

Förhöjd förekomst av akuta kejsarsnitt bland kvinnor med ursprung i Somalia: Patientens eller vårdens ansvar?

Sara Johndotter och Birgitta Essén

Afrikanska kvinnor är överrepresenterade när det gäller både mödra- och barnadödlighet i västliga länder. Vidare löper de större risk att få genomgå akut kejsarsnitt, trots att studier visar att det finns en utbredd rädsla för kejsarsnitt bland kvinnor med ursprung i Somalia som migrerat till väst. I artikeln diskuteras hur denna situation kan motverkas genom att man lyfter fram konsultationen som arena inom graviditets- och förlossningsvården. Konsultationen – i motsats till behandlingen i sig – är ett sammanhang som tillåter en mer kritisk hållning till ett strikt biomedicinskt synsätt på sjukdom och kropp, och en större öppenhet för alternativa förståelsemodeller. En konsultationsmodell som är öppen för somaliska kvinnors speciella erfarenheter, men samtidigt lägger vikt vid varje patients individuella livssituation, ökar möjligheterna för en respektfull vård som i förlängningen också kan leda till ett bättre utfall (lägre mödra- och barnadödlighet, färre akuta kejsarsnitt) för den somaliska invandrargruppen inom förlossningsvården.

“Medicine is a social science in its very bone and marrow.”

Tyska patologen Virchow 1849 (i Shand 2005:112).

Dagens skandinaviska, och västeuropeiska, vårdinstitutioner präglas i ökande grad av att befolkningen blir alltmer heterogen i etniskt avseende. Nya kunskaps-

fält har vuxit fram som ett resultat av detta faktum: seminarier om *kulturmöten i vården* blir allt vanligare och litteratur om 'tvärkulturell' eller 'kultursensitiv' vård eller omvårdnad har ökat markant.

Parallellt har en kritik uppstått: diskussionen om 'kulturmöten' i vården och olika grupper tänkta kulturella egenart essentialiserar och skapar stereotyper ("sådana är arabiska patienter") och leder till ny reduktionism, där sjukdomars socioekonomiska kontext negligeras (Helman 1985, 2006, Richters 2000). Då man inom vården framhäver 'kultur' i stället för faktiska sociala skillnader mellan majoritetsbefolkning och invandrare sker en "ethnization of the social bias" (Ernst 2000:122). Vidare skapas förväntningar på att patienter med icke-västerländsk bakgrund är oförstående inför eller ovilliga att acceptera den västerländska biomedicinska modellen (Mulinari 2004:464).

Kulturella grupper och enskilda patienter

Ett förhållningssätt för att tackla situationen, som troligen praktiserats av vårdgivare i alla tider då de mött patienter i klinisk verksamhet, är att utgå från individnivå – att förstå och agera utifrån det faktum att den enskilda patienten har en bakgrund som innefattar en mängd aspekter: socioekonomisk position, generation eller ålder, eventuell migrationshistoria, utbildningsnivå, religiös uppfattning, bakgrund i urban eller rural miljö, etc. Numera finns också ett populärt begrepp för att beskriva hur alla dessa axlar samverkar och är oskiljbara hos enskilda individer: intersektionalitet (t ex Lykke 2003, Borgström 2005).

Hur ska vi då förhålla oss till att det faktiskt finns kulturella mönster på grupp-nivå (samtidigt som variationen finns på individnivå)? Även om det inom alla etniska eller kulturella grupperingar finns stora variationer (och dessa grupperingar inte kan avgränsas från varandra, utan överlappar), så finns det skäl att tala om 'mönster'. Den amerikanska medicinska antropologen Daniel Moerman uttrycker det på följande sätt:

"In different places in the world, people know different things; experiencing the world with a different language, different history and social institutions, and different customs means that, comparing one place to another we find significantly different fabrics of meaning woven from these different strands. It does not mean that all Chinese think alike, or that all Navajos on the one hand or Americans on the other see the world in identical ways. But there are dramatic differences in the patterns of thought on which individuality, difference and agency are formed" (Moerman 2002:72).

I denna text avser vi att se närmare på frågan om kejsarsnitt bland somaliska kvinnor som migrerat till väst, med syfte att illustrera konsultationsmodellen. Texten bygger inte på någon enskild studie, utan på flera års kliniskt och forskningsinriktat samarbete mellan gynekolog och antropolog när det gäller den här frågan, samt annan befintlig forskning, såväl epidemiologiska studier som intervjustudier.

Afrikanska kvinnor tycks drabbas av både högre mödradödlighet och perinatal dödlighet, dvs. att deras barn löper högre risk att dö under graviditetens senare del och i samband med förlossning (Essén et al. 2000a, Ibison et al. 1996, Schuitemaker et al. 1998). Det finns också studier som visar att dessa kvinnor är klart överrepresenterade när det gäller akuta kejsarsnitt (Essén et al. 2002, Ibison 2005, Johnson et al. 2005, Vangen et al. 2000). I den brittiska rapporten om kejsarsnitt från *Royal College of Obstetrics and Gynaecology* (Thomas & Paranjothy 2001) var den akuta kejsarsnittsfrekvensen högst för 'Black Africans' jämfört med de andra etniska grupperna. Detta är ett anmärkningsvärt förhållande: i vår kvalitativt inriktade forskning i svensksomaliska och engelsksomaliska grupper har det tydligt framkommit att det finns ett utbrett motstånd, och ofta en stark rädsla inför, just kejsarsnitt (Essén et al. 2000b, Essén & Johnsdotter 2006a, se också Herrel et al. 2005, Vangen et al. 2004). Vad är det då som händer på vårdens arenor, som gör att somaliska kvinnor i så mycket högre grad riskerar att få genomgå ett akut kejsarsnitt – trots att många av dem känner detta starka motstånd och inte sällan ger uttryck för det? Och hur kan man inom vården bemöta denna problematik, utan att stereotypifiera och stigmatisera somaliska kvinnor som patienter?

Biomedicinens primat och auktoritativt medicinskt vetande

Innan vi går vidare måste vi beröra en teoretisk infallsvinkel som är relevant för vår diskussion – den om biomedicinens primat, dvs. den västerländska medicinska modellens tolkningsföreträdare när det gäller förståelse av sjukdom och syn på kroppen i västvärlden.

Inom medicinsk antropologi är det idag vedertaget att det biomedicinska paradigmet är en kulturell produkt (Kleinman 1980, Good 1994, Janzen 2002, Moberman 2002), med en kulturspecifik syn på vad en människa är, vad sjukdom är och hur den uppstår. Det råder konsensus om att vår sjukdomsklassifikation inte är universellt giltig utan en kulturell och historisk produkt under ständig revidering, och att det finns en syn på botande och lindrande som utgår från västerländska idéer om förhållandet mellan "body" och "mind".

Likväl omfattar nog en stor andel av professionella inom vården uppfattningen att den biomedicinska modellen är universellt giltig – vetenskapligt underbyggd med biokemin som sin kärna och fri från sociokulturella inslag, tänker man sig – och att uppfattningar som avviker från vad man "vet" om processer kring hälsa och sjukdom bäst klassificeras som 'föreställningar' (för vidare diskussion om västerländskt medicinskt 'knowledge' kontra folkliga 'beliefs', se t ex Good 1994, Lambert & McKevitt 2002). Denna form av etnocentrism – och 'mediocentrism' – har direkta negativa konsekvenser för vården, påpekade den medicinska antropologen Arthur Kleinman redan för mer än tjugo år sedan (1985:70).

På fältet barnafödande berördes denna fråga tidigt av antropologen Brigitte Jordan som analyserat förlossningssituationen i ett komparativt kulturellt perspektiv (Jordan 1983). I en artikel från 1987 tillämnar Irwin och Jordan resonemang om *auktoritativt medicinskt vetande* på just frågan om kejsarsnitt. De går igenom ett antal fall i USA där läkare sökt stöd i domstol för att kunna tvinga kvinnor till kejsarsnitt då de själva vägrat genomgå ingreppet. I deras analys betraktas vägran att genomgå kejsarsnitt, trots att expertisen ansett det nödvändigt, som att medicinsk auktoritet på goda grunder utmanats. Det *symboliska våld* som en teknologiserad vårdapparat, med tolkningsföretråde kring vad som är auktoritativ medicinsk kunskap, generellt sett utövar gentemot födande kvinnor övergår i detta fall i *faktiskt tvång* (1987:320). De menar vidare att mödravård kan ses som en arena för indoktrinering, där det auktoritativa medicinska vetandet på förlossningens område ska accepteras och internaliseras av de (snart) födande barnaföderna.

Det kliniska mötet: paternalism kontra 'diskursiv interaktion'

Det finns idag ett ökande intresse för att i vården integrera antropologiska perspektiv (t ex Helman 2000, Shand 2005). Försök att ta hänsyn till andra synsätt på kroppen och sjukdom handlar ofta om en snäv översättning av lekmannabegrepp och praktiker, menar Lambert & Kevitt (2002) som pekar på risken att ansträngningarna i grunden görs för att få patienterna att acceptera (biomedicinskt grundade) interventioner. De framhåller att en sann antropologisk förståelse inte förutsätter att biomedicinska begrepp och praktiker är normativa och universella. Men när vi nu de facto befinner oss i en vårdsituation som präglas av biomedicinens primat och av att det biomedicinskt grundade medicinska vetandet kring födande har tolkningsföretråde – vilket handlingsutrymme finns det då i praktiken för de professionella som vill omfatta och praktisera en mer 'relativistiskt' inriktad vård? Det vill säga, en vård som bygger på övertygelsen att öppenhet

inför andra förståelsemodeller kring sjukdom än den strikt biomedicinska leder till ökade förutsättningar för hälsa och välbefinnande; och inte minst ett önskat utfall för alla inblandade. Vi kommer här att argumentera för att *konsultationen* kan utgöra en sådan arena.

Filosofen Annemarie Gethmann-Siefert (2003) har analyserat det kliniska mötet mellan läkare och patient och förespråkar en modell präglad av vad hon kallar 'diskursiv interaktion' (utgår från språklig kommunikation) mellan ansvarstagande individer – i motsats till den ofta rådande modellen av paternalism. I hennes perspektiv handlar konsultationen i det rådande paternalistiska förhållningssättet om att diktera, eller rekommendera, den lämpliga behandlingen för den aktuella situationen – som det sedan är patientens sak att acceptera (eller avvisa). Vi har här en situation av ordinationer (*prescriptions*) från läkarens sida och medgörlighet (*compliance*) från patientens sida. Att ifrågasätta ordinationen blir att fördröja, och med fördröjningar ökar riskerna. Ingen vill öka riskerna för patienten – och därför accepteras den paternalistiska vårdmodellen av så många, menar Seifert-Gethmann, och därför ses den som ideal också i vårdssituationer som inte är akuta till sin natur.

I denna rådande modell är den enda form av 'moget' ansvarstagande hos patienten att uttrycka sitt informerade samtycke (*informed consent*) till vad som ses som nödvändigt. Utifrån detta synsätt blir också 'non-compliance', d v s när patienter inte fogar sig, sett som det allvarligaste problemet. Problemet med den här modellen är att patienten reduceras till att inta en passiv roll både under konsultation och behandling (2003:7).

Gethmann-Seifert gör i sin analys en koppling mellan den rådande paternalistiska modellen och den biomedicinska modellens kulturella särart: "the abstract interpretation of the human being as an object of scientific medicine and technology" (2003:9). Hennes poäng är att medan det är rimligt att objektifiera en människa (att låta denne utgöra ett 'objekt' för medicinskt kunnande) under *behandlingen*, så gäller inte detsamma under *konsultationen*. Under konsultationen är det inte bara möjligt, utan också önskvärt, att patienten framställs som någon utöver ett objekt för medicinen (d v s summan av de anatomiska eller fysiologiska avvikelserna från det "normala" som patienten uppvisar). Konsultationen måste bli den situation där det uppstår en konsensus kring vad patienten önskar och kan acceptera när det gäller den börda behandlingen kommer att innebära för just honom eller henne, och vilka risker just den patienten är beredd att leva med. Dessa frågor måste utforskas i relation till den just nu aktuella livssituationen.

Sammanfattningsvis förespråkar Gethmann-Seifert en modell där patientens roll omdefinieras: där mötet i vården präglas av ömsesidig autonomi, där läkarens rekommendationer ersätts av ett gemensamt beslut om behandlingens inriktning. En sådan hållning förespråkas av lagstiftningen i Sverige ("Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten" 2a§, Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763), men intentionen i lagen överspelas i praktiken av de enskilda läkarnas personlighet och orientering – och är också beroende av patientens förhandlingsposition.

Akuta kejsarsnitt i den somaliska gruppen

Konsultationssituationen som aktualiseras i det empiriska exempel vi valt att fokusera – gravida kvinnor från Somalia – ser lite olika ut i olika länder. I exempelvis England, Danmark och Norge träffar kvinnor med normalt graviditetsförlopp en barnmorska och en allmänläkare – det är alltså dessa som är ansvariga för hur konsultationen utformas under graviditeten. I Sverige träffar kvinnorna barnmorska och specialistläkare under graviditeten. I alla länder förespråkas användning av tolk under konsultationen, men det faktiska bruket av tolk avgörs av ekonomiska och praktiska omständigheter.

Såsom tidigare konstaterats visar epidemiologiska studier att afrikanska invandrarkvinnor löper större risk att genomgå akut kejsarsnitt än andra grupper. Detta förhållande är förvånande med tanke på det utbredda motstånd mot just kejsarsnitt som är känt om den somaliska gruppen.

I en auditstudie som omfattade 62 fall av perinatal dödlighet bland afrikanska kvinnor i Sverige och 113 fall bland svenska kvinnor 1990-1995, undersöktes olika faktorerens betydelse för utfallet (exempelvis suboptimal vård, som felmedicinering eller utebliven intervention). I den afrikanska gruppen gjordes bedömningen att barnet dog för att modern vägrade genomgå kejsarsnitt i sex fall (alla sex barnaföderskor hade i ursprung i Somalia), medan denna siffra låg på noll i den svenska gruppen (här fanns exempelvis många fall av rökning och moderkaksavlossning, vilket låg på noll i den afrikanska gruppen, Essén et al. 2002). Detta visar att rädslan för kejsarsnitt kan ha en avgörande betydelse för utfall.

I den kvalitativa studie som genomfördes bland svensksomaliska kvinnor (Essén et al. 2000b) framkom tydligt hur kvinnorna såg på kejsarsnitt med stor rädsla. Här en kvinna med kort tid i Sverige, och förlossningserfarenhet både i Somalia och Sverige, som berättar hur hon tog emot beskedet om ett akut kejsarsnitt:

“First I was shocked, I will not survive I thought immediatly. Then the doctor talked to me, telling me that it was not dangerous and that I would survive. I did not understand everything and I felt that I had no choice. I was thinking of women in Somalia who did not survive” (i översättning till engelska, Essén et al. 2000b:1509-10).

Många kvinnor vittnar om att den vanligt förekommande rädslan på kejsarsnitt beror på att de personligen kände någon som faktiskt dött i samband med kejsarsnitt, vilket påminner oss om de höga mödradödstalen i Somalia: “Caeserean section it is a nightmare. I know a woman who did not survive” (svensksomalisk kvinna som fött barn både i Sverige och Somalia, i Essén et al. 2000b:1510). Sannolikheten att överleva ett akut kejsarsnitt är betydligt större i ett resursstarkt samhälle som Sverige eller England, jämfört med situationen i Somalia. Mångas skepticism inför kejsarsnitt är i detta perspektiv fullt begriplig. Under både studien i Sverige, som omfattade ett femtontal svensksomaliska kvinnor (1998, Essén et al. 2000b), och den i London, som omfattade ett femtiotal intervjuer med engelsksomaliska kvinnor (2005-2006, Essén & Johnsdotter 2006a), har vi bara funnit en enda informant som uttalat sig positivt om kejsarsnitt. Hon är en äldre förstföderska (i trettioårsåldern), som bor i England sedan många år och är väl integrerad på arbetsmarknaden:

“I am asking all my friends, Somalis, who had caesareans. They never wanted to have caesarean, but they had caesarean the last minute when they are already tired... and they could die... Now a friend of mine, I told her that I choose that [caesarean section] and she said: ‘You are a crazy woman. You are crazy’... I said: ‘You know David Beckham, his wife she [had caesarean section] three times and she is alive and she is fine.’ [...] I am Somali woman but I will not have ten kids... of course if I decide to have caesarean I am not going to have ten children.”

I den nyligen avslutade studien bland engelsksomaliska kvinnor har vi fördjupat oss i frågan om kejsarsnitt och kan skönja hur undvikande av att bege sig till förlossningsavdelningen “i tid” kan upplevas som en god strategi för att *undvika* kejsarsnitt. Om barnet redan är på väg ut, enligt den här tankegången, kommer det att vara för sent för läkare att snitta. Sen ankomst ses som ett sätt att slippa risken för akut kejsarsnitt. Följande citat uttalas av en kvinna som bor i England sedan sju år, men som inte talar engelska ännu:

“When I had my second baby I did not agree with them. Why I’m saying this is, because if they wouldn’t have told me that I had so many problems, that actually was

not correct as I gave birth to a healthy baby, I would just have stayed at home and got a normal labour pain and then go to the hospital” (översatt från somaliska av tolk).

En annan kvinna, som har fött flera barn i England varav ett med akut kejsarsnitt, beskriver hur hon uppfattar att hennes strategi vid senaste förlossningen var lyckosam:

“They told me, that before I get the contractions that I should come in to the hospital but I didn’t want to because I knew they were going to do a caesarean section on me so I waited until I had the contractions and was open five centimetres. Then I went to the hospital”.

I läkarens perspektiv kan följande resonemang vara aktuellt: om en barnaföderska inkommer sent under pågående förlossning ökar sannolikt risken för ett akut kejsarsnitt i och med att fosterövervakningen inte påbörjats i god tid innan krystningsskedet startat. Det är därmed omöjligt att bedöma hur länge eventuella stressymptom hos fostret pågått. Eftersom tiden är direkt relaterad till graden av fosterskador så gör läkaren hellre ett kejsarsnitt för tidigt än försent när illavarslande tecken uppstår. Hade kvinnan kommit i god tid till sjukhuset hade troligtvis optimal övervakning av fostret kunnat ske och en akut operation undvikas. Denna problematik illustreras av följande citat ur en intervju med en brittisk förlossningsöverläkare (med ursprung i Västafrika):

“Therefore you may run into a situation where a woman has run into an acute situation of obstetric problems, that need operative intervention. And her resistance to the operative intervention is not because she doesn’t value her life, but it is a struggle against the belief that the hospital system is set out to deny her the opportunity to prove that she is a proper woman. How do you deal with somebody who is not in control of their own... you know... health needs?”

En läkare född i Somalia och med klinisk erfarenhet både från Somalia, Holland och England, beskriver hur rykten går inom den somaliska gruppen om vilka sjukhus som bör undvikas för att de påstås operera ofta. Han framhåller att tillgången till korrekt information visserligen är en klassfråga, men att just den extensiva kommunikationen inom den somaliska gruppen är en viktig anledning bakom den utbredda misstron mot vårdsystemet: “Somebody has told someone something and it has come around [...] ‘If you go to that hospital, be aware, you will be operated! Go somewhere else!’ ”

Strategin att inkomma sent under förlossningsarbetet tycks ha uppkommit i ett klimat där det finns en bristande tilltro till vårdsystemet, vilket kan ha att

göra med dåliga erfarenheter från sjukvårdssystemet i hemlandet Somalia. Flera informanter talar i termer av att läkare "ljuger". Här en kvinna i London som bott i London i sju år, men utan språkkunskaper i engelska, som fått två av sina barn med akut kejsarsnitt:

"Jag har blivit kejsarsnittad med det första och andra barnet och jag ger råd till mina väninnor: Gå inte tidigt till sjukhuset – vänta. När dom körde iväg och skulle snitta mig gick fostervattnet och barnet kom ut [och var friskt]. Vad var det jag sa? Gå inte tidigt till sjukhuset utan vänta!

I: Vad hände då? Kan det inte vara farligt?

Tolken översätter: Dom ljuger. Dom säger att dom vill snitta folk för att hjärtat inte slår, men när barnet kommit ut fungerar hjärtat som det ska. Dom ljuger hela tiden" (ur arbetsmaterial från nyligen avslutad studie i London; från somaliska med svenskspråkig tolk).

Finns det skäl att tolka denna situation i termer av att somaliska kvinnor utmanar det biomedicinskt grundade auktoritativa vetandet genom sitt motstånd mot det teknologiskt inriktade ingreppet kejsarsnitt? Ja, förvisso – men samtidigt tycks många fall sluta med just ett akut kejsarsnitt i en situation präglad av oro och kaos för alla inblandade. Det kan således inte betraktas som den optimala utgången för vare sig vårdpersonal eller de somaliska kvinnor som berörs.

Konsultationens betydelse

Den mest konstruktiva lösningen kan vara att arbeta för att den kaotiska situation där beslut om akut kejsarsnitt tas inte ska behöva uppstå (åtminstone inte lika ofta som idag). Den arena som då finns att arbeta utifrån är just *konsultationen*.

En brittisk förlossningsöverläkare med stor erfarenhet av etniskt blandade födande kvinnor kände till att somaliska kvinnor ofta vägrar kejsarsnitt, och menade att det är problematiskt att det idag saknas redskap för att hantera situationen:

"I noticed that there were actually no care plans or guidelines... even if you are aware of these women who refuse Caesarean section. However, there [is not much discussion about] how to resolve the problem... It seems to be handled more like a cultural problem, private problem, their own business..."

Den kritiska invändningen mot att förespråka ökad grad av konsultation i förebyggande syfte skulle kunna vara att förebyggande mödravård utgör "indoktrine-

ring” av kvinnor; ett medel för att få dem att frivilligt underkasta sig medicinskt auktoritativt vetande:

“During prenatal consultation women come to internalize the rules of medical discourse. They learn what topics are defined as within and outside their own and the medical staff’s expertise, what constitutes justification for which particular action, and the like. In the course of this prenatal education women also learn that much of what counts as relevant information is machine-based or in other ways inaccessible to them [...] Most women are sufficiently socialized in the course of their pregnancy (and indeed before) so that no overt questioning of medical authorities occurs” (Irwing & Jordan 1987:327).

De konstaterar också att bland ‘refusers’, sådana som vägrat kejsarsnitt och bemötts med domstolsbeslut, fanns sådana som hade radikalt annorlunda kulturell bakgrund och av olika skäl inte internaliserat den kunskap som de medicinska auktoriteterna förmedlar via mödravården (Irwing & Jordan 1987:327).

Likväl vill vi hävda att konsultationens innehåll och form är avgörande här, i linje med Gethmann-Siefert’s resonemang. Om konsultationen inte reduceras till ett sammanhang där läkaren ger besked om lämplig behandling till en patient (som i sin tur är antingen medgörlig eller inte), utan är ett möte där två autonoma individer med olika kompetenser resonerar sig fram till beslut behöver detta möte inte innebära en “indoktrinering”:

“On the one side, there is the medical competence of the physician, who contributes the knowledge and skills not available to the patient. On the other, there are considerations concerning the help to be expected, the possible tolerance of suffering, and the effects [...] of risk” (Gethmann-Siefert 2003:15).

Det blir en situation präglad av “att det finns flera experter i rummet” (Sleath & Williams 2004, i Essén & Johnsdotter 2006:198). När det gäller just kejsarsnitt, kan konsultationen utgöra en arena där läkare kan diskutera kejsarsnittets utförande, risker och fördelar i ett resursstarkt samhälle och den gravida kvinnan i lugn och ro kan ta ställning till vad hon själv önskar och hoppas på när det gäller den egna förlossningen utifrån sin egen situation i det nya hemlandet. I det perspektivet blir inte det kliniska mötet en arena för indoktrinering, utan en arena för ökat deltagande och kontroll för patientens del. Medicinska beslut som innefattar kvinnans hela livssituation, hennes tidigare erfarenheter och unika förutsättningar, kan fattas. En sådan praktik ökar också chanserna för att det blir möjligt att undvika situationer av panik i ett akut förlossningsskede – det är långt svårare att påbörja

en konsultation med helhetsperspektiv när läkaren bedömer situationen som att det är fem minuter kvar innan fostret kommer att skadas.

Språkets roll

I Gethmann-Siefert's modell av 'diskursiv interaktion' (2003) är den *språkliga* kommunikationen central. Denna aspekt får ännu större betydelse i kliniska möten som involverar personer med olika modersmål. I en studie som omfattade intervjuer med spansktalande kvinnor som genomgått kejsarsnitt i USA framkom att frånvaron av spansktalande vårdpersonal – och tolkar – gjorde att kvinnorna inte kunde interagera ens på vad de uppfattade som grundläggande nivå:

“The lack of Spanish-speaking doctors and nurses or other interpreters on the labor ward and in the operating room prevented many of these women from even minimal interaction with hospital staff, and certainly prevented them from discussing the course of their labor or their preferences regarding technological interventions at the birth. However, these women were not challenging the authoritative knowledge of the doctors and nurses attending them. Indeed, the major complaint of these women was not the caesarean delivery as technological intervention but the silence surrounding it” (Sargent & Bascope 1997:196).

I de fall som involverar somaliska kvinnor är användning av tolk helt avgörande om kvinnan har bristfälliga kunskaper i svenska (eller det språk som behärskas av både patient och vårdpersonal i den aktuella situationen). “Medical treatment does not mean merely operating on the basis of scientific/technical competence in medicine; it means treating a *human being* by means of the instruments available as products of science and technology” menar Gethmann-Siefert (2003:16, vår kursiv) – och för att åstadkomma *helande*, fortsätter hon, måste läkaren kunna ge respons utifrån speciella omständigheter i varje enskilt fall. Det handlar om att patienten i läkarens ögon ska utgöra ett *subjekt*, och inte enbart ett objekt (2003:17). Detta förutsätter att läkaren har verktygen för att lyssna och se helheten. Rent verbal kommunikation på ett gemensamt språk – eller via tolk – utgör en grundförutsättning. Krasst uttryckt: det är tillgången till språket som verktyg som skiljer läkarens yrkesverksamhet från veterinärens. Trots detta möter en läkare som vill använda tolkar inom vården (medför en extra kostnad) ofta starkare ifrågasättande från vårdpersonal än då denne ordinerar dyra tekniska undersökningar (BE:s personliga erfarenhet). Patientens berättelse under konsultationen – framställningen av det kroppsliga tillståndet inom ramen för den totala livssituatio-

nen – anses underordnat patientens fysiologiska avvikelser som kan mätas med teknologiskt inriktade undersökningar.

Speciella mottagningar för speciella problematiker

Ett mer holistiskt förhållningssätt i vården av exempelvis somaliska kvinnor kräver en annorlunda konsultation som är mer komplicerad och tidskrävande, vilket i ett kortsiktigt perspektiv kan betraktas som dyrt. Men det kan visa sig finnas fördelar också ekonomiskt på längre sikt:

“The decision-making process [in a model based on discursive interaction] becomes more complex, more difficult, takes more time, and – it is feared – costs more money too. [...] A closer inspection, however, shows that more investment in the consultation process might help to avoid, or better direct, the considerable spending on highly technical treatments” (Gethmann-Siefert 2003:24, 25).

När det gäller frågor som rör de somaliska grupperna (exempelvis akut kejsarsnitt, komplikationer efter ingrepp som kvinnlig omskärelse) kan en ekonomisk satsning på speciella mottagningar med specialkompetens utgöra en investering som ger utdelning ekonomiskt – men kanske viktigare, på ett humanistiskt plan. På sådana specialmottagningar, varav en finns i Malmö (och drivs av en av författarna, B.E.; Essén & Johnsdotter 2006; se också McCaffrey et al. 1995 och Momoh 1998 om liknande specialmottagningar i London), skapas utrymme för konsultationer som får ta tid och som utgår från patientens speciella livssituation. Där bedrivs ett förebyggande arbete där både läkare och patient deltar och där hänsyn tas till kvinnornas unika erfarenheter, förväntningar och oro. Ett långsiktigt arbete med den sortens respektfulla konsultation har i det längre perspektivet möjlighet att skapa tillit i vårdsituationen och förändra den statistik som vi ser idag av att somaliska kvinnor är överrepresenterade när det gäller akuta kejsarsnitt och de risker dessa medför för mödrar och barn.

Också i ett kritiskt medicinsk-antropologiskt perspektiv kan en sådan hållning försvaras. Irwing och Jordan betonar att de inte påstår att kejsarsnitt aldrig är nödvändiga (1987:326); de reagerar mot att ett viktigt inslag i den diskurs som upprätthåller legitimerat expertkunnande är att “women’s voices are not heard” (1987:328). Konsultationen som vi skisserat ovan blir just en arena där de kvinnliga patienternas röster kan bli hörda.

För de institutioner som inte har möjlighet att inrätta mottagningar med specialkompetens för just gruppen somaliska kvinnor, skulle upprättande av riktlin-

jer kunna vara ett första steg mot ett framlyftande av problematiken. Exempelvis finns idag på sjukhus klara riktlinjer för hur vårdpersonalen ska agera i de fall då de måste operera en medlem av Jehovas Vittnen som absolut inte kan tänka sig att genomgå blodtransfusion. Visserligen finns risken att riktlinjer inom mödra- och förlossningsvård för just den somaliska gruppen skulle kunna uppfattas som stigmatiserande och stereotypifierande – i värsta fall skapas en bild av att somaliska kvinnor generellt är motståndare till kejsarsnitt och att de inte förstår välsignelsen med biomedicinens teknologiska utveckling. Men riktlinjer kan också fungera kunskapsfrämjande för vårdpersonalen: en påminnelse om att alla människor som söker sig till vården inte har samma slags erfarenheter bakom sig. Med denna insikt – i kombination med ett synsätt som utgår ifrån att varje individ har sin unika bakgrund och livssituation – kan förutsättningar skapas för en mindre paternalistisk och mer utforskande konsultation av somaliska kvinnor i vården, något som i förlängningen kan skapa den tillit för vården som många somaliska kvinnor idag saknar. En vårdmodell av det slaget skulle också kunna bidra till att tillgången till optimal vård för alla förbättras: det är inte rimligt att acceptera att somaliska kvinnor drabbas av högre mödra- och barnadödlighet än andra grupper i samhället.

Referenser

- Borgström, Eva 2005 (red) Intersektionalitet – temanummer. In: *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 26(2/3).
- Ernst, Gernot 2000 The Myth of the 'Mediterranean Syndrome': do immigrants feel different pain? In: *Ethnicity and Health* 5(2):121-126.
- Essén, Birgitta; Johnsdotter, Sara 2006a 'Too often but too late'. A interview study regarding perception of obstetric interventions among obstetricians, midwives and Black African women in London 2005-2006. Abstract at FIGO World Congress of Obstetric and Gynaecology, Kuala Lumpur, 2006.
- Essén, Birgitta; Johnsdotter, Sara 2006b Nyvunnen kunskap i klinisk praxis: kultursensitiv specialistmottagning erbjuds inom kvinnosjukvården. In: *Socialmedicinsk tidskrift* 3:193-199.
- Essén, B; Hanson, BS; Östergren, P-O; Lindquist, PG; Gudmundsson, S. 2000a Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. In: *Acta Obstet Gynecol Scand* 79(9):737-43.
- Essén, B; Johnsdotter, S; Gudmundsson, S; Sjöberg N-O; Frtiedman, J; Östergren, PO 2000b Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somalian women resident in Sweden. In: *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107(12):1507-1512.
- Essén, Birgitta; Bodker, B; Sjöberg, NO; Langhoff-Roos, J; Greisen, G; Gudmundsson, S; Östergren, PO 2002 Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to subop-

- timal perinatal care services? In: *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 109(6):677-82.
- Gethmann-Seifert, Annemarie 2003 Consultation instead of prescription – a model for the structure of the doctor-patient relationship. In: *Poiesis Prax* 2:1-27.
- Good, Byron J 1994 *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Helman, Cecil 1985 Anthropology and clinical practice. In: *Anthropology Today* 21(5):7-10.
- Helman, Cecil 2000 *Culture, Health and Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Helman, Cecil 2006 Why medical anthropology matters. In: *Anthropology Today* 22(1):3-4.
- Herrel, N; Olevitch, L; DuBois, DK; Terry, P; Thorp, D; Kind, E 2004 Somali refugee women speak out about their needs for care during pregnancy and delivery. In: *J Midwifery Womens Health* 49(4):345-9.
- Ibson, JM 2005 Ethnicity and mode of delivery in 'low-risk' first-time mothers, East London, 1988-1997. In: *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 118(2):199-205.
- Ibson, JM; Swerdlow, AJ; Head, JA; Marmot, M 1996 Maternal mortality in England and Wales 1970-1985: an analysis by country of birth. In: *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103(10):973-80.
- Irwin, Susan; Jordan, Brigitte 1987 Knowledge, practice, and power: court-ordered cesarean sections. In: *Medical Anthropology Quarterly* 1(3):319-334.
- Janzen, John M 2002 *The Social Fabric of Health: An Introduction to Medical Anthropology*. New York, London: McGraw-Hill.
- Johnson, EB; Reed, SD; Hitti, J; Batra, M 2005 Increased risk of adverse pregnancy outcome among Somali immigrants in Washington state. In: *Am J Obstet Gynecol* 193(2):475-82.
- Jordan, Brigitte 1983 [1978] *Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Montreal: Eden P.
- Kleinman, Arthur 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur 1985 Interpreting illness experience and clinical meanings: how I see clinically applied anthropology. In: *Medical Anthropology Quarterly* 16(3):68-71.
- Lambert, Helen; McKeivitt, Christopher 2002 Anthropology in health research: from qualitative methods to multidisciplinary. In: *British Medical Journal* 325:210-213.
- Lykke, Nina 2003 Intersektionalitet – ett användbart begrepp för genusforskningen. In: *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 3:47-56.
- McCaffrey M, Jankowska A, Gordon H 1995 Management of female genital mutilation: the Northwick Park Hospital experience. In: *Br J Obstet Gynaecol* 102(10):787-90.
- Moerman, Daniel 2002 *Meaning, Medicine and the 'Placebo Effect'*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Momoh, C 1998 The African Well Woman's Clinic at Guy's and St Thomas' Hospital Trust. In: *Womens Health Newsletter* 36:6.
- Mulinari, Diana 2004 Medicinsk praktik i det postkoloniala Sverige – några (feministiska) reflektioner. In: Hovelius, Birgitta; Johansson, Eva J (red) *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur.
- Richters, Annemiek 2000 Socio-cultural plurality in obstetrics and gynaecology in the Netherlands: a research note. In: *Ethnicity and Health* 5(2):127-136.

- Sargent, Carolyn F; Bascope, Grace 1997 *Ways of knowing about birth in three cultures. Child-birth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press.
- Schuitemaker, N; van Roosmalen, J; Dekker, G; van Dongen, P; van Geijn, H; Bennebroek Gravenhorst J 1998 Confidential enquiry into maternal deaths in The Netherlands 1983-1992. In: *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 79(1):57-62.
- Shand, Alex 2005 Rejoinder: In Defence of Medical Anthropology. In: *Anthropology & Medicine* 12(2):105-113.
- Thomas, J; Paranjothy, S 2001 *National Sentinel Caesarean Section*. Clinical Effectiveness Support Unit. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Audit Report. RCOG Press.
- Vangen, S; Stoltenberg, C; Skrondal, A; Magnus, P; Stray-Pedersen, B 2000 Cesarean section among immigrants in Norway. In: *Acta Obstet Gynecol Scand* 79(7):553-8.
- Vangen, S; Johansen, RE; Sundby, J; Traeen, B; Stray-Pedersen, B 2004 Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. In: *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 112(1):29-35.
- Vangen, S; Stoltenberg, C; Skrondal, A; Magnus, P; Stray-Pedersen, B 2000 Cesarean section among immigrants in Norway. In: *Acta Obstet Gynecol Scand* 79(7):553-8.