

The background features a stylized sun with yellow rays in the upper right and a red shape resembling an eye with a white circular pupil in the lower left. The text is centered within a white, cloud-like shape that overlaps the sun's rays.

Den
mångkulturella
vården

Den mångkulturella världen

Region Skånes etiska råd
Region Skåne
JA Hedlunds väg
291 89 Kristianstad

ISBN 978-91-7261-267-9
© Region Skånes etiska råd och författarna
Grafisk form Johan Laserna
Tryckt av Media-Tryck, Lunds universitet,
Lund 2014

Innehåll

Förord · 5

Nils-Eric Sahlin

Introduktion:

Mångkulturell hälso- och sjukvård · 7

Anne Sofie Roald

Röster om möten med vården

– en minoritetsgrupps upplevelser · 15

Margareta Popoola

Religiös integritet.

Hur tillgodoser hälso- och sjukvården

den enskilde patientens behov? · 27

Magdalena Nordin

Hamida Nabis erfarenheter · 37

Lotta Narvehed

Mångkultur: möjligheter – problem

Sjukvårdens perspektiv · 47

Jesper Persson

Framgångsrikt samarbete över Öresund
ger äldre invandrare bättre vård · 55

Set Mattsson

Mångkulturalismen har misslyckats · 63

Aje Carlbon

Heder, våld och sexualitet i vårdmöten · 73

Pernilla Ouis

Medverkande · 87

Förord

Nils-Eric Sahlin

Detta är den femte boken i den serie medicinsk-etiska småskrifter som Region Skånes etiska råd ger ut. Den handlar om den mångkulturella vården – möjligheter och problem. Texterna i denna skrift baseras på en konferens, Vår mångkulturella hälso- och sjukvård engagerar, som rådet anordnade under 2011.

Skriften har redigerats av Anne Sofie Roald. Roalds inledande kapitel är ett utmärkt förord till denna volym. Det finns därför ingen anledning att här repetera vad hon säger. Däremot finns det all anledning att framföra ett varmt tack till Anne Sofie Roald för det goda arbete som lagts ned på volymen samt till författarna för de intressanta bidragen. Rådets förhoppning är att denna skrift skall stimulera det etiska samtalet om dessa viktiga etiska frågor.

Mångkulturell hälso- och sjukvård

Anne Sofie Roald

I dag är Skåne en mångkulturell region i bemärkelsen att människor från olika länder, med ursprung i olika etniska och religiösa grupper och med olika klass- och utbildningsbakgrunder, bor i en och samma region. Trots denna mångfald är städerna i regionen relativt segregerade eftersom många invandrare och deras barn bor i egna bostadsområden, medan svenskar som har sina rötter i Sverige i flera släktled oftast bor i andra områden. Det är i huvudsak denna segregation mellan olika befolkningsgrupper som gör att vårdpersonal känner sig osäker inför mötet med människor från andra kulturer. Det är särskilt vårdpersonal som har liten eller ingen kontakt med invandrare utom i jobbsituationer som känner att de vill ha mer kunskap om andra kulturer och om hur en mångkulturell etik ska eller bör se ut.

Det är emellertid svårt att ge klara svar på hur vårdpersonal ska bemöta människor som i första hand relaterar till kulturella och religiösa traditioner från sina eller sina föräldrars hemländer. Huvudsakligen är det i gränsfall som det kan bli problematiskt för vårdpersonal att veta hur långt man är villig eller hur långt man måste sträcka sig för att uppfylla honnörsparollerna: ”patienten i centrum” och ”individpassad vård”.

Många saker som tidigare har varit problematiska har efter hand funnit sin lösning. T ex är problem kring servering av sjukhusmat mer eller mindre icke-existerande; att muslimer eller judar inte ska serveras vin när de ligger på sjukhus är lika självklart som att det alltid ska finnas vegetariska rätter för patienter som är vegetarianer.

Inte heller det ständigt återkommande dilemmat med patienter som inte vill ha manliga eller kvinnliga läkare särskilt inom gynekologi och urologi är fullt så problematiskt som det en gång var. En av de första sakerna som Region Skånes etiska råd fick upp till diskussion var Malmö Universitetssjukhus kvinnokliniks skrift om hur patienter som ville ha kvinnliga läkare skulle bemötas.

KK:s förslag var att patientens begäran så långt det är möjligt ska bemötas, dvs om det finns kvinnliga läkare till hands som inte är upptagna på annat håll. Men i sista hand är det patientens eget ansvar. Hon kan i princip söka sig till en privatläkare om hon inte är tillfreds med den vård hon får i det offentliga. Etiska rådet ställde sig positivt till förslaget.

Den viktigaste frågan för vårdpersonal i mötet med människor med annan kulturell och religiös bakgrund är om bemötandet ska grundas på särbehandling för att man tillhör en minoritetsgrupp eller om alla ska behandlas och bemötas på samma sätt oberoende av vilken kulturell bakgrund man har. De flesta som jobbar inom vården är införstådda med att man på ett medmänskligt plan oftast bemöter patienter olika utifrån en generell intuition om mänskliga olikheter.

Några patienter är mer krävande än andra och även många patienter med svensk bakgrund kräver specialbehandling som vårdpersonalen inte alltid kan eller vill

ställa upp på. Samtidigt är även vårdpersonal olika, och det som för en läkare eller sköterska/skötare är oproblematiskt kan för andra vara oacceptabelt. Ett exempel på detta är när muslimer inte vill ta en person av ett annat kön i hand.

Under mina föreläsningar i mångkulturell etik för Region Skånes vårdpersonal har denna fråga kommit upp till diskussion. Medan några säger att de inte bryr sig om ifall patienter inte vill handhållas blir andra upprörda och anser det som kränkande. Det mångkulturella patientbemötandet handlar därför lika mycket om psykologiska reaktionsmönster på ett personligt plan som om övergripande etiska föreställningar om hur vårdpersonal ska behandla patienter med en annan kulturell bakgrund än den svenska.

En annan fråga som uppfattas som problematisk i vården är hur personalen ska bemöta människor från andra kulturer i deras sista skede av livet. I svensk sjukvård har patienten rätt att få veta när sjukdomen har dödlig utgång. Det är en mänsklig rättighet att få veta att man snart ska dö. Men i många andra länder är detta ingen självklarhet. Där har detta oftast inte med klass eller utbildning att göra, något som det annars handlar mycket om i möten mellan människor från olika kulturer i Sverige.

I arabländerna, till exempel, finns det ett önskemål om att en person ska dö lycklig. Genom att undanhålla patienten kunskapen om att han eller hon är dödssjuk tror man att vederbörande slipper den dödsångest som kan följa av beskedet om att döden närmar sig med raska steg. Inom svensk vårdetik anses det motsatta gälla; om personen får kunskap om att han eller hon snart ska dö får man

möjlighet att ta avsked av nära och kära och förbereda sig inför det som ska komma.

Vad ska då vårdpersonalen göra i en situation där de vet att personen är dödligt sjuk och de anhöriga inte vill att patienten ska få reda på det? Här är återigen en svår situation som de flesta inte riktigt vet hur de ska tackla. Och tyvärr finns det ingen mångkulturell etik som är allmänt accepterad, eftersom de flesta etiska frågeställningar är flytande och oftast utan klara svar. I slutänden blir det en fråga om hur varje person klarar av att möta ”den andra” som individ och inte som en del av en grupp som anses vara annorlunda än ”vi”.

I denna bok kommer två olika synpunkter fram. Å ena sidan förslag om hur vårdpersonal ska underlätta för patienter från andra kulturer. Å den andra en problematisering av argumenten att majoriteten ska ändra beteende och attityder i möte med vårdtagare som inte har sin bakgrund i Sverige.

I det första bidraget kommer frågan om det mångkulturella bemötandet upp. Vad gör vårdpersonalen när patienter och anhöriga tar med sig sina kulturella seder in i vården? Som Margareta Popoola tar upp i sin artikel om romer är det i denna grupp vanligt att komma med mat till sjuka släktingar och vänner. Att ställa upp för sina sjuka släktingar har att göra med att vara eller att inte vara en del av gemenskapen. Är man inte delaktig kan man bli utfryst av den egna gruppen.

Ska vårdpersonal acceptera detta beteende för att respektera gruppens kulturella tradition och för att säkra individens plats i den romska gemenskapen, eller ska det ”svenska” systemet gälla? För vårdpersonalen kan detta bli ett svårt val. Å ena sidan vill de gärna sätta patienterna

i centrum, men om en patient sätts i centrum kan andra patienter komma i kläm. Hur reagerar andra patienter på avdelningen som är socialiserade in i en annan tradition på den romska traditionen? Vårdpersonalen måste i varje enskild sak göra en avvägning för och emot särbehandling och i varje enskilt fall måste olika intressen ställas mot varandra.

Magdalena Nordin föreslår i sin undersökning om hur religiösa behov täcks inom vården att vårdpersonalen öppnar upp för en dialog med patienterna. Hon uppfordrar dem att fråga patienterna vad som behövs för att de ska kunna utföra sina religiösa ritualer. Nordin menar att religiösa företrädare, präster, imamer, rabbiner etc., kan vara en tillgång i vården därför att de kan hjälpa patienter i svåra livskriser men också därför att de kan vara brobyggare mellan personal och patient.

Men religiösa företrädare kan inte alltid förmedla kulturella seder. Hamida Nabis beskrivning av afghanska kvinnors olika erfarenheter av barnafödande här i Sverige och i Afghanistan gör det klart för oss hur problematiskt det kan vara när människor från olika kulturer möts. Nabi, som har jobbat mest med analfabeter, den grupp som har svårast att tackla övergången till ett helt nytt samhällssystem, berättar om att dessa kvinnor har helt andra förväntningar på skeenden runt förlossningen än svenska kvinnor.

I Afghanistan får kvinnorna inte skrika när de föder, då blir de slagna av barnmorskan. Emellertid blir de behandlade som prinsessor de första fyrtio dagarna efter förlossningen. Den nyförlösta kvinnan får ligga i sängen och får barnet inburet till sig när det ska matas. Släktingarna ordnar med mat till hennes andra barn och hennes man samt tar hand om alla gäster som kommer för att gratulera.

I Sverige blir de afghanska kvinnorna bättre behandlade före och under förlossningen av den svenska vårdpersonalen än i Afghanistan, medan de efter förlossningen snabbt skickas hem där de får det tufft med att klara av att ta hand om familjen och gäster som enligt traditionen ska besöka en kvinna som nyss har fött barn. I det moderna Sverige hänger den sociala traditionen med från hemlandet, medan den materiella grunden, alltså storfamiljen med hemarbetande kvinnor, är borta.

Nabi menar även att många konflikter mellan vårdpersonal och patienter från andra kulturer uppstår därför att många invandrare i Sverige har låg eller ingen utbildning. Kulturkonflikter är alltså baserade på klasskillnader mer än kulturskillnader. Det handlar om att många som kommer hit till Sverige inte klarar av att tillägna sig hur saker fungerar här därför att de inte har lärt sig hur man själv söker kunskap. Eftersom vården är en av de få mötesplatserna mellan invandrare och svenskar så vore det kanske bra att ägna lite mer tid åt att förmedla samt ifrågasätta patienternas kultur, menar Nabi. På så sätt sätter man i gång tankeprocesser hos den enskilda patienten som kan hjälpa denna att fungera bättre i det nya samhället.

Jesper Persson skriver om de utmaningar vården har i dag och först och främst ser han behovet av att arbeta med attityder. Men han visar även, liksom Hamida Nabi, att kommunikationen ofta kan vara svår mellan vårdpersonal och patienter födda i utlandet. Missförstånd och missnöje som orsakar fientlighet kan lätt uppstå mellan människor i det mångkulturella Sverige. Persson som själv är chefsläkare ser detta som en utmaning för chefer på olika nivå i vården.

Samtidigt visar Persson vilken potential kulturell mångfald har för samhället. Det är viktigt att ta vara på utbildade invandrades kompetens, och på SUS har det nu satts i gång ett projekt där invandrare som har utbildning i vårddyrken kan få praktikplatser för att prova sin kompetens inom det svenska systemet.

Ett annat projekt som har satts igång inom vården är Migrationsskolan som startade 2011 och ska pågå fram till hösten 2014. Projektet har bl a till syfte att förbättra demensvården för personer födda utomlands och är ett samarbete där både danska och svenska aktörer är inblandade. Set Mattson berättar om hur Migrationsskolan kom i gång och om den forskning som bedrivs för att förbättra demensvården för utlandsfödda. Till exempel anses det vara viktigt att utveckla kognitiva tester som är anpassade till analfabeter och personer med annan utbildningsbakgrund än den gängse svenska eller danska.

De två sista bidragen diskuterar det problematiska i att vi här i Sverige har fått in kulturella seder som majoriteten måste förhålla sig till. Aje Carlbom diskuterar internationell forskning om mångkulturalism och hans slutsats är att mångkulturalismen har misslyckats. Genom att öppna upp för en positiv attityd gentemot seder och traditioner från andra kulturella sammanhang medverkar majoritetssamhället till att skapa kollektivism istället för att se den enskilda individen för sig. Han ger exempel där kulturella och religiösa ledare ställer upp normer för vad som är rätt och fel utan att ta hänsyn till att det finns en mångfald inom varje religion och varje kulturellt sammanhang. Mångkulturalismen cementerar alltså kulturella skillnader och grupper istället för att skapa grogrund för ett fruktbart möte mellan individer i samhället.

Pernilla Ouis problematiserar hedersbegreppet i sitt bidrag. Hon ger en noggrann introduktion till vad heder kan handla om och sätter in detta i ett svenskt sammanhang. Frågan är vad vårdpersonalen ska eller vill göra i situationer där det är uppenbart att heder spelar en stor roll. Hur ska vårdpersonalen balansera mellan föräldrars och barns önskemål till exempel vad gäller att få intyg på att en flicka är oskuld eller när en flicka vill att läkaren ska operera in en ny mödomshinna. Detta är stora frågor och det är osäkert om det är den enskilda vårdgivaren som ska ta sådana beslut eller om detta är frågor som måste diskuteras i högre instanser. Ouis menar att problemet är för komplext för att det ska finnas några enkla lösningar.

Många av bidragen i boken framhäver att det bästa förhållningssättet är att möta patienter som tillhör en minoritet i det svenska samhället som individer och inte som gruppmedlemmar. På samma sätt som etniska svenska patienter är olika och har olika krav på vården har invandrare från olika länder, etniska grupper eller religioner olika förhållningssätt till vårdpersonal. Och på samma sätt som det finns vissa saker som etniska svenskar kräver som kan godtas och andra saker som inte kan godtas måste vårdpersonal i mötet med patienter med en annan kulturbakgrund än de själva se dessa som individer och använda sitt omdöme för att på bästa sätt hitta hållbara lösningar för alla patienter.

Röster om möten med vården – en minoritetsgrupps upplevelser

Margareta Popoola

Romerna är en av de största minoritetsgrupperna inom EU, och enligt Europarådets uppgifter lider romer av en omfattande ohälsa och har en förväntad livslängd som är lägre än majoritetsbefolkningen i både Öst- och Väst-europa. Denna högre dödlighet och omfattande ohälsa kan även omfatta romer boende i Sverige. I vilken grad och på vilket sätt ohälsan visar sig i den nationella kontext som Sverige utgör är däremot mindre känt. Folkhälsoinstitutets delrapport om hälsotillståndet bland nationella minoriteter ger dock en fingervisning om att det bland romer i Sverige, jämfört med majoritetsbefolkningen, finns högre förekomst av hjärt- och kärlsjukdomar, en ohälsosam kosthållning och fysisk inaktivitet. Hälsotillståndet kan ha samband med att romer som etniskt urskiljbar grupp har levt – och lever – under sociala förhållanden som i olika grad präglas av diskriminering och exkludering från olika delar av samhället. Det är välkänt att det finns ett samband mellan exkludering och ohälsa, vilket ställer krav på samhället i stort, men också på sjukvården som har att hantera ohälsans konsekvenser.

Sjukvårdens möte med romer liksom med andra etniska minoriteter väcker frågor om särbehandling: Vad är generellt och vad är kulturspecifikt? Och framför allt: Hur ska man hantera det som upplevs vara kulturspecifikt? Har romer behov av kulturkompetent personal, och finns här behov av särlösningar som avgränsas till romer som etniskt urskiljbar folkgrupp? Detta är frågor som ställdes i den studie som den här artikeln bygger på och som genomfördes under åren 2007–2010.

Studien utgick från romers egna erfarenheter och upplevelser av mötet med sjukvården, vilket inte är ett objektivi- tätt mått på hur saker och ting egentligen förhåller sig. Utgångspunkten var att låta enskilda individer komma till tals och få en bild av hur sjukvården, som en av välfärdssamhällets institutioner, kan upplevas ur ett minoritets- och medborgarperspektiv. Totalt har undersökningen tagit del av nittiofyra personers uppfattningar (fyrtiotre män och femtioen kvinnor). Genom intervjuer eller enkäter har de gett uttryck för sina synpunkter. Av dessa nittiofyra personer intervjuades fyrtioåtta individuellt eller i fokusgrupper. Samtliga befann sig i åldersspannet arton till sextiofem år, och de var alla boende i södra Sverige. De hade antingen själv invandrat eller hade föräldrar som invandrat under sextio- och sjuttiotalen eller senare. De hade alla sin tillhörighet i de större romska grupperingarna med en bakgrund i Polen, Tjeckien, Slovakien, Ungern, före detta Jugoslavien, Tyskland, Italien och Finland; de hade olika religiös tillhörighet och hade det gemensamt att de själva eller genom närstående hade erfarenhet av sjukvård i Sverige.

KULTUR OCH KULTURKOMPETENS

Innan det går att svara på frågan om det finns ett behov av kulturkompetent personal inom vården måste själva innehållet i begreppet kultur kort beröras. Kultur brukar uppfattas som traditioner, vanor och föreställningar eller kort och gott det som binder samman människor i någon form av gemenskap. Denna gemenskap kan vara reell eller imaginär, det kan vara mer eller mindre stabilt men det brukar handla om något som går att känna igen. Samtidigt innebär mänskliga aktiviteter i sig att kultur är föränderligt. Här finns en glidning mellan det allmänna och det specifika, det gemensamma och det särskiljande som både förenar och distanserar minoritetsgruppen ifråga i förhållande till andra grupper. Det är här inte intressant huruvida skillnaderna faktiskt existerar, men man försöker fånga sin verklighet för att göra den begriplig. Det rör sig i grunden om en kamp mellan stabilitet och föränderlighet, universellt och partikulärt som i människors möten ställer krav på förståelse och flexibilitet och väcker frågor om såväl kultur som kompetens.

En person som specifikt studerat frågeställningen om kulturkompetens i vården är Elisabeth Björk Brämberg, som i sin avhandling *Att vara invandrare och patient i Sverige* från 2008 har studerat invandrades upplevelser av att vara patienter i Sverige. I sin avhandling kom Björk Brämberg fram till att kulturkompetens är av underordnad betydelse för att skapa god vård. Hennes resultat motsäger att man som vårdare ska lära sig kulturella särdrag enligt vad som har fått benämningen ”Culture Care Theory”, det arbete som Madeleine Leininger, en amerikansk läkare och socialantropolog, lade grunden för redan

under femtiotalet. Leiningers intresse för vård, socialantropologi och behov av medicinska insatser utanför USA har utmynnat i en holistisk ambition och hon har funnit ett antal faktorer som hon rekommenderar att man tar hänsyn till inom den transkulturella vården. Rekommendationerna utgör snarast en modell för hur man bör arbeta och vilka faktorer som kräver särskild kunskap och insikt. De kulturella och strukturella faktorer hon pekar på är: religion och filosofiska frågor; kinship (sociala band); politiska och juridiska faktorer; kulturella föreställningar och värderingar kopplade till klass och genus. Det ska kanske noteras att Björk Brämbergs studie tillkom ett halvt sekel efter Leiningers teoribildning om kulturkompetens i vården. Samtidigt har Leiningers arbete haft stor betydelse för den akademiska diskussionen och modellen, som bygger på en kulturpluralistisk tradition, är en utgångspunkt som dagens forskare måste förhålla sig till.

Det finns enligt Leiningers resonemang ett behov av att vårdpersonal, i mötet med patienter med en annan kulturell bakgrund, har kunskap om olika faktorer som kan ingå i patientens kultur. Genom tillgången till kulturella bakgrundsfaktorer förväntas personalen kunna arbeta holistiskt med personen, dennes (o)hälsa, sjukdomar och livssituation. Ambitionen att försöka sätta sig in i andra kulturella referensramar än de egna kan ses som sympatisk och nydanande. Samtidigt finns det anledning att peka på risken för att kunskap och förståelse övergår i kontraproduktiva generaliseringar.

Denna risk torde framför allt vara överhängande om kunskap bygger på fragmenterad information som inte ger en bild av individuella skillnader och olika menings-

sammanhang. Istället för att se människor som en representant för en kultur är det kanske viktigare att vara nyfiken på individen som står i fokus och låta de kulturella skillnaderna träda i bakgrunden.

NÖDVÄNDIGHET, VANA OCH FÖRÄNDRADE ATTITYDER

Samtal med de romer som ingått i studien som den här artikeln bygger på tycks ge stöd för Björk Brämbergs uppfattning att kulturkompetens är av underordnad betydelse. Hos de romer som kommit till tals genom intervjuer tycks inte finnas något övergripande önskemål om vare sig särlösningar eller om att sjukvårdande personalkategorier ska ha större kunskap om romsk kultur eller känna till bakgrundsfakta om romer. Inte heller enkäterna ger stöd för uppfattningen att det skulle finnas behov av kulturspecifika insatser för de romska grupperna. Andra uppgifter skulle kunna motsäga föregående påstående. Kostfrågor har diskuterats – skillnaderna härvidlag verkar framför allt vara en fråga om tradition och religion. Här finns röster som pekar på rituella renhetsregler. Andra pekar på en uppdelning mellan manligt och kvinnligt, kroppens uppdelning i övre och undre regioner och skammen över att i olika sammanhang diskutera tabubelagda ämnen som sexualitet, kroppsvätskor eller annat som påminner om kroppens funktioner. Här varnas för sammanblandning av män och kvinnor. Andra röster pekar på svårigheter med manliga läkare till kvinnliga patienter eller tvärtom. Men det förekommer också beskrivningar om hur tvång, eller åtminstone vad som upplevs vara tvång, nödvändighet och vana har förändrat attityder. En

yngre romsk kvinna som utbildat sig till ett vårddyrke jämför sin egen inställning med den äldre generationens.

De unga tror jag inte bryr sig så mycket. I början på kvinno-kliniken som det var en manlig doktor så brydde jag mig, men nu bryr jag mig inte. Man blir ju tvungen. Första gången jag skulle till gynekologen så var det en manlig, så kände jag... ska han? Men sen efter det så spelar det ingen roll. Men min farmor! Kvinnor i medelåldern och uppåt, de ska ha en kvinnlig när de vill ha. Men jag har inte hört att de får bestämma det. Men min farmor skulle hellre dött ... hon skulle vilja ha en kvinnlig.

Skiljelinjen enligt informanten går här mellan yngre och äldre, vana och nödvändighet, vilket skulle kunna vara en ingång för att förstå de disparata uppfattningar som framkommit i frågor som berör genusrelaterade frågeställningar. När det gäller vård av äldre, sjuka eller av andra skäl orkeslösa pekar däremot informanterna på en mer samstämmig uppfattning. Kommentarer framkommer som "Jag skulle aldrig tillåta de gamla bli ensamma" eller "Det är en skam hos romer. Vi har uppfattningen att det är vi själva som ska ta hand om våra gamla." Kommentarerna röjer uppfattningen om de ställda normerna, men ingen av informanterna tillhör själva kategorin äldre som skulle vara i behov av vård och omsorg. En av de kvinnliga informanterna diskuterar däremot svårigheterna med att arbeta heltid, som hon gör, och kanske ställas inför ett framtida krav på att ge full omvårdnad åt sina föräldrar. Valet att sluta sitt arbete och istället bli anhängigvårdare tycks inte självklart. En annan informant vars förälder har haft återkommande behov av hjälp säger: "Nu har min mamma blivit så trött på allt så hon har begärt att få bli

placerad på ett ålderdomshem.” Även om synpunkterna på äldreården tycks peka på en allmän vilja att ta hand om de egna inom familjen visar de skilda rösterna med all önskvärd tydlighet att de individuella skillnaderna är framträdande och att romer inte är *en* grupp. Av detta följer att det inte finns *en* romsk uppfattning, men i ett avseende tycks det råda stor samstämmighet. Man vill inte ha favoriter, och inte bli diskriminerad utan önskar likvärdig vård enligt Hälso- och sjukvårdslagens devis, som anger att alla har rätt till god hälsa och lika vård oavsett nationalitet, kön, inkomst och status. Hur fungerar då dessa rättigheter applicerade på romer som en urskiljbar etnisk minoritet?

LIKA RÄTT OCH RÄTT TILL OLIKHET

För att kunna få vård, och rätt vård i rätt tid, krävs att en del faktorer måste vara uppfyllda. En sådan faktor är närheten till sjukvård, som övergripande institution. Men det måste också finnas vägar in i det system, som diagnosticerar och tillhandahåller vårdinsatser med råd och stöd eller mer handfasta åtgärder. Här hänvisas kontakt-sökande till telefon- eller besökstider som slussar vidare i systemet. Det är inte alltid en telefonkontakt kan fungera utifrån den vårdsökandes perspektiv, inte heller ett besök på plats kan vara tillräckligt för att kunna redogöra för de besvär som initierar en vårdkontakt. En man berättar:

Jag var med om en situation, när jag var på vårdcentralen. Jag var i väntrummet när det kom en femtiotvå, femtiotvå-årig gammal man och han började skrika på dem eftersom han ringt flera gånger. Han kunde inte prata svenska så

han gick till receptionen och började snacka ungerska. Eftersom jag själv pratar ungerska så gick jag dit och försökte hjälpa. Han var tvungen att komma dit, eftersom han ringt men inte kunde prata tillräcklig svenska och de hade lagt på luren tre till fyra gånger.

I det anförda exemplet berodde irritationen på språksvårigheter, vilket inte kunde hanteras genom telefon och knappast heller vid det direkta besök som endast räddades av att det vid det aktuella tillfället råkade befinna sig en person där som talade samma språk som den vård-sökande.

Den övergripande kritik som förmedlas mot sjukvården handlar om otillgänglighet, och här lyfts telefonkontakterna fram som ett särskilt problem. Det är svårt att komma fram i telefonköer och man möts ofta av en automatisk telefonsvarare. ”Var god dröj” är knappast ett besked en vård-sökande helst av allt önskar sig. Svårigheter att nå kontakt med sjukvården, och att få behandling när problem känns aktuella, ibland akuta, är knappast något som enbart drabbar romer, invandrare eller minoriteter. Däremot kan den uppmärksammade otillgängligheten få olika konsekvenser beroende på egna möjligheter att kommunicera sina problem eller ha tillgång till släktingar, vänner eller andra som kan fungera som en förmedlande länk till sjukvården. Trots den likhet inför sjukvårdens otillgänglighet som romer delar med majoritetsbefolkningen finns det en olikhet, eftersom likheten drabbar olika.

Strävan efter likhet kan också utgöras av rätt till olikhet. Flera samtal ger stöd för uppfattningen att det bland romer också finns synsätt som bärs upp av ett större kol-

lektiv. Här ska lyftas fram att bland romer är det mer regel än undantag att allvarigare sjukdomstillstånd leder till en större uppslutning av såväl familj och vänner som andra närstående.

Förr så blev de (personalen) rädda alltså. Jag förstår dem, men de har lärt sig att när det är en rom som ligger inne så vet de att det kommer folk. Då brukar det gå en vakt förbi och kolla så att allt är OK, så håller man sig lugn, det är så vi visar vår tacksamhet. Fast jag är ovän med honom och han ligger på sjukhuset så kommer jag (manlig informant)

Större sammanslutningar kräver såväl fysiskt utrymme som förståelse för romernas uppfattning om sammanslutningarnas nödvändighet. Bakgrunden till sammanslutningarna kan förklaras i termer av respekt och omsorg, men också skuld och skam. Respekt för familjen, omsorg om den sjuke, skuldkänslor och en försäkran att undgå skam över att negligera sina släktingar och vänner. En djupare förståelse bygger på kunskap om de kulturella uttryckens bakomliggande komplexitet. Det är en kunskap som kan leda till ett erkännande av minoritetens behov; huruvida detta erkännande ska leda till särlösningar och hur dessa lösningar i så fall ska utformas är en annan fråga.

SLUTSATSER

Studien som här redovisats i korta drag ger inte stöd för uppfattningen att romer i allmänhet skulle anse sig bli hjälpta av en ökad kunskap bland sjukvårdande personal

om romsk kultur. Undersökningen har sina begränsningar eftersom det relativt sett är ett mindre antal romer som kommit till tals. Dessa samtal och uppfattningar handlar framför allt om en önskan om att bli bemött som en individ med individuella behov och preferenser och en ganska självklar önskan om likvärdig behandling. Dessa önsknings säger dock inget om huruvida ökad kunskap om kulturspecifika frågeställningar de facto skulle underlätta i vården. I enstaka frågeställningar som till exempel familj och släktens uppslutning vid sjukdom, något som kan innebära större sammankomster, uppfattas rätten till olikhet och majoritetssamhällets förståelse som nödvändig. Detta handlar om enstaka frågeställningar och motsäger inte den övergripande bilden att kulturkompetens inom vården underordnas en allmän förståelse för individens problem, som även kan innefatta den vårdbehövandes familj. Sammanfattningsvis kan önskemålen sägas vara att bli betraktad med respekt, få respekt som människa och respekt för de bekymmer som har föranlett ett sjukvårdsbesök. Enligt de romska röster som kommit till tals behövs ytterligare satsningar på sjukvården.

Jag tycker landet ska satsa på vården. Sjuksköterskorna förtjänar bättre lön för de gör så mycket jobb, och man bör anställa fler och uppmuntra folk att söka sig till vården och dem inom vården att utbilda sig. Och fler läkare. . . . Varför ska det vara bara en, han får springa mellan alla, den stackaren. Anställ fler och betala det som krävs! Vad ska vi med citytunneln till? Här kan man cykla runt hela stan på en halvtimme. Vad ska vi med citytunneln till när vi hade kunnat satsa de pengarna på sjukvården (manlig informant).

Det här inlägget motsvarar flera informanterns åsikter, även om inte alla uttryckt det lika kärnfullt som intervjuutdraget visar prov på. Satsa på vården, ge mer i lön och utbilda fler är råd som riktas till politiker. De efterfrågade insatserna handlar inte främst om att sjukvårdens personalkategorier i första hand förväntas utveckla kunskaper om romsk kultur eller känna till bakgrundsfakta om romska minoriteter. Det handlar istället om en ökad sensitivitet för de individuella preferenser och behov som individen eller familjen uppvisar. Detta motsäger inte att information om romer och olika grupper i samhället kan öka känsligheten inför människors villkor, men det kan inte ge facit, recept eller beskrivningar av hur man möter romer i vården. Istället är det en allomfattande respekt och sensibilitet för den egna individen, deras uttalade problem och behov av hjälp som efterfrågas, vilket är en förutsättning för att man ska kunna minska upplevelsen av diskriminering och generera det förtroende som utgör en av sjukvårdens tillitsskapande faktorer.

Artikeln bygger på studien *Lyssna förklara och förstå. Romska migranternas möte med sjukvård i Sverige* av Popoola, Margareta. Malmö högskola, Hälsa och samhälle FOU-rapport 2011:5 MAPIUS som tidigare redovisats i en populärvetenskaplig artikel ”Romers möte med vården”: ingår i *Migrationens utmaningar inom hälsa, omsorg och vård* (red. Jenny), FoU-rapport 2010:2, Stadskontoret Malmö stad (s. 131–156).

Religiös integritet. Hur tillgodoser hälso- och sjukvården den enskilda patientens behov?

Magdalena Nordin

Som anställd inom sjukvården kan man hamna i situationer där patientens religiösa tillhörighet och tro kan komma att inverka på vården. Det kan vara situationer som att patienten önskar specialbehandling och specialmat, att man inte vill träffa manlig sjukhuspersonal eller kanske bara vill träffa manlig sjukvårdspersonal, eller så kan det komma önskemål från patienten om att hon eller han vill kunna utföra religiösa ritualer, t.ex. bön, eller komma i kontakt med en företrädare från något religiöst samfund. Frågan är då vad man som anställd inom sjukvården ska göra och vad man inte ska göra.

Religionens plats inom vården har fått en allt större betydelse i Sverige som en följd av en ökad religiös mångfald bland patienter, men även som en följd av ett ökat fokus på den enskilda individens rätt till valfrihet i vården. Det uppstår därmed situationer där man inte endast behöver ta hänsyn till fysiologiska aspekter av vården, utan även till en mångfald av religiösa aspekter. Det finns ett ökande krav på att inte endast tillgodose patienters

kroppsliga och psykiska behov, utan även tillgodose deras kulturella behov – till vilka religionen hör; detta brukar gå under benämningen mångkulturell vård eller transkulturell omvårdnad. I Malmö stads äldreomsorgsplan finner man t.ex. formuleringen ”den palliativa vården ska utformas utifrån ett etniskt, religiöst och kulturellt helhetsperspektiv”. Det här innebär en komplex situation för den personal som ska tillgodose patientens behov eftersom den fysiologiska och psykiska vården måste relateras till andra behov hos patienten. Det kan även innebära en svårighet eftersom de religiösa behoven inte alltid är uttalade hos patienten, och dessa måste ställas i relation till andra kulturella behov. Kan man t.ex. låta religiösa behov ha företräde framför andra behov? Och får man fråga en person om hon eller han är religiös?

En annan svårighet uppstår i att den traditionella somatiska och psykiatriska vården, som i stort sett endast är kopplad till den enskilda individen, måste ses i förhållande till den kulturella (religiösa) vården, som visserligen är relaterad till den enskilda individen, men inte går att förstå om den inte kopplas till en grupptillhörighet. Den kulturella och religiösa tillhörigheten är något som man delar med andra och som upprätthålls tillsammans med andra, men inte nödvändigtvis med den som t.ex. är vårdgivare. För att förstå vad olika kulturella och religiösa grupper står för skapas ofta förenklade beskrivningar som inte alltid passar in fullt ut på de enskilda individerna. Man kan sammanfatta det med att den somatiska och psykiatriska vården bygger på en universell vård som är lika för alla, medan den kulturella, religiösa vården är partikularistisk och därmed inte lika för alla – inte ens inom en grupp.

För att kunna tillgodose de religiösa behoven hos patienten menar jag att man först och främst behöver reflektera över vad religion innebär. Det är inte så enkelt som att fråga en person om hon eller han har religiösa önskemål eller inte, även om inte ens det är enkelt i vissa situationer. Hon eller han kan vara mycket religiös eller endast känna en vag andlighet. Hon eller han kan tillhöra ett samfund eller ha valt att lämna ett samfund eller har kanske aldrig tillhört något. Den religiösa tron och tillhörigheten är dessutom ofta nära knuten till andra människors tro och religion, både till patientens anhöriga, men kanske även till vårdgivarens. Till detta kommer att religionen hos en individ kan komma att aktualiseras i en vård-situation där livets nära koppling till döden och mening-en med livet många gånger tydliggörs. Dessa existentiella frågor som många gånger följer av sjukdom eller en olycka hamnar ofta inom religionens område. En person som före sjukdomen eller olyckan kanske aldrig reflekterat över religiösa frågor kan i den situation som uppstått komma att känna stora religiösa behov. En kvinna som fått ett cancerbesked uttrycker det så här:

Då kommer det andliga in som ett brev på posten. Hur ska jag leva mitt liv nu? Vad ska jag göra med mina sista år? Jag saknade någon att prata med om det här andliga och döden och sådant, för det var det enda jag behövde prata om då eftersom jag befann mig i en existentiell kris. För det var hela tiden: Ska jag leva eller dö? Ska jag leva eller dö?

Sedan är det så att vi inte kan se på en person om hon eller han är religiös. Det kan finnas synliga symboler för detta, men det behöver inte innebära att personen i fråga

är religiös eller att det religiösa har stor betydelse för henne eller honom. Det kan också finnas personer med en mycket stark tro och där religionen är den avgörande livsprincipen, utan att en utomstående har någon möjlighet att se detta. Det kan även vara så att en person med en stark religiös övertygelse låter denna stå tillbaka i en vårdsituation; personen vill kanske inte att den religiösa tillhörigheten ska beaktas alls under vårddagen. Till detta kommer att man inte alltid kan fråga om personens religiösa behov, t.ex. om patienten är medvetslös eller nära döden, men att det kan ha avgörande betydelse för henne eller honom.

VILKA RELIGIÖSA BEHOV FINNS OCH VARFÖR

Sverige framförs ofta som ett utpräglad sekulariserat land där religionen inte har en speciellt stor betydelse vare sig i samhället eller för den enskilda individen. Men 70 % av Sveriges befolkning tillhör något samfund, närmare hälften uppger att de tror på Gud och mer än var tredje betraktar sig som religiös (<http://www.worldvaluessurvey.org>).¹ Detta innebär att man inom vård och omsorg inte kan utgå från att religion inte har relevans för vårddagen. Utgångspunkten bör snarare vara den motsatta – att religion har relevans för individen, eller får relevans i en vårdsituation.

Men det är inte helt självklart vad som är att betrakta som religion i förhållande till tradition. Många av de traditioner som vi upprätthåller kommer från religioner

1. I världen totalt räknar man med att ca 90 % av alla människor identifierar sig med någon religion.

men har med tiden tappat denna anknytning. Även om man vet att traditionen har ett religiöst ursprung så behöver det inte innebära att den uppfattas som religiös vid utövandet. Det är dessutom ofta svårt att veta om en tradition eller sedvänja verkligen är religiös eller har en religiös betydelse eller ett religiöst ursprung. Detta hör samman med att religioner inte är oföränderliga, utan i likhet med kultur är något som skapas, upprätthålls och förändras av människor. Alltså är det också människor som tolkar de religiösa texter och normer som finns inom olika religioner och det är den enskilda individen som avgör om en handling eller norm är att betrakta som religiös eller inte. Detta innebär att något som för en individ upplevs ha en djup religiös betydelse för en annan individ kan tolkas som helt frikopplat från religion.

Något som skiljer religion från andra kulturyttringar är att normer och handlingar knutna till religion ofta har en stark meningsskapande betydelse för den religiösa individen. Religionen kan vara något som man inte vill göra avkall på och som i en vårdkontext, där frågor om livets mening ofta aktualiseras, kan bli mycket viktig. Traditioner som midsommarfirande och glögg till lucia är för en religiös person troligtvis lättare att avstå från än sådant som att fira gudstjänst, be eller genomföra själavårdande samtal. Det finns också ett juridiskt stöd för religionernas suveränitet i lagen, vilken innebär att en person har laglig rätt att praktisera sin religion.² Någon liknande lagstiftning för rätten att utöva sin kultur eller sina traditioner finns inte.

2. Ett exempel är artikel 9 Tankefrihet, samvetsfrihet och religionsfrihet i Europakonventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

De religiösa behoven tar sig också olika uttryck, varierar från individ till individ och förändras beroende på situationen. Man kan vilja utöva religiösa ritualer (t.ex. bön), delta i gudstjänst eller genomföra olika ceremonier (t.ex. dop, vigsel). Det kan även handla om att få samtala om existentiella frågor. Dessa samtal skulle man kunna tänkas ha med vem som helst, men ofta är det en person med någon form av religiös auktoritet eller egen religiös tro som efterfrågas. Så här säger en man som arbetar inom sjukhuskyrkan:

Jag tycker att det är självklart att vill de träffa en imam eller en präst, även om de är sekulariserade, så ska de få göra det. Jag ser det i samband med döden, när en person förlorar en vän eller någon närstående. Även om man inte är praktiserande troende kan man säga: Jag är inte praktiserande, men kan du inte hjälpa mig att be. Kan du ge mig bön? Kan du inte rekommendera någon sida eller någon bok som jag kan läsa?

Den religiösa tron hos den man samtalar med behöver dock inte nödvändigtvis sammanfalla med den egna. Hit hör även olika seder som kan kopplas till religion. Det kan handla om matrestriktioner och klädsel, men även om relationer och förhållningssätt till någon av det motsatta könet och till den egna kroppen.

Det finns flera förklaringar till varför människor efterfrågar religion i en vårdsituation. En är att man vill fortsätta att utöva sin religiösa praktik även om man befinner sig på en vårdinrättning. En annan är att religionen kan ge förklaringar till den situation som uppstått och att den kan ge tröst. Det kan även handla om att man har ett stort förtroende för människor som företräder olika

religioner. Det här beror bland annat på att dessa inte är en del av den allmänna vården, vilket gör att de inte behöver dokumentera eller rapportera vidare vad som framkommer i samtalen. Den absoluta tystnadsplikt som flertalet av dem har skapar dessutom en trygghet och tillit hos vårdtagaren. En präst som ofta besöker sjukhuset berättar följande om sina möten med patienter:

Här kommer en präst, och så kan man berätta allt. Det är också väldigt viktigt att jag har 100 % tystnadsplikt. Det kan vara väldigt förlösande att lägga av den skuld som en människa kan känna och ibland är det en skuld som egentligen inte är en skuld. Personen kanske upplever sig ha skuld och ibland så är det ju kanske en rejäl skuld och då kan man ändå lägga av sig den.

Samtal med dessa personer kan därmed komma att efterfrågas av vårdtagare, utan att det finns några uttalade religiösa orsaker. Representanterna från de olika samfundet tillgodoser också ett annat behov hos patienter, som kanske inte direkt kan uppfattas som religiöst, nämligen att det finns någon där som lyssnar och som håller en sällskap när vårdpersonalen har fullt upp med annat.

VEMS ÄR ANSVARET?

Som togs upp tidigare i texten kan önskemål om att tillgodose religiösa behov hos patienter upplevas som problematiska. Detta har inte endast att göra med att det är en del av vården som går utanför den somatiska och psykiatriska vården, utan hör även samman med religionens plats i dagens svenska samhälle och inom vården. Även om en

majoritet av Sveriges befolkning tillhör något religiöst samfund och många är troende så har inte religionen längre någon självklar plats i samhället. Kyrkan är sedan år 2000 skild från staten och inom den offentliga sfären är religionens inflytande mycket litet. Staten baserar inte längre lagar, politik, sjukvård eller utbildning på religion, utan är neutral i trosfrågor. Sjukvård och utbildning som tidigare bedrevs av religiösa organisationer är nu främst statliga, regionala och kommunala angelägenheter som styrs av politiska beslut. Det här innebär att det religiösa i stor utsträckning endast handhas av religiösa samfund och att människors religiositet ses som en privat angelägenhet. När då religiösa behov ska tillgodoses av en offentlig inrättning som vården kan det bli problematiskt. Många gånger finns inte heller tydliga riktlinjer på sjukhus eller andra vård- och omsorgsinrättningar om vem som har ansvaret för att de religiösa önskemålen tillgodoses. Det är sällan så att det förväntas av sjukvårdspersonalen att de ska stå för detta, men det är inte självklart vem som istället ska göra det. Många religiösa samfund har nära kontakter med sjukhus och andra vårdinrättningar, men långt ifrån alla har det i dagens mångreligiösa Sverige. Så här säger en buddhistisk man:

När det gäller buddhism så finns det ingen samordning. Det är t.ex. svårigheter med att få tag på någon buddhistisk munk. Det finns ingen som tar tag i det. Ingen som för fram hur man kan kalla på den personen eller på den personen. Det finns inte heller någon som frågar om det finns någon särskild som man har kontakt med. Tyvärr så är det väl lite så.

Kontakterna är inte alltid heller etablerade på alla vårdavdelningar och med all vård- och omsorgspersonal. Man kan också tänka sig att det är patientens anhöriga som tar ansvar för att behoven tillgodoses, men även det kan vara problematiskt. Kanske finns det inga anhöriga som tar ansvar för detta eller så har de anhöriga inte kunskap om de religiösa behov som kan tänkas finnas eller så tar de avstånd från dem. Till syvende och sist kan man tänka sig att det är patienten själv som tar ansvar för detta, men i så fall kan man fundera över om vårdgivaren uppfyller sitt vårduppdrag att tillgodose de kulturella aspekterna av vården.

ATT LÄSA VIDARE

- Nordin, Magdalena & Schölin, Tobias: *Religion, vård och omsorg. Mångkulturell vård i praktiken*. Malmö: Gleerups förlag 2011.
- Hammer, Olav & Sørensen: *Religion – i människors medvetanden och samhällen*. Lund: Studentlitteratur 2010.
- Ahmadi, Fereshteh: *Kultur och hälsa*. Lund: Studentlitteratur 2008.

Hamida Nabis erfarenheter

Lotta Narvehed

Hamida Nabi arbetar sedan tolv år tillbaka som modersmåslärare och har under fyra år föreläst om kommunikation i vården för blivande läkare. Tidigare har hon även arbetat som barnskötare och tolk inom vården. Dessutom har hon haft flera uppdrag för Miljöpartiet, bland annat som ledamot i patientnämnden och ersättare i regionfullmäktige och i stadsdelsfullmäktige i Rosengård. I den här texten vill hon uppmärksamma hur en förbättrad kommunikation inom vården skulle kunna bidra till stora samhällsekonomiska vinster och en ökad patientsäkerhet. Hennes fokus ligger på en ofta förbisedd grupp i det svenska samhället, nämligen de tiotusentals illiterata eller mycket lågutbildade invandrarna.

”Jag tycker att den svenska sjukvården är den bästa och mest rättvisa i hela världen, men när det gäller patientgruppen illiterata invandrare är både resurserna och kommunikationen ibland mycket bristfälliga. Det är en fråga först och främst för de styrande politikerna, eftersom det är de som förfogar över de resurser och riktlinjer som vårdpersonalen och patienterna har att rätta sig efter. Det nuvarande systemet innebär långsiktigt onödigt höga

kostnader för både skattebetalarna och de illiterata invandrarna. Alla nyanlända flyktingar och invandrare vill anpassa sig och inte känna sig som syndabockar till problem i samhället, men om de inte känner till konsekvenserna av sitt handlande i förväg blir det svårt för dem. I Sverige finns i dag tiotusentals analfabeter, de flesta av dem kvinnor. Vi i samhället har förlorat samarbetet med dem. Vi vet som politiker inte tydligt vad som ligger på SFI:s (svenska för invandrare) bord eller på socialens. Och många inom de sociala myndigheterna vet inte vad det innebär att inte kunna läsa eller skriva. Vi måste som politiker och tjänstemän börja intressera oss för den här gruppen för att kunna ge riktlinjer som underlättar för alla parter. I dag anser jag att vi bollar problemet på ett gissningssätt; de på socialen tror att skolan hand om det, medan skolan tror att Arbetsförmedlingens etableringslotsar fixar det, och så vidare. De nyanlända flyktingarnas och invandrarnas första instanser in i det svenska samhället är ofta skolan, socialkontoret och sjukvården. Därför är det viktigt att politikerna omedelbart sätter in anpassade åtgärder för att långsiktigt minska kostnaderna inom dessa områden. Som jag upplever det är det i dag tvärtom: Politikerna väntar och lägger alla sina förväntningar hos SFI. De tar för givet att alla nyanlända invandrare och flyktingar efter ett tag lär sig språket, sedan lär sig systemet och så småningom blir anpassade. Sker inte det reagerar man negativt. Men då utgår man enbart från sin egen omvärldsbild som läs- och skrivkunnig, svensk regionpolitiker. Man inser inte att man inte har gett de nyanlända flyktingarna de lämpliga verktygen för att kunna komma in i samhället. Detta tankesätt innebär stora utgifter i form av främst höga tolkkostnader under många

år, men även i form av den rundgång som skapas när en patient söker sig till flera olika läkare för att han eller hon inte kände sig tillfreds med det första samtalet. En annan kostnad är de förseningsavgifter som sociala myndigheter ofta får betala då många illiterata invandrare inte förstår hur det svenska vårdssystemet fungerar. Då vill jag fråga: Vill ni vara en del av problemet eller en del av lösningen? Frågan gäller både politiker, läkare och patienter. Det största problemet i dag är att de resurser som sätts in för nyanlända invandrare börjar tio steg ovanför de illiterata invandrarnas huvuden. De som går på SFI kan under ett par år få en begränsad del samhällsinformation. Lite längre fram kan de ta del av olika satsningar, som till exempel etableringsstöd eller etableringslotsar. Det finns också information på medborgarkontor och hos de sociala myndigheterna. Men för det första deltar inte alla i SFI, vissa stannar ju hemma. Och när det gäller de illiterata rent generellt måste man börja i en annan ände. De måste på ett tidigt stadium, genom öppenhet och ärlighet, ges möjligheten att förstå konsekvenserna av sina handlingar. Annars innebär det en enorm kostnad för skattebetalarna. Ta till exempel en 20-årig kvinna som kommer till Sverige, och som inte ifrågasätter att hon ska leva på bidrag, stanna hemma som mamma och låta sin man ta ansvar för henne. Efter 20 år kommer kvinnan till slut ut i det svenska samhället och behöver fortfarande tolk. Det är inte acceptabelt! Även som hemmafru måste man få information om möjligheten till andra alternativ. Och samhället borde generellt sett inte behöva bekosta en tolk i mer än fem, tio år. Alla människor vill vara självständiga. Jag vet till exempel ingen av mina kursdeltagare på Hyllie folkhögskola som vill vara beroende av någon annan.

Därför anser jag att alla nyanlända invandrare på ett tidigt stadium ska gå en obligatorisk, grundläggande kurs i hur det svenska samhället fungerar. Den kan i sin tur bli grunden till andra val. Genom kursen skulle alla få information om sina rättigheter, skyldigheter och de förväntningar som finns på alla som bor i Sverige. Man skulle få lära sig sitt ansvar som medborgare och få ta del av ett nytt tankesätt. Vet man till exempel att man inte kan ha tolk hur länge som helst måste man lära sig det nya språket. Då får invandrare en mer aktiv roll i samhället än i dag. Kursen skulle ges av en svensk person, så att de svenska värderingarna och normerna förs fram i första hand, men med hjälp av en tolk. Där skulle man lyfta fram de saker som vi i Sverige betraktar som självklarheter i samhället och i vården, som att respektera besökstider och vikten av att hålla en tid. Kursen skulle också visa på de konsekvenser, i form av kostnader och negativa attityder mot invandrare, som blir resultatet om man inte följer dessa normer. Utan sådana kunskaper skapas konflikter i samhället som i förlängningen riskerar att skapa fler sverigedemokrater. Det är så onödigt, för de flesta invandrare vill anpassa sig. Ibland vet de bara inte vad de ska anpassa sig till. Den här kursen kan låta som en självklarhet, men så är det inte. I dag bollas ansvaret för samhällsinformation mellan olika instanser och myndigheter, inte minst till skolan. Men i skolan har vi fullt upp med att följa våra riktlinjer för att nå de språkliga målen. Tillspetsat kan man säga att det inte spelar någon roll om man kan språket och kan ta in information på svenska om man inte också kan sätta informationen i ett sammanhang. Till exempel är procedurerna kring ett läkarbesök i mitt gamla hemland Afghanistan helt annorlunda än i Sverige. Där

är det vanligaste att man gör ett spontanbesök hos närmaste läkare och att allt sker samma dag. I Sverige förväntas man istället ringa och boka en tid i förväg för att sedan kanske inte få en ny tid för behandling förrän flera månader senare. Då är det också mycket viktigt att hålla tiden, det går inte att bara ta en ny nummerlapp. På samma sätt är det i Sverige oftast inte svårt att få ett brev från en vårdinstans översatt till sitt hemspråk. Desto svårare är det att lära sig hur den svenska vårdprocessen fungerar eftersom den kunskapen oftast tas för given och därför inte brukar förklaras. Det är ungefär så jag tänker när jag undervisar i SFI: Att inte bara gå efter en lärobok utan fråga mina elever vad de vill lära sig, och i vilket sammanhang de vill kunna använda sin svenska. Jag försöker helt enkelt väva ihop samhällets förväntningar med deltagarnas behov på den nivå de befinner sig. När det mer specifikt gäller kommunikationen mellan läkare eller vårdpersonal och patienter i den svenska vården anser jag att problemet är att man gärna generaliserar. Så fort man har att göra med någon främmande – till exempel en från den romska gruppen, en somalier, en afghan, eller även en kvinna med huvudduk – så börjar man omedvetet generalisera. Man har inte längre det vanliga manuskriptet att gå efter. Jag menar inte att göra läkare till syndabockar. Problemet ligger hos alla oss som redan är etablerade i det svenska samhället, som är vana vid att ta till oss skriftlig och faktabaserad information och lära oss det mesta på nätet. Men man kan inte lära sig allt på det sättet, som till exempel hur man interagerar med andra människor. Ibland glömmer vi de mest mänskliga och grundläggande delarna i kommunikationen: nyfikenhet, öppenhet och respekt. Det är i längden dessa hänsynstaganden som

skapar broar mellan kulturer. Första gången en nyanländ person träffar en svensk läkare kan det för många av dem kännas nästan lite högtidligt. Det viktigaste för en läkare i det mötet är att inte generalisera och att komma ihåg att det inte finns en enda lösning för en hel grupp – vi är alla individer. Ett annat mål för en läkare borde vara att se till att patienten får tillfälle att ställa frågor. Första gången man träffar en läkare är man ofta ett enda stort frågetecken: Vad innebär röntgen, när och hur tar jag blodprov? I vilken ordning sker behandlingen? Vid ett sådant tillfälle sitter läkaren inne med all information. Att den svenska sjukvården inte uppmuntrar till frågor är något jag haft på känn i flera år, och det gäller inte bara relationen mellan svenska läkare och invandrade patienter, utan rent generellt mellan läkare och patienter. Häromdagen blev mina tankar bekräftade i tidningen Reumatikerförbundet. Där hittade jag en artikel med rubriken ”Svensk vårdpersonal sämst på att förklara tydligt”. Artikeln handlar om att Sverige, i en jämförelse med tio andra länder, hamnar sist när det gäller förmågan att kommunicera. ”Sämsta betyget fick svenska läkare i att uppmuntra till frågor”, stod det. En av personerna som citerades i texten var Lena Rahle Hasselbalch, som bland annat varit chef för informations- och lärandecentret PatientForum på Skånes universitetssjukhus. I tidningen säger hon att det finns undersökningar som visar att så många som hälften av patienterna inte följer hälso- och sjukvårdens råd. Jag tycker även att faktarutan med information från Socialstyrelsen är värd att belysa: ’Som patient ska du från din läkare få individuellt anpassad information om ditt hälsotillstånd och möjliga metoder för undersökning, vård och behandling. Informationen ska ges på ett hän-

synsfullt sätt av den behandlingsansvariga personalen, som också måste förvissa sig om att du har förstått innebörden av den. Informationen ska ge dig kunskap för att aktivt kunna medverka i din vård.' Att informationen kommuniceras på ett lämpligt sätt till patienterna är också en fråga för politiker och informationschefer på landets sjukhus. Precis som vi enligt lagen ska ta hänsyn till dövas och blindas behov, måste vi också ta hänsyn till illiteratas behov, så att även de kan förstå och aktivt ta del av sin behandling. När det gäller exempel på bristande kommunikation mellan läkare och patienter har jag många händelser från min närmaste omgivning att dela med mig av. Det kan till exempel vara en kvinnlig patient med huvudduk som vill få sitt öra undersökt. Då kanske läkaren i fråga direkt känner sig frustrerad och undrar hur patienten tänkt sig att undersökningen ska gå till när tyget täcker örat. Samtidigt vill läkaren inte verka oartig genom att ställa en massa frågor till patienten utan följer "den svenska snällhetsleden" och förblir tyst. Men våga fråga, säger jag! Gärna i tredje person. Då blir det mer generellt och riskerar inte att bli onödigt personligt: 'Är det jätteviktigt för alla muslimska kvinnor att bära huvudduk? Är det okej att ta av den?' Det tar bara ett par minuter extra men betyder jättemycket. Och om någon blivit väl bemött av en läkare sprider det sig snabbt bland patientens vänner. Det vet jag, för det hör jag ofta mina elever på folkhögskolan tala med sina vänner om: 'Jag träffade en svensk läkare idag, han var jättebra!' Ett annat exempel kommer från tiden då jag arbetade som tolk inom vården. Plötsligt frågade kvinnan som jag tolkade för hur mycket pengar läkaren tjänade. När läkaren fick frågan översatt för sig kände hon sig förnärmat och bör-

jade läxa upp patienten: 'Här i Sverige frågar man inte sådant. Det är privat.' Hade läkaren istället frågat varför patienten ville veta hennes inkomst, hade hon fått höra att patienten bara undrade eftersom hon ville att hennes barn skulle bli läkare och tjäna pengar. Läkaren hade helt enkelt kunna fråga: 'Vad fick dig att tänka på det?' för att sedan ge ett generellt svar på frågan och inte ta det så personligt. Eftersom vården ofta är en första instans in i det svenska samhället för en nyanländ person är det kanske inte så konstigt om den personen vädrar sin nyfikenhet inför det nya landet just där – vem annars ska man fråga? Det faktum att vi i Sverige ofta tar för givet att alla vuxna människor kan läsa skyltar är naturligtvis också ett hinder för en smidig kommunikation inom vården. När jag jobbade som barnsköterska på neonatalavdelningen på sjukhuset i Malmö kunde personalen ibland säga: 'De här utlänningarna är så konstiga.' Speciell misstänksamhet fanns mot muslimer och romer. Ibland kunde det komma tio till femton familjemedlemmar för att hälsa på en nybliven mamma och hennes nyfödda bebis, trots att det bara var tillåtet med högst ett besök åt gången. 'Men ser ni inte skylten?!' utbrast en förtvivlad sjuksköterska och pekade på texten på väggen. Då svarade någon ur sällskapet: 'Jag bryr mig inte om er vård, jag kom hit för att hälsa på min dotter!' Sedan frågar sig samma person: 'Varför är ni svenskar så konstiga? Ni vet väl att det här är vårt första barnbarn!' Men bakom den lite dråpliga scenen kan det alltså ligga en förklaring som helt enkelt handlar om bristande läskunnighet och en bristande kunskap om de grundläggande normerna i det svenska samhället. Ibland är det varken språk- eller läs- och skrivsvårigheter som kan hindra en effektiv kommunikation,

utan helt enkelt två helt olika syner på ett och samma fenomen. I Afghanistan anses det till exempel vara mycket attraktivt att vara överviktig och många tycker att den svenska, smala idealkvinnan ser sjuk ut. Mina afghanska vänner tycker att min norska väninna är alldeles för tanig: 'Vad lider hon av? Varför är hon så smal?' undrade de. I Sverige kunde hennes utseende däremot ses som ett framgångsrikt resultat av att äta rätt kost. För en kvinna med en afghansk syn på fetma kan det därför vara svårt att ta till sig den svenska vårdens faktabaserade information om hur man går ner i vikt. Inte heller är det särskilt effektivt att som läkare automatiskt anta att den afghanska matkulturen är orsaken till fetman. Istället kan man fråga hur patienten själv ser på sin vikt. Först då tror jag man kan mötas och göra någonting åt saken. Det är naturligt att känna frustration inför det annorlunda, men det kan man ändra på med hjälp av tankens kraft, det är jag övertygad om."

Mångkultur: möjligheter och problem Sjukvårdens perspektiv

Jesper Persson

En dag i mitten på 90-talet blev jag i egenskap av klinikchef på medicinkliniken i Trelleborg uppsökt av en kvinna i 40-årsåldern. Hon var från Bosnien och hade flytt från kriget några år tidigare och hamnat i Trelleborg. Hennes make var lektor i matematik och hon själv hade jobbat som distriktsläkare i hemlandet. Ingen av dem hade fått jobb men skaffat sig grundläggande svenskkunskaper genom svenska för invandrare. Båda hade gått hemma på dagarna utan att egentligen ha något vettigt att göra. De hade två barn som vaknade varje natt av mardrömmar om bombplan och explosioner. Hela familjen verkade på beskrivningen isolerad och olycklig. Kvinnan tedde sig depressiv, lågmäld och förskrämd.

De hade kommit från ett rasande, kaotiskt inferno till ett tyst, ensamt helvete.

Hon hade bara ett önskemål: att få vara på kliniken, gå bredvid och se hur det fungerade i praktiken på ett svenskt sjukhus. Jag tyckte synd om henne och lovade henne att hon fick vara med på en av klinikens avdelningar men att vi hade svårt att erbjuda någon egentlig handledning eller

individuell undervisning eftersom läkarna och personalen knappast hade möjlighet till detta.

Sagt och gjort. Hon infann sig nästa morgon och gick med äldre kollegor, tyst och närmast passivt. Efter några månader undrade jag vad detta skulle bli av. Hon föreföll i samma dåliga form som när hon började; fortfarande passiv, påfallande initiativlös och det gick inte framåt.

Men efter ytterligare en månad och några samtal förändrades situationen plötsligt och hon började prata, ta mer del i avdelningsarbetet och blev förvånansvärt snabbt insatt i både teoretiska och praktiska medicinska moment. Exakt vad som orsakade denna brytpunkt vet jag inte, men jag tror att det var en process där tiden helt enkelt gjorde sitt.

Så småningom gick hon vidare och senast jag hörde ifrån henne var hon distriktsläkare i mellersta Skåne, maken hade fått jobb som lärare och barnen trivdes.

BAKGRUND

I Sverige har migrationen haft tre faser: först utvandring från Sverige fram till 1930. Detta följdes av en våg av flyktingar (ca 180 000) efter andra världskriget och sedan under det expansiva 50-talet en arbetskraftsinvandring från framför allt Sydeuropa, och dessa personer assimilerades i de flesta fall snabbt i olika framväxande industrier.

Från 1980-talet och framåt har vi i olika faser i Sverige haft flyktingar från olika oroshärdar utan att vi haft motsvarande behov av arbetskraft.

Professor Lennart Minthon och medarbetare arbetar med ett brett integrationsprojekt i Skåne. Detta är ett angeläget projekt inte minst med tanke på dels det stora

antalet utlandsfödda, dels att vi kan se ett ökat antal äldre av dessa. De kommer att utöver språksvårigheter dessutom i allt högre utsträckning drabbas av demenssjukdomar. I ett skånskt perspektiv har vi framför allt i Malmö många invånare med annan kulturell bakgrund. Om man definierar utländsk bakgrund som att man är född i ett annat land eller har båda föräldrarna utlandsfödda så finns det 39 % i Malmö med denna bakgrund. Sedan 1995 har vi sett en enprocentig ökning och vi har ca 175 länder representerade här. Av dessa personer är mer än 12 % över 65 år, vilket ställer och kommer att ställa stora krav på vård och omsorg i framtiden.¹

UTMANINGAR

För vården innebär det en rad olika utmaningar. Vi måste kunna erbjuda en kvalitativ och likvärdig vård till en kulturellt, språkligt och i vissa fall medicinskt heterogen grupp.

Vi måste göra något åt den bristande erfarenhet och kunskap som vi idag har inom migrationsområdet. I Region Skåne har vi god integration i teorin men knappast i praktiken.

Under vårdutbildning har vi idag ingen eller bristfällig undervisning i dessa frågor.

De kommunikationsbrister som vi ser består i språkliga barriärer – invånarna talar 170 olika språk. Detta kan leda till missförstånd, stress, längre vårdtider, missnöje och ibland mindre effektiv vård. Vi har en stor grupp med läs- och skrivsvårigheter att hantera, inte minst bland de

1. Statiska centralbyrån, SCB:s befolkningsstatistik 2010.

äldre. Och slutligen har vi kulturella barriärer som kan vara svåra att både identifiera och kliva över.

Kort sagt: de tvärkulturella mötesplatserna är underutvecklade och detta är inte minst påtagligt i vården.

De utmaningar som cheferna i vården har är att kontinuerligt arbeta med attityder. Målet måste vara en öppenhet för främmande kulturer och att skapa team med samma värderingar. Inom Region Skånes vårdinrättningar måste vi på alla sätt undvika fördomar och ”smygrasism” som kan frodas inte minst i kafferum. Det finns attitydskillnader beträffande synen på kvinnligt och manligt som kan skapa problemsituationer på arbetsplatsen om man inte identifierar dessa. En annan kulturell skillnad är hur en del patienter från andra länder inte är vana vid den ”svenska” modellen med samförstånd i dialog läkare/patient utan förväntar sig en mer auktoritär informationsteknik. En läkare kan anses som okunnig om han eller hon inte kommer med tydliga och enkla informationsdirektiv, vilket är modellen i en del andra sjukvårdskulturer som präglas av ett mer hierarkiskt mönster.

MÖJLIGHETER

Beträffande språkförbistringen inom vården kan vi underlätta genom att ha informationsmaterial på många språk.

Vidare kan vi utveckla tolktjänsterna, och Region Skåne har idag avtal med Språkservice Sverige vad beträffar utbildningar (idag ca 1 000 beställningar per vecka). Vi kan erbjuda tolkning per telefon och via webbtjänst (Språkservice online) kan bokningsrutiner och beställningar förenklas. Anhörigtolkning bör undvikas. Av

lättförståeliga skäl kan vi här se stora vinster med mångkultur inom vården, där personal kan användas i detta sammanhang när de behärskar patientens språk.

Vi har i Sverige en stor potential när det gäller att ta tillvara den kompetens vi har i våra invandrade läkare och sjuksköterskor (och även andra legitimationsyrken inom vården). Som i exemplet inledningsvis illustrerar har enstaka försök gjorts att på ett ostrukturerat sätt slussa in utländska läkare och sjuksköterskor. 1998 startade den gemensamma medicinkliniken i Malmö-Trelleborg med stöd från Arbetsförmedlingen en modell för strukturerad integration av utländska läkare. Dessa fick efter godkänt språkprov (SFI – svenska för invandrare) en handledarledd praktiktjänstgöring på 6 månader med inläsning av litteratur. Klarade de sedan ett medicinskt kunskapsprov (det sk Thuleprovet) så fick de söka allmäntjänstgöring (AT) och på så sätt komma in i det svenska systemet. Denna modell användes senare även vid Centralsjukhuset i Kristianstad. Vid en utvärdering 2005 hade drygt 70 läkare utbildats enligt denna modell och ca 60 har gått vidare i den svenska vården. En liknande modell har även prövats för att integrera utländska sjuksköterskor (tyvärr känner jag inte till någon utvärdering av detta i dagens läge).

Syftet med denna modell – utöver den rent mänskliga insatsen att hjälpa personer till meningsfull sysselsättning – har varit att erhålla arbetskraft inte minst till brist-specialiteter. Läkare får anställning efter sin utbildning. Vi har kunnat nedbringa tiden till svensk legitimation. Ett samarbete med olika parter i samhället har kunnat etableras.

Erfarenheterna är enbart positiva: Vården berikas av mångkulturella vårdgivare. Vi får en ökad förståelse för

omvärlden, inte minst mer perspektiv från krigshärjade och andra sargade miljöer. Detta vidgar perspektiven på många sätt. Våra svenska problem får i detta ljus helt andra dimensioner.

Dessutom skapade denna modell möjligheter och arbetstillfällen för fler individer i paritet med deras kompetens och utbildning. Region Skånes vårdutbud fick dessutom en större bredd och det skapades möjligheter att möta en mångkulturell omvärld.

Tills sist – och inte minst – gav den här modellen ett sätt att identifiera olämpliga personer som inte passar som läkare i det svenska systemet. En faktor som verkligen kan underblåsa främlingsfientlighet är att få in olämpliga personer från andra kulturer i vårdrcken som läkare och sjuksköterskor. Finns det möjligen en viss tolerans mot inhemska avarter inom dessa yrken så är detta överseende betydligt mindre utvecklat när det gäller utländska läkare och sjuksköterskor.

SAMMANFATTNING

- Vi får en bättre vård om vi lyckas integrera olika legitimationsyrken i våra egna verksamheter.
- Det är ett bra resursutnyttjande av den kompetens som finns i samhället om vi strukturerat och klokt integrerar läkare och sjuksköterskor i vården.
- Detta exempel visar att vi kan ha en välfungerande modell för läkare.
- En välfungerande integration inom vården skapar ökad omvärldsförståelse och minskad fördomsfullhet.
- Detta ger tillsammans en möjlighet till ett bättre omhändertagande i ett mångkulturellt samhälle.

- Bättre språkförståelse, mindre kulturkrockar och ökat utnyttjande av befintlig kompetens berikar inte bara sjukvården utan hela samhället.

REFERENS

Statiska centralbyrån, SCB:s befolkningsstatistik 2010.

Framgångsrikt samarbete över Öresund ger äldre invandrare bättre vård

Set Mattsson

Antalet äldre personer med utländsk bakgrund ökar i Sverige. Det innebär bland annat att personal som arbetar inom demensvården ställs inför nya och svåra utmaningar när allt fler av deras patienter kommer från andra kulturer än den svenska.

Migrationsskolan, som började sin verksamhet hösten 2011, vill skapa förutsättningar för att alla patienter ska kunna få en god och likvärdig vård oavsett vilken del av världen de än är födda i.

En vårdag 2010 gick två sjuksköterskor på Minneskliniken SUS i Malmö till sin klinikchef Lennart Minthon, som också är professor i psykiatri med inriktning mot demenssjukdomar. Deras besök skulle visa sig få stor betydelse.

– De oroades över att personer från andra länder och kulturer inte togs om hand på rätt sätt, säger Lennart Minthon.

Han beslöt sig för att skaffa sig mer kunskap och kontaktade experter inom området som bland annat gav tips

om lämplig litteratur. Böckerna och samtalen öppnade upp en ny värld och han insåg vidden av problematiken. Något måste göras och det var bråttom.

– Vi bildade en grupp på Minneskliniken och skrev en skrivelse som vi skickade till politikerna i Region Skåne.

Skrivelsen föll i god jord och man kontaktade Righospitalet i Köpenhamn, som i likhet med Malmö har en stor andel invandrare bland invånarna. Samarbetet över Öresund innebar att projektet kunde söka forskningsanslag från EU.

En bidragande orsak till danskarnas intresse för projektet var att de också blivit uppmärksamma på problematiken när det gäller invandrare och demens. Ett exempel på det är att de kognitiva testerna som används inte är anpassade till invandrare.

Projektet, som döptes till Migrationsskolan, startade officiellt i oktober 2011 och ska pågå fram till hösten 2014. Det består av sju olika delprojekt som syftar till att förbättra demensvården för personer födda utomlands och skapa förutsättningar för en god demensvård för alla i samhället.

Rozita Torkpoor, sjuksköterska på Kunskapscentrum Demenssjukdomar, har varit med från starten och deltagit i flera av projekten. Ett av dem är ett forskningsprojekt som kvantitativt ska utvärdera kognitiva tester för invandrare: ”The European Cross-Cultural Neuropsychological Test Battery, CNTB.”

Språket och sättet att kommunicera har avgörande betydelse när den kognitiva funktionen ska testas. Även kulturella faktorer har betydelse.

– De instrument vi använder för våra kognitiva tester fungerar på svenskfödda, men de är inte anpassade till

människor som inte pratar svenska eller saknar utbildning, säger Rozita Torkpoor som är född i Iran.

Det innebär att analfabeter, inte helt ovanligt bland utlandsfödda äldre, saknar förutsättningar att klara av frågorna som ställs i testerna, vilket gör att resultatet blir missvisande.

– Patienternas låga poäng behöver inte ha med deras kognitiva förmåga att göra utan kan bero på att de inte har den utbildning som krävs för att besvara frågorna.

Studien befinner sig i startgroparna och beräknas inkludera sina första patienter hösten 2013.

Rozita Torkpoor har också arbetat med en Fokusgrupp bestående av äldre iranier som berättat om sina upplevelser av att åldras i ett främmande land.

– Vi vill veta hur de upplever sin situation och vilka problem de har.

Informationen har samlats in på stormöten och med hjälp av strukturerade frågor vid djupintervjuer. Frågorna har bland annat berört bemötande, språkproblem och betydelsen av kulturella skillnader. Svaren ger en bild av de erfarenheter som personerna har av sina kontakter med sjukvården, men också deras uppfattning om demens.

Förhoppningen är att den iranska fokusgruppen ska få efterföljare på andra språk inom en snar framtid.

Rozita Torkpoor ansvarar även för en webbaserad utbildning på persiska kring demenssjukdomar. Materialet till sidan är hämtat från nätbaserade utbildningar på svenska som översatts. På sidan beskrivs bland annat symtom på olika typer av demens. Läsarna får också praktiska råd om hur en dement bör bemötas i olika situationer.

– Jag har skapat en interaktiv utbildning som bland annat innehåller frågor kring demens som deltagaren får besvara.

En viktig målgrupp är patienternas anhöriga. Erfarenheter från stadsdelen Rosengård i Malmö visar att när det gäller utlandsfödda äldre tar anhöriga ofta ett mycket stort ansvar när de drabbas av sjukdom.

– Många vill ta hand om sina äldre själva och de söker vård sent i sjukdomen. Ett av utbildningens mål är att få dem att söka hjälp i ett tidigare skede.

På kort tid har sidan blivit så populär att den tillhör de mest sökta sidorna på Google på persiska, vilket visar på hur stort behovet av information är.

Information till anhöriga och patienter finns också i form av faktablad kring demens och hur sjukdomen utreds. Dessa faktablad är översatt till de tio vanligaste språken i Skåne och följer med kallelsen till läkarbesöket.

– Då är patienten förberedd och vet vad som kommer att hända på vårdcentralen eller sjukhuset, säger Rozita Torkpoor.

Trots att patienter och anhöriga är en viktig målgrupp, inte minst med tanke på att äldre utlandsfödda personer vårdas av sina anhöriga i större utsträckning än svenskfödda, är Migrationsskolans huvudmål att utbilda personal för att nå ut med den kunskap som finns på området.

– Det arbetet går planenligt och vi kommer att genomföra fler utbildningstillfällen än vad vi skrev i projektplanen, säger Eva Granvik, sjuksköterska på Kunskapscentrum för demenssjukdomar och utbildningssamordnare inom projektet.

Eva Granvik och hennes danska kollega träffas regelbundet för att planera de olika utbildningsinsatserna.

Fram till nu har 300 personer deltagit i deras temadagar. Ytterligare 50 personer har gått en så kallad steg två-utbildning, men det finns behov av fler kurser.

– Tidigare har vi blundat för det, men behovet är stort, mycket större än vad jag trodde.

Språket är bara ett av flera problem som möter personer med invandrarbakgrund. För att tydliggöra det utbildar Eva Granvik den danska personalen medan hennes danska kollega håller i kursen för den svenska. Skillnaderna i de båda språken används för att öka förståelsen för de problem som möter patienten.

– Det är ett försök som har slagit väl ut.

Utbildningarna har fram till nu i huvudsak vänt sig till vårdpersonal inom kommunen, men till hösten planeras utbildning för distriktsläkare och neuropsykologer. Målet är att nå alla personalgrupper som kommer i kontakt med den aktuella patientgruppen.

Lennart Minthon menar att behovet av kunskap sträcker sig betydligt längre än så. Antalet utlandsfödda äldre växer och drygt tjugo procent av Malmös invånare som är 65 år eller äldre är födda utomlands.

– Alla inom vården träffar nästan dagligen personer från andra länder, men personalen är inte riktigt mogna att ta hand om patienter från andra länder. Lagen säger att kommunikationen mellan patient och vårdgivare ska vara tydlig, att patienten ska ha förståelse för vad vi gör och vad som händer efter utskrivningen. Men när det finns både kulturella skillnader och språkliga hinder så finns det en risk att vården inte blir bra. Mötet mellan patient och personal måste bli bättre, säger han.

Parallellt med Migrationsskolan pågår ett annat EU-finansierat projekt som heter ”Intervention för äldres

integration”. Inom ramen för detta har Eva Granvik utbildat tolkar i demenssjukdomar.

– Vi vet att när vi gör kognitiva tester av personer med utländsk bakgrund är vi väldigt beroende av tolken, säger hon.

Tolken blir ett filter mellan patienten och personalen och om tolken saknar kunskap om patientens sjukdom kan missförstånd lätt uppstå. Under utbildningen betonades vikten av att verkligen säga det som patienten ger uttryck för samtidigt som de inte heller får hjälpa patienten med blinkningar och andra signaler under de kognitiva testerna. Utbildningen har fått ett positivt bemötande och i nuläget har 60 tolkar utbildats.

– Tolkarna säger att de skulle behöva ha något liknande även inom andra sjukdomsgrupper och att den kunskap de har fått underlättar mötet med patienten, säger Eva Granvik.

Håkan Toresson är projektkoordinator och en av hans uppgifter är att se till att ekonomin sköts så som EU fordrar. Deras regelverk kräver exempelvis en mycket detaljerad redovisning av alla utgifter.

– Det är inget bekymmer att driva det tillsammans med ett annat land. Bekymret är att det är ett EU-organ som delar ut pengarna och det medför en väldigt byråkratisk process för att hantera projekten, säger han.

Budgeten för de tre år som Migrationsskolan ska pågå ligger på 1,6 miljoner euro, vilket motsvarar cirka 14 miljoner kronor. EU står för hälften och den andra hälften delas mellan Region Skåne och det danska Nationalt Videnscenter for Demens.

Håkan Toresson har ingen bakgrund inom sjukvården och han har imponerats av det engagemang som visas från alla inblandade.

– Det finns en vilja, både från sjukvårdens och från kommunens sida, att göra något åt det här som alla upplever som ett stort problem och det har kommit många idéer som det går att göra något vettigt av, säger han.

Projektet kommer tillsammans med sitt systerprojekt att utvärderas externt. Det sker delvis med hjälp av intervjuer med utbildningsdeltagarna, men också med dem som deltagit i projekten.

Vad som händer efter sommaren 2014 är oklart, men Lennart Minthon är hoppfull.

– Vi har redan haft möten med sjukvårdsdirektörer och politiker och de är positiva till en fortsättning, säger han.

Från politiskt håll är man bland annat intresserad av att de kunskaper som finns inom projektet ska spridas till andra sjukdomsgrupper som exempelvis diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.

Håkan Toreson ser gärna att det nuvarande upplägget fortsätter.

– Det finns alltid möjlighet att söka medel från EU. Nu när vi har lärt oss EU-byråkratin så hade det varit bra om vi hade kunnat fortsätta med det, säger han.

Lennart Minthon återkommer flera gånger under samtalet till den förvåning som de flesta har känt inför det närmast oändliga behovet som deras projekt har blottlagt.

– Det har varit tyst så länge kring det, men nu har vi lyft på locket, säger han.

FAKTA

Migrationsskolan består av sju delprojekt:

- Utbildningar för vårdpersonal, allmänhet och tolkar
- Diagnostiska metoder; ”The European Cross-Cultural Neuropsychological Test Battery, CNTB”
- Fokusgrupper
- Faktablad på olika språk och kulturförståelse till patienter, anhöriga och vårdpersonal
- Nätverk av personal med utländsk bakgrund
- Nordiskt nätverk med samarbete och utbyte av kunskap mellan Sverige, Danmark, Norge och Finland
- Webbutbildning på olika språk för anhöriga, patienter och vårdpersonal

Migrationsskolan är ett samarbete mellan:

- Kunskapscentrum Demenssjukdomar
- Europeiska Unionen – Europeiska regionala utvecklingsfonden
- Nationalt Videnscenter For Demens
- Skånes Universitetssjukhus

Finansieringen kommer från EU:s regionala utvecklingsfond, Interreg, Kunskapscentrum demenssjukdomar och Nationalt videnscenter for demens.

Mångkulturalismen har misslyckats

Aje Carlbom

I det följande är avsikten att presentera några kritiska reflektioner kring mångkulturalismen, eller tanken på att det enbart är förknippat med positiva värden att uppmuntra till byggandet av ett samhälle präglad av kulturell mångfald. Det kan naturligtvis uppfattas som tjatigt att slå in mångkulturalismens dörr om och om igen som om ingenting har hänt på det här området. Jämfört med diskussionen i andra länder utgör Sverige ett särfall: här är det fortfarande relevant att sprida kritiska artiklar om mångkulturalismens konsekvenser. Även om det idag finns fler uppfattningar om den här policyn än det fanns för ett decennium sedan präglas tänkandet hos många svenskar av idén att annorlunda kulturer i grunden bör accepteras och tolereras. Aftonbladets kampanj ”vi gillar olika” är ett exempel på att mångkulturalismens idéer fortfarande dominerar tänkandet i Sverige.

I allmänhet känner många mångkulturalister också ett spontant behov av att förmedla en positivt laddad bild av det framväxande ”mångfaldssamhället”. Hur många gånger har vi inte hört att kulturella skillnader ”berikar” Sverige, att de bidrar till att höja ”kompetensen” i landet eller att de bidrar till den internationella ”konkurrens-

kraften”? En motbild till dessa påståenden är att mångkulturalismens spridning i det politiska systemet, i kombination med globaliseringens sociala förändringar, har bidragit till skapandet av historiskt nya problemområden i nationalstatens offentlighet. Aldrig tidigare har till exempel den etniska segregationen varit mer påtaglig än den är för tillfället. Många invandrare är arbetslösa. Och i den offentliga sfären i stort är det många som brottas med den historiskt sett nya frågan hur man ska anpassa verksamheterna till alla kulturella skillnader man föreställer sig präglar landet. Följande reflektioner visar först några av problemen med att tänka i mångkulturalismens termer. Därefter ger jag ett kort exempel som tar upp hur absurt det kan bli om man organiserar en offentlig verksamhet utifrån föreskrifter kring så kallad kulturkompetens, en tankestruktur som är starkt inspirerad av mångkulturalismens moraliska dogmer.

MÅNGKULTURALISMENS PROBLEM

I min doktorsavhandling som publicerades 2003 riktade jag en ganska frän kritik mot mångkulturalismen – den politiska ideologi som styrt tänkandet kring invandring och kulturella skillnader i Sverige de senaste decennierna. Generellt handlade kritiken om att denna *-ism* förhindrar snarare än befämjar integration i landet eftersom den uppmuntrar medborgare att separera sig från varandra. Mångkulturalismens ideologiska kärna utgår från antagandet att invandrade personer skiljer sig, och att de bör skilja sig, från infödda svenskar och att dessa kulturella skillnader ska *accepteras* och *tolereras*. Det är alltså invandrade personers kulturella ursprung som anses ”berika”

Sverige och göra det mer dynamiskt eller kosmopolitiskt och inte det faktum att de är skickliga yrkespersoner eller intellektuellt begåvade som individer (Adamsson uå, Carlbom 2003, Hasan 2010:10). I mångkulturalismens föreställningsvärld är det mer betydelsefullt att någon har sitt ursprung i, säg, Bangladesh, än att personen i fråga är en framstående kirurg.

I Sverige finns fortfarande en ovana och rädsla för att öppet kritisera mångkulturalismen som policy. Ett vanligt teoretiskt misstag är att sammanblanda mångkulturalismen som ett ideologiskt ”paket” av idéer med det empiriska faktum att Sverige idag bebos av många människor som har sitt ursprung i andra länder. Sannolikt beror glidningen mellan de två nivåerna på att termen i många år använts på ett slarvigt sätt i den politiska debatten. Det finns alltså fog för Kenan Maliks (2007:189) påpekande att termen har ”kommit att stå för både en *beskrivning* av den levande erfarenheten av mångfald och för en *föreskrift* av hur mångfalden bör hanteras”. Ett liknande synsätt förs fram av Bryan S Turner när han gör en skillnad mellan mångkulturalismen som policy, moralisk position och statlig angelägenhet. Poängen här är alltså att betona mångkulturalismen som ideologisk och moralisk position snarare än som socialt tillstånd.

I den internationella litteraturen finns sedan länge en insiktsfull och välformulerad kritik av mångkulturalismens problem. En konventionell kritik är att det mångkulturalistiska synsättet gör att människor ser på kultur (eller religion) som en essens tillhörande en viss etnisk grupp med tydliga gränser gentemot andra grupper. Dessutom överbetonar mångkulturalismen den interna homogeniteten i olika grupper på ett sätt som riskerar att legitimera

krav på individuell konformitet. Synsättet är vanligt i identitetspolitiska sammanhang när mångkulturalistiska aktivister tar på sig rollen som ”försvarsadvokater” för olika grupper. De självpåtagna representanterna för europeiska muslimer, IFiS och FIOE, menar exempelvis att muslimer tillhör en minoritet där alla har samma typ av islamiska behov och praktik. Aktivisterna utnyttjar här mångkulturalismens grundläggande perspektiv i syfte att bedriva en separatistisk politik utifrån ett religiöst skillnadstänkande. Även forskare, som t ex Gardell, som är inblandade i dessa politiska strider använder ett homogeniserande synsätt på muslimer och andra etniska grupper.

Ett problem är alltså mångkulturalismens kulturbegrepp. Kenan Malik (2007:191) argumenterar för att mångkulturalister (de som tror på mångkulturalismen) ofta alternerar i sitt tänkande mellan att se människor som kulturbärande varelser och idén att människor måste ”bära på en *särskild* kultur”. Det finns emellertid ingenting, som han mycket riktigt påpekar, som säger att människor måste leva i en särskild kultur eller religion. Alla människor är kulturbärande och därmed sociala varelser. Det innebär att de också, som han säger, ”har förmåga att förändras, att göra framsteg och genom förnuft och dialog skapa universella moraliska och politiska former” (ibid.). Sett i det här ljuset är det alltså oklart vilken ”kultur” mångkulturalismen anser att man ska förhålla sig på ett moraliskt positivt sätt inför. Hypotetiskt kan det exempelvis vara så att unga flickor från Mellanöstern underkastas en strängare social kontroll efter migration till Europa jämfört med hur det var i ursprungslandet. Är denna i sammanhanget ”nya” kultur något man ska visa kulturell känslighet inför?

En komplicerande faktor med att hålla fast vid mångkulturalismens ideologiska dogmer är alltså att man tvingas acceptera och rentav hylla destruktiva normer och värderingar för att de bedöms vara kulturellt annorlunda. En överdrivet stark tro på mångkulturalismens ideal kan sålunda innebära att man försvarar idéer och praktiker som i värsta fall kan innebära fysisk eller symbolisk död för unga människor. Hedersrelaterat våld, som behandlas av Pernilla Ouis i denna volym, är exempel på en kulturell praktik som kan få dessa ödesdigra konsekvenser för flickor och pojkar som, i likhet med andra unga medborgare, strävar efter att leva som självständiga individer med allt vad det innebär av att välja livspartner eller religion. ”Verkliga skillnader kan vara spännande”, som Peter Wood (2003:29) uttrycker det, ”inte minst för att de kan vara dödliga.”

Nu är det inte riktigt så mångkulturalister resonerar. Många av dessa kategoriserar vad som är annorlunda kultur utifrån eget gottfinnande. Att spela balalajka, dansa till afrikanska trumslagare, klä sig i färgglada kläder, äta annorlunda mat och liknande uppfattas av många som kulturellt värdefullt. Det upplevs som exotiskt och spännande och därför som ”kultur”. Tendensen hos mångkulturalister är alltså att selektera bort allt som är besvärligt att hantera ideologiskt och enbart lyfta fram harmlösa vanor och sedvänjor som exempel på ”kultur”. Som jag har påpekat tidigare finns en tradition bland svenska mångkulturalister att utelämna, till och med förneka, förekomsten av fenomen i det mångkulturella samhället som på något sätt kan värderas negativt i förhållande till invandring och annorlunda kultur. Jan Hjärpes bok om islamism är ett exempel som kan illustrera påståendet

eftersom han i denna praktiserar ett förhållningssätt som är typiskt för det mångkulturalistiska tänkandet.

Bokens titel, *Islamismen*, visar att Hjärpe bekänner sig till argumentet som i regel förs fram när politiskt besvärliga frågor om islam och muslimer förs på tal, nämligen att islam är "heterogent". I det här fallet handlar det om den vitt spridda idén att islamism inte är en sak utan flera, att det finns mer eller mindre militanta och/eller demokratiska grupper i den större gruppen av islamister. Det typiskt mångkulturalistiska i boken är utelämnandet, eller det indirekta förnekandet, av att islamism idag också är en del av Västeuropa. "Islamismerna" som omskrivs i boken är samtliga placerade någonstans i den muslimska världen. Ur ett tänkande byggt på mångkulturalismens acceptans och toleransvärderingar är det givetvis självklart att dra gränsen för islamismens spridning i världen vid "Festung Europas" gräns. Att ta upp det faktum som många andra författare pekat på, att islamister också i Europa dominerat politiken kring islam i flera decennier, innebär förstås att man som författare riskerar att anklagas för att vara motståndare till det mångkulturella (läs: mångreligiösa) samhället snarare än en tolerant förespråkare av islam i största allmänhet. I värsta fall att man kallas islamofob eller rasist.

KULTURKOMPETENS

Mångkulturalismens värderingar har, som jag säger inledningsvis, penetrerat de flesta offentliga verksamheter i den samtida nationalstaten. För människobehandlande institutioner tar det sig uttryck i införandet av normer kring något som t ex forskaren Masoud Kamali kallar

”kulturkompetens”, eller ”kulturell sensitivitet”. ”Genom att målmedvetet utveckla mångkulturella läroprocesser vid yrkesläroanstalterna inom social- och hälsovård kan lärarna aktivt stärka och utveckla sin egen kulturkompetens”, som Yvonne Lassenius (2011:11) säger i sin doktorsavhandling. Är detta något att ha? Det kan man fråga sig. Och vad innebär det att vara ”kompetent” på kultur? Följer vi mångkulturalismens egen ideologiska logik lever vi idag i ett samhälle med många kulturer. Hur många? Är det möjligt för en sjuksköterska eller socionom att vara kompetent på alla kulturer som finns i, till exempel, Malmö? I staden talas, förutom svenska, i runda tal drygt 150 olika språk och om alla dessa ses som kulturspecifika uttryck kan man lätt konstatera att människobehandlande personal står inför en delikat uppgift i sitt kompetenshöjande arbete.

Idén om kulturkompetens bygger på, som sagt, mångkulturalismens moraliska imperativ att det är tolerans som ska visas mot annorlunda kulturer. Inbyggt i det hela finns också postkoloniala, vissa kanske vill säga postmoderna, ideal om att vår västerländska kultur inte är mer värdefull eller ”står över” kulturer från andra delar av världen. Så argumenterar exempelvis Ruth Anne Kinsman (2010) när hon säger att det är etnocentriskt att tro att ”våra värderingar, övertygelser, praktiker och beteenden är överlägsna andras”. Men inte bara det. Det är till och med så att ”ett påtvingande av våra synsätt på andra är ett kulturellt övergrepp och komprometterar effektiv sjukvård ... det är vi som ska anpassas, expandera och lära”. Slutsats: ”[Vi] måste lära oss kulturell kompetens.” Detta är ett uttryck för såväl toleranta som moraliskt ”goda” värderingar. De är emellertid inte helt oproblematiske.

Vad säger man till en patient som behöver ett kirurgiskt ingrepp men som själv kräver en exorcistisk ritual? ”Nej, kirurgens kunskap är inte överlägsen din kultur. Gör oss mer kulturkompetenta i hur ni tänker i ditt samhälle.” Ibland är det bra med experter som vet hur man gör något snarare än med personal som förhåller sig på det moraliskt ”rätta” sättet.

Det finns studier som visar på det tveksamma i att tänka i termer av kulturkompetens eller kulturell sensitivitet. I en fallstudie på ett svenskt vårdhem har Dellenborg et al (2012) genomfört intervjuer och observationer med personalen om deras ”transkulturella” möten. De beskriver hur en man, Karim, agerar respektlöst inför de kvinnliga sjuksköterskorna, hur han vandrar runt i korridoren insvept i ett lakan, hur han vägrar att låta sig serveras kaffe av kvinnor och hur han ger uttryck för en negativ kvinnosyn (ibid: 344). Dessutom kommer hans dotter på besök och serverar honom ”enorma mängder med mat” trots att han lider av diabetes (ibid: 346). På vilket sätt skulle vården av den här mannen bli bättre av att sjuksköterskorna lär sig mannens ”kultur”?

Kulturkompetens förefaller, kort sagt, att vara ointressant i ”mötet” med mannen. Å ena sidan: Att han travar runt på avdelningen iklädd ett lakan är en praktisk fråga om social ordning på avdelningen. Att han är nedlåtande mot kvinnor kan avfärdas. Men att systemen serverar honom mat sker mot hennes bättre vetande och om detta skulle tolereras i syfte att gå kulturen till mötes så riskerar ju mannen att försättas i koma. Exemplet visar alltså att vården blir sämre om kulturkompetens är viktigare än att agera adekvat utifrån den professionella expertis personalen redan har. Det är sannolikt därför artikelns ”recom-

mendation for practice” utelämnar termen ”kultur” och istället betonar att personalen bör ha möjlighet att träffas regelbundet för att reflektera över ”vårdmöten”, snarare än ”transkulturella” vårdmöten.

Sammanfattningsvis är mångkulturalismen en lära som tycks skapa fler problem än den löser. Den har lagt grunden för ett separatistiskt tänkande i landet som penetrerat flertalet offentliga verksamheter. För att sammanfatta saken i en mening: det är en lära och policy vi borde göra oss av med eftersom den bidrar till att selektera medborgarna i olika kulturella grupper istället för att se till individuella handlingsmönster. Mångkulturalismens kulturbegrepp är alltså mer av en barriär än en brygga till förståelse.

REFERENSER

- Adamson, G (uå). *Multikulturalism, en kritik från vänster*. Opublicerat bokmanus.
- Carlbom, A (2003): *The Imagined versus the Real Other*. Doktorsavhandling. Lund: Sociologiska institutionen.
- Dellenborg, L, Skott, C, Jakobsson, E (2012). ”Transcultural encounter’s in a medical ward in Sweden: experiences of health care practioner’s”. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(4), s. 342–350.
- Furlong, M & Wight, J (2011). ”Promoting ’critical awareness’ and critiquing ’cultural competence’: toward disrupting received professional knowledges”. *Australian social work*, vol 64/1, s. 38–54.
- Gardell, M (2011). *Islamofobi*. Stockholm: Leopard.
- Hasan, R (2009). *Multiculturalism, some inconvenient truths*. London: Politico’s.
- Hjärpe, J (2010). *Islamism*. Malmö: Gleerups.
- Kamali, M (2002). *Kulturkompetens, om socialarbetarens och klientens kulturella bakgrund*. Stockholm: Carlssons.

- Kinsman, R A (2010). "Cultural Competence, nursing in a multicultural society". *Nursing for womens health*, 2010, s. 52–60.
- Lassenius, Y (2011). *Utvecklingen av vårdlärarnas kulturkompetens. En kvalitativ studie som fokuserar på lärarna i mångkulturella lärandemiljöer i Finland*. Doktorsavhandling. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Malik, K (2007). "Multikulturalismens misslyckanden". *Den sekulära staten och islam i Europa* (red. Kurt Almqvist). Stockholm: Atlantis.
- Turner, B S (2006). "Citizenship and the crisis of multiculturalism". *Citizenship studies* 10/5, s. 607–618.
- Turner, T (1993). "Anthropology and multiculturalism: what is anthropology that multiculturalists should be mindful of it?". *Cultural Anthropology*, vol 8, s. 411–429.
- Wood, P (2003). *Diversity, the invention of a concept*. San Francisco: Encounter Books.

Heder, våld och sexualitet i vårdmöten

Pernilla Ouis

VAD ÄR HEDER?

Hedersrelaterat våld refereras ofta till som ”så-kallat hedersrelaterat våld” eller bara ”hedersrelaterat våld”; alltid satt inom citationstecken. Denna praxis kring begreppet avslöjar att fenomenet är ifrågasatt, och inte ännu är allmänt accepterat trots regeringens stora insatser på området. 350 miljoner kronor har satsats på att bekämpa detta våld det senaste decenniet, och startpunkten för insatserna blev hedersmordet på Fadime Sahindal den 28 januari 2002.

Trots det våld som otvetydigt utförts i hederns namn i Sverige måste man konstatera att våldet har varit föremål för en stark ideologisering, både av dem som vill använda sig av begreppet och av dem som avfärdar det med hänvisning till rasifiering och stigmatisering av ”de Andra”. Det är viktigt att vara vaksam på främlingsfientliga tendenser samtidigt som det ideologiska ställningskriget har gjort att det blivit svårt att upprätthålla en nyanserad debatt och behandla hedersrelaterat våld som det mångfacetterade komplex det verkligen är.

Vad menas då med heder? På ett enkelt sätt kan det sägas att det handlar om den universella känslan av att vilja bli erkänd och respekterad av sina medmänniskor. Det handlar om att upprätthålla sin status i olika sociala sammanhang. En viktig aspekt av hedern är att den alltid handlar om omgivningens, det vill säga *de andras*, uppfattning och värdering av den egna personen. Heder handlar om att *kräva respekt* i de andras ögon, och därför är fasaden utåt – hur det verkar för utomstående, viktigare än det egna samvetet eller hur det verkligen förhåller sig.

Heder finns i alla sammanhang och det som betraktas som hedersamt står för det som värderas som gott. Hedern kan därför sägas ha en positiv disciplinerande funktion i alla samhällen – ett verktyg för att få oss att utföra goda handlingar helt enkelt motiverade av att få avnjuta respekten av sina medmänniskor. Olika normer beroende av tid och rum avgör vad som är hedersamt. Hedern har traditionellt och historiskt varit länkad till en kontroll av sexualiteten. I patriarkala samhällen har heder ofta handlat om att *män ska kunna kontrollera kvinnors sexualitet*. Det är detta som avses när man slarvigt säger ”hederskultur”. I vissa moderniserade samhällen har idén om mannens förmåga att bevaka den kvinnliga kyskheten fått stå tillbaka efter den sexuella frigörelsen på 1950- och 60-talen, men detta är en uppfattning som fortfarande står sig stark i större delen av världen. De som hävdar att hederstänkandet även kvarstår i västerländska samhällen har dock rätt på ett principiellt plan, eftersom även dessa fortfarande är att betrakta som patriarkala.

Även om det verkar finnas ett gemensamt, universellt drag av heder i relation till kvinnlig sexualitet, har heder andra kriterier som skiftar i olika sammanhang. Vad som

anses hedersamt i en kultur kan vara skamligt i en annan. Heder och skam måste förstås i sina specifika kulturella sammanhang. Det går alltså inte att kringgå faktorn *kultur* – tolkat som olika normsystem, för att förstå vad som definierar heder och dess funktion. Även om det är viktigt att inte hemfalla åt kulturrasism, är det lika viktigt att inte av ideologiska skäl undvika en adekvat analys av kulturella normers betydelse.

NÄR HEDERN GÅTT FÖRLORAD: VANHEDER ELLER SKAM

Frånvaron av heder innebär vanära, eller vanheder. Det vanligaste begreppet för att beteckna detta tillstånd är skam. Hederskulturer kan förstås bättre om vi verkligen försöker förstå skammen. Det har sagts att skam är den mest obehagliga känsla människor kan uppleva. Skam handlar om att vi känner de andras dom; en dom vi även accepterar för oss själva – för vi ger de andra rätt. När man internaliserat omgivningens fördömande upplevs starka känslor av underlägsenhet och själväckel (Dahlgren & Starrin 2004). I traditionella, släktskapsorganiserade samhällen upp bärs skam och heder kollektivt. Det innebär att om en gruppmedlem förlorar hedern, drabbar skammen hela gruppen. Den förlorade hedern och de starka skamkänslorna kan innebära en försvagad respekt och lojalitet i gruppen.

Skammen uppstår framförallt i medeldistanserade sociala relationer såsom inom släkten eller grannskapet. Vi har alltså lättare att vara skamlösa med dem som står oss allra närmast, eller dem som står oss längst bort, de allra mest distanserade. Den sociala kontrollen i mikrosamhället är således av yttersta vikt för upprätthållandet

av en hederskultur. Samtidigt kan skamkänslan försvinna om individen agerar i en grupp, vilket man kan se exempelvis i kriminella gäng. Min tolkning av hedersproblematiken i det svenska samhället är att man känner starka skamkänslor gentemot den egna gruppen och agerar därefter när man utsätter en familjemedlem för hedersrelaterat våld. Samtidigt kan medlemskapet och lojaliteten i den mindre gruppen göra att man inte känner skam gentemot majoritetssamhället.

Om kontrollen av den kvinnliga sexualiteten förloras, måste männen visa gentemot gruppen att de är villiga att utföra vissa handlingar för att återupprätta hedern. Ett sätt att utesluta den felande medlemmen är genom att helt enkelt frysa ut den personen, som blir socialt död för kollektivet. I många traditionella, patriarkala, släktskapsorganiserade samhällen med svagt utbyggd välfärdsstat kan en sådan uteslutning för en kvinna innebära döden, eftersom hon kan ha mycket svårt att hitta ett sätt att försörja sig. Det enda alternativet i sådana lägen kan vara att bli prostituerad. Ett annat sätt är att mörda den individ som dragit skam över kollektivet, och på så sätt återta gruppens heder. Detta är en högst ovanlig åtgärd, men är ändå händelser som inträffat i Sverige.

Det är viktigt att påpeka att skammen fungerar som en stark drivkraft, och de närmaste familjemedlemmarna känner sig ofta tvungna att agera inför de andra i kollektivet. De känner ett starkt grupptryck att straffa den som gjort fel, och känner att de inte har något annat val än att göra det som hedersnormerna föreskriver. Detta är förstås en förenkling, eftersom alla människor har ett val och det inte heller finns någon determinism i en hederskultur som bestämmer hur människor agerar. Men normen är

starkt uttalad att för att bevara hedern måste vissa handlingar till för att straffa den som brutit mot hederskodexen. Huruvida människor alltid följer olika normer är givetvis en helt annan fråga. Trots detta fria val har många förövare uttryckt att de just känt sig *tvungade* att agera som de gjort och utföra hårda bestraffningar av och även mord på sina allra närmaste.

HEDERNS EKONOMISKA ASPEKTER I SLÄKTSKAPSORGANISERADE SAMHÄLLEN

Det är förstås inte så att heder bara handlar om kultur och kontroll av kvinnors sexualitet. Det hedersrelaterade våldet måste förstås i sitt ekonomiska sammanhang. De flesta samhällen i världen är främst organiserade utifrån släktskap. Det betyder att släkten är fundamental för individens välfärd och trygghet. I dessa samhällen saknas ofta en väl utbyggd välfärd, där individen kan klara sig självständigt utan släkten. I släktskapsorganiserade samhällen praktiseras endogami, en term som betecknar praktiken att gifta sig inom sin egen grupp. Det vanligaste är kusingifte. Giftermål och familjebildning är kollektivets angelägenhet mer än ett individuellt val. Släkten bestämmer individens äktenskapspartner, men också när giftermålet ska ske. I många ekonomiskt eftersatta samhällen motiveras familjer att gifta bort sina flickor tidigt, dels för att få en mun mindre att mätta, men också för att få del i brudpriset. Inom hederskomplexet ingår därför också problematiken med barngifte, oskuldskontroll och tvångsäktenskap.

De ekonomiska motiven är även viktiga för familjer som migrerat till andra länder. Många familjer har dåligt

samvete och en stor försörjningsbörd gentemot den del av släkten som är kvar i det forna hemlandet. De känner krav att hjälpa till så mycket de kan, ekonomiskt och på andra sätt. Ett bidrag är att gifta en släkting med något av de egna barnen så att den personen också kan emigrera, och förhoppningsvis få en bättre inkomst i det nya landet än om man stannat kvar. Mönstret att gifta sig med sina släktingar fortsätter alltså efter migrationen och har starka ekonomiska drivkrafter.

Utöver de ekonomiska aspekterna av endogami finns det starka identitetsbevarande skäl till att många familjer föredrar att gifta sina barn inom släkten. Att gifta sig utanför gruppen kan uppfattas som att släktens identitet försvagas. Det finns också i många fall en ganska tydlig uppfattning om hur släkter rankas, det vill säga vilka släkter som betraktas vara högre respektive lägre rankade. Många äldre menar också att en svärson eller svärdotter från någon annan grupp aldrig skulle ta hand om dem när de blev äldre, och detta skapar en känsla av otrygghet. Valfärd, såsom äldreomsorgen, spelar därför en stor roll för att förstå dessa äktenskapsmönster.

HEDERSFÖRTRYCK I VARDAGEN

Jämställhetsarbete handlar om att ifrågasätta rådande könsroller. Detta har varit feminismens viktigaste kamper: att visa att kön är socialt skapad och inte beroende av biologi. Inom en hederskultur däremot finns det starka incitament för att *bevåra* könsrollerna; man kan säga att hedern effektivt upprätthåller traditionella könsroller. Män ska vara aktiva och dominanta. De försörjer familjen och de ska också korrigera familjemedlemmarna – med

våld om så krävs. Kvinnorna däremot förväntas vara passiva och undergivna och ta emot våld. Återigen avses normer; det är självklart att många individer lever sitt liv på ett annat sätt. De normer som ligger till grund för skamkänslor är dock starka när det gäller att upprätthålla dessa könsroller.

I den traditionella uppfattningen ligger kvinnorna nära skammen och männen nära hedern. När jag påstår att hedern handlar om att bevaka kvinnors sexualitet menas att det inte alltid handlar om sex i sig, utan alla handlingar som kan tolkas som ett intresse för det motsatta könet. Ett sådant intresse, vad det än kan vara: en blick, ett skratt, att klä sig på ett visst sätt, att vara på fel ställe, att bete sig på ett ”felaktigt” sätt kan vara handlingar som påverkar *ryktet*. Detta rykte påstår något om individen, och det behöver inte ha någonting alls med sanningen att göra, men eftersom hedern handlar om människors uppfattningar om en person så spelar sanningen mindre roll. Det som spelar roll är vad de tror. Det är alltså många handlingar som kan påverka en individs rykte i en hederskultur.

I min tidigare forskning vittnar barn om att ryktet lätt påverkas negativt i vardagen, speciellt för flickor (Ouis 2009). Till exempel kan ett biobesök innebära att någon kan tro och därför sprida ett rykte att flickan träffat en pojke i biografens mörker. I en doktorsavhandling i socialt arbete (Högdin 2007) visas att många barn och ungdomar med invandrarbakgrund i Sverige förbjuds av sina föräldrar att delta i flera undervisningsmoment i skolan, exempelvis utflykter, vissa idrottsaktiviteter som simundervisning, religionskunskap, musik. En förklaring till detta kan vara hedersnormerna och föräldrarnas uppfattning om att barnen i dessa aktiviteter kan lära sig

eller utföra det som anses vara omoraliskt. I skolan bör personal vara uppmärksam på om barnet uteblir från denna typ av aktiviteter och i så fall påbörja en dialog med föräldrarna.

Våldsproblematiken uppstår akut när en person öppet gjort det som uppfattas som omoraliskt, exempelvis har haft en relation med det motsatta könet eller blivit gravid. I en sådan akut situation när någon känner sig hotad till livet är det viktigt att minnas att hedern handlar om fasaden utåt. Det är viktigt att inte alltid i detalj ”berätta vad som hänt” för familjen eller utomstående. Ett konkret exempel är att många flickor vädjar om oskuldsintyg från ungdomsmottagningar efter det att de haft sex, för att ändå kunna gifta sig. Många vill även göra en hymenrekonstruktion. Vårdpersonal kan ställas inför svåra dilemman mellan föräldrarnas och barnens önskemål. När flickor vädjar om intyg på deras oskuld kan kanske personalen intyga inför föräldrarna att allt ser ”normalt” ut, utan att närmare diskutera mödomshinnan (som dessutom inte är en heltäckande hinna som den traditionella förståelsen säger, utan är en slemhinnekrans runt vaginalöppningen). Det finns också fall i Sverige där barn på föräldrars önskan blivit utsatta för en gynekologisk undersökning för att intyga deras oskuld. Detta är förstås orimligt och ingenting som barn ska utsättas för.

HEDERNS BETYDELSE I VÅRDMÖTEN

Hedersbegreppet har i grunden en positiv innebörd. Trots att det har blivit kopplat till våld och sexuell kontroll måste man ändå försöka respektera människors uppfattning om heder. Det betyder kanske att man så långt

möjligt bör försöka beakta olika kulturella uppfattningar om integritet, genusrelationer, syn på nakenhet och sexualitet. Det finns ingen anledning att utsätta patienter för skamkänslor. Men vad innebär denna hållning i praktiken? Har exempelvis en kvinna alltid rätt att kräva en kvinnlig läkare? Mitt svar på den frågan är att om det är möjligt så är svaret ja, men att detta faktiskt kan vara ett orimligt krav i den högt belastade offentliga sjukvården idag. Ett alternativ är att patienter med speciella önskemål hänvisas till det privata. Likabehandling i vården får inte heller innebära en praktik av *olikabehandling*, där vårdpersonal förväntas ha kunskap om och respekt för alla patienters olika kulturella och religiösa önskemål (för en utveckling av detta resonemang, se Ouis 2010). Vilka specifika krav som är acceptabla är en fråga att diskutera på ledningsnivå och bör inte vara en fråga som vårdpersonal ska fatta enskilda, individuella beslut om, även om detta ofta är fallet i praktiken.

Hederskomplexet handlar i mångt och mycket om sexualitet. Inom FN och WHO talas om sexuella rättigheter; att människor har rätt till sexuell njutning och sexuell hälsa (Ouis 2012). I praktiken är det svårt att veta hur dessa rättigheter ska tolkas. Hur långt sträcker sig föräldrars rätt att bestämma över sina barns sexualitet? Är det rätt av ungdomsmottagningar att ge p-piller till barn under 15 år utan föräldrarnas vetskap? Har föräldrar rätt att bestämma över ungdomarnas pojk- och flickvänner? Dessa svåra frågor har inga entydiga svar ens i ett sexualliberalt samhälle som Sverige, utan borde istället uppmuntra till intressanta diskussioner mellan föräldrar, ungdomar och personal inom skola och vård över olika etniska och religiösa gränser.

I de sexuella rättigheterna ingår också att slippa sexuellt våld och utnyttjande, de så kallade negativa sexuella rättigheterna. I ett tvångs- eller barnäktenskap kan barnet utsättas för sexuellt utnyttjande, även om föräldrar och omgivningen accepterat denna situation rent moraliskt. Barn som gift sig i de tidiga tonåren har i tidigare forskning vittnat om att de betraktat det äktenskapliga samlivet som ett sexuellt tvång (Ouis 2009). Här kolliderar olika normsystem om individens sexuella (o)frihet. Barngiftet är också förbjudet i svensk lagstiftning (för en bra översikt av de lagar och konventioner som är relevanta för hedersproblematiken, se kapitel 11 i Cinthio 2007). Om hedersnormerna skapar en kontroll av sexualiteten så handlar det *både* om förbud mot egna beslut om sexuell frihet och njutning, men också ett tvång att acceptera vissa sexuella partners och handlingar.

Men det är ändå kanske våldet och hotet om våld som är sjukvårdens viktigaste problemområde där hedern har en avgörande betydelse. Offer för sexuella övergrepp och våldtäktsoffer kan därutöver utsättas för hot om ytterligare våld från sina familjer, eftersom hedern kan anses vara förlorad hos offret. Inom det hedersrelaterade våldet liksom i allt annat familjevåld uppstår en svår situation för våldsoffret, som trots våldet känner stark lojalitet mot förövaren, som då kan vara partnern, pappan eller brodern. Kvinnornas betydelse som anstiftare till det hedersrelaterade våldet ska heller inte underskattas. Eftersom hedern hos kvinnorna i gruppen också påverkas av en familjemedlems ”snedsteg” är kvinnorna ofta angelägna om att våldet genomförs för att återupprätta den kollektiva hedern. De män som anser sig tvingade att utföra våld mot sitt barn eller sin syster kan i viss mån även be-

traktas som offer för hedersnormerna, även om de alltid har ett val att avstå våldet.

I det hedersrelaterade våldet kan alltså förövaren vara både man och kvinna, men våldet skördar också offer av båda könen. HBTQ-personer drabbas av våldet eftersom de inte följer heteronormen, som är mycket stark i hederskulturer (Knutagård & Nidsjö 2004). Samtidigt drabbas även utomstående pojkvänner av det hedersrelaterade våldet utfört av deras flickvänner familjer. Denna brotts-offergrupp har hittills varit osynlig i debatten om hedersrelaterat våld och förtryck. Man ska också komma ihåg att de våldsoffer som kommer till vårdens kännedom bara är toppen på ett isberg. Precis som i allt familjevåld är mörkertalet mycket stort. Hotet om våldet fungerar som en disciplinerande åtgärd i barnens uppfostran och de flesta barn anpassar sig och internaliserar hedersnormerna själva. Därutöver har många misstänkta dödsfall, som exempelvis ”balkongflickorna” (se Koch, Grutzky & Jarl-Åberg 2008), inte kunna bevisats ha hedersmotiv utan avskrivs som olyckor eller självmord.

Vårdpersonal efterlyser ofta ”manualer” för att veta vad man ska göra när man misstänker att någon utsätts för hedersrelaterat våld och förtryck. Det finns mycket material publicerat om våldet (se <http://projektwebbar.lansstyrelsen.se/hedersfortryck/Sv/publikationer/Pages/default.aspx>), men jag är i grunden ovillig till att man ska rekommendera att man gör annorlunda än när man hanterar andra våldssituationer. Den kunskap som producerats i frågan är ett tillräckligt stort underlag för att förstå komplexiteten. Men man måste också öppna upp perspektiven något och förstå att människor inte är robotar som styrs av kultur eller religion allena. Ett intersektio-

nellt perspektiv är att rekommendera, där olika maktordningar baserade på klass, kön, ålder, etnicitet och sexualitet beaktas (se Mattson 2010) för förståelsen av hedersrelaterat våld och förtryck. Jag har i detta kapitel försökt att visa att människors uppfattning om heder har många existentiella, identitetsbevarande och ekonomiska betydelser. Denna mångfacetterade förklaring av begreppet kan utgöra en grund för att förstå hederns betydelse i ett vårdmöte.

REFERENSER

- Cinthio, Hanna (red.) 2007, *Hedersrelaterat våld och förtryck: Ett kunskapsunderlag för hälso- och sjukvården*. Ödeshög: Länsstyrelsen i Skåne län.
- Dahlgren, Lars & Bengt Starrin 2004, *Emotioner, vardagsliv & samhälle: en introduktion till emotionssociologi*. Malmö: Liber.
- Högdin, Sara 2007, *Utbildning på olika villkor – Om kön och etnisk bakgrund i grundskolan*. Rapport i socialt arbete nr 120 Stockholm: Stockholms universitet.
- Knutagård, Hans & Elisabeth Nidsjö 2004, *Hedersrelaterat våld mot ungdomar pga sexuell läggning*. Malmö: Länsstyrelsen i Skåne län.
- Koch, Stefan, Grutzky, Eduardo & Cecilia Jarl-Åberg 2008, *Från tvångsäktenskap till balkongmord: ingång till hederskulturen*. Stockholm: Almaeuropa
- Mattsson, Tina 2010, *Intersektionalitet i socialt arbete: Teori, reflektion och praxis*. Malmö: Gleerups.
- Ouis, Pernilla 2009, Honourable traditions? Honour violence, early marriages and sexual abuse against teenage girls in Lebanon, the Occupied Palestinian Territories and Yemen. *International Journal of Children's Rights* 17 (2009), pp 445–474.
- Ouis, Pernilla 2012, Tradition, religion och sexualitet: Sexuell hälsa och rättigheter i ett globalt perspektiv. I L Plantin & S-A

- Månsson (red.), *Sexualitetsstudier*. Malmö: Liber, s. 107–124.
- Ouis, Pernilla 2010, Att möta olika människor lika – muslimers möte med svensk sjukvård. I Carin Björngren Cuadra (red.), *Omvårdnad i mångkulturella rum – frågor om kultur, etik och reflektion*. Lund: Studentlitteratur, s. 231–255.

Medverkande

AJE CARLBOM, docent i socialantropologi, Institutet för socialt arbete vid Malmö Högskola

SET MATTSSON, sjuksköterska, journalist och författare

LOTTA NARVEHED, journalist

MAGDALENA NORDIN, lektor i IMER (Internationell Migration & Etniska Relationer) vid Malmö Högskola och lektor i religionssociologi vid Lunds Universitet

PERNILLA OUIS, docent i hälsa och samhälle inriktning etniska relationer, Malmö högskola

JESPER PERSSON, chefsläkare Skånes Universitetssjukhus – Region Skåne

MARGARETA POPOOLA, docent i IMER (Internationell Migration & Etniska Relationer) vid Malmö Högskola

ANNE SOFIE ROALD, professor i religionsvetenskap vid IMER (Internationell Migration & Etniska Relationer), Malmö Högskola.

