

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Somali – angår

■ AYAN BASHIR SHEIKH-MOHAMED
■ STEINAR HUNSKÅR
■ INGRID H. JOHANSEN

*Uni Research Helse, Allmennmedisinsk
forskningsenhet, Universitet i Bergen*

Studier viser at få somaliere oppsøker helsevesenet for hjelp ved psykisk sykdom. Når de først gjør det, er det sannsynlig at sykdommen er alvorlig. Det er også fare for at alvorlig syke ikke får helsehjelp på grunn av det stigmatet som er knyttet til psykisk sykdom, og fordi noen tilstander forstås som at man er besatt av ånder, og at de derfor må kureres med religiøse midler.

Flere norske studier har vist at immigranter bruker legevakt oftere enn majoritetsbefolkningen (1–4). I en studie var somaliere overrepresentert, spesielt blant barn og unge (4). I en annen studie hadde irakere og somaliere en høyere kontaktrate sammenlignet med nordmenn, og de henvendte seg oftere til legevakten om natten med diffus symptomatologi (2). Studiene tyder på at somalieres bruk av lavterskel helse-tjenester som legevakt, avviker fra majoritetsbefolkningens, og forfatterne antyder at dette kan skyldes behov for hjelp ved psykiske lidelser.

◀ *Ved psykiske plager kan det for noen oppleves som tryggere å velge isolasjon, fremfor at omgivelsene skal tenke at man er gal.* FOTO: YASMIN B SHEIKH-MOHAMED

sk og psykisk syk det helsevesenet?

Vi ønsket å få en bedre forståelse av hvordan somaliske immigranter tenker om psykisk sykdom og hvordan de bruker helsetjenester ved psykiske lidelser. Denne artikkelen bygger på resultatene i en sær-oppgave i medisin (5). Sær-oppgaven sammenstilte funn fra både norske og internasjonale studier om somaliske immigranternes forståelse av psykisk sykdom og deres bruk av helsetjenester ved psykiske lidelser.

Hva vet vi om bruken av helsetjenester?

I en studie fra London rapporterte 27 prosent av de spurte om alvorlig depresjon og 19 prosent om panikkangst, og det var et underforbruk av helsetjenester (11). Studien viste at bruk av helsetjenestene øker med botid i vertslandet (11). En studie fra USA viste at bare 6 prosent hadde søkt hjelp hos en helsearbeider innen psykisk helsevern (9). 72 prosent av deltakerne var ambivalente til eller ville ikke benyttet en slik tjeneste, selv ved alvorlig depresjon

(9). I samme studie var 34 prosent uenige i eller usikre på om medisinsk behandling ville hjelpe mennesker med psykiske lidelser. Andre instanser som flyktninghjelp, skolepersonell og fastlege ble i større grad oppsøkt (11, 12). Familie og venner ble også kontaktet (12). I en amerikansk studie var 80 prosent av unge somaliske menn som henvendte seg til en psykiatrisk helseklinikk akutt psykotiske, sammenlignet med 14 prosent av ikke-somaliske pasienter (13). De unge mennene kom ofte i følge med foreldre eller andre familiemedlemmer, et mulig tegn på at henvendelsen ikke var frivillig og at sykdommens alvor ikke lenger kunne skjules.

Flere studier meddeler at religiøse og kulturelt betingede forestillinger og oppfatninger er avgjørende for forståelsen og håndteringen av psykisk sykdom. Eksempelvis blir koranlesing og bønn brukt som botemiddel (6, 8, 9, 12, 14). Dette gjelder spesielt *gini* (6, 8, 9) – en sykdomsforklaring vi kommer tilbake til i neste avsnitt.

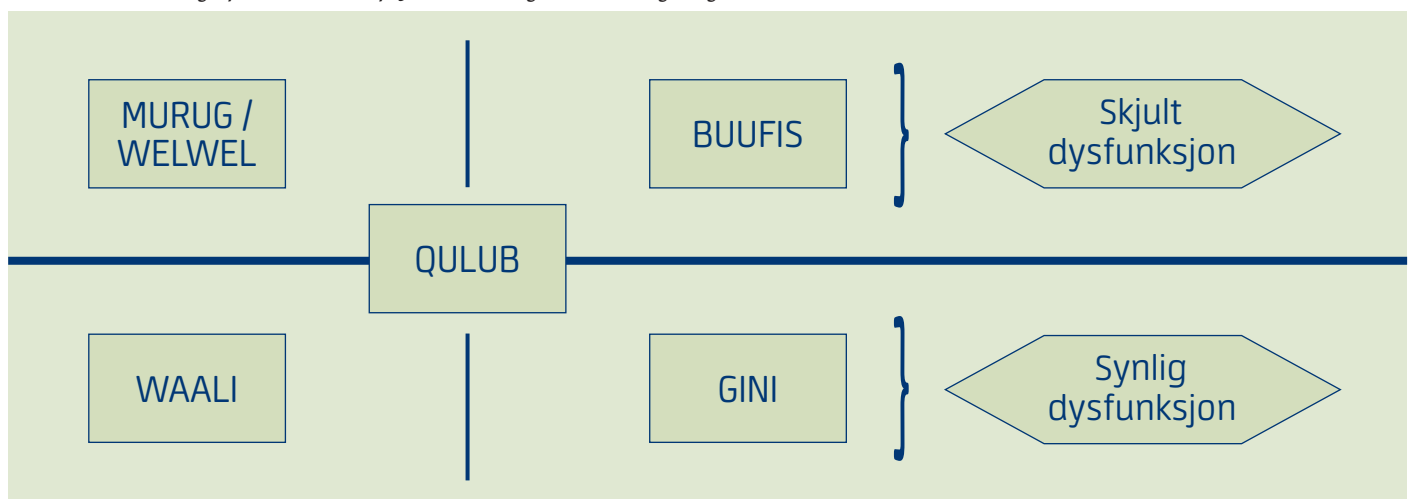
Årsaksforklaringen er viktig: Fordi *gini* er en type galskap forårsaket av ånder, oppsøkes ikke medisinsk helsehjelp, men heller for eksempel healere eller åndelige ledere. I en finsk studie var ikke helsevesenet en naturlig kilde til hjelp uansett type psykisk lidelse (6).

Forståelse og omtale av psykisk sykdom

I de relevante studiene ble det brukt seks somaliske ord for psykisk sykdom: *Waal*, *gini*, *murug*, *welwel*, *buufis* og *qulub* (6–9). Begrepene danner et indre hierarki, der skillelinjene er hvorvidt lidelsen er synlig for andre eller ikke, og hva man tenker at årsaken til plagene er (FIG. 1). *Murug*, *welwel* og *buufis* beskriver psykiske plager som ikke er synlige med mindre personen forteller om det. Ved *gini* og *waali* er personen åpenbart syk. Ved *qulub* kan også plagene være synlige.

Waal kan oversettes med «galskap», og brukes for å forklare spesielt alvorlig psy-

FIGUR 1. Somaliske begrep som beskriver psykisk lidelse og deres alvorlighetsgrad.



kisk lidelse (6, 8, 9). Den syke ble beskrevet som en som tok av seg klærne (8, 9), som var potensielt farlig for andre (8), hadde utagerende og voldelig atferd (6), snakket høyt med seg selv og var ustelt (8). Dermed kan *waali* tenkes å beskrive en dårlig fungerende person med psykotiske symptomer. *Gini* ble beskrevet som en form for psykisk sykdom forårsaket av besettelse av ånder (6, 8). *Gini* kunne også være overnaturlige skapninger skapt av Gud (ånder). Åndene forårsaket psykisk sykdom, og behandlingen var følgelig koranlesing og urter (6, 8). I en av studiene ble det fortalt at en person med *gini* kunne være «mentalt uskikket», redd og gal (8). Både *waali* og *gini* ga funksjonsfall som var synlig for omgivelsene, men etiologien var ulik. *Gini* ble beskrevet som en mulig årsak til *waali*, men *waali* kunne aldri føre til *gini*. *Gini* er

Religion og bønn er viktige botemidler ved psykiske plager.



altså distinkt forskjellig fra annen psykisk sykdom, da det er ensbetydende med at årsaken er nettopp *gini*. Ingen av studiene beskrev hvordan man i praksis kunne skille *waali* fra *gini*.

Murug kan oversettes med «tristhet» eller «bekymring». *Murug* ble i sin mildeste form beskrevet som en slags hverdagstristhet, men det kunne også være en alvorlig depressiv sykdom med *waali* som ytterste konsekvens (8). I en annen artikkel ble ordet *welwel* brukt på samme måte som *murug* (6). *Welwel* ble beskrevet som en bekymring som oppstår på grunn av ressursmangel, arbeidsledighet eller sosiale problemer. *Welwel* kunne også føre til *waali* (6). Begrepsparet *murug/welwel* ble dermed forklart som psykiske plager, og ikke en sykdom omgivelsene nødvendigvis la merke til, med mindre personen selv fortalte om plagene.

Buufis betyr «svevende ballong» og beskriver uopnådde drømmer eller mål (7). I en studie ble *buufis* brukt om en sterk følelse av verdiløshet (7). En typisk person med *buufis* ble beskrevet som en arbeidsledig, ensom mann som var trist, sint, aggressiv og paranoid (7).

Qulub ble i en studie brukt om alvorlig depresjon (9), men informantene var uenige om hva *qulub* betydde. Noen beskrev *qulub* som en tilstand med psykotiske symptomer, men alle var enige om at *waali* var det riktige ordet for så alvorlig sykdom (9). Diskrepansen i ordbruken gir mistanke om at det somaliske

språket begrenser forståelsen og beskrivelsen av psykiske plager.

Studiedeltakerne trakk frem krigsopplevelser, fragmenterte familier og fremmed kultur i vertslandet som årsaker til psykiske plager (6, 8). Andre årsaker var arbeidsledighet, manglende evne til å etterleve sitt sosiale ansvar og skuffelse over ikke å ha oppfylt forventninger (6). I en studie ble ustabil bosituasjon beskrevet som årsak til psykisk belastning og diskontinuitet i helseoppfølging (10). Arbeidsledighet, håpløshet, krigstraumer og *gini* ble beskrevet som mulige årsaker til *waali* (8).

Stigma og andre barrierer mot bruk av helsetjenester

I studiene syntes den viktigste barrieren mot bruk av helsetjenester å være stigmaet knyttet til psykisk sykdom (8, 9, 12, 14). Terskelen for å være åpen om psykisk sykdom var meget høy. Hvis man søkte psykiatrisk hjelp, var man pr. definisjon «gal». Å bli stemplet som «gal» kunne medføre at man ble utstøtt, også av sine nærmeste (9). Det var spesielt stigmatiserende å lide av *gini* (8). Ungdommer fortalte at det ble forventet at de skulle kunne hanskes med sine problemer på egen hånd og at mentale problemer var tabubelagte (12). Det å oppsøke terapeut ble latterliggjort (12). Tilsvarende ble ordet «tabu» brukt for å beskrive psykisk sykdom, og i en av studiene ble deltakerne overrasket når de fikk høre at det fantes somaliere som hadde blitt innlagt i psykiatrisk avdeling (14). Selvmordstanker var spesielt tabubelagte da det er strengt forbudt å ta livet sitt i islam (14).

Det var også andre årsaker til at helsevesenet ikke ble oppsøkt ved tilstedeværelse av psykiske plager. Kommunikasjonsproblemer knyttet til at man ikke behersker vertslandets språk, samt manglende felles kulturelle referanser ble nevnt som årsaker til underforbruk av helsetjenester (6, 9, 15). I to studier ble det understreket at pasientene måtte få hjelp av helsepersonell av samme kjønn, såfremt dette var praktisk gjennomførbart (14, 15). Siden tradisjonelle healere og religiøse ledere i stor grad er menn, og de fleste studiene beskrev at det var disse man henvendte seg til ved psykiske plager, er det litt uklart hvorfor psykiatrisk helsepersonell av motsatt kjønn var problematisk.

Funn fra Norge: Tøyenprosjektet

En av de inkluderte studiene undersøkte hva oppbrudd og livet i eksil kunne bety for psykisk helse blant somaliere i Norge og Finland (7). Ifølge informantene ville det i et vertsland med et ukjent hjelpeapparat, være lettere å vende seg til Gud ved psykiske plager. Fastlegen ble oppsøkt i liten grad, da det tok lang tid å få time med tolk. Legevakten ble dermed et lavterskeltilbud man benyttet seg av, spesielt om natten, når ubehaget var som verst. Flere sa at en ressursperson som kjente både de somaliske og norske samfunnsstrukturene godt, kunne gi nyttige råd til de nyankomne. Informantene ønsket at fagfolk innen psykisk helsevern kunne samarbeide med en religiøs, autoritativ person som kunne resitere fra koranen for den urolige pasienten. Tilliten til psykia-



I Somalia lever alvorlig psykisk syke på utsiden av samfunnet. FOTO: FATIMA ISMAIL

triske institusjoner var liten, og det «å få en sprøyte» var en utbredt frykt. Sprøyten ville medføre at man «ikke en gang kunne brukes som vitne». Det ble også beskrevet et prosjekt fra Tøyen DPS hvor psykiater og en somalisk ressursperson jobbet tett med pasienter og deres pårørende. Erfaringen der var at til tross for tett oppfølging og ressurssterke pårørende, ble tradisjonell behandling eller hjelp i hjemlandet ofte foretrukket.

Avsluttende betraktninger

Studiene vi har sett på, viser at somalieres terskel for å oppsøke medisinsk hjelp ved psykiske plager er veldig høy og at de er alvorlig syke når de først gjør det. Når hjelpen først oppsøkes, er det gjerne hos instanser som flyktninghjelp, skole og fastlege. Dette innebærer at slike henvendelser må tas på det største alvor, da det er sannsynlig at den det gjelder er alvorlig syk og fungerer dårlig i hverdagen. Det er også

stor sannsynlighet for at pasienten har brutt strenge kulturelle barrierer ved å sette ord på sine psykiske plager.

I Somalia er det et skarpt skille mellom 'gal' og 'ikke-gal' (16), og det skjer en gjennomgripende endring i hvordan man blir behandlet av samfunnet når den psykiske sykdommen blir synlig. Den direkte konsekvensen av stigmaet er sosial eller fysisk isolasjon (16). I Somalia er det allment akseptert å lenke psykisk syke fast til stolper og trær, og ofte gjøres dette av deres nærmeste pårørende (16). Det er også vanlig at synlig psykisk syke utsettes for vold ved for eksempel at de blir kastet stein på eller gjøres narr av (16). Er man først regnet som gal, kan man aldri bli regnet som frisk igjen eller bli et fullverdig medlem av samfunnet (16). Tilsvarende forståelse av psykisk lidelse og holdninger til medisinsk behandling er også rapportert fra andre afrikanske land og fra verdensdelene der andre religioner enn islam dominerer (17, 18). Stigmaet blir en slags mur mellom den syke og den medisinske behandlingen, på tvers av religiøse og kulturelle determinanter. Det fører til at en selv og ens nærmeste forsøker å skjule en eventuell psykisk lidelse for omgivelsene.

Det er viktig å identifisere psykiske plager for å hjelpe pasienten, men også for å normalisere psykiske plager blant somalierne. Samtidig er det ikke sikkert at alle psykiske plager skal håndteres av helsevesenet. Å sette diagnoser på personer som ikke har et funksjonsfall, er i beste fall sløsing av ressurser. Psykiatriske tjenester og medisiner vil ikke hjelpe dersom en psykisk plage oppstår på grunn av vanskelige boforhold eller økonomiske problemer. Dersom det foreligger psykiske plager eller somatisering, kan det derfor være verdt å bruke tid på kartlegging av sosial situasjon, bruke pasientens private nettverk som en ressurs og om nødvendig koble inn sosiale instanser. I to av studiene kom deltagerne med konkrete eksempler på måter man kunne hjelpe den plagede på (3, 9): Man kunne la vedkommende bo hos seg i perioder, passe barna, lage mat og lignende. Den kulturelle somaliske forventningen om å ta vare på sine nærmeste, gjør at nettverket viser solidaritet med den som sliter.

Det bør igangsettes informasjonskampanjer for å ufarliggjøre psykisk helsevern og å sikre tilgang til adekvat behandling også for dem som er antatt å lide av *gini*. Dette kan for eksempel gjøres i samarbeid med toneangivende personer i miljøene. Disse personene kan med fordel også brukes i behandlingen av pasienter i psykisk helsevern. Det er rapportert at helseperso-

nell lettere når frem til pasienten når de går sammen med tradisjonelle healere (19). Hvis pasienten får god medisinsk behandling, kan man tilby samarbeid med en religiøs leder og koranlesing i tillegg, såfremt dette ikke forverrer en eventuell psykose. Det bør ikke være noe i veien for å prøve dette ut også i Norge, slik at man finner en plattform på tvers av samfunnsstrukturer, med felles forståelse og respekt. Dersom pasientens religiøse og kulturelle tilhørighet blir ivaretatt, blir hele mennesket sett. En slik tilnærming til pasienten vil sannsynligvis gjøre den medisinske behandlingen mer effektiv.

REFERANSER

- Goth US. Toleranse, kultursensitivitet og akkulturasjon: Interkulturelle utfordringer for primærhelsetjenesten og nyankomne innvandrere i Norge. *FLEKS – Scand J Intercultural Theory Pract* 2014; 1: 1–19.
- Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 308.
- Fangen K, Hjelde KH. Oppfølging, respekt og empowerment. Somalieres forståelse og hjelpepraksis ved psykososiale vanskeligheter. *Norsk Tidsskr Migrasjonsforskning* 2006; 7: 79–99.
- Ruud SE, Aga R, Natvig B, Hjortdahl P. Use of emergency care services by immigrants – a survey of walk-in patients who attended the Oslo Accident and Emergency Outpatient Clinic. *BMC Emerg Med* 2015; 15: 25.
- Sheikh-Mohamed, AB. (2016): Somaliske immigranternes forståelse av psykisk sykdom og bruk av helsetjenester ved psykiske lidelser. Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.
- Molsa ME, Hjelde KH, Tiilikainen M. Changing conceptions of mental distress among Somalis in Finland. *Transcult Psychiatry* 2010; 47: 276–300.
- Hjelde KH. Somalieres forståelse av psykisk helse, sykdom og behandling i eksil (Del II): Konsekvenser for psykisk helsearbeid. *Tidsskr for psykisk helsearbeid* 2008; 5: 24–33.
- Carroll JK. Murug, waali, and gini: Expressions of distress in refugees from Somalia. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2004; 6: 119–25.
- Piwoarczyk L, Bishop H, Yusuf A, Mudumba F, Raj A. Congolese and Somali beliefs about mental health services. *J Nervous Mental Dis* 2014; 202: 209–16.
- Warfa N, Bhui K, Craig T, Curtis S, Mohamud S, Stansfeld S, et al. Post-migration geographical mobility, mental health and health service utilisation among Somali refugees in the UK: a qualitative study. *Health Place* 2006; 12: 503–15.
- McCrone P, Bhui K, Craig T, Mohamud S, Warfa N, Stansfeld SA, et al. Mental health needs, service use and costs among Somali refugees in the UK. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 351–7.
- Ellis BH, Lincoln AK, Charney ME, Ford-Paz R, Benson M, Strunin L. Mental health service utilization of Somali adolescents: religion, community, and school as gateways to healing. *Transcult Psychiatry* 2010; 47: 789–811.
- Kroll J, Yusuf AI, Fujiwara K. Psychoses, PTSD, and depression in Somali refugees in Minnesota. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 46: 481–93.
- Wolf KM, Zoucha R, McFarland M, Salman K, Dagne A, Hashi N. Somali immigrant perceptions of mental health and illness: An ethnographic study. *J Transcult Nurs* 2016; 27: 349–58.
- Filippi MK, Faseru B, Baird M, Ndikum-Moffor F, Greiner KA, Daley CM. A pilot study of health priorities of Somalis living in Kansas City: laying the groundwork for CBPR. *J Immigr Minor Health* 2014; 16: 314–20.
- WHO. A situation analysis of mental health in Somalia. October 2010. Geneva: WHO, 2010.
- Egbe CO. Experiences and effects of psychiatric stigma: Monologues of the stigmatizers and the stigmatized in an African setting. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2015; 10: 27954.
- Adhikari SR, Pradhan SN, Sharma SC. Experiencing stigma: Nepalese perspectives. *Kathmandu Univ Med J* 2008; 6: 458–65.
- Mohamed-Kaloo Z, Laher S. Perceptions of mental illness among Muslim general practitioners in South Africa. *S Afr Med J* 2014; 104: 350–2.

■ INGRID.JOHANSEN@UNI.NO