

InterMultiFemina



En antropologisk analyse af etniske minoritetskvinders
narrativer om sundhed og trivsel

Inter**Multi**Femina

InterMultiFemina – en antropologisk analyse af
etniske minoritetskvinders narrativer om sundhed og trivsel.

Rapporten er udarbejdet af:
Inge Wittrup, sundhedskonsulent, mag.art. & ph.d.

Udgivet af:
Region Midtjylland
Center for Folkesundhed
Sundhedsfremme og Forebyggelse
Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N.
Tlf.: 8728 4700
Fax: 8728 4702
E-mail: folkesundhed@rm.dk
Web: www.centerforfolkesundhed.dk

Redigering og korrektur:
Bitten Bønnelykke Warming/Center for Folkesundhed

Forside:
Pia Bakmand Skovsen/Center for Folkesundhed

Grafisk produktion og tryk: WERKs Grafiske Hus a/s, Århus

ISBN: 978-87-99156-47-4 (trykt udgave)
ISBN: 978-87-92400-00-0 (elektronisk udgave)

Bestilling:
Rapporten kan erhverves ved henvendelse til Center for Folkesundhed
eller downloades fra www.centerforfolkesundhed.dk.

InterMultiFemina

En antropologisk analyse
af etniske minoritetskvinders
narrativer
om sundhed og trivsel

Indhold

Forord	7
Formål	9
1. Indledning	11
1.1 InterMultiFemina	15
1.2 Rapportens opbygning	16
2. En rammefortælling	18
2.1 Sundhedsantropologi	19
2.2 Et narrativt perspektiv	22
3. Tilvejebringelse af data	25
3.1 Bekendtskaber og narrativer	26
3.2 Genklang	27
3.3 Samklang	29
3.4 Bekendtskaber	30
4. Et portræt i sin ramme	34
5. Klagerne og smerterne:	
Kvindernes oplevelse af manglende forståelse	46
5.1 En dominerende fortælling	46
5.2 Perspektiver på sygdomme og sundhed	47
5.3 Forskellige forklaringsmodeller	48
5.3.1 Kvindelidelser	48
5.3.2 Migrationslidelser	50
5.3.3 Relationelle lidelser	51
5.4 Mødet med det danske sundhedsvæsen	54
5.5 Tolkning og tolke	60
5.6 Manglende forståelse	62
5.7 Det er jo fordi, jeg har ondt i hjertet	62
5.8 Jeg tænker jo for meget på det!	64

6. Klagerne og smerterne:

Kvindernes egen forståelse	70
6.1. Ægteskab og savn	70
6.2. Skilsmisse og alenetilværelse	74
6.3. Fortrolige, veninder og netværk	76
6.4. Social støtte og netværk	83
6.5. Børneopdragelse	84
6.5.1. Dreng og piger	86
6.5.2. De unge og ægteskabsindgåelse	86
6.5.3. InterMultiFemina	89
6.5.3a. Skilsmisstedøtre	90
6.5.3b. Krininalitetssønner	91

7. Klagerne og smerterne:

En ny fælles forståelse	93
--------------------------------	----

8. Konklusion og perspektiver

8.1. Nogle anbefalinger	103
-------------------------	-----

Litteraturliste	104
------------------------	-----

Forord

Fortællingerne i denne rapport er et resultat af mit bekendtskab med en gruppe etniske minoritetskvinder med forskellig nationalitet, forskellige sprog, forskellige årsager til at være i Danmark og forskellige liv. Det er imidlertid det, som er fælles for kvinderne, der binder dem sammen i denne fortælling. Det oplagte fælles er deres køn. Alle er de vokset op i en verden, hvor de to køn lever i adskilte, men komplementære sfærer. Det er sådan, de føler sig bedst tilpas, kvinderne. I rum og sammenhænge hvor der ikke er mænd til stede, hvor de føler sig frie og stærke. Der er også det fælles, at de er kommet til Danmark, til Århus ad skæbnens vej. Uden at de selv har ønsket det, og uden at de på forhånd har vidst noget om, hvad de kunne møde her. Desuden er de fælles om at leve i det vestlige Århus, i socialt boligbyggeri, i lejligheder tæt på mennesker, der som de selv er havnet her. Nogle er gift, nogle er skilt, flest har børn og flest bærer hjemlandets mere eller mindre farvestrålende påklædning. Fælles for kvinderne er også, at de ingen uddannelse har, samfundsmæssigt er de placeret i en eller anden form for aktivisering. På flere områder giver begrebet marginalisering mening her. Og så har de mange helbredsklager. De skranter lidt. Det er her, mit bekendtskab med kvinderne starter.

Det første møde med kvinderne foregår i et boligområde i det vestlige Århus, hvor der i mange år har været tradition for at lave et

stort og velrenommeret boligsocialt arbejde med det formål at forbedre integrationen af etniske minoriteter socialt såvel som på arbejdsmarkedet. Der er efterhånden flere erfaringer med, at også sundhedsfremmende aktiviteter udspiller sig positivt med nærmiljøet som ramme. På baggrund af disse erfaringer i det tidligere Århus Amt, nu Region Midtjylland, har jeg gennem de sidste par år været med til at skabe forskellige sundhedsfremmende aktiviteter i et tæt samarbejde med den boligsociale indsats og Århus Kommune og beboerne i området (Wittrup 2004, 2008).

Nærværende rapport er blevet til på baggrund af et længerevarende arbejde i nærmiljøet og de bekendtskaber, der efterhånden har udviklet sig med kvinderne. Jeg fik lejlighed til at foretage nogle personlige interviews med kvinderne om deres holdninger, meninger og handlinger i forbindelse med deres erfaringer med sygdom, sundhed og trivsel i Danmark.

Interessen for at få belyst etniske minoritetskvinders hverdagserfaringer med sygdom og sundhed ligger i forlængelse af det fokus, der i Region Midtjylland er på social ulighed i sundhed. Tidligere i år var Region Midtjylland en central part i udgivelsen af den første nationale undersøgelse baseret på telefoninterviews af etniske minoriteters sundhed (Singhammer 2008) og samtidig med InterMultiFemina udgives Stina Lous rapport om tolkningens

vilkår *Tre er et umage par* (2008). Vi håber, at de kvantitative data kan perspektiveres og beriges af de kvalitative undersøgelser.

En stor tak til kvinderne, som jeg har lært så meget af. Jeg vil også gerne takke de mange ansatte i Århus Vest, som har øst ud af deres erfaringer, og endelig takker jeg min daglige

ledelse og kolleger i Center for Folkesundhed, Sundhedsfremme og Forebyggelse i Region Midtjylland. En særlig tak for ledelsesmæssig opbakning til Kirsten Vinther-Jensen, for pointernes skarphed til Stina Lou, for at sætte farver på til Pia Bakmand Skovsen og til Bitten Bønnelykke Warming for en kvalificeret redigering.

Formål

Hvordan lever etniske minoritetskvinder deres hverdagsliv i Danmark med sygdom, sundhed og trivsel? Det er det grundlæggende spørgsmål, som denne undersøgelse søger at besvare. Undersøgelsen bygger på flere års deltagerobservation i et boligområde i det vestlige Århus, samt på en række kvalitative interviews med nogle af områdets kvindelige beboere af hovedsagelig mellemøstlig baggrund. Gennem rapporten anvender jeg termen etnisk minoritet som dækkende over udenlandskfødte personer og befolkningsgrupper. I det valg ligger en forståelse af, at magtforhold spiller en ikke uvæsentlig rolle i relationerne mellem etnisk majoritet og etniske minoriteter. Magtforhold skal her ses i relation til en overordnet kategorisering og implicerer, at majoriteten har magt til at definere, hvordan verden ser ud, magt til at definere et tilhørsforhold, og magt til at definere hvad der er normalt og afvigende. Ved betegnelsen etnisk minoritet er der allerede foretaget en kategorisering, og det i dette tilfælde af rapportens forfatter, som er antropolog og sundhedskonsulent. Kategoriseringer er i det hele taget meget betegnende for den antropologiske forskning og praksis, og i udforskningen af sygdom, sundhed og trivsel handler denne praksis ofte om kategorisering af sociale og personlige identiteter. Antropologen Richard Jenkins har i bogen *Social Identity* beskrevet det fine samspil, der hersker mellem en persons sociale og personlige identitet. Da mennesker hele tiden er i dialog med og spejler

sig i andre mennesker, påvirkes deres selvopfattelse også hele tiden af andres opfattelse af dem. Forholdet mellem den sociale og personlige identitet er derfor ganske dynamisk. De fleste sygdomme af mere forbigående karakter leder ikke til nogen kategorisering af personen og påvirker ikke den enkeltes identitet mærkbart. Andre angreb på sundheden kan derimod medvirke til et totalt hamskifte (Jenkins 1996). I de etniske minoritetskvinders møde med det danske sundhedsvæsen udspiller der sig et sandt drama om identitet. Dette drama kan aflæses i interviewene og iagttages gennem deltagerobservationen.

Gennem en systematisk analyse af interviewene og erfaringerne fra deltagerobservationen forsøger jeg at sætte kvindernes fortælling ind i den kontekst, der bredt handler om deres hverdagsliv i Danmark. Mere specifikt om møder i det danske sundhedsvæsen og med de sundhedsprofessionelle, der befolker dette univers. Det er især mødet med den praktiserende læge, der tiltrækker sig opmærksomhed. I dette møde er der for kvinderne nemlig mere på spil end blot at tale om sygdom, sundhed og trivsel. I deres fortællinger dukker der desuden et andet og et fælles tema frem, som handler om eftersøgningen af en ny social og kulturel kønsidentitet, som jeg her indledningsvist vil navngive som InterMultiFemina. Det er et navn, som ingen endnu har krævet opavsret til. Der er tale om en hybrid identitet,

hvis ene forælder har rødderne plantet i Mellemøsten, og den anden arbejder på at udvide sit rodnet her i Danmark. InterMultiFemina er indtil videre betegnelsen for en identitet, der i løbet af rapporten søger at finde en nærmere definition. InterMultiFemina er på den måde født til fremtiden.

I løbet af rapporten folder InterMultiFemina sig ud, så vi får en bedre forståelse for identitetens forskellige dimensioner, og også således at den bliver mere håndterbar i praksis. Her i første ombæring er det vigtigt at forstå for os, der arbejder med kulturmøder i sundhedsvæsenet, at der ved hvert af disse møder er en person, der lægger noget af sit liv i vore hænder. Vi inviteres til et kig ind i en fremmedartet og levet fortid, vi inviteres til at være med til at håndtere, forstå og forklare en smertefuld, ensom og uoverskuelig nutid, og vi inviteres til at være med til at fortælle fremtiden.

Det er hensigten med fremskrivningen af InterMultiFemina, at denne forståelse skal danne ramme om og være til stede i disse møder, således at samtaler i sundhedsvæsenet bliver både mere afklarende og mere anerkendende. De sundhedsprofessionelle skal opleve, at etniske minoritetskvinder 'fylder mindre' og

de etniske minoritetskvinder skal opleve, at de får hjælp til at få skabt sundhed, trivsel og sammenhæng i deres liv.

Perspektivet i fortællingerne er kvindernes, og det er dem, der sætter ord på deres sygdomserfaringer og deres møder med det danske sundhedsvæsen. Der skabes hermed en mulighed for at sundhedsprofessionelle kan få indblik i, hvordan etniske minoritetskvinder ser på sygdom, sundhed og trivsel, hvordan de tænker og handler i forbindelse med sygdom, og hvordan det spiller sammen med deres sociale, psykiske og kulturelle liv – kort sagt konteksten.

Der er lang vej fra de indledende kontakter, observationer og deltagelse i aktiviteter over kodning af interviews i tusinde interessante temaer til sammenfatning, begrebsudvikling og den endelige konstruktion af et kerne tema af tilpas overordnet og teoretisk observans: InterMultiFemina.

Med denne undersøgelse er det hensigten at bidrage til, at sundhedsvæsenet kan indtænke etniske minoritetskvinders perspektiv i det forebyggende, sundhedsfremmende, behandlende og rehabiliterende arbejde.

1. Indledning

Det er ønsket med undersøgelsen at bruge de redskaber og forståelser, der findes i den voksende og efterhånden veldokumenterede gren af antropologien, som kaldes sundhedsantropologi, og som er velegnet til at kaste lys over kvindernes fortællinger. Det er en disciplin, som nu i Danmark også har fået sin egen lærebog, hvor sundhedsantropologernes særegenhed kommer til udtryk, samtidig med at det understreges, at det særegne vedvarende både hænger og spiller sammen med antropologien som sådan (Mogensen & Whyte 2007). Sundhedsantropologien er den del af antropologien, der beskæftiger sig med studiet af sociale og kulturelle aspekter ved sundhed, sygdom og trivsel, hvad enten vi befinder os i en gambiansk landsby eller smilets by Århus, blandt danske skolebørn med ondt i venskaberne eller blandt etniske minoritetspatienter med type 2 diabetes (Wittrup 1992, 2003, 2008).

Antropologiens sigte er at vise og forklare de mangfoldige måder, hvorpå man kan forstå og håndtere verden, og dens primære metoder kan betegnes som konteksttualiserende og komparative. Det at konteksttualisere betyder "at væve sammen" og det at væve sammen betyder altid, at man vælger de tråde, der forlener det ønskede billede, eller sagt på en anden måde, man identificerer de sammenhænge, der er relevante for forståelsen af det, man studerer. Sundhedsantropologien studerer vore kroppe, den måde de udvikler sig på, det

de udsættes for, og det der gøres for at påvirke dem og behandle dem. Feltet for sådanne undersøgelser er sociale relationer, de forestillinger og værdier, mennesker anvender for at give mening til sygdom, sundhed og trivsel; samt de sundhedssystemer og -politikker, der former vores adgang til og mulighed for behandling, og de ressourcer der overhovedet er tilgængelige for folk, der rammes af sygdom eller manglende trivsel (Mogensen & Whyte 2007).

Antropologiske undersøgelser om sundhed, sygdom og trivsel kan udspille sig i de mest forskelligartede kontekster. Fra forfatterens egne arbejder fremdrages enkelte eksempler som afspejler diversiteten. De interessante spørgsmål er her, hvordan det kan være, at barnløse kvinder i Gambia har skabt deres egen fertilitetssammenslutning, hvor de kan træde helt ud af deres traditionelle kønsroller og på alle måder opføre sig grænseoverskridende? Eller hvad skal der til for at styrke små skolebørns venskaber og dermed forhindre en sundhedsskadelig mobbekultur i at udvikle sig? Eller hvilke sundhedsfremmende tiltag skal udvikles, for at det bliver lettere for type 2 diabetikere med anden etnisk baggrund at leve bedre med deres sygdom? (Wittrup 1983, 2003, 2008)

Som det fremgår af eksemplerne, beskæftiger sundhedsantropologien sig ikke kun med forhold, der gør sig gældende under fremmede

himmelstrøg. Det danske samfund er mindst lige så eksotisk. I og med de antropologiske studier af minoriteter og subkulturer i moderne komplekse samfund, kan det se ud som om, faget er på vej hjem. Det stiller store krav til fremstillingen og formidlingen af resultater samt til at tage sine informanter som ligeværdige dialogpartnere.

Også i eget samfund er der spørgsmål. Men man kan ikke skære det irriterende, det ukommunikerbare og det uforståelige væk, når det handler om mennesker, der med mange smerter og klager henvender sig til sundhedsvæsenet, som det for eksempel er tilfældet for den gruppe af etniske minoritetskvinder, som deltager i denne undersøgelse. Flere af dem er ikke af den opfattelse, at der er megen hjælp, forståelse eller lindring at hente i det danske sundhedsvæsen.

I et sundhedsantropologisk perspektiv er der mindst to diskurser på spil her. Den ene handler om, hvad der i et givent samfund på et givent tidspunkt defineres og konstrueres som sygdom eller sundhed. Afledt heraf, handler den anden diskurs om, hvorvidt man kan forklare (eller bortforklare) en given tilstand med henvisning til kulturel forskellighed. I begge tilfælde handler det om, hvordan vi vælger at kategorisere tilstanden. Verden og den måde vi vælger at betegne den på, er en konstruktion, siger antropologerne. Styrken ved denne teoretiske position er, at den minder os om, at alle former for kategoriseringer såsom diagnoser og bestemmelser af afvigelser mere generelt, hvor veldefinerede og veldokumenterede de end måtte være, stadig er skabt af mennesker

ud fra forskellige sociale og kulturelle kriterier. Det betyder heldigvis også, at de er fleksible og påvirkelige for forandringer og variation. Der ligger heri ikke en underkendelse af realiteten af de enkelte fænomener eller deres omkostninger for de mennesker, de rammer (Steffen 2007).

Vi kan eksempelvis prøve at anskue de etniske minoritetskvinders tilstand som en anomali forstået på den måde, at der ikke umiddelbart kan stilles en diagnose. Der er mange eksempler på, at en manglende kategorisering kan igangsætte en proces, der i de mest uheldige situationer kan medføre periodisk udstødelse, hvor man bliver sat ud på et sidespor, fordi ens omverden ikke kan håndtere, at man ikke kan kategoriseres – eksempelvis gennem en diagnose. Man kan også lande mellem to kategorier i en position, hvor individet er 'på vej' og dermed hverken/eller. I yderste konsekvens kan det medvirke til, at en afvigelse også medfører socialt stigma, således at der ikke kan skelnes mellem person og afvigelse. Personen bliver sin afvigelse eller som antropologen Murphy, selv ramt af en gradvis lammelse af kroppen, skriver, at den største hindring for at deltage som fuldgældigt medlem af samfundet ikke er de fysiske mangler, men snarere det væv af myter, frygt og misforståelser, som samfundet knytter hertil (Murphy 1995).

Det er helt normalt, at der finder disse kodninger sted, men for den det rammer, kan det være fatalt. Dader er tale om sociale konstruktioner, er det ikke uafvendelige kategoriseringer, men som Victor Turner har forklaret det, en fase i en omfattende transitionsproces. Men

positionen udenfor kan være af så ualmindelig langvarig og ondskabsfuld karakter, at det forhindrer genindtrædelse. Denne position, som Turner har forsøgt at indfange med begreberne *betwixt and between* (Turner 1967), er medvirkende til den udbredte mangel på forståelse, som nogle af kvinderne her føler, at de mødes med i det danske sundhedsvæsen.

Det er en følelse, der kan forstærkes via den anden sundhedsantropologiske diskurs, der skal bringes i spil her, nemlig spørgsmålet om kultur. Hvis spørgsmålet om kultur rejses i sammenhænge med mange smerter og klager eller mental sygdom, så kan det medføre en stempeling i dobbelt forstand (Jacobsen & Johansen, 2006). Med en multietnisk patientpopulation i udvalgte områder i Danmark, bliver det i stigende grad nødvendigt at adressere denne dimension, ikke kun som et spørgsmål om viden om andre kulturer, men nærmere som et spørgsmål om forståelse. Ofte handler det om at kunne forstå det enkelte menneske i dennes sociale og kulturelle kontekst og ikke så meget om at vide noget om specifikke kulturels slægtskabsforhold, kvindeopfattelse eller religiøse overbygning. Der er ofte ikke så meget brug for generaliserede forklaringer, som for en empatisk indsigt. Et ensidigt fokus på kultur kan overskygge andre vigtige forhold i forbindelse med møder i sundhedsvæsenet.

Ved at sætte de etniske minoritetskvinders hverdagserfaringer med mødet med sundhedsvæsenet ind i en sundhedsantropologisk forståelsesramme, er det hensigten at bidrage til, at sundhedsprofessionelle får større forståelse for, hvad de mange smerter og klager

handler om, hvorfor de etniske minoritetskvinder kommer så hyppigt, og hvordan det kan være, at de fylder så meget. For der efterspørges en sådan forståelse og indsigt fra sundhedsvæsenets side og på trods af, at de sundhedsprofessionelle ikke tildeles nogen særlig selvstændig stemme i denne rapport, så har jeg lavet interviews med flere sundhedsprofessionelle i tidens løb, jeg har været med til at planlægge og afholde flere konferencer om emnet i Region Midtjylland – og har derfor fat i nogle af trådene (Wittrup 2008).

Interviewene og flere års notater fra deltagerobservation analyseres ud fra et narrativt perspektiv. Som forklaringsmodel er fortællingen en måde, hvorpå man kan forholde sig både til den individuelle erfaring med sygdom og sundhed og til dens formning ud fra kulturelle temaer. I fortællingen tilbydes et billede af den proces, som mødet i sundhedsvæsenet er udtryk for frem for et fastfrosset billede af en bestemt sygdomsopfattelse eller behandlingsmetode. Især er det fortællingens evne til at skabe sammenhæng og mening i ellers usammenhængende hændelser og begivenheder, som kan være med til at skabe ny indsigt.

Det narrative perspektiv hjælper med at holde tungen lige i munden for at forstå sammensmeltningen af et både individuelt og samfundsmæssigt perspektiv. Det hjælper desuden med at tilskrive kvinderne status som aktører og som forandringsagenter i eget liv og ikke blot som passive ofre for bestemte kulturelle og moralske verdensanskuelser. Gennem feltarbejdets deltagerobservationer og det etablerede *bekendtskab*, interesserer

det mig at finde ud af, hvad der gemmer sig bag de mange sygdomshistorier, der er i om-løb blandt kvinderne, udtrykt gennem mange klager over smerter, historier som genfindes blandt de sundhedsprofessionelle, som de kommer i berøring med. Det er således også gennem det narrative perspektiv, at der bliver skabt forståelse for og indsigt i, hvad mødet med det danske sundhedsvæsen betyder for kvinderne.

Det er gennem det narrative perspektiv, der skabes indsigt i den særlige sammenhæng, der er mellem kvindernes egen opfattelse af deres helbredssituation, og den måde de bliver mødt på i sundhedsvæsenet. Gennem kvindernes fortællinger om mange og vedvarende smerter og deres forsøg på at kommunikere egne forklaringer herpå til sundhedsvæsenet, giver fortællingerne samtidig indsigt i, hvordan sundhedsvæsenet uforvarende kan blive medproducent af de mange og vedvarende smerter. Dette sker på grund af utilstrækkelige muligheder for og ressourcer til at inddrage kvinderne til at indgå i en mere meningsfuld social og kulturel kontekst.

Der bliver peget på, hvor vanskelig denne kommunikation er. Smerterne er der. De påvirker kroppen, trivselen og funktionsevnen. Samtidig kan de kommunikeres uden omfattende sprogbeherskelse gennem et tydeligt kropssprog: eksempelvis gennem forvredne ansigtsstræk. Der kan også peges på ømme muskler eller en smertende ryg. Men på trods heraf giver kvinderne udtryk for, at de ofte ikke bliver mødt med forståelse og ikke får en tilfredsstillende forklaring på deres symptomer

i sundhedsvæsenet. Det narrative perspektiv afdækker, at der er endog meget store huller i kommunikationen. En sådan vedvarende mangel på kommunikation kan medføre en uheldig sammensmeltning mellem sygdommen og den personlige identitet, hvilket kan have betydelige konsekvenser for den enkelte, men også for omverdenens reaktioner (Goffman 1986). Det narrative perspektiv løfter imidlertid sløret for, at mødet mellem sundhedsvæsenet og etniske minoritetskvinder med mange smerter og klager kan forbedres væsentligt, hvis sundhedsvæsenet i højere grad bliver opmærksomme på kvindernes sundhedsopfattelse og selvforståelse, og hvad de egentlig kommunikerer og på den anden side, hvis kvinderne i højere grad bliver opmærksomme på det danske sundhedsvæsens sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende tilbud og måder at tænke sygdom og sundhed på. Meget kan således løses gennem åben og fordomsfri dialog.

Ét af de spørgsmål der undersøges, er derfor om sundhedsvæsenet via mangel på indsigt i etniske minoriteters sundheds- og sygdomsopfattelse samt sygdomsadfærd uforvarende kan være med til at vedligeholde og reproducere en dårlig sundhed og manglende trivsel. Spørgsmålet er, om den feedback kvinderne får i sundhedsvæsenet ligger på linje med den, nogle af dem måske får i familien; garanteret får af hinanden og med al sandsynlighed får i socialvæsenet, og om den dermed i praksis er med til at bekræfte deres sygerolle og position i en uendelig lang fase af uforståelige symptomer, smerter og klager eller mangel på trivsel?

Der trækkes her på en sociosomatisk forståelse af sundhed og trivsel, hvor oplevelser i kroppen anses for både at hænge sammen med de sociale relationer den enkelte indgår i, og med det lokale og kulturelle system hun lever i. Individet ses som en del af et større socialt og kulturelt net eller kontekst, hvorfra det ikke kan adskilles. En sådan tilgang, som analyserer relationer mellem aktørerne, positioner og kontekster, forandrer fokus på sygdomsadfærd fra den individuelle person til den sociale person eller bidrager i det mindste med at påpege en sammenhæng. InterMultiFemina er en sådan social person.

Hvis dette perspektiv i højere grad anerkendes af og tages i anvendelse i det danske sundhedsvæsen, åbnes der op for at blive medproducent af en anden historie i kvindernes liv. Med inddragelse af kvindernes fortællinger tilbydes en helt specifik indsigt i de sociale og kulturelle faktorer, der er medvirkende til at producere og reproducere kvindernes uforståelige og ukommunikerbare smerter samt utilfredsstillende hverdagsliv. Gennem narrativernes fortid og nutid gives et indblik i familiemæssige og sociale ressourcer fra hjemlandet, omstændigheder om den efterfølgende flight eller transit samt af eksiltilværelsen i Danmark. Hertil lægges fremstillingen præget af en nutid med voldsomme savn af fortrolige samtalepartnere, mange interpersonelle konflikter i familierne, uforståelige og skiftende krav fra det danske samfund og stor ensomhed.

Narrativerne giver desuden også adgang til meget mere. Udover at de kan være restituerende

eller kaotiske, kan de også være søgende. Den pointe der her gøres gældende, er, at kvindernes fortællinger om sundhed og trivsel også er fortællinger, der eftersøger noget andet. I fortællingernes revner og sprækker, visioner og drømme, fortælles ikke kun en historie om manglende trivsel uden også en historie om en ny forståelse. Den proces medfører konstruktionen af en ny identitet: InterMultiFemina.

Sundhedsvæsenet spiller en endog meget central rolle i, sammen med andre aktører indenfor feltet, at være medforfatter i en ny forståelsesproces. Den dominerende biomedicinske diskurs kan med fordel tilføjes et sociosomatisk perspektiv, så man sammen med kvinderne kan udforske og udvikle InterMultiFemina.

1.1. InterMultiFemina

Navnet InterMultiFemina er mit forsøg på en konkretisering af indholdet i de etniske minoritetskvinders fortælling om deres møde med sundhedsvæsenet. Det er en betegnelse, der dækker over flere niveauer og dimensioner. Først og fremmest er det et *navn*, konstrueret til at passe til alle de kvinder, der deltager i undersøgelsen både hver især og samlet. Det er dog min overbevisning, at rigtigt mange etniske minoritetskvinder vil kunne genkende sig selv, samt at rigtigt mange sundhedsprofessionelle har mødt én/flere ved navn InterMultiFemina.

InterMultiFemina er desuden et *begreb*, der dækker over en kompleks sammenhæng, der vedrører udviklingen af en ny praksis for fler-

kulturelle møder i sundhedsvæsenet. Begrebet er som sådan til forhandling og vil løbende blive både redefineret og omdefineret.

InterMultiFemina er samtidig en *vision* for, hvordan et sådant møde kunne tænkes frugtbart i fremtiden. De etniske minoritetskvinde inviterer til at indgå i dialog om formulering af en fælles vision. Det er et tema, der repræsenterer et alternativ til kvindernes forvredne ansigtstræk og i stedet fokuserer på de ressourcer, kvinderne har i deres fortidige liv, i deres nutidige kampe for at opretholde en balanceret tilværelse i Danmark og i deres fremtidsdrømme. Det er de etniske minoritetskvinder selv, der skal definere InterMultiFemina. Sundhedsvæsenet kan beslutte sig til at spille en central rolle i denne tilblivelsesproces og gå i dialog med disse ressourcer og være med til at bære InterMultiFemina frem.

1.2. Rapportens opbygning

Kapitel 2 er det mest teoretiske afsnit, hvor der tages afsæt i sundhedsantropologiens krydsbefrugtning med biomedicinen; samlet i begrebet *sociosomatik*. Et begreb, der skaber sammenhæng mellem lidelsen i kroppen, kroppens interaktion med andre kroppe og placeringen i en større social og kulturel sammenhæng. Narrativets centrale placering i rapporten defineres som det begreb, der gør det muligt på én og samme tid at udforske individuelle erfaringer og positioner som aktører i hverdagslivet, og hvordan disse meninger, holdninger og handlinger påvirker og påvirkes af kollektive og kulturelle forskrifter.

I kapitel 3 fremlægges rapportens empiriske datamateriale, samt måden det er blevet til på. Det etnografiske feltarbejdes metodemæssige bud på at tilføre sundhedsvæsenet ny viden om etniske minoriteters sundhed diskuteres. Det understreges, at det er interessen for at udforske sammenhængen mellem individ og samfund, som er drivkraften. Måden at etablere felten på og dermed rammerne for et unikt datamateriale beskrives i de tre faser: genklang, samklang og bekendtskaber. Det er også i dette kapitel, vi først lægger mærke til et interessant og bemærkelsesværdigt træk ved kvindernes kropssprog, som kalder på nærmere udforskning.

En opklaring:

En felt er antropologers betegnelse for den konstruktion, det er at afgrænse og generalisere; der ligger heri en betydelig del subjektivitet; er synonymt med *revir*. Et felt er synonymt med et genstandsområde.

Kapitel 4 bruges til at foretage en detaljeret beskrivelse af de etniske minoritetskvinders betydningsunivers. Spørgsmålet om kvindernes generelle sundhedstilstand søges besvaret gennem et ressourceindeks udarbejdet med henblik på at undersøge social ulighed i sundhed, ligesom spørgsmålet om selvvurderet helbred søges belyst. Der introduceres til rapportens brede sundhedsbegreb bl.a. ved inddragelse af Antonovskys salutogenetiske perspektiv på sundhed og sygdom. Kapitlet indeholder rapportens absolut længste nær-

rativ, hvor den ene kaossituation/katastrofe afløser den anden uden fundamentalt at røkke ved den personlige integritet eller den sociale og sundhedsmæssige sammenhængskraft, som fortællingen også giver indblik i. Kapitlet afsluttes med en diskussion af betydningen af anerkendelse for opfattelsen af sundhed og trivsel.

I kapitel 5 tegner der sig nogle sammenhænge mellem identitetskonstruktioner, kvindernes meninger, holdninger og handlinger i forbindelse med sundhed og trivsel og deres møde med det danske sundhedsvæsen. Klagerne og smerterne analyseres som grundstrukturen i de etniske minoritetskvinders dominerende fortælling fortættet i det meget talende kropssprog. Det første tema: *manglende forståelse* beskrives i de tre sygdomsperspektiver: kvinde-, migrations- og relationelle sygdomme. Det er i forståelsen og anerkendelsen af de relationelle sygdomme, at der peges på det næste tema i den dominerende fortælling – *selvforståelsen*, udtrykt i 'hjerternes' og 'tankernes' rum.

I kapitel 6 føres vi gennem en meget detaljeret fremstilling af kvindernes selvforståelse og den måde, de anvender deres brede sundhedsbegreb på. Vi føres gennem deres oplevelser af ægteskaber, skilsmisser, alene-tilværelsen og børneopdragelsen. Her konfronteres vi med, hvilken betydning savnet af hjemlandet har for sundhed og trivsel, og hvor vanskeligt det er at fylde disse huller ud. Men på trods af udfordringerne og vanskelighederne, anes også tydeligt en ny forståelse - på vej mod InterMultiFemina.

Kapitel 7 afslører et narrativ, hvor smerterne og klagerne tematiseres som en ny forståelse. Her får vi kvindernes bud på, hvordan de kan se deres eksiltilværelse foldet ud i sundhedens og trivsels tegn. Vi møder både en kunstner og en digter, som indtil da har gemt sig bag et forvredet ansigtsudtryk. Nu smiler de bare. Kapitlet sluttes af med nogle anbefalinger til nye møder, der minder meget om det, der er fortalt om sundhedsvæsenet.

2. En rammefortælling

I den sparsomme litteratur om etniske minoriteters sundhed, der findes på dansk (Mogensen & Matthiesen 2000, Kristiansen et al. 2005, Krasnik et al. 2004) fokuseres der på sygdom og sundhed på populationsniveau af minoritetsbefolkningen kontra majoritetsbefolkningen. Meget af denne viden er registerbaseret og afdækker sygdomsadfærd og forbrug af sundhedsydelser på baggrund af sundhedsvæsenets elektroniske registreringer (Folmann & Jørgensen 2006). En anden type viden stammer fra det kliniske møde med etniske minoritetspatienter og baserer sig på erfaringer med dette arbejde (Dyhr 2000, Gleerup et al. 2004). Endelig er der nogle få undersøgelser, der har et perspektiv, hvor det er etniske minoriteters egen opfattelse af sygdom og sundhed, der udforskes (Jacobsen et al. 2004, Nielsen 2005). Det er den type viden og forståelse, her suppleret med hjælp fra sundhedsantropologiens fokus på sociale og kulturelle processer, som især kan analyseres gennem en narrativ tilgang.

I første omgang er min interesse ikke begrundet i at se de etniske minoritetskvinder som en gruppe defineret ved et specifikt etnisk tilhørsforhold. Fokus er at forsøge at fange kvindernes oplevelse af identitet som en måde at konstruere mening på ud fra deres hverdagslivserfaringer. Jeg lægger mig derfor på den ene side tæt op ad studier af etnicitet som identitetskonstruktion (Barth 1969, Jenkins 1996) og på den anden side op ad studier,

hvor identitetskonstruktionen i høj grad er forbundet med kønnet (Moore 1994).

Det vigtige at forstå ved begrebet identitet er dets iboende dobbelthed; man er både et individ, en biologisk skabning, samtidig med at man er et socialt og samfundsmæssigt menneske. Identiteten er derfor altid både en individuel biografisk identitet med en sammenhængende livshistorie, og en social, samfundsmæssig identitet; en oplevelse af en bestemt position i et socialt gruppefællesskab. Der er således flere perspektiver at anskue identiteten ud fra: et psykologisk, et sociologisk og som her et antropologisk. To pointer er væsentlige for at forstå identiteter konstrueret i grænselands som InterMultiFemina (Mattingly 2008): at identiteter skabes gennem interaktionsprocesser, og at det især er grænsedragningen mellem etniske grupper, der er central (Barth 1969). Det kliniske møde har en særlig status i forbindelse med identitetens sårbarhed og skrøbelighed. Enhver misforståelse fremkommet under eller efter et sådant møde, kan få fatale konsekvenser: *"The urban clinical world is a place in which misreadings and conflicts routinely arise ... Failures of mind reading are magnified to intense proportions in situations characterized by both cultural difference and high stakes"* (Mattingly, 2008). Foruden det overordnede helbredsmæssige spørgsmål, der kan handle om liv eller død eller livskvalitet, er det yderligere forbundet med betydelig

risiko for ikke at blive forstået, at de etniske minoritetskvinder nærmer sig almen praksis. Sådanne møder forløber gnidningsfrit i det øjeblik, begge parter er enige om, hvori problemet består, hvad man kan gøre ved det, og at det hjælper at løse problemet. Så er alle tilfredse og kan gå hvert til sit. Sådan er verden dog sjældent skruet sammen, når det handler om mellemmenneskelige relationer i krisesituationer. I fortællingerne her er mødet i almen praksis i sandhed et grænseland, hvor gensidige misforståelser, fordomme og myter kan få konsekvenser. Sommetider fatale, til andre tider viser de sig at være ramme for skabelsen af nye både personlige og sociale identiteter.

En pointe i rapportens forståelse af mødet i sundhedsvæsenet som et møde i et grænseland, handler om at understrege mødets karakter af positionering – på begge sider af skrivebordet, bogen eller computerskærmen. Vægten i denne rapport ligger på at bringe de etniske minoritetskvinders perspektiver ind i lampens skær. Med til skabelsen af dette perspektiv hører kvindernes holdninger, handlinger og erfaringer med sundhed og trivsel. Det er både deres personlige identitet, der er på spil, men især er det deres sociale og kulturelle identitet. Det er derfor vigtigt at forstå nogle af disse sammenhænge. På den ene side sammenhængen mellem identitet og sociale og kulturelle forståelser af sygdom og sundhed, og på den anden side den betydning det har for kvindernes liv. Det narrative perspektiv kan hjælpe os på vej.

2.1. Sundhedsantropologi

Udgangspunktet for den antropologiske udforskning af forholdet mellem sundhed, sygdom og trivsel skal findes i den tidlige antropologiske interesse for andre kulturers organisering, verdensanskuelser og symbolske systemer. I disse studier var sygdom og sundhed ikke et specifikt fokus, men blev inddraget som aspekter af det sociale liv; ganske ofte fortolket ind i forskellige kosmologiers opfattelse af vanskæbne, ulykke og lidelse, som Susan Whyte (2004) udtrykker det. Hun understreger sin forbavselse over, hvor tæt sammenhæng der er mellem et samfunds kosmologi og opfattelser af sygdom, sundhed og trivsel:

"Affliction, which was once dealt with in monographs in African religion and cosmology, now seems to belong to the realm of medicine and medical anthropology. What we knew as divination now appear to be diagnosis; what we analysed as ritual is termed therapy. The victim of supernatural forces is called the patient, and his or her relatives – the therapy managing group"

(Whyte 1989:289)

Den udvikling der herefter fulgte, førte til den medicinske antropologi, og det vi i dag kender som sundhedsantropologi, men det understreges igen og igen, at det er en underdisciplin af den generelle antropologi og dennes videnskabelige paradigme. Så når fokus er på sociale og kulturelle processers betydning for

den enkeltes handle og identitet, så hænger dette fokus mere sammen med antropologien end med biomedicinen, selvom også denne disciplin efterhånden interesserer sig for og anerkender antropologiens indsigter (Risør & Olesen 2004).

Antropologien bringer ny viden ind i diskursen om sundhed, sygdom og trivsel, således at man interesserer sig for, hvordan mennesker opfatter og forstår sygdom og sundhed, for hvilken adfærd der udvises i forskellige situationer, og for hvordan interaktionen mellem det enkelte individ og samfundet, herunder sundhedsvæsenet, foregår. Den kritiske medicinske antropologi anfægter distinktionen mellem krop og sjæl, og fokuserer i stedet på, at krop og sjæl er et sammenhængende hele; det som i antropologien benævnes "embodiment" (Paarup 2004). For antropologien bliver det derfor interessant at udforske hvilken viden, den menneskelige krop repræsenterer, samt hvilken viden den har ud fra de erfaringer, som et levende liv giver.

Biomedicinen har på nogle punkter været ganske lydhør overfor antropologiske synspunkter og modeller. Blandt andet har lægen og antropologen Arthur Kleinman og hans begreber om 'illness' og 'disease' haft stor resonans både i den biomedicinske verden og i den folkelige forståelse. 'Disease' skal her forstås som det perspektiv på sygdom, der refererer til en biofysiologisk tilstand, som kan diagnosticeres. 'Illness' er det perspektiv på verden, som repræsenteres ved patienten og dennes forståelse af sin tilstand. Der behøver ikke være kongruens mellem de to begreber, selvom de ofte overlapper. Problemerne opstår, når der

slet ikke findes nogen fællesmængde imellem de to forklaringsmodeller, eller sagt med andre ord, at mennesker falder udenfor behandlingens rækkevidde (Kleinman 1980, Wittrup 2004). I forlængelse af denne distinktion har der forsøgsvist været udviklet andre måder at se dikotomien på blandt andet i begreber som 'distress' og 'defeat' (Andersen 2002), begge i forsøg på at række ud over forankringen i kroppen og ind i både det psykologiske og det sociale.

Kleinman er også én af dem, der driver det antropologiske projekt videre mod at anskueligelser fra flere forskellige, samtidige og ligeværdige perspektiver. Det er nødvendigt at bevæge sig bort fra lineære forklaringer og entydige årsags-/virkningsforhold til en mere samtidig tilgang med fokus på specifikke kontekster og disses samspil med et komplekst samfund. Der bliver således tale om en historisk udvikling, hvor sygdom og sundhed ikke længere ses som værende i en afgrænset individuel krop, men ses som et komplekst samspil mellem det individuelle, det interpersonelle eller det sociale; og bredere kulturelle strømninger og sammenhænge. Man kan sige, at feltet mellem sygdom og sundhed kan anskues som udtryk for en generel menneskelig respons på komplekse problematikker (Dalsgaard 2003). Feltet har undergået en dybdegående forandring gennem de seneste mange år fra et udelukkende biomedicinsk fokus over et mere kognitivt og individuelt fokus til nu at fokusere på omgivelserne som en dynamisk komponent i lidelse. En bevægelse mod et helhedssyn på sammenhænge mellem krop, sjæl og sociale processer (op.cit.)

Arthur Kleinman har hertil udviklet begrebet *sociosomatik* som udtryk for, at den individuelle krop netop påvirkes af sociale og kulturelle forhold, der ligger uden for individet (Kleinman 1986). Individet forstås som placeret i et socialt og kulturelt net; en kontekst hvorfra det ikke kan adskilles. Lidelse, uanset hvad der har udløst den i udgangspunktet, tager form af sygdomme i en sociokulturel proces med familie og venner, egen læge, forskellige specialister og andet sundhedspersonale, arbejdssituation og arbejdsledere, økonomiske forhold, sociale myndigheder samt de diskurser, der findes i offentligheden. En række undersøgelser (Steffen, 1997) viser, at patienter gennem sygdomsprocessen og især gennem kontakt med andre, der har erfaringer med sygdommen, tillærer en bestemt forståelse af deres lidelser og måske også en bestemt adfærd over for symptomer. Ikke sjældent kan det ses, at patienter i en bestemt behandlings-sammenhæng i en periode udtrykker deres identitet næsten udelukkende inden for denne behandlings sprog og verden. Det ses for eksempel ofte hos medlemmer af Anonyme Alkoholikere (op.cit.). Der kan også være tale om det modsatte, at man nægter at identificere sig med den tilbudte model, som det ses hos stofmisbrugere, som ofte benægter at det er behandling, de har brug for (Jöhncke, Svendsen og Whyte 2004).

At den biomedicinske forklaringsmodel i sig selv ikke er tilstrækkelig til at indfange multiple aspekter af sygdomsårsager og individuel manifestation af sygdom, viser sig i to af vores tids dominerende sygdomskategorier nemlig livsstilssygdommene og de funktionelle lidel-

ser. Der er mange paradokser her. Det er et problem, at de funktionelle lidelser kun kan defineres negativt. Når forskningsresultater viser, at rigtigt mange dukker op i almen praksis, uden at kunne få stillet en diagnose (Fink 1996). Sygdom søger diagnose. Det kan blive nødvendigt at søge andre forklaringer og dermed finde andre veje til forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende tiltag, som kan integreres i den sygdomsramtes hverdagsliv og sygdomsopfattelse. Også sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering er områder med stor kompleksitet, hvor tilførslen af andre forklaringsmodeller er under konstant udvikling. Det biomedicinske fokus producerer stadig mere detaljerede forskningsresultater med detaljerede årsagsforklaringer om sammenhængen mellem sygdomme og rygning, fedme og alkohol, mens der ikke i samme takt udvikles metoder til adfærdsændringer. Den evidensbaserede viden tilhører informations-samfundet med dets forestilling om, at viden i sig selv fører til ændrede handlinger eller adfærd. En viden, der kan være med til at skabe ændringer i videnssamfundet, må basere sig på en refleksiv, eksistentiel erfaring, der anerkender, at vidensværdierne skifter, og at det er den personlige værdi af viden, der kan tilegnes og omsættes med lyst i den enkeltes egen eksistens og erfaringer (Kristensen 2004). Den enkeltes modtagelighed afhænger i høj grad af vedkommendes muligheder for at håndtere en ny situation samt af den enkeltes livsvilkår i øvrigt. Den viden der produceres, bliver ikke automatisk omsat i, at befolkningen ændrer adfærd. Inddragelsen af en anden form for viden, en viden situeret i folks hverdagslivs- og praksisser viser, at den faktuelle viden hele

tiden afprøves, forhandles og transformeres, som feltstudier i sundhedsfremme og forebyggelse i institution og hverdagsliv har vist. Livsstilsforandringer producerer dilemmaer, som helt konsekvent må inddrage hverdagens betingelser uden at negligere ambivalens og modstand (Grøn 2005). Det kan meget vel betyde, at man kommer til at leve midt på 'den gyldne middelvej', som Mette Bech Risør kalder dilemmaerne (Risør 2003).

Sundhedsantropologien tilfører opfattelsen af sundhed og trivsel flere dimensioner og en tilstrækkelig kompleksitet, som er helt grundlæggende for at forstå de etniske minoritetskvinders meninger, holdninger og handlinger i et så sårbart og skrøbeligt grænseland, som sundhedsvæsenet er for dem. Især giver det god mening at arbejde videre med det sociosomatiske perspektiv for at sammenkæde opfattelser af sundhed og trivsel med identitetskonstruktioner.

2.2. Et narrativt perspektiv

I de sidste par årtier er narrativer kommet til at stå centralt i antropologisk forskning og ikke mindst sundhedsantropologien har for alvor arbejdet med narrativet både teoretisk, metodisk og som praksis. På dansk kan narrativ oversættes til fortælling. I denne rapport bruges begge ord sideløbende. Jeg bruger narrativ som et analytisk perspektiv og fortælling bruges lige ud ad landevejen som betegnelse for det, kvinderne giver videre til mig. Det er en vigtig pointe i sundhedsantropologien, at narrativ ikke kan reduceres til fortælling, fordi der henvises til en særlig analytisk forstå-

else af forholdet mellem individ og samfund, kontinuitet og forandring, forudsigelighed og tilfældighed – og ikke mindst en forståelse af livet levet over tid og i tid (Mogensen 2005).

Det der er interessant ved begrebet narrativitet, er den mulighed, der tilbydes for at analysere samspillet mellem individ og samfund – jo i virkeligheden antropologiens overordnede projekt. I antropologiens tidlige historie var det især samfund og kultur, der blev gjort til genstand for analyser. Ideer om at systemer, strukturer eller kulturelle modeller af varierende karakter bestemmer den enkeltes tanker og handlinger, har været dominerende i lange perioder og antropologer ledte efter måder, hvorpå den individuelle vilje blev determineret af sociale systemer. Men sådan er det ikke længere. Individet som aktør har for alvor holdt sit indtog på den antropologiske scene. Det er dermed blevet muligt at undersøge positioner og erfaringer i et forsøg på at forstå, dels hvordan det kollektive indlejres i aktørerne, og dels hvad hensigten med aktørernes handlinger er. Ét af de begreber, der her har spillet en stor rolle, er narrativet.

Især har antropologen Cheryl Mattingly været primus motor i at videreudvikle begrebet til også at omfatte en klinisk praksis (Mattingly 1998). Hos hende kan man blandt andet læse om inspirationen fra den franske filosof Paul Ricoeur, som siger, at livet blot er et biologisk fænomen, så længe det ikke er blevet fortolket. Den fortolkning af vores liv, vi som mennesker foretager os, sker i lyset af de narrativer, der er tilgængelige i vores kultur. Menneskelig erfaring er derfor altid medieret af fortællin-

ger, og vi kan kun forstå vores liv gennem disse. At leve er kort og godt en søgen efter narrativer, det vil sige en søgen efter at skabe mening med livet – at gøre det til mere end en biologisk proces (Garro & Mattingly 2000).

Narrativet binder livets mange elementer og begivenheder sammen i et forløb, der er struktureret ud fra princippet om tid og ideen om, at livet og derfor fortællingen har en begyndelse, en midte og en slutning. Et yderligere afgørende element i den narrative teori er, at narrativet dybest set er socialt. Det får først sin betydning i mødet med en lytter, eller som Mattingly foretrækker, i mødet med publikum. Hun arbejder derfor også med en performance-dimension (Mattingly 1998). Hvis livet og narrativet således er uadskillelige, så er der tale om en gensidig påvirkningsproces: den menneskelige erfaring påvirker fortællingen, men fortællingerne om livet påvirker også, hvordan vi erfarer verden (Mogensen, 2005). For antropologien er det her den særlige interesse for forholdet mellem den individuelle og den kollektive erfaring.

Der har i antropologien i de senere år været en interesse for at se på, hvordan sygdomshistorier kan være afgørende for patientens forsøg på at tillægge sygdom betydning og finde en mening med lidelsen. Cheryl Mattingly skal især nævnes her, fordi hun har tilført en mere praksisorienteret dimension til undersøgelsen af narrativers betydning. Narrativer er grundlæggende også for praksis, siger hun (Mattingly 1998), og særligt for det fundamentale spørgsmål om, hvordan vi skal leve livet. Ikke kun vores fortællinger men også vores hand-

linger har et 'plot'. Også når vi handler, må vi i nutiden forholde os til, hvad der allerede er sket og handle efter en formodning om, hvad der måtte ske i fremtiden. At vi i livet – når vi handler – hele tiden er i gang med at skabe mening betyder altså, at vi hele tiden er i gang med at finde ud af, hvor vi nu er på vej hen, hvor vi kan lede handlingen hen, hvad vi kan gøre for at lede den i den retning, der er ønskværdig for os. Livet er som sagt ikke en fortælling. Det er ikke en tekst. Livet har ikke en handling, som en bog har, men brugen af ordet 'plot' i forbindelse med fortælling skal forstås som 'aktørens engagement i livet'. Det levede livs plot er ikke en fastlåst struktur eller en kulturel model 'a cultural script' (Mattingly op. cit.), men et udtryk for, at man i øjeblikke i nutiden, trækker på fortiden og engagerer sig i, hvad der nu måtte ske. Vi følger med i, hvad der er sket, håber, formoder og forventer, at visse slutninger realiseres (Mattingly 1998, Mogensen 2005).

Det fremhæves ofte, at narrativer skaber helhed og mening ved at forbinde de forskellige elementer i vores liv i sammenhængende form. Dermed kan narrativet have en helende effekt i sig selv, hvilket ofte ses praktiseret i terapeutiske sammenhænge. Men narrativet tilbyder også åbenhed, tvetydighed, usikkerhed og drama. Der er givet mulighed for en ikke færdig fortolkning, men tværtimod for forandring; for bevægelser i andre retninger. Det kan dermed være muligt at indfange ikke kun kontinuitet, men også transformation, ikke kun stabilitet, men også forandring, ikke kun orden, men også kaos. For sådan er livet jo også, som det leves. Narrativet er således et fleksibelt begreb, og er kommet til at spille en prominent

rolle i antropologiens forsøg på at opnå indsigt i sociale aktørers erfaring, intentioner og praksis, uden at vi mister det kollektive af syne (Mogenssen 2005).

Dette fokus er med til at understrege den humanistiske forskning og hermed antropologien som en forskning i relationel viden, i at viden først og fremmest er socialt funderet. Antropologen indgår i relationer med de folk og situationer, der studeres, og disse er igen vævet ind i relationer med andre folk, organisationer, institutioner, netværk, familier og så videre. Narrativer er helt afgjort formet af den kontekst som de indgår i både med fortælleren og lytteren samt fortælleren, lytteren og andre. Narrativer må derfor afgjort præsentere os for muligheden for at studere relationel viden, og når vi får adgang til denne viden, åbnes nye dimensioner, også når vi interesserer os for sundhed, sygdom, helbredelse og trivsel.

I det næste afsnit løftes sløret for, hvordan en række interviews, mange samtaler af både formel og uformel karakter med mange mænd, kvinder og børn med forskellig minoritetsbaggrund gennem rigtigt mange år kan bidrage til en øget forståelse af, hvordan sundhed og sygdom forstås gennem udvalgte kvinders narrativer. I den forløbne tid har jeg desuden gennem forskellige interviews og samtaler med sundhedsprofessionelle på både det sociale og det sundhedsfaglige område, dannet mig et indtryk af, hvilke problematikker der især italesættes i disse faglige kredse. Jeg har deltaget i mange aktiviteter og gjort mig mange iagttagelser i såvel offentlige som private rum.

Centrale pointer:

- Antropologien bringer ny viden ind i diskursen om sundhed, sygdom og trivsel ved interessen for menneskers opfattelse og forståelse af sygdom og sundhed, deres adfærd i forskellige situationer og for, hvordan interaktionen mellem individ og samfund foregår.
- Begrebet *sociosomatik* indfanger en grundlæggende forståelse af individet som placeret i et socialt og kulturelt net, en kontekst hvorfra det ikke kan adskilles.
- Det narrative perspektiv skaber helhed og mening i kvindernes fortællinger ved at kunne forbinde de forskellige elementer i sammenhængende form.
- Narrativet bruges i sundhedsantropologien som et fleksibelt begreb til at opnå indsigt i sociale aktørers erfaringer, intentioner og praksis uden at miste det sociale eller det kulturelle af syne.

3. Tilvejebringelse af data

Det etnografiske feltarbejde forudsætter tilid, fortrolighed og åbenhed for at kunne generere troværdige og nuancerede informationer om den problematik, der ønskes undersøgt. I denne undersøgelse blev disse krav indfriet gennem en længerevarende proces omkring dataindsamlingen, som her søges gengivet via beskrivelsen af tre faser:

- Genklang
- Samklang
- Bekendtskaber

Det er således med interesse for at tilføre sundhedsvæsenet viden om etniske minoriteters sundhed og at blive klogere på, hvordan vi kan skabe rammerne for dialog og samarbejde, at det første møde med denne gruppe af kvinder finder sted på deres boldbane. Det er med en helt konkret invitation til dem om at deltage i Sundhedsstyrelsens første kampagne i 2002 om fysisk aktivitet i 30 minutter om dagen (Sundhedsstyrelsen 2004), og en mindre pose penge til forskellige aktiviteter, at de indledende møder og samtaler finder sted. Scenen er et beboerhus i det vestlige Århus med dertil hørende café og en venlig stemning af interesse og imødekommenhed. At tale om sundhed falder ganske naturligt, og det bliver starten på et længerevarende bekendtskab, som nu i retrospektivt lys kan inddeles i forskellige faser.

Undersøgelsen startede som et indsatsområde i Århus Amt og videreføres i Region Midtjylland med fokus på vidensindsamling om etniske minoriteters sundhed. Undersøgelsen her repræsenterer den del af vidensindsamlingen, som har udgangspunkt i en udforskning af praksis med det formål at etablere kontakt til målgruppen og at få indsigt i målgruppens viden om sundhed og sygdom.

Det er en speciel udfordring at skabe adgang til den slags viden. Eller måske nærmere et sådant perspektiv på viden. Blandt sundhedsprofessionelle, antropologer og socialarbejdere er der stor interesse i at vide noget om, hvordan sygdom, sundhed og trivsel opfattes og håndteres af etniske kvinder hvordan de opfatter deres møde med det danske sundhedsvæsen, hvordan de tænker på begreber om forebyggelse og sundhedsfremme, og hvordan de forsøger at integrere de forskellige former for viden i deres hverdagspraksis. Det er vigtigt at understrege, at den viden der efterspørges i interviewene, refererer til praksis som en særlig form for viden. Der arbejdes ud fra den antagelse, at viden ikke er en for altid fastlagt størrelse, da den skabes og formes i en uophørlig og aldrig afsluttet proces mellem subjektet, dets erfaringer og den til enhver tid tilgængelige viden. Den norske antropolog Fredrik Barth definerer viden således: *"what people employ to interpret and act on the world: feelings as well as thoughts,*

embodied skills as well as taxonomies and other verbal models" (Barth 1995). Denne form for viden er essentiel at få frem, fordi det er en viden, der er styrende for, hvordan mennesker forstår, håndterer og skaber mening ud af den medicinske videns sundhedsfremmende og forebyggende budskaber (Risør 2003). Viden har altså aspektet forståelse i sig.

Dette perspektiv på viden som ud over ord og tanker også inkluderer følelser og kundskaber, forsøges udfoldet via det etnografiske feltarbejde, som på trods af sit mere eksotiske genstandsfelt efterhånden anerkendes som metode til også at undersøge forhold i vores egen kultur (Eriksen, 1993). Den væsentligste metode i det etnografiske feltarbejde er deltagerobservation, hvis mål er at befinde sig både indenfor (deltagelsen) og udenfor (observationen) den undersøgte person, gruppe eller samfund (Hastrup 1992, 2003). I dette tilfælde ligger der mere end ti års mere eller mindre tæt kontakt med etniske minoritetskvinder til grund; som i forskellige sammenhænge og som på forskellig vis har givet adgang til at være deltager i og observatør af deres liv, forestillinger, forventninger og frygt. På den måde er der skabt en form for interaktion, hvor forholdet mellem dem og mig er udforskende og med skiftende positioner, samtidig med fastholdelsen af opmærksomheden på egen position som én der noterer, hvad der sker, observerer og reflekterer over relationen (Hammersley & Atkinson, 1995). Der er altså tale om et møde, hvor drivkraften er nysgerrighed efter indsigt i noget Andet – en Anden – nogle Andre – og hvor denne indsigt kun kan opnås via erkendelsen af selv at have et etisk ansvar for, at det billede,

der produceres i en tekst, har respekt for de mennesker, det handler om. En tekst der bygger på valg og opmærksomheder, truffet bevidst ud fra den interaktion der er foregået og ikke ud fra en forestilling om at repræsentere Sandheden om de etniske minoritetskvinder – dette Andet, denne Anden, disse Andre (Crapanzano 1980). Det er på den måde tonerne til en kritisk og reflekterende antropologi, der slås an.

3.1. Bekendtskaber og narrativer

Interviewene er kulminationen på et længere dataindsamlingsforløb fra faserne *GENKLANG* over *SAMKLANG* til *BEKENDTSKAB*. Disse faser repræsenterer i sig selv en slags narrativ struktur med en begyndelse, en midte og en afslutning. Faseopdelingen er medvirkende til at give indsigt i, hvordan dataindsamlingen har været del af et meget langvarigt forløb, hvor relationen til de interviewede gradvist er blevet tættere, samtidig med at forståelsen af deres erfaringer og livsomstændigheder er blevet uddybet.

Interviewene er ikke sygdomshistorier i klassisk forstand, de er heller ikke livshistorier i klassisk forstand. De er eksplorationer ud i, hvad voksne kvinder med etnisk minoritetsbaggrund tænker om sygdom og sundhed i Danmark. For at kunne gøre nutiden forståelig og håndterbar, trækker de på deres viden og erfaringer fra hjemlandet og flugten herfra. Fortiden kan i nogle tilfælde være den referenceramme, som nutiden tænkes ind i og det især i situationer, hvor helbredet svigter. I de situationer kan det være både vanskeligt og uoverskueligt at forestille sig en fremtid

med sundhed og trivsel. Fremtiden er ikke helt skarpt tegnet, viser det sig i interviewene. Og hvem er det, fremtiden skal fortælles sammen med, interageres sammen med? Det ligger der, som vi skal se, flere hentydninger til og i dem kan man sagtens udkrystallisere en rolle til sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen. Narrativerne analyseres på baggrund af sundhedsantropologiens forståelse af sygdom og sundhed som del af det enkelte menneskes position i en social og kulturel ramme. Dette gøres med henblik på at få indblik i kvindernes meninger, holdninger og handlinger, når deres gensidige udveksling af smerteerfaringer næsten bliver til en måde at hilse på hinanden på – næsten bliver en slags identitet: InterMultiFemina er mit navn.

Det er altså rapportens hensigt at se på, hvordan kvindernes meninger, holdninger og handlinger om sundhed og trivsel, som de udtrykkes i narrativerne, samtidig giver et indblik i identitetskonstruktioner, hvor såvel fortid som nutid spiller en afgørende rolle for, hvordan fremtiden kan fortælles.

3.2. Genklang

Den første fase i udforskningen af kvindernes perspektiv blev styret af *forskningsspørgsmålet: hvad svarer etniske minoritetskvinder, hvis de bliver spurgt om sygdom, sundhed og trivsel?* Man kunne have startet endnu tidligere med at spørge om, om sygdom, sundhed og trivsel som begreber overhovedet giver mening i målgruppen, men som spørgsmålet her er formuleret, bygger det på en antagelse om, at der i alle kulturer findes både viden om

og praksisser for, hvordan man forholder sig til sygdom og dårlig trivsel. Det er et grundlæggende menneskeligt vilkår at beskæftige sig med liv og død, og alt det der ligger herimellem. Grænsen mellem sundhed og sygdom eller mellem normalitet og anormalitet er ikke absolut og objektiv. Den findes i alle kulturer, men drages forskelligt (Hastrup & Elsass 1986) med brug af forskellige teknikker lige fra overtro, trolddom og magi til videnskab, medicin og teknologi (Kleinman 1980).

Det vækker altså GENKLANG at snakke med etniske minoritetskvinder om sygdom, sundhed og trivsel. Der følger nu en tid for kvinderne med større eller mindre aktivitet om Sundhedsstyrelsens kampagne for fysisk aktivitet. Den fortolkes ind i en lokal ramme som en Sundhedsuge og for en tid sættes sundhed på dagsordenen i boligområdet. Der fokuseres på kost, fysisk aktivitet og rygestop (Mortensen, P. 2003).

Boligområdets Café, som er scene for vores møder, er til daglig stille og rolig og benyttes mest af områdets beboere. Om onsdagen derimod, forvandles den til et sandt folkekøkken, hvor der serveres kulinariske retter fra eksotiske himmelstrøg. Det må være rygtedes langt omkring, for på disse dage summer det af liv i en skøn blanding af mænd og kvinder, majoriteter og minoriteter, børn, unge, voksne og gamle, og forskellige fagprofessionelle. Da jeg har kendt til stedet gennem de sidste 10 år, ved jeg, at onsdage oprindeligt har været defineret som kvindernes dag, blandt andet med legendariske kvindeklubber som *Alt for Damerne* og *Rosa*. Dengang kunne onsdage let

trække 50 kvinder og deres børn, men det var også i tiden med optimistisk integration, før den store aktiveringsbølge, før alle børnene blev institutionaliserede, og dengang kvinderummet blev holdt helligt. Mange begræder tingenes nuværende tilstand, men erkender, at tiderne er skiftet, og at der gælder nye og andre spilleregler for livet i det danske samfund.

Caféen er udstyret med mange små runde borde, hvor man kan sætte sig. Der er desuden ét stort fællesbord for ansatte, regelmæssige cafégæster og stedets venner. Det er ikke svært at blive 'en stedets ven', og når man først har kapret sig en plads ved det store bord, kommer man aldrig til at sidde alene. Der er altid én eller anden, der får øje på én, og derfra er der ikke langt til en nysgerrig interesse for, hvem man er, og hvad man vil. Ved regelmæssig deltagelse i et måltid og i socialt samvær, tegner der sig langsomt et mønster for stedets struktur og for interaktionen mellem de tilstedeværende.

Efterhånden initieres GENKLANGEN som italesættelse af emnet sygdom, sundhed og trivsel ikke kun af mig. Jeg finder ud af, at det er et tema, der fylder rigtig meget i de etniske minoritetskvinders indbyrdes samtale og samspil. Når de mødes, udveksles der som regel omfavnelser og kindkys, og ikke så sjældent efterfølges denne hilsen af et lille skridt tilbage og en fortrækning af ansigtsmusklerne, mens der peges på en eller anden kropsdel, hvor det gør ondt. Mimikken er til at tage at føle på og helt umulig at overse. Det smertefulde kropssprog bliver som regel fulgt op af modpartens svar, som ud over at være en sympatitilken-

degivelse, sker det ikke så sjældent, at også modparten peger på en eller anden smertende kropsdel. Denne form for hilsen praktiseres, både når kvinderne mødes under mere private former, og når de mødes i indkøbscentre, på gaden eller andre offentlige rum.

Man kunne fristes til at tro, at der enten er tale om en veludviklet og helt almindelig hilseform, eller at vi har med en gruppe mennesker at gøre med ekstraordinært mange smerter i led og muskler. Det skal vise sig, at man her ikke kan konkludere et "enten/eller", men at der er noget om begge udsagn. Efter noget tid går det op for mig, at denne hilseform ikke kun er et synligt udtryk for, at kvinderne har mange smerter, men også for at det er et emne, der optager dem meget, som de taler meget om, og hvis omfang de får megen gensidig anerkendelse for. Der er noget på spil i forhold til kvindernes selvforståelse og identitet, som afspejles i deres måder at hilse på hinanden på, i en sådan udstrækning at man udmærket kan anvende betegnelsen ritual, hvorigennem der udspiller sig en særlig form for identitet. Det er dog lige så rigtigt at sige, at den overdrevne mimik henviser til konkret eksisterende klager og smerter. Den overdrevne mimik udgør grundsubstansen i kvindernes dominerende fortælling, et forhold jeg vender tilbage til i senere afsnit (Bruner 1996, Jacobsen & Johansen 2002).

At min interesse for sundhed og trivsel i høj grad vinder GENKLANG hos de etniske minoritetskvinder, understreges af en anden gruppe af Caféens gæster, nemlig de andre professionelle, som til min store overraskelse og glæde også lægger vejen forbi Caféen. Især skal her

nævnes Århus Kommunes opsøgende sagsbehandler, som kom til at spille en ganske særlig rolle i forløbets anden fase, som jeg vil kalde SAMKLANG.

3.3. Samklang

Med SAMKLANG skal her forstås etableringen af et samarbejde af usædvanlig karakter, men også et samarbejde der efterlyses fra mange fronter i arbejdet med sundhed (Andersen & Vinther-Jensen 1997, 2002). Her lykkedes det faktisk i løbet af Sundhedsugen at skabe en fælles forståelse for, at sundhed og trivsel er to store områder, der mangler belysning i det overordnede arbejde med integration af etniske minoriteter. Det dengang amtslige perspektiv var måske det mest tydelige, da arbejdet med sundhed var en kerneopgave, og da vi i det daværende Århus Amt netop havde sat etniske minoriteters sundhed på den politiske dagsorden. Det kommunale perspektiv, repræsenteret ved sagsbehandlerens opsøgende arbejde, fandt det sundhedsfremmende perspektiv meget anvendeligt. Det blev påpeget, at sagsbehandlere i deres daglige arbejde oplever, at rigtigt mange etniske minoritetskvinder har mange helbredsklager, og at disse blokerer for kvindernes integration på arbejdsmarkedet. Endelig gav samarbejdet god mening i det boligsociale aktiveringstilbud, hvor der herskede en oplevelse af, at når kvinderne endelig kommer er i aktivering på vilkår, der forsøger at tage højde for deres helbredsklager, så bliver disse stadig en stor og væsentlig dimension i kvindernes arbejdsliv, og ofte en dimension der overskygger deres arbejdsindsats samt overskygger deres muligheder for fremtidig

deltagelse på det udstøttede arbejdsmarked. De etniske minoritetskvinder, deres indbyrdes samtaler samt de møder de har med sagsbehandler og den boligsociale medarbejder, peger på, at sundhed og trivsel har stor betydning i deres liv – eller måske snarere har fraværet af sundhed og trivsel stor betydning for aktiviteter og interaktion i deres hverdagsliv, samt for deres integration på det danske arbejdsmarked og ultimativt i det danske samfund.

Resultatet af denne fælles erkendelse og interesse blev indgåelse af et samarbejde på tværs:

- tværsektorielt
- tværfagligt
- tværkulturelt
- tværoffentligt/privat
- tværprofessionelt/borgerligt

Der blev i SAMKLANGsfasen formuleret en projektbeskrivelse over et kursusforløb for etniske minoritetskvinder med fokus på sundhed og trivsel. Der var flere formål med projektet:

- gennem undervisning fra sundhedsprofessionelle (læge, klinisk diætist, afspændingspædagog, socialrådgiver og undertegnede sundhedskonsulent) skulde den eksisterende viden om sundhedsfaglige emner formidles
- gennem gruppedynamiske metoder som anerkendelse og empowerment skulde der skabes rum for erfaringsudveksling og netværksdannelse
- gennem praktiske øvelser som gruppearbejde, fremtidsværksteder og fysisk aktivitet skulde selvværd og kropsfornemmelse styrkes.

Gennem kursusforløbet, som er evalueret i rapporten *Sundhed, Arbejde, Familie* (Wittrup 2004) blev det meget tydeligt, at kvindernes perspektiv på sundhed og trivsel er langt bredere end et kursusforløb, med fokus på kost, motion, sygdom og socialvæsen, kan rumme. Deres perspektiv tangerer et eksistentielt spørgsmål om liv og død, normalitet og afvigelse, medborgerskab og marginalitet, individ og samfund samt etnicitet og menneskelighed. Et komplekst samspil mellem sociale, kulturelle og psykologiske forhold og et levet hverdagsliv med oplevelse af mangelfuld sundhed og manglende trivsel. I evalueringen peges der på, at dannelse af netværk til at styrke etniske minoritetskvinders viden om sundhed og trivsel, vil være en yderst velegnet metode i en empowermentproces mod både arbejdsmarked og medborgerskab. Det understreges, at et sådant netværk skal forankres i en sammenhæng, hvor der kan opnås organisatorisk støtte fra det professionelle Danmark, men at der på længere sigt er potentiale til, at der indenfor kvindernes egne rækker vokser entreprenører frem med tilstrækkeligt organisatorisk overblik og ressourcer til at sætte yderligere processer i gang (op.cit.)

Kursusforløbet forstærkede en latent nysgerrighed efter at erhverve en dybere forståelse for, hvordan etniske minoritetskvinder tænker om sammenhænge mellem deres åbenlyst smerteplagede kroppe, deres liv og muligheder i Danmark, og det man kunne kalde deres 'spoiled identities' (Goffman 1963) forstået som et samtidigt tab af fortiden (det kulturelt og socialt kendte) og oplevelsen af en uvis og u håndterbar fremtid (det kulturelt og socialt

usikre). Kursusforløbet gav desuden anledning til etablering af sociale relationer, der rækker langt ud over kursusforløbets afslutning. Det er disse relationer, som jeg her tillader mig at kalde BEKENDTSKABER og som danner baggrund for forløbets tredje fase.

3.4. Bekendtskaber

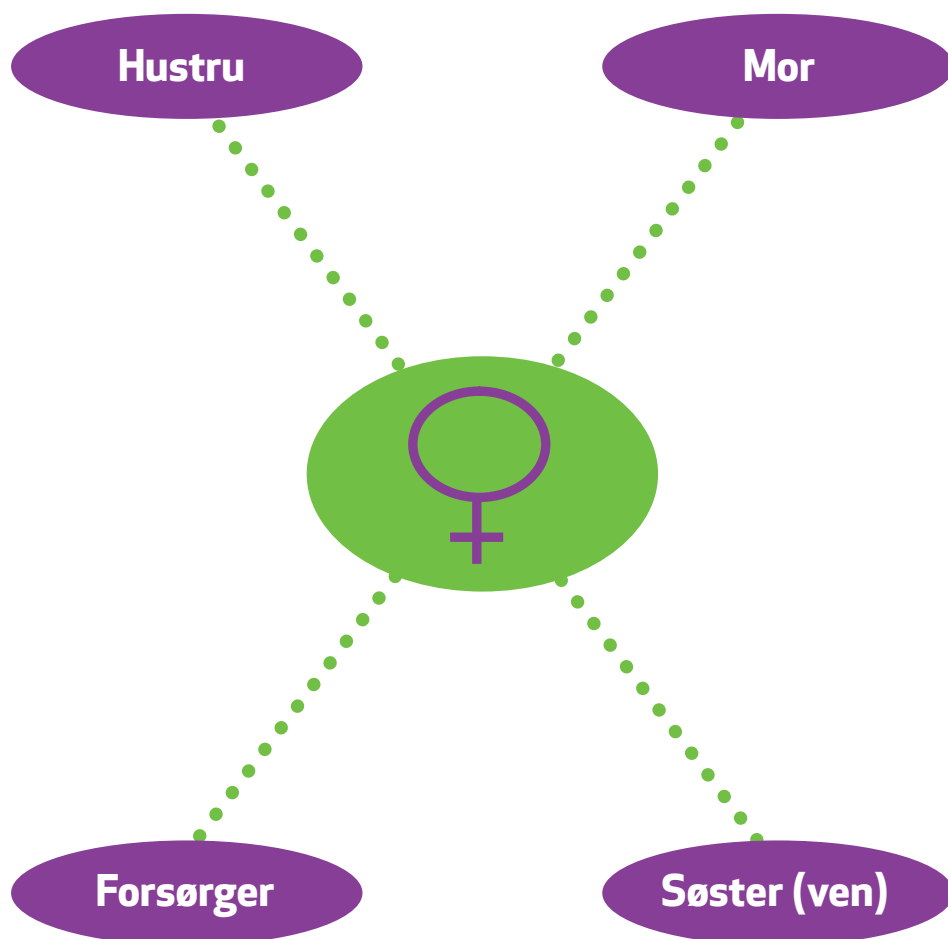
Gennem de første to faser tegner der sig et billede af en gruppe ret forskellige etniske minoritetskvinder med nogle ret ens helbredsklager. Der er kun to diagnoser (diskusprolaps og type 2 diabetes) i omløb. Resten af klagerne har ikke fundet sine kategorier men er i stadig søgen, for smerterne er der; trætheden er der; stivheden, ømheden og utilpasheden er ikke til at tage fejl af. Kvinderne fortæller ofte og længe om symptomerne til hinanden, til sagsbehandleren, til den praktiserende læge.

Sagsbehandleren har hørt dem og set dem – samt rigtigt mange etniske minoritetskvinder i samme situation og gjort det hun kan; henvise til lægen, finde passende job, nedsætte arbejdstiden, specificere mulige og umulige arbejdsopgaver. Klagerne forsvinder ikke af den grund. De praktiserende læger har hørt dem og set dem – samt rigtigt mange andre etniske minoritetskvinder i samme situation – søger og finder af og til en diagnose, henviser eller giver gode råd og vejledning. Klagerne forsvinder ikke af den grund.

SAMKLANGEN i fase to peger ikke blot på, at de etniske minoritetskvinder endog meget gerne taler om sundhed og trivsel, men også på, at sådanne samtaler meget let udløser tan-

ker og refleksioner om mange andre aspekter af deres liv. I evalueringsrapporten (Wittrup 2004) har vi med blæksprutten som forbillede fremstillet følgende figur:

Kvinderne har således løftet sløret for, at der er mere bag deres hilsner end smerter og klager af fysiologisk karakter. Der er et langt liv med forskellige forestillinger og erfaringer, et liv både her og der; et liv i eksil i et land med brede



bøge. De er begyndt at udfolde et perspektiv på sygdom, sundhed og trivsel, som ikke handler ret meget om livsstil: kost, rygning, alkohol og motion – populært kaldet KRAM (Det Nationale Råd for Folkesundhed, 2006), men som handler om et helt andet KRAM: Kompetencer, Respekt, Anerkendelse og Meningsfuldhed. At få disse perspektiver frem kan kun ske på basis af at anerkende kvindernes hverdagspraksis som en form for viden på lige fod med den sundhedsfaglige viden, der isoleret fokuserer på livsstilsfaktorerne. Jeg stiller spørgsmålet til dem, på baggrund af vores BEKENDTSKAB, om jeg må lave et interview med dem hver især, på et sted og et tidspunkt som de selv vælger, med eller uden tolk og hvor overskriften og omdrejningspunktet skal være sygdom, sundhed og trivsel i deres liv i hjemlandet og i Danmark og i fremtiden.

Jeg har interviewet ti kvinder; nogle af dem flere gange. Nogle interviews er foregået i kvindens hjem og andre i et roligt hjørne i caféen. I ganske få tilfælde er vi blevet enige om at bruge en tolk, i langt de fleste har vi undladt tolken, fordi vi jo kender og kan forstå hinanden, og fordi vi i kursusforløbet har arbejdet systematisk med at slippe skyheden og genertheden overfor det danske sprog og simpelthen 'springe ud på dansk'. Det var der flere, der gjorde (Wittrup 2004).

Alle interviews er blevet optaget på bånd og transskriberet og gengives i anonymiseret form. Ved direkte citater fremtræder kvinderne som numre, og det angives, om interviewet er foretaget med eller uden tolk. Ved disse gengivelser gøres der opmærksom på,

at tolken omtaler respondenterne som "hun". Det analytiske perspektiv er den enkelte kvinde og hendes møde med det danske samfund og det danske sundhedsvæsen. De fremstår altså som kvinder i eksil snarere end som kvinder med en bestemt nationalitet. I ganske få tilfælde henvises der til kvindernes kulturelle baggrund, og hvor denne er vigtig, gengives det eksplicit. Kvinderne fremstår derfor mere som aktører i eget liv end som repræsentanter for en bestemt kultur, et bestemt samfund eller en bestemt religion. *"Ethvert menneske har krav på at blive mødt som et individ og ikke som repræsentant for dogmer"* (Mattingly 2000, Hansen 2000). Alle kvinder har givet skriftlig tilladelse til, at jeg må bruge deres udtalelser, hvilket jeg gør i BEKENDTSKABETS ånd.

Jeg er opmærksom på den dobbelte sårbarhed, som min eksponering sætter kvinderne i. Deres sårbarhed hidrører ikke kun fra den marginaliserede position, de befinder sig i, i det kulturelle grænseland som er rammen om vore møder. Endnu stærkere hidrører sårbarheden fra det tema, som vi skal tale om. Et tema som i forvejen er brolagt med forforståelser og muligheder for misforståelser (Mattingly 2000). Jeg vil bestræbe mig på at anerkende denne sårbarhed.

Alle interviewene foreligger i tekstlig form. De fleste er transskriberet af en dygtig assistent, men enkelte passager og enkelte interviews har været så vanskelige at aflytte eller at forstå, at jeg selv i samarbejde med båndoptageren og hukommelsen har rekonstrueret interviewene. Ved første gennemlæsning handler det om at blive invaderet af problemstillingen.

gerne, mønstrene, det udtalte og det ikke-udtalte; og danne et overblik over temaernes omfang. Allerede her blev det tydeligt, at der i interviewene er flere fællestræk, end der er adskillelser, og at det er muligt at foretage en tematisering på tværs af interviewene. Næste skridt handler om sortering, rubricering og prioritering. Alt i alt sprang 25 temaer i øjnene ved den systematiske eftersøgning af fællestræk, men det er en alt for uhåndterbar mængde. Ved de efterfølgende gennemlæsninger, hvor også feltnotater inddrages, blev der foretaget en gradvis indsnævring af temaerne. Denne udrensning forekommer på baggrund af konstante komparationer og eftersøgning af ligheder og forskelle, samtidig med at den analytiske proces har indebåret overvejelser om, hvordan der kan skabes mening og sammenhæng imellem de respektive overordnede temaer og materialets andre dimensioner.

Centrale pointer:

- Antropologisk viden er relationel viden. Den genereres gennem det etnografiske feltarbejde gennem antropologens interaktion med sit materiale via mange sansers brug: forståelse, indlevelse, lytten, iagttagelse, deltagelse, samtaler, interviews. Positionen, eller blikket om man vil, er at befinde sig både indenfor og udenfor det undersøgte felt.
- Undersøgelsen bygger på den relationelle viden, der er opbygget gennem flere års kendskab til etniske minoriteters tilværelse i Danmark. Materialet er indsamlet gennem flere faser: etablering af en platform for arbejdet med sundhed: GENKLANG, skabelse af et flerstrengt samarbejde: SAMKLANG og gennemførelse af interviewene: BEKENDTSKABER.
- Undersøgelsens dokumentation består af feltnoter, deltagerobservation og interviews.

4. Et portræt i sin ramme

De er fantastisk smukke, kvinderne. Og så er de sjove. De fleste har jeg kendt længe, flere kender jeg stadig, og jeg føler mig meget afslappet og forbundet i deres selskab. Når jeg er sammen med dem ønsker jeg altid, at jeg kunne tale deres sprog, så jeg kunne få adgang til deres inderste væsen. For de holder ikke meget tilbage, vil gerne snakke, pjatte og være alvorlige. På trods af vores gensidige mangel på total sproglig SAMKLANG, er vores BEKENDTSKAB af en sådan karakter, at jeg godt tør vove mig ud i en detaljeret beskrivelse af deres perspektiv på sundhed, sygdom og verden (Geertz 1975).

Mit billede af kvinderne er altså ret skarpt. Det billede skal sættes ind i en ramme, der handler om den viden, vi har for nærværende om etniske minoriteter i relation til sundhed i Danmark. Den er sparsom, men peger alligevel på nogle tendenser.

I undersøgelser om sundhed interesserer man sig oftest for at kunne afdække, hvilke faktorer der har betydning for menneskers sundhed. Der er langt fra enighed om, hvordan man kan forklare fordelingen af sundhed blandt forskellige mennesker. *Statens Institut for Folkesundheds* landsdækkende sundheds-sygelighedsundersøgelser gennem en årrække dokumenterer, at der er betydelige sociale forskelle i danskernes helbredstilstand, både når man ser på skole- og erhvervsuddan-

nelse og på socioøkonomiske grupper (Kjøller & Rasmussen 2002). Det er da også et mål i dansk sundhedspolitik at fremme social lighed i sundhed (Sundhedsministeriet, 1999). Der er med andre ord enighed om, at der eksisterer en social ulighed i sundhed, og at denne ulighed også rammer etniske minoritetsgrupper (Nielsen et al. 2002). De forhold der især undersøges, er materielle/strukturelle forhold, adfærd og livsstil, psykosociale forhold og social mobilitet/kapital.

Det er med andre ord sådan, at en lang række forhold, der påvirker sundheden, er bestemt af socioøkonomiske forhold. Disse forhold ændrer sig over tid og fra samfund til samfund, men den grundlæggende årsag til social ulighed i sundhed er stadig den skæve fordeling af ressourcer i samfundet (Larsen 2003).

Herudover gælder det for etniske minoriteter, at der kan ligge forklaringer gemt i både etnicitet og migration. Etnicitet fordi begrebet omhandler et bredt udsnit af værdier, normer og tankemåder, som kan have indflydelse på, hvordan man forholder sig til sundhed, sygdom og sygdomsrisici. Migration fordi migrationsprocessen ofte medfører større omvæltninger for den enkelte med psykosociale og sundhedsmæssige problemstillinger til følge. Omvæltningerne må derfor også formodes at påvirke menneskers forhold til sundhed og sygdomsfaktorer (Nielsen et al. 2002)

Der tegner sig et komplekst billede af forholdet mellem etniske minoriteter og sundhed, også uden at vi har specificeret betydningen af en mangelfuld kommunikation imellem lægen og patienten, hvilket i sig selv udgør en betydelig helbredsmæssig risiko (Dyhr 2000, Lou 2008). Der eksisterer således for en del af gruppens vedkommende væsentlige sproglige barrierer for eksempelvis at forstå formidling af sygdoms- og sundhedsbudskaber på dansk. Det kan naturligvis skyldes, at kommunikationen vedrører komplekse og abstrakte forhold, og ydermere foregår på et sprog, de pågældende kun sparsomt eller slet ikke forstår. Det kan også skyldes, at tolk og/eller skriftligt oversatte materialer langt fra altid benyttes, eller at brug heraf er utilstrækkelig for god kommunikation (Kristiansen et al. 2005).

Kommunikation eller mangel på samme diskuteres ofte i sammenhæng med sundhedsvæsenets rolle i forbindelse med ulighed i sundhed. Sundhedsvæsenets rolle er ikke særligt godt belyst, men der er ingen tvivl om, at den sikrede lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser ikke nødvendigvis sikrer lige udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer og tilbud (Krasnik et al. 2004, Nielsen 2005). I en vurdering af forbruget af en række sundhedsydelser viser resultaterne blandt andet, at etniske minoriteter har hyppigere kontakt end den danske baggrundsbefolkning til almen praksis og sygehus, samtidig med at det er bemærkelsesværdigt, at etniske minoriteter har et lavere medicinforbrug end den danske baggrundsbefolkning. Det vises endvidere, at især etniske minoritetskvinde har hyppige kontakter, og at der er stor diversitet indbyrdes

blandt etniske minoritetsgrupper (Folmann & Jørgensen 2006).

Forskellen i social position har flere konsekvenser, og sammenhænge imellem sundhed/sygdom og socioøkonomiske faktorer er meget komplekse. For det første er der større risiko for usund adfærd og sygdom i de lavere socialgrupper. Det skyldes, at dårligt helbred kan medføre, at man i mindre grad kan gennemføre uddannelse og varetage jobs, men også at lavere socialgrupper har færre økonomiske og sociale ressourcer. Det kan føre til dårlige muligheder for sund livsstil og mindre socialt overskud, hvilket igen kan forringe helbredet. Flere studier påpeger, at sociale forskelle mellem etniske minoriteter og majoriteten kan forklare en meget stor del af de etniske helbedsforskelle, mens etnicitet i denne forbindelse forklarer en langt mindre del (Hjelm 1998).

For det andet gør den sociale marginalisering det vanskeligere for de etniske minoriteter at forholde sig til sygdomsfaktorer, da de i højere grad kan føle usikkerhed og mangel på indflydelse på egen og pårørendes helbedsmæssige situation (Nielsen 2005).

For det tredje er socialt og etnisk marginaliserede mennesker udsat for en form for dobbelt marginalisering, hvor uforståelige lidelser, uforklarede sygdomme og fremmed kultur kommer til at stemple folk som fremmede i dobbelt forstand. Viden om såvel sygdom som kultur synes sommetider – stik mod hensigten – snarere at skabe barrierer end forståelse for disse menneskers behov for behandling,

omsorg eller rehabilitering (Jacobsen & Johansen 2002, Nielsen 2005). Den dobbelte marginalisering understøttes blandt andet af en lille sammenlignende undersøgelse af etniske grupper i Danmark baseret på spørgeskema-data (Nielsen et al. 2002).

Endelig kan man se marginaliseringsproblemerne blandt etniske minoriteter som et udtryk for deres – generelt set – svage placering i 'det sociale rum' (Bourdieu 1977). Marginaliseringen hænger ikke kun sammen med de etniske minoriteters økonomiske ressourceløshed, men snarere med det faktum, at de har for lidt af alle former for kapital: økonomisk kapital, kulturel kapital og social kapital end den danske baggrundsbefolkning. De har lavere indtægter end majoritetsbefolkningen, de har lavere uddannelser eller uddannelser, som ikke kan omsættes på arbejdsmarkedet og de mangler desuden et netværk, som kan hjælpe dem i gang i uddannelsessystemet, på arbejdsmarkedet, boligmarkedet osv. (Järvinen 2004).

Tilbage til kvinderne. Det første skridt i beskrivelsen af den sociale ulighed i sundhed er en inddeling af befolkningen efter social position. Der findes mange forskellige mål for social position. I Danmark benyttes især Socialforskningsinstituttets socialgruppeopdeling fra midten af 1960'erne, hvor den erhvervsaktive befolkning inddeles i fem socialgrupper ud fra placering i arbejdspladshierarkiet. Efter denne tages der sigte på at placere kvinderne i en af socialgrupperne I-V, som er de kategorier vi alle sættes i, når rigets tilstand analyseres (Andersen 2003). Man har også forsøgt sig med

en kategori VI til beskrivelse af vilkårene for den store gruppe af danskere, der er uden for arbejdsmarkedet, men denne beskrivelse er aldrig for alvor slået igennem (Due & Holstein 1997). Det kan hertil påpeges, at forskelle med hensyn til ægteskabelig status, boligområde eller etnisk baggrund ikke er snævert knyttet til klasseforskelle. Hvis man alene fokuserer på socioøkonomiske forskelle, kan man komme til at overse nogle af de faktorer, der påvirker den sociale fordeling af sundhed.

Jeg vil her i stedet forsøge at benytte et resourceindeks udviklet i det tidligere Århus Amt i forbindelse med befolkningsundersøgelsen *Hvordan har du det?* til belysning af social ulighed i sundhed. Resourceindekset er et forsøg på at beskrive ressourcer, der kan give et billede af, hvordan menneskers sociale position dels er sammensat af andet og mere end økonomi, og dels kan beskrives relativt simpelt (Larsen 2003).

Ressourceindekset består af 8 variabler. Jo flere variabler den enkelte er i besiddelse af, jo mere sundhed har man:

- Gift
- Børn
- Boglig uddannelse
- Erhvervsindkomst
- Indkomst på 250.000 eller mere
- Funktionær/selvstændig
- Lederjob
- Ejerbolig
- (Dansk som første sprog)

Men før jeg overhovedet kan beskrive kvindernes ressourcer som et snapshot taget lige

her og nu, dukker der et kvart liv op, som de har levet et andet sted, under andre og varmere himmelstrøg. Jeg kan kun tendentielt beskrive denne verden, men jeg kan love, at den dukker op i alle sprækker, når kvinderne taler om sundhed og sygdom og om deres liv her i Danmark. Deres kvarte liv er grundfiguren, der dukker frem som en farve, et krydderi og et resonansrum på deres liv her – det Bourdieu har kaldt 'habitus' (Bourdieu 1977). Sommetider grumset, ondt og uklart. Andre tider funklende, lykkeligt og afklaret. Ikke til at viske ud, selvfølgelig.

Kvinderne er alle mellem 30 og 50 år gamle. Halvdelen er født og opvokset i Libanon, siger de. Nogle tilføjer derefter, at de er palæstinensere. To kommer fra Somalia, tre fra Irak og en fra Iran. De anfører alle, at krig og den politiske situation i deres hjemlande har tvunget dem til at forlade landet. Til at flygte fra alt, hvad de har kært og lært. De beretter om politikens gru. Om mænd – ægtemænd, brødre, fædre – der er blevet hevet ud af deres senge om natten og efterfølgende forsvundet længe. Nogle for aldrig at vende hjem. De beretter om krigens gru. Om mænd – ægtemænd, brødre, fædre – der har deltaget i krigen som ofre eller ved at have slået ihjel. Man aner, hvor stor indflydelse mænd har haft på deres liv. Kvinderne har forsøgt at få en hverdag til at hænge sammen. Lidt småhandel, lidt tøjvask for de rige, lidt madlavning. Og så børnene. De beretter om alt det, som de selv har set, og som børnene har set, og som de skrigende vågner af om natten – selv her i trygge Danmark. De fleste er kommet hertil sammen med deres familie, et par stykker alene og et par stykker sammen med deres børn. For over halvdelens vedkom-

mende har flugten ledt dem til nabolande: Etiopien, Kuwait, Jordan, Tyrkiet. En enkelt har vandret hvileløst rundt i Tyrkiet og Grækenland med sine børn. Da de kommer til Danmark er de mellem 19 og 40 år – nogle med et enkelt barn eller to.

Lad os se på ressourceindekset til at fuldkommengøre billedet af, hvordan de har positioneret sig i de mellemliggende fem-15 år.

- Gift? fem af kvinderne er gift, én er blevet enke og fire er blevet skilt.
- Børn? én har ingen børn, resten har mellem to og seks børn hver. Nogle er små, andre bor ikke længere hjemme.
- Boglig uddannelse: én har aldrig gået i skole, syv har gået i grundskole fra to til ni år. Én er frisør, en anden sygeplejerske.
- Erhvervsindkomst: ingen har erhvervsindkomst. Alle får en eller anden form for overførselsindkomst.
- Funktionær/selvstændig: ingen.
- Lederjob: ingen
- Ejerbolig: ingen. Alle bor i socialt boligbyggeri.

Sundhedskonsulent i Region Midtjylland Finn Breinholt Larsen, som har udviklet ressourceindekset, åbner op for den mulighed, at man kan tilføje en niende dimension i ressourceindekset, hvis det også skal indeholde en beskrivelse af etniske minoriteter i Danmark. Den niende ressource skulle være *dansk som første sprog* og også her må vi skrive: ingen. Så ud fra dette ressourceindeks er det en endog meget svag gruppe, vi har med at gøre. På trods af deres skønhed og gode humør. De scorer

altså ikke særlig højt målt på de faktorer, der med ressourceindekset har stor betydning for sundheden.

Der er ingen grund til at tegne et søjlediagram og sammenligne med den danske gennemsnitsbefolkning. Det gør nemlig ikke situationen bedre. En etisk betragtning derimod, fordrer, at vi tager dem i vores hule hånd og anerkender, at vi har magten til at ændre situationen. For der er i vores samfund en uanstændig sammenhæng mellem menneskers sociale position og deres sundhed og trivsel. På trods af kvindernes skønhed og deres latter står det altså skidt til med deres helbred, og det er det, de signalerer med deres overdrevne hilseform. At der er noget galt med deres helbred, bekræftes i en kvantitativ undersøgelse, hvor der er fundet meget store forskelle på selvvurderet helbred mellem etniske minoriteter og majoriteten. Forskellen blev i høj grad forklaret af sociale forhold, men den ekstra effekt af både at være socialt og etnisk marginaliseret havde også en selvstændig betydning for forskelle i selvvurderet helbred (Nielsen et al. 2002). Kvindernes svar herpå i nærværende undersøgelse ligger helt på linje med denne tendens. Jeg har spurgt dem om, hvordan de synes, deres helbred er alt i alt ud fra en skala fra virkeligt godt til meget dårligt. Ingen svarer *virkelig godt*, én siger *godt*, én siger *nogenlunde*, seks siger *dårligt* og to siger *meget dårligt*.

Hvad er det dog, der gør, at de har det så dårligt? Der er ikke mange diagnoser i cirkulation blandt dem. Én har en diskusprolaps, én får i forløbet konstateret type 2 diabetes, men ellers finder det dårlige helbred ingen rigtig

diagnose. Biomedicinen har altså ikke svaret på spørgsmålet *hvad fejler jeg, doktor?* Eller rettere biomedicinen har ikke alene svaret på spørgsmålet. I det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde må man ofte gå andre veje: jeg kunne her tænke mig at bruge begrebet *krydsbefrugtning* om det, der kan ske, når man eksempelvis bringer sundhedsantropologien på banen (Risør & Risør 2005), og skaber et link til et salutogenetisk perspektiv, som vi har lært det af Aaron Antonovsky (1987). Han har beskæftiget sig med læren om sundhedsopståen og udvikling. Salutogenese har især fokus på læreprocesser i det levede liv. Tankegangen er et bud på, hvad der opretter og genopretter vores sundhed; hvad der er menneskets almene modstandskraft. Det drejer sig ganske enkelt om at have en følelse af at have en sammenhæng i sit liv 'sense of coherence', SOC. Eller med andre ord jo højere følelse af sammenhæng man har i sit liv, jo sundere er man, fordi det giver en robusthed til bedre at tackle de udfordringer og knubs, livet giver. Antonovsky bruger udtrykket 'stressorer', om alle de oplevelser, man bliver udsat for nærmest dagligt og ikke har et automatisk svar på. Det vil sige, at man skal problemløse for at handle sig ud af situationen og dermed komme af med en given stressor. Det er en konstant dynamisk proces, som betyder, at man hele livet igennem skal forholde sig aktivt til stressorerne. Følelsen af sammenhæng kommer desværre ikke alene, den skal der arbejdes for hele livet. Læreprocessen udfolder sig bedst, når man har en global tiltro til, at tilværelsen er *meningsfuld, forståelig og håndterbar*; de elementer som tilsammen udgør SOC. Jo bedre vi er til at føle tilværelsen som meningsfuld, forståelig

og håndterbar på trods af modgang, traumatiske oplevelser og handicap, jo bedre præmisser gives følelsen af sammenhæng og dermed sundheden. Når man ser på opgørelsen i henhold til ressourceindekset og kvindernes svar på spørgsmålet om selvvurderet helbred, er der meget, der tyder på, at kvindernes følelse af sammenhængskraft (SOC) er stærkt svækket under eksiltilværelsen, og at det i sig selv har stor betydning for sundhed.

Af de tre komponenter viser senere forskning, at meningsfuldhed, oplevelsen af at hverdagen er værd at investere energi i, er vigtigst ud fra et sundhedsperspektiv (Ambø 2004).

I denne analyse af etniske minoritetskvinders selvfortalte sundhedstilstand, finder jeg Antonovskys begreb om sammenhængskraft særdeles brugbart og dækkende for de fortællinger, som kvinderne har stillet til rådighed, selvom det ikke er den slags begreber, der optager det danske sundhedsvæsen. Der er dog stadig liv i begrebet, også indenfor den mere epidemiologiske forskning. Senest en undersøgelse af SOC som moderator for effekten af stressfulde livsbegivenheder på sundheden (Richardson & Ratner 2005). I undersøgelsen konstrueres et 10-spørgsmåls-indeks over negative livsbegivenheder (eksempelvis opløsning af familien, økonomisk krise, fysisk overgreb), som for nyligt er indtruffet i de 6505 respondents liv. Svarene relateres til spørgsmål om SOC og selvrapporeret helbred. Artiklen konkluderer, at der er betydeligt belæg for at anvende og udbygge begreber om SOC som et vigtigt parameter i undersøgelser af folks sundhed. Med begrebet SOC er der til-

føjet et analytisk fokus, der gør det muligt at undersøge kvindernes fortællinger med henblik på også at afdække deres ressourcer.

I den refererede artikel er de negative livsbegivenheder indtruffet indenfor det seneste år. Mange af de negative livsbegivenheder, der her forekommer i kvindernes fortællinger, er også sket indenfor det seneste år, men de har alle endog ekstremt negative livsbegivenheder med i bagagen, som eksempelvis dem der er forbundet med det at flygte fra sit eget land. Så på en eller anden måde må alle kvinderne besidde en vis portion SOC som buffer for overhovedet at have et liv her i Danmark, for overhovedet at kunne fungere og for overhovedet at have overlevet. Mine samtaler med kvinderne har ikke haft som fokus at optræfle deres bevæggrunde til at være havnet i Danmark og heller ikke haft fokus på intense beskrivelser af krig, vold eller tortur i deres hjemlande. Fokus har været på deres liv i Danmark. Med antropologiens brede fokus på sundhed i kontekst bliver det dels muligt at se sammenhænge imellem sundhed, trivsel og hverdagens erfaringer, samtidigt med at der kan anlægges et ressourceperspektiv. Der er i det danske samfund en tendens til at fokusere på svaghed, mangler og fejl hos etniske minoritetskvinder, men når vi går bag om sløret, bliver det muligt også at se deres styrker. Jeg vil her fortælle en enkelt historie, som kan hjælpe os med at grave nogle ankerpunkter frem:

"Jeg kom til X (andet europæisk land før DK) da jeg var 17 år. Jeg havde da

tre børn og blev ret hurtigt gravid med det fjerde. De troede ikke på, at de var mine børn. De sagde, jeg skulle til læge og til undersøgelse. Og jeg sagde, at jeg havde født tre børn og ikke været ved nogen læge udover den sidste dag, hvor jeg skulle føde. Jeg har aldrig været til læge med mine andre tre børn, jeg bliver bare gravid og skal føde på en klinik, og mine naboer kommer og hjælper. Det var et meget svært tidspunkt ... Efter seks måneder begyndte mine børn at snakke, på samme måde som de snakkede hjemlandets sprog, da de var små; babysprog. Så begyndte de at snakke det nye sprog, og jeg begyndte at snakke. Det var ligesom, vi startede forfra alle sammen; mig og mine børn. Vi starter sammen hjemme. Hvad de siger, siger jeg også. Jeg havde en sød gammel dame hos mig, en nabo. Hun har hjulpet mig, nogle gange kunne jeg ikke forstå hende, men jeg kunne godt lide at høre på hende. Hun kom til mit hus og begynder at snakke og snakke, og jeg sidder bare og lytter til hende. Jeg vil bare forstå, hvad hun siger. Så en dag kom hun og sagde, endelig kan du forstå, hvad jeg siger. Jeg siger nej, ikke det hele. Men hun har forstået, at jeg skal have en pige og hun siger, at så vil hun gerne have hende og opdrage hende hos sig. Jeg siger nej, jeg vil gerne have hende selv, for jeg har tre drenge og jeg venter på en pige. Hun siger, du kan godt have hende, hun sover hos dig, men om dagen vil jeg gerne have hende, så du har tid til dine andre børn. Vi aftalte

det. Det var så mærkeligt. Alle jeg kender, sagde, det var så mærkeligt, at vi pludselig havde lært at snakke på 8 måneder ... De spurgte, hvor lang tid har du været her, og jeg sagde otte måneder, det kunne de ikke tro på, de kender en masse, som har boet her i 20 år og ikke kan snakke det nye sprog. De spurgte, hvordan har du lært det? Jeg fortalte, at når man er ensom og alene og ikke har nogen at snakke med, lærer man det. Jeg har lært det så hurtigt. Jeg snakkede kun det nye sprog med mine børn. Og efter to år kunne mine børn ikke snakke hjemlandets sprog. Min mand snakkede jeg hjemlandets sprog med, og han begyndte også at lære noget af det nye sprog. Han lærte det ikke så hurtigt som mig. Han forstår det og snakker det, men ikke så godt som mig. Jeg tænkte, jeg snakker ikke hjemlandets sprog, hvad skal jeg gøre, hvis jeg tager tilbage til hjemlandet, eller hvis de smider mig ud herfra? Hvad skal jeg gøre bagefter? Jeg tænkte på mig selv. Min mand sagde, de lærer hjemlandets sprog igen, ligesom de har lært det nye sprog. Og jeg sagde nej, sådan kan det ikke være. Jeg har siddet og snakket med mig selv, og græder fordi jeg har ikke nogen at snakke med, jeg vil også gerne snakke hjemlandets sprog, og jeg vil også gerne have en fra hjemlandet, familie ... Jeg har haft to tyrkiske familier, jeg kendte, som jeg snakkede det nye sprog med, for jeg kan ikke snakke tyrkisk. De prøvede at lære mig tyrkisk, men jeg vil ikke lære det. Jeg kan godt klare mig her,

men tyrkisk har jeg ikke brug for. De kan godt underholde os på det nye sprog, for hun har haft så unge piger. Dem ville jeg gerne snakke med. Ikke med deres mor for hun kunne ikke det nye sprog. De sagde, jamen du har jo børn, og jeg siger ja, jeg har børn, men jeg er ikke så gammel. Jeg vil gerne høre om jer, ikke om jeres mor ... Det varede tre år, før min familie kom til mig. Ja altså, folk fra hjemlandet. Så ringede kommunen til mig en dag, en eftermiddag og sagde, vi har brug for hjælp, du skal komme og ... jeg ville ikke have noget fra dem, de har ikke hjulpet mig med noget, så jeg ville ikke komme. De sagde jo, jo, vi skal hjælpe dig nu, kom bare, du skal hjælpe os. Så tog jeg bussen derover. Og der var to familier fra hjemlandet, store familier. Jeg kunne ikke tro, at det var rigtigt. Vi begyndte at snakke på hjemlandets sprog og de fortalte, at de kom fra hjemlandet, men jeg kendte dem ikke derfra. Kommunen sagde, du skal oversætte for os, så du skal tolke. Jeg sagde, det er ikke gratis. De kendte mig godt, fordi alle vidste, hvad jeg lavede, alle kendte mig. Og når man bor tre år i en by, så alle ved det ... Jeg sagde, ja jeg vil gerne tolke, men du skal gøre det, jeg beder dig om. Jeg har en gammel sofa, og jeg vil gerne have en ny. Han sagde, nej, det kan du ikke. Jeg sagde nå, farvel. Jeg går, så må I selv klare det. Du hjælper mig, og jeg hjælper dig. Så sagde han okay, du får en ny sofa i morgen. Jeg fik en sofa, et bord og jeg fik en skænk, jeg sagde, det er for meget. Så jeg tolkede for ham. Så kom

der også andre familier, og jeg tolkede. Så de familier har fået lejligheder, og han har vidst, at jeg var ensom, så der kom også nogen i lejligheden ved siden af mig og i samme boligområde. Så mine børn begyndte at forstå lidt af hjemlandets sprog. Jeg synes, det var lidt godt, men det var heller ikke så godt, for jeg har lært at være alene, jeg har lært at klare mig selv og ikke tænke på andre. Jeg sørgede for, at de familier fik rigtigt mange ting, og det kendte jeg ikke til før. Jeg vidste ikke, at de ville hjælpe med sådan nogle småting. Jeg har ikke spurgt dem. De tænker, hun er sød og hun vil ikke have noget, så vi lader hende alene. De kommer ikke og siger til mig, vi kan godt hjælpe dig med sådan og sådan. Sådan gik de næste to og et halvt år, og jeg fik endda også buspenge. Før gik jeg frem og tilbage, nu fik jeg gratis bus ... Efter seks år kom de og sagde, at vi skulle rejse tilbage til hjemlandet. Vi snakkede også med politiet dernede, fortalte, at vi har boet lang tid her, og vores børn er vokset op her og går i skole og taler jeres sprog. De sagde, jeg kan ikke gøre noget for jer. Så til sidst fik vi brev fra regeringen, at vi den og den dag skal være klar til at tage af sted. Alle sagde, de ikke kunne hjælpe os mere, de kunne ikke skubbe det mere. Jeg snakkede med min nabo, hun sagde, ved du hvad, jeg har hørt, at Danmark tager nogle, for jeg vil ikke, at du rejser tilbage til hjemlandet. Hun var ligesom min mor, hun har hjulpet mig så meget, jeg tror ikke, min mor ville have hjulpet mig så

meget. De seks år jeg har kendt hende, var mere end ... Så hun sagde, hvorfor rejser du ikke til Danmark? Jeg sagde, hvordan? Du tager bare toget herfra og så til Danmark. Kan man bare sådan, spurgte jeg hende? Ja, hvordan har du rejst helt fra dit hjemland og hertil? Du skal bare tage toget. Hun gik med mig til stationen. Prøv det, det er en chance, men kommer du her tilbage, står din lejlighed her stadig, for de kan først lave noget med din lejlighed efter tre måneder, så du beholder den. Du skal bare sige, at du kommer fra X og at du har været her i lang tid. Tag dine papirer med. Hun forklarede det hele. Vi kom direkte til København ... Kun små tasker. Jeg har ikke taget noget med. Min lejlighed står ligesom, den var. Jeg sagde, jeg kommer tilbage, jeg ved godt, de beholder mig ikke deroppe, de sender mig tilbage. Hvor skal I hen, hvor er jeres papirer, pas? Og jeg siger, vi har ikke pas. Hvor skal I hen, jeg siger, vi skal til Danmark. Hvad skal I lave i Danmark? I vil ikke have os mere, så jeg skal til Danmark. Han sagde, du skal [...] på gulvet, så beholder de dig deroppe. Så vi kom til København, og der var et asylcenter og store problemer, så jeg fortalte mine børn, at vi rejser på en tur og vi kommer tilbage. Så gik der en uge, og mine børn begyndte at græde og få problemer og sige, at de vil hjem. Det var meget svært. De ville hjem og sagde til os, I har løjet for os, I har sagt, vi kommer tilbage, at det bare var en rejse. Jeg sagde, jamen det kan vi ikke mere. Vi bliver her. Nej, vi vil

ikke blive her, min store søn forsvandt, han løb væk. Han løb væk. Og jeg fortalte det til politiet, jeg kunne ikke finde min søn. Så begyndte alle sammen med hunde og sådan at lede. Han havde taget bussen til København, chaufføren holdt ham i bussen. Han fik at vide, at en dreng på syv år var løbet væk. Han spurgte, hvor er dine forældre? Han sidder på stolen i bussen, det ved jeg ikke, jeg vil ikke have dem mere. De har løjet for mig. Så han begyndte at tale det nye sprog med chaufføren, så han sagde, jeg tror han er løbet væk og han sagde, vi kører en runde mere, og du bliver her ved mig. Fra om morgenen til klokken syv om aftenen ... Det varede kun syv måneder, til jeg fik asyl. Men de syv måneder, det var de længste syv måneder i mit liv, hvor jeg levede uden at se noget. Hvad laver jeg her? Jeg har levet ligesom en prinsesse, hvad skal jeg her mellem så mange fremmede mennesker. Det var hårdt. Vi blev sendt til Århus, hvor vi ikke kendte nogle. Jeg har boet i en lejr, hvor jeg kendte mange familier, men de har også boet mange andre steder. Så jeg kom her og startede forfra. Med fire børn ... "(3).

"En aften blev det da et frygteligt vejr; det lynede og tordnede, regnen skyllede ned, det var ganske for skrækkeligt! Så bankede det på byens port, og den gamle konge gik hen for at lukke op. Det var en prinsesse, som stod udenfor"

(Andersen [1835], 1975).

Ovennævnte historie bringer da vist nok også en prinsesse til Danmark. Hun er også blå og gul på hele kroppen efter alle fortrædelighederne, og også hun medbringer ressourcer, som er lige til at plukke. Hendes 'sense of coherence' er helt intakt. Hun er gået gennem ild og vand for sin mand og sine børn samt en hel masse fjerne slægtninge fra hjemlandet. Fortællingen hentyder til, at sammenhængskraften har haft sine rødder i en følelse af at være inkluderet i fællesskabet i hjemlandet og X. Et af nøgleordene i inklusion er *anerkendelse*. Dette fænomen er analyseret af den tyske sociolog Axel Honneth, som peger på, at anerkendelse rummer tre dimensioner: en personlig, en politisk og en social. Lad os prøve at se, hvordan disse begreber kan kaste mere lys over fortællingen og de ressourcer, der tilføres det danske samfund.

- **Personlig anerkendelse:** det handler om at blive anerkendt som menneske og om medmenneskelighed. Denne form for anerkendelse kendetegner for eksempel forældres forhold til deres børn, ægtefællers til hinanden, slægtninge og gode venner. I ovennævnte fortælling opleves denne form for anerkendelse i forhold til børnene, i forholdet til manden og i forhold til naboen. Det er vigtigt at lægge mærke til, at den kvindelige fortæller er den, der driver familien frem. Hun gemmer sig ikke bag sin mand, hun har vigtige ting at sørge for; mand og børn. Hun oplever desuden denne anerkendelse fra den interesserede, nysgerrige og hjælpsomme nabo, som stiller sig til rådighed. Effekten af denne form for anerkendelse er *selvtillid*. Den der bliver anerkendt som

menneske, får tillid til sig selv som menneske. Hun er anerkendt som et menneske, der har følelsesmæssig værdi for andre. Hun scorer meget højt her, for ikke kun anerkendes hun af sine børn og sin mand, men også af en 'fremmed', sin nabo.

- **Politisk anerkendelse:** det drejer sig om anerkendelse som borger. Når man er anerkendt som borger, har man del i de universelle rettigheder som borger – borgerrettigheder i et samfund, menneskerettigheder i verdenssamfundet. Effekten her er *selvrespekt*. Den der bliver anerkendt som borger, får respekt for sig selv som borger. Hun kan indgå i og blive taget alvorligt som deltager i den offentlige drøftelse. Den form for anerkendelse opnår den kvindelige fortæller i X, men hun når også at miste den igen. Første gang hun mister den, bliver hun tvunget til at forlade sit hjemland og får dermed frataget sine borgerrettigheder der, og det samme gentager sig i X, hvor hun efter seks år får at vide, at hun ikke længere er ønsket. Hendes selvrespekt er ikke særlig høj, da hun ankommer til Danmark.
- **Social anerkendelse:** denne dimension vedrører anerkendelse som aktør i et socialt fællesskab. Når man er anerkendt som deltager i det sociale fællesskab, anerkendes man for sine særlige egenskaber, og de bidrag man derigennem giver til fællesskabet. Her er effekten *selvværdsættelse*. Man værdsættes af andre for det, man er og kan yde, og værdsætter derfor også selv, det man er og kan. Den kvindelige fortæller har nydt den form for anerkendelse i hjemlandet; hun er både

gift og har tre børn, da hun må flygte. Hun har også nydt denne form for anerkendelse i X, hvor hun af myndighederne er blevet bedt om at hjælpe med modtagelsen af landsmænd. Også af dem har hun mødt anerkendelse for at være en betydningsfuld person i deres nye liv. Hun har spillet en rolle og gjort en forskel, så hun har stort selvværd, da hun ankommer til Danmark (Qvortrup 2006).

Da jeg møder hende efter mange år i Danmark, har hun mistet meget.

Denne fortælling er selvfølgelig enestående. Der er dog intet i de øvrige kvinders fortællinger, der forhindrer at tillægge dem en vis portion sammenhængskraft, før de kom til Danmark. Den del af den personlige anerkendelse, der vedrører nære slægtninge, børn og mand har de fleste haft med sig.

Ud fra de forskellige forsøg på at karakterisere og positionere kvinderne her og nu, bliver det klart, at det ikke er et entydigt billede, vi kan tegne. Vi er nærmere i gang med at stykke en collage sammen af forskellige perspektiver. Hvis vi forsøger en placering a la Socialforskningsinstituttets, så bliver kategorien VI må-

ske nødvendig og accepteret, og kvinderne ville fremtræde som nogle forarmede stakler. Hvis vi forsøger os med ressourceindekset, går det ikke meget bedre, men billedet bliver mere nuanceret, og der scores ganske lidt på 'gift' og på 'børn'. Disse forståelsesrammer kommer uvægerligt til at anlægge et 'mangelperspektiv', men hvis vi bringer eksempelvis SOC ind i forsøget på et adækvat portræt, så opdager vi lige pludselig et skatkammer af ressourcer; for kun stærke og ressourcefulde mennesker kan overleve så ekstreme og livstruende betingelser. Med anerkendelsesbegrebet er det muligt at gå et skridt videre og differentiere disse ressourcer, både som del af den enkeltes personlige habitus og som understregning af, at produktion og reproduktion af ressourcer i allerhøjeste grad beror på et samspil med omgivelserne i form af sociale relationer, deltagelse i fællesskaber og samfundsmæssig integration.

Collagen er nok blevet både perspektiv- og farverig, men det er endnu ikke blevet tilstrækkeligt belyst, hvorfor kvinderne har så mange helbredsklager, at de er nødt til at bringe en samtale herom i spil, når de mødes indbyrdes og med socialvæsenet og sundhedsvæsenet.

Centrale pointer:

- Der er tale om et komplekst samspil af flere faktorer forbundet med kortlægningen af etniske minoriteters sundhed. Det er nødvendigt både at inddrage etnicitet og migration, socioøkonomiske forhold, psykosociale forhold, organiseringen af sundhedsvæsenet samt kommunikationen ved etniske minoriteters møde med sundhedsvæsenet.
- I forsøg på at simplificere arbejdet med social ulighed i sundhed anvendes et ressourceindeks med ni variable, og her scorer ingen af de interviewede kvinder særligt højt, hvilket har store konsekvenser for dem og deres familiers sundhed.
- På spørgsmålet om selvvurderet helbred ligger kvinderne næsten entydigt i den dårlige ende.
- Begrebet 'sense of coherence' udarbejdet af Antonovsky tilfører sammen med begrebet anerkendelse et nyt perspektiv, der bringer de etniske minoritetskvinders ressourcer i spil.

5. Klagerne og smerterne: Kvindernes oplevelse af manglende forståelse

Det er i dette afsnit, jeg forsøger at udvikle analytiske begreber som redskaber, der kan hjælpe os med at træde et skridt tilbage og gøre indlevelse og deltagelse til en mere generel forståelse. Mit stærkeste og mest samlede billede fra den lange proces fra feltarbejde til skrivebordsarbejde og analyse, er kvindernes nærmest ritualiserede hilseform. Fra at være en observation under mine mange cafébesøg, fik jeg pludselig øje for hilseformens udbredelse mere generelt, når etniske minoritetskvinder mødes også i det offentlige rum: på gader og stræder, i indkøbscentre, på legepladsen osv. Gennem interviewene sætter kvinderne ord på iagttagelsen, og billedets kompleksitet foldes ud i al sin mangfoldighed og nuancerighed. Som selvstændigt narrativ udgør hilseformen en dominerende fortælling.

5.1. En dominerende fortælling

At forstå de forvredne ansigtstræk bliver nøglen til at forstå, hvad der er på færde i utallige situationer, hvor etniske minoritetskvinder mødes med hinanden. Indenfor antropologien opererer man med et begreb, der kaldes 'en dominerende fortælling'. En sådan er en overordnet fortælling, der flourer i et samfund, og hvis grundstruktur og grundtema kan genfin-

des i utallige specifikke fortællinger (Bruner 1996, Jacobsen & Johansen 2002). Det er en fortælling, som alle kender, og som alle fortæller deres oplevelse i forhold til. Den dominerende fortælling der illustreres i ansigtstrækkene, som fortrækkes, når der hilses, og smerterne demonstreres. Senere verbaliseres den i den videre samtale mellem kvinderne og i mine interviews og indgår som led i den store fortælling om integration eller mangel på samme i Danmark. Den dominerende fortællings grundtema, som de forvredne ansigtstræk er del af. Ved at sætte ansigtstrækkene ind i denne kontekst, opnås samtidig en større forståelse for fortællingens omfang, betydning og konsekvenser.

Fortællingerne illustreret ved den betydningsbærende mimik har en meget tydelig grundstruktur til fælles uanset hvem, der er forfatter. Strukturen er tredelt:

- 1) Kvinderne oplever, at de ikke bliver mødt med forståelse i sundhedsvæsenet.
- 2) Det medfører, at de overfor hinanden og til omverdenen er nødt til at bringe deres egen forståelse frem.
- 3) Med henblik på at få anerkendelse og nå frem til en ny fælles forståelse. I rapporten beskrives dette således:

- Klagerne og smerterne: kvindernes oplevelse af manglende forståelse i mødet med sundhedsvæsenet (kapitel 5).
- Klagerne og smerterne: kvindernes egen forståelse (kapitel 6).
- Klagerne og smerterne: en fælles ny forståelse (kapitel 7).

Grundtemaerne er islam, køn og kultur, identitet og medborgerskab, og er således et tema, som ikke kun genfindes i en snak om sygdom, sundhed og trivsel, men også i større fortællinger om islam og muslimer, som vi møder i dagens Danmark. Det er værd at bemærke, at en fortællings dominans er afhængig af den historiske tid, som den eksisterer indenfor (Bruner op.cit.). Som sådan er der allerede ved at blive fortalt en fælles ny version. Som sådan inkluderer fortællingen om InterMultiFemina allerede i skrivende stund nye realiteter på det danske arbejdsmarked.

Temaerne i fortællingerne er ikke ligestillede. Sundhed, sygdom og trivsel er de dominerende i interviewene. Det er dem, der skal sætte kvinderne i gang med at fortælle om deres erfaringer på disse områder. For det første fordi det er disse temaer, som vores *BEKENDTSKAB* tager udgangspunkt i. For det andet fordi mit fokus i interviewene er på sundhed, sygdom og trivsel. Vores fælles kursus fokuserede desuden på sundhed, og min begrundelse for at bede om et interview er knyttet til min interesse for at høre den enkeltes fortælling herom. Så hvad betyder sundhed for den enkeltes meninger, holdninger og handlinger, er det spørgsmål, jeg stiller kvinderne, og det er det tema, som jeg vender tilbage til igen og

igen i interviewene. For kvinderne er det det, de taler om hele tiden. Og det i sig selv er der en pointe i.

5.2. Perspektiver på sygdomme og sundhed

Lad os fastfryse mimikken når kvinderne hilser på hinanden med en demonstration af deres smerter og spørge dem om, hvordan det er gået til, og hvad det handler om.

Der er stor enighed om, at de har smerter. I hovedet, i skuldrene, i nakken, i armene, i ryggen; og at de er trætte og sover dårligt om natten. Enkelte fortæller også om diagnoser, men intet tyder på, at diagnose og behandling har fjernet symptomerne. Smerterne er der stadigvæk. Utilpasheden. Smerterne er i kvindernes næsten samstemmende beskrivelser så omfattende, at de næsten omslutter tilværelsen. Næsten alle får smertestillende medicin af en eller anden art. Hvis de ikke får den hos lægen, kan den skaffes i hjemlandet. Eller i håndkøb her. Problemet med håndkøb er bare, at hvis skal man indtage så mange, så bliver man nødt til at skifte apotek hele tiden, for at apotekspersonalet ikke skal reagere på det høje forbrug! Symptomerne er mange, og kan i analysen af mine interviews inddeles i tre kategorier, som tilsammen beskriver kvindernes sygdomserfaringer.

Der tegner sig et billede af kvinder, der med eller uden diagnose på deres symptomer, har så voldsomme smerter i vitale dele af kroppen, at de føler sig ude af stand til at finde en tilfredsstillende løsning på deres problem på trods af

hyppig kontakt til sundhedsvæsenet (Folmann & Jørgensen 2006). Det er tilværelsens ulidelighed forankret i kroppen. Vi er i et felt, hvor det ikke kun drejer sig om viden om kroppen, men om vigtigheden af også at forstå viden i kroppen. Viden om kroppen udmøntes ikke i forandringer, før den i kroppen skaber oplevelser af tryk, lyst, glæde og sammenhæng. Der hvor viden og sansning smelter sammen. (Grøn 2005).

5.3. Forskellige forklaringsmodeller

Når kvinderne bliver bedt om at fortælle om deres erfaringer med sygdom, sundhed og trivsel, bevæger de fleste sig ud i et område med mange symptomer, for de flestes vedkommende uden at der i sundhedsvæsenet har været tale om objektive fund. Fortællingerne er præget af længerevarende tilstande, af betydelig funktionsnedsættelse og af at deres forklaringer ikke bliver taget alvorligt. Her kunne man indvende, at det nok handler om somatisering, men da jeg ikke kender de respektive lægers betegnelse for kvindernes klager og heller ikke egentlig jager diagnoser, vil jeg henvise til den omfattende litteratur om emnet, let tilgængeligt i tidsskriftet *Sygdom og Samfund*, der har reserveret et helt nummer til belysning af problematikken (Risør 2006). Jeg vil her i stedet vende mig mod de forklaringsmodeller, som kvinderne selv angiver som årsager til deres lidelser.

Fortællingerne indeholder en rigdom af lidelser, smerter og symptomer oftest med en klar sammenhæng mellem oplevelsen i kroppen og deres sociale væren. De samler sig omkring

nogle områder, som handler om forskellige aspekter af deres liv: det handler om deres køn, om det at være kvinde; det handler om at migrere, om at være væk fra de vante omgivelser og det handler om at indgå i relationer, til familien, ægtemanden og børnene:

- Kvindelidelser
- Migrationslidelser
- Relationelle lidelser

5.3.1. Kvindelidelser

De fleste af kvinderne har en historie, der handler om deres køn, om det specifikt der er forbundet med at være kvinde. Den kan være knyttet til tiden før rejsen til Danmark, eller den kan have udspillet sig her. Den knytter sig ofte til en fødsel. Det kan være den første, anden, tredje eller fjerde fødsel. For fødsler er noget, som kvinderne kender til fra deres egen krop, deres mors, søsters eller bedstemors; og fødslen er nært knyttet til deres rolle som mor. Derfor ved én også fra første færd, at der er noget galt under hendes femte graviditet, og at hun må træffe beslutningen om at få barnet fjernet. Hun får at vide, at barnet ikke vil kunne leve: *"Lægen sagde, jeg aldrig ville kunne se ham"* (3), hvilket hun godt selv kunne mærke. Alligevel kan hun næsten ikke holde tanken ud, selv nu så mange år senere. *"Efter aborten var jeg meget træt. Jeg var bare ligeglad, for det var ikke mig. Alt hvad jeg har prøvet, jeg kunne ikke mere. Det var ligesom, jeg mistede hele lysten til at leve. Jeg kunne ikke forstå det"* (3). At miste sit barn er noget, en kvinde aldrig kommer over. Men en kvinde kan lære at leve med tabet, sorgen og savnet (Fallaci 1977). Det

er ikke tilfældet her, hvor tabet bliver en del af forklaringen på de mange smerter i nutiden.

En anden kvinde fortæller, at hun havde problemer, allerede før hun kom til Danmark: *"jeg havde problemer, før jeg kom, for dengang jeg fødte mit barn nummer tre, fik jeg ondt"* (1). Hun fik altså ondt i hovedet, allerede før de nitten år, der nu er gået her i Danmark, og på trods af skiftende diagnoser om migræne eller ej, har hun haft ondt lige siden, og hun har fået smertestillende tabletter i ligeså lang tid (Morfín, Valium). Lige meget hjælper det. Tilbage står hovedpinen og trætheden. Datteren foreslår, at hun går ud, bevæger sig lidt og får noget frisk luft, men: *"hvis jeg ikke har ondt, kan jeg lave alt, men hvis man har ondt, har man ikke lyst til at lave nogen ting ... jeg har ikke rigtig lyst til at gå eller lave nogen ting"* (1) Den nutidige smertetilstand knyttes her til en børnefødsel, som ligger før ankomsten til Danmark og smelter sammen med opbrud og eksil.

Børnefødsler og en strabadserende flugt er medvirkende årsager til, at en tredje af kvinderne ankommer til Danmark i en meget dårlig tilstand. Hun har nyreproblemer, problemer med livmoderen og voldsomme menstruationer. Hertil er der kommet rygsmerter og måske type 2 diabetes. Der er tale om yderst komplicerede symptomer, som på trods af behandling ikke grundlæggende ændres, det flyder ud og bliver grumset: *"Jeg har en masse problemer, som jeg nu har haft i otte år, og jeg kan stadig ikke finde ud af det"* (2). En fjerde kvinde nævner, at hun efter at have født det første barn her i Danmark pludselig fik meget ondt i

kroppen, og gennem flere år har taget gigttabletter, som dog ikke har hjulpet.

Kvindelidelserne refererer til et skæbnesvangert øjeblik i kvindernes liv. Et skæbnesvangert øjeblik set i narrativets perspektiv kan markere enten en forløsning, et afgørende skridt fremad eller det modsatte, en forstopelse, to skridt tilbage (Mattingly 1998, 2000). Kvinderne kan helt præcist tids- og stedfæstne hændelsesforløbet, og selvom hændelsen i tid ligger før tilværelsen i Danmark, så er den dybt forankret i kroppen. Den danner klangbund for opfattelsen af helbredet her og nu, den præger deres nutid i Danmark, og de kan ikke se sig ud af dette øjeblik, som står printet i deres forvredne ansigtstræk. At kvindelidelserne kan kategoriseres som skæbnesvangre øjeblikke, hænger sammen med den særlige dimension, der for kvinder er forbundet med kønnet, fødslen, barnet og den dertil knyttede identitet som mor. Identiteten som mor over-skygger for mange etniske minoritetskvinder (og for mange pæredanske kvinder) langt andre identiteter (Wittrup 2004). At kvindelidelserne kan repræsentere skæbnesvangre øjeblikke, kan også aflæses af den betydning, fortællingen herom tillægges. De er placeret meget langt fremme i narrativet, hvilket peger på, hvor meget de fylder for den enkelte, og på hvor vigtig den er at få kommunikeret, når muligheden for at snakke om helbredet er der. Narrativet hentes frem som forklaring på helbredsmæssige problemer her og nu, og bruges til at forklare nogle af de problematikker, som eksiltilværelsen er fyldt med.

Kvinderne peger på sygdomstilstande, der ligger mange år tilbage, til tiden før de kom til Danmark. Disse tilstande er ofte forbundet med specifikke kvindesygdomme, og det at de stadig ligger langt fremme i deres forklaringer på nutidige smertetilstande tyder på, at der ikke i deres konsultationer med det danske sundhedsvæsen er fundet tilstrækkeligt dækkende forklaringer. Kvindernes egen forståelse har fået lov til at placere dem i en fastlåst position, hvor deres eventuelle ressourcer og overlevelsestrategier ikke har kunnet finde udfoldelse. I stedet er disse sygdomstilstande forblevet en ledsager til mange møder i sundhedsvæsenet, hvor de med stor sandsynlighed ikke italesættes, og hvis de gør, er de vanskelige at handle tilfredsstillende på. For de etniske minoritetskvinder kan det opleves som mangel på forståelse og anerkendelse af deres forklaringsmodel.

5.3.2. Migrationslidelser

Et andet område som mange af kvinderne bruger som forklaringsmodel, er forbundet med eksiltilværelsen blot på en anden måde. Et område som kan samles under betegnelsen 'migrationslidelser'.

Det er lidelser, som det ville være utænkeligt at få derhjemme i solen, i kendte omgivelser, i trygge rammer.

"Nogle af problemerne ville jeg ikke have haft dernede, fordi der er sol, og solen helbreder mange sygdomme."

For eksempel tager jeg calciumtabletter, fordi lægen har sagt, at jeg mangler calcium. Og jeg skal tage dem resten af livet, så hver anden måned skal jeg hen og købe de der tabletter. Dem havde jeg ikke haft brug for i hjemlandet. Når man for eksempel drikker kamelmælk eller spiser kamelkød, så får man nok calcium, så har man ikke brug for tabletter" (5, med tolk).

Migrationsperspektivet anvendes også som forklaring på overvægt:

"Der er forskel. Hos os kan man for eksempel spise meget sukker. Men fordi der er så varmt, og fordi man sveder så meget, og fordi man laver så meget, så går det ud af kroppen igen. Hvorimod når man er heroppe, så bliver man nødt til at tage den danske måde at passe på med det på, fordi det ikke går ud af kroppen på samme måde" (5, med tolk).

Også i forhold til migrationslidelserne er perspektivet tæt på kroppen. Det er kroppens signaler, der sætter ord på viden og erfaring. Migrationsperspektivet peger samtidig på, hvor vigtig konteksten er for, hvordan vi tolker forskellige kropslige tilstande. I hjemlandet er der en viden og erfaring om, hvad der er godt for

kroppen, som er nedarvet gennem generationer og som vedligeholdes gennem traditioner. Denne viden og disse erfaringer mister i en vis forstand sin gyldighed ved flytning til et andet land og andre traditioner for sygdomsforebyggelse og fremme af sundhed.

Migrationslidelserne kædes sammen med livsstilsfaktorer og er medvirkende til, at kvinderne reflekterer over, hvordan de kan tilpasse deres nuværende levestil til en ny og anderledes livsstil. Kvindernes erfaringer med migrationslidelserne kan således også indskrives under en omfattende ændring af hverdagspraksis. Det er dog også en problematik, der i langt højere grad burde håndteres og italesættes i sundhedsvæsenets møder med etnisk minoritetspatienter.

5.3.3. Relationelle lidelser

Det tredje område, der kendetegner samtaler om sundhed, er det, kvinderne definerer således:

"Dengang jeg kom til Danmark var mit helbred meget godt, og jeg var også glad for at være i Danmark. Siden blev jeg skilt fra min mand, og da begyndte der at opstå nogle problemer, og mit helbred begyndte at blive dårligere, men omkring for seks år siden blev mit helbred meget, meget dårligt. Jeg kunne faktisk ikke rigtig finde ud af, om det var det fysiske eller det psykiske. Jeg havde det dårligt

på begge måder. Nu her for eksempel når jeg sidder, nogle gange får jeg en kvælningss fornemmelse, hvor jeg har lyst til bare at slå gardinerne fra hinanden og åbne alle vinduerne og sådan noget..." (4, med tolk).

Der er her tale om en konkret social hændelse, som har sat sig mærke på krop og sjæl i en sådan grad, at kvinden ikke kan adskille de to dimensioner. Skilsmisse er et kapitel for sig, og som sådan vil jeg vende tilbage til det. Men på trods af at det er en social begivenhed, bliver det i kvindernes perspektiv fortolket ind i en forståelse af både psykisk og fysisk lidelse, som det fremgår her.

De sociale relationer er også en undertone hos en anden af kvinderne, der tidligere har fået antidepressiva, hvilket hun tilsyneladende er den eneste af de interviewede, der har fået. Når jeg skriver tilsyneladende, skyldes det, at vi her har at gøre med et meget følsomt og stærkt tabuiseret emne. Den pågældende kvinde vælger da også at gøre mig opmærksom på, at det har hun aldrig fortalt om til andre end sin mand og sin svigerinde, og at jeg endelig ikke må fortælle det til de andre kvinder i interviewgruppen.

"Jeg fik tabletter i tre år, og selvom jeg er holdt op, har jeg det ikke grundlæggende bedre. Jeg tror, at det er mange forskellige ting. Det er nor-

malt i alle hjem. Der bliver problemer mellem manden og kvinden. Eller fordi jeg er langt fra min familie. Jeg tror det, og hvis man tænker for meget over det..." (2).

Igen er det sociale en tone i forklaringer om det psykiske. Savnet af familien er også et tema, jeg senere vil komme tilbage til, sammen med sætningen 'tænker for meget over det'.

I denne kategori fylder de ubestemmelige og udefinerlige smerter i kvindernes fortællinger. Disse smerter kan have været der før ankomsten til Danmark, men oftest er de kommet til her. Smerterne er vedvarende, og kvinderne lider meget under dem.

"Og alle mine problemer er begyndt der. Jeg kan ikke sove om natten, jeg er træt, jeg har ondt i skuldrene, jeg har sådan ... men det største problem er, at jeg ikke kan sove. Det er det største problem for mig, fordi jeg kan stå op om morgenen og så stadig være slap, så jeg ikke kan komme på arbejde ... jeg kan ikke lave noget" (3).

"Ja, for det er mine muskler, de går på hinanden. Jeg har en masse problemer. De kan ikke finde ud af det. De

undersøger, men jeg tror. Jeg håber hele tiden, jeg bliver rask. Jeg vil ikke have det sådan hele tiden" (2).

"Jeg har meget ondt i min arm og min skulder ... min arm sover ... somme-tider kan jeg slet ikke gå på arbejde. Jeg kan ikke holde fast om noget med mine hænder" (9).

Disse mange smerter gør livet virkeligt surt for kvinderne, og de lader også skinne igennem, at det påvirker deres samspil med familien, og at det påvirker deres gøren og laden i det danske samfund, hvad enten det handler om kontakten til socialvæsenet eller til arbejdsmarkedet. Smerterne dominerer deres liv. Kvinderne er bevidste om, at smertetilstanden blokerer for deres engagement i deres eget liv og også i høj grad for deres liv i og med familien.

Det er ikke et ukendt fænomen, at tilstande, som kvinderne beskriver under kategorierne kvinde-, migrations- og relationelle lidelser, er uhyre vanskelige at diagnosticere i den biomedicinske tradition. Et kendt fænomen, som er forsøgt indfanget via forskellige teoretiske forståelsesrammer og begreber. Indenfor en naturvidenskabelig forklaringsmodel arbejdes der med begrebet somatisering som forklaring på tilstande, hvor kropslige udtryk for en lidelsestilstand volder behandlerne vanskeligheder, fordi det ikke er muligt for dem at finde en biomedicinsk forklaring, eller hvor udtrykket ikke stemmer overens med omfanget af orga-

niske forandringer. I sundhedsantropologien er illness-disease-modellen introduceret (Kleinman 1980) som forklaring på, at der i samfund kan eksistere to parallelle sygdomsmodeller, som henholdsvis afspejler patienternes oplevelse af sygdom på den ene side, og på den anden side den forklaringsmodel der omfatter sundhedsprofessionelles sygdomsopfattelse. Ud over at patienten kan have deciderede sygdomme eller sygdomsoplevelser som grundlag for sine smerter, kan der også være tale om, at elementer fra det sociale liv påvirker opfattelsen af sundheden. Jørgen Østergaard Andersen har tilført illness-disease-modellen en dimension, hvor der kan være tale om flere elementer, der kan medføre social deroute, som kan påvirke et menneskes sundhed og trivsel i en sådan grad, at man kan tale om 'defeat'. Ifølge denne opfattelse er det overordentligt vanskeligt i det danske sundhedsvæsen at forholde sig til sådanne tilstande (Andersen 2002, Wittrup 2004).

Jeg har valgt betegnelsen relationelle lidelser til at karakterisere disse symptomer, som de beskrives af kvinderne. Det er således en betegnelse, der ligger tæt op ad kvindernes erfaringsunivers. Klagerne og smerterne tolker jeg som værende af sociosomatisk art, og i alle tilfælde rummer de nogle af de erfaringer, kvinderne forbinder med livet i eksil. Både kvindelidelserne og de relationelle lidelser repræsenterer skæbnesvangre øjeblikke i kvindernes liv, og i ingen af fortællingerne har disse øjeblikke fundet en forløsning.

Jeg har via analysen fundet frem til tre forskellige perspektiver: kvindelidelser, migrations-

lidelser og relationelle lidelser. Et fællestræk for disse er, at de alle præsenteres som et 'før' og et 'nu'. De to deler endvidere det at repræsentere skæbnesvangre øjeblikke i kvindernes fortællinger. Den nuværende helbredstilstand er altså ikke normalt tilstanden. Kvinderne præsenterer os for et tydeligt billede af dem selv fra før symptomerne, hvor de har været symptomfrie, uden smerter og træthed, og hvor de har haft kontrol over tilværelsen og vidst, hvad de skulle gøre, hvis de ikke har følt sig godt tilpas. Det er den kontrol, som de oplever at have mistet. Det er i den kontekst, at klagerne og smerterne får deres liv. Vendepunktet er en dramatisk begivenhed i deres liv. Det kan være en fødsel, en social begivenhed eller migrationen til et andet land. Som jeg allerede har nævnt, kan sådanne omvæltninger i antropologien betegnes som ritualer med en bestemt struktur: der indtræder vigtige begivenheder, der adskiller én fra normalt tilstanden. Herefter træder man ind i en anden virkelighed (liminalfasen) for endelig at vende tilbage til dagligdagen, hvor de nye erfaringer søges integreret (Turner 1967). Men der udstikkes ingen garantier. Det er ikke alle mennesker, for hvem det lykkes at integrere den nye viden eller de nye erfaringer i deres hverdag. For dem kan der være tale om, at begivenhederne i liminalfasen (uagtet hvor disse er foregået) er af en sådan karakter, at de har vanskeligt ved at integrere disse hændelser i deres nye liv. De kommer derfor til at leve deres liv med en slags dobbelt sårbarhed: en sårbarhed der hidrører fra selve hændelsen: fødslen, migrationen, skilsmissen, og en sårbarhed der er knyttet til deres nuværende tilværelse, hvor det ikke lykkes for dem at integrere erfaringerne i deres nuværende

liv. Deres nuværende liv er brolagt med forhindringer, der gør det særdeles vanskeligt at være *medforfattere* til fortællingens fremtid – for ikke at sige *forfattere* til fortællingens fremtid. Så når kvinderne taler om sundhed, taler de om hele deres liv, som her og nu er domineret af hændelser og begivenheder, de ikke har kontrol over på samme måde, som de havde i fortællingens fortid: før fødslen, før migrationen, før den sociale hændelse. Klagerne og smerterne i denne grundstruktur finder i ingen af tilfældene en forklaring, der kan anvendes i kvindernes nuværende kontekst. De bliver derfor ved med at bære rundt på dem, hvorved de til stadighed reproducerer den optik, der handler om ikke at blive forstået. Manglende forståelse bliver således en væsentlig del af forklaringen på de forvredne ansigter, og det giver kvinderne en gensidig bekræftelse på.

Manglende forståelse som tema kendes også i psykiatrien under betegnelsen tilpasning. Tilpasningsreaktion defineres her som en tilstand med subjektivt ubehag og emotionel forstyrrelse, som opstår efter en betydelig livsændring eller en belastende begivenhed, f.eks. adskillelsesoplevelser, tab ved flugt og migration (Gottlieb et al. 2000). Denne diagnose er ikke kendt eller erkendt af nogen af kvinderne, og som vi har set, er der kun en enkelt, der på et tidspunkt har fået medicinsk behandling mod depression. Tilpasningsreaktionen er altså kendt i psykiatrien, men ingen af kvinderne giver udtryk for at have modtaget hverken psykiatrisk eller psykologisk assistance. Kun en enkelt giver udtryk for, at det er det, de har brug for.

Men stop nu op et øjeblik, for på trods af introduktionsvideoer på *velkommen-til-Danmark-kurser* (Dansk Flygtningehjælp: www.flygtning.dk) om fri og lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser og tilbud, så er hverken det danske sundhedsvæsen generelt eller almen praksis specifikt et neutralt sted. Jeg har tidligere bragt termen grænseland (se kapitel 2) i spil. Den dækker ifølge Mattingly (Mattingly 2008) over en situation, hvor kulturen snarere er et sammenstød end en måde at leve på. Et sted, hvor aktørerne opfatter hinanden som Anden, Andet, Andre og kæmper for at bygge bro over forskelligheden, gøre sig forståelige, forklare og fortolkelige. I grænselandet arbejdes der som en slags detektiver for at afdække betydningen af andres adfærd. Nogle gange går det rigtigt godt, andre gange opstår der forviklinger. Narrativer er specielt gode til at fange de situationer, hvor det ikke går specielt godt, da narrativer åbner op for en bred fortælling. Hurra for det; for det er dem, begge parter (og alle vi andre) kan lære noget af. For vi er alle i grænselands på en vis måde, i zoner hvor det er uklart, om man overhovedet kan tale om en fælles kultur. Samtidig er det også vanskeligt at vedligeholde en tale om umådelige kulturforskelle i en verden, hvor mennesker og varer ustandseligt krydser grænser. Det er til det grænseland, kvinderne bærer deres klager og smerter, og tilsyneladende mødes af manglende forståelse. Har de mere at sige om det?

5.4. Mødet med det danske sundhedsvæsen

Til livet i Danmark hører tilknytningen til en praktiserende læge samt adgang til special-

læger og de danske hospitaler. Alle kvinderne har erfaringer hermed. Nogle meget positive, andre meget negative og atter andre med blandede erfaringer. For at perspektivere kvindernes fremstillinger af deres møder med det danske sundhedsvæsen, har jeg bedt dem sammenligne med deres møder med hjemlandets sundhedsvæsen.

Der er ingen, der ikke har haft kommunikationsproblemer med deres praktiserende læge. Mange har skiftet læge op til flere gange. I nogle tilfælde er det lykkedes at få en læge, som de er tilfredse med. Det er her, jeg vil starte med kvindernes fortællinger om deres møde med det danske sundhedsvæsen.

"Den nye læge, hun tog derhen ... og så fortalte hun om alle de steder, hun havde problemer, og så sagde lægen, at hun ville bestille en tolk. Da hun kom til aftalen, var tolken der ikke. Så det blev kun hende og lægen. Og så – og så spurgte hun om, hvor hun havde ondt, og hvor smerterne var og så videre. Hun snakkede ikke særligt godt dansk, så hun havde fanget et par ord, som hun havde hørt rundt omkring og samlede dem sammen og prøvede at forklare det, og også ved at pege på, hvor hun har ondt. Men de forstod hinanden. Så gav lægen hende en pose og sagde, når du kommer hjem, så pust ind i posen. Og så da hun kom hjem med posen, så havde lægen sagt til hende, at den

var lukket i den ene side og også i den anden, og så var der kun lige plads til at hun kunne puste ind i den, og så fik hun også en pille, som også var inde i en lille pose..." (5, med tolk).

"Hun er meget tilfreds med sin egen læge, hun synes, at hendes egen læge, hun forstår hende så godt, og hun er også god til, at når [navn] hun fortæller hende noget om sit helbred, eller et problem hun har, så er hun god til at lave nogle forskellige undersøgelser og så undersøge hende grundigt. Hun er også god til at henvise hende til forskellige steder, hun har også henvist hende af hensyn til hendes ... ortopædiske afdeling i Kommunehospital. Så [navn] hun er generelt tilfreds med sin egen læge ... [Navn] har også fortalt sin egen læge om sin psykiske, altså hendes egen læge har så sagt til hende, du har det dårligt psykisk, og det skal du også være opmærksom på. Så har hun fået noget medicin, som hun også tager..." (4, med tolk).

"Ja, også min egen læge her i Århus, han er meget venlig og meget god. Det er meget vigtigt, for mange gange gik jeg til ham, og jeg var meget træt ikke kun i kroppen ... for fire år siden cirka fik jeg operation, så

jeg gik ved ham, han var ligesom min bror, jeg føler, at han var min bror, fordi han føler med mig rigtig meget og siger, at du skal ikke tænke for meget, og du skal slappe af hjemme, og hvis der er noget du ikke vil lave, så skal du ikke lave det" (7).

En god læge er en, der kan forstå, hvad man siger uden at bruge tolk, også selvom man ikke selv er særlig god til at tale dansk. En god læge er altså en person, der ud fra undersøgelser af kroppen kan stille en diagnose og sætte en behandling i gang. En god læge er også en person, der kan forholde sig til både fysiske og psykiske problemstillinger, og frem for alt lytter til det, man har at sige. Igen uden de store sproglige kundskaber, men ud fra at der er blevet vist anerkendelse af den lidelse, som lægen er blevet præsenteret for. Yderligere er en god læge en person, der viser medmenneskelig forståelse, én som kan sammenlignes med en bror, hvilket i en arabisk kontekst er en endog meget positiv sammenligning (Khader 2002). Der efterspørges altså følgende kvaliteter hos den praktiserende læge som første led i det danske sundhedsvæsen: faglig dygtighed, anerkendelse og medmenneskelighed.

Jeg har spurgt om, hvad kvinderne mener, når de taler om faglig dygtighed. Det er et emne, der optager dem rigtig meget, og vi kommer vidt omkring i præciseringen. Konteksten er møder med sundhedsvæsenet i hjemlandet, og meninger om faglig dygtighed kan derfor foretages på sammenligningsgrund.

"Jeg vil sige nogen ting, men du må ikke blive sur ... når jeg går til lægen, så åbner han bogen, og han læser hvilken medicin, der passer mig, så tror jeg ikke på det. Jeg tror ikke på medicinen mere. Men jeg gider ikke skifte læge, fordi han kender alle i familien. Jeg vil ikke begynde noget nyt. Jeg går ikke meget til min egen læge mere, når jeg mangler medicin, ringer jeg ... Hvis man går til lægen i hjemlandet ... lægen åbner aldrig bogen med, hvilken medicin du skal have, når du kommer, siger du ingenting til ham, men han kigger på dig og han forstår, hvad du fejler" (1).

"For eksempel jeg har en masse problemer. De kan ikke finde ud af det. De vil ikke. De læser, hvilken medicin der er god, de er meget dygtige til medicin, de læser meget om medicin, men de læser ikke kroppen, hvordan de skal finde? For eksempel nu har jeg haft det i otte år det problem, de kan ikke finde ud af det. For eksempel i vores land du går til læge, som hurtigt undersøger dig, og de finder, hvorfor du har ondt. Her siger de, at du har psykisk problem" (2).

"Og man siger til lægen ... du får ikke ægte person og snakke med dem. Det er bare, sådan du kommer ind, siger

du har ondt her og der, så hun kigger på det og så siger, ja, det er muskler eller sådan der, så færdig. Hun spørger ikke, hvorfor du har ondt eller ... det er kun de to minutter eller tre minutter, det tager med patienten. Det går alt for hurtigt. Det er meget, men jeg ringer og siger, jeg har ondt i min skulder, så jeg skal gå til hende kun til min skulder. Men jeg sidder og siger, min skulder det kommer op til mit hoved, jeg har meget ondt i hovedet, jeg er sådan der. Ja, du har ringet og siger din skulder har gjort ondt, så ringer du igen næste gang, så kommer du igen med dit hoved!" (3).

"Det er mange år, jeg har gået til hende. Cirka tre år og hver gang siger hun det samme. Og jeg forstår ikke helt dansk. Endelig siger hun ok, og laver undersøgelse af urin og finder blærebetændelse, og jeg får en recept med en henvisning til sygehus. Her forskellige undersøgelser i cirka et år. Scanning, forskellig medicin, smertestillende. Til sidst finder de galdesten nu efter et år. Og det efter så længe ikke at have kunnet holde maden i mig. Men efter jeg har forstået galdesten; sten i maven. Vi kender godt den slags" (8).

Der er mange næsten enslydende kommentarer til danske lægers faglige dygtighed. De ejer

ikke evnen til at se på dig og se på din krop, undersøge dig ganske lidt og derpå stille en entydig diagnose. De slår op i en bog, sidder altså der med næsen i bogen for at finde løsningen på problemet. Det er kvinderne ikke tilfredse med, og de er helt enige om, at sådan gør hjemlandets læger ikke. Hjemlandets læger kan på flere meters afstand straks se, hvad der er i vejen med en. Sammenligninger med hjemlandets læger falder her ud til disses fordel, men det er bestemt ikke noget entydigt billede. Sammenligningen er fyldt med paradokser, som vi skal se senere.

Der er desuden også beklagelser over, at de danske læger ikke bruger nok tid på deres patienter. At de oven i købet forlanger, at man ikke må nævne en sammenhængende smerte, hvis man ikke har nævnt den i telefonen, virker for kvinderne komisk. For dem hænger smertene sammen, og de forsøger jo netop at gøre denne sammenhæng forståelig for lægen ved at nævne den. Kvinderne føler derfor, at lægerne opdeler deres sygdom efter antal ydelser, og det finder de helt urimeligt. Det slår skår i tilliden. Som én siger:

"Jeg magter ikke mere min læge" (2).

Der hvor kvinderne ser sammenhænge og forsøger at gøre dette begribeligt for lægen, får de ikke megen anerkendelse. Det er rigtig mange, der higer efter sammenhæng og anerkendelse. Når det kommer til den efterlyste medmenneskelighed, har de danske læger også meget at lære; de er ikke 'rigtige personer'.

Sammenfattende klages der over, at danske læger ikke stiller sig til rådighed med hverken deres faglige dygtighed eller deres medmenneskelighed. Det værste er, at kvinderne ikke føler sig anerkendt, og det er dobbelt frustrerende, da den praktiserende læge derfor kommer til at spille en meget central rolle i kvindernes liv – som hr. DK – som en erstatning for en betydningsfuld Anden, til hvem man kan betro sig, få hjælp hos og indsigt i danske samfundsforhold gennem. Det er nærliggende, at kvinderne tildeler den praktiserende læge en så central rolle, og det er i perfekt overensstemmelse med den biomedicinske diskurs' dominerende og magtfulde position i det danske samfund. Der henvises til lægen, når noget er galt. Hvis kvinderne ikke selv finder hen til lægen, bliver de ofte henvist dertil gennem de sociale myndigheder, hvor skiftende lovgivning påbyder en lægefaglig vurdering af eksempelvis kvindernes manglende tilknytning til arbejdsmarkedet.

Retfærdigvis skal nævnes de positive omtaler, som det danske sundhedsvæsen også får af kvinderne – igen ofte i sammenligning med hjemlandets sundhedsvæsen:

"Hun [lægen] er også god til at henvise hende forskellige steder. Hun har mange bekendte, der siger, når du tager til hjemlandet, så prøv at komme i behandling dernede og det vil hun... hun er meget imod det, fordi at hun siger, at når jeg ikke kan blive behandlet her i Danmark, og hun må

ærligt indrømme at det ... øh dansk behandling eller behandlingen her i Danmark den er meget god, og det har hun også prøvet med sin søn. Som hun siger, at der vil hun så ikke begynde og tage nogle andre behandlinger i nogle andre lande. Hun vil tage den behandling, der er her, og hun siger også, at de har nogle gode behandlinger, men de er meget langsomme, de behandlinger, der foregår her" (4, med tolk).

"Den første gang jeg kom – her er det meget forskelligt fra andre lande – men ... jeg fik fra lægen gav mig meget energi, fordi i mit land snakker de ikke med syge mennesker, de råber, men hende ... giver meget energi til mig. Hvis jeg har ondt og jeg går til hende, hun giver mig medicin, men alligevel siger hun, at det ikke er så godt" (2).

"Jeg snakker om her til mine søskende derhjemme. Hospitaler, læger, du bliver meget respekteret, og du føler ikke, at du ikke er i dit land. Du føler, det er ligesom dit land, ligesom det er for danskerne. I hjemlandet er selv sekretæren langt væk, når du går til lægen. Hun kommer ikke og snakker, skriver kun navne. Og lægen kan man ikke snakke med, han er en meget op-

højet person. Mange gange har jeg snakket med min søster om lægen her, der kommer til venteværelset og hilser på mig. De er meget gode. Hvis du er på hospitalet i hjemlandet, puha, du har ikke en stor pose penge, kan du ikke komme ind. Nogle mennesker må sælge alt, hvad de har i hjemmet for at komme ind. Hvis du kommer ind, uha, så kan du ikke snakke med lægerne eller sygeplejerskerne. De er ikke venlige. Mange siger faktisk, at vi her gør ligesom islam, hvor man skal respektere alle og ikke lave forskel mellem fattig og rig”(7).

Bortset fra den fantastiske oplevelse det er at blive kureret for sin lidelse i første hug, så får deres møde med det danske sundhedsvæsen gode points med den form for anerkendelse, der vedrører selvrespekt. Det lader til, at nogle af kvinderne i sundhedsvæsenet også har fået følelsen af at blive anerkendt som medborger i det danske samfund. Via denne anerkendende behandling har de fået en indsigt i demokrati, som minder om de mest elskede principper i islam. I sådanne tilfælde er der også tale om en følelse af personlig anerkendelse. Anerkendelse er en meget vigtig dimension for kvinderne. Når de bliver anerkendt, føler de, at de bliver lyttet til og taget alvorligt. Herigennem opbygger de gradvist en tillid til det danske sundhedsvæsen. Anerkendelse er vejen frem mod en fælles forståelse.

Det er ikke det danske sundhedsvæsen som sådan, kvinderne har problemer med; og slet ikke sygehusene og speciallægerne, forekommer det mig. Det er mødet med den praktiserende læge, der volder flest problemer. Det er ikke anerkendelsen som medborger, det skorter på. Den lige ret til og adgang til det danske sundhedsvæsen påskønnes. Erfaringer med diskrimination eller racisme er ikke en del af kvindernes fortællinger, selvom de nok har meninger om, hvordan mennesker opfatter hinanden. En siger at der i alle lande er nogle gode mennesker og nogle dårlige mennesker, at alle mennesker er forskellige, og at vi er nødt til at respektere det på samme måde, som at vore fingre heller ikke er ens (5, med tolk). Nej, det er tilliden og følelsen af at blive lyttet til og forstået, der er det grundlæggende problem for kvinderne. De synes, de bliver anerkendt som medborgere i og med den lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser, men ikke anerkendt som mennesker, og de føler ikke, at lægen på afgørende vis bidrager til at skabe forbedringer af deres helbredsmæssige situation. Lad mig give et par eksempler:

”Jamen, der er kun et problem, lægerne i Danmark de kender medicin, de kender ikke ondt. For eksempel de kender kun den medicin, der er god til ryggen, men lægerne kender ikke. De undersøger, og bagefter giver de medicin. De spørger mig, hvad synes du, hvad du skal gøre for dig. Det er ikke så godt, lægerne skal selv finde ud af, hvad det er, der er galt, fordi det er meget skidt”(2).

"Jeg vil gerne sige nogen ting, men du må ikke blive sur. Danske læger er meget kolde, de er ligeglade. Mange gange jeg går til lægen, siger sådan og sådan, jeg bliver træt. Lægen siger, hvordan vil du have det problem. Dengang for mange år siden, snakkede jeg meget om mine problemer med lægen, men lægen siger, at han magter ikke mig, han siger, at du skal rejse og sådan. Men jeg er på bi-standshjælp, hvordan skal vi rejse, og hvordan har vi penge? Tusinde gang vil jeg sige til ham, hvordan skal jeg rejse, når jeg ingen penge har? Hvordan jeg bliver rask? Men jeg siger det ikke til ham. Jeg siger det ikke til ham mere. Han siger hele tiden: du skal slappe af, du skal rejse, du skal gå ud, du skal ... men til sidst bliver jeg træt og siger ingenting" (1).

"Ja, hun har ikke hjulpet mig med noget, jeg gik til hende med smerter i min skulder og mit hoved og min krop gjorde ondt. Hun sagde, du bevæger dig ikke, du har stress. Og jeg arbejder, og jeg sagde: hvad snakker du om? Til sidst var jeg bare sur på hende og jeg ville ikke have hende mere, så jeg sagde, at jeg får en anden læge og så ser, hvordan det går" (3).

Der ligger en stor følelse af afmagt og magtesløshed i disse udsagn. For det første føler

kvinderne ikke, de bliver lyttet til på trods af gentagne forsøg på at forklare deres lidelse. For det andet føler de sig latterliggjort, når de får besked på, at de skal dyrke noget mere motion eller rejse noget mere.

Der skal ikke megen fantasi til at forestille sig en lignende afmagtsfølelse på den anden side af bordet; hos lægen. Det er en afmagtsfølelse, som ikke kun påpeges af de etniske minoritetskvinder. Den undersøges indenfor egne rækker blandt praktiserende læger i og med, at det kan være tiltagende vanskeligt at definere, hvad faget er, og hvad der udgør den praktiserende læges roller og identitet (Risør og Risør 2005). Der er måske noget på spil her, som slet ikke skulle være landet på lægens bord? Der er i hvert fald et kommunikationsproblem på spil. Ud fra narrativerne synes der ikke at være en dialog i gang mellem læge og patient. Det virker ikke, som om det udelukkende er et sprogligt problem, altså et problem der eventuelt kunne løses ved tilstedeværelsen af en tolk. Kvindernes oplevelse af manglende forståelse er en grundstruktur i de etniske minoritetskvinders fortællinger om møder i almen praksis.

5.5. Tolkning og tolke

Det er næsten umuligt at komme til det danske samfund som fremmed og møde fremmedsproget uden at stifte bekendtskab med tolke og behovet for tolkning. Det gælder især i mødet med sundheds- og socialvæsenet, hvor man er gensidigt afhængig af at forstå en generel eller konkret problemstilling.

Kvinderne har forskellig erfaring hermed, lige fra ikke at være interesserede i at bruge tolk:

"jeg kunne forstå lidt. Først havde jeg spurgt, om der var nogle der kunne [andet vesteuropæisk sprog], og der var en læge, jeg sagde, jeg vil ikke have en tolk med. En tolk ved ikke, hvad jeg har" (3).

hvis tolk er det ofte et problem med, at der kommer en ny, fordi så skal vi forklare det hele forfra. Da tolken kommer, prøver jeg at forklare, at jeg ikke forstår, hvorfor hun siger, at jeg har problemer med mælkeprodukter, for jeg er født i bjergene, hvor hver lille familie har får, geder og måske en ko. Lige fra jeg var lille, har jeg drukket mælk..." (8).

Til at bruge et barn og være tilfreds med det:

"min ældste datter hun har hele tiden tolket for mig, fra dengang hun var 16 år ... hos min egen læge. Men hun har også arbejdet et stykke tid som tolk, min datter, men efter nu her ... er jeg også begyndt at få behov for tolk" (4, med tolk).

Til mødet med en tolk som kun forbedrer kommunikationen:

"ja, det er tolk, der er ansat derude. Hans mor er dansker, hans far er [hjemlandsperson]. Han er meget god, det er som om, han selv er læge. Jeg tror meget på ham. Dengang jeg gik til læge sammen med ham" (2).

Til at have haft store vanskeligheder med tolkning:

"det er mange år, jeg har gået til hende [lægen] Ca. tre år og hver gang siger hun det samme. Og jeg forstår ikke helt dansk. Så siger jeg, at jeg vil have en tolk med, og hun siger nej. Jeg forstår godt, hvad du har. Du behøver ikke tage tolk med. Jeg ringer til en tolk, som går med mig, men lægen siger, hun behøver ikke tolk. Han siger: hør her, den dame hun har rigtig problemer. Hun er syg. Men også selv

Der er altså ligeså mange meninger om tolkning, som der er deltagere i undersøgelsen, og der er ingen tvivl om, at tolkningsproblematikken erkendes på både den ene og den anden side af bordet. Den manglende kommunikation på forståelsesplanet er således en vigtig dimension i kvindernes erfaringer med det danske sundhedsvæsen. Omfanget af problematikken er dog langt fra kendt i Danmark, idet der ikke findes nogen undersøgelser heraf. Der er dog i øjeblikket i Region Midtjylland iværksat en undersøgelse om tolkningens vilkår og betydning i sundhedsvæsenet (Lou 2008).

5.6. Manglende forståelse

Første del af grundstrukturen i den store fortælling handler om klagerne og smerterne, og at de ikke bliver anerkendt i sundhedsvæsenet her hovedsagligt hos den praktiserende læge – selvfølgelig med undtagelser. Denne grundstruktur bekræftes via de forvredne ansigts-træk og den indledende hilsen, når kvinderne mødes med hinanden. Den konfirmeres ved det lille skridt tilbage og den anden kvindes hurtige replicering via lignende forvredne ansigtstræk: *"åh, sådan er det også for mig. Nu skal du høre!"* Der foretages en gensidig bekræftelse af, at når man går til læge i Danmark med mange smerter og mange klager, så møder man ofte mangel på forståelse. Det er endog muligt, at der kan være tale om en ond spiral, hvor kvindernes fortællinger via udvekslingen af hilsener ligefrem kan siges at smitte hinanden.

På samme måde som god og nærværende tolkning har betydning for det møde mellem de etniske minoritetskvinder og sundhedsvæsenet, har det betydning, om der i mødet identificeres en fælles problemstilling, som begge parter så at sige kan arbejde videre med. Indtil videre synes kvindernes erfaringer ofte ikke at kunne bekræfte skabelsen af en sådan fælles forståelse. Her kommer den manglende anerkendelse ind som en stærk og fælles erfaring hos rigtig mange af kvinderne. Når kvinderne får lejlighed til at sætte ord på den manglende forståelse, skal det dybest ses forstås som en følelse af ikke at blive anerkendt.

Det skinner igennem, at kvinderne har nogle forventninger til mødet med deres praktise-

rende læge, som ofte ikke indfries. Disse forventninger er stærkt knyttede til deres sygdomsopfattelse og til den opfattelse de har af, hvad de kan bruge den praktiserende læge til. Derfor kommer den praktiserende læge ofte til at fremstå som både inkompetent og umenneskelig. Heldigvis er der også lyspunkter, og de er ofte forbundet med en kommunikativ anstrengelse fra begge parter side.

Indtil nu har narrativerne åbnet for tilstedeværelsen af forskellige sygdomsopfattelser og nogle store og uindfrie forventninger til den praktiserende læges rolle. I møderne med hinanden og når fortællingen fortælles, genkendes og bekræftes, søger kvinderne også nogle forklaringer. Hvilke forklaringer knytter der sig efter deres opfattelse til manglende forståelse?

5.7. Det er jo fordi, jeg har ondt i hjertet!

Lad os spørge kvinderne selv, hvad det er, lægen ikke har set eller lyttet til. Hvilke sammenhænge mener de selv, er medvirkende til at forårsage smerterne og manglen på trivsel? Kvindernes fortællinger præsenterer nogle for dem sammenhængende forklaringsmodeller. Det er forklaringsmodeller, som er tætte på kroppen og livet. De er desuden i udpræget grad enige om forklaringsmodellerne, illustreret af hilseformens lette og ubesværede erfaringsudvikling kvinderne imellem. Hertil betjener de sig af nogle få, meget sigende metaforer, som er genkendelige i de fleste interviews. Én af de mest anvendte metaforer er *ondt i hjertet*. Anvendelsen af metaforen ligger tæt på

det i en dansk kontekst mere hverdagsagtige 'ondt i livet' og er tæt forbundet med følelser som manglende forståelse, meningsløshed, det ikke at kunne håndtere situationen opsummeret i en følelse af manglende sammenhæng i forståelsen for klagerne og smerterne.

*"Det var meget svært ...
lægen kunne ikke forstå det ...
at jeg har ondt i hjertet, ligesom" (3).*

*"Det starter med,
at mit hjerte brænder" (7).*

*"Jeg har ondt i hjertet
ved at være her" (8).*

Det er en endog meget stærk metafor i kvindernes forsøg på at finde forklaring på, hvorfor de mødes med manglende forståelse. Lige-gyldigt om vi snakker sammen med eller uden tolk. Den lille bevægelse med hånden mod hjertet taler sit eget tydelige sprog.

En enkelt nævner at have fået ordineret anti-depressiva, og i den forbindelse er det hende meget magtpåliggende at sige, at hun ikke har fortalt det til andre undtagen sin mand og sin svigerinde. Hun antyder dermed, at det er forbundet med stor skam at give udtryk for en psykisk lidelse:

"hvis man siger, man har depres-sion, psykisk, så tænker de først, at du er skør. De tænker ikke, at det er ligesom andre sygdomme ... at man kan have ondt i hjertet" (7).

Det er åbenbart forbundet med skam, og ses som et dybt tabuiseret emne at give udtryk for sine inderste følelser; og er derfor noget, der kun sjældent kommer frem i kommunikationen om smerterne og lidelserne. Kunne det være derfor, kommunikationen med den praktiserende læge halter? Men det er ikke kun derfor. Hun vil faktisk gerne fortælle om oplevelsen af den tilstand. Hun holder ikke noget tilbage, skønt jeg ikke presser hende, men bare stiller spørgsmål og hjælper med at holde fast og forfølge en tankegang. Hun fortæller, at hun har taget medicinen i tre år og i den tid haft et meget tæt og godt forhold til sin læge på trods af ikke at have behersket det danske sprog og aldrig have benyttet tolk. Hendes bekymring opstod som følge af en operation, hun skulle have, men det blev klaret, og det gik godt. Men det var ved samme lejlighed, at hun begyndte at overveje, om hun var ved at blive skør:

"... jeg blev meget bekymret for, om jeg bliver skør og i tvivl, men man kan ikke sige til sin hjerne, at jeg skal ikke tænke, den sygdom er ikke i hjernen" (7).

Hun fortæller videre, at hun ofte føler, at hun ikke er normal. Hun kan ikke sidde med mange mennesker; har lyst til at løbe skrigende bort. Det er det sværeste og værste, hun har oplevet i sit liv, og det er meget svært for hende at tale om. For det er svært at tale om en sygdoms-tilstand, der ikke kan henvises til specifikke kropslige dele og som hovedsageligt foregår inde i hovedet, i tankerne. Hun er alvorligt bange for, at hun er blevet skør, og ekstremt bange for at andre mennesker skal opfatte hende som anormal.

Hendes historie er den gode historie, for hendes læge er den læge, som vi tidligere har hørt karakteriseret som en bror. Så han har kunnet forklare, at det er helt normalt at have det sådan, at mange mennesker har en depression, og at der er noget at gøre ved det. I flere år har hun taget medicin og slutteligt nedtrappet indtaget, så det kun er i akutte tilfælde, hun tager medicin nu. Alligevel føler hun sig meget ofte trist; er aldrig helt glad og har ikke rigtigt lyst til noget. Hun føler sig ret ensom med sin tilstand, og at hun skal passe på ikke at afsløre den rette sammenhæng, for hun frygter at bliver offer for den sociale kontrol som uforvarende og uvidende kunnen stemple hende som skør. Da viden om og erfaring med psykiske sygdomme hos etniske minoriteter er begrænset, er det blandt kvinder et udforsket landskab og ganske tabuiseret.

Det er meget muligt, at ondt i hjertet også hos andre af kvinderne dækker over en depression. Hvis det er tilfældet, så er der et betydeligt antal etniske minoritetskvinder, der er deprimerede. I så fald er det en vigtig problemstilling at tage fat på. Hvis depression er så tabuiseret et område, som det her antydes, vil det placere den praktiserende læge i et betydeligt dilemma at starte en sådan samtale. Der ligger en betydelig opgave forude både hvad angår den afdækkende samtale om en depressiv tilstand, og hvad angår nedbrydelse af et tabuiseret område i de etniske minoritetskvinders sygdomsopfattelse. At udvikle disse områder kan vise sig at være en nøgle til en bedre kommunikation med etniske minoritetskvinder; samtidig med at det fra kvindernes side kunne

opleves som at blive hørt og få anerkendelse for deres oplevelse af smerter og klager.

Ondt i hjertet er en stærk metafor. Den understøttes af en anden, som kvinderne ofte anvender, nemlig *tænker for meget*.

5.8. Jeg tænker jo for meget på det!

Denne sætning gentages også hyppigt:

"Jeg tror det, og hvis man tænker for meget over det. Og alt det der er også med til at få depression, hvis man tænker for meget på det" (7).

Om man tænker meget over det eller meget på det, gør det vist nok ud for det samme. Pointen her er, at det er en vending, der ligesom "ondt i hjertet", går igen hos de fleste af kvinderne. De går altså og tumler med en masse ting og tanker, som ikke rigtigt bliver forløst. For de fleste hænger disse tanker nøje sammen med klagerne over smerter i muskler og led, og det er det, der kan aflæses i de forvredne ansigter. De fleste har ikke mødt en læge, der er som en bror. Tværtimod er de ikke blevet lyttet til, og måske er de endda blevet latterliggjort:

"... man ved ikke, man tænker for meget på, man tænker for mange ting og man ved ikke, hvad der er det rigtige. Måske sådan jeg sidder og snakker med min læge, og [jeg ønsker at] hun siger, ja du behøver en psykolog, men

min læge siger det ikke. Hun sidder ikke og snakker med mig om det. Så det er mange ting, man siger at læge, man skal have lidt tid til patienter ikke kun de tre-fire minutter. De skal have ... eller som jeg ringer til en læge ... så skal der være tid til andre patienter ... men sådan at du kan gå ind til, ind til hende, du kommer ikke med et problem eller sådan, du, du har måske smerter eller sådan, du er forkølet. Du har også andre problemer. Det er lige meget om det er ... om det er udlændinge eller danskere, jeg tror, de danske har også samme problem ligesom os. Og det har ikke med noget sprogligt at gøre, som jeg går til hende og siger, jeg har ondt her, hun kan godt forstå mig. Jeg siger, jeg har meget ondt i hovedet, eller jeg har meget ondt i skulder og ... og eller mine nerver det er meget ... stram. Jeg bliver så hurtigt sur på noget, og ... som jeg sidder og forklarer hende, så hun forstår mig. Hun siger bare stress. Ja, du skal ikke stresse dig, så siger hun, du skal lave gymnastik, jeg siger, men jeg laver gymnastik, jeg arbejder hele dagen, jeg går og kommer, og så ... jeg kommer hjem, så jeg kan ikke mere"(3).

Der er flere ting, der gør sig gældende her. Vi har fat i en skarp iagttagelse af, hvad der foregår i grænselandet. Det er dels et spørgsmål om tid, en udtalt fornemmelse af, at lægen ikke har

tid til hende. Der er også et element af usikkerhed overfor, om lægen måske egentlig bortforklarer hendes klager og smerter, i forbindelse med om hun har brug for en psykolog eller ej. Så er der en helt klar afstandtagen fra, at det skulle have noget med den sproglige kommunikation at gøre. Nej, lægen forstår skam udmærket, hvad hun siger. Der er heller ikke noget med kultur i den manglende forståelse. Hun er sikker på, at danskerne kan have samme oplevelse. Pointen er, at hun aldrig rigtigt får forklaret, hvad det handler om (at hun hurtigt bliver sur derhjemme), før hun får stukket en for hende intetsigende diagnose i næsen, stress og en fornærmende behandling, at skulle lave gymnastik. I mødet er der ingen gensidig forståelse af sammenhængen imellem stress, muskelsmerter og gymnastik. Et møde uden anerkendelse; uden forståelse.

Det er denne manglende forståelse, som får kvinderne til at tænke for meget, og som de har brug for at få italesat, så de kan komme videre. Der er også noget, der tyder på, at de har en forestilling om, at det er lægen, der kan/skal hjælpe dem af med tankerne. Når de mange tanker bliver udtrykt som smerter og helbredsklager, sker der en nærmest automatisk henvisning til den praktiserende læge, for hvor skal kvinderne ellers henvises? Hvem kan hjælpe dem ind i en afklarende fase, der både tager deres forståelse alvorligt, anerkender deres situation og hjælper med at skabe en følelse af sammenhæng? De giver udtryk for at de af og til føler sig latterliggjort, når lægen giver råd som motion, rejser, eller undgå stress. Men de har brug for hjælp, og lægen er blevet udpeget som hjælperen, for biomedicinen er

stadig den dominerende diskurs til italesættelse af sundhedsmæssige problemstillinger i vores samfund.

ligesom, jeg mistede hele lysten til at leve. Jeg kunne ikke forstå det”(3).

”... jeg har tænkt, eller jeg har snakket med nogen her, eller jeg snakker med nogle danskere om de problemer, og så siger de, ja, det kan man godt finde her, måske ikke hos ... at man tænker for meget, så man bliver meget ... får meget krampe og meget, derfor kommer de smerter i kroppen og sådan der. Man skal snakke med lægen, siger de. Jeg går til min læge så ... jeg gider ikke mere gå til lægen. Nogle gange jeg bliver to-tre måneder syg hjemme og ... og jeg gider ikke lave noget, så jeg går ikke til lægen, fordi hun har ikke tid til mig. Jeg får ikke svar på det ... spørgsmål, jeg stiller. Jeg har været her 16-17 år, så jeg svarer mig selv ... hvad skal jeg gå til læge og lave? Men stadigvæk, jeg er træt, jeg er syg, jeg har det ikke så godt. Øh, jeg skal have noget og ... hvad man siger og snakke til, og nogen der kan godt hjælpe mig. Jeg kan ikke hjælpe mig selv”(3).

Det er et højt råb om hjælp!

”Mine nerver var dalende. Jeg kan ikke forklare, hvordan jeg har haft det. Det kan ikke komme ud. Jeg var ikke frisk, ligesom jeg var det før. Det er

Der er meget på spil her! Hvem kan bringe disse kvinder på andre tanker, og hvordan kan dette gøres? Eller formuleret på en anden måde: hvem, hvordan, hvor og hvorledes kan fremtiden fortælles sammen med dem? Hvordan komme ud af liminalfasen og få integreret opløsningen, flugten og fremmedheden i den fremtid, der skal leves her i Danmark. Øvelsen går i høj grad ud på at integrere de ressourcer som kvinderne har og bevæge sig væk fra kun at fokusere på deres sårbarhed. Ressourcerne skinner tydeligt gennem kvindernes narrativer. Ellers havde de vel ikke siddet her overfor mig og så lysende klart og indsigtfuldt fortalt om både deres fortid og deres nutid og om deres analyser af disse? Vil de så ikke også gerne fortælle om deres fremtid? Efterlysning: en fortrolig, en lytter, en hjælper!

Vi har allerede fået mange forklaringer på, hvorfor kvinderne ikke har det så godt. Indtil videre har vi søgt forklaringer i områder, der vedrører deres sundhedsmæssige tilstand og i deres møder med sundhedsvæsenet. Møderne med sundhedsvæsenet går galt, der hvor lægen ikke har forstået denne sammenhæng, enten ved ikke at anerkende det de siger eller ved ikke at udvise tilstrækkelig medmenneskelighed. I kvindernes optik ligger der en hel verden af sammenhænge, som ikke italesættes hos lægen, men som er forklaringer, der giver mening i deres univers og i deres forståelse af deres helbredsmæssige situation.

Det forekommer, at når kvinderne som her bliver bedt om at fortælle om deres sundhed og trivsel, så tænker de fundamentalt i en meget bredere sammenhæng end de konkrete helbredsklager eller mødet med sundhedsvæsenet. Ikke at disse aspekter ikke er vigtige, for det er de jo. Klagerne og smerterne påvirker deres liv rigtigt meget, og sundhedsvæsenet er den instans, der skal varetage disse problemer. Det gør sundhedsvæsenet også men kun i forhold til toppen af isbjerget. Det er som om, sundhedsvæsenet ikke rigtigt ser det, der ligger under overfladen. Eller også mangler der viden om, hvordan det kan håndtere problemerne. Der forestår en stor opgave med at integrere de etniske minoritetsvinders perspektiv og det må overvejes grundigt, hvordan det gøres bedst.

Kvindernes oplevelser og erfaringer er af en anden karakter end tilstande, der kan forklares ved en biomedicinsk diagnose. De ligger altså ikke indenfor disease-modellens forklaringslogik. Jeg mener heller ikke, at de ligger indenfor illness-modellens parallelperspektiv (Kleinman, 1980), for der er ikke grundlæggende tale om, at kvinderne har en helt anden sygdomsforklaring end lægernes. Der er heller ikke tale om, at deres forklaring grundlæggende og eksklusivt placeres i kroppen. Hvis man lytter til hjertet og til tankerne, så handler det om manglende forståelse, altså noget kommunikativt, noget som foregår i et grænseland, hvor de som detektiver forsøger at finde forklaringer på lægernes adfærd; men ikke oplever den samme anstrengelse, samme anerkendelse eller det samme detektivarbejde.

Hvordan kan vi komme nærmere på en forståelse af, hvad det er, der går galt i denne kommunikation mellem patient og læge? Den type lidelser som kvinderne beskriver, samt de møder de har med lægen, er af lidet frugtbar karakter, hvis problematikken fra begge parter side tænkes ind i en disease-illness-model, hvor forklaringerne i begge tilfælde søges placeret i kroppen. Det er nødvendigt at indtænke kroppens sammenspil med bredere sociokulturelle faktorer. Sundhedsantropologiens nyeste begreb sociosomatik forekommer langt mere anvendelig til at bevæge problematikken bort fra lineære forklaringer og entydige årsags-virkningsforhold. Kvindernes møder i grænselandet handler ikke kun om noget, der foregår i en individuel, afgrænset krop, men er en del af et komplekst samspil mellem det individuelle, det sociale, det psykologiske og bredere kulturelle strømninger. Vi har at gøre med et udtryk for en generel menneskelig respons på diverse problematikker (Dalsgaard 2005).

Den antropologiske tilgang med narrativet i fokus i forbindelse med etniske minoritetskvinders uforholdsmæssigt mange uforståelige helbredsproblemer, har indtil videre kastet lys over, hvordan den narrative struktur kan bruges til at tage udgangspunkt i en nutidig helbredstilstand og inddrage fortiden som forståelsesramme og erfaringsunivers både som meninger, holdninger og handlinger. Hvis narrativet bringes i spil via en anerkendelse af kvindernes sygdomsopfattelse og af at tematet "manglende forståelse" er en integreret del heraf, åbnes der op for nye muligheder i mødet mellem etniske minoritetskvinder og

sundhedsvæsenet. Som det ser ud nu, understøtter mødet ofte et feedback (Paarup 2004), der bekræfter de forvrængede ansigtsudtryk og kvindernes indbyrdes enighed om tilværelsens uendelige elendighed. Ifølge den narrative struktur ligger løsningen lige for: at sundhedsvæsenet deltager i fortællingen om fremtiden og medvirker til at vende temaet til en ny struktur: en ny forståelse. Det har kvinderne tydeligvis og tydelige forventninger til.

Som central del af dette perspektiv bliver det desuden muligt at se på læge-patient-relationen som del af en fælles konstruktion af forklaringer og forståelser i grænselandet. Noget tyder på, at den feedback som den manglende forståelse for kvindernes lidelse i sundhedsvæsenet kaster tilbage, er med til at reproducere og fastholde kvinderne i, at de bare har mange smerter og mange klager. Her bliver forklaringerne, eller nærmere manglen på forklaringer, i kroppen eller i bevidstheden om kroppen, uden at kvinderne har fået bekræftelse og anerkendelse for deres fortællingers forbindelser til den sociale og kulturelle kontekst. Historikeren Edward Shorter har argumenteret i forlængelse heraf, at relationen mellem læge og patient i stigende grad er blevet mekaniseret uden plads for personlig, kulturel eller social rådgivning (Shorter, 1992). I mødet mellem de praktiserende læger og de etniske minoritetskvinder anskues deres tale om ondt i hjertet' og 'tænker for meget på det' ikke som

et muligt forklaringsfelt med en åbning til netop deres erfaringer; men ses som et irrationelt, besværligt og tidskrævende element.

Det kan derfor blive vanskeligt for den praktiserende læge at få adgang til narrativet, som ellers allerede i sin grundstruktur kunne have banet en vej for at deltage i fortællingen af den nødvendige fælles fremtidige historie.

Gennem det narrative perspektiv og analysen af, hvad der gemmer sig bag kvindernes metaforiske udtryk *ondt i hjertet* og *tænker for meget* gøres det muligt at overskride manglen på forståelse. Kvinderne inviterer faktisk til at overskride kommunikationsbristen. Den mulighed italesættes så åbenlyst ikke i det lægefaglige rum, i grænselandet – ikke til kvindernes tilfredsstillelse i hvert tilfælde. Ved ikke at være med til at forløse disse erfaringer bekræftes kvindernes opfattelse af at være både syge og misforståede. Der bliver dermed tale om en fastholdelse i fortællingens grundstruktur, som blokerer for en reel intervention i kvindernes helbredsklager. Paradoksalt nok medvirker den praktiserende læge dermed til at fastholde de forvrængede ansigter. Ved ikke at gå ind i hjerternes eller tankernes rum bliver det umuligt at få øje på en dybere forståelse af, hvad der gemmer sig bag hjerternes og tankernes tale. Hvordan hænger det sammen for kvinderne? Hvad ligger der i deres selvforståelse?

Centrale pointer:

- Der introduceres til begrebet dominerende fortælling; den der handler om smerter og klager.
- Oplevelsen af manglende forståelse i sundhedsvæsenet kan både dække over forskellige erfaringer med kvindekroppen, med traditioner og måder at tænke sundhed på i hjemlandet og med tårnhøje problemer i de sociale relationer. Især mødet med almen praksis opleves som problematisk og særdeles ufrugtbart til at afkode meningen med kvindernes centrale budskaber i form af 'ondt i hjertet' og 'tænker for meget'.

6. Klagerne og smerterne: Kvindernes egen forståelse

Når kvinderne har en oplevelse af, at mange af deres klager og smerter ikke bliver mødt med den rette forståelse i sundhedsvæsenet, søger de at udvide deres egne forklaringsmodeller. Det er ofte den forklaring, der præsenteres ved det lille skridt tilbage i hilseformen. Der hvor der endelig kan fortælles til en, der forstår; en lidelsesfælle. Her har vi fat i den dominerende fortællings anden grundstruktur, som er kvindernes egen forståelse. At lytte til den kan være nok så klogt. Det handler om at bevæge sig fra manglende forståelse til kvindernes selvforståelse, og i denne grundstruktur indgår i høj grad temaer som køn, kultur, eksistentialisme og marginalisering som del af den dominerende fortælling om islam og muslimer i Danmark.

I et sociosomatisk perspektiv spiller den praktiserende læge derfor utilsigtet rollen som den, der bekræfter en lidelse, som vedholdende reproducerer de forvredne ansigtsudtryk. Den feedback har kvinderne ikke brug for fra sundhedsvæsenets side. De får så rigeligt bekræftet deres dårlige helbred gennem de gensidigt forvredne ansigtsudtryk og gennem den sygerolle, mange har opnået i familien. Der tilbydes ikke noget alternativ, når kvindernes egen forståelse ikke anerkendes, og den narrative samtale ikke finder sted.

Vi nærmer os kvindernes egen forståelse af klagerne og smerterne. Vi er stadig væk i grænselandet med lutter åbne sanser, for det er det eneste sted, vi kan være og sammen udforske.

6.1. Ægteskab og savn

Alle kvinderne har været gift, flere er det endnu. Ægteskab hører med til kvindelivet. Ægteskabet er for kvinderne i alle tilfælde blevet indgåede i hjemlandene. I hjemlandet er ægteskabet ikke indgået for at opfylde et individuelt kærlighedsbehov. Ægteskabet er indgået mellem en mand og en kvinde samt mellem to ofte beslægtede familier. Når en kvinde gifter sig, får hun ikke kun en mand men også en helt ny familie, som hun ofte kommer til at leve meget tættere på end sin egen familie. Hvis hun er heldig, bor hendes egen familie dog lige om hjørnet, så hun stadig kan have kontakt med sin mor, sin far, sine brødre og måske sine søstre (Delaney 1991, Wikan 2003). De færreste af kvinderne har selv bestemt, hvem de ville giftes med. Ofte er aftalen lavet allerede ved fødslen. I rigtig mange tilfælde bliver de gift med en fætter, så de dermed tager del i at sikre, at slægten suppleres med mange efterkommere, og at økonomiske ressourcer bliver indenfor familiens rammer. At blive gift med en fætter er desuden garant for harmoni i ægteskabet, for familierne kender jo hinanden

og har altid mulighed for at mægle mellem ægtefæller, der naturligt nok kan blive uenige. Det hele bliver i familien.

Ganske få har haft modet til at gå imod familiens ønsker og selv vælge en ægtefælle, som ikke er godkendt af forældrene. Hvis de gør det, kan det nemt ende med, at de bliver afvist af deres egen familie:

"Dengang bestemte jeg selv. Det var ikke helt normalt. Der var stor respekt. Dengang jeg var 14 år, kom min far og sagde, du skal lave det og det, hvis jeg ikke gjorde det, blev jeg slået. Han var meget voldsom. Dengang jeg var lille, ville han vise alle ting til mig, nukan jeg forstå. Fordi dengang skulle jeg lave alt, og han er selv meget dygtig, han kan lave alt. Han er maler, men han kan alt. Han sagde til mig, at det var vigtigt, at jeg skulle lære alt. Dengang jeg var 14 år, sagde jeg, at jeg ville gifte mig, men han sagde nej, du skal gifte dig med hvem, jeg siger. Jeg siger nej, jeg vil ikke. Han sagde nej, du må ikke komme hjem så. Så i to år kom jeg ikke hjem. Det var meget svært, fordi dengang min mand var soldat, han var ikke hjemme. Jeg var meget alene, jeg var hos hans forældre, det var meget svært. Hver gang jeg ville gå til min mor, jeg skal fortælle det til hende, men jeg kunne ikke komme ind, jeg så hende sådan udenfor, men ikke hjemme. Efter jeg fødte, kom min far" (2).

Når kvinderne taler om disse ting fra hjemlandet, optræder deres far som den store autoritet, som patriark. Ingen af dem har særligt varme følelser for deres fædre:

"Jeg har meget skyld i mit liv og jeg har lavet mange fejl i mit liv, fordi jeg blev gift og fik børn så tidligt. Det er min største fejl, og det er min fars fejl. Men han vil ikke indrømme det. Han siger også til mine søskende, en fejl jeg har lavet i mit liv, det er [navn], men han siger det ikke til mig. Han siger det ikke til mig, jeg vil gerne have, at han siger det til mig, men han siger det ikke. Mine søskende fortæller mig det" (3).

"Før sagde min far til mig, at jeg skulle have tørklæde på, og jeg hørte på ham. Jeg havde det på i tre år. Ja, i tre år, men jeg var ikke glad for det. Som om jeg havde et pres, det var ikke til mig, jeg ville ikke have det" (3).

Der foregår en indre kamp her for at blive anerkendt som person med individuelle ønsker. Den kamp består blandt andet i at forlige sig med traditioner og skikke, som de repræsenteres af fædrene. Flere af kvinderne gennemgår et teenageoprør her i Danmark i en alder, hvor deres egne børn er teenagere. Det er en yderst vanskelig proces, fordi det samtidigt tvinger dem til at stille sig kritiske overfor en række af de værdier, de er opdraget med.

Det er dog ikke hele historien, for savnet af livet i hjemlandet, af forældrene, af søstrene, af brødrene, ja af hele det tætte sociale liv er enormt, og er for ingen af kvinderne for alvor blevet erstattet af noget i Danmark. Her bydes der kun på surrogater for et liv, hvor man aldrig har været alene. Aldrig vågnet alene i en seng. Aldrig været alene i et værelse. Aldrig gået alene ud på gaden.

I Danmark er deres liv ofte startet i ensomhed og isolation, og flere af kvinderne beretter om denne tilstand som et umenneskeligt og uværdigt vilkår; særligt i begyndelsen af deres ophold her i Danmark:

"Jeg kom bare sådan alene til Danmark for at leve med min mand. Jeg kendte ham kun i de to måneder, han tilbragte i hjemlandet omkring vores bryllup. Han rejste til Danmark for at lave familiesammenføring. Efter tre måneder kommer jeg alene. Det var svært. Alt her var anderledes, og det var forskelligt. Ham og landet. Det var ikke kun landet. Ingen at snakke med. Efter to måneder siger jeg, at jeg vil tilbage og skilles. Kun ham og hans to brødre, begge ugifte. Ingen kvinder. Jeg var den første – fire måneder sidder jeg hjemme. Han var på teknisk skole i [anden by] fra 8-16 og jeg er helt alene. Jeg kan ikke gå ud, højsne. Det starter med, at mit hjerte brænder. Det bliver værre og værre, og jeg kan ikke tåle det. Man kan sige,

at jeg har depression. Og jeg kender ingen, heller ikke min mand. Hjemme kommer der nogen hvert andet minut, naboer, seks søstre. Vi snakker dagen lang. Her kan jeg høre, hvis én går hen over gulvet. Efter seks måneder finder jeg ud af, at jeg har en arabisk nabo. Når jeg går med min mand på gaden, kigger jeg efter nogle med sort hår. Så tror jeg, det er en araber, og jeg bliver meget glad og vil snakke med dem. Den kvinde sidder også hjemme. Vi kommer til at kende hinanden. Jeg går til hende hver dag. Det hjalp meget. Efter noget tid kommer en lærer, min mands lærer fra skolen. Hun kommer på besøg og sørger for, at jeg kommer til sprogskolen, for jeg vil. Her møder jeg mange kvinder, og jeg vil lære og forstå. Tre år efter kommer min svigerinde fra hjemlandet. Da hun kom, var hun i Århus og jeg i [anden by], og hun fik samme problemer, for hendes mand har en lille grillbar og er væk hele dagen, og han bor på en slags kollegium. Heldigvis flytter vi til Århus, og vi ses hver dag, og vi sidder sammen, og mit liv forandres. Jeg savner selvfølgelig kvinden i [anden by] og skønt det nu er 10 år siden, taler vi ofte i telefon"(7).

Denne kvinde er utrolig heldig, for langt de færreste får en svigerinde præsenteret, for slet ikke at tale om en søster. Det er jo mest mænd, der migrerer og flygter! Vi får dog også

nogle svar på hvilke strategier, kvinderne benytter for at erstatte hjemlandets varme og trykke socialitet. Første prioritet er kvindelige slægtninge (mødre og søstre først, dernæst svigermødre og svigerinder). Næste hug er andre sorthårede og helst fra samme sproglige fællesskab, senere andre sorthårede og dansktalende, og endelig danskere. Jeg vil om et kort øjeblik vende mig mod deres omtaler af kvaliteten af disse relationer. Her vil jeg ganske kort opholde mig ved kvindernes relation til deres ægtemænd.

I bogstaveligste forstand gifter kvinden sig her med en totalt fremmed, og skønt det drejer sig om en mand, der har boet i Danmark et stykke tid, kan den samme følelse gøre sig gældende også i et ægteskab, indgået og konsumeret i hjemlandet. Der er vandtætte skodder mellem kvindernes og mændenes verden allerede fra syv-otteårs alderen. Selvom man er i familie, fætter og kusine, er det yderst sjældent, man har vekslet bemærkninger med hinanden før ægteskabet. Måske har parterne set hinanden, men sjældent befundet sig indenfor en dybere samtales muligheder. I de tilfælde hvor ægteskabet opretholdes, forbliver relationen mellem ægtefæller ofte præget af respektfuld afstand med opretholdelsen af en kvinde- og en mandeverden (El-Saadawi 1980, Moore 1994, Abu-Lughod 1993):

"... men du kan ikke sidde og snakke med din mand, at du...du har lavet sådan og sådan og sådan i går, eller du har gjort sådan eller sådan, jeg

kan ikke ... mange ting man kan ikke sige til manden ... hvordan, hvad laver kvinder? Vi holder det for os selv ... det kan man ikke. Fordi jeg har prøvet alt, ligesom jeg har lært mange ting ved at snakke med ham. Han er lukket. Jeg tror alle arabiske mænd er det samme. De er lukket ..."(3).

Jeg har her forsøgt at beskrive, hvilke omvæltninger eksiltilværelsen byder på, hvad angår de tætteste sociale relationer og sociale og følelsesmæssige belastninger. Kvinderne er dybt påvirkede af at have været underlagt fædrenes kontrol og af at være afskåret fra deres kendte kvindeverden. Flere har brug for et reelt opgør med deres fædre, og måske i det hele taget med en dominerende patriarkalsk tankegang. Kvindeverdenen hjemmefra er mistet, og den er savnet, og det er uhyggeligt svært at genetablere den i en dansk kontekst. Umiddelbart er der ikke noget i Danmark, hvis man altså ser bort fra sneen, som er fremmed. Det, der er uhåndterbart, er det, der er mistet, og savnet, samt måske den mand man har giftet sig med. Det er bemærkelsesværdigt, at kvinderne bruger den samme term *mit hjerte brænder* til at beskrive det følelsesmæssige vakuum, som de havner i, når de kommer til Danmark, som de bruger til at forklare smerterne og klagerne med. Savnet og afmagtsfølelsen sætter sig i kroppen som en smertende erindring, og det er blandt andet det, der søges lindring for hos lægen.

Det er endvidere vigtigt at bemærke, at kvinderne kan gå rundt i/med disse tilstande i årevis, uden at have nogle at dele deres erfaringer med. Den daglige kontakt med egen familie med mor og søstre er mistet; meget få gives en chance for at etablere relationer til en svigerfamilie, og de fleste ægtemænd er udelukkede som samtalepartner om disse dybt personlige følelser og smerter, der opleves som hørende til i kvindernes univers.

Knap halvdelen af de interviewede kvinder er fraskilte. Hvordan ser deres tilværelse mon ud?

6.2. Skilsmisse og alenetilværelse

De er blevet skilt, mens de har opholdt sig i Danmark. En angiver mandens spillelidenskab som årsag. En lidenskab som forårsagede stor forarmelse i familien, og blandt andet medførte, at børnene måtte opgive at studere. I dag klarer de sig dog godt, og de hjælper deres mor rigtigt meget. Andre er blevet skilt på grund af skænderier eller utroskab. Ingen synes, at det er rart, skønt det er blevet mere hyppigt også blandt etniske minoriteter og dermed også mere acceptabelt, men det er meget svært ikke at leve med den mand, man har fået børn sammen med, og det er hårdt at være vidne til børnenes ulykkelighed og forvirring (Dahl & Jakobsen 2005).

Hvis skilsmissen ikke er let, så er det desuden heller ikke let at leve som fraskilt efterfølgende. Flere af kvinderne nævner, at de ikke rigtig går ud af angst for de sigende blikke og talen bag deres ryg:

"fordi man tænker meget på, hvad folk siger" (1).

Flere er blevet skilt, og er dermed sluppet af med en dominerende patriarkalsk figur. For nogle er skilsmisse måske ligefrem blevet moderne, som én udtrykker det. Der er også bred enighed om, at jo bedre man kan klare sig selv i det danske samfund, jo lettere er det at gå igennem en skilsmisse. Alligevel er der mere på spil end økonomi og sprog. Der er både et helbred og en ære at værne om:

"Siden hun blev skilt med sin mand, der begyndte at opstå nogle problemer med hende og hendes mand. Der begyndte hendes helbred at blive dårligere ... både fysisk og psykisk. Hun tror også, at det har meget at gøre med, at hun har svært ved at fortælle det ud til folk. Hun rummer det inde i hjertet. Hun har svært ved at fortælle folk, hvad der er galt med hende, og hun tror, at det også har påvirket hende meget psykisk. Hun spørger mig, [mig = tolken] om min mor godt ved, at hendes mand er blevet gift med en anden ... han har lavet familiesammenføring til hende her. Hun er vist nok 38 år, og det er lige for nylig, det er sket. Hun siger, det er hårdt økonomisk, men ikke i den høje grad, fordi at her kan hun godt sikre sin indtægt og til sine børn, og så er der en

lejlighed, som hun kan bo i. Tværtimod hvis hun var i et [mellemøstligt] land, ville hun være meget afhængig af ham. Hun ville være meget afhængig af hans børnebidrag, og af at det er ham, der skal forsørge børnene med skole og sådan noget. Efter at have levet med sin mand i så mange år er det hårdt, men efterhånden siger hun, at hun ser sine børn blive store foran sig, så glemmer hun. Hun glemmer ham ved sine børn, altså. Hun føler ikke, der bliver kigget skævt til hende, og det er fordi, at hun har respekteret sig selv, hun ved godt, at hun er et ordentligt menneske, hun går ikke hen og laver noget dårligt. Hun respekterer sig selv, og hun respekterer sine børn. Tidligere gik hun med tørklæde, men hendes mand ville ikke have, at hun gik med tørklæde, så tog hun det af. Men efter hun blev skilt, begyndte hun at bære tørklæde på igen. Hun ved godt, at folk de ved godt rundt omkring, at det ikke er hendes skyld, at hun blev skilt. Det er hendes mand, der ikke ville have hende længere. At folk respekterer hende er, fordi hun godt ved, hvordan hun skal behandle folk, og hvordan hun skal behandle sine børn og sig selv. For eksempel hvis vi skal have nogen på besøg, så er det kun kvindekontakt, hun har; hun har ikke mandekontakt. Og hvis der skulle komme en familie hos hende, en kvinde sammen med sin mand, da har hun en dreng på 21 år, som hun så siger til, at han skal være hjemme i den tid, hvor manden han er der. Fordi nu er han manden derhjemme, hendes søn, og

hun siger også, at det respekterer hendes søn også, hun føler også, han er den virkelige mand derhjemme. Da hun blev skilt, samlede hun sine fem børn og sagde til dem ... fortalte dem situationen, og at den her lejlighed eller det her hus, det har vi alle sammen lige så stort ansvar for. Og det forstår de også godt, hendes børn" (4, med tolk).

En skilsmisse kan gå alvorligt ud over helbredet, og det mere end antydes, at hun er gået ærefuldt ud af ægteskabet, men også at der er ganske bestemte måder, hvorpå hun skal leve bagefter; alene med børnene. Det slår også tydeligt igennem, at hun er meget påvirket af situationen, selvom det faktisk er ni år siden, manden gik fra hende. Hun er så følelsesmæssigt påvirket, at hun er nødt til at spørge tolken, om tolkens mor har hørt det sidste, nemlig at manden er blevet gift igen. Tolkens mor og kvinden kender kun flygtigt hinanden, men alligevel er det vigtigt for hende at vide, om alle ved det, og måske også lidt om hvad de siger. Samtaler om livet efter skilsmisse er samtaler, der berører kvindernes sundhed, da der ikke i deres sygdomsforståelse er nogen klar adskillelse mellem det ene og det andet. Der er situationer, hvor kroppen regerer over hjernen (Grøn 2005). Kvinderne efterlyser blandt andet, at de kunne tænke sig at kunne tale med lægen om den slags problematikker, da der for dem er en klar sammenhæng mellem sundhed og deres sociale liv. Som vi så ovenfor, har de mistet og savner dem, de ellers ville have snakket med.

En skilsmisse kan, udover at være dybt krænkende og en følelsesmæssig belastning, være med til at skabe et socialt vakuum for kvinderne. Det påvirker deres sundhed og deres trivsel. For mange beror det på en ren tilfældighed, om de har en fortrolig samtalepartner, og hvis ikke er de dømt til isolation. Æren er især et kvindeanliggende. Det hviler tungt på deres skuldre at opretholde dette sociale og kulturelle dogme (Khader 2002, Wikan 2003). At gøre det har tydelige implikationer for helbredet, og er dermed implicit på dagsordenen, når de forvredne ansigter luftes i det offentlige rum; også hos de praktiserende læger.

Der skrives dog også mellem linjerne en anden historie. Det er en historie, der bærer kimen til en ny forståelse, og som i den antropologiske litteratur er blevet kaldt en 'quest narrative' (Dalsgaard 2005). En historie om at der jo sker noget i eksiltilværelsen, ting forandrer sig, man tilpasser sig; man erstatter måske ligefrem elendigheden med noget nyt? Det er nemlig pludseligt muligt selv at bestemme, om der skal tørklæde på eller ej; og meget vigtigt, økonomisk uafhængighed er her i Danmark en mulighed, som ikke findes i de fleste hjemlande.

6.3. Fortrolige, veninder og netværk

Vi vender os nu mod spørgsmålet, om det lykkes for kvinderne bare tilnærmelsesvist at genskabe eller overhovedet at skabe et socialt miljø, der kan erstatte det, vi har hørt dem omtale som 'hjerternes tale' i hjemlandet? Disse narrativer inkluderer også en fortælling om relationer til danskere samt om, hvordan deres

liv i Danmark har forandret sig. En forandringsproces fyldt med dilemmaer og med sygdom, sundhed og trivsel som centrale temaer.

"Jeg har ikke nogen at snakke med, så jeg kommer her i [beboerhuset] sommetider" (8).

"Vi er meget afhængige af vore naboer her, for vi har ingen familie i Danmark. Og ikke alle er lige åbne. Her har folk meget travlt. De er på arbejde, de køber ind. Alting skal du lave selv. De tænker ikke på andre. Men det er også godt, for her er der frihed og vi behøver ikke være bange. For eksempel kan vi her gå ud også om aftenen. Det kan kvinder ikke i [hjemlandet]" (9).

Det koster noget at flygte, men man vinder også noget. Hvis man har den bevidsthed, bliver det måske lidt nemmere at sluge det at leve under nogle samfundsmæssige strukturer, som man i bund og grund ikke forstår. At folk passer sig selv og ikke har tid til at bekymre sig om og hjælpe hinanden. Kvinden siger ikke at det er frihedens pris, det er hun alt for høflig til, men det er tæt på. Og selvom der for kvinderne i denne undersøgelse er et beboerhus med forskellige muligheder for at mødes, så kan det langt fra tilfredsstillende behovet for at tale 'fra hjertet' eller virkelig vinde forståelse fra en, som man har fortrolighed til. Ovenstående hørte vi, hvordan det kunne bringe glæde

blot at møde en person med sort hår, og at det også kan føre til et livslangt venskab på trods af geografisk distance (og hertil skal det bemærkes, at den pågældende kvinde aldrig har haft lejlighed til eller mulighed for igen at træffe naboen fra (anden by), hverken ved at besøge hende eller ved at få besøg af hende!). Men det er langt fra alle som betror sig til nogen, ligegyldigt om de har en fælles baggrund.

Noget tyder på at betegnelsen 'veninde' i betydningen 'en dybt fortrolig ikke-slægtning' ikke finder genklang hos kvinderne i min efterøgning af en sådan kategori. Det er samtidig et spørgsmål, der lige pludseligt gør hjemlandets respektive kultur synlig. De øvrige emner i deres fortællinger har, på trods af forskellige oprindelseslande, -sprog og -religion afspejlet en vis overensstemmelse i forhold til at blive konfronteret med det danske samfund. Men når det handler om en fortrolig ikke-slægtning, en man kan betro sine dybeste hemmeligheder til, træder der en tydelig forskel frem, som adskiller det afrikanske kontinent fra Mellemøsten. Som altid når talen falder på kultur skal man træde varsomt og tænke i både-og kategorier snarere end i enten-eller, fordi der altid vil være undtagelser. I interviewene finder veninde-kategorien i særlig grad ikke resonans blandt de arabiske kvinder. Det modsatte gør sig gældende i en anden af undersøgelsens grupper:

"Hun [veninden] er flyttet ind hos hende for at hjælpe hende med for eksempel madlavning og huslige ting

og for også at holde øje med, at hun har det godt og om hun klarer sig, altså at hun er der til at hjælpe hende og også tage med hende, når hun skal til læge...[omvendt] er hun der jo også for at hjælpe hende lige så meget som hun hjælper hende, så det er gensidigt...Fordi vores kultur er sådan. Det er vores kultur at være tæt på hinanden og hjælpe hinanden og arbejde sammen og være sammen. Og ikke skabe problemer mellem hinanden. Og ikke nok med det, men så er vi i et andet land, en anden kultur, hvilket gør at vi er endnu tættere på hinanden og søger meget mere mod hinanden end man normalt ville gøre"
(5, med tolk).

Det er somaliske kvinder, der taler her. De udtrykker en stærk tradition fra det sorte Afrika for at tillægge moderskabet, kvinderollen og fællesskabet meget stor betydning (Wittrup 1992). Her kan veninde-kategorien fint rummes. I en århusiansk kontekst afspejles denne tradition desuden i en meget velorganiseret og relativt stærk Somalisk Kvindeforening, som gennem årene har været synlig dels ved at give somaliske kvinder en stemme i den offentlige debat, og dels ved at initiere en række aktiviteter (www.somaliwomen.dk).

Mere fra de arabiske kvinders fortællinger:

"Ja, der er mange der har det samme problem. Tror, der er mange der har det samme problem. Men arabiske kvinder altid øh...hun tager alt og hun gemmer alt i ... for eksempel hun er araber, jeg snakker med dig mere fri fordi du er dansker, du måske forstår mere mig end hende. Men fordi hun er araber jeg snakker med hende, altid jeg er genert og gemmer nogle ting. Jeg kan ikke helt ... i min hjerne at snakke..."(3).

Arabiske kvinder har altså ikke tradition for at åbne sig op for hinanden, og det svarer meget godt til det billede der er af foreningslivet i Århus. Arabiske kvinder er ikke særligt synlige i offentligheden. Det er desuden et billede, der bekræftes af en svensk undersøgelse af relationen mellem social kapital og sundhed blandt forskellige etniske minoritetsgrupper i Malmø. I sammenligningen med svenskere og etniske minoritetsgrupper i Sverige kommer arabere i al almindelighed ud med laveste sociale kapital, men af alle er det arabiske kvinder, der besidder mindst social kapital, som jo blandt andet også er en måde at måle tillid til hinanden og tillid til samfundets institutioner på. Omvendt kan det udtrykkes som tilstedeværelsen af en relativ høj grad af social isolation blandt arabiske kvinder, hvilket i sig selv er en stor risikofaktor for sundhed og trivsel (Lindström 2005).

Inden vi forfalder til at være helt vildt glade for at vi nu har fået en kulturel forklaring, som vi kan møde henholdsvis arabiske og somaliske kvinder med, vil jeg hurtigt gå videre til, hvad der også peges på i materialet. For de kulturelle normer og værdier kæmper bravt med de enkelte kvinders individuelle unikke og specifikke erfaringer med at leve i Danmark og med at mødes med andre kvinder og definere, hvad det er de har brug for hos hinanden. Først til møder, der intet har med kultur at gøre, men som handler om kemi, følelser og hjerteblod:

"Jeg arbejder jo med mange muslimske kvinder. De er meget, meget gode. Vi er ligesom søstre. Jeg er meget glad for den store forskellighed, der er her. Og det er vigtigt for vi er jo meget sammen på arbejdet. Næsten mere end med familien...De udenlandske mænd er ikke så gode til at snakke med hinanden om deres problemer"(9).

"De var naboer og boede først lidt udenfor byen, men naboen flyttede hertil og så flyttede hun også selv hertil...I starten var det lidt svært men hun [naboen] hjalp hende meget...med at tage hende ud og hjælpe hende med masser af forskellige ting, fordi at hun vidste intet, dengang hun var gift. Der var hun bare hjemme. Og så er det manden, der sørger for alt. Hun skulle bare

være hjemme og sørge for, at der er rent og lave mad og sådan noget, hun kendte ikke noget til udeliv. Hun [naboen] hjalp hende utroligt meget med det. I starten var det lidt svært med at gå ud og lære de forskellige ting som skal laves, altså ude i udeliv. Altså du ved godt, gå på indkøb, banken, skolen, boligforeningen. Hun har været her i fem år hvor hun ikke kunne finde ud af at komme ud hjemmefra, hun var jo hele tiden hjemme. Men så snart [naboen] hun kom hun lærte hende lidt og så var hun sådan lidt ude og lærte det. I starten var det svært men nu er det meget normalt...Hun [naboen] har sågar besøgt hendes forældre i [hjemlandet] og har lært mine forældre godt at kende, de kan godt lide hende også dernede...Altså hun, selvfølgelig hun giver hende ikke noget økonomisk, hvis man kan tænke på den måde, men altså hun giver hende støtte og det er hun fuldstændig glad for. Det er klart"(4, med tolk).

Der er i disse møder ingen reservationer og ingen henvisninger til kulturelle normer og koder for, hvem man omgås hvornår og hvordan. Det er kvinder, som møder andre kvinder, enten på gruppebasis eller individuelt med åbent sind og løftet pande. Nogle gange går det helt på kryds og tværs som her, hvor to forskellige og fraskilte kvinder, med to forskellige sprog, fra to forskellige hjemlande og to forskellige

kulturer går hen og åbner sig for hinanden i et tredje land: Danmark. Hør hvad de siger om hinanden og deres møde:

Kvinde 1:

"Ja, hun er meget god kvinde. Hun hjælper mig meget. Også med hendes smil og hendes snak...Vi snakker dansk, ikke rigtig dansk, men vi forstår hinanden...Hun er meget sjov, hvis hun kommer og jeg er lidt sur, så laver hun noget, så jeg bliver glad"(1).

Kvinde 2:

"Ja, i 17 år har jeg kendt Kvinde 1. Vi ser hinanden 2-3 gange om ugen. Hun kommer og besøger mig og jeg besøger hende...Første gang min søn og hendes søn gik påskolen. Hun bor derovre, hvor vi boede før. Hendes søn kom og besøgte min søn. Min søn fortalte mig om hende og sagde jeg skulle gå til hende. Jeg havde ikke kontakt med nogle [med Kvinde 1's baggrund]. Jeg gik og besøgte hende og jeg syntes hun var meget varm, hun er ikke som andre, hun er meget varm. Vi sidder to timer hos hende. Nogen gange sidder vi hele natten hos hinanden, hun sover her og jeg sover der. Jeg elsker hende ligeså meget som min søster"(2).

Der er meget, som disse to kvinder ikke kan sige på dansk, men der er mere, som de forstår og har til fælles. De har nemlig set hinanden.

De har set hinandens smil, varme og åbenhed og inviteret den anden ind. De har investeret både tid, tillid og fortrolighed og udpeger en helt ny dimension for kommunikation på tværs af sprogbarrierer. Det at investere tid, tillid og fortrolighed kunne måske være en farbar vej for det danske sundhedsvæsens møde med disse kvinder i konsultationen eller på sygehuset.

Sundhedsprofessionelle kan med fordel arbejde på at udvikle kommunikationsformer, der ikke kun at handler om sproglig kommunikation men også inddrager nonverbale udtryksformer som smil, åbenhed, fagter og øjenkontakt. Den form for kommunikation må desuden ikke være tilfældig, men udvikles som del af en fast praksis hurtigt efterfulgt af verbal kommunikation.

Der gives udtryk for en række betydningsfulde værdier i disse sekvenser. Den højeste værdi tildeles den, som kan karakteriseres som en søster eller som en bror, som vi også har set det i forbindelse med kontakten til den praktiserende læge. Ingen af kvinderne har en søster eller bror i Danmark. De færreste kvinder, som er enten familiesammenførte eller flygtet til Danmark, vil have en bror eller en søster boende sådan lige om hjørnet. Det betyder dog ikke, at de ikke kigger efter en sådan, at de ikke efterspørger en lignende relation til et andet menneske her i Danmark. Det betyder heller ikke, at de ikke kan finde en sådan relation. Som vi har set finder nogle den, og andre gør ikke.

Formuleres der andre værdier som anses for vigtige for at have tillid og fortrolighed til

andre? Den søsterlige relation stiller ikke så mange krav ud over at blive set, hørt og lyttet til. Et smil, en varme. Men der kan også udtrykkes andre værdier eller forventninger til relationen:

"Alligevel, hvis jeg er meget sikker på [navn på anden kvinde] og jeg snakker med hende om alt, også det at jeg er sikker på mig selv, at måske hun giver mig lidt hjælp. Ikke kun bare høre...måske en lille smule hjælp eller sådan eller hun giver mig ny idé eller sådan" (3).

Det værdsættes altså også, at man kan være med til at formulere nye ideer, kan være med til at finde løsninger på problemer. Der er en tydelig invitation, som signalerer åbenhed for nye ideer til fremme af sundhed og trivsel. Mange af kvinderne er kreative mennesker, og det kunne være givtigt for sundhedsvæsenet at udforske dette perspektiv noget mere. Her kan man eventuelt trække på nogle af de mange teorier om sociale netværk og deres betydning for sundhed og trivsel (Larsen 2004, Wittrup 2004a). Flere af kvinderne refererer i den sammenhæng til nogle mere eller mindre etablerede 'kvindeklubber' i boligområdet, som har fungeret gennem årene:

"Vi lavede ingenting, men vi hyggede os. De har ikke nogen steder, de kan ikke gå nogen steder. Hvor skal jeg gå

hen, til en veninde og hendes mand? Jeg vil godt nogen steder, hvor jeg møder nogen, men jeg kan ikke. De har selv familie og har ikke tid til mig. Før var det kun onsdag, der var til damer, men efter det er blevet blandet, og der kommer mænd, så er der mange kvinder, der ikke kommer mere. Ja, de kommer ikke mere. For de vil snakke og de vil grine, og det kan de ikke. Men jeg vil gerne åbne en klub, og der kommer mange kvinder”(1).

Der ligger heri implicit, at kvinderne også definerer 'et før' som en del af deres tid i Danmark. Et 'før', hvor det er forsøgt at genskabe hjemlandets nære miljø, som ikke genfindes i andre sammenhænge. Så det bedste er hjemlandet, det næstbedste er Danmark 'før' og det værste er 'nu'. Der refereres til, at mange af kvinderne har været her længe og ikke rigtig føler, at de har fået greb om tingene. De oplever desuden, at det er svært at samles, som de kunne før i tiden, dels fordi der nu ikke tages så meget højde for, om der er mænd tilstede, og dels fordi mange kvinder er væk fra hjemmet: på sprogskole, i aktivering, i uddannelsesforløb. Børnene ligeså: i daginstitution, i skole. Og det er ikke helt det samme i dag. Hvad handler det egentligt om? Hvad er det, der gør det svært for kvinderne at mødes i deres fritid? Der er i materialet ikke nogle helt klare og entydige forklaringer, men nogle antydninger, som peger på den overhængende fare for isolation og marginalisering.

For næsten halvdelen af kvinderne gælder det, at de er fraskilte. Som en rød tråd i deres fortælling løber, at de må opføre sig ærbart og anstændigt og at der er grænser for, hvad de kan gøre og hvem de kan gå ud til/med – og da slet ikke til/med mænd! Bedst for dem er det at blive veninde med en anden fraskilt kvinde. For der er knivskarpe grænser for, hvornår og hvor ofte de kan besøge veninder, som har en mand. Det kan de eksempelvis aldrig gøre, når venindens mand er hjemme. De kan heller ikke besøge hinanden om aftenen, fordi det er ikke godt for kvinder at gå ud om aftenen: "Hvor kan jeg gå hen?" (1). At Kvinde 1 og Kvinde 2 sover hos hinanden er helt usædvanligt og ganske enestående. Det kvinderne her beskriver, er den sociale kontrol, som de virker ret ambivalente overfor. På den ene side giver de udtryk for, at det er godt, at folk holder øje med hinanden, for det er med til at styrke sammenholdet og til ikke at føle sig alene, men på den anden side ligger der også nogle snærende bånd, som de også har lyst til at løsne. Det er her InterMultiFemina virker: der er elementer i kvindernes kultur og tradition, som de både anerkender og anvender, samtidig med at de har lyst til at åbne op for tilværelsens nye muligheder. De er både imellem, flertydige og kvinder.

Der er endnu færre muligheder for de gifte kvinder:

"At de kan godt hjælpe eller, de kan godt give en råd, en god råd, så det, hvordan man siger fordi jeg og hende har de samme problemer derhjemme, og vi har de samme problemer

med børnene, men vi kan ikke altid hjælpe hinanden. Og vores kultur at gøre og vores børn, hvordan det var i vores land, hvordan det er her, vi skal holde vores, hvordan man siger, traditioner eller vores liv her også ikke ligesom, vi kan ikke være fri for det. Ikke noget er lige meget: jeg kommer ikke hjem i dag, så jeg kommer måske senere hjem, nej vi har præcis grund. Vi arbejder ude, jeg skal være færdig klokken seks, jeg skal være klokken seks hjemme, fordi min mand skal spise, mine børn skal spise også. Men det kan vi, det kan vi ikke. Det som vi siger en dansk familie og i dag jeg laver ikke mad, jeg ringer til en at de kommer med mad. Det kan vi ikke. I dag jeg bliver ikke hjemme, i dag jeg går ud til en kaffe eller jeg går med min veninde eller sådan, det kan vi heller ikke”(3).

På dette felt ser vi en stor forskel til kvindeliv i Danmark. Det er en forskel, der bunder i en blanding af kultur og traditioner. Det er et felt, hvor det ikke for alvor er lykket for mange af kvinderne at skabe forandring. For skønt de skal være og er aktive på det danske arbejdsmarked (aktivering, sprogskole, flexjob), så er der ingen der har tænkt på, at mange af kvinderne godt nok har levet et meget aktivt liv der, hvor de kommer fra, men ikke et aktivt liv væk fra familien, far, mor, svigerfar, svigermor, mand og børn. De har ud over at være med til at skaffe føden på bordet, også været primus motor

i at varetage de hjemlige sysler, samt børnepasning/-opdragelse. Når de ikke er hjemme til at være det omdrejningspunkt, som alle andre familiemedlemmer drejer rundt om, så falder tingene fra hinanden både på det praktiske og det mentale plan (Achebe 1958). Det danske samfunds krav til kvinderne er for voldsomt, de har for store omkostninger for det dyrebareste de har: deres familie, deres børn. Børnene og dermed rollen som mor får et selvstændigt kapitel. Det skal jeg vende tilbage til.

I kvindernes fortællinger om veninder og kvindenetværk skinner det igennem, at de kæder deres sociale relationer direkte sammen med deres helbredsmaessige tilstand, og at det er faktorer, der gensidigt påvirker hinanden. De giver alle udtryk for, at de har brug for en samtalepartner, der ikke kun lytter, men også ser dem og giver dem gode råd. Flere bruger deres yderste ressourcer for at etablere tætte og vedvarende sociale relationer til andre kvinder, og for nogle lykkes det rigtig godt, skønt det er skrøbelige relationer med knappe ressourcer.

Kan de forestille sig tætte relationer til danskere? Også her er der delte meninger. Vi har allerede hørt, at det for arabiske kvinder måske er lettere at betroe sig til en dansker end til en anden arabisk kvinde. Den slags oplevelser er der flere af. Mange har kendt danske kvinder i en årrække, ofte i professionelt øjemed, men også som naboer:

"Når hun siger søster til [dansk kvinde] og [dansk kvinde] hun siger, jeg

siger det virkeligt fra hjertet, fordi at jeg føler, at jeg kan godt lide dem, og de kan også godt lide mig ... hun siger, at selvom at de er danskere, så føler hun virkeligt, at hun kan lide dem. Altså hun føler, at hun er tæt på dem. Fordi du ved godt, at der er mange der laver separation og så vender tilbage igen, men hun var altså ... det var sandhed og alle kendte hendes historie godt sammen med sin mand, så de stoler godt på hende og det hun siger, og det er hun meget glad for. Hun har kendt dem otte-ni år og føler virkelig, at hun behandler dem godt. Og de behandler mig ikke som en klient. De behandler mig som en søster, jeg føler virkeligt det, hun er en søster for mig, jeg elsker hende jo, hi, hi" (4, med tolk).

Mange har altså mødt god forståelse fra danske kvinder, og flere ryger ind i den mest værdsatte kategori som søster. Men det gælder langt fra alle:

"Vi har et lidt koldt liv her, fordi danskerne de er ikke åbne, og det ved jeg ikke hvorfor. Aldrig de åbner ind til andre. Det er forskellen mellem os og jer. Du kender ikke mit samfund, og jeg kender ikke dit. De er forskellige. Man skal bruge lang tid for at forstå. Vi er lukkede med tørklæder men er

åbne for..Men måske kender I ikke det. I tror, at hvis man har tørklæde på, kan vi ikke lide andre eller at snakke med nogen...Koldt er ikke kun klimaet. Der er mange gode ting i Danmark. Meget demokrati. Meget respekt for regler. Gode sociale regler som tænker på alle mennesker og ikke som i [hjemlandet], hvor nogle er meget rige, mens andre er meget fattige" (7).

6.4. Social støtte og netværk

I dette afsnit forsøger jeg at kortlægge den del af kvindernes sociosomatiske baggrund, der handler om deres eksiltilværelse og deres net af sociale relationer. Både dem kvinderne har med sig, men mest dem de ikke har med, dem de har så inderligt brug for at rekonstruere. Og i kvindernes selvforståelse er der en stærk sammenhæng til deres helbredsmaessige tilstand. Alle mennesker påvirkes af forandringer i sociale relationer, men etniske minoritetskvinder påvirkes på en ganske særlig måde, som jeg her vil opsummere:

- **Ægteskabet:** det er som regel mænd, der migrerer enten som flygtninge eller som arbejdskraftmigranter. De har dermed oftest en slags mål, når de forlader hjemlandet. Manden er derimod kvindernes mål. Oplevelsen af tab er desto større, ligesom afhængigheden af manden og dennes eventuelle familie er det.
- **Frihed kontra ære:** eksiltilværelsen konfronterer kvinderne med nye muligheder.

Økonomisk frihed for eksempel til et selvstændigt liv efter skilsmisse. Men denne økonomiske frisætning hænger slet ikke sammen med det moralske kodeks, der hersker for kvinders personlige, kulturelle og sociale frihed. Det gør det vanskeligt at leve op til samfundsmæssige krav om ageren i det offentlige rum. Samme modsætningsfulde konfiguration.

- *Nye udfordringer:* ægtemanden bliver i meget få tilfælde den nye fortrolige og samtalepartner, som kvinderne efterlyser. Nogle har tradition for stærke kvindelige fællesskaber, mens andre aldrig finder nogen erstatning, som de kan åbne sig for. De må nøjes med den hybrid, der findes blandt danske professionelle, som de møder på deres vej (Jacobsen et al. 2004). Det er samtidig en øvelse i arrangerede bekendtskaber.

Brydningstider forandringstid. Den selvforståelse, som skabes på baggrund af kvindernes erfaringer med sundhed og trivsel, er under stadig udvikling. I den proces bliver der identificeret både mulige og umulige platforme at komme videre fra. Sommetider ses den praktiserende læge som en sådan platform, hvad enten den enkelte selv opsøger lægen eller bliver henvist dertil grundet problematikker opstået på andre områder i det danske samfund.

I narrativerne efterlyses både social støtte og indgåelse i sociale netværk. Begge dimensioner har en veldokumenteret effekt på sundhed og trivsel (Larsen 2004, Tjørnhøj-Thomsen 2004). Selvfølelse, social anerkendelse og identitet er nøje knyttet til, hvordan man indgår i og agerer i forskellige specifikke sociale

netværk. Uden at ville udkrystallisere i detaljer det nøjagtige indhold i InterMultiFemina – en historisk proces, som etniske minoritetskvinder selv står midt i at beskrive og definere – så bærer deres diskurs i sig reminiscenser fra kvindebevægelsen og dennes dialog med feminismen (Rossanda 1981). Der er både fokus på et generelt opgør med kulturens og traditionens snærende bånd samtidig med et specifikt fokus på køn; på deres situation som kvinder.

Før vi helt overgiver os til nye horisonter, så berører kvinderne i deres selvforståelse af klagerne og smerterne også deres forhold til deres sønner og døtre. Børneopdragelse er faktisk en sand kampzone, og repræsenterer en endog meget stor udfordring for kvinderne. Især er det vanskeligt at forstå det danske samfunds indtrængen på det, der opfattes som privat område, som det er tilfældet med børneopdragelse. Der kan forekomme uforståelige interventioner fra socialvæsen, skolelærere eller børnehave-/socialpædagoger. I forlængelse heraf er budskabet fra de forskellige instanser vanskeligt at gennemskue. Flere har den opfattelse, at det danske samfund opdrager børn til 'at bestemme selv', hvilket de fleste af kvinderne opfatter som uforståeligt.

6.5. Børneopdragelse

Kvinderne elsker deres børn. Som for øvrigt alle forældre gør. De er selve meningen med livet og dermed med til at bibringe den største lykke og ligeledes den største ulykke. Det er også i forhold til børnene, at kvinderne oplever de største udfordringer ved at leve i det danske

samfund. Hvordan de tackler disse, og hvordan deres familier overlever teenage-orkaner, har stor betydning for kvindernes helbred. I deres egen forståelse af klagerne og smerterne tæller børneopdragelsen med, fordi den vedrører selve familiens sammenhængskraft indadtil og ære udadtil.

For mange lurer katastrofen lige under overfladen. Rollen som forældre er meget hårdt ramt ved tilværelsen i Danmark. Der er blevet vendt op og ned på alt, hvad de hidtil har troet på, lært og elsket. Meningen med tilværelsen er der sat afgørende spørgsmålstejn ved. Deres roller og identitet som forældre og bedsteforældre er under konstant beskydning i den offentlige debat, og har været det længe. Selvom det at have børn vedrører hele familien, så ligger hovedansvaret for børnenes opdragelse hos kvinderne.

Det at have børn er i mange samfund for eksempel i Mellemøsten og i flere lande i Afrika desuden ensbetydende med at sikre tilværelsen i alderdommen. Der er et vigtigt økonomisk element i denne sikring, forældrene regner med en vis forsørgelse, husly og omsorg. Men der er også væsentlige sociale elementer i denne fremtidige forventning: samværet med børnebørnene, samværet med børn og svigerbørn. Endelig er der en mening med denne indretning: at man stadig har en rolle at spille i samfundet, i familien og overfor enkeltpersoner. I de fleste samfund er det forbundet med høj status at blive ældre, fordi man derved har opsummeret alskens visdom, som de yngre generationer kan nyde godt af og gøre brug af (Delaney 1991, Wikan 2003).

For mange er det største chok i dansk samfundsindretning vores plejehjem. At vi har indrettet et samfund, hvor de ældre ikke længere spiller en rolle, hvor de ikke er sammen med børn og børnebørn og derfor må leve en tilværelse i ensomhed og isolation overgivet i fremmede menneskers vold. Det er et meget uforståeligt fænomen, som de fleste frygter og afskyr som fremtidsscenario. Alligevel sker der også forandringer på dette område, og efterhånden accepterer flere ældre minoritetsborgere tingenes sørgelige tilstand (Mortensen, S.L. 2003).

Ingen af kvinderne i dette materiale har ældre familiemedlemmer, så for dem er problematikken endnu ikke aktuel. De med små børn har endnu dette kapitel til gode, og et par af de ældste har fundet ud af at flytte sammen for på den måde at kunne hjælpe hinanden.

"Små børn, små problemer. Store børn, store problemer" (9).

For dem med store og voksne børn gør det rigtigt ondt at være opdragere i Danmark. De oplever det som et frontalangreb, som især rammer kvinderne og dermed deres identitet, deres helbred og deres ægteskab. De udsættes for et bombardement, der får hele deres fundament til at skride, samtidig med at de kæmper med næb og klør for at holde sammen på alt, hvad de har kært, og som de har lært. Og til at overleve disse skær er der ikke meget hjælp at hente. Den kamp udkæmper den enkelte kvinde alene med voldsomme konsekvenser for sit helbred og trivsel.

"Det falder altid på mor. Det er lige meget hvad børnene laver, og han [manden] er også med, og han opdrager børnene hjemme. Han ved hvad sine børn laver, men altid det falder på mors hoved" (3).

Der er meget let til gråd, når vi kommer ind i dette minefelt, og det er ekstremt svært at tale om. Måske har de aldrig talt med nogen om det?

De kommer fra samfund, hvor det enkelte individs ønsker og behov skal passes ind i familiens ønsker og behov. Det er derfor vanskeligt for dem at navigere i et meget individorienteret samfund. Skærene er mangfoldige, der er ikke noget søkort til at navigere efter, og kaptajnen er blændet. Ud fra interviewene vil jeg forsøge at beskrive de hændelser og situationer, som set fra kvindernes perspektiver, ikke er skærmen isbjerge:

6.5.1. Drenge og piger

I megen traditionel børneopdragelse har drenge og piger ved puberteten hver deres; meget forskellige liv. Vigtigst er det, at der ikke er kontakt mellem pigernes verden og drengenes verden. De vokser op i komplementære verdener med henblik på at forenes i ægteskabet, for også her at cirkulere i hver sin verden med ægtesengen og børnene som fælles omdrejningspunkt. I mange tilfælde bliver børnene trolovet med hinanden allerede ved fødslen oftest begrundet i nært slægtskab. Som re-

gel indgås ægteskabet på baggrund af aftaler mellem forældrene, hvilket også kan ske ved giftemoden alder. Det kan godt ske, at de unge har forelsket sig, når de har set hinanden passere forbi på gaden eller opfanget et glimt på markedet, men forældrene skal altid godkende valget, og de to familier skal altid inddrages og blive enige. I Danmark blandes verdenerne derimod sammen, og fristelserne lurer lige udenfor døren. I skolen, på gaderne. Der er ungdomsklubber, internet og alskens TV. Kønnene blandes hele tiden sammen, hvilket stiller store udfordringer til forældrene (Brooks 1995, Moore 1988, Rossanda 1981, Bell et al. 1993).

Drengene har man aldrig direkte kunnet kontrollere, men man har sørget for, at deres adgang til pigernes verden er blokeret. Her i Danmark kan man ikke kontrollere drengene i det offentlige rum, der er blandet og ikke overvåget med henblik på kønsadskillelse. Tværtimod. Drengenes færden bliver dermed i særlig grad ude af kontrol, og nogle får en dansk "kæreste". Denne frihed for drengene får døtrene til at sætte forældrene under pres, men pigerne skal der passes på, de kan ikke sove ude og da slet ikke hos danske veninder, og de kan da overhovedet ikke have kærester. Deres dyd skal vogtes, og de skal være jomfruer, når de bliver gift. Familiens ære bliver i udstrakt grad et spørgsmål om, hvorvidt det lykkes at holde pigerne på dydens smalle sti. Et anliggende der i første omgang ligger i moderens hænder.

6.5.2. De unge og ægteskabsindgåelse

De voldsomme spændinger, som eksiltilværelsen påfører familierne, aflæses især gen-

nem deres muligheder for at navigere gennem børnenes pubertet, og frem til indgåelsen af et passende ægteskab. Her fremføres blot nogle af de utallige mulige forhindringer, som i disse scener, der beskrives på baggrund af mine felt-noter:

mærke, hvad der er i sønnens hjerte. For måske fremkalder hans kvaler reminiscenser fra indgåelsen af hendes eget ægteskab? Sønnen får sin skilsmisse, faderen bortviser ham, og moderens hjerte brister.

Scene 1:

Den ældste søn når giftealder og bliver oplyst om, at han skal giftes med sin kusine fra hjemlandet. Alle bifalder et sådant ægteskab. Men drengen vil ikke, for han elsker ikke den pige, han elsker en dansk pige. Men der lægges et voldsomt pres på ham, som moderen deltager i, men som faderen fører an i. Ægteskabet indgås med pomp og pragt, bruden flytter til Danmark, men efter kun et år fortæller sønnen sin mor, at han ikke kan leve med den kvinde, for hans hjerte kan ikke åbne sig for hende. Sønnen tør ikke selv fortælle sin far om denne tingenes tilstand, så moderen må gå den tunge gang og være den første til at tåle faderens vrede og frustration. I måneder lever familien i et sandt mareridt, for faderen vil ikke acceptere sønnens ønsker om skilsmisse og forsøger at tvinge ham til at forblive i ægteskabet. I denne konflikttid er det hele tiden moderen, der mæglar, for hun mærker grunden ryste under sig og sin lille familie, og der er kun hende til at gyde olie på vandene, og også kun hende til at

Scene 2:

Sønnen fortsætter forholdet til sin danske kæreste – et forhold som han måske aldrig helt har været ude af? De får en lille datter. Moderen konfronterer nu sin ægteemand med sit knuste hjerte, og forlanger at se sit barnebarn. Det får hun ingen tilladelse til, men lidt efter lidt gennemtvinger hun, at sønnen kommer hjem med sin lille datter. Når den lille er der, vender manden hovedet bort og lader som om, at hun ikke er der. Han kan ikke åbne sine arme for hende. Indadtil er der gået alvorlige skår i ægteskabet, og udadtil er relationen til en stor del af mandens familie, derfra hvor kusinen kom, helt nedkølet. Der er bragt skam over familien. En skam, der både indadtil og udadtil hviler på kvindens hoved og skuldre. Der hvor smerterne sidder!

Scene 3:

Der går nogle år, og den ældste datter fortæller sin mor, at hun har mødt en dreng, som hun gerne vil giftes med. Han bor i et andet vesteuropæ-

isk land, er af samme baggrund som de selv, men ikke fra en familie som de kender. Det bliver igen moderens opgave at gå til faderen og forelægge ham historien, og han vil ikke høre tale om en sådan alliance. Datteren og faderen skændes nu i mange måneder, og igen må moderen optræde som mægler og bilægge stridighederne. Denne gang beslutter hun sig for, at hun vil holde med datteren, for det andet går ikke, det har hun prøvet én gang, og måske også med sit eget ægteskab, som hun ikke selv har haft indflydelse på. Et ægteskab skal indgås med baggrund i de unges egne ønsker og på baggrund af kærlighed. Det er det, hun vil kæmpe for, og det hun fortæller til sin mand. Til datteren siger hun, at denne skal vide, at hun bakker hendes beslutning op, men også at hun skal vide, at hun selv må påtage sig ansvaret for sit ægteskab og tage konsekvenserne. Datteren bliver gift med sin elskede under stor pomp og pragt som et bryllup sig hør og bør, og hun rejser med ham til det vesteuropæiske land. Der går et år, og det sidste vi ved er, at datteren er tilbage, og at det ikke går så godt med hendes ægteskab...

Nogle af kvinderne der fortæller om disse hændelser er på opløsningens rand. De har oplevet at måtte flygte/rejse fra deres hjemland og deres familie for at omplante sig til et nyt

og meget fremmedartet land. Her går så alle bestræbelser ud på, om noget, så i det mindste at holde sammen på deres egen lille og tætte kernefamilie. Som tiden går oplever de, at også den bliver splittet, og at de normer og værdier de har med fra hjemlandet, midt i deres egen familie, udfordres af normer og værdier i Danmark, normer og værdier som er helt uacceptable og uhåndterbare.

Gennem disse historier får vi tillige et indblik i familier i kaos. Skønt vi tror, vi ved noget om autoritetsstrukturer i disse familier: undertrykte kvinder, tyranniske mænd, så peger fortællingerne på, at netop omkring børn, ægteskabsindgåelse, opdragelse osv. har kvinderne en position som vigtige forhandlingsparter. Det er kvinderne, der slås med udfordringerne fra nye normer og nye værdier. Ud fra disse fortællinger virker det som om, at mændene vender ryggen til, samtidig med at de til enhver tid vil have retten til at bebrejde kvinderne:

"Hvor meget jeg har kæmpet for mellem min mand og min pige ... altid de har skændes derhjemme ... og så altid han siger til mig, men hvis der sker noget, det er dit problem. Der sker noget det er dit, det er ikke mit problem. Men det er min pige, der har elsket ham og gerne vil giftes med ham. Det er ikke mig, der har elsket ham..." (3).

Nogle bliver skilt, med hvad deraf følger, som vi har set ovenfor, andre forbliver med ægte-

manden og må leve med bebrejdelserne, som den der sanktionerer normernes og værdiernes forfald. Det bliver man syg af:

"Det er noget, der gør virkeligt ondt, ikke? Jeg bliver syg, jeg bliver syg tre måneder, jeg kunne ikke hæve mit ... jeg mit hjerte begynder at banke når jeg hører hans navn ... Jeg er meget, ja-ja, jeg var meget, meget fuld af de der problemer ... derfor jeg bliver meget stress og så har jeg lidt, min krop bliver meget sur og mit hoved, så jeg kan ikke..."(3).

Som vi også har set, er der ingen steder at gå hen. Lægen lytter ikke til den slags historier, manden ser anderledes på den slags historier, meget få tør lufte problemernes omfang til ikke-familiemedlemmer. For kvinderne er der ingen tvivl: den slags hændelser i familien tærrer på helbredet. Det sætter sig direkte i hovedet og i skuldrene. Det hører med til kvindernes egen forståelse af klagerne og smerterne. Så de tager det med ind i sundhedsvæsenet, som ikke rigtig er gearret til at håndtere den slags sammenhænge. Kvinderne har mistet de naturlige sammenhænge, hvor den slags er blevet vendt og drejet og handlet på.

6.5.3. InterMultiFemina

Vi har flere gange berørt betydningen af kultur, traditioner, normer og værdier (Mattingly 1998, 2000) og plæderet for en opfattelse af, at de er dynamiske størrelser. Når vi lytter til,

hvad kvinderne her siger, bliver det krystallært, at kultur, traditioner, normer og værdier er under forandring, og at kvinderne i familierne optræder som forandringsagenter (Aambø 2004, Savosnick et al. 2004). I det at optræde som forandringsagenter kan der både ligge noget, som det danske samfund bevidst bruger som en slags integrationsstrategi, og der kan refereres til som her, at det ofte er kvinder der optræder som en slags mediatorer mellem børn og fædre og dermed baner vejen for nye forståelser. Hvis der er noget de elsker i det danske samfund, så er det lighed mellem kønnene, og den er de villige til at slå et slag for – også selvom det koster!

"Jeg vil gerne, at børnene bliver gift med en muslim, men jeg kan ikke bestemme over dem. Hvis min søn elsker en dansk pige, er det ikke noget problem. Hvis de gifter sig ligesom normalt. Vi bor ikke sammen uden at være gift. Jeg kan ikke sige 'du skal'. Måske jeg så mister ham helt. Det er ikke godt, at pigerne bliver tvunget. Som jeg er gift, håber jeg, min pige bliver bedre end mig. Jeg kendte ikke min mand, da jeg blev gift. Men nu håber jeg, min datter kender hvem hun skal giftes med og elsker ham og forstår ham. Og hvis hun elsker én, kan jeg lide, at hun snakker med mig, og jeg prøver, at hun bliver ligesom min veninde, så jeg kan råde hende. Jeg råder ikke uden at forstå hendes problemer"(7).

Når noget skal forandres, så skal det være til det gode. Forandringer skal medføre, at noget bliver bedre, men alle forandringer kan ikke komme på én gang, men skal foregå i små skridt.

"Og nu, som vi siger og sidder og forklarer det til øh en læge, eller vi sidder og forklarer det til kommunen, og de siger, ja I lever i Danmark, I skal være ligesom de danske. Men det kan vi ikke. Problemet er, at det kan vi ikke være ligesom de danskere, vi kan ikke glemme vores børn, vi kan ikke ... vi har ... det familie vi har, vi skal passe på dem. Det kan vi ikke. Det er vores liv, vi har blevet, vi har blevet opdraget sådan ... Vi prøver bare ... opdrage vores piger, at de skal være selvstændige. De skal ikke være altid lukket, altid de problemer de har, de skal snakke om det. De skal sige noget sige til mor, nej mor, det er forkert, sådan og sådan skal det være. Vi diskuterer ikke om det. I skal ikke være ligesom mig, at jeg ikke altid ... det er lige meget, hvad det var fejl derhjemme, jeg går ikke snakke om det. Jeg snakker ikke med min mor ... det problemet at vi lærer, vi lærer vores børn at være fri ... at være fri for de problemer, vi har haft. Ligesom, jeg siger til mine piger ... du skal ikke blive ligesom mig. Jeg skal ikke vælge din mand, du skal vælge det selv. Du skal tage konsekvenser, du skal gifte din mand. Så det bliver

problem mellem dig og din mand, du siger, du kommer ikke og siger til mig, mor, for I har valget ham. Men sådan, du vælger ham..." (3).

Kvinderne synes, at de går meget langt, men åbenbart ikke langt nok til at tilfredsstille repræsentanterne for det danske samfund. Men kvinderne har en plan for, hvilke elementer i det danske samfund de finder positive, og den vil de gerne gå ind for. Hvordan kan man gå ind for noget, man dybest set ikke kan forstå, kan håndtere eller kan se meningen med? Det er vigtigt for kvinderne hele tiden at skabe sammenhæng i de ting, der sker. Sammenhæng mellem gamle og nye kulturer, traditioner, normer og værdier. Det er et langt og sejt træk, og som vi kan se, har de meget modvind. Hvem vil egentlig hjælpe dem? Er der nogle der kan? Eller handler det ligefrem om, om der overhovedet er nogle, der vil? Eller er der nogle, der bør?

I dette kapitel har vi også beskæftiget os med de trods alt meget positive sider af tilværelsen. Der hvor det handler om perspektiver og fremtid. Børnenes fremtid. At det er kvindernes domæne, lades vi ikke i tvivl om. Men der er også de mere negative sider af mødet med det danske samfund. Især to aspekter belaster kvinderne og de italesættes her som henholdsvis et drenge- og et pigeproblem.

6.5.3a. Skilsmisdedøtre

Flere af kvinderne har flere fraskilte døtre, som har flere børn. Døtrene har som regel

dårlig uddannelse, har måske været gennem et dårligt ægteskab og en tilsvarende dårlig skilsmisse. Herefter har de kun deres mor at vende tilbage til og at få støtte fra. Det er et sandt dilemma for kvinderne, som elsker deres døtre og intet bedre ønsker end at støtte og hjælpe dem. Men man kan mærke, at det er en stor belastning for kvinderne, og det uden at de direkte beklager sig over det. Det er de alt for godt opdraget til at gøre, og det holder de alt for meget af deres døtre til at gøre, og det tilsiger alt, hvad de har lært dem til at gøre. Men dybest set finder de døtrenes situation fortvivlende, de ser børnebørnenes situation som fortvivlende, og de har selv meget få ressourcer til at hjælpe dem med. Så på en måde oplever de den omvendte situation af det, de kunne forvente på deres ældre dage: at voksne børn støtter dem både økonomisk og socialt. Hvad sker der mon med kvinderne i fremtiden, når de bliver gamle?

6.5.3b. *Kriminalitetssønner*

Flere af kvinderne har sønner, for hvem det ikke er gået så godt i Danmark. Når de søger forklaringer, kan de berette om sønner, der har haft grufulde oplevelser og set grufulde ting i hjemlandet; under flugten. Nogle af dem har voldsomme mareridt om natten. Hver nat. Nogle af dem er kommet i dårligt selskab eller har måske ligefrem selv opsøgt det. Som kvinden, der længe ikke kunne forstå sin ældste søn og hans natlige færden, og som en nat finder ham livløs og opdager, at han gennem flere år har haft et stofmisbrug. Hvordan mon det er gået til? Hvordan kan hun hjælpe ham? Ægte manden må ikke vide noget, og det er en helt umulig

situation, selvom ægte manden som regel går ud af huset. Men han har tidligere nægtet at tale med en anden søn i længere tid, fordi han opdagede, at denne røg cigaretter på gaden. Hun er bange for, at sønnen bliver smidt ud hjemmefra, hvis manden får at vide, at han er stofmisbruger. Hvad skal der så blive af ham? Hun stiller ofte sig selv det spørgsmål, hvordan det dog er gået til? I hjemlandet havde hun et kørekort og sin egen bil. Hvad har hun her? Fire fraskilte døtre og en søn der er narkoman!

I interviewene henviser kvinderne til hjertets og tankernes sociale rum, når de tilkendegiver deres meninger, holdninger og handlinger i relation til sundhed og trivsel. De forvredne ansigtstræk, klagerne og smerterne, hidrører altså i ligeså høj grad fra hjertets og tankernes sociale rum som fra en konkret lidelse. Temaerne i dette rum er en kombination af hjemlandets smerte og erfaringer fra eksiltilværelsen og dybt forbundet med erhvervs- og selvforståelse og identitet. Fra hjemlandet er det især forholdet til deres fædre og ægteskabsindgåelsen, der volder problemer. Ægteskabet er også et dominerende tema i eksiltilværelsen, og flere har gennemgået en traumatisk skilsmisse, mens andre lever med en ægte mand, der lever i en anden verden.

Tæt forbundet hermed er oplevelsen af sorg og savn af fortrolige samt de helt oplagte sociale og kulturelle vanskeligheder, kvinderne har med at genskabe andre og lignende relationer i eksiltilværelsen.

Yderligere formuleres deres søgen efter noget Andet i forbindelse med deres rolle som mor; i

børneopdragelsen. I kvindernes samlede selvforståelse aner man InterMultiFemina og eftersøgningen af en anderledes og ny identitet mere forenelig med livet i Danmark. Kvindernes egen forståelse er en del af henvendelserne til det danske sundhedsvæsen, hvad enten man selv opsøger sundhedsvæsenet eller bliver bedt om at gå til lægen af eksempelvis socialforvaltningen eller arbejdsformidlingen. I sundhedsvæsenet er man ikke i tilstrækkelig grad opmærksom på denne egen forståelse i forbindelse med kvindernes henvendelser, og der er ikke udviklet passende kommunikative kompetencer hos hverken kvinderne eller i sundhedsvæsenet til at få italesat kvindernes egen forståelse på en ordentlig måde. Det resulterer i, at det feedback kvinderne får i sundhedsvæsenet, i stor udstrækning bekræfter klagerne og smerterne i den dominerende fortællings første grundstruktur: at lægen ikke forstår dem. For at give et andet feedback er det vigtigt, at kvindernes egen forståelse bliver tematiseret og italesat. Dette kan udmærket godt ske i sundhedsvæsenet, hvor der især kunne blive fokuseret på en mere anerkendende samtale med kvinderne.

Det er dog stadig et grænseland, så der skal arbejdes på begge sider af skrivebordet, bogen og computeren. Kvinderne er bestemt på vej. I deres fortællinger ligger der faktisk nogle pejlingspunkter på, hvilke elementer en sådan tematisering og italesættelse skulle indeholde. Her er klagerne og smerterne ikke kun for-

bundet med manglende forståelse eller med deres egen forståelse, men der gemmer sig også en ny forståelse. Det er den, jeg vil bore lidt i og som bringer os nærmere på sporet af InterMultiFemina. Det er heri kimen til en ny og fælles forståelse kan spores. En forståelse der kan være fælles for kvinderne og sundhedspersonalet.

Centrale pointer:

- Kvindernes egen forståelse af klagerne og smerterne inkluderer deres sociale situation og samfundsmæssige position.
- Der er fokus på ægteskab, savn, skilsmisse og alenetilværelse.
- Særligt henvises der til savnet af fortrolige samtalepartnere til sikring af social støtte og netværk.
- Deres traditionelle kvindeidentitet opleves under voldsom beskyndning både som kvinde, hustru og mor.
- Samtidig skaber eksiltilværelsen muligheder for at forhandle en ny identitet, både som kvinde, hustru og børneopdrager.

7. Klagerne og smerterne: En ny fælles forståelse

Temaerne i kvindernes egen forståelse næres af deres utilfredsstillende eksist tilværelse. Livet er blevet ganske uhåndterbart. Det danske samfund stiller en uendelig lang række af krav, som kvinderne finder det vanskeligt at imødekomme. Hvor vender man sig hen med smerterne og klagerne? Mest naturligt i sundhedsvæsenet for problematikken italesættes jo som klager og smerter, direkte ind i den biomedicinske diskurs, som er dominerende, men måske ikke tilstrækkelig til at imødekomme kvindernes egen forståelse. Der rejser sig to spørgsmål her. Det ene er, om opgaven løses bedst i sundhedsvæsenet, som i så fald må kunne tematisere og italesætte problematikken? Det andet er, om det er muligt at spore kimen til en ny forståelse af klagerne og smerterne? Det første arbejdes der på i sundhedsvæsenet indtil videre fortrinsvis på det teoretiske plan, og det er håbet, at også denne rapport kan bidrage til at kvalificere det arbejde. Det andet kan vi finde kimen til en besvarelse af ved at lytte nærmere til den dominerende fortællings tredje grundstruktur, som handler om en ny fælles forståelse hos kvinderne.

Det er en altoverskyggende problematik i billedet af etniske minoriteters sundhed og trivsel i Danmark, at relativt mange ikke deltager på arbejdsmarkedet og dermed er underlagt offentlig forsørgelse. Således også kvinderne

i denne undersøgelse. Alle er på offentlig forsørgelse, og de kvinder i undersøgelsen som stadig er gift, har heller ikke mænd, der er aktive på arbejdsmarkedet. Når kvinderne beretter om deres mænd, betegner de flere af dem som syge og dårlige. Det betyder, at kvinderne må klare sig selv enten ved passiv forsørgelse eller ved forskellige former for aktivering (Dahl & Jakobsen 2005).

Mange af kvinderne har været i Danmark i rigtigt mange år, så når de vurderer tilstanden på arbejdsmarkedsområdet, så taler de ud fra en vis erfaring. Flere af dem forstår ikke meningen med det hele, når de sådan kigger tilbage, for i mange, mange år var der ingen, der bekymrede sig om, at der ikke var ret mange, der havde arbejde. Det tog mange år at "afvænne" voksne delige mænd fra at skulle arbejde for at forsørge deres familier. Det er de mænd, som vi i årevis har iagttaget slentrede rundt i boligkvarterer og indkøbscentre med deres bedekrans i den ene hånd og den anden parat til at hilse på andre i samme båd. Familiernes kvinder har ikke været helt så synlige, de har passet hus og børn, men også de har vænnet sig til en slags slentrede tilværelse i Danmark. Men sådan er det ikke mere. Der blæser andre politiske vinde, og som noget helt nyt mangler det danske samfund pludselig arbejdskraft. Det var ikke tilfældet på det tidspunkt, hvor

interviewene blev gennemført, men alligevel giver mange af kvinderne udtryk for, at de føler sig som jaget vildt:

"Det kan jeg ikke mere. Jeg har ... måske at det er tids og ... det er børn og det er træthed og ... det der kommer også, når kommunen presser, at du skal gå til nyt arbejde. For eksempel, jeg har lært meget her. Jeg har lært at være her, og jeg har lært ... så man ved ikke, hvad man skal, hvordan man skal klare det her, eller hvordan man skal, jeg siger, vi, vi er meget glade og laver noget, vi er meget glade og ... og komme ud og ... laver noget, men stadigvæk vi bliver, vi synes, det er presset. Det er meget stresset. Sådan ... ligesom vi har snakket nu med, sådan at ... at hun synes, hun synes godt, at hun vil komme ud og lære dansk og arbejde og sådan der, men stadigvæk hun er stresset, for hendes børn de bliver syge, nej, du kan ikke tage fri..."(3).

De føler, at de bliver presset unødigt, og det giver dem stress. Den stress de taler om, skal ses på baggrund af, at det foruden et eventuelt arbejde også er dem, der primært skal sørge for husholdningen, madlavningen, tøjvasken, børnenes madpakker og i det hele taget børnenes opdragelse. Hvis børnene for eksempel bliver syge, er det de færreste af dem, der har ældre familiemedlemmer, som måske kan træde til. Hvis de har flere børn, kan det være svært at få det hele til at hænge sammen.

Men vil kvinderne da ikke tage del i det danske samfund? – forekommer at være et rimeligt og relevant spørgsmål at stille.

"Da vi flyttede herover, sidder jeg hjemme 2-3 år. Så har jeg sagt til min sagsbehandler, at jeg vil på sprogskole, for jeg snakker ikke for meget. Fordi jeg vil lære. Jeg har fået en dreng og en pige. De skal til børnehave, og jeg skal forstå, hvad de siger"(7).

"For jeg vil gå ud, gå til skole og lære mere, snakke. Jeg vil kunne skrive mit navn og skrive noget til mindatter"(8).

"Hun var så glad, specielt i den periode hvor hun havde problem, der havde, der følte hun selv, at hun havde brug for at komme ud i arbejde og lave noget, altså være meget aktiv, det vil hun gerne være..." (4, med tolk).

Kvinderne vægter, at de lærer dansk, og at de får arbejde, men også at de kommer ud. De er meget opmærksomme på, at det at sidde og hænge i en lejlighed er usundt og let kan føre til, at man grubler for meget over sine problemer. Så det er der ikke rigtig grobund for. Ud over disse lidt mere kontante ting, så ligger der også mere for kvinderne i at have en tilknytning til arbejdsmarkedet:

"Der i [hjemlandet] der har vi arbejdet, der har vi brugt vores hænder til at, til at få det vi vil, og vi har arbejdet i alle de år ... og da vi så kom til Danmark og grunden til, at vi kom til Danmark er, fordi der var problem i vores hjemland, fordi før jeg kom til Danmark, så havde jeg aldrig hørt om Danmark, jeg vidste ikke, hvad Danmark var, så grunden til at vi er her, er på grund af problemer i vores hjemland. At da jeg kom her, der havde vi aldrig hørt om kontanthjælp, også fordi da havde vi altid klaret os selv og tjent vores egne penge, så det er ikke..." (5, med tolk).

- og

"Hvis man kan arbejde, fast arbejde bliver man fri. Der er ikke nogen, der siger, du skal lave sådan og sådan. Man bliver fri" (7).

Det ville være en anden historie, hvis forside-
derne på danske aviser var præget af den
slags overskrifter. Sådan er det desværre ikke.
Tværtimod er det som regel den modsatte hi-
storie, der kommer på tryk. Hvordan kan det
være, at det er gået så galt, for det kan da ikke
passe, at ingen andre end mig har hørt den
slags udtalelser? Der er andre end mig, som
har hørt det, men det er som, om der slet ikke
findes et resonansrum for den slags tanker i

dagens Danmark, så måske er det ikke alle ste-
der, kvinderne lufter deres ønsker om frihed,
selvstændighed og et ønske om en rolle på det
danske arbejdsmarked. Det kan også være, at
vi her ser et rendyrket eksempel på manglende
anerkendelse. At ingen i det danske samfund
har set og bidt mærke i, at der hos mange et-
niske minoritetskvinder er enorme ressour-
cer, grundet i at de er vant til at arbejde for at
forsørge sig selv og deres familier. Ydermere
er der blandt kvinderne i disse interviews en
udbredt opfattelse af, at arbejde giver frihed.
Her er faktisk et fælles værdisæt for de etni-
ske minoritetskvinder og den danske befolk-
ning generelt.

*"... en ting som jeg ikke glemmer, er
at for eksempel min sagsbehand-
ler nogen gange kunne finde på, at
skrive et brev og sige, hvis du ikke
går op til det og det, så køber jeg i din
kontanthjælp. Og så fik hun det brev,
hvor der stod, at hvis du ikke kommer
på mit kontor på det og det tidspunkt
og den og den dag, så får du ikke kon-
tanthjælp, og så ... og der var hun lige
flyttet fra en anden by, så hun kendte
heller ikke sagsbehandleren og hav-
de heller ikke set hende før, de havde
ikke haft kontakt til hinanden før. Så
fik hun en pige til at oversætte bre-
vet for hende, og så tog hun til mødet
med sagsbehandleren, hvor der også
var en tolk. Og så for - så sagde hun
til sagsbehandleren, har du set mig
før, så sagde sagsbehandleren nej,*

så sagde hun, hvorfor i stedet for at skrive et trusselsbrev om, at jeg ikke får penge, kunne du ikke bare skrive et brev til mig, hvor der står kom til aftale på mit kontor fordi, at du ikke kender mig. Og hvis hun så ikke kom til den aftale, så kunne hun skrive det brev, hvor der står, at så får hun ikke mere penge, men fordi hun ikke kender hende og ikke ved, om hun vil komme eller ej, så skulle hun ikke have skrevet sådan et trusselsbrev. Og så sagde sagsbehandleren, grunden til at jeg skrev, det er fordi at [navnet på etnisk gruppe], når man bare skriver kom til den aftale, så kommer de ikke, så de kommer kun, hvis at der er en trussel, hi, hi. Og så sagde hun til hende, jamen vi – at man ikke skal generalisere men de – om man kender personen, og når hun ikke kender hende, så skulle hun ikke have gjort det, indtil at hun måske fandt ud af, at hun var typen, der ikke holdt aftaler. Så det var grunden til, at hun skrev den trussel, hi, hi. Og så sagde hun til hende, at fra nu af, hvis hun skulle skrive et brev til hende, så skulle hun skrive det på en almindelig måde, og så skulle hun nok komme ... Og så har hun ikke fået et brev fra hende siden" (5, med tolk).

Hvis en sådan grov generalisering ikke i sig selv er diskriminerende for slet ikke at tale om decideret racistisk, så er der i det mindste tale

om mangel på anerkendelse i alle begrebets betydninger. Vi må huske på, at manglen på anerkendelse i sig selv kan være en forklaring på manglende sundhed og trivsel, ligesom tilstedeværelsen af anerkendelse i sig selv kan udgøre et alternativ (Petersen & Willig 2001). Kvinden, der fortæller denne historie, er ikke uden humor. Men det er også den slags historier, der cirkulerer omkring i etniske minoritetsmiljøer som "danskerhistorier". I disse historier undersøges, om der er andre i miljøerne, som kan udlægge teksten og måske forklare. Ovenstående narrativ kan være med til at sætte spørgsmålstejn ved, hvori dansk humanisme består. Den slags historier kan være med til at holde fast i adskillelsen mellem "os" og "dem", og fastholdelsen af at 'de' er en anden slags væsener. Den slags historier kan kvinderne fortælle mange af, men her vil jeg kun nævne én yderligere, hvor anerkendelse og respekt savnes:

"Sagsbehandleren siger: Vi bor i Danmark, du skal gå på kursus, du skal gå på arbejde, ellers får du ingen penge. Vi skal stoppe alt. Ok, så stop, hvad skal jeg gøre? Og de lytter ikke altid, for hun kunne måske give mig tre timer til kursus og tre timer til mine problemer, min familie og mine børn. For jeg vil gå ud, gå til skole og lære mere. Jeg har aldrig gået i skole. Men min familie er stor for mig. Så siger hun: Ja, men det er dit problem og ikke mit problem. Mit problem er, at du skal gå til for eksempel det her arbejde 37 timer eller 34 timer om ugen.

Det er mit problem. Hvis du ikke går til det her, og jeg siger til dig, du ikke får bistand. Ok, hvad kan jeg gøre. Jeg forstår ikke, hvad de laver, for der er ikke noget, jeg får lov til at gøre færdigt, før jeg skal noget andet. Det er hele tiden lidt her og lidt der. Alt det her bekymrer mig meget, og jeg får ondt i hovedet. Jeg vil ikke tænke fra mandag til fredag. Jeg siger, hvornår kommer weekenden. Jeg har ondt i hjertet ved at være her ... jeg savner min familie" (8).

Det er et voldsomt trusselsrepertoire, vi får indblik i gennem kvindernes fortællinger om deres møde med det danske socialvæsen. Det er væsentligt at lægge mærke til kvindernes direkte henvisninger til deres helbredsmæssige situation, når de fortæller om disse møder. I børnefamilier skal der ikke megen fantasi til at forestille sig, hvordan sådanne konstante ydmygelser for at få mad på bordet påvirker også familiens sundhed og trivsel. Ud over manglen på anerkendelse giver kvinderne udtryk for mangel på sammenhæng. De siger, de gerne vil på sprogskole og have et arbejde, men de vil også gerne have det til at hænge sammen med deres hverdag med mange børn, og en mand uden arbejde og meget få kompetencer på hjemmefronten. De bliver ikke lyttet til, og det forstår de ikke. De siger, at de finder det uværdigt at blive truet med at få fratrækket pengene. De siger, de gerne vil lære sproget og have et arbejde, men de bliver kastet fra det ene til det andet uden at få mulighed for at gøre noget

færdigt. De bliver ikke lyttet til, og det giver ingen mening.

Kvinderne beklager sig ikke meget over deres økonomi. De har kun lige til dagen og vejen, og det må række. Det værste er at føle sig ufri, at føle sig kontrolleret – for det har de ikke været vant til fra systemets side. Flere er decideret fattige. Den slags fattigdom, der opsummeres, jo længere fattigdommen varer. Altså et tydeligt eksempel på, at det er rigtigt, at det er dyrt at være fattig. Især fattig i socialt boligbyggeri. Og især fattig i socialt boligbyggeri som enlig og fraskilt kvinde med voksne, fraflyttede børn. Så sidder kvinderne der i en kæmpe lejlighed, som de hverken har råd til at blive boende i eller råd til at flytte fra. Det er en fastlåst situation.

"Jeg skal flytte til en mindre lejlighed, men der kommer masser af regninger til mig ... for fraflytning. Og det er kontant. Jeg har snakket med min økonomisagsbehandler, og hun siger, at hun ikke kan hjælpe. Jeg skal flytte til en anden bolig. Hvad skal jeg gøre? Jeg skal betale kr. 30.000 kontant, for at de laver syn..." (1).

Flere af disse fortællinger indeholder elementer af den dominerende fortællings grundstruktur: oplevelsen af manglende forståelse. Jeg har valgt at tage dem med her, fordi de også og især indeholder ansatser til en ny forståelse. Der er ingen af kvinderne, der ikke brænder efter at lære dansk, der er ingen af dem, der

ikke gerne vil have et arbejde, men de vil alle sammen gerne anerkendes for de ressourcer, de bringer med. Det skinner igennem, at det især er manglen på anerkendelse og sammenhæng, der forårsager smerterne og klagerne. Men også at de er parate med en ny forståelse.

Gennem hele rapporten har kvinderne formuleret rigtig mange kim til en ny forståelse og søm at hænge InterMultiFemina op på. Men der er flere, og de er kreative. Prøv selv at lytte efter!

Flere af kvinderne har allerede berettet om strabadserende tilstande før ankomsten til Danmark. Enten i form af voldsomme hændelser under en dramatisk flugt eller i form af et ophold i et tredje land, der så til syvende og sidst heller ikke ville huse hende og hendes familie. Alle drømmer de om og arbejder på at få et bedre helbred:

"Tryghed. Og blive behandlet. Tryghed og blive behandlet og blive rask så har jeg alt. Man bliver nødt til at integrere sig, og det føler [navn] at hun også er blevet integreret, altså det man savner, det er jo at familiens omsorg, altså det er det eneste. Men hun er glad for at være her, det er hun. Men hun synes også, hun er for ung til at begynde og gå med stok" (4, med tolk).

Ingen af kvinderne ønsker for alvor at vende tilbage til hjemlandet. En siger ligefrem, at hun mener, at Danmark nu er hendes hjemland, og

at hun absolut ikke kunne tænke sig at vende hjem. For de andre er der større eller mindre drømme og visioner, der skal udleves:

"Der er ikke noget, der er svært i Danmark. Hvis jeg vil drømme en drøm, hvad betyder det ... jeg drømmer den drøm at se mine børn, de lærer højere uddannelse og bliver meget god. Og det giver også noget til danskerne, at andre mennesker kan være gode. Og at jeg bliver helt rask og kan leve ligesom andre mennesker. Jeg tænker ikke for meget. Jeg arbejder. Jeg kan ikke bare sidde hjemme. Det er min drøm. Det er ikke for meget" (7).

Alle mennesker har drømme og visioner. Det handler om at skabe rum for fortællingen, at lytte til den og at være med til at sende den af sted. Hør afslutningsvis to fortællinger fra hjertets dyb. De henviser til ressourcer, indsigt og interesse for det liv, de er en del af. På godt og ondt.

Kunstneren

"Mine børn holder mig. Min datter henter mig hver gang, fordi nogen gange når jeg er færdig og vil gå, jeg kan ikke gå den rigtige vej. Jeg vil ikke have, at nogen kigger på mig. For jeg vil vise, at jeg er rask. Jeg vil ikke have, at folk skal have medlidenhed. For seks år siden lavede jeg det store

maleri ovre hos [navn]. Ja, jeg malede det. Også det der er her. Jeg elsker at lave mange ting. Nogle gange kan jeg ikke magte det. Jeg vil gerne arbejde med mine hænder. Ved computeren laver jeg 20 stykker. Jeg lægger det på mit navn. Jeg laver til børn, jeg laver til mand. Jeg skriver historier til børnene, på mit modersmål ... ja, der er mange om kvinder. Om historier. Noveller. For eksempel gamle dages historie om konger og ... ja, hvad der nu kommer til mig, skriver jeg. Ja, og så nogen gange så husker jeg nogen ting fra mig selv, jeg skriver det, for eksempel dengang jeg var ung. Jeg skriver det til ungerne. Dengang min mor var lille, skriver jeg det. Så laver jeg det til en rigtig historie, og jeg lægger det derud ... på hjemmesiden"(2).

meget. Jeg vil lave en speciel bog, jeg kan ikke finde, men måske sender jeg den til [hjemlandet], og de så kan lave den. Jeg spørger og spørger her, men de siger, at hvis du vil lave en bog, det koster måske 10-15.000 kr. Engang tænkte jeg meget på det, men nu tænker jeg ikke så meget på det. Jeg gemmer det, men mine børn læser ikke sproget, jeg siger til dem, du skal lære hjemlandets sprog. Du skal læse alle mine digte. Dengang min mor skrev, hvordan hun var ked af det, dengang hun var glad. Det er ligesom at snakke med nogen. Ligesom rigtig gode venner, men papiret og blyanten er mere sikkert. Dengang jeg var lille, der drømte jeg om, at jeg blev forfatter. Dengang drømte jeg, at jeg blev kendt i hele verden. Men nu er det for mig selv"(1).

Digteren

"Det gik meget godt på hospitalet, der var mange mennesker og meget syge, men alene, det var ikke godt, så jeg skrev digte. Dengang jeg begyndte at skrive, det var ... fordi jeg har ikke lært at skrive i skolen, jeg har lært mig selv at skrive. Jeg blev bedre og bedre. Ja. Jeg læser meget, og så skriver jeg ... der er ikke nogen, jeg skal snakke med. Jeg er helt alene. Ja, jeg begyndte i [hjemlandet]. Men her bliver jeg bedre, fordi jeg skriver

Ved fortællingens slutning udfolder der sig en svane for vore undrende øjne. Der gemmer sig indtil flere ægte historiefortællere bag sløret, i ghettoen, i det vestlige Århus. Og det er ganske vist – her hvor træerne også kan vokse ind i himmelen.

Det er ikke kun sundhedsvæsenet, der har været med til at producere kvindernes opfattelse af ikke at blive lyttet til, ikke at blive hørt og ikke at blive anerkendt. Det narrativ hører også til i relationen til socialvæsenet. Pointen ved at inddrage det sociale som medproducent af mangel på anerkendelse, sundhed og trivsel

ligger hovedsagligt i kvindernes narrativer, som konstant søger at skabe sammenhæng mellem deres kropslige, sociale og kulturelle verdener. I sundhedsvæsenet er det derfor helt nødvendigt at inddrage denne viden i arbejdet med at skabe sammenhæng i kvindernes forståelse for sundhed og trivsel. Ligesom det er vigtigt at skabe rum for et tværfagligt samarbejde med de socialfaglige professioner.

Centrale pointer:

- Kvinderne inviterer til en ny fælles forståelse, som skal tage udgangspunkt i en anerkendelse af deres situation.
- Den anerkendelse skal baseres på at inddrage deres erfaringer i afklaringen af deres situation.
- Sundhedsvæsenet må påtage sig autoriteten i mødet med etniske minoritetspatienter og sætte tid af til en ordentlig kommunikation med fokus på ressourcer, motivation og afklaring.
- Den ny fælles forståelse handler om en anerkendelse af at være midt imellem og på vej (Inter), at være mangfoldig (Multi) og at være positioneret som kvinder (Femina).

8. Konklusion og perspektiver

Sundhed og trivsel handler for de etniske minoritetskvinder også om at skabe en identitet, der både kan favne deres tilværelse i Danmark og deres køn. At der er en sammenhæng har jeg forsøgt at vise gennem betegnelsen InterMultiFemina. Inter – for det at være på vej – Multi – for det at være mangfoldig og mangesidig – Femina – for det at være kvinde og positioneret.

InterMultiFemina dukker op ved at gå meget tæt på kvindernes perspektiv uden et øjeblik at glemme, at deres erfaringer med sundhed og trivsel også i høj grad reflekterer det omgivende samfunds og den omgivende kulturs opfattelse og etikettering. Deres forvrængede ansigtstræk bekræfter i stor udstrækning den sygerolle, de er havnet i og får bekræftet i deres hilsner på hinanden; i deres hilsen på ligeledes ramte kønsfæller; i deres indkaldelser til socialforvaltningen samt i deres møder med sundhedsvæsenet. Men ansigtstrækkene er kun tegnet på grundstrukturen i den dominerende fortælling. Ved at opdele den dominerende fortælling i nogle grundtemaer bliver det klart for os, at den ikke kun handler om en uendelig række af klager over mødet med sundhedsvæsenet samt om deres symptomer. Faktisk giver de også et indblik i kvindernes selvforståelse samt i, hvordan de forestiller sig realiseringen af en ny forståelse og dermed både en personlig og social identitet såvel som en kønsidentitet i eksiltilværelsen i Danmark.

I den gensidige bekræftelse af endeløse og uløselige smerter og helbredsklager bliver det umuligt at se skoven for bare træer. Ved at fastholde de konstante smerter, helbredsklager og forvredne ansigtstræk, forbliver problemstillingen forankret i kroppen, og møderne i sundhedsvæsenet ser ud til nemt at komme til at bekræfte en sygdomstilstand, der i mange tilfælde har rod i interpersonelle, sociale og kulturelle faktorer. Her er det vigtigt at huske på, at når disse møder foregår i et grænseland, så er der ikke noget der er givent på forhånd. Der er kun tilstedeværelsen af en særlig slags sårbarhed. Og en sådan sårbarhed kan ikke udelukkende tilskrives en bestemt kulturel baggrund; kvinderne kommer fra forskellige steder; af forskellige årsager og har vidt forskellige erfaringer. Det er erfaringerne med deres liv her i Danmark, som er den store udfordring og som tvinger os til at sætte kulturen som forståelsesramme på absolut vågeblus.

Som alternativ til disse fastlåste og uproduktive positioner, tilbyder jeg en anden læsning af kvindernes forvredne ansigter. Det er en læsning, der er knyttet til et meget bredere sundhedsbegreb samt et bredere kulturbegreb, hvor det er de sociale begivenheder i kvindernes hverdagserfaringer, vi skal fokusere på, spørge ind til og undersøge.

Adgangen til disse erfaringer tilvejebringes gennem en analyse af kvindernes narrativer,

hvis struktur af fortid, nutid og fremtid giver et formidabelt blik ind i et univers, hvor individuelle erfaringer og handlinger hænger sammen med den samfundsmæssige og kulturelle kontekst. Aldrig det ene uden det andet (Wittrup 1992).

‘Ondt i hjertet’ og ‘tænker for meget på det’ viser sig at være nøglebegreber for en forståelse af kvindernes meninger, holdninger og handlinger i forhold til sundhed og trivsel. Herigennem kan der aflæses en identitetsproces, der handler om at få anerkendelse for deres oplevelse af manglende forståelse, for deres egen forståelse og for anmodningen om hjælp til at opnå og udvikle en ny fælles forståelse.

InterMultiFemina er dukket op som en påmindelse om og sætter spot på det, vi i det danske samfund ikke har set, og som det er meget vigtigt at være opmærksom på ved møder i grænselandet. Jeg har skrevet InterMultiFemina for at minde om dette møde. At kende til eksistensen af InterMultiFemina gør det muligt for os at åbne op for mødet med den Anden og turde se på og lytte til hende. Det kan bane vejen for også at se på og lytte til mændene og resten af kvindernes familie. De udgør jo den anden halvdel af familien og af jorden, og vi skylder også dem, at de bliver set og hørt. Der er en fremtidig væsentlig udfordring i også at inddrage mænd med etnisk minoritetsbaggrund i undersøgelser om sundhed.

I sundhedsvæsenet kan vi bruge InterMultiFemina som forståelsesramme i mødet med etniske minoritetspatienter, som vi oplever ‘fylder meget’. Bevidstheden om InterMultiFemina

fordrer, at vi gør en særlig anstrengelse, for at mødet bliver en succes. Hovedansvaret hviler på os – de sundhedsprofessionelle – samtidig med at de etniske minoritetskvinder har et medansvar. Udfordringen består måske ikke så meget i at få mere viden om påviste regelmæssigheder og årsagssammenhænge, som om en empatisk indleven hvor man bruger sin egen indre verden og egne erfaringer som forståelsesgrundlag for en indlevelse i en Andens situation. Hvor *viden* retter sig mod faktuelle spørgsmål om hvem, hvad, hvor og hvornår, retter *forståelse* sig mod spørgsmål om, hvordan og hvorfor, med andre ord mod fortolkning og indsigt.

InterMultiFemina er dukket frem i analysen af narrativeverne. Der er noget på vej, noget mangfoldigt og positioneret i navnet, som kan vise sig at være et godt redskab i disse møder. Det er anbefalingen, at den narrative samtale udvikles til og tilpasses den konkrete hverdagspraksis på hospitaler og i almen praksis. Den vil da ikke kun kunne anvendes i forbindelse med møder med etniske minoriteter men også med andre Andre; andre sårbare positioner. På den måde kan den narrative samtale vise sig særdeles brugbar i forbindelse med at fremme social lighed i sundhed mere generelt. Det er vigtigt at huske på, at den narrative samtale bygger på en idé om, at den enkelte forstår sit liv ud fra den fortælling, vedkommende skaber om sig selv og om verden omkring én. Og uanset om man vil det eller ej, bliver man også i sundhedsvæsenet en del af denne fortælling. Hvis denne dimension bliver anerkendt, er det også muligt for sundhedsprofessionelle at være med til at fortælle den fremtidige historie.

8.1. Nogle anbefalinger

Er der mere vi (og det gælder alle os, der arbejder i feltet) i sundhedsvæsenet kan lære af de etniske minoritetskvinder? Kommer der en viden og forståelse frem i narrativerne, som kan skabe forandring i sundhedsvæsenets praksis? Ud fra interviewene i denne rapport vil jeg mene, at der er disse fem aspekter, der med fordel kan reflekteres over i det fremtidige forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende arbejde:

Centrale pointer:

- **Anerkendelse:** det går igen i interviewene, at kvinderne mangler anerkendelse i sundhedsvæsenet. Derved går man glip af både viden og forståelse.
- **Narrativer:** brugen af narrativer bør introduceres i kommunikationsøjemed men også i helbredelsesøjemed. Det vil give adgang til viden om kontekst og forståelse for sammenhænge langt ud over symptomerne.
- **Fælles refleksion:** det er vigtigt at sikre, at der er overensstemmelse mellem sundhedsvæsenets opfattelse af en situation og patientens. Dermed kan man opstille handleplaner i fællesskab.
- **Forandringsagenter:** etniske minoritetskvinder uddannes til at støtte hinanden og til at skabe netværk, hvor den brede opfattelse af sundhed og trivsel operationaliseres. Det vil ligeledes være relevant at inddrage hele familien i et fælles fokus på sundhed.
- **Samarbejde:** der skabes et tæt samarbejde med øvrige aktører på området. I nogle tilfælde skal man måske ligefrem overveje at skabe en klinisk praksis, der i højere grad matcher de etniske minoritetskvinders og Andres specifikke behov. En praksis, der formår at række udover grænselandet med de gensidige udfordringer, der ligger heri.

Litteraturliste

Abu-Lughod, L., 1986: *Veiled Sentiments. Honor and Poetry in a Bedouin Society*. Berkeley: University of California Press.

1993: *Writing Women's Worlds Bedouin Stories*: California: University of California Press.

Achebe, C., 1958: *Things Fall Apart*. London: Anchor Books.

Ambø, A., 2004: *LOS. Løsningsorienterte samtaler*. Oslo: Gyldendal.

Andersen, B.H., (red.), 2003: *Udviklingen i befolkningens levkår over et kvart århundrede*. København: Socialforskningsinstituttet.

Andersen, H.C., [1835], 1975: *Prinsessen på ærten*. I: Samlede eventyr og historier, bind 5, København: Lademann.

Andersen, J. Ø., 2002: *Angst, depression, afhængighed og somatisering*. Arbejdspapir. Århus: Center for Kulturforskning, Aarhus Universitet.

Andersen, M. L. & Vinther-Jensen, K., 1997: *Empowerment i praksis*. Århus: Århus Amt. 2002. *Empowerment: professionel læring i praksis*. Århus: Århus Amt.

Antonovsky, A., 1987: *Unravelling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.

Barth, F., 1969: *Ethnic Groups and Boundaries – The Social Organization of Culture Differences*. Illinois: Waveland Press.

1995: *Other Knowledge and Other Ways of Knowing*. I: *Journal of Anthropological Research*, nr. 10, London.

Bell, D., Caplan P., Karim, W.J., 1993: *Gendered fields. Women, Men & Ethnography*. London & New York: Routledge.

Bourdieu, P., 1977: *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Brooks, G., 1995: *Slør og begær. Islamiske kvinders skjulte verden*. København: Gyldendal.

Bruner, J., 1996: *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press.

Crapanzano, V., 1980, *Tuhami – Portrait of a Moroccan*. Chicago and London: The University of Chicago Press.

Dahl, K.M. & Jakobsen V., 2005: *Køn, etnicitet og barrierer for integration. Fokus på uddannelse og foreningsliv*. København: Socialforskningsinstituttet.

Dalsgaard, T., 2003: *Et historisk oprids af kulturelle tilgange til studiet af funktionelle lidelser*. I: *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, 81. årg., marts.

2005. *If only I had been in a wheelchair. An anthropological analysis of narratives of sufferers with medically unexplained symptoms.* Ph.D. thesis. Århus: University of Aarhus.

Delaney, C., 1991: *The Seed and the Soil. Gender and Cosmology in Turkish Village Society.* Berkeley: University of California Press.

Det Nationale Råd for Folkesundhed 2006: *KRAM. En pjece om Kost, Rygning, Alkohol og Motion.* København.

Due, P. & Holstein B., 1997: *Sundhed og trivsel blandt børn og unge. Danmarks bidrag til en international undersøgelse.* København: Københavns Universitet.

Dyhr, L., 2000: *Etniske minoriteter.* I: Michelsen N. & Jensen, B. & Nielsen, C.V. & Schroll, M.: *Klinisk Socialmedicin.* København: Munksgaard.

El-Saadawi, N., 1980: *The Hidden Face of Eve – Women in the Arab World.* London: Zed Press.

Eriksen, T.H., 1993: *Små steder, store spørgsmål – Indføring i socialantropologi.* Oslo: Universitetsforlaget.

Fallaci, O., 1977: *Breve til et aldrig født barn.* København: Gyldendal.

Fink, P., 1996: *Kronisk somatisering.* Århus: Aarhus Universitet.

Folmann, N.B. & Jørgensen, T., 2006: *Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet.* København: Sundhedsstyrelsen.

Garro, L. & Mattingly, C., 2000: *Narrative as Construct and Construction.* I: Narratives and the Cultural Construction of Illness and Healing: (Mattingly, (ed.)). Berkeley: University of California Press.

Geertz, C., 1975: *The Interpretation of Cultures.* London: Hutchinson.

Gleerup, H. et al., 2004: *Vitamin D deficiency among immigrant children in Denmark,* Eur J Pediatr, 163:272-3.

Goffman, E., 1963: *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.* New York: Penguin Books Ltd.

Gottlieb, A. et al., 2000: *Projekt for etniske minoriteter. Lokalpsykiatri Vest.* Århus: Århus Amt.

Grøn, L., 2005: *Krop og hverdag i forandring. Sundhedsfremme og forebyggelse i institution og hverdag.* Vejle: Vejle Amt.

Hammersley, M. & Atkinson, P., 1995: *Ethnography. Principles in practice. Second Edition.* London & New York: Routledge.

Hansen, I., 2000: *Sundhedsarbejde i et flerkulturelt samfund.* København: Gads Forlag.

Hastrup, K., 1992: *Det antropologiske projekt - om forbløffelse.* København: Gyldendal.
2003: (ed.). *Ind i Verden. En Grundbog i antropologisk metode.* København: Hans Reitzels Forlag.

Hastrup, K. & Elsass P., 1986: *Sygdomsbilleder – medicinsk antropologi og psykologi*. København: Gyldendal.

Hjelm, K., 1998: *Migration, health and diabetes mellitus*. Lund: Department of Community Health Sciences, University of Lund.

Jacobsen C. & Johansen, K., 2002: *Den store fortælling – om muslimske mænd og danske kvinder*. I: Social kritik nr. 79, København. 2006: *Kulturmøder i psykiatrien*. København: H:S Sct. Hans Hospital.

Jacobsen, E.T., Dyhr, L. & Karise, S., 2004: *Mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinder & det danske sundhedsvæsen*. København: DSI.

Jenkins, R., 1996: *Social identity*. London & New York: Routledge.

Jöncke, S., Svendsen, M.N. & Whyte, S.R., 2004: *Løsningsmodeller: Sociale teknologier som antropologisk arbejdsfelt*. I: Hastrup, K. (red.): *Viden om verden. En grundbog i antropologisk analyse*. København: Hans Reitzels Forlag.

Järvinen, M., 2004: *Hjemløse flygtninge og indvandrere*. København: Hans Reitzels Forlag.

Khader, N., 2002: *Ære og skam: det islamiske familie- og livsmønster i Danmark og Mellem-østen*. Valby: Borgen.

Kjøller, M. & Rasmussen, N.K., 2002: *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

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.

1986: *Social origins of disease and distress. Depression, neurasthenia and pain in modern China*. New Haven, London: Yale University Press.

Krasnik, A. et al., 2004: *Health professionals' knowledge, attitude and experience in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital*. Scandinavian Journal of Public Health, 32, 287-295, MetaPress.

Kristensen, J.E., 2004: *Forebyggelse og sundhedsfremme i vidensamfundet – om grænser for evidensbaseret forebyggelse I: Viden og evidens i forebyggelsen* (Bruun, J.J. et al. red.), København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen.

Kristiansen, M. & Mygind, A. & Krasnik, A. & Nørredam, M., 2005: *Kortlægning af aktiviteter om forebyggelse og sundhedsfremme tilrettelagt for etniske minoriteter i Danmark*. København: Sundhedsstyrelsen.

Larsen, F. B., 2003: *Hvordan har du det? Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed*. Århus: Århus Amt.

2004. *Hvad ved vi om sociale netværk og sundhed?* I: LIV, nr. 3. Århus: Århus Amt.

Lindström, M., 2005: *Ethnic differences in social participation and social capital in Malmö, Sweden: a population-based study*. I: *Social Science and Medicine*, no. 60, 1527-1546. London.

Lou, S., 2008: *Tolkningens vilkår og betydning i sundhedsvæsenet*. Århus: Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, *in press*.

Mattingly, C., 1998: *Healing Dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.

2000. *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Los Angeles: University of California Press.

2008: *Reading Minds, Telling Tales and Creating Dramas in a Cultural Borderland*. In Mattingly, C. & Lutkehaus, N. (eds.) *Psychology Meets Anthropology: Jerome Bruner and his Inspiration*. Society for Psychological Anthropology Book Series. New York: Palgrave Press.

Mogensen, G.V. & Matthiesen, P. C., 2000: *Integration i Danmark omkring årtusindskiftet. Indvandrernes møde med arbejdsmarkedet og velfærdssamfundet*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Mogensen H. O., 2005: *Det narrative omdrejningspunkt*. I: *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* (Risør, M.B. (red.)), nr. 2, Århus: Aarhus Universitet.

& Susan Reynolds Whyte, 2007: *Sundhedens veje – en indledning*. I: Vibeke Steffen (red.) *Sundhedens veje – grundbog i sundhedsantropologi*. København: Hans Reitzels Forlag.

Moore, H.L., 1988: *Feminism and Anthropology*. Oxford: Polity Press.

1994: *A Passion for Difference*. Oxford: Polity Press.

Mortensen, P., 2003: *Sundhedsuge i Bispehaven*. Upubliceret rapport: Århus Amt.

Mortensen, S.L., 2003: *Ældre flygtninge og indvandrere i Århus Kommune*. I: *Gerontologi og Samfund*, årg. 19, nr. 1. København.

Murphy, R.F., 1995: *Encounters: The Body Silent in America*. I: Ingstad, B. & S. Whyte (red.). *Disability and Culture*, pp. 140-158. Berkeley: University of California Press.

Mygind, A., Kristiansen, M., Krasnik, A. & Nørre-dam, M. 2006: *Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici - betydningen af etnicitet og migration*. København: Sundhedsstyrelsen.

Nielsen, A. et al., 2002: *Diskrimination og helbred – en kvantitativ analyse af danskere og etniske minoriteter*. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Nielsen, A. S., 2005: *Smertelige erfaringer. En antropologisk analyse af migrantkvinders fortællinger om sygdom, marginalisering og diskursivt hegemoni*. Ph.d. afhandling, København: Københavns Universitet.

Petersen, A. & Willig, R. 2001: *Fra anomi til anerkendelse – om den øgede fokusering på depressioner og stigningen i forbruget af antidepressiva*. I: Distinktion nr. 3, 55-72. København.

Paarup, B., 2004: *Introduktion. Forskning i sygdom og samfund*. I (Risør, M.B. (red.)): Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, nr. 1. Århus: Aarhus Universitet.

Qvortrup, L., 2006: *Anerkendelsens tre dimensioner*. København: Information, 2. januar.

Richardson, C.G. & Ratner, P.A., 2005: Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health, J. Epidemiol. Community Health, 59: 979-984.

Risør M. B., 2003: *Practical Reasoning as Everyday Knowledge. Health, Risk and Lifestyle in Health Promotion and the Everyday Life of Pregnant Smokers*. I: FOLK, vol. 45. København: Journal of The Danish Ethnographic Society.

Risør, M.B. et al. (red.), 2006: *Sygdom og Samfund: Somatisering? – sygdom uden forklaring*, nr. 5. Århus: Aarhus Universitet.

Risør, M. & Risør T., 2005: *Den praktiserende læge – eksistentiel søgen efter professionel identitet*. I: Sygdom og Samfund, nr. 2. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Risør, T. & Olesen, F., 2004: *Den praktiserende læge*. I: Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, nr. 1 Århus: Aarhus Universitet.

Rossanda, R., 1981: *Halvdelen af jorden. Dialog med feminismen*. København: Politisk Revy.

Savosnick, C. & Johansen, R.E.B., 2004: *Kvinders liv og helse i eksil*. Oslo: OK-prosjektet.

Shorter, E., 1992: *From paralysis to fatigue. A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*. New York: Free Press.

Singhammer, J., 2008: *Etniske minoriteters sundhed*. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.

Shorter, E. & Mogensen, H.O., 2007: *Kulturmøder i Sundhedsvæsenet – migration, kategorisering og kompleksitet*. I: Sygdom & Samfund (Risør, M.B. (red.)), nr. 7. Århus: Aarhus Universitet.

Steffen, V., 1997: *Life Stories and Shared Experience*. I: Social Science and Medicine, 45.

Sundhedsministeriet, 1999: *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008*. København: Sundhedsministeriet.

Sundhedsstyrelsen, 2004: *Evaluering af Sundhedsstyrelsens kampagne: rør dig 30 minutter om dagen*. København.

Tjørnhøj-Thomsen, T., 2004: *Kræft i sociale netværk*. I: Liv, nr. 3. Århus: Århus Amt.

Turner, V.W., 1967: *The Forest of Symbols*. New York: Cornell University Press.

Whyte, S., 1989: *Anthropological Approaches to African Misfortune: from Religion to Medicine*. I: Jacobsen-Widding, A. & Westerlund, D. (red.): *Culture, Experience and Pluralism*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

2004: *Antropologi og Medicin i dialog*. I: Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund (Risør, M.B. (red.)), nr. 1. Århus: Aarhus Universitet.

Wikan, Unni, 2003: *Ære og Drab, Fadime – en sag til eftertanke*. København: Høst og Søn.

Wittrup, I., 1983: *Kanyalang-sammenslutningen*. Feltrapport. Aarhus Universitet.

1992: *A World of Mutual Separation. An Anthropological Analysis of Gender Relations Among Mandinka in the Gambia*. PhD thesis. University of Aarhus.

2003: *Børns venskaber og fjendskaber*. Delrapport 3. Århus: Århus Amt.

2004: *Sundhed, arbejde og familie – sundhedsfremme, anerkendelse og skabelse af sammenhæng – netværkets betydning for sundhed og trivsel blandt etniske minoritetskvinder i Bispehaven*. Århus: Århus Amt.

2004a: *Sundhedsfremme blandt kvinder i ghettoen – fra uddannelse til socialt netværk*. I: LIV, nr. 3. Århus: Århus Amt.

2008: *Diabetesskole for etniske minoriteter i nærmiljøet*. Århus: Region Midtjylland & Aarhus Universitet.

Internetadresser:

www.flygtning.dk

www.somaliwomen.dk

InterMultiFemina er en antropologisk analyse af etniske minoritetskvindeperspektiver på sygdom, sundhed og trivsel i Danmark. Der sættes spot på en dominerende fortælling om mange smerter og klager. Omfanget af klagerne og smerterne bliver blandt andet visualiseret ved at analysere en udbredt hilseform blandt kvinderne.

Efter de obligatoriske kindkys følger ofte udvekslingen af en smertefortrunket mimik, et lille skridt tilbage og en pege på det ømme sted på kroppen. I sundhedsvæsenet findes en matchende opfattelse af, at etniske minoritetspatienter opleves som 'at fylde for meget'.

Rapporten foreslår at iværksætte åben kommunikation, gensidig anerkendelse og dialog.

InterMultiFemina kan ses som en nøgle til en bedre gensidig forståelse, og anerkendelse et nyt fremadrettet fokus. InterMultiFemina er 'midt imellem' (Inter), 'mangfoldig' (Multi) og på vej mod en ny 'kønsidentitet' (Femina). Den kan med fordel implementeres i det danske sundhedsvæsen.

Center for Folkesundhed

midt
regionmidtjylland

ISBN: 978-87-99156-47-4 (trykt udgave)
ISBN: 978-87-92400-00-0 (elektronisk udgave)