

De hårde kampe starter, når krigen er slut

Overlæge Morten Sodemann, sygeplejerske Ardis Svabo & socialrådgiver Arne Jacobsen

RESUME

INTRODUKTION: Psykiske effekter af krigstraumer er velundersøgte, mens somatiske langtidskonsekvenser af krigstraumer kun er sparsomt undersøgt. Gennem repræsentative cases fra den tværfaglige og tværsektorielle indvandrermedicinske klinik på Odense Universitetshospital beskrives de komplicerede somatiske problemer, der kan være associerede med at være flygtning.

MATERIALE OG METODER: Det tværfaglige team i klinikken udvalgte tre cases, som giver en beskrivelse af langtidskonsekvenserne af krigstraumer.

RESULTATER: Posttraumatisk stressyndrom (PTSD) kan opstå 10-20 år efter et primært krigstraume, men sekundære traumer efter ankomsten til Danmark provokerer og fastholder patienter i en PTSD-tilstand med en række somatiske symptomer. Faresignalerne for et underliggende PTSD har ofte været til stede længe, men er blevet ignoreret eller overset. Mange patienter med PTSD og somatisk sygdom mister erhvervet dansk sprog og erhvervstilknytning efter 3-4 år i Danmark.

KONKLUSION: En målrettet tværsektoriel indsats for at undgå en desintegrationsproces hos syge flygtninge/indvandrere vil være nødvendig fremover. Erfaringer fra Indvandrermedicinsk Klinik viser, at en investering i tid til at lytte i det kliniske arbejde kan øge disse patienters livskvalitet. Tidlig screening og etablering af tværfaglige, tværsektorielle hospitalsklinikker i alle regioner er nødvendigt for at sikre en fortsat integrationsproces hos denne specielle gruppe patienter. Desværre er ventetiden til de institutioner, der behandler PTSD-patienter, uacceptabelt lang og bidrager til desintegrationsprocessen.

Mens de psykiske langtidskonsekvenser af krigstraumer er velbeskrevne, så er de somatiske lidelser, der ofte bidrager til at komplicere sygdomsbillederne på et senere tidspunkt, ikke så velbeskrevne [1-6]. Den tværfaglige og tværsektorielle indvandrermedicinske klinik på Infektionsmedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital blev startet for halvandet år siden som et tilbud til patienter af anden etnisk herkomst end dansk med komplicerede somatiske lidelser og/eller komplianceproblemer [7, 8]. Klinikken blev etableret efter en stigende erkendelse i infektionsmedicinsk regi af, at en stor andel af patienterne med anden etnisk baggrund end dansk ikke har adgang til sundhedsinformation, forebyggelse og behandling på samme høje niveau som andre danske patienter. Klinikken opgaver er at være tovholder i de mest kom-

plicerede tilfælde, hvor der er behov for en tværsektoriel, fokuseret indsats. Klinikken sekundære formål er at generere viden om, hvorfor og hvordan denne patientgruppe ofte fejltolkes i sundhedsvæsenet med henblik på at målrette interventioner i primær- og sekundærsektoren og derigennem lette patientgruppens adgang til det danske sundhedsvæsen.

I herværende artikel beskrives i cases mekanismer bag og konsekvenser af de komplicerede somatiske, sociale og psykiske tilstande, der kendetegner patienter med uerkendte eller ignorerede krigstraumer og latent PTSD (også kaldet posttraumatisk belastningsreaktion), der demaskeres af sekundærtraumer og svigtende integration.

MATERIALE OG METODER

Teamet udvalgte tre cases, der samlet set klart kunne demonstrere de hyppigste og vigtigste psykiske og somatiske symptomer, de sociale og familiemæssige forhold, samt de integrationsmæssige konsekvenser af samtidig at have helbredsproblemer og krigstraumer i forhold til sprog, integration og helbred.

RESULTATER

Fra integration til desintegration: angst æder sjæle ... og sprog

Den 43-årige *Barata*, der var henvist med diffuse smerter og afføringsproblemer, fortalte, at hun i hjemlandet var en højt estimeret skoleleder, før hun måtte flygte med sine børn til Danmark i 2000, efter at ægtefællen var forvundet pludseligt i hjemlandet. *Barata* og deres fire børn flygtede til Danmark, men usikkerheden fortsatte de første år, indtil ægtefællen dukkede op. *Barata* fik hurtigt lært dansk, hun fik et godt arbejde på et gartneri, som imidlertid gik konkurs, og hun var derefter arbejdsløs to år. Hun startede på en designuddannelse, men begyndte at blive tiltagende træt, søvnløs og ukoncentreret med nakkesmerter og smerter, der strålede ud til begge arme og fingre, men undersøgelse hos flere speciallæger var uden resultat. *Barata* måtte stoppe på designskolen og forsøgte i stedet med VUC, men faldt i søvn i timerne og måtte opgive uddannelsen. *Barata* fortalte, hvordan hun fik tiltagende uoverkommelighedsfølelse og fik det dårligere, fordi hun hele tiden skulle forklare, hvorfor hun havde det skidt. *Baratas*

ORIGINALARTIKEL

Odense Universitetshospital, Infektionsmedicinsk Afdeling, Indvandrermedicinsk Klinik

børn blev bange, når hun græd, og hun følte, hun måtte undertrykke sine følelser for ikke at skræmme dem. Det tog meget energi at skjule følelser og tanker, og det isolerede hende endnu mere. *Barata* følte, at det nemmeste ville være at tage sit eget liv, fordi tankerne derved ville forsvinde, men tanken om den situation, børnene derved ville havne i, holdt hende i live. Det viste sig efter et par samtaler, at *Barata* – døgnet rundt – genoplevede voldsomme situationer fra flugten: f.eks. at hun så sin mor blive skudt lige uden for hjemmet, og hun så sig selv voldtaget, mens hendes børn flere gange var ved at blive bortført af militser. Fordi hun havde mareridt hver nat, sov hun stort set aldrig. *Barata* forklaredes, at det er meget almindeligt at reagere på denne måde på voldsomme oplevelser, og at det kan komme selv mange år efter. Hun glemte at gå på toilettet og udviklede derfor forstoppelse, men med et par simple rutiner opnåede hun normal afføring. Hun var overrasket, men lettet, over ikke at være alene, og efter et par besøg, hvor hun langsomt vendte sig til tanken om, at smerterne og søvnløsheden hænger sammen med angst og mareridt efter de oplevelser, hun havde haft, indvilgede hun i en henvisning til Rehabiliteringscentret for Torturoverlevende – Fyn. Forløbskoordinatoren og sygeplejersken fungerede som patientens sociale netværk i forløbet.

Fra Mogadishu til Morud

Ofte bidrager sekundære traumer efter ankomsten til Danmark til at vedligeholde en basal utryghed og usikkerhed (**Figur 1**). 32-årige *Fatima* med to børn boede i en lille landsby med sin mand. Hun blev henvist til klinikken med vægttab, hovedpine og træthed. *Fatima* var altid bange og følte sig forfulgt. Hun var bange for, at der skulle ske manden eller børnene noget ondt, og hun kiggede sig altid over skulderen.

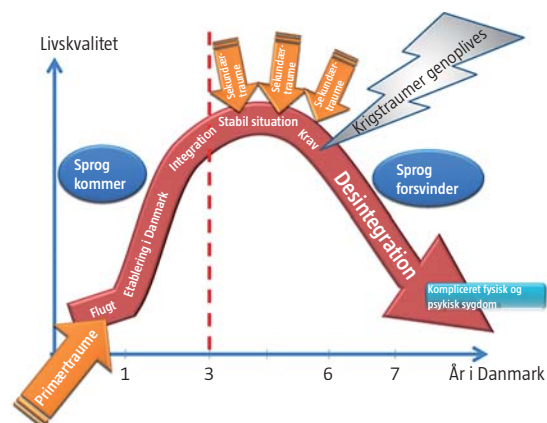
Hun flygtede i hjemlandet sammen med sin egen far, en bror og en onkel, og så dem blive skudt, mens hun selv fortsatte flugten med børnene – den oplevelse gav anledning til flashbacks og genoplevelser af flugten. Selv blev hun ramt i hånden og foden. I den landsby i Danmark, hvor familien sidenhen blev bosat, blev de imidlertid chikaneret af en gruppe unge drenge og mænd: de smed sten mod vinduerne, råbte ind ad brevsprækken, hev tørklædet af hende i bussen eller skubbede hende ligefrem ud af bussen. Hun sagde, at det var lige så slemt, det der foregik i landsbyen, som det hun oplevede som 16-årig i sit hjemland – måske lidt værre i Danmark, fordi hun ikke forstod, hvad de gjorde, eller hvorfor de gjorde det. *Fatima* følte sig ansvarlig, og tænkte på hvordan de kunne flygte ud af landsbyen i Danmark, men hun følte ikke, hun havde råd til at flygte en gang til og havde ingen ide om, hvor hun og børnene nu skulle flygte hen. Forløbskoordinatoren motiverede derfor sagsbehandleren til at skaffe en anden bolig til familien for at reducere de sekundære traumer. Vægttabet skyldtes, at hun havde laktoseintolerans, men hun havde ikke forstået, hvorfor den særlige diæt var vigtig og havde ikke overskud til at fortsætte diæten. Efter information opnåede patienten normal afføring og vægt.

Tandhjulene kører hver sin vej

Den 33-årige *Halimo* kom alene til Danmark for otte år siden. Hun arbejdede som skoleinspektør i sit hjemland. *Halimo* flygtede til et nærliggende land og blev sendt til Danmark som kvoteflygtning. Hun blev bosat i en meget lille landsby og var det første år meget isoleret, men glad for at være sluppet væk. Hun blev familiesammenført med sin ældste datter et år efter ankomsten til Danmark. Hun blev henvist otte år senere til Indvandrermedicinsk Klinik med en kompliceret smertetilstand, apati og inkontinens for fæces og urin. Hun fortalte, at hun kort efter ankomsten til Danmark fik en praktikplads i en børnehave, hvilket hun nød meget, hun fik gode venner og lærte hurtigt dansk ved at tale med børnene. Det viste sig, at hun i hjemlandet mistede sin mand og to af sine børn ved et militsangreb på deres landsby: først voldtog soldater hendes mellemste datter og skød hende, derpå voldtog de *Halimo* foran ægtefællen, hvorefter de skød ægtefællen og deres toårige barn. I sine mareridt så hun nu pludselig i Danmark sin mand med sit døde barn i favnen og dets tarme synlige fra et hul i maven. Om dagen fik hun flashbacks, hver gang hun så den mandlige pædagog, der lignede soldaterne, der havde misbrugt hende. Børnenes gråd mindede hende om hendes eget barn. Hun måtte derfor stoppe det arbejde, hun var så glad for. *Halimo* gled lang-

FIGUR 1

Typisk udvikling i oplevet livskvalitet blandt traumatiserede flygtninge i Danmark. Stiplet linje angiver tidspunkt for ophør af integrationspakken.



somt over i en apatisk tilstand, hvor hun blev glem-som og bange for alt. Hun glemte at gå på toilet og udviklede funktionel inkontinens for urin og fæces, hvilket bidrog til hendes sociale isolation. Hun mistede sit danske sprog i løbet af få måneder, og i takt med at kommunen sendte hende på flere og flere sprogkurser og aktivering, blev hun mere og mere angst og smertepræget. *Halimo* kunne ikke overskue at lære dansk eller at gå på arbejde, fordi mareridt om natten gjorde hende søvnløs. *Halimo* var glad for endelig at få lov til at fortælle hele sin historie, og symptomerne forklarede hun selv: Smerterne i ryggen og nakken havde hun haft, siden hun blev udsat for fysisk vold i fængslet, men de blev bare værre, når hun havde mareridt og flashbacks. Hun vidste, at hun havde et problem med afføring og vandladning, men hun forklarede, at hun på dårlige dage skulle bruge så meget energi på at holde sammen på sig selv, at hun ikke havde overskud eller overblik nok til at gå på toilet. Hun havde altid hård mave og mavesmerter, og når hun blev bange ved busstoppestedet, så gik det galt, og hun måtte gå hjem igen uden at komme til sprogkurset. Efter at have løst afføringsproblemerne fik hun mere ro og overskud, og hendes datter bekræftede, at moderen nu havde en optimistisk indstilling til livet, der gav overskud.

DISKUSSION

Patienter med tydelige tegn på krigstraumer opfanges som regel på et tidligt tidspunkt, men patienter, der trods krigstraumer har vage symptomer, fanges ikke uden en særlig indsats. De cases, der refereres i denne artikel, er desværre alt for ofte billedet hos patienter med indvandrerbaggrund og uerkendte krigstraumer, der henvises til klinikken med en sammensat klinisk problemstilling: det er velfungerende, tidligere mere integrerede borgere af anden etnisk herkomst end dansk, der tilsyneladende i løbet af kort tid taber alt, hvad der er vundet: integration, sprog og livsglæde. Typisk er patienterne gledet fra en fase med livsmod og optimisme, integration og sprogtilegnelse til en fase med tiltagende tab af sprog, asteni, isolation og psykisk sammenbrud.

Der er to centrale mekanismer, der går igen i alle sygehistorierne i klinikken: et stort, men relativt præcist *primært* krigstraume i hjemlandet og en serie mere sammensatte *sekundære* traumer i Danmark: den konstante usikkerhed næres af en oplevelse af utryghed, sparsomt netværk, isolation, uretfærdighed, afvisning, manglende hjælp, manglende viden, mislykkede jobtilbud, en sen telefonopringning, bombninger i hjemlandet, banderelaterede skyderier i Danmark eller direkte racistiske oplevelser. Traumer kan være skjult eller overskygget af et kompliceret



Fula-kvinde, Bandim, Guinea-Bissau.
Foto: Morten Sodemann.

somatisk billede med nedsat kompliance, metabolisk syndrom og ukarakteristiske smerter.

Drevet af tiltagende symptomer på PTSD jagter patienterne uroligt en hjælp og en diagnose, som ingen kan give dem. De er patienter uden speciale, de har ingen diagnose at hvile sig på, og de ender som funktionelle kronikere: indadvendte, forbitrede, håbløse, vredladne og apatiske og starter på en karruseltur i sundhedssystemet i jagten på en somatisk diagnose og behandling. En meget høj andel af disse patienter, som bliver henvist til klinikken med somatiske klager, har vist sig at have uerkendte krigstraumer. I stedet for at fortsætte integrationen falder patienten tilbage i rollen som frygtssom isoleret flygtning, og stik imod målet mister disse patienter de allerede opnåede færdigheder (Figur 1). Fra en lovende integrationsproces befinder patienten sig pludseligt i en situation, hvor en reintegrationsproces vil kræve en særlig og dyr koordineret indsats, der inddrager både somatiske, sociale og psykiske faktorer.

Resultatet er en relativt stor gruppe af utilfredse og uintegrerede patienter, med komplekse uafklarede sundhedsproblemer, som næppe uden en ekstraordinær indsats vil få mulighed for at leve et normalt liv [9].

Det ser ud til, at denne desintegrationsproces kunne være undgået, hvis symptomerne havde været opdaget tidligere i forløbet. Vi har i klinikken set 170 patienter, men det er estimeret, at der alene i Odense er ca. 4.000 traumatiserede Odenseborgere med anden etisk baggrund, der allerede har udviklet, eller er i risiko for at udvikle en behandlingskrævende kompliceret tilstand, der kan føre til en desintegrationsproces [10].

I primærsektoren bør patienter med mange sammensatte somatiske klager, søvnproblemer eller komplianceproblemer undersøges for krigstraumer. Behandlere skal kunne identificere patienter med risiko for at udvikle eller forværre PTSD, og antallet af sekundære traumer (tvungen bosætning, usikkerhed, manglende information, somatiske klager, ukvalificeret tolkebrug) bør reduceres. En bedre screening af flygtninge og indvandrere, når de er ankommet til Danmark, sammen med en løbende indsats for at øge kendskabet til PTSD-faresignaler blandt ansatte i social- og sundhedssektoren vil kunne forhindre unødvendige somatiske karruselforløb [11, 12].

PTSD er en del af en ond cirkel, hvor høj komorbiditet, social isolation, arbejdsløshed og afhængighed af offentlig hjælp sammen med traumeudløst angst og stress danner en negativ livsspiral, hvor personen desintegrerer på flere funktioner samtidigt. Traumatiserede flygtninge/indvandrere er aldrig i sikkerhed: risikoen for at udvikle PTSD øges med antallet af sekundære traumer (usikkerhed, oplevet diskrimination) efter ankomsten til modtagerlandet og bidrager på lige fod med de primære traumer [13]. Studier tyder på at jo større PTSD-symptombyrden er, jo længere tid går der, før man tilegner sig sprogkunderskaber, og tilsvarende har flygtninge med bedre sprogkunderskaber i modtagerlandets hovedsprog typisk en mindre PTSD-symptombyrde end andre flygtninge [14, 15].

Manglende koordineret indsats mellem kommuner og sundhedsvæsen samt berøringsangst hos mange behandlere og sparsom viden om PTSD-tegn medvirker til, at social- og sundhedssektoren bidrager til at vedligeholde patienter med posttraumatisk stress i en situation af usikkerhed, der forstærker PTSD-symptomerne. Som professionelle behandlere må vi tage det alvorligt, at der, ud over krigstraumer og manglende social kapital langt hen ad vejen er tale om ret banale problemer: bristende screening, manglende information samt strukturelle og sproglige problemer. Der vil derfor ofte være behov for en samlet tværfaglig og tværsektoriel vurdering af denne type

patienter. Et tværfagligt team, som det der er etableret på Odense Universitetshospital, kan bidrage med en vurdering af de somatiske og psykiske klagers betydning i det samlede billede og endvidere give patienten en tryghedsfølelse og fornemmelse af sammenhæng gennem forløbskoordinatorens indflydelse. Det anbefales, at der etableres lignende team i de øvrige regioner som støtte til primærsektor, rehabiliteringscentre og de sociale myndigheder med henblik på at kvalificere behandler-systemerne bedre til at yde patienter af anden etnisk herkomst end dansk en behandling på højde med andre patienter.

KORRESPONDANCE: Morten Sodemann, Indvandrermedicinsk Klinik, Infektionsmedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense C. E-mail: msodemann@health.sdu.dk

ANTAGET 29. november 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005;365:1309-14.
2. de Jong JT, Komproe IH, Van OM et al. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA* 2001;286:555-62.
3. Von Beutell ME, Decker O, Braehler E. [Quality of life and distress among former refugees—a representative community survey of Germans born before 1946]. *Z Psychosom Med Psychother* 2007;53:203-15.
4. Eytan A, Gex-Fabry M, Toscani L et al. Determinants of postconflict symptoms in Albanian Kosovars. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:664-71.
5. Singhammer J. Etniske minoriteters sundhed. Århus: Partnerskabet for undersøgelse af etniske minoriteters sundhed, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, 2008.
6. Lund M. SJHCJBØA. MTV om behandling og rehabilitering af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge. Vejle: Region Syddanmark, Center for Kvalitet, 2008.
7. Indvandrermedicinsk klinik, Infektionsmedicinsk afdeling, Odense Universitetshospital. www.ouh.dk/indvandreriklinik (4. december 2009).
8. Ringkøbing J. Traumeramte mister deres danske sprog. *Politikken* 20. august 2009:6.
9. Kivling-Boden G, Sundbom E. The relationship between post-traumatic symptoms and life in exile in a clinical group of refugees from the former Yugoslavia. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:461-8.
10. Buch S. Den hemmelige lidelse. Stigmatisering eller negliger, om traumer og deres udbredelse i Vollsmose, Odense, med baggrund i en undersøgelse af elever på Risingprojektet. Odense: Center For Mellempøststudier, Syddansk Universitet, 2006.
11. Sondergaard HP, Ekblad S, Theorell T. Screening for post-traumatic stress disorder among refugees in Stockholm. *Nord J Psychiatry* 2003;57:185-9.
12. Nørredam M, Krasnik A. Ingen velkomst til det danske sundhedsvæsen. *Ugeskr Læger* 2009;171:2136-7.
13. Ellis BH, MacDonald HZ, Lincoln AK et al. Mental health of Somali adolescent refugees: the role of trauma, stress, and perceived discrimination. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:184-93.
14. Sondergaard HP, Theorell T. Language acquisition in relation to cumulative posttraumatic stress disorder symptom load over time in a sample of re-settled refugees. *Psychother Psychosom* 2004;73:320-3.
15. Vojvoda D, Weine SM, McClashan T et al. Posttraumatic stress disorder symptoms in Bosnian refugees 3 1/2 years after resettlement. *J Rehabil Res Dev* 2008;45:421-6.

AKADEMISK AFHANDLING



Læge Marianne Tang Severinsen:

Risk factors for venous thromboembolism: smoking, anthropometry and genetic susceptibility

Ph.d.-afhandling

FORF.S ADRESSE: Hulvejen 47, DK-9530 Støvring.

E-MAIL: m.severinsen@rn.dk

FORSVARET FINDER STED: den 14. januar 2010, kl. 14.00, Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus, Auditorium syd, Aalborg.

BEDØMMERE: Steen Husted, Frits Rosendaal, Holland, og Torben Jørgensen.

VEJLEDERE: Søren Risom Kristensen, Kim Overvad og Søren Paaske Johnsen.