

Erfarenheter av rasism i möte med hälso- och sjukvården i Västerbotten.

Resultat från en intervjustudie om trygghet, rasism och hälsofrämjande faktorer.

1. Sammanfattning	1
2. Bakgrund	2
3. Metod	2
3.1 Deltagare	2
3.2 Begränsningar med intervjustudien	2
4. Resultat	3
4.1 Tillgång till hälso- och sjukvård	3
4.2 Erfarenhet av trygghet inom hälso- och sjukvården	4
4.3 Erfarenhet av rasism inom hälso- och sjukvården	4
4.4 Möjlighet till hälsa på bostadsorten	5
5. Avslutande diskussion	5
6. Rekommendationer	6
7. Referenser	7

1. Sammanfattning

Följande dokument är en delredovisning av det projekt med medel från Delegationen mot segregation som Region Västerbotten genomfört juli 2020 till april 2021. Denna redovisning fokuserar på den intervjustudie med 39 personer som genomförts i syfte att samla in erfarenheter av trygghet, rasism och hälsofrämjande faktorer i möte med hälso- och sjukvården.

Överlag har många av deltagarna i intervjustudien positiva erfarenheter av hälso- och sjukvården i Region Västerbotten. Deltagarna lyfter fram att de hade känt sig välkomna, fått bra information och att vårdpersonal upplevdes kompetent. Flera deltagare berättade dock även om erfarenhet av rasism inom vården i Västerbotten. Erfarenheterna av rasism handlade oftast om att inte ha blivit lyssnad på, inte blivit tagen på allvar samt en känsla av att personalen inte riktigt brytt sig om dem. Vissa deltagare uttryckte att personal verkade tycka att det var jobbigt att förklara saker för patienter som pratade svenska med begränsningar och att personalen inte alltid bokade tolk. Flera deltagare uppgav också att det var svårt att veta om deras upplevelse berodde på rasism eller språkliga hinder. Det fanns dessutom deltagare som hade erfarenhet av mer direkta kränkningar, exempelvis i form av att vårdpersonal hade pratat nedlåtande om dem.

Deltagarna upplevde tillgången till vård som god. Få deltagare hade undvikit att söka vård på grund av kostnaden, de fall som togs upp gällde då tandvård. Flera uppgav dock att det var svårt att navigera i hälso- och sjukvårdssystemet och endast ett fåtal deltagare hade kännedom om Vårdguiden 1177.

De flesta deltagarna trivdes på sin ort och lyfte fram att hälsofrämjande faktorer var att de kändes sig trygga på platsen och att andra människor som bodde där var vänliga. Deltagarna uppgav i hög utsträckning att de deltog i aktiviteter i samhället såsom kulturella- och religiösa aktiviteter och andra aktiviteter som dans, fotboll, gym och caféer.



2. Bakgrund

I Region Västerbottens rapport Ojämlighet i hälsa och vård i Västerbotten (2019) gjordes enkäter och intervjuer med vårdpersonal inom Region Västerbotten och med personer engagerade i föreningar som fått folkhälsobidrag från Region Västerbotten under 2018. Vårdpersonal och föreningsaktiva upplevde att etnicitet, socioekonomi och avstånd till vård och service var de främsta orsakerna till ojämlikhet i hälsa och tillgång till vård. Detta stämmer väl överens med befintlig forskning på området, något som också belyses i rapporten.

Med utgångspunkt i detta ansöktes och beviljades statsbidrag från Delegationen mot segregation för ett projekt med utgångspunkt i segregation, socioekonomi, rasism och hälsa som pågick från juli 2020 till april 2021.

3. Metod

En kartläggning av ideella organisationer och nyckelpersoner i länets kommuner som möter personer med migrationserfarenhet och/eller erfarenhet av rasism genomfördes av Rättighetscentrum Västerbotten. Dessa organisationer och nyckelpersoner tillfrågades om att genomföra intervjuer med personer i målgruppen inom sina kontaktnät. Sju personer hade slutligen möjlighet att genomföra intervjuer. Rättighetscentrum Västerbotten tog fram en intervjuguide (bilaga 1) för både individuella intervjuer och gruppintervjuer. Av de 39 deltagarna deltog sju personer i en gruppintervju och 32 personer i individuella intervjuer.

3.1 Deltagare

Totalt intervjuades 39 personer i sex kommuner i Västerbotten, främst boende i inlandskommuner. Samtliga hade erfarenhet av migration och/eller erfarenhet av rasism. Merparten av deltagarna var relativt nya i Sverige. Personerna som intervjuades var mellan 21 och 63 år (både medianålder och medelålder 40 år) och 18 personer identifierade sig som kvinnor och 9 personer identifierade sig som män. För 12 personer saknar vi information om ålder och kön.

3.2 Begränsningar med intervjustudien

Intervjuerna genomfördes under hösten 2020 och försvårades av restriktionerna som följde på pandemin covid-19. Några intervjuledare hade inte möjlighet att genomföra sina intervjuer som planerat och det var svårt att genomföra gruppintervjuer. De flesta mötesplatser där intervjuledarna annars träffade personer att intervjua var stängda och att ses fysiskt i gruppsammanhang var inte möjligt.

Inga intervjuer genomfördes i Umeå eller Skellefteå kommun vilket kan ses som en brist då de är länets folkrikaste kommuner. Medelåldern på deltagare var 40 år vilket speglar vilka personer intervjuledarna hade kontakt med men eventuellt kan det faktum att yngre personer inte har mött hälso- och sjukvården i lika hög utsträckning som äldre personer ha spelat in.

De föreningar och nyckelpersoner som genomfört intervjuerna i studien har haft goda kontakter med personer som varit i Sverige relativt kort tid, detta är en grupp som

regionen i flertalet andra sammanhang har svårt att nå ut till. Av denna anledning känns det extra positivt att genom intervjustudien ha haft möjlighet att ta del av personernas upplevelser. Det finns dock samtidigt många grupper av personer som rasifieras i vårt samhälle och som kan mötas av rasism i vården vars erfarenheter inte finns representerade i studien. Till exempel har studien inte fångat upp erfarenheter från personer som är födda eller uppväxta i Sverige och som rasifieras utifrån hudfärg, namn, sociolekt eller liknande, inte heller har adopterade personer nåtts i studien.

4. Resultat

Bland de sju deltagarna i gruppintervjun fanns erfarenhet både av trygghet och rasism inom hälso- och sjukvården. Av de 32 deltagare som deltog i individuella intervjuer hade 27 deltagare erfarenhet av trygghet inom hälso- och sjukvården. Nio deltagare beskrev erfarenheter av rasism och av dessa nio hade samtliga utom en även erfarenhet av trygghet inom vården.

4.1 Tillgång till hälso- och sjukvård

De flesta deltagarna hade någon gång varit i kontakt med sjukvården, antingen för sin egen del eller för en familjemedlem.

De flesta deltagarna har inte avstått att söka vård när de hade behov. Bland de som har avstått på grund av ekonomiska skäl gäller det främst att de avstått från tandvård.

”Aldrig. Fantastiskt med gratis medicin till barnet.”

De flesta deltagarna visste var de skulle vända sig för att söka akutvård vid fysisk skada eller sjukdom, många av deltagarna hade också erfarenhet av att ha ringt 112 eller besökt akutmottagningen/sjukstugan. Några anger att de behöver ta hjälp av vänner eller familj för att kunna kontakta vården. Det är färre som uppger att de skulle kontakta vården eller visste var de skulle vända sig vid psykisk ohälsa jämfört med vid fysisk ohälsa.

”I mitt hemland hjälper släkten till när någon mår psykiskt dåligt. Min chef såg att jag var ledsen och hjälpte mig kontakta psykolog. Det hjälpte. Många invandrare/flyktingar har aldrig gått till psykolog. Viktigt att vi får mer information om den möjligheten.”

Flera deltagare uppgav att det var svårt att navigera i hälso- och sjukvården. Många uttryckte en känsla av att bli hänvisad vidare många gånger när en tog kontakt med vården vilket beskrevs som påfrestande. Få deltagare kände till eller hade ringt Vårdguiden 1177. De flesta som hade ringt hade dock positiva erfarenheter, en svårighet som lyftes fram i ett par intervjuer var att det kunde finnas språkliga hinder och det uttrycktes önskemål om personal som pratade andra språk än svenska.

”Det kändes bra att ringa via 1177. Jag fick bra hjälp, bra förklaringar. Jag fick även snabb hjälp att komma fram till vårdcentralen.”

4.2 Erfarenhet av trygghet inom hälso- och sjukvården

En stor majoritet av deltagarna hade erfarenheter av trygga möten inom vården, även de flesta av de deltagare som hade upplevt rasism inom vården hade också haft positiva möten. Det som deltagarna uttryckte skapade trygghet var att få ett bra bemötande samt bra information och förklaringar av personalen. Andra positiva aspekter som lyftes var att vårdpersonal upplevs som kompetent och välutbildad samt att det fanns tillgång till avancerad teknik.

”Varje gång jag går till sjukhuset känns det tryggt eftersom det är ett varmt välkomnande och de förklarar för mig i detalj vad som finns där.”

”Det är viktigt att bli sedd och bemött som alla andra när man träffar någon inom vården.”

”När min son var på NUS. En sköterska pratade med mig att de skulle ta hand om honom. När min man blev sjuk träffade vi en läkare som var bra och tog hand om honom och har fortfarande hand om honom.”

”När barnet var sjukt tog de inte bara hand om henne utan även mig och fru. Vi låg två månader. De fick veta information och den vård barnet behövde. Vi fick prata med psykolog.”

4.3 Erfarenhet av rasism inom hälso- och sjukvården

Flera av deltagarna uppgav att de har erfarenhet av rasism. Majoriteten hade dock inte upplevt rasism inom hälso- och sjukvården. Ett flertal hade däremot kännedom om rasism inom vården i Västerbotten, antingen genom att de själva mött rasism eller att de hade vetskap om vänner och familj som upplevt rasism.

”När jag födde barn kom det in mycket folk i rummet, jag fick ingen information varför. En dag efter fick jag veta varför det hade varit så många människor i rummet. Det blev komplikationer efter och jag fick veta att jag skulle få tid hos en läkare men ingen har hört av sig. “

Erfarenheterna av rasism handlade oftast om att inte ha blivit lyssnad på, tagen på allvar samt en känsla av att personalen inte riktigt brydde sig om dem. Bland deltagarna fanns erfarenheter av att ha blivit avvisade från vården, som akutmottagningar, ambulans och hälsocentraler, utan att de kände att de hade fått en tydlig förklaring till varför.

”Hade problem med ett sår. De skickade hem mig och sa att det går över. Problemet fortsatte, men de vill inte skriva remiss. Till sist fick jag hjälp med ett bra medel. Kanske det gått snabbare om jag varit svensk. Fick bara en känsla.”

Vissa deltagare uttryckte att personal verkade tycka att det var jobbigt att förklara saker för patienter som pratade svenska med begränsningar och att personalen inte alltid bokade tolk. Flera deltagare uppgav också att det var svårt att veta om deras upplevelse berodde på rasism eller språkliga hinder.

"Ibland så pratar man inte bra svenska och man kan inte alltid förstå om det är rasism eller inte. Eftersom jag inte är så bra på svenska är det svårt att veta."

"Vid kontakt på telefon, de lyssnade inte färdigt på vad jag säger utan ber mig återkomma en annan dag. Om jag har ont vill jag ha hjälp direkt! Jag upplever att de tycker att det är jobbigt att försöka förstå eftersom jag inte kan språket så bra."

"Tidigare så hade min dotter problem med utslag. Vi fick ingen hjälp, många olika läkare. De vill inte skriva ut remiss. Fick tolk till sist. Som ordnade remiss och ett bra medel skrevs ut. Nu mår flickan bra. Kanske det gått fortare för en svensk."

Ett par deltagare berättar att vårdpersonal har uttryckt sig nedlåtande om dem. Det fanns även berättelser om bekanta som arbetade inom vården och som upplevt rasism från patienter.

"Ja. Jag var rädd. Hade tid på kirurgen. Var rädd för att läkare inte ville hjälpa mig. När jag skulle göra en gastroskopi hörde jag vad de sa om mig."

"Ja, en kollega som jobbar inom vården blev utskickad av en patient och blev kallad n-ordet."

4.4 Möjlighet till hälsa på bostadsorten

Deltagarna uttryckte att det viktigaste för deras möjlighet att må bra var familj och vänner samt att de bodde på en ort där det kändes tryggt och säkert. Många deltagare deltog i aktiviteter på sin bostadsort såsom dans, idrottslag, kulturaktiviteter och engagemang i religiösa samfund. Ett hinder som ett par deltagare som bodde i de mindre kommunerna uppgav var brist på kollektiva färdmedel för att kunna ta sig till vård och aktiviteter.

Flera deltagare uppgav att coronapandemin hade gjort att flera av de aktiviteter och mötesplatser som de brukade delta i på sin ort hade ställts in.

5. Avslutande diskussion

Den rasism som deltagarna beskriver är både mikroaggressioner och öppna kränkningar. Mikroaggressionerna tar sig uttryck i att personerna har blivit avfärdade av vården eller inte tagna på allvar. Deltagarnas erfarenheter av att vårdpersonal verkade tycka att det är jobbigt att möta patienter som inte pratar svenska kan ses som en mikroaggression. Öppna kränkningar handlar om att personer har blivit kallade rasistiska ord eller att andra har pratat öppet rasistiskt om dem.

I flertalet av intervjuerna uttrycktes en tacksamhet gentemot hälso- och sjukvården och samhället i stort. Detta skulle delvis kunna förklaras av att deltagarna i vissa fall kan uppleva en beroendeställning till personen som intervjuade då många av intervjuedarna var volontärer i verksamheter som deltagarna tog del av. Denna tacksamhet tog sig bland annat uttryck i att deltagare sa att så länge en mår bra så ska en vara tacksam eller att det som gör att de känner trygghet på sin bostadsort är att det inte var krig där. Denna tacksamhet och beroendeställning gentemot intervjuedarna och samhället i stort

skulle kunna försvåra framförandet av kritik eller att berätta om negativa erfarenheter som rasism.

Ett par deltagare uttrycker att det är svårt att avgöra om en har blivit utsatt för rasism när en inte pratar så mycket svenska. En annan försvårande faktor skulle kunna vara att i ett segregerat samhälle så tar vi främst del av erfarenheter från personer som liknar oss, det kan göra det svårt att veta om en blir bättre eller sämre behandlad än personer med andra grupptillhörigheter.

Resultaten från denna intervjustudie överensstämmer med andra undersökningar och forskning. Bland annat undersökte Diskrimineringsombudsmannen (2016) diskriminering mot muslimer eller förmodade muslimer, de anmälda fallen inom hälso- och sjukvården handlade främst om att ha blivit nekad vård, upplevelser av att ha blivit motarbetade, inte tagna på allvar och att personer hade känt sig fientligt bemötta av personal. Hamed et al (2020) undersökte patienters erfarenhet av rasism i Sverige, Tyskland och Portugal och såg att erfarenheterna av rasism handlade om att känna sig nedprioriterad i möte med vården, att en blev annorlunda bemött än andra patienter och att en inte blev behandlad med respekt.

6. Rekommendationer

Utifrån resultaten och analysen av intervjustudien kan följande rekommendationer ges:

- Frågan om rasism, både utifrån ett patient- och ett medarbetarperspektiv behöver sättas på agendan i hälso- och sjukvården.
- Det behöver genomföras utbildningsinsatser om hur rasism görs inom hälso- och sjukvården, dess påverkan på hälsa och vård samt hur verksamheter kan arbeta för en jämlik och inkluderande vård utifrån dessa kunskaper.
- Arbetet mot rasism behöver knytas till övrigt arbete för inkludering och jämlikhet inom regionen.
- Det behöver utvecklas metoder för uppföljning av patienter och medarbetares erfarenhet av rasism och diskriminering utifrån tex hudfärg, förmodad etnicitet eller religion i regionen. Vissa uppgifter om patienter och medarbetare samlas idag in, exempelvis gällande ålder och juridiskt kön. Då detta inte är möjligt när det gäller exempelvis hudfärg, etnicitet, religion eller födelseland behöver en annan typ av uppföljning att ske, exempelvis genom riktade enkäter eller kvalitativa undersökningar. Det är då viktigt att dessa undersökningar inte enbart fångar utsatthet för direkta kränkningar utan även mer subtila uttryck för rasism och diskriminering som deltagarna i denna rapport beskriver.
- Arbeta med tolk och patienter som inte pratar så mycket svenska behöver utvecklas så att språk inte är ett hinder för ett inkluderande bemötande och en jämlik vård.

7. Referenser

Diskrimineringsombudsmannen. 2016. Kedjor av händelser - En analys av anmälningar om diskriminering från muslimer och förmodade muslimer.

<https://www.do.se/globalassets/publikationer/rapport-kedjor-av-handelser.pdf>

(Hämtad 2021-03-16).

Hamed, S., Thapar-Björkert, S., Bradby, H., & Maina Ahlberg, B. 2020. Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond. *Qualitative Health Research* 30(11).

Region Västerbotten. 2019. Ojämlighet i hälsa och vård i Västerbotten.

Bilaga 1 - Intervjuguide