullgott mottagande kunna garanteras. Detta säkras genom telefonsamtal och översändande

av relevanta handlingar. Är dessa krav uppfyllda är patienten transportabel.

Förslag

Inför den genomgång av de skapatiska barnen som nu förestår i Socialstyrelsen vill vi framföra förslag till ytterligare diskussion inom läkarkåren, kommuner och landsting:

1. En bedömning bör göras av flyktingförläggningarna som psykosocial och fysisk miljö. Den påverkar troligen sjukdomsbeteendet och de kliniska bilderna i många avseenden. Som läkare måste vi inse att det inte går att begränsa den psykiatriska undersökningen till skapatiska barn. En allvarlig brist i Marie Hessles/Nader Ahmadis delrapport i våras om de skapatiska barnen, »Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom«, är att de bara undersöker ökningen av just denna diffusa diagnos. Ingen skattning av det totala barnpsykiatriska vårdbehovet bland flyktingbarn görs, ännu mindre av några andra spårdiagnoser där posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och depression borde ha ingått.

2. En bedömning bör göras av vilka medicinska och sociala vårdresurser som behövs på eller för flyktingförläggningarna. Troligen behöver både somatiska och psykiatriska vårdresurser förstärkas, liksom det sociala stödet och en uppryckning av den pedagogiska och fysiska miljön. Skall de medicinska mottagningarna ligga på förläggningarna eller skall vården av flyktingarna skötas av den vanliga offentliga sjukvården? Denna behöver i så fall förstärkas. Man bör också beakta den speciella situation som råder vid mötet mellan kvinnliga patienter från andra kulturer, även vissa europeiska, och manliga skandinaviska läkare.

3. En öppen diskussion om läkares och sjuksköterskors yrkesetik behöver föras med deltagande av bl a Socialstyrelsen. Bör läkare överhuvudtaget spela med och svara för sjukvård i ett system där många människor uppenbart far mycket illa?

Etiska regler och deklARATIONER

Enligt Sveriges läkarförbunds etiska regler skall vi inte »... medverka i sådan vård där frihet att handla efter dessa [regler] saknas«. Vår frihet gäller sådana formuleringar som »människokärleken och hederns bud« och »... inte genom sin yrkesauktoritet inkräkta på vederbörandes rätt att bestämma över sig själv«.

När, om alls, bör vi delta i avvisningar mot patientens vilja? World Medical Association's (WMA) Genève deklARATION talar om »... compassion and respect for human dignity«. Då förtroen-

det för andra samhällsinstanser börjar brista, och vi uppfattar att olika myndigheters arbetssätt inte är rättssäker, uppstår nya medicinetiska krav.

Själva anser vi att om vi skall ansvara för att en patient är transportabel är detta möjligt bara under förutsättning av en säker transport och ett kompetent medicinskt mottagande vid ankomsten. Då måste det ändå garanteras att vi inte försämrar för patienten genom att sekretessen bryts i hemlandet.

Detta är i enlighet med WMA:s LisabondeklARATION, vilken tydligt säger: »Så länge medicinsk vård är motiverad, får läkaren ej avbryta en behandling utan att ge patienten rimlig hjälp och erforderliga möjligheter att ordna vård på annat sätt.«

Slutord

Flyktingarna är de svagaste som befinner sig i Sverige idag. Flyktingbarnen är de svagaste bland de svaga. Kristen eller agnostiker – vi påminns om Bibelns uttryck »dessa mina minsta«. Vi menar att den aktuella flyktingpolitiska situationen är en tydlig prövosten för såväl medicinsk som samhällelig moral.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.