

## **SIOS Kvinnokommitté**

Seminarium 8 maj 2010

### **Hälsa- och sjukvården med fokus på kvinnor, rasism och intolerans**

**Madjide Akay** som är kvinnokommitténs ordförande hälsade alla välkomna och presenterade dagens program.

Första föreläsare var **Isis Nyampame**, utredare på folkhälsoinstitutets avdelning för analys och uppföljning. Hon var projektledare för utredningen om de nationella minoriteternas hälsosituation. Nyampame poängterade att hon i sin föreläsning även utgick från egna erfarenheter. För henne blir det ofta påtagligt att man blir betraktad utifrån sitt utseende. Nyampame inledde med en diskussion om vad hälsa är och varför det är viktigt att studera folkhälsan. Det är betydelsefullt att undersöka människors subjektiva upplevelser av vad som är hälsa, samt vad som skapar hälsa respektive ohälsa.

När det gäller människor som inte är uppvuxna i Sverige blir det ännu mer relevant än i andra fall att tänka på hur kunskap förmedlas. Saker som rör ens hälsa och rättigheter är av stor vikt och alla bör ha samma möjligheter att ta del av informationen. Dessvärre är inte dessa möjligheter en realitet. Personer som är födda i ett annat land har generellt sämre hälsa än de som är födda här. Det är dessutom mycket vanligare att personer med en religion eller kultur som ses som "annorlunda" anses ha "diffusa symptom". Här blir det oerhört tydligt hur viktig kommunikationen är. Den hindras ytterligare av fördomar om "andra kulturer". Genom kommentarer från publiken framkom att man på läkarprogrammen inte pratar om kultur i termer av diskriminering och kulturell kompetens, utan tvärtom utifrån ett essentialistiskt eller till och med rasistiskt perspektiv.

Det är enligt Nyampame viktigt att ha i åtanke att vi lever i en globaliserad värld. Tre procent av jordens befolkning, 214 miljoner människor, är migranter. En stor del av dem lever som illegala immigranter. I Sverige är tolv procent av befolkningen, och hela 17 procent av kvinnorna, immigranter. Dessa tillhör ca 150 olika etniska grupper.

Nyampame presenterade begreppet enculturation. Detta innebär inte assimilering, utan snarare att förstå och anamma den kulturella linsen i ett samhälle. Hon diskuterade begreppet kultur och hur begreppet exempelvis kan delas upp i explicita manifest såsom mat och traditioner samt i en implicit del bestående av interna regler och antaganden. Även etnicitet är ett mångtydigt begrepp. Det kan innefatta kultur, ursprung och i vissa fall ras eller språk. Det som det ofta handlar om är en uppdelning i "vi och de". Etnicitet blir relevant i folkhälsoarbete på en mängd olika sätt. Detta då skapandet av etnicitet kan kopplas samman med bland annat diskriminering, fattigdom och skillnader i bostadssituationen. Hon uppmärksammade att diskriminering dock inte ska blandas ihop med segregering

Att vara invandrare innebär en ökad risk för att drabbas av ohälsa. Det finns en överrepresentation vad gäller såväl fysisk som psykisk ohälsa. Nyampame hänvisade till Nancy Krieger, som uttryckt att bestämningsfaktorerna för hälsa är ekonomiska och politiska, och att sjukdom kan ses som en social produkt. Förklaringarna till hälsoskillnaderna tillhör i huvudsak två olika skolor. Antingen hänförs orsakerna till erfarenheterna och situationen före

personen emigrerade, eller till faktorer i det nya landet såsom dålig integration, diskriminering eller arbetslöshet.

Hon betonade att det finns olika aspekter av migration också, det kan påverka mycket om det handlar om till exempel flykt eller planerad migration, legal eller illegal, temporär eller permanent och vilka faktorer i hemlandet respektive det nya landet som hade betydelse. Det poängterades att man bör komma ihåg att det finns olika skäl till att människor emigrerar och att graden av frivillighet kan ha stor betydelse. Resultatet blir dessutom ofta att personen helt eller delvis förlorar sina vänner, sin självständighet och sina möjligheter att uttrycka sig. Annat som i hög grad påverkar människors möjligheter till en god hälsa är kön, klass, yrke, familj och sexuell läggning.

Invandrade personer och deras behov är således inte likadana, och det behövs adekvata sätt att tillgodose behoven. Sverige har emellertid ingen plan vad gäller immigranternas hälsa. I huvudsak anses bristerna vara relaterade till språkskillnader, information, bemötande och stereotyper. Avslutningsvis delade Nyampame med sig av en egen erfarenhet av sjukvården, från ett tillfälle när hon antogs vara en misshandlad kvinna trots att hon själv visste vad problemet var.

**Eva Robertson** från högskolan i Borås var nästa föreläsare. Hon är barnmorska och har i sitt arbete mött kvinnor från ett hundratal länder. Hon har även jobbat med kvinnor i Latinamerika. Enligt henne är det inte vårdteknologin och konkreta behandlingar som är det viktigaste, utan vården är en kommunikativ verksamhet. Språket fungerar som ett redskap för kommunikation och samvaro men också för att bygga upp makt och legitimera handlingar. Samtal är emellertid något som inte värdesätts inom vården. Något som Robertson är kritisk till, eftersom det är av stor betydelse hur saker uttrycks. Möjligheterna att få en bra tolk är avgörande för om det ska gå att formulera sina besvär. Betydelsen av att fråga sig vems sanning som kommer fram poängterades.

Inom hälso- och sjukvården råder generellt en uteslutande kultur och en mängd outtalade värderingar. Robertson berättade lite om sin egen forskning och att hon använder sig av subgrupper utifrån exempelvis utbildning och ekonomiska faktorer. Resultatet av hennes och andras studier är att utlandsfödda kvinnor har sämre självuppskattad hälsa, högre risk för psykiatriska diagnoser och mindre deltagande i cellprovtagning och screening för bröstcancer. Vad gäller reproduktiv hälsa var det bland utlandsfödda vanligare med aborter i tonåren, det gjordes färre planerade besök på mödravårdscentralen, gavs mindre smärtlindring vid förlossning och i vissa subgrupper var det vanligare med komplikationer i samband med förlossningen.

De bidragande orsaker som hon sett var för det första omständigheter kring migrationen i sig såsom krisartade upplevelser och att behöva återetablera sig. Kvinnorna hade ofta en hög beredskap och känsla när det gällde andras behov, men det mesta fick gå före de egna behoven. Dessutom kan avsaknaden av kvinnliga nätverk och så kallade kulturella speglar ha stor betydelse. Det kan även finnas förväntningar på hälso- och sjukvårdssystemet som inte uppfylls och synen på hälsa, sjukdom och den egna kroppens funktioner kan skilja sig åt. Hon berättade om en kvinna som, trots att hon utsatts för tortyr, trängt undan de psykiska och fysiska konsekvenserna men som långt senare ändå visade sig.

Robertson lyfte fram att förtroende är mycket viktigt för att uppnå både trygghet och hälsa. Det kan exempelvis vara svårt att uttrycka sig över telefon, inte bara då det handlar om språkproblem. Hon påpekade att det är viktigt med olika slags studier för att få en så helhetsbild som möjligt, och framhöll även att det aldrig går att få en total bild av hur något är. Inom medicinen och i samhället i övrigt finns en stark uppdelning mellan kroppen och det mentala, men av individen upplevs kroppen som en helhet och hon anser att det i högre grad bör kopplas samman även i teorin.

Alla har vi en etnicitet, men ”vi” har tagit oss makten att definiera ”de andra” genom en process av uteslutande och marginalisering, som alltid görs utifrån den dominerande gruppens intressen. Robertson lyfte fram det anmärkningsvärda i att de svenskar hon jobbade med pratade på samma sätt om chilenska kvinnor som de chilenska barnmorskorna pratade om peruanska kvinnor. De flesta människor är mer eller mindre etnocentriska och det leder, tillsammans med kategoriseringen av människor, till skapandet av stereotyper. Fördomar används enligt henne för att stärka den egna självkänslan, försvara sina värderingar och även rättfärdiga ett beteende.

Kultur beskrevs som något som flödar utan att behöva vara knutet till människor. Vi anpassar oss efter och blir även uppfattade utifrån kontexten i varje situation. I den sociala kategoriseringen bestäms värden och dikotomier upprätthålls. Robertson beskrev begreppet stigma som ett perspektiv som uppkommer i social situation när någon inte uppfyller det som räknas som normalt, till exempel ett beteende. Stigmatiseringen leder ofta till att personen börjar se ner på sig själv och även föregriper omgivningens bemötande på olika sätt. Hon poängterade att vårdpersonal måste få större förståelse för vårdtagares beteende, såsom att något som uppfattas som otrevligt kan ha sin grund i diskriminering och stigmatisering.

Ett citat av Blackford togs upp för att illustrera sjukvårdskulturen – ”[s]vårigheterna i de praktiska problemen som sjuksköterskorna upplevde låg i att de i sin kultur förutsatte att deras perspektiv var rätt utan att överväga vilka grunder det utgick ifrån”. Robertson anser att sjuksköterskor och annan vårdpersonal även bör se sin egen underordning under exempelvis läkare. Det är av mycket stor vikt att identifiera när och varför förklaringar som utgår från etnicitet kan vara relevanta för att förstå ett hälsotillstånd. När de istället förstärker gränser, diskriminerar och kränker patienten så skapas en underordning av vårdtagaren.

Vi bedöms utifrån olika faktorer såsom kön, funktionshinder, ålder etc. Det finns inte en enda hierarki utan olika faktorer är sammanflätade och påverkar oss och vårt bemötande gemensamt. Oberoende av besöksorsak har genus betydelse för hur och vad som behandlas. Ronder på sjukhus och i liknande vårdssammanhang är utformade för att få en snabb och koncis information. En öppen dialog och att bli involverad anses det inte finnas tid för, det är något som dessutom betraktas som en ”kvinnlig” kommunikation.

Robertson beskrev hur den biologiska kroppen är tillgänglig för läkare och andra medan den upplevda kroppen bara är tillgänglig för en själv. Eftersom problem alltför sällan undersöks på djupet, såsom varit fallet med så kallade slasktrattdiagnoser och ”mystiska kvinnosjukdomar”, börjar den som drabbats att leva sitt liv genom, ibland i jakt på, de kroppsliga

symptomen eftersom de är det enda som ses som väsentligt. Det gör att behovet av bekräftelse och beroendet av sjukvården förstärks hos vårdtagaren.

Det är enligt Robertson av stor betydelse att vara medveten om att posttraumatiska reaktioner hos kvinnor kan aktualiseras i undersökningssituationen. Vårdpersonal bör därför vara lyhörd, medveten om sin egen roll och visa respekt för andras perspektiv. Detta bland annat för att kunna förstå den emotionella reaktionens ursprung. Vid undersökningen bör vårdgivaren vara lyhörd även för ickeverbalt kommunikationsflöde samt lyssna och vara noggrann i sina tolkningar och svar. Robertson har bland annat jobbat med kvinnor med missbruksproblem och tog som exempel hur en kvinna hade uttryckt att för varje person som såg henne som en människa kom hon ett steg längre bort från missbruket.

Hon frågade sig om det talas om normerna i hälso- och sjukvården eller om personalen ser sig som helt neutrala och opartiska i relation till patienter och medarbetare. När vi helt underordnar oss regler, rutiner och vanemönster så blir vi enligt Foucault en del i maktformandet. Robertson påpekade att det finns checklistor för instrument men att personalen inte servas på ett liknande sätt. Det är i princip bara när någon går in i väggen som handledning ges. Hon ifrågasatte även vem och vad som styr tillgången och kvalitet vad gäller tolkar, och vem det egentligen är till för.

Det finns en ”normpatient” men inte bara en sorts patienter. Den omedvetna makten är enligt henne farlig. När man tar på människor är det möjligt att förskjuta makt med händerna, genom att visa respekt och aktning. Hon vill även sätta fokus på gränsen mellan vård och behandling. Vård kräver, och kan sägas vara, en dialog. För att kunna läka på riktigt krävs inte bara medicin. Det avgörande är att kunna lita både på kroppen och på att man kan få hjälp. Detta blir svårt om människor skickas hem utan att lyssnas på, i synnerhet om det slutar traumatiskt.

Robertson presenterade olika definitioner av hälsa såsom WHO:s ”ett tillstånd av fullständig fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom eller handikapp”. En annan beskrivning är att hälsa innebär att orka sträva, att både kunna insjukna och tillfriskna. Kroppar kan enligt henne självläka, men för det behövs stöd. Humanitet är inte att bara ”göra något” för andra utan att ge tid och vara med. Hon förklarade att det jämlika vårdssamtalet kräver en ojämlik relation – vårdarens underordning till vårdtagarens behov och situation. Att bara anpassa sig till normerna inom vården är att underordna sig. För att kunna förändra något krävs det att man synliggör grupper eller personers villkor i relation till de begränsande maktstrukturerna.

**Isabella Canow** var nyinsatt föreläsare istället för Gerd Röndahl som hade varit tvungen att lämna återbud. Hon tog inledningsvis upp till diskussion vilka som räknas som ”vi”. Det konstaterades att de för tillfället var alla på seminariet som var vi. Canow konstaterade att ”de” i detta sammanhang kunde syfta på sjukvården, landstinget och politikerna. Samt att det alltid finns ett vi och ett de, vilket ofta leder till missförstånd, intolerans och diskriminering.

Canow har föreläst för personal inom vården och deltagit i projekt kring mångfald och integration. Hon menade att hennes och andras erfarenheter var lika viktiga som själva forskningen. Hon berättade om en kvinna som dött i samband med en förlossning efter att hon varken blivit tillräckligt lyssnad på eller fått adekvat vård. Fallet med läkaren som uttryckt att

människor från Turkiet och Grekland bara vill bli sjukskrivna diskuterades också. Det konstaterades att det inte handlade om ett undantag utan att det är en utbredd attityd.

Canow gick igenom olika hälsosektorer, såsom den professionella respektive den folkliga sektorn där egenvård har en viktig plats. En del personer går till läkemän eller imamer för att botas. Den svenska vården är till stor del förebyggande men i praktiken går många, i synnerhet de som är vana vid en annan sjukvård, dit först när de inte står ut mer.

Många gånger kan föreställningar om religion påverka den vård som ges. Det är inte ovanligt att vårdpersonal exempelvis utgår från att muslimska kvinnor inte kan tala för sig själva utan vänder sig till mannen. Sjuksköterskor i Sverige har relativt stor makt i jämförelse med i en del länder. Vissa saker som de får göra här görs på andra håll av läkaren. Den som kommer från ett land där sjuksköterskan är en assistens som till exempel kokar kaffe kan känna sig frustrerad över att inte få hjälpen av en läkare.

Canow påpekade att det i många länder inte används diagnoser såsom depression eller ångest. Psykiatriska diagnoser kan vara ovanliga och förknippade med att betraktas som galen. Detta medför problem med att få relevant vård. Många vill inte få en, kanske korrekt, diagnos utan söker vård för symptomen i sig. Seminariedeltagarna diskuterade huruvida dessa diagnoser kan sägas vara skambelagda även i Sverige och i vilken utsträckning. Det finns sannolikt olika grad av tabu kring detta i olika sociala skikt. Fibromyalgi kom också upp till diskussion.

Canow pratade om placeboeffekter och att de flesta blir friska av vad de tror på, oavsett om det handlar om terapi eller ritualer. Hon poängterade att tillhörighet respektive hemlängtan kan påverka välmåendet och hälsan. Den som inte har stöd från familj och övriga samhället riskerar att bara tillfriskna kortsiktigt. Avslutningsvis påminde hon också om att studier alltid är begränsade till en särskild grupp och att det är svårt att försöka vara heltäckande eller generaliserande.

## **Diskussion**

*Hur kan vi inom SIOS arbeta för att motverka rasism, afrofobi, antiziganism, homofobi och islamofobi inom hälso- och sjukvården?*

Det är bra med seminarier, informationsträffar och opinionsbildning.

Det är politikernas ansvar, men även andras. Politiker bör åtminstone engagera sig mer.

Vi bör bjuda in politiker för att svara på frågor.

Media bör också engagera sig mer, och vi kan rikta insatser mot media.

Det är viktigt att lyfta fram de strukturer som finns inom sjukvården.

Riktig professionalitet ska inte innehålla rasism, sexism eller liknande tankesätt.

Inte lägga skuld på fel ställen.

Vikten av en respektfull behandling och ett bra bemötande bör vara en del i utbildningarna.

Vi kan bjuda in läkare och sjukvårdspersonal, och försöka skapa en dialog med personal och studenter. Granska kurslitteratur.

Även kontakta facket och försöka samarbeta med dem.

Det bör finnas utbildningar i detta för såväl vårdpersonal som biomedicinska analytiker.

Identifiera och lyfta fram vad konsekvenserna av diskrimineringen blir.

Hur påverkar nedskärningarna vården? Vilkas behov satsas det på?