

# Fødselspersonalets positionering af udlændinge

AF ANETTE JAHN

---

*“Udenlandske fødende” og deres pårørende bliver af fødselspersonalet positioneret ud fra en bestemt idealforestilling om, hvordan køn og fødsel skal praktiseres på et dansk hospital.*

*En etnificering af disse patienter indebærer etnisk forskelsbehandling.*

Artiklen handler om, hvordan et fødselspersonale positionerer “udlændinge” som kategoriale “outsidere” i fødselsrummet, fordi personalet oplever, at mange “udlændinge” med deres praksis på hospitalet anfægter danske værdier om køn og fødsel. I personalets øjne er problemet med “udenlandske patienter” *ikke*, at de måske har mørkere hud og hår, men primært, at de praktiserer køn forkert.<sup>1</sup> Artiklens cases illustrerer, hvordan personalet naturaliserer dansk fødselspraksis og dermed stiller krav til “udlændinge” om at følge en sådan fødselspraksis.

Mine cases er fra et feltarbejde på Obstetrisk Klinik på Rigshospitalet, hvor jeg i 1997-98 opholdt mig i syv måneder.<sup>2</sup> Jeg undersøgte personalets etniske kategoriseringsprocesser over for patienterne. Når jeg benytter betegnelserne “udlændinge” og “danskere”, så henviser det altså til personalets egne klassificeringer af patientgruppen.<sup>3</sup> Teoretisk er jeg inspireret af den franske sociolog Pierre Bourdieus (1990b)

praksisteoretiske analyseredskaber, hvor kategorisering ses som social praksis, og hvor aktørers diskurser (forstået som talehandlinger) og deres praksisformer er med til at forme den verden, de taler om, og den måde de handler på. En væsentlig pointe i min empiri er, at det er i de konkrete handlinger, at personalet kategoriserer patienterne, herunder etnificerer nogle patienter. Både mellem kollegerne indbyrdes og over for mig blev en patient først omtalt som "udlænding", når personalet oplevede, at patienten praktiserede fødsel på en for "danskere" signifikant anderledes måde.

Jeg foretog 49 dybdegående interviews samt deltagerobservation på fem afdelinger med alle faggrupper. Jeg gik rundt i hospitalstøj med et personaleskilt, hvorpå der stod "samfundsforsker". Jeg fulgte således personalet i deres arbejde på stuerne og til konferencer, og jeg deltog i den kollegiale snak. For at gøre min rolle forståelig både for personalet og patienterne hjalp jeg til med praktiske gøremål i den udstrækning, det var muligt (Jordan 1993, 91).<sup>4</sup>

#### FORÆLDRESKABETS FÆLLESHED

Jeg præsenterer nogle cases, hvor patienter i deres fødselspraksis<sup>5</sup> i personalets øjne anfægter en skandinavisk udgave af en kønsideologi, der ifølge den norske antropolog Marianne Gullestad (1992) er forbundet med en generel skandinavisk lighedsideologi, hvor lighed forstås som enshed. For at en skandinaver føler sig lige med en anden, skal han/hun opfatte vedkommende som ens. Der er imidlertid ingen nødvendig filosofisk sammenhæng mellem lighed og enshed. I sidste halvdel af det 20. århundrede er den skandinaviske lighedsideologi kulturelt set blevet overført til en generel idealforestilling om kønsrelationer mellem ægtefæller, hvor ægtefæller bør være lige ved at være ens. "At være fælles" om tingene og "at deles" om opgaverne er empiriske nøgletermer (Franklin 1997), som er forbundet dels med forestillinger om nærhed, dels

med idealer om lighed mellem ægtefæller. Dét at gøre ting sammen og dele hjemlige opgaver er blevet et tegn på loyalitet og kærlighed, og det bekræfter et parforhold som værende et forhold mellem ligeværdige parter (Gullestad 1992).

"Etnisk danske kvinder" (her i blandt fødselspersonale) ønsker, at mænd og kvinder skal deles om det reproduktive arbejde, herunder at fædre skal deltage i barnepasning, hente børn i daginstitution osv. Det reproduktive arbejde begynder med, at mændene skal med til graviditetskontrol, måske fødselsforberedelse og i hvert fald fødslen. Fødslen er blevet den centrale begivenhed, hvor det egalitære parforhold kan eksponeres. Som en yngre jordemoder siger:

"Fødslen er gået hen og er blevet et symbol på kærligheden i forholdet i en eller anden forstand. Jeg synes, det er intimt og dejligt at få en fødsel sammen med ens mand eller kæreste. Fordi det giver samhørighedsfølelse. Noget som jeg synes er en vigtig del af dét, at blive forældre og få et barn sammen."

Når lighed og enshed i et parforhold ses som positive værdier, forstås det modsatte, ulighed og forskellighed, som tegn på manglende kærlighed. Når en "udenlandsk mand" tolker for sin kone i svangrekonsultationen, og han ikke kan svare på, hvorvidt hans hustru pletbløder eller har plukvée, tager hovedparten af personalet det som udtryk for dels en manglende interesse for hustruen og dels en mangel på intimitet mellem parterne. At kende sin ægtefælles kropslige liv ses som et tegn på kærlighed. Personalets oplevelse af "udlændinges" kønsrelationer som segregerede og ulige kommer således til at repræsentere en negation af det danske ideal.

I min undersøgelse af personalets og patienternes forskellige praksisformer, har jeg observeret, at personalet har nogle bestemte forestillinger om patienters passende og upassende praksisformer, som de bruger i den sociale kategorisering af patienterne.

Når en jordemoder er sammen med et forældrepar inde på fødestuen, vurderer hun, måske helt uden at tænke over det, om kønsrelationen mellem kvinden og manden er lige eller ulige. For at jordemoderen klassificerer parret som havende et lige og dermed positivt vurderet forhold, skal de opføre sig indenfor bestemte rammer.

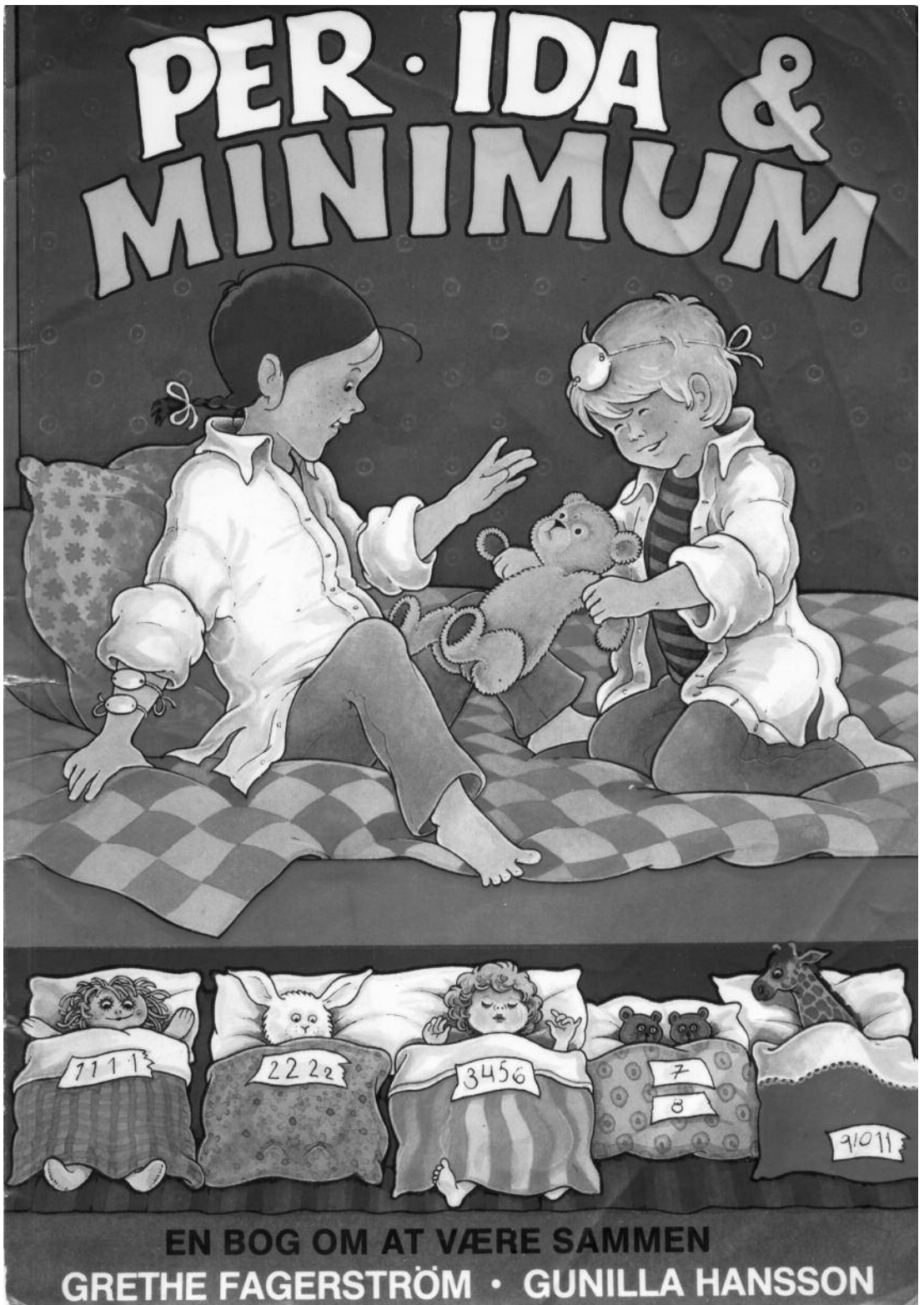
Det varierer, hvilken betydning den enkelte lægger i forskellige patientpraksiser, men jeg har set efter fælles forståelser og handlemønstre. Der er nogle handlinger, som sandsynligvis vil få jordemoderen til at placere manden i kategorien "en god ægtemand", "en god far" og "en god fødselshjælper". Dette gælder både "danske" og "udenlandske mænd". Det kan være, hvis jordemoderen ser, ham tørrer sin partners pande med en kold klud, ser ham masserer hendes lænd eller med dæmpet stemme rose og opmuntre hende. Eller at han fælder en stille tåre, når barnet er kommet ud. Han behøver ikke gøre alle, men nogle af handlingerne, for at blive placeret i den gode kategori af mænd. Når mænd placeres i den dårlige kategori, er det enten, fordi de undlader at gøre nogle af de passende handlinger eller handler på upassende måder.

De specifikke praksisformer afhænger af rummet, hvor personalet er sammen med forældreparret. Der er et handlingskodes for alle rum og for alle personalegrupper. Metodisk fandt jeg frem til handlingskodes ved at iagttage personalets praksiser med og deres talen om patienterne til mig eller til kolleger. Når en patient handlede passende, blev det normalt ikke kommenteret. Min viden om passende praksisformer fik jeg således, når en patient ifølge personalet *ikke* handlede passende. Når en far for eksempel *ikke* stod ved morens hovedgærde kunne jeg mærke på personalet, at han handlede upassende. At malplacere sig i rummet bliver altså af personalet brugt til at udgrænse patienter. Det er bemærkelsesværdigt, at det er farens og ikke morens praksisformer, som personalet bruger i deres vurdering af det enkelte ægteskab.

Når en marokkansk mand på fødestuen sidder ved vinduet og læser avis, mens hans kone føder, forstås det som en forkert handling. Tilsvarende tolkes hans manglende tilstedeværelse og deltagelse ved hans kones hovedgærde som et tegn på, at han er "*en dårlig fødselshjælper og ægtemand*". Vil han ikke holde sit barn, mens konen bliver syet, og siger han, at "*det er ikke noget for ham, når de er så små*", tages det som udtryk for, at han ikke kommer til at knytte sig ordentligt til barnet og derfor ikke bliver "en god far". At en muslimsk mand, så snart barnet er kommet ud og er blevet svøbt, tager det op og hvisker en bøn i dets øre vurderes det også af personalet som en upassende praksis. Ud over at hans religion ikke er velkommen, så bryder han i personalets øjne det såkaldte "hellige bånd" mellem mor og barn.

De amerikanske børnelæger Marshall H. Klaus og John H. Kennell formulerede i 1976 "bonding-teorien", der i korte træk går ud på, at når barnet ligger på morens mave umiddelbart efter fødslen, får det afgørende positiv betydning for deres videre relation. Klaus og Kennel har senere modereret teorien (Madsen 1999), men forestillingen om det ubrydelige bånd mellem mor og barn viste sig i mit feltarbejde at have stærkt diskursivt liv blandt personalet. Der er ingen medicinske eller psykosociale begrundelser for, hvorfor en far ikke må hviske en bøn i øret på sit barn, men derimod meget gerne må klippe navlestrengen over. Personalets talen om og handlen i relation til patienter påvirkes således af kulturelle forestillinger om køn og etnicitet.

Eksemplerne i de næste afsnit illustrerer, hvorledes personalet positionerer "udenlandske patienter" som "outsiders", der følgelig har ringe indflydelse på at definere fødselsrummet. De viser også, at personalet ikke møder en "udenlandsk patient" i hele sin etnicitet, men i konkrete praksiser, hvor køn er en signifikant forskelsmærke.



*Forside på Grethe Fagerström og Gunilla Hansson (1993):  
 Per, Ida & Minimum. P. Hase og Søns Forlag.*

## CASE 1: NATURALISERING AF DANSK FØDSELSPRAKSIS

Vi er på barselsgangen. En gift somalisk kvinde ligger på en tosengsstue med en gift dansk kvinde. Ingen af dem har komplikationer. Den danske kvindes mand er der hele dagen; den somaliske kvindes mand kommer stort set ikke; derimod er hendes somaliske svigerinde til stede hele dagen. Personalet har gennem de sidste dage været i konflikt med den somaliske kvinde, og da sygehjælperen Tina møder i dagvag, er kollegerne enige om, at "*det er lige en patient for Tina*". En sygeplejerske forklarer mig:

"Der har været mange personaleproblemer med hende somalieren. Hun er én af dem, du skulle være opmærksom på".

Jeg går ikke ind på barselsstuen, men opholder mig ude på personalekontoret, fordi jeg ikke ville være en del af konflikten. Tina forklarer mig senere på dagen:

"Personalet har igen og igen bedt hende somalieren om at gå ud på gangen eller på besøgsstuen, hvis hun har gæster. Men hun er blevet ved med at sige, at hun vil have sin svigerinde hos sig. At den danske kvinde har sin mand hos sig nærmest hele døgnet; at hun ikke ønsker sin mand her; og hvorfor hun så ikke må have sin svigerinde til at hjælpe hende i stedet? Jeg har svaret hende, at reglerne siger, at det kun er fædrene, der må være her. Og sådan er dét."

Jeg spørger:

"Men hvorfor må hun ikke have sin svigerinde her i stedet?"

Tina svarer:

"Kvinden er jo i Danmark, og sådan gør man altså her. Det er et dansk hospital. Og vi har besluttet det, fordi vi simpelthen ikke kan ha det rend. Fædrene må være her hele dagen indtil klokken 9 om aftenen. Alle andre må komme inden for besøgstiderne".

Tina fortsætter med at forklare mig:

"Hende somalieren sagde så til mig, at hun ikke kan forstå det. At for hende er det generende, at den danske kvindes mand er inde på stuen hele tiden. At det betyder, hun skal være tildækket hele dagen. At det er varmt at ligge med tørklæde på hele tiden. At det er generende, hver gang hun skal amme osv. Og så svarede jeg hende, at hun da var velkommen til at ligge med tørklæde. At det generede ikke mig. Men det var ligesom hendes eget valg".

Tina fortsætter:

"Jeg fatter ikke, hvorfor de absolut vil ligge med alle de gevanter i en hospitalsseng. Det kan hun da bare lade være med. Det skal da ikke gå ud over den danske kvinde. Jeg sagde til hende: Du er altså i Danmark, og sådan er reglerne!"

Vi er omgivet af flere kolleger. Ingen modsiges hende. De støtter Tina ved deres tavshed, deres støttende blik og nik og ved at stille sig ved siden af hende eller bag hende. Jeg mærker, at de forventer, at jeg er enig – og alligevel ikke. De vil høre min mening om sagen. Jeg siger:

"Man kan da egentlig godt forstå hendes synspunkter? Selvom hun selvfølgelig godt kunne sige det på en pæn måde.." Tina svarer: "Vi har simpelthen besluttet det på et personalemøde. Det har vi. Vi har besluttet det på et personalemøde."

Vores lille møde opløses. Den somaliske kvindes svigerinde kommer og går uden hensyn til besøgstiderne. Inden vagtskiftet siger Tina til en kollega:

"Hvad pokker skriver jeg i journalen? "Baby sutter fint ved mor"? Har du set om hun lægger barnet til eller også giver flaske?"

Når jeg rekontekstualiserer samtalen på 3-5 minutter mellem Tina, mig og de tavse kolleger, kommer sygehjælperen Tina let til at fremstå i et dårligt lys. Men Tina mener, at hun gør ret i at handle, som hun gør. Efter at have fulgt personalets arbejde har jeg fået en forståelse for, at det kan virke forstyrren-



de og provokerende, når en patient ikke følger personalets anvisninger eller opfører sig aggressivt over for personalet. De patienter, der opfører sig aggressivt, er normalt i forvejen marginaliserede, f.eks. "en narkoman" eller "en udenlandsk mand". Ellers bliver de det. De tavse kolleger viser, at personalets sociale kategoriseringsprocesser foregår gennem tavshed såvel som gennem tale og gennem mangel på handling såvel som gennem handling.<sup>6</sup> Med deres rumlige placering og kropslige kommunikation skaber de et kollegialt fællesskab med Tina. Kollegerne synliggør dermed min liminale position som hverken institutionel "insider" eller "outsider" (Wodak 1997), men problemfeltets tabuerede karakter forstærker min position som "outsider".

Da jeg spørger Tina, hvorfor hun tror, den somaliske kvinde hellere vil have sin svigerinde end sin mand hos sig, svarer Tina:

"Ja, det er jo hendes kultur".

Tina får ikke øje på, at hun selv er styret af og gør brug af kulturelle forestillinger om kulturbundne kønsrelationer. Lad os sammenligne med en situation et par måneder forinden. Vi er igen på barselsgangen, Tina er på dagvagt, og inde i seng 14 ligger en "dansk", enlig førstegangsfødende. Faren til barnet har ikke været med til fødslen og kommer heller ikke på barselsgangen. I sygeplejeturnalen står der:

"Er alene med barnet. Har ingen kontakt til faren".

Derimod kommer hendes mor og to veninder på skift i løbet af dagen og aftenen, således at der hele tiden er én hos hende. Inde på personalestuen ved frokosten siger Tina til mig:

"Det er bare så dejligt, at hun får sådan en støtte fra sit netværk. Hun er en af dem, vi ikke behøver at være nervøse for. Det er bare så flot at se".

Forskellen på de to eksempler er, at perso-

nalet kategoriserer den ene som "en aggressiv somalisk kvinde", og den anden som "en dansk forladt kvinde, der er offer for en mand af den dårlige kategori". Den sidste kategori ønsker personalet at støtte. Der er flere sygeplejersker, der dagen igennem med medfølelse i stemmen siger til mig:

"Det er heller ikke morsomt at blive forladt i sådan en situation" og "Hun ser ud til at klare det enormt flot".

Om aftenen er jeg inde i puslerummet for at hjælpe veninden med at skifte barnet, og hun fortæller i forbifarten, at moren selv har smidt kæresten ud og er glad for sin beslutning. Om morens kæreste så stadig i personalets øjne ville have kvalificeret sig til den dårlige kategori af mænd, vides ikke. Men bemærkelsesværdigt er det, at personalet umiddelbart klassificerer kvinden som et offer. Personalet går ud fra, at "den danske kvinde" deler deres opfattelse af, at en far og mor til et nyfødt barn burde praktisere fælleshed, men at det bare ikke er lykkedes for "den danske kvinde", og det må hun være ked af. Når "den somaliske kvinde" derimod ikke er ked af, at hendes mand ikke kommer for at "være fælles", anfægter hun personalets kulturelle forestillinger om kønsrelationer. Man kan forestille sig, at hvis den somaliske kvinde havde artikulert, at hun tværtimod var ked af, at hendes mand ikke kom, så havde mulighederne for personalets identifikation med hende været større, og dermed havde hendes adgang til at meddefinere barselspraksisen på hendes midlertidige territorium været større.

Casen er ikke repræsentativ for mine observationer på Obstetrisk Klinik i den forstand, at det var sjældent, jeg oplevede åbne konfrontationer mellem personalet og "de udenlandske patienter". Det betyder ikke, at de ikke fandt sted, men min adgang til dem var begrænset. Ikke desto mindre er casen sigende (Mitchell 1993), fordi den viser, hvad det er for forestillinger om kønsrelationer, der er på spil i fødselsrummet, og den illustrerer magtforholdet mellem perso-

nale og patient. Tina forhandler først med patienten og siden med mig. Forhandlingerne drejer sig både om, hvordan patienten skal positioneres og om, hvad der er passende praksis på en dansk barselsstue med hensyn til kønsrelationer. De forhandler om, hvem rummet tilhører, hvem der kan definere, hvem der har adgang til barselsstuen, og hvornår og hvilken rolle de må have. Tina bruger i forhandlingen sin magt som ansat til at henvise til nogle regler, der ikke er nedskrevne, og som afdelingssygeplejersken, da jeg senere interviewer hende, bestemt ikke mener bør håndhæves i den situation. Tina bruger sin magt som ansat til ikke at tilbyde "den somaliske kvinde" samme pleje og omsorg. Vil patienten ikke respektere sygehjælperens magt som institutionel "insider", er konsekvensen eksklusion. Sygehjælperen har ikke magt til at smide patienten ud, og hun kan heller ikke skrive om situationen i sygeplejejournalen, men hun kan aktivt ignorere patienten, og hun kan mundtligt opfordre kolleger ved vagtskiftet til at gøre det samme.<sup>7</sup> De to eksempler viser to umiddelbart ens praksisformer, som personalet vurderer forskelligt, og de illustrerer, hvordan sociale aktører kun følger en regel, hvis de har større interesse i at følge den end i at negligere den (Bourdieu 1996, 101). De ansatte har således relativt mange muligheder for at handle improviserende indenfor hospitalsstrukturen, herunder muligheder for etnisk forskelsbehandling af patienterne.

Med Bourdieus begreber er det *doxa* for personalet, at nybagte forældre er fælles og deles om barselsplejen. Doxa er en betegnelse for en overensstemmelse mellem felt og habitus, hvor praksisformerne tages for givet og naturaliseres af aktørerne (Bourdieu 1990, 130). "Den somaliske kvinde" møder op med en anden habitus, det vil sige med andre dispositioner for passende fødselspraksis. Bourdieu (1995, 164) kalder en sådan tilstedeværelse af konkurrerende praksisformer i feltet for heterodoxi. Når doxa møder en tilstand af heterodoxi kan

de sociale aktører forstærke de naturaliserede praksisformer. Denne reaktion betegner Bourdieu som ortodoxi. I fødselsfeltet oplever personalet, at den somaliske kvinde anfægter de værdier og praksisformer, som de og mange andre "danske kvinder" (og mænd) har kæmpet for de sidste årtier, hvorved der opstår ortodoxi hos personalet. De bliver bevidste om regler, rutiner, praksiser og værdier, som forstærkes situationelt og naturaliseres. Populært kan man sige, at personalet i situationen bliver "hyper-danske" med hensyn til dansk barselspraksis. Personalet bliver orthodox om, hvem barselsstuen tilhører, og hvem der derfor har ret til at definere adgangen til rummet. Den etniske grænsedragning mellem *os* og *dem* (Jenkins 1997) bliver trukket skarpt op i bestemte situationer.

Casen handler indirekte om personalets positionering af mænd. Den fraværende somaliske mand blev klassificeret som "en dårlig ægtemand og far" ved ikke at gøre sin del af det reproduktive arbejde. En kvinde, som udviste tilfredshed med ham, blev positioneret som "forkert kvinde" i "et forkert ægteskab", der praktiserede "et forkert forældreskab". Casen illustrerer således, hvordan personalet stiller krav til patienterne om at praktisere den skandinaviske køns- og lighedsideologi ved, at personalet handler ekskluderende i forhold til patienter, som artikulerer, at de vil praktisere et anderledes kønnet forældreskab. Det gælder ikke kun i relation til etniske patienter. Havde "den danske alenemor" åbent tilkendegivet, at hun var alene, fordi hun enten ikke ønskede en far til barnet, var lesbisk eller noget tredje, ville hun sandsynligvis også være faldet for den skandinaviske diskurs om "forældreskabets fælleshed".

## CASE 2: KØNNEDE OG ETNISKE FÆLLESSKABER

En søndag sidder jeg i personalestuen på fødegangen med jordemoderen Kirsten. Vi snakker om "udlændinge". Kirsten siger:

“Så er der også det med, at de udenlandske mænd ikke kan holde ud at være på barselsgangen eller fødeklubben. De kan simpelthen ikke holde ud at se på alle de kvinder, der sidder og ammer ude på gangen. Det bliver jo ret vanskeligt, hvis vi skulle skærme af for dem. Indrette stuerne efter deres behov. Derfor siger jeg også, at det sådan set ville være bedre, hvis de drog fordelene af at føde ambulantly. Så ville de udenlandske kvinder slippe for at være tvunget til at blotte sig. Men så kan de jo ikke få det der med at lægge sig ned i 40 dage og være urene og blive vartet op. For heroppe i Danmark har de ikke det netværk af kvinder, som de har hjemme i Tyrkiet. Derhjemme forlader mændene dem og er udenfor hjemmet, men så har de en masse kvinder omkring dem til at hjælpe sig. Men dem har de ikke heroppe. Heroppe har de mere brug for deres mænd”. Jeg spørger: “Men den hjælp får de vel ikke?”. Kirsten svarer: “Nej, men så må de i gang med deres mænd – ligesom vi har været i gang med vores igennem et par generationer. Er det ikke sådan, det må være?” (Hun griner indforstået).

Ifølge den britiske antropolog Richard Jenkins konstrueres sociale fællesskaber (*os*) samtidigt med kategoriseringen af sociale andre (*dem*), som jeg vil betegne som sociale forskelsskaber (Jahn 2001). Jordemoderens grinen til mig er en strategisk handling, hvor hun skaber et forestillet kvindefællesskab repræsenteret af hende og mig. Dette fællesskab konstrueres op imod et socialt forskelsskab af mænd, særligt af “udenlandske mænd”, men også op imod et forskelsskab bestående af “udenlandske kvinder”, der betragtes som “(kropsligt) undertrykte”. I konstruktionen af “udenlandske kvinder” som “kropsligt undertrykte” ligger samtidigt konstruktionen af “danske kvinder” som “kropsligt frigjorte”. Jordemoderens indforståede grinen til mig markerer, at hun tager for givet, at der er forhold, om hvilke vi, som “to indfødte, danske kvinder”, deler viden og kønspolitiske interesser, som er unødvendige at udtrykke. Hun henviser til doxa, som kan sammenfattes som:

- 1) Det er naturligt at amme, og kvinder skal ikke skamme sig over deres kropslighed. Den kropslige frigjorthed har vi kvinder kæmpet for i generationer
- 2) Det er et kvinderum det her – defineret af kvinder for kvinder
- 3) Og det skal ingen mand komme og blande sig i – mindst af alle en udenlandsk mand

Generelt deler personalet den opfattelse, at “udlændinge” bør have ringere adgang til ressourcer, som i hospitalsfeltet består af behandlingstilbud, pleje, information og adgang til at dele tid og rum med personalet samt at modtage omsorg (Jahn 2001, 52). I personalets forståelse er det derfor dobbelt upassende, at “udenlandske mænd” gør forsøg på at deltage i definitionen af, hvilke kropslige praksisformer, der er passende på barselsgangen. Personalets opfattelse af “udenlandske mænds” manglende ret til at blande sig i barselskvinders kropslige praksiser bliver tydeligere, når vi sammenholder det med personalets egen talen om og handlen over for “danske barselskvinder”. På Obstetrisk Klinik fortalte personalet mig, at “danske barselskvinder” rykkede hverdagens kropsgrænser for meget. Som en jordemoder sagde til mig en dag ude i skyllerummet:

“De går jo i total opløsning. Barselsgangen er helt anderledes end resten af hospitalet. Prøv bare at se på, hvordan kvinderne går rundt! Nettrusser og deller – det hele, det hænger. Man tror, det er løgn. De er fuldstændig ligeglade. Vi taler med dem om det. (Hun læner sig frem mod mig) Nogle af dem har simpelthen (stemmen dæmpes) “patterne” hængende ud... De er helt ligeglade! Der er ingen grænser! Hvis de kun går rundt i net-bh og nettrusser, så siger vi altså til dem: Prøv lige at se: Du har jo ikke noget tøj på!”

En sådan beskrivelse af “danske barselspatienter” som for kropsligt frigjorte viser institutionens kontrol med grænser for kropslig “naturlighed”. Selvom personalet gentagne gange udtrykte, at det var for kvindernes



egen skyld, at de skulle *“klæde sig lidt mere på og måske smøre lidt i hovedet”*, som en jordemoder udtrykte det, kunne jeg iagttagge, at det var vanskeligt for personalet dagligt at blive konfronteret med nybagte mødres manglende blufærdighed. Inspireret af den britiske antropolog Victor Turner (1989) kan man kalde *“danske mødres”* kropslige handlemønstre for liminale, i og med at kvinderne vender op og ned på hverdagens kropslige praksisformer. Det, at kvinder i fødselsrummet er ligeglade med deres udseende, betegner personalet som *“kropslig opløsning”* og *“selvudslettelse”*. De generelle forskelle på personalets og patienternes opfattelser af kropslig barselspraksis kan forklares ved at skelne mellem begreberne begivenhed og hændelse (Hastrup 1992): Mens oplevelserne på Obstetrisk Klinik for patienterne var en enestående livsbegivenhed, var det for personalet oftest hverdagshændelser på en arbejdsdag.

Personalets kategorisering af *“danske barselskvinders”* forskydninger af de kropslige grænser er bemærkelsesværdigt sammenfaldende med personalets diskurs om *“udenlandske mænds”* kategorisering af *“danske barselskvinder”*. Umiddelbart kunne man tro, at det kunne danne grundlag for en alliance, men det gør det ikke. Forskellen mellem de to grupper er, at personalet som 1) institutionelle *“insiders”*, 2) *“danskere”* og 3) kvinder har magtressourcer at sætte ind i forhandlingen af, hvad der er passende og upassende praksis i fødselsrummet.<sup>8</sup> *“De udenlandske mænd”* er derimod tredobbelt *“outsiders”* og mangler derved de fornødne magtressourcer: 1) De er på besøg på andres arbejdsplads, 2) de er på besøg i et andet land (også selvom de er født i Danmark) og 3) de er på besøg i et kvindedomineret rum, hvor det er kvinder, der bestemmer, hvad der er passende og upassende. At udtale sig kritisk om barslende kvinder er tilsyneladende legitimt for nogle grupper og ikke for andre. Det kvindelige personale må gerne, *“danske kvinder”* ligeså; *“danske*

*mænd”* og *“udenlandske kvinder”* bør afholde sig fra at deltage i forhandlingen, men optimalt upassende er det, når *“udenlandske mænd”* *“blander sig”*. Det er i forbindelse med jordemoderen Kirstens talen om *“udenlandske mænds”* manglende tolerance overfor *“danske barselskvinder”*, at hun foreslår, at *“udlændinge”* føder ambulantly. Støttes der ikke op om de praksisformer, som *“danske mænd og kvinder”* har kæmpet for i de sidste årtier, er det således et kriterium for eksklusion.

### ETNISK FORSKELSBEHANDLING

Jeg indledte med at henvise til Bourdieus betragtninger om, at aktørers praksisformer, herunder kategoriseringsprocesser, er med til at skabe den verden, de deltager i (Bourdieu 1990b). Diskurser forstået som talehandlinger er ikke blot en gengivelse af den sociale virkelighed. I personalets diskurser produceres erfaringer med *“udlændinge”*, og diskurserne er på den måde konstituerende for den sociale virkelighed. Der finder en simultan produktion sted mellem de kategorier, som aktører opfatter verden gennem, og de sociale virkeligheder, disse kategorier producerer (Bourdieu 1990, 134). Det betyder, at personalets talen om *“udlændinge”* har stor betydning for disse patienters positionering i feltet og dermed for deres muligheder for at få del i feltets goder: Behandling, pleje, information og omsorg. Generelt delte personalet mindre rum og tid med og ydede mindre omsorg overfor de patienter, som de benævnte *“udenlandske”*, blandt andet fordi de i mindre grad identificerede sig med dem (Jahn 2001, 93). Konsekvensen var en isolering af *“udenlandske kvinder”* og deres pårørende. Samme resultat når antropologen Beth Elverdam (1991) frem til i en undersøgelse på samme afdeling. Generelt om forholdene på amerikanske institutioner skriver den amerikanske antropolog, Louise Lamphere (1992, 29):

“Exclusion, distance, and isolation may be more common experiences for new immigrants than either conflict with established residents or instances of frequent interaction and integration”.

Dette stemmer overens med min konstatering af, at etnisk forskelsbehandling på Obstetrisk Klinik generelt ikke bestod af nedsettende handling og talen, men snarere af manglen på handling og talen med “udenlandske patienter”. Lampheres (1992, 2) begreb, medierende institution, henviser til, hvorvidt organiseringen af behandlingstilbud, regler, rutiner og personalets praktisering af dem er befordrende for relationer mellem “danskere” og “udlændinge”. I forhold til “danskere” forlader “udlændinge” generelt hospitalet med mindre ny viden om deres krop, amning, pleje af spædbarnet, seksualitet og prævention efter fødslen; og de tager derfra med mindre forståelse af deres fødsels- og evt. behandlingsforløb. Dette skal sammenholdes med personalets (og mit) indtryk af, at mange “udenlandske kvinder” inden graviditeten og kontakten med hospitalet i forvejen har mindre af denne form for viden end de fleste “danske kvinder”. Obstetrisk Klinik medvirker således til at udvide en eksisterende kløft mellem vidende og ikkevidende kvinder, og som medierende institution fungerer Klinikken hindrende for integration. Klinikken opretholder således et etnisk dansk offentligt rum med etniske danske privilegier. Den bagvedliggende logik, logic of practice, (Bourdieu 1996, 106) kan formuleres sådan:

Obstetrisk Klinik er for os danskere på vore præmisser, og de andre må assimilere sig, hvis de vil have fuldt udbytte af behandling og pleje.

En væsentlig del af assimileringen går ud på, at “udenlandske mænd og kvinder” skal praktisere den skandinaviske ideologi om forældreskabets fælleshed og lighed som enshed. Personalet kategoriserede generelt “udenlandske patienter” som negationen af “danske patienter”, og det er karakteristisk, at “udenlandske patienter” blev målt op

imod en idealforestilling om kønnet fødselspraksis, som mange “danske mænd og kvinder” ifølge personalets vurderinger heller ikke levede op til. Pointen er, at samme patient- og pårørendepraksis kategoriseres ud fra forskellige kriterier afhængigt af etnicitet og køn.

Casen med sygehjælperen Tina og den somaliske kvinde viser, at personalet ikke møder “en udenlandsk patient” i hele sin etnicitet, men i konkrete praksiser. Når personalet socialt klassificerer patienter, herunder etniciterer visse patienter, er patienternes kønnede fødselspraksiser blandt de mest signifikante forskelsmarkører i personalets vurderinger. Personalets talen om og handlinger sammen med patienter påvirkes af kulturelle forestillinger om køn og etnicitet samt af magtinteresser. Eksemplerne illustrerer, hvordan personalet har den institutionelle og etnisk baserede magt til generelt at positionere “udlændinge” som udenforstående, der er begrænsede i deres adgang til at deltage i de kulturelle forhandlinger om passende dansk fødselspraksis.

## NOTER

1. Andre signifikante forskelle drejer sig om kommunikationsvanskeligheder, netværksrelationer, forhold til kroppen og religion (Jahn 2001).
2. Artiklen bygger på mit kandidatspeciale (Jahn 2001).
3. Anførelsestegnene om kategorierne “udlænding” og “dansker” henviser til, at kategorierne er sociale, situationelle konstruktioner, som er til forhandling (Jenkins 1997). Det er utilsigtet, hvis artiklen medvirker til at cementere eksisterende opfattelser af etniske kategorier.
4. Når man studerer en intim og sensitiv begivenhed som en fødsel, er det ikke tilstrækkeligt som forsker “at søge at undgå at forvolde skade på forskningsdeltagerne” (Code of Ethics 1998), men ifølge den amerikanske fødselsantropolog Brigitte Jordan må forskeren efter bedste evne bidrage til at gøre fødselsforløbet så vellykket som muligt. Da adgangen til fødslen i stort set alle beskrevne kulturer er restriktiv, og da professionelle som non-professionelle fødselsdeltagere har specifikke roller, må antropologen søge at skabe sig en deltagende rolle ved at få en funktion (Jordan 1993, 111 og 4).

5. Fødselspraksis defineres som kulturelle praksisformer i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel.

6. Dette er en omskrivning af den amerikanske kommunikationsteoretiker Gregory Bateson's (1972) betragtninger om, at kommunikation foregår gennem tale såvel som tavshed, og handlen såvel som ikke-handlen.

7. I forskellene på personalets henholdsvis mundtlige og skriftlige informationspraksis indbyrdes om patienterne fremgår det, hvor tabugrænser går i forhold til social kategorisering. Personalet skrev kun det ned "som tålte dagens lys", som en læge udtrykte det. Med Erving Goffmans (1959, 109) begreber kan den skriftlige information betragtes som "front-stage" (officielt på scenen) og den mundtlige information som "back-stage" (uofficielt bag scenen). Størsteparten af personalets kategoriserende handlinger foregik mundtligt. Ytringen "De er bare så søde" blev hyppigt brugt om en patient og hendes mand under rapport / konference, og den indeholdt beskeder såsom, at den ansatte kunne identificere sig relativt godt med patienten, at dette par skulle behandles ekstra godt, og at arbejdet med dem var givende.

8. Magtressourcer specificeres af Bourdieu (1990b) som forskellige kapitalformer.

· Hastrup, Kirsten (1992): *Det antropologiske projekt. Om forbløffelse*. Gyldendal, København.

· Jahn, Anette Wilhjelm (2001): *Forskelskaber og fællesskaber i fødselsrummet. Om etniske kategoriseringsprocesser med etnicitet som eksempel*. Kandidatspeciale, Specialerække nr. 199, Institut for Antropologi, Københavns Universitet.

· Jenkins, Richard (1997): *Rethinking Ethnicity. Arguments and Explorations*. SAGE Publications Ltd., London.

· Jordan, Brigitte (1993 (1978)): *Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Study of Child-birth in Yucatan, Holland, Sweden and the U.S.* Eden Press, Shelborne.

· Lamphere, Louise (1992): *Structuring Diversity. Ethnographic Perspectives on the New Immigration*. The University of Chicago Press, Chicago/London.

· Madsen, Svend Aage, Hanne Munck & Marianne Tholstrup (1999): *Fædre og fødsel*. Frydenlund Grafisk, København.

· Mitchell, Clyde (1993): "Case studies", in R.F. Ellen (ed.): *Ethnographic Research*. ASA, Academic Press, London.

· Turner, Victor (1989 (1967)): *The Forest of Symbols*. Cornell University Press, London.

· Wodak, Ruth (1997): *Disorders of Discourse*. Longman Singapore Publishers, Singapore.

## LITTERATUR

· Bateson, Gregory (1990 (1972)): *Steps to an Ecology of Mind*. Ballantine's Books, New York.

· Bourdieu, Pierre (1990): *In Other Words*, Polity Press, Cambridge.

· Bourdieu, Pierre (1990b): *The Logic of Practice*. Polity Press, Cambridge.

· Bourdieu, Pierre (1995 (1977)): *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge University Press, Cambridge.

· Bourdieu, Pierre & Wacquant (1996): *Refleksiv sociologi*. Reitzels Forlag, København.

· *Code of Ethics*, American Anthropological Association 1998.

· Elverdam, Beth (1991): Fra tradition til institution. Muslimske indvandrerkvinders møde med dansk hospital og praktiserende læge. Aarhus Universitetsforlag.

· Franklin, Sarah (1997): *Embodied Progress*. Routledge, London.

· Gullestad, Marianne (1992): *The Art of Social Relations. Essays on Culture, Social Action and Everyday Life in Modern Norway*. Scandinavian University Press, Oslo.

· Goffman, Erving (1959): *The Presentation of Self in Everyday Life*. Penguin Books, London.

## SUMMARY

*Continually, staff and patients at a Danish maternity ward are negotiating appropriate ways of creating childbirth as a culturally meaningful event, and they negotiate how to position patients within a shifting patient hierarchy. In these negotiations, staff has the institutionalised power to marginalize couples who practice birth significantly different. Among these patients are "ethnic patients". When staff socially categorise some patients as "ethnic patients", they are mostly concerned about the patient's gendered ways of practising birth. When staff meets a couple in a delivery room they look for different markers as to perceive whether the couple has an egalitarian relationship or not. Staff is informed by a Scandinavian ideology of equality as sameness and of parenthood as a joint enterprise.*

Anette Wilhjelm Jahn  
 cand.scient.anth  
 Institut for antropologi