

Konsekvenser af kollektiv vold med særlig fokus på kønspektivet

Speciallæge Karin Helweg-Larsen & overlæge Marianne C. Kastrup

Statens Institut for Folkesundhed, og
H:S Rigshospitalet, Videnscenter for Transkulturel Psykiatri

En stor andel af flygtninge og indvandrere til Danmark har været udsat for forfølgelse og fysisk vold, som kan belaste deres mulighed for integration i det nye samfund. WHO har i sin rapport om sammenhænge mellem vold og helbred peget på de omfattende konsekvenser af kollektiv vold [1], og man har i workshops belyst de særlige problemstillinger for kvinder. Kollektiv vold omfatter krige, terrorisme og andre voldelige politiske konflikter, folkedrab, tortur og organiseret voldelig bandekriminalitet.

Flygtninge og indvandrere i Danmark kan være belastede af et bredt spektrum af kroniske, somatiske og psykiske helbredsproblemer, mens de sjældent har akutte helbreds-skader som f.eks. læsioner, der er relateret til krigshandlinger, eller graviditet efter voldtægt. Man har i en række undersøgelser påvist, at de kroniske helbredsproblemer blandt flygtninge ofte forværres i asylfasen og har sammenhæng med de langvarige ophold i asylcentre [2, 3]. Senest er der i en undersøgelse blandt asylansøgere i Danmark påvist en markant højere forekomst af selvmordshandlinger i forhold til forekomsten blandt fastboende i Danmark, og betydningen af lang ventetid i asylcentre og afslag på opholdstilladelse diskuteres i forhold til betydningen af traumer inden ankomsten til landet [4].

Der er ikke gennemført randomiserede undersøgelser af sammenhænge mellem de enkelte former for overgreb under væbnede konflikter og specifikke sygdomssymptomer. Undersøgelser om de akutte følger af volden har især omhandlet konsekvenserne af seksuelle overgreb på kvinder [5]. I forskningen om sammenhænge mellem væbnede konflikter og kroniske helbreds-skader har man overvejende beskæftiget sig med psykiske lidelser med særligt fokus på posttraumatisk stress syndrom (PTSD). Der er påvist kønsforskelle i risikoen for at få PTSD efter udsættelse for vold [6], men derudover foreligger der ikke studier, hvori man har belyst de mulige kønsforskelle i sammenhængen mellem kollektiv vold og akutte og kroniske helbredsproblemer.

I nærværende artikel refereres til studier, som belyser de sundhedsmæssige problemer blandt kvinder som følge af væbnede konflikter, og til de få studier, hvori man specifikt har sammenlignet sammenhænge mellem fysisk vold, sek-

suelle overgreb og helbredsproblemer blandt henholdsvis mænd og kvinder [7].

Baggrund

Inden for det seneste århundrede er der sket store ændringer i karakteren af krige og andre væbnede konflikter. Tidligere var hovedparten af de menneskelige tab at finde blandt soldater. Civile udgjorde tidligere kun få procent af døde krigs ofre, men i dag op til 90% af de direkte konflikterelaterede dødsfald, heraf er mindst halvdelen kvinder og børn [8]. Måltrettet terror mod civile eller folkedrab er blevet et middel til at opnå politiske, religiøse, territoriale eller økonomiske gevinster. Ifølge WHO er ca. 310.000 personer døde af kollektiv vold i 2000, dvs. i et år inden Irakkrigen blev igangsat, og FN's Højkommissariat for flygtninge anslår, at der i øjeblikket er mindst 17 mio. mennesker på flugt verden over.

Vold mod mænd under væbnede konflikter er fortrinsvis led i direkte krigshandlinger, mens vold mod kvinder og børn hyppigst sker under deres flugt og ophold i flygtningelejre, og mænd er under disse omstændigheder ikke i samme risiko som kvinder for overgreb. Væbnede konflikter destruerer som regel nærsamfundet, og de funktioner, der i særlig grad har betydning for kvinders og børns trivsel, ophører med at fungere, f.eks. de beskyttende sociale netværk og værn mod seksuelle overgreb. Flygtningekvindens sociale situation vil ofte være radikalt ændret pga. tab af forsørger og familiært netværk. Kvinder og børn udgør ofte op til 80% af den samlede flygtningebefolkning, og de er både under flugten og i flygtningelejrene i særlig grad i risiko for at blive udsat for voldtægt og andre seksuelle overgreb. UNICEF, FN's Højkommissariat for flygtninge og WHO har erkendt, at der er behov for en særlig indsats for at beskytte kvinder og børn mod overgreb, og har følgelig vedtaget retningslinjer for forebyggelse af kønsrelateret vold under humanitære katastrofer [9]. Røde Kors har med baggrund i en analyse af væbnede konflikters indvirkning på kvinders helbred påpeget, at der ofte er utilstrækkelige resurser i flygtningelejre til at forebygge alvorlige helbredsproblemer blandt kvinder og børn og stillet forslag til forbedring af indsatsen [10].

Der er sjældent mulighed for at forebygge hiv/aids-smitte under væbnede konflikter, hvor seksuelle overgreb udgør en særlig risiko. Hvert fjerde afrikanske land er for tiden involveret i en væbnet konflikt, mange af landene har en meget høj prævalens af hiv, og forekomsten også er stor blandt kombattanter.

Generelt udsættes mænd hyppigere end kvinder for fysisk vold, men der er kønsforskelle i, hvor volden finder sted og i

voldens karakter. Vold mod kvinder foregår både i fredstid og under væbnede konflikter oftest i det private rum, den er ledsaget af skam og forbliver tit skjult. Voldtægt mod kvinder kan være led i etnisk udrensning, men udøves også af soldater som magtmiddel over for kvinders mandlige partnere. Kvinder og pigebørn er tillige ikke sjældent ofre for tvungen prostitution og kvindehandel både under flugt og ophold i flygtningelejre. Som eksempel var flertallet af tutsikvinderne under folkemordet i Rwanda udsat for seksuelle overgreb, og i Sierra Leone er der et flertal af uledsagede flygtninge eller tvangsforflyttede børn blandt mindreårige prostituerede [1].

Kønsforskelle i helbredsproblemer relateret til vold

Flertallet af undersøgelser af sammenhænge mellem væbnede konflikter og sundhedsproblemer er baseret på studier af flygtninge og asylansøgere i et andet land end det land, hvor konflikten fandt sted. Det kan derfor være vanskeligt at skelne mellem helbredsproblemer, som skyldes udsættelse for kollektiv vold inden udvandringen, og problemer, som er en konsekvens af langvarigt ophold i et asylcenter [3, 4]. I flygtningelejrene vil det langt oftest være akutte helbredsproblemstillinger, der er i fokus, og ikke de mulige kroniske følger af væbnede konflikter. Kvinder forbliver i højere grad end mænd i flygtningelejrene, de udgør derfor en større andel af lejrenes befolkning, og de har muligvis også en anden tradition end mænd for aktivt at opsøge pleje og rådgivning fra fremmede. Det kan være en af grundene til, at der tilsyneladende optræder flere kroniske helbredsproblemer blandt kvinder, der har været udsat for kollektiv vold [5].

Inden for de seneste 10-15 år har der været stigende fokus på vold som et alvorligt folkesundhedsproblem, specielt for kvinder, og der er i mange lande gennemført befolkningsundersøgelser, der belyser omfanget, karakteren og følgerne af vold mod kvinder. Men der er kun få undersøgelser, der har belyst de mulige kønsforskelle i sammenhænge med fysisk vold, seksuelle overgreb og helbredsproblemer. Ud fra danske registerdata og data i den landsdækkende sundheds- og sygelighedsundersøgelse i 2000 er der påvist markante sammenhænge mellem en række somatiske og psykiske helbredsproblemer og dårligt selvrapporeret helbred blandt kvindelige voldsofre, men ikke blandt mandlige ofre. Det konkluderes, at voldens karakter har betydning for helbredsfølgerne, og at der i vold mod kvinder indgår en betydelig grad af seksuel ydmygelse og skam [7].

Der er ikke tilsvarende data om mulige kønsforskelle i somatiske helbredsfølger af kollektiv vold. Men blandt kvinder, der har været ofre for kollektiv vold, rapporteres om en høj forekomst af depression, angst, PTSD, alkohol- og stofmisbrug samt selvmordsforsøg, og det antages, at kvinder og børn generelt er mere udsat end mænd for at udvikle langvarige psykiske problemer som konsekvens af traumatiske oplevelser under konflikter [6]. De hyppigste klager er emotionel labilitet, manglende energi, apati, søvnproblemer,

håbløshed, kognitive forstyrrelser og seksuel dysfunktion. Blandt kvinder medfører seksuelle overgreb ofte kronisk skamfølelse og invaliderende skyldfølelse.

Reaktionerne på psykiske og seksuelle traumer er universelle, men sværhedsgraden af problemerne og mestringsstrategierne af disse varierer fra kultur til kultur og har formentlig også sammenhæng med modtagerlandets behandling af indvandrere.

Sammenfatning

Verdenssamfundet har tiltagende opmærksomhed på kønsperspektivet i forekomst og karakter af følgerne af kollektiv vold og erkender, at der er behov for forskellige tiltag over for hhv. kvinder, børn og mænd [9]. Anerkendelsen af, at voldtægt under væbnede konflikter er en krigsforbrydelse, er et fremskridt i forhold til beskyttelse af kvinder og børn. Men det bør følges op af let tilgængelig adgang til rådgivning og forebyggende behandling først og fremmest i flygtningelejre. Kvinders særlige risiko for hiv/aids-smitte har hidtil ikke været genstand for tilstrækkelig opmærksomhed og har ikke ført til en effektiv indsats.

Danske læger må være opmærksomme på de meget forskellige symptomer på krigstraumer blandt forskellige etniske grupper og blandt henholdsvis mænd og kvinder og være bevidste om, at diffuse og ukarakteristiske klager hos flygtninge og indvandrere kan være følger af traumatiske oplevelser.

Flygtninges helbredsproblemer kan forværres alvorligt under de ofte langvarige ophold i flygtningelejre og senere i asylcentre. En relativt stor andel af indvandrere, også i Danmark, har behandlingskrævende sygdomssymptomer, som ikke alene er en belastning for den enkelte indvandrer, men også for det danske sundhedsvæsen. Der er derfor både humanitære og samfundsøkonomiske grunde til en tidlig indsats startende under asylfasen.

WHO har påpeget behovet for mere forskning om følgerne af kollektiv vold, og hvilken intervention der bedst kan begrænse sundhedsproblemerne blandt krigens ofre. Der vil være mulighed for at få mere viden om de mulige kønsforskelle i følgerne gennem en kombination af kohorte- og registerstudier, som også ville kunne klarlægge den mulige betydning af længden af ophold i asylcentre.

Korrespondance: Karin Helweg-Larsen, Statens Institut for Folkesundhed, Øster Farimagsgade 5, DK-1399 København K. E-mail: khl@niph.dk

Antaget: 30. maj 2006

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL et al. The world report on violence and health. WHO. Lancet 2002;360:1083-8.
2. Kjersem HJ. Migrationsmedicin i Danmark. Vurdering af nogle migrationsmedicinske problemstillinger blandt asylansøgere og flygtninge. København: Dansk Røde Kors, Asylafdelingen, 1994.
3. Laban CJ, Gernaat HB, Komproe IH et al. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. J Nerv Ment Dis 2004;192:843-51.
4. Stæhr MA, Munk-Andersen E. Selvmord og selvmordsadfærd blandt asylsøgere i Danmark i perioden 2001-2003. Ugeskr Læger 2006;168:1650-3.

5. Ashford MW, Huet Vaughn Y. The impact of war on women. I: Levy BS, Sidel VW, red. War and public health. Oxford: Oxford university Press, 1997;186-96.
6. Scholte WF, Olf M, Ventevogel P et al. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. JAMA 2004;292:585-93.
7. Sundaram V, Helweg-Larsen K, Laursen B et al. Physical violence, self rated health, and morbidity: is gender significant for victimisation? J Epidemiol Community Health 2004;58:65-70.
8. Pedersen D. Political violence, ethnic conflict, and contemporary wars: broad implications for health and social well-being. Soc Sci Med 2002;55:175-90.
9. Inter-agency standing committee. Guidelines for gender-based violence interventions in humanitarian settings. Focusing on prevention of and response to sexual violence in emergencies. 2005; <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/publication/asp. /feb 2006>.
10. Lindsey C, ICRC. Women facing war. ICRC study on the impact of armed conflict on women. Geneva: ICRC, 2001.

Sundhedssektorens mulighed for aktivt at bidrage til fredsskabende og fredsbevarende processer

Læge Cæcilie Böck Buhmann

Det 20. århundrede er det hidtil blodigste i menneskets historie. To verdenskrige og utallige mindre, voldelige konflikter har været årsag til mere end 110 mio. dødsfald, 50 mio. flygtninge og internt fordrevne og sygelighed hos endnu flere. Verdensbanken og verdenssundhedsorganisationen (WHO) forudsår, at i 2020 vil krig være den ottendehyppigste årsag til sygdom og død [1]. På trods af de påviste store konsekvenser for sundhed og sygdom er det en forholdsvis ny tanke, at læger og andet sundhedspersonale kan spille en mere aktiv rolle i forebyggelsen af, løsningen af og genopbygningen efter voldelige konflikter. Siden *Henri Dunant* i 1800-tallet grundlagde Røde Kors, har sundhedsarbejdere tilset sårede soldater og civile i krigssituationer. Samtidig har sundhedspersonale været engageret i fredsarbejde, men kun som enkeltindivider og ikke i kraft af deres profession. Dette blev ændret, da organisationer som International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW) og Physicians for Human Rights (PHR) blev dannet med det formål at forebygge krig og brugen af våben på grund af deres konsekvenser for helbredet. Sammenhængen mellem voldelig konflikt og sundhed blev yderligere understreget, da WHO's generalforsamling i 1981 vedtog en resolution, der anerkendte, at lægers og sundhedsarbejders bidrag til fredsbevarende og -bevarende aktiviteter er en af de vigtigste faktorer i kampen mod sygelighed og død [2]. I en artikel fra 2000 defineres et *health-peace-initiative* som ethvert initiativ, der har som formål at forbedre sundhedstilstanden i en befolkning, samtidig med at freds- og sikkerhedsniveauet i befolkningens omgivelser øges [3]. Formålet med denne statusartikel er at give et indblik i det voksende akademiske felt, der beskæftiger sig med sundhedspersonales aktive bidrag til fredsbevarende og fredsskabende processer.

Sundhedspersonales særlige rolle

De værdier, der er forbundet med den medicinske profession, giver sundhedspersonale en særlig forpligtelse til at bidrage til fredsbevarende og fredsbevarende aktiviteter. Professionens karakteristika associeres med altruisme, solidaritet, troværdighed og humanitære værdier som neutralitet og upartiskhed. Ligeledes giver den rolle sundhedspersonale har i voldelige konflikter en særlig adgang til civilbefolkningen og dermed mulighed for at indgå i fredsskabende aktiviteter [4]. Disse forhold giver organisationer, der er forbundet med professionen, en mulighed for betydelig indflydelse. Samtidig indgår sundhedspersonale dog i lokalsamfundet på lige fod med resten af befolkningen, og det kan derfor til tider være svært individuelt at opretholde en neutral stilling.

Epidemiologi i analysen af konflikter

Den epidemiologiske, kliniske og folkesundhedsvidenskabelige viden, sundhedspersonale besidder i kraft af deres uddannelse, er en stor hjælp i voldelige konflikter. Medicinsk terminologi har ofte inspireret fredsforskning og forståelsen af konflikter. WHO's definition af sundhed som »en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velvære« kan sidestilles med en definition af fred som »en tilstand, der på systemisk niveau skaber integration og positive, nærende, respektfulde og samarbejdende forhold« [4]. Man taler om ætiologien bag en konflikt, og når det kommer til handlings- og løsningsmodeller, er forebyggelsesterminologien fra folkesundhedsvidenskaben brugbar [5].

Primær forebyggelse er arbejde, hvormed man søger at mindske risikoen for, at sygdom eller i denne sammenhæng voldelig konflikt opstår [5]. Eksempler på primær forebyggelse i konfliktsammenhæng er afdækning af og videreformidling af de menneskelige konsekvenser af voldelig konflikt og udbredelsen af forståelsen af voldelig konflikt som en menneskelig katastrofe. Voldelig konflikt præsenteres ofte som en kamp mellem etniske eller religiøse grupper eller slet