

Migration, sygdomsopfattelse og behandlingsvalg

Om kvinder der migrerer, og forskning der flytter sig: et retrospektivt blik

Beth Elverdam

Denne artikel belyser tendenserne i dele af den antropologiske forskning om indvandrerkvinder og deres møde med det danske sundhedsvæsen i perioden 1980-2006. Artiklen viser, hvordan forskning i denne periode i høj grad var præget af den samtid, den var situeret i, og hvordan den har ændret sig i forbindelse med ændringerne i samfundet. Tidligt i perioden var det kvindernes rejse fra hjemlandet, som opmærksomheden var rettet mod, og det ændrede liv de kom til at føre, herunder deres erfaringer med det danske sundhedsvæsen. Den medicinske antropologi og kvindeforskningen var to relativt nye teoretiske retninger indenfor antropologien, og de gjorde det muligt at belyse kvindernes sygdomsopfattelser i et kulturperspektiv. Sygdomsopfattelser og behandlingsvalg viste sig at være komplekse og pluralistiske, inkluderende men ikke ekskluderende. De var dynamiske, og de blev brugt af flere generationers kvinder, også de der voksede op i Danmark. Forskningsfeltet omkring indvandrerkvindernes møde med det danske sundhedsvæsen ændrer sig hele tiden. Således er de ansattes møde med indvandrerne blevet en del af forskningsfeltet, ligesom forskere fra flere fagtraditioner er med til at give deres bud på området.

Indledning

Når man ser retrospektivt på et forskningsfelt, bliver betydningen af den situation, der altid er til stede, når et forskningsområde udstikkes mere tydelig, end den var i tiden. Den bliver tydelig, fordi man på en anden måde, end når man

står i feltet, kan se konsekvenserne af de valg og fravalg, man har foretaget og den betydning, de har haft for forskningsfeltet. Når man afslutter et forskningsprojekt, er man ofte optaget af analysen og den videre vej og ser måske ikke helt så tydeligt de valg og fravalg, der i virkeligheden ligger bag analysen. Samtidig har det også en betydning, hvilken faglig tilgang man har til et felt, både metodisk og teoretisk.

Jeg har arbejdet med et åbent og foranderligt kulturbegreb, som findes i informanternes (indvandrerkvindernes) konkrete beskrivelser af deres dagligdag, overvejelser, beslutninger og handlinger. Der er på denne måde tale om et kulturbegreb, som ser kultur som "tavs" viden (Spradley 1979) udtrykt i hverdagslivets konkrete handlinger og de normer og værdier, som ligger bag (Luckmann & Schutz 1989 [1983]). Metodisk har det den konsekvens, at der spørges til det konkrete ikke til det analytiske. Jeg har bedt kvinderne fortælle om deres tanker, begreber, beslutninger og handlinger og lyttet til kulturen bag. Jeg har ikke spurgt dem, hvilken rolle f.eks. religionen havde for dem som f.eks. Poulsen (2005), men lyttet til hvor de fortalte, at religionen spillede en rolle for dem.

Hvorfor indvandrerkvinder?

Antropologien 1970'erne og 1980'erne så meget anderledes ud end i dag. Tiden var i høj grad præget af en ny erkendelse af, at antropologien havde fokuseret på mænd. At de samfund, som i overvejende grad var beskrevet af mandlige antropologer, var beskrevet ensidigt. At de havde talt med mænd, om det mænd gør og talt med mænd om kvinder. Empirisk var der meget lidt viden om kvinder og kvinders verden. Men det var ikke bare på det empiriske område, hvad vi vidste om de andres liv, at kvinderne glimrede med deres fravær. Også på det teoretiske plan var der i høj grad også tale om, at verden blev analyseret fra en mandlig position. Begreberne male-bias og androcentrisme begyndte at blive brugt som udtryk for en systematisk skævvridning af empiri og teori. Og kvindeantropologien havde et ønske om andre måder at se, tolke og teoretisere om verden på. Kvindeantropologien var optaget af to ting: at skabe empirisk viden om kvinders liv i andre samfund og kulturer og at skabe en anden teoretisk forståelse af kvinders position og muligheder i forskellige samfund. En del af denne forskning var optaget af, hvordan kvinder i patrilineære, patrilokale samfund havde mulighed for at sætte deres synspunkter igennem.

Det var denne udfordring, der gjorde, at flere kvindelige forskere begav sig ind på indvandrerområdet med et ønske om at beskrive et stykke kvindekultur mere

end indvandrerkultur. Det var her min interesse lå, og det var med den baggrund, at jeg i 1983 (note 1) gennemførte deltagerobservation og interviews (note 2) i en mødregruppe med kvinder med pakistansk baggrund. Fokus var graviditet, fødsel, barselsperiode og pasning af de små børn. Når jeg valgte pakistanske kvinder, var det fordi, der allerede var andre (Højlyng 1983; Sachs 1983), som arbejdede med tyrkiske indvandrerkvinder. De pakistanske kvinder beskrev deres handlinger og overvejelser, og deltagerobservationen gav god indsigt i de udtalte spilleregler, der var kvinderne imellem i mødregruppen. Analysen af interviewene viste, at kvinderne havde mange traditioner af både forebyggende og behandlende art i forbindelse med graviditet, fødsel, barselsperiode og de små børn. Traditioner som havde rod i de bondesamfund, de kom fra, og som i høj grad handlede om at kontrollere det ukontrollerbare.

Det var traditioner, som de opretholdt i Danmark, og som de gerne ville bruge også i relation til det danske sundhedsvæsen. Kvindernes traditioner lå i hjemlandet i det offentlige rum, hvor de blev opretholdt, debatteret og forandret på én og samme tid. At holde fast i traditionerne hjemmefra under migrationen blev af kvinderne set som en form for kontinuitet – ikke som en belastning eller stagnation.

Set retrospektivt og i relation til nyere forskning, er det klart, at disse kvinder var raske. De er derfor ikke sammenlignelige med f. eks. kroniske patienter (Nielsen 2005). Men der er også andre forskelle. Kvinderne, jeg arbejdede med i disse år, var arbejdsmigranterkvinder. De var kommet til Danmark senere end deres mænd, mændene var i arbejde, og kvinderne arbejdede ikke men passede hjem og børn. De havde ikke megen kontakt med det danske samfund ud over til sundhedsvæsenet, og de så ikke deres fremtidige liv som liggende i Danmark. Det handlede meget om den konkrete hverdag her og nu og om traditionerne og relationerne til hjemlandet, der også blev set som fremtidslandet. Opholdet i Danmark var et intermezzo. Når jeg i dag ser på nogle af de andre undersøgelser fra den tid, kan jeg se, at denne tilgang bruges af flere. Hjarnø (1971;1988) beskriver livet i landsbyen og relationen til hjemlandet, Sachs (1983) beskriver tyrkiske kvinders erfaringer i Sverige, men i relation til hjemlandet, hvor hun også tog på feltarbejde. Eades (1987) belyser migration, men det er migrationen i hjemlandet fra land til by. Flere beskriver, hvordan der migreres for at få bedre arbejds- og levevilkår, end der var på landet. Mange af undersøgelserne belyser denne forskel. De materielle forhold i Danmark var bedre end i hjemlandet. Få, såvel kvinder som forskere, har blik for, at migrationen også kan have negative konsekvenser så som brud i de sociale relationer, problemer med at få arbejde mm. Castles & Kosacks (1985)

analyse af arbejdsmigrationen til Europa beskrev den sociale indplacering, som arbejdsmigranterne fik i modtagerlandet. Hvordan der opstår en social mobilitet, hvor de nederste sociale lag i den indenlandske befolkning skubbes op af den sociale rangstige, og arbejdsmigranterne kommer til at tilhøre det nederste sociale lag. Men denne indplacerings betydning for fremtiden for indvandrerne, og om de ville blive eller tage hjem, var ikke i fokus. Det var den heller ikke politisk, og perspektiverne os-dem, majoritet-minoritet, integration, var ikke på banen.

Medicinsk pluralisme

De interviewede pakistanske arbejdsmigrantkvinder havde ikke meget kontakt med det danske sundhedsvæsen udover i forbindelse med fødsler. Det var derfor naturligt at følge deres møde med det danske sundhedsvæsen i den kontekst. Samtidig udvidede jeg gruppen til at bestå af de 4 store grupper arbejdsmigranter i København: tyrkere, pakistanere, marokkanere og muslimer fra (ex-)Jugoslavien (note 3). Grunden til, at jeg udvidede gruppen, var et ønske om at belyse såvel ligheder som forskelle, et komparativt perspektiv. Kvinderne delte kultur, da de kom fra en islamisk tradition, som ikke var det samme som religiøsitet (Asmussen, 1981).

Den teoretiske inspiration kom fra den medicinske antropologi, som var et relativt nyt område. Her så man i høj grad medicinske systemer som kulturelle systemer (Kleinman 1980, Helman 1990). Good (1998 [1977]) havde beskrevet sygdom som semantiske netværk i Iran. Overordnet havde forskerne samme mål: at forstå tanker om sygdom og behandling som kulturrelaterede og mødet mellem behandler og patient som et møde mellem forskellige kulturelle modeller (Kleinman 1980). At mødet mellem behandler og patient også kan være en magtrelation, som den ofte er i et biomedicinsk system, var ikke i centrum.

Indvandrerkvindernes møde med det danske hospital var oftest præget af en manglende sproglig kommunikation. Det medførte, at kvinderne brugte deres egne modeller omkring sygdom og behandling som årsagsforklaring. De levede på mange måder i deres egen verden. De var afskåret på grund af sproglige barrierer og henvist til at finde ud af f.eks. livet på en hospitalsafdeling ved at observere, hvad der foregik og derfra slutte sig til stedets spilleregler. Det var ikke altid lige let. Personalet i det daglige, sygeplejersker og sygehjælpere var positivt indstillede og prøvede at få tingene til at fungere. Men der var holdninger blandt personalet om, at 'de fyldte meget' til trods for, at indvandrerkvinderne ikke procentvis var flere, end indvandrerne var i sygehusets optageområde. Et sted, hvor stereotypifi-

ceringen var tydelig, var i holdningen til, at 'de kun vil have kvindelige læger'. En stereotypi om kvindernes lægepræference som puttede dem alle i en gruppe: islamiske kvinder. Den gjorde, at personalet "vidste", hvordan de skulle handle og var fri for at kommunikere med kvinderne. Havde de gjort det, ville de have fundet ud af, at billedet var mere nuanceret. Nogle kvinder ville helst have en kvindelig læge, andre ville tale med ægtefællen først, og atter andre, cirka 1/3, var ligeglade med lægens køn.

Stereotypificeringen, som her skimtes, har været i fokus i flere senere antropologiske undersøgelser af indvandreres møde med det danske sundhedsvæsen. Således har Jahn (2001) vist, hvordan personalet på et sygehus i deres omtale af indvandrerpatienter skaber klassifikationer og stereotyper, som in- og ekskluderer kvinder. Jöhnke (1996) har vist, hvordan forestillinger om hiv- og aidspatienter blandt sundhedspersonalet via deres syn på betydningen af de andres kultur skaber stereotypiske klassifikationer. De ser kultur som baggrund for en negativt opfattet anderledeshed, og kultur bruges som begrundelse for en given adfærd. Begge undersøgelser understreger vigtigheden af at studere biomedicin som et kulturelt system (Lupton, 1994; Rhodes 1990). Nielsens undersøgelse (2005) blandt flygtningekvinder fra forskellige etniske grupper viser, at hvis der fokuseres på kronisk syge, så er der lighed i kvinders erfaring i majoritetsgruppen og i minoritetsgruppen. De erfaringer, indvandrerkvinder med smerter gør med det danske sundhedsvæsen (Nielsen 2005), ligner erfaringerne fra danske kvinder med f.eks. de 'nye sygdomme' (Elverdam 2000). Måske fordi det drejer sig om sygdomme, som ligger i grænseområdet af det medicinske klassifikationssystem.

Det analytiske perspektiv

Antropologisk forskning tager udgangspunkt i det, informanterne fortæller. Ud fra konkrete begreber, beskrivelser, overvejelser og handlinger skaber forskeren sin analyse. En analyse som ser både på ligheder og forskelle, i dette tilfælde i og mellem de 4 nationalgrupper (tyrkere, pakistanere, marokkanere og ex-jugoslaver), som var informanter i mit materiale. Et analytisk perspektiv skabes dog ud fra visse retningslinier.

I mit tilfælde må det have haft en betydning, at både kvindeantropologien og den medicinske antropologi var meget nye antropologiske retninger. Det betød, at der i begge var en optagethed af de store spørgsmål: kvinders stilling (specifikt og generelt) og sygdomsopfattelse og sundhedssystemer (specifikt og generelt). Den samtidige generelle drejning indenfor antropologien mod det partikulære

(Hastrup 2004) ses måske derfor ikke så tydeligt og tidligt her som indenfor andre antropologiske retninger.

I mit tilfælde var det Kleinmans (1980) model for et medicinsk pluralistisk system, som var den teoretiske inspiration. Med udgangspunkt i årsagsforklaringer og behandlere kunne pluralismen skitseres således (Elverdam 1991,2001):

Familiesektoren: hvor sygdommen erkendes, og behandling initieres. Sygdom opfattes som et familieanliggende. Rettigheder og pligter spejler sociale forhold: status, køn, alder mm. Fra denne sektor kan man opsøge ekstern behandling i nedennævnte sektorer:

Traditionel sektor: behandlere i landsbyen, kloge folk (af begge køn) og religiøse behandlere, men også alternativ behandling i Danmark.

Professionel sektor i hjemlandet: læger efter eget valg. Hakim (i Pakistan) som behandler ud fra et humoralt balancesystem.

Professionel sektor i Danmark: det danske sundhedsvæsen. På tværs af disse sektorer, som tager udgangspunkt i dem, der behandler, fandtes forklaringsmodeller, som på overordnet plan kan henføres til præislamiske traditioner (Sachs 1983) (troen på ånder, hekseri og 'onde øjne'), islamisk-galensk medicin (et humoralt balancesystem baseret på grækeren Galen, oversat til arabisk)(Khan 1986), profetens medicin (med udgangspunkt i profetens udtalelser og handlinger) (Leslie 1976), biomedicin i hjemlandet og i Danmark (som er to forskellige ting).

Men den medicinske pluralisme må ikke opfattes som statisk. I en globaliseret verden er der mange, der byder ind på indholdet i dette system. Det gælder historikerne, som diskuterer relationen mellem den galensk-humorale medicin og relationen til profetens medicin (Attewell 2003). Det er religiøse ledere, som udtaler sig om, hvorvidt bio-medicinske fremskridt kan bruges af muslimer (Ghanem 1982). Det er i tiltagende grad muslimske religiøse ledere, som vejleder omkring behandling. Det gælder organdonation (AlKhawari, Stimson, & Warrens 2005) og prævention (Ali & Ushijima 2005). I øvrigt går religiøse institutioner ind i sundhedsformidlingen, f.eks. moskeer (Ghourri 2005). Konsekvensen kan være, at indvandrergrupperne får en anden helbredsadfærd end baggrundsbefolkningen, men også at religion spiller en rolle for sygdomsadfærden. De religiøse retningslinier, der defineres, har tendens til at udelukke den hverdagsislam, som kvinderne i mine undersøgelser brugte. Når Adib (2005) skriver, at islam ikke accepterer

“amulets, omens and other such magical practices” (s.700), så udelukkes en stor del af kvindernes traditioner.

Almen praksis og komplekse personlige forklaringsmodeller

For at belyse kommunikationen mellem læge og indvandrerpatient måtte jeg finde et sted, hvor der var kommunikation, og valget faldt på almen praksis (note 4). Igen var mit fokus på forklaringsmodeller. Så vidt muligt interviewede jeg patienterne, inden de gik ind til lægen, optog konsultationen og interviewede patienterne senere i eget hjem. Denne undersøgelse viste, at patienterne i høj grad havde deres egen sygdomsopfattelse og semantiske begreber, som trak på de forskellige sektorer i det pluralistiske system. Den viste også, at de efterspurgte årsagen til deres sygdom. Et vigtigt spørgsmål som ikke altid blev hørt af lægen. Et forhold som peger på forskellen på patientens og lægens verden. Ved at sammenligne patienternes og lægernes forklaringsmodeller blev det tydeligt, at der var tale om to forskellige kulturelle systemer. Kommunikationen var svær, fordi de to parter ikke selv var klare over denne forskel. Selve konsultationssituationen, jeg studerede, var uden sproglige problemer, fordi projektet sørgede for, at der var trænedede tolke til rådighed. Under disse betingelser var indvandrerpatienterne meget villige til at fortælle lægen om deres begreber på og tanker omkring deres sygdom (Elverdam 1991). Samtidig viste det, at når patienterne havde haft mulighed for at gå i dialog med lægen om deres sygdom, så kunne den håndteres og var ikke samtaleemne i de følgende konsultationer. Det gjaldt også sygdomme, som lægen ikke kunne behandle. På mange måder viser dette betydningen af sygdomsnarrativet og den terapeutiske effekt ved at få lov til at fortælle og at blive lyttet på (Kleinman 1988, Good 1995). Hjemmeinterviewene og de sygdomsovervejelser, der kom frem i fortællingerne her, skabte et mere dynamisk syn på sygdomsopfattelsen og dens kompleksitet. Over de 6 måneders feltarbejde var der informanter, som jeg interviewede flere gange, og det gjorde det muligt at følge deres sygdomsovervejelser over tid. Det viste, at den enkeltes sygdomsopfattelse dels var pluralistisk, men den var også kompleks. Den bestod af elementer, som over tid vandrede ind og ud af modellen efter behov. Selmas historie, som jeg tidligere har beskrevet (Elverdam, 2001), indeholdt således på en og samme tid biomedicinske overvejelser (gigt), islamiske traditioner (vejrets påvirkning, varme og kolde fornemmelser i kroppen), kvindetraditioner (udsættelse for kulde ved første fødsel), som alle kredsede om sygdommens årsag. Nogle af disse sygdomsårsager fandt hun i begivenheder mere end et årti tilbage i tiden. I Selmas model indgik også overvejelser

i relation til hendes sociale relationer. Dels om hendes mulighed for at opfylde sine sociale forpligtelser, dels relationerne til hendes børn. Samtidig brugte hun behandlingsmuligheder både i hjemlandet og i Danmark, og hele slægten var inddraget i valget af disse behandlinger, som kan klassificeres som omsorg. Selmas eksempel viser tydeligt, at det eksisterende pluralistiske system suppleres under migration, og får tilføjet nye måder at opfatte sygdom og nye behandlinger. Man lægger nyt, i dette tilfælde det danske sundhedsvæsen, til det man har i forvejen, men man smider ikke noget ud. Levi-Strauss' begreb 'bricoleur' (hjemmehåndværker) er en god metafor (1970). Bricoleuren lægger altid på lager, og når der skal bygges noget, hentes materialer fra dette lager. Sammenlignet med håndværkeren vælger bricoleuren ofte utraditionelle løsninger, som er betinget af indholdet på lageret. Sygdomsforklaringer som noget, man samler sammen og så anvender efter behov og sammenhæng, passer fint med kvindernes fortællinger. Billedet giver mulighed for at se den enkelte sygdomsmodel som sammensat fra forskellige medicinske systemer, som en kompleks model og en foranderlig model, på en og samme tid. I denne kontekst kan mødet mellem behandler og patient ses som et møde mellem en bricoleur og en håndværker, hvor den første er pluralist, og den anden ikke er det i samme grad.

Gennem 1990'erne, syntes jeg som forsker, at grænserne mellem os og dem blev trukket mere skarpt op i sundhedsvæsenet. Kultur var i høj grad blevet til noget "de" havde og noget, der blev betragtet som problematisk. En holdning som gik hånd i hånd med en tiltagende stereotypificering. Derfor blev mit fokus i høj grad det fælles kulturelle. Jeg brugte her Kleinmans forklaringsmodelbegreb, som udstikker generelle områder, som er relevante for alle patienter: sygdommens opståen, sygdommens oplevede alvor, kropslige forandringer, årsagsforklaring(er), forventninger til behandling. Til disse 5 punkter kan man i relation til indvandrerkvinderne med fordel lægge en interesse for traditioner set som en form for forebyggelse, fordi rationaliteten bag dem er, at noget skal undgås (f.eks. sygdom), og en viden om at omsorg (hvem der udøver omsorg for hvem, opfattelser af god omsorg mm) er kulturbestemt. Hvis man i dialogen med indvandrerpatienten ser dette som perspektiver, patienten skal lægge indhold i snarere end at sundhedspersonalet allerede ved, hvilke tanker patienten gør sig, er det et godt udgangspunkt for en dialog. Ikke blot for indvandrerpatienter men for alle patienter.

Det var karakteristisk for indvandrerforskningen, at også andre faggrupper ser på relationen mellem indvandrerpatient og praktiserende læge, f.eks. Dyhr, som er læge, og som er inspireret fra sociologien (Dyhr, 1997).

Omsorg forvaltet i sociale relationer

En anden interessant observation er, at det virker som om, familiens betydning har ændret sig mindst under migrationen. De fleste arbejdsmigranter kom fra landet og havde tradition for at leve i udvidede familier, familier som kunne klare sig uden nationalstaten, og hvor rollerne var klare og faste. Og selv om familiestrukturen er ombrudt, så har familie- og slægtsrelationer stadig stor betydning ved bl.a. sygdom. Man har således en forventning om, at det er andre end patienten, der modtager oplysningerne om sygdom. At denne kommunikation følger de regler for social status, som der er i en gruppe. At der tales til mænd før kvinder, ældre før yngre. Især hvis der er tale om sygdomme uden behandling som f. eks. Cancer. Her er det holdningen, at man ikke vil give de dårlige nyheder til patienten. "The injunction not to inform a patient on the gravity of his/her illness if the physician despairs of the possibility of healing as "hope soothes the patient"" (Adib 2004: 700) (Hammoud, White, & Fetters 2005).

Nye erfaringer nye modeller

På et tidspunkt i mit arbejde interviewede jeg en gruppe indvandrerkvinder med multihandicappede børn (note 5). Mit forskningsspørgsmål var, hvilke forklaringsmodeller de brugte i relation til deres børns sygdom, og om det var de traditionelle modeller. Jeg fik kontakt med familierne, når de kom med deres barn på øjenklinikken på et behandlingssted for multihandicappede børn.

Interviewene, som foregik hjemme hos familierne, handlede om de tanker og overvejelser og beslutninger, kvinderne (og familierne) gjorde sig i relation til deres børns sygdom. Som forsker, der havde beskæftiget sig med sygdomsforklaringsmodeller i relation til børns sygdom, var jeg interesseret i, om det var de samme årsagsforklaringer, de brugte i relation til de multihandicappede børn. De forklaringsmodeller, man almindeligvis havde brugt ved små børns sygdom (ånder, nazar, hekseri) (Sachs 1983; Elverdam 1991), blev ikke anvendt her. I stedet skabtes en ny model, hvis indhold var, at børnene havde været født raske. Men i gentagne kontakter til sundhedsvæsenet var man blevet afvist, og børnene var blevet syge. Denne forklaringsmodel blev brugt i forskellige indvandrergrupper. Kvinderne gjorde det klart, at der var forskel på disse børns sygdom, almindelige sygdomme børn kan få, og de traditionelle handicaps de kendte hjemmefra. Døvhed og blindhed kendte man, men de forhindrede ikke et normalt liv for barnet. Man kunne gennem arrangerede ægteskaber i en vis udstrækning sikre barnets

fremtid. Men de multihandicappede børn kunne ikke kategoriseres ved de kendte handicap. De var fysisk og psykisk handicappede, og som kvinderne forklarede "hverken syge eller raske". Herved skabte kvinderne en ny klassifikation mellem syg og rask. Det var en helt ny erfaring, som de ikke havde modeller til at forklare eller sociale relationer til at håndtere. Dette kom frem, da en yngre kvinde med multihandicappede børn fortalte, at det ikke var de kvinder, som hun kendte, som gav hende en hånd med børnene men hendes svigerfar. Familierne havde opsøgt både traditionelle behandlere og læger i hjemlandet.

Kvinderne havde hørt i det danske sundhedsvæsen, at en af årsagerne til de multihandicappede børn kunne være traditionen med at gifte sig fætter-kusine. For at vurdere denne forklaring refererede de til de børn i fætter-kusineægteskaber, de kendte og konstaterede, at de ikke var syge. Når lægerne i det danske sundhedsvæsen kom med deres vurdering, gjorde de det i relation til gruppen af multihandicappede indvandrerbørn fra fætter-kusineægteskaber, som de mødte i deres dagligdag. Eksemplet illustrerer forskellen på kvindernes og lægernes referenceramme. De fleste kvinder følte sig isolerede og ensomme, fordi de ikke havde etablerede sociale relationer, de støtte sig til. Da en af dem traf en anden kvinde i lokalområdet i samme situation, hun kunne tale med, sagde hun, at det "løfter stenen fra mit hjerte".

En af de ting, som blev foreslået af sundhedsvæsenet i relation til disse familier, var, at de kunne organisere sig i en forening, som kunne varetage deres særlige problemer. Dette ville i en dansk organisationstradition have været en både relevant og tilgængelig løsning. Men den var ikke gangbar for indvandrere i 1989. Undersøgelsens analyse viser således, at det ikke alene er behandlingsområdet og muligheden for at kombinere forklaringsmodeller fra andre behandlingstilbud, der ændrer pluralismen. Det sker også gennem forklaringsmodeller, som etableres, fordi man gør nogle erfaringer, som man ikke har haft før, og som man derfor ikke i forvejen har forklaringsmodeller til. Hjemlandet var for mange indvandrere præget af en høj dødelighed i forbindelse med fødsler. Noget der ramte både mødre og børn. Det er interessant i relation til denne undersøgelse at sammenligne med en interviewundersøgelse med familier med børn med sjældne handicaps, (Poulsen 2005), det vil sige 16 år efter. Der er både ligheder og forskelle mellem de to undersøgelser. I min var alle børnene tydeligt mærkede af deres handicap, mens nogle af børnene hos Poulsen har usynlige handicaps. Mine informanter var arbejdsmigranter, og Poulsens er sammensat af indvandrere og flygtninge. De to undersøgelser ligner hinanden, idet kvinderne er kommet senere til Danmark og taler dansk dårligere end deres mænd. I begge undersøgelser er sproglig kommu-

nikation med sundhedsvæsenet et problem. Poulsen er ikke optaget af de tanker, som familierne gør sig om barnet og heller ikke af deres medicinske pluralisme. Men det fremgår af hendes empiri, at nogle familier bruger amuletter og har været enten til traditionelle, religiøse behandlere i hjemlandet eller til læger. Det fremgår også, at familierne omtalte de traditionelle behandlere som 'læger'. Jeg ser ligheden til kvindetraditionerne især omkring sygdomsbehandling og som forebyggelse af sygdomme hos de små børn. På sygehuset ønskede personalet ikke, at der foregik traditionel behandling, som derfor alene blev noget, man gjorde hjemme, og som derved blev usynligt i sundhedsvæsenet. På samme måde bliver familiernes beslutninger om supplerende sygdomsbehandling i hjemlandet til noget privat, noget der ikke tales om i relation til det danske social – og sundhedsvæsen, som derved går glip af vigtige oplysninger. Pædagogerne i Poulsens undersøgelse er den faggruppe, som har bedst kontakt til familierne, og den opnår de ved at stille konkrete spørgsmål. De er også dem, der giver familierne mulighed for at fortælle deres historie og sætte ord på de erfaringer, de gør. De sociale relationer i familierne var ikke uden problemer for de kvinder, jeg interviewede, mens det fremgår hos Poulsen, at familierne får støtte via disse sociale relationer. Men den store opbakning i familierne omkring foreningsorganisering er der stadig ikke. Spørgsmålet er, om det ikke er vores måde at tænke på, og at den ikke er i trit med familierne. Melchior & Hjarnøe (1992;240) beskriver dog et vellykket projekt med at danne selvhjælpsgrupper med tyrkiske og kurdiske familier med handicappede børn.

Jeg har medtaget eksemplet med de handicappede børn for at vise, at der i migrationssituationen opstår nye erfaringer og forklaringsmodeller samtidig med, at man bruger det pluralistiske behandlingssystem (biomedicin og traditionel behandling, i hjemlandet og i Danmark). Det viser, at der hos indvandrerne er tale om et komplekst, dynamisk og foranderligt sundhedssystem. I kontrast her til fremstilles mødet mellem indvandrerkvinder og det danske sundhedsvæsen i nogle af de senere undersøgelser overvejende som et møde med kommunikative problemer, som henføres til manglende brug af tolk (Jacobsen m.fl. 2004).

Konkluderende overvejelser

Indvandrerområdet er komplekst. Det gælder i relation til etniske grupper, deres opfattelser og erfaringer i mødet med det danske sundhedsvæsen. I 1980'erne var det især den medicinske antropologis interesse for medicinske systemer (læg- og professionelle) som kulturelle systemer, der var i fokus. Den medicinske antropo-

logi giver god mening, hvis man vil forstå f.eks. indvandrerkvinders overvejelser og handlinger i relation til sygdom og deres møde med det danske sundhedsvæsen. Det er muligt at forstå kvindernes opfattelser på samme tid som kulturelt forankrede, komplekse, foranderlige og rationelle, hvor sygdom på en og samme tid er individuel og relateret til fælles kulturelle forestillinger. Min forskning viser, at sygdomsopfattelser, som man har med fra hjemlandet, bevares, ændres og fornyes under migration. Den tilknyttede medicinske pluralisme består, men ændres også i relation til erfaringer gjort i migrantlandet og behandlingstilbud i hjemlandet. Den medicinske antropologiske begreb forklaringsmodeller er stadig godt at tænke med. Modellerne peger på, at mennesker godt kan have forskellige forestillinger om f.eks. årsagen til deres sygdom, men pointen er, at alle gør sig samme type overvejelser, f.eks. om sygdommens årsag og alvor. Sygdomsovervejelserne dækker eksistentielle behov hos den syge og familien.

Sygdomstraditioner er en del af en kulturarv. Sygdomsopfattelser og behandlingstraditioner er dynamiske og identitetsgivende systemer. Derfor kender og bruger også 2. generations indvandrerkvinder forklaringsmodellerne og den medicinske pluralisme. Det viser, at der er tale om handlekraftige, ressourcestærke mennesker, som forholder sig til og bruger de (pluralistiske) muligheder, der er. Tradition og fornyelse går således hånd i hånd. Omsorg i forbindelse med sygdom og som handlinger, der kan modvirke sygdom, er et vigtigt element i de sociale relationer, hvor omsorg kan udtrykkes gennem behandlingstilbud (ex. at man anskaffer amuletter eller piller til den syge, sørger for lægeaftaler mm). Her bliver det sociale en ressource, som der kan trækkes på i hverdagen. Behandling i hjemlandet – den medicinske pluralisme – bruges stadig, og det understreges (Heiberg 2007), at behandling i hjemlandet opsøges, fordi det er et system, hvor ens forventninger bliver mødt og opfyldt.

Forskningsfeltet omkring indvandrerens erfaringer i mødet med det danske sundhedsvæsen og væsenets møde med dem er et felt, som har ændret sig og løbende vil ændre sig, fordi det både spejler forskningens interesser og det, der optager samfundet her og nu.

Noter

1. Pakistanske indvandrerkvinder og deres traditioner i forbindelse med graviditet, fødsel og spæde børn. Støttet af Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd. 1983. Deltagerobservation i en pakistansk mødregruppe over 6 måneder samt interview med 20 pakistanske kvinder. (Elverdam, 1984, 1987, 1998)

2. Jeg har i ca. 2/3 af alle mine interviews med indvandrere arbejdet med tolke. Det har været kvinder, og vi har gjort meget ud af, at der var tale om et samarbejde. Det betyder også, at jeg har diskuteret mine analyser med tolkene. Det er også bl.a. via tolkene, at jeg har holdt kontakt til hvad, der skete på området. På den måde kunne der trækkes på flere og adskillige erfaringsrum. Tolkene arbejdede også med andre familier, og jeg interviewede familier uden tolke. Så ved at lægge vores erfaringer sammen (anonymiserede selvfølgelig) kunne vi i fællesskab skabe et større kulturelt landskab. Desuden har jeg løbende holdt forbindelse til indvandrer miljøet.
3. Muslimske indvandrerkvinder og deres møde med det danske hospital – set i relation til deres egen kulturelle baggrund. Støttet af SSF. 1985-87. Deltagerobservation på barselsgang, fødegang, gynækologisk afdeling og neonatalafdeling. Gennemgang af 12 måneders journaler og kardex. Interviews med personale på afdelingerne. Interviews med arbejdsmigrantkvinder fra Tyrkiet, Pakistan, Marokko og det tidligere Jugoslavien. 44 kortere interviews på hospital, 49 interviews med nøgleinformanter i deres hjem (Elverdam 1986,1987,1988, 1991).
4. Indvandrerpatienter i almen praksis – deres forventninger og erfaringer – analyseret med udgangspunkt i egne kulturelle opfattelser. Støttet af Indenrigsministeriets Sundhedspulje. 1988. 6 måneders deltagerobservation i 2 almen praksisser. 29 konsultationer blev lydoptaget, og 21 patienter: kvinder og mænd fra Tyrkiet, Pakistan, Marokko og det tidligere Jugoslavien blev dybdeinterviewet i deres hjem. Flere blev interviewet flere gange. 12 måneders journaler blev gennemgået og viste, at praksissernes indvandrerpatienter ikke afveg fra danske patienter med hensyn til henvendelsesårsager og kontakthyppighed (Elverdam 1991,1993).
5. Tyrkiske og pakistanske familier med multihandicappede børn. Jeg havde hørt familier fortælle deres historie på en konference om 'Indvandrerbørn og handicap' i 1988. Konferencen blev afholdt, fordi antallet af multihandicappede børn i Københavnsområdet var større end forventeligt. Derfor var der inviteret eksperter fra henholdsvis England (pakistanske familier med thalassemi) og Tyrkiet (forskellige sygdomme). De to eksperter viste, at man både i England og i Tyrkiet talte om genetiske sygdomme og også anså det som naturligt at etablere specielle tilbud til indvandrerfamilier. At man var villige til at forskelsbehandle borgere for at give dem samme tilbud i relation til sundhedsvæsenet. Jeg interviewede 10 indvandrerfamilier (overvejende tyrkiske og pakistanske) med multihandicappede børn om deres holdninger og erfaringer. Projektet løb over 6 måneder i 1989 og var støttet af Indenrigsministeriets Sundhedspulje.

Litteratur:

- Ali, M & H Ushijima 2005 Perceptions of men on role of religious leaders in reproductive health in rural Pakistan. In: *Journal of biosoc.Sci.* 37: 115-122.
- AlKhwari, FS, GV Stimson, & AN Warrens 2005 Attitudes Toward Transplantation in U.K. Muslim Indo-Asians in West London. In: *American Journal of Transplantation* 5:1326-1331
- Asmussen, J 1980 *Islam – Verdens religioner*. København: Politikens Forlag
- Attewell, G 2003 Islamic Medicines: Perspectives on the Greek Legacy in the History of Islamic Medical Tradition in West Asia. In: *Medicine Across Cultures. History and Practice*

- of *Medicine in Non-Western Cultures*, edited by H Selin, Secaucus,NJ,USA:Kluwer Academic Publishers, p. 325-350.
- Castles, S Kosack, G 1985 *Immigrant workers and class structure in Western Europe*, Oxford: Oxford University Press
- Dyhr, L 1997 *Det almene i det anderledes - belysning af problemer i mødet mellem praktiserende læger og tyrkiske indvandrerkvinder i Danmark, set fra en klinisk synsvinkel*, København: Forskningsenheden for almen praksis
- Eades, J (ed.) 1987 *Migrants, workers and the social order*. ASA Monograph no. 26 London New York: Tavistock Publications
- Elverdam, B 1984 Kvindetraditioner blandt pakistanske indvandrerkvinder omkring graviditet, fødsel og spædbørn. In: *Nyt om småbørnsforskning*, nr.5: 30-38
- Elverdam, B 1986 Islamic Immigrant Women and Their Encounter with the Danish Hospital – Seen in Relation to Their Own Cultural Background. *Themes and Theories in Migration Research*. København :intet sidetal
- Elverdam, B 1987 Relationen mor-barn i muslimske indvandrerfamilier i Danmark i et kulturpluralistisk perspektiv. In: Horst C (red) *Den flerkulturelle udfordring, socialisation og børn fra etniske mindretal*. København: Akademisk Forlag:30-44
- Elverdam, B 1987 Lægerne er så dygtige, men.. In: *Forskning og samfund*, København: 12-14
- Elverdam, B 1988 Muslimske indvandrere og det danske sundhedsvæsen. In: *Dokumentation om indvandrere*, nr.2: intet sidetal
- Elverdam, B 1998 Fremmede kulturer. Graviditets- og fødselstraditioner. In: *Månedsskrift for praktisk lægegering*, juli: 915-23.
- Elverdam, B 1993 Qualitative methods in quality assessment of doctor-patient meetings in general practice. In: *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Suppl.1.vol.11: 43-47
- Elverdam, B 1991 *Fra tradition til institution - muslimske indvandrerkvindens møde med dansk hospital og praksislæge*. Århus: Århus Universitetsforlag.
- Elverdam, B 2001 Sygdoms- og sundhedsbegreber - i et kulturelt perspektiv. In: Andersen JH & ADR Jensen (red): *Etniske minoriteter - kulturmøder i sundhedsvæsenet*. København: Munksgaard.:93-110.
- Elverdam, B 2000 "Det er min mands drøm, så hvorfor fa'en skal han opgive det på grund af mig?" -Et blik på hverdagslivet med "de ny sygdomme". In: Andersen, JH., Elverdam, B, Hilden, J og Nielsen, CV (red): *"De ny sygdomme" - en debatbog*. København: Den almindelige danske lægeforening:61-82.
- Ghanem, I 1982 *Islamic medical jurisprudence*. London: Arthur Probsthain.
- Ghouri, N 2005 Health fair in a mosque: putting policy into practice. In: *Public Health* 119:197-210.
- Good, BJ 1995 *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge: Cambridge University Press
- Good, BJ 1998 [1977] The Heart of What's the Matter. The Semantics of Illness in Iran. In: Geest S van der & Rienks A (red) *The Art of Medical Anthropology Readings*, Het Spinhuis, Amsterdam:56-79
- Hammoud, MM, C White, & MD Fetters 2005 Opening cultural doors: Providing culturally sensitive healthcare to Arab American and American Muslim patients. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193:1307-1311.
- Hastrup, K 1995 *A passage to anthropology. Between experience and theory*, London and New York:Routledge.

- Hastrup, K 2004 *Kultur - Det fleksible fællesskab*, Århus: Århus Universitetsforlag
- Hastrup, K 2004 *Viden om verden - en grundbog i antropologisk analyse*, København: Hans Reitzels Forlag
- Heiberg, A 2007 Er danske læger dumme? In: *Ugeskrift for læger* 169(7):628-629
- Hjarnø, J 1971 *Fremmedarbejdere: En etnologisk undersøgelse af arbejdskrafteksportens virkninger i Tyrkiet*, København: Nationalmuseets Forlag.
- Hjarnø, J 1988 *Indvandrere fra Tyrkiet I Stockholm og København. En socialantropologisk undersøgelse af to kurdiske indvandrergrupper baggrund i Tyrkiet og deres bolig- og beskæftigelsesforhold i Danmark og Sverige*. Esbjerg: Sydjysk Universitetsforlag.
- Højlyng, P 1983 *Amuletter og tabletter. Tyrkiske indvandrerkvinders opfattelse af sygdom, sundhed, fødsel og død*. Forlaget Emmeline
- Jacobsen, ET, Karise S, Dyrh L 2004 *Mødet mellem 1.generationsindvandrerkvinder og det danske sundhedsvæsen – Rapport fra et pilotprojekt*. Dansk Sygehusinstitut
- Jahn, AW 2001 *Forskelskaber og fællesskaber i fødselsrummet: Om sociale kategoriseringsprocesser med etnicitet som eksempel*. Specialeafhandling, Institut for Antropologi, København
- Jöhnke, S 1996 De indre grænser. Forestillinger om kultur og subkultur i sociale konstruktioner af hiv/aids i Danmark. In: *Tidsskrift for Antropologi* 34:75-92
- Khan, MS 1986 *Islamic Medicine*. London, Boston & Henley, Routledge & Kegan Paul
- Kleinman, A 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A 1988 *The Illness Narratives - Suffering, Healing & the Human Condition*, ingen yderligere oplysninger
- Leslie C (red) 1976 *Asian Medical Systems*, Berkeley, University of California Press
- Lévi-Strauss, C 1970 *Den vilde tanke*. København: Gyldendal.
- Melchior, M Hjarnø J 1992 *Flygtninge og Indvandrere – Socialforskningsinstituttet: Sydjysk Universitetscenter*
- Nielsen, AS 2005 *Smertelige erfaringer. En antropologisk analyse af migrantkvinders fortællinger om sygdom, marginalisering og diskursivt hegemoni*. Ph.d .afhandling: Københavns Universitet
- Poulsen, C 2005 *Taler vi om det samme? Når etniske minoriteter med sjældne handicap møder social- og sundhedsvæsenet*. København: Center for Små Handicapgrupper.
- Rhodes, LA 1990 Studying Biomedicine as a Cultural System. In: Johnson TM & Sargent CF (red) *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*, New York: Praeger Publishers: 159-173.
- Sachs, L 1983 *Onda ögat eller bakterier - Turkiska invandrarkvinnors möte med svensk sjukvård*. Stockholm: Liber Forlag.
- Schutz, A & Luckmann T 1989 [1983] *The structures of the life-world, vol. I &II*, Evanston, Northwestern University Press
- Spradley, JP 1979 *The Ethnographic Interview*, New York: Holt, Rinehart & Winston