

Nyvetenskap i klinisk praxis: Kultursensitiv specialistmottagning erbjuds inom kvinnosjukvården

Birgitta Essén och Sara Johnsdotter

Det translationella forskningssamarbetet som presenteras i artikeln har lett till ett nytt perspektiv inom kvinnosjukvården och reproduktiv hälsa; ett migrationsperspektiv. Med translationell forskning avses den forskning, som bedrivs i ett nära samarbete mellan grundforskare och kliniker i sökandet efter kunskap. Att koppla samhällsvetenskapliga teoribildningar med klinisk forskning har starkt bidragit till att patientnära frågeställningar om känsla av värdmakt hos invandrade kvinnor nu kan handläggas inom ramen för ett medicinskt vårdprogram. Exempel på förbättrad integration av såväl patientgrupper inom vården som antropologiska forskningsansatser vid ett universitetssjukhus diskuteras i artikeln.

Förlossningsläkare Birgitta Essén, Med.dr., arbetar vid Institutionen för kliniska vetenskaper/avdelningen för obstetrik och gynekologi, Universitetssjukhuset MAS, Lunds universitet, Malmö. Socialantropolog Sara Johnsdotter, Fil.dr., arbetar vid Malmö Högskola, Hälsa och Samhälle, Malmö

Kontakt: Birgitta Essén, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset MAS, SE-205 02 Malmö, E-mail: birgitta.essen@med.lu.se

Bakgrund

Under flera år har vi bedrivit forskning inom reproduktiv hälsa, både internationellt och i ett migrationsperspektiv. Som klinisk läkare (BE) i Malmö under mitten av 90-talet, noterades att många kolleger och andra medarbetare hade bestämda uppfattningar om förlossningsutfall inom olika etniska grupper. Vid närmare litteraturgenomgång fann vi få studier om hur patientens bakgrund påverkar barnafödandet, jämfört med det enorma kunskapsutbud om effekter av preeklampsi, diabetes eller rökning.

Efter några års forskning framlades avhandlingen ”Perinatal mortality among immigrants from Africa’s Horn. The importance of experience, rationality, and tradition for risk assessment in pregnancy and childbirth” (Essén, 2001). Sammanfattningsvis kunde den högre incidensen av perinatal dödlighet förklaras bl.a. av sociokulturella faktorer (Essén, 2000) såsom olyckliga interaktioner mellan de specifika graviditetsstrategierna hos kvinnor från Afrikas Horn och missförstånd som i sin tur leder till suboptimal perinatal vård i Sverige.

Kvinnornas graviditetsstrategier kan kopplas till såväl erfarenhet som rationellt tänkande, t.ex. att vägra kejsarsnitt. Att vägra kejsarsnitt är en rationell strategi för att överleva en förlossning i Afrika, men inte alls rationellt i Sverige. En omedvetenhet och bristande kunskap hos vårdpersonal om patientens strategier kunde kopplas till undermålig vård hos flertalet av de studerade dödsfallen till kvinnor från Afrikas Horn. Om doktorn känt till kvinnans föreställning om vad som är en säker förlossning och om barnaföderskan varit bekant med doktors resonemang omkring kejsarsnitt hade de olyckliga utfallen med perinatalt döda barn inte uppstått (Essén m.fl., 2002; Essén m.fl., 2001). Forskningsmetoderna som användes var baserade på såväl kvantitativa metoder i samarbete med socialmedicinska institutionen som kvalitativa i samarbete med socialantropologiska institutionen vid Lunds universitet.

I litteraturen kan man finna många påståenden om att kvinnlig könsstympning skulle orsaka försvårad förlossning, som leder till att barnet dör. Vi kunde inte påvisa ett samband mellan könsstympning och perinatal dödlighet hos de kvinnor som födde barn på ett sjukhus i Sverige med utarbetade rutiner för handläggning av könsstympade kvinnor (Essén m.fl., 2002; Essén och Johnsdotter, 2004; Johnsdotter, 2002). Detta är ett exempel på att forskningsresultat från en miljö (u-land i detta fall) inte alltid kan överföras när vi migrerar (exempelvis till ett i-land).

Kultursensitiv mottagning

Det blev en utmaning att omsätta nyvunnen kunskap i klinisk praxis när den nya kunskapen handlade om att ändra sociokulturella strategier och traditioner och inte enbart att behandla biologiska faktorer. Mottagningen vid Kvinnokliniken i Malmö fick benämningen ”Mottagning för migrationsrelaterade frågeställningar inom reproduktiv hälsa och kvinnosjukdomar”. Syftet med mottagningen som öppnades för tre år sedan är att kunna erbjuda en högkvalificerad sjukvård för kvinnor med specifika migrationsrelaterade problem och erbjuda professionell rådgivning till olika yrkesutövare inom offentlig och privat verksamhet.

Vilka patienter handläggs på mottagningen?

Grupperna av somalisktalande kvinnor är en given grupp. Ansatsen är att handlägga de svensksomaliska kvinnornas besvär och att inte projicera hennes subjektiva besvär till enbart det faktum att hon omskars som ung flicka (Hogberg, 2004). Studier från västvärlden visar att gravida somaliska invandrade kvinnor söker sig till obstetriker som har en låg kejsarsnittsfrekvens eller på andra sätt undviker att förlösas med kejsarsnitt (Vangen m fl., 2000; Harper Bulman & McCourt, 2002; Beine m.fl., 1995). Dessa fynd stärker våra resultat som visade att en orsak till den höga perinatale dödligheten bland barn till somalier, var att mamman vägrat kejsarsnitt i akuta situationer (Essén & Johnsdotter, 2004).

HIV-positiva kvinnor från högen-

demiska områden som Afrika, är en patientgrupp som blivit vanligare i Europa idag (Cocroft m.fl., 2002). Infektionskliniken i Malmö samarbetar med mottagningen i syfte att få kvinnorna med bakgrund i Afrika att acceptera och se fördelar med den svenska formen av behandling och prevention när det gäller smittosamma, sexuellt överförbara infektionssjukdomar. Vår erfarenhet är att det är omöjligt att samtala om sex och samlevnad på det "svenska viset" med unga kvinnor som kommer från länder där sex är tabubelagt. Preliminära resultat från vår pågående forskning talar för att också fördomar och missuppfattningar råder i dessa grupper trots att de unga flickorna med afrikanskt ursprung behärskar det svenska språket väl.

Vid den kultursensitiva mottagningen försöker vi även finna preventivmedelsrådgivning som på ett bättre sätt är individanpassat. I de flesta kulturer är sexualitet ett tabubelagt område som sällan diskuteras öppet. Invånare med utländsk bakgrund, men som växer upp i Sverige, hamnar ofta i kläm och i ett dilemma mellan å ena sidan det svenska samhällets mer liberala sexualsyn, å andra sidan den mer restriktiva traditionella (religiösa och sociokulturella) synen på sex och samlevnad från deras ursprungsländer. Fokusgrupper och individuella djupintervjuer med somaliska ungdommar utförs av såväl en gynekolog (BE) som en antropolog (SJ). Ungdomarna befinner sig i ett spänningsfält mellan en kulturell ideologi, vilken klassificerar sexualiteten som ett tabubelagt ämne och en annan ideologi som i sin offentliga form accentuerar sexualitet

och öppenhet kring sexuella fenomen (Johnsdotter, 2005a; Johnsdotter, 2004; Johnsdotter, 2005b). Många unga invandrarflickor står inför sin sexuella debut utan vägledning då sexualitet är något som traditionellt inte berörs i deras familjer. Samtidigt exponeras de från det svenska samhällets sida för en öppenhet kring sex, med ofta bestämda uppfattningar om invandrade mäns och kvinnors sexuella mönster samt preventivmedelsanvändning.

En stor patientgrupp på mottagningen är de som utsatts för någon form av våld (sexualiserat eller hedersrelaterat). Ofta kommer de från krigsdrabbade områden och har fått diagnosen post-traumatiskt stressyndrom (Sundquist m.fl., 1995; Bayard-Burfield, 1999; Ekblad & Hännestrand, 1998). Deras behandlande psykiatriker eller terapeut som arbetar med rehabilitering av tortyroffer hänvisar kvinnor med somatiserade besvär relaterade till buk och genitalia till vår mottagning. Bland dessa kvinnor finner vi ofta ett obearbetat trauma efter våldtäkt vilket kan ha inträffat för många år sedan.

I ett av våra forskningsprojekt har vi testat ett vårdprogram baserat på icke-kirurgiska strategier för att möta unga flickor med oro inför oskuldssproblematiken eller som upplever sig vara vanärade och hotade av hedersvåld. Den största gruppen utgörs av flickor med frågor och oro över oskuld (Shalhoub-Kevorkian, 2005). För att underlätta för kollegor att förstå bakgrunden till vårdprogrammet drog vi paralleller med den stora gruppen av kvinnor med tidiga cellförändringar

som upptäcks vid cellprovsscreening i syfte att förebygga för tidig död i cervixcancer. Mottagningens vårdprogram med riktad screening-verksamhet syftar på att förebygga en våldsam, för tidig död i hederns namn på unga flickor (Hadidi m.fl., 2001) - ett mycket ovanligt, men allvarligt tillstånd precis som cervixcancer i Sverige. Våra resultat har visat, att unga flickor blivit avvisade från kvinnokliniker eller ungdomsmottagningar när de presenterat ovan nämnda problem. Orsaken till detta är ofta, att personalen inom vården väljer att inte tolka detta som ett specifikt vårdproblem, i rädsla för att man ska förstärka det "patriarkaliska kvinnoförtrycket". Vår hypotes är att risken med avvisning av flickorna innebär en mycket större risk för individen. Vårdpersonalens fokusering på fenomenet som en kulturell problematik - och inte en hälsoproblematik - förhindrar det förebyggande arbetet med våldsoffer. Mottagningen erbjuder nu ett utvärderat vårdkoncept för att möta unga invandrade flickor med frågor om oskuld, preventivmedel, sex, samlevnad, skam och vanära.

En annan grupp av patienter utgör kvinnor som ofta har en diger anamnes och som "vandrat runt" bland olika vårdinstanser utan att egentligen ha fått en tillfredsställande lösning på sina problem (Hjelm m.fl., 1999). Många gånger har patienten förbättrats via den kultursensitiva mottagningen genom att tid satts av till att lyssna och reda ut missförstånd från tidigare vårdmöten samt att upprätta en individuell vårdplan. Självklart kan tyckas, men genom att använda

kulturtolk minskas oro och irritation mellan patient och doktor (Knudsen m.fl., 1990, Momoh m.fl., 2001).

Rutiner på mottagningen jämfört med en "vanlig" mottagning?

Vi har strävat efter att mottagningen skall vara så tillgänglig som möjligt för patienterna och att de själva skall kunna boka tid utan remisstväng. Läkaren finns tillgänglig per telefon när mottagningen inte är öppen. Till mottagningen är även knutna så kallade "culture-brokers" eller kulturtolkar. Förutom att rent språkligt tolka, fungerar kulturtolken som en "byggare" mellan vårdgivare och vårdtagare. Det handlar inte om att ändra de svenska, medicinska råden eller behandlingsmetoderna för varje etnisk grupp. Menstruationsvärk hos en turkisk kvinna behandlas lika som hos en svensk kvinna. Konsten är mer att ställa diagnos utifrån hur kvinnan beskriver sina besvär eller sin sjukdomsbild. Det som krävs är, att vi inser och har kunskap om vilka missförstånd som kan uppstå samt att förutfattade meningar kan finnas på båda sidor vid ett möte (Wiklund m.fl., 2000; Owusu-Daaku & Smith, 2005; Sachs, 1986). Den skolmedicinska sjukdomsbilden, i vilken vi är upplärda, måste ibland transformeras i termer och förklaringar till andra sjukdomsmodeller som finns i världen. Kulturtolken kan, genom läkaren, förklara för föräldrarna att det nyfödda barnets skada beror på kromosomförändringar. Samtidigt är kulturtolken lyhörd för föräldrarnas tolkning att, t.ex. "onda ögat" drabbat patienten (sjukdoms-

uppfattning enligt 'affliction model'). Det handlar inte om att undanhålla information eller risker utan att sätta in sjukdomar i dess rätta kontext så att både vårdtagare och vårdgivare blir nöjda. De kulturtolkar vi arbetar med kan således på ett kultursensitivt sätt översätta råd och medicinska förklaringar till patienten så att de upplevs meningsfulla för henne och familjen (Sachs, 1986). På så sätt ökar vi den s.k. "compliance".

När flyktingar från resurssvaga länder kommer till det rika Sverige så uppstår ibland en förväntan att "alla besvären" skall botas med medicinsk behandling (Meadows m.fl., 2001; Sachs, 1983). För att möta den kvinnliga patientens, ibland något orimliga, förväntningar på vården, hjälper vi till att utvidga hennes sociala nätverk. Flera socialmedicinska studier visar, att just ensamhet vid migration (förlust av socialt kapital) är förknippat med sämre hälsa och sjukdom (Dejin-Karlsson m.fl., 2000; McMichael, 2004).

Undervisning i fysiologi och i kroppskänedom är ett annat exempel på komplement till de traditionella behandlingsmetoderna som vi hämtat från sexologernas erfarenhet. Flickor med vaga kunskaper om anatomi och "tilltufsad" självkänsla kan få sin självbild förbättrad genom att aktivt delta i den gynekologiska undersökningen och inspektera sitt eget underliv med en spegel.

Remisser erhålles bl.a. från primärvården, skolsköterskor, psykiatrin, infektionskliniken, ungdomsmottagningar, MVC, barn- och ungdomspsykiatri och andra specialiteter.

Migrationsverket och Röda Korset är några av de andra ickemedicinska organisationerna som använder sig av mottagningens tjänster, t.ex. vid undersökning av flickor i asylärende där familjen åberopat risken för att flickan ska utsättas för barnmisshandel (läs könsstympning) i sitt ursprungsland.

Utbildning, fortbildning och forskning

Förra året inrättade medicinska fakultet vid Lunds universitet en professur inom obstetrik och gynekologi med inriktning på reproduktiv hälsa i ett migrationsperspektiv. Enligt dekanus professor Jan Nilsson, utgjorde verksamheten vi beskriver i denna artikel, en viktig anledning till att den nya professuren inrättades just med migrationsforskning som profil. Mottagningsverksamhet är en naturlig klinisk länk till universitetet och läarkandidater har möjlighet att delta på mottagningen. Undervisning till yrkesgrupper på olika nivåer om mångfalden i våra behandlingsstrategier erbjuds också. Etnocentrismen kan motverkas genom att vi lär oss mer om kulturbegreppen. Psykiatrikern Sofie Bäärnhielm vid Transkulturellt Centrum i Stockholm, har beskrivit hur kulturbegreppet bör tillämpas i den kliniska vardagen: Användningen av kulturbegreppet inom en klinisk verksamhet är inte ett begrepp för att förklara eller tillskriva en viss åkomma, utan snarare ett begrepp för att förbättra förståelsen och att utforska komplexa sjukdomsfenomen. Att arbeta i mångkulturell vård innebär inte bara att möta patienten,

utan även att förmedla kunskap till vårdpersonalen för att öka deras egen förståelse och bli mer medvetna om egna värderingar. Antropologen Unni Wikan förklarar kulturbegreppet med att kultur inte är vad man ser utan vad man ser med. Oberoende av om man är vårdgivare eller vårdtagare agerar vi utifrån kulturspecifika föreställningar och handlingsmönster. I stället för att diskutera vem som har tolkningsföreträde, strävar mottagningsverksamheten efter en pluralism i vårdutbudet genom att samarbeta och förhandla, dvs. ett givande och ett tagande ”med två experter i rummet” (Sleath & Williams, 2004).

På ett universitetssjukhus är det fortfarande naturligt att forskning pågår parallellt med den kliniska verksamheten. Forskningsresultat har bland annat lärt oss att använda professionell tolk och att arbeta i flerdisciplinära och multikulturella team för att lösa komplexa, medicinska, sociala och kulturella frågeställningar (Essén m.fl., 2002; Darj & Lindmark, 2002; Jeppesen & Tamer, 1988; Johansen, 2002). För att finna svar på problemställningar är det också viktigt att forskare använder metoder som även fångar upp icke-svensktalande deltagare. Risken finns annars att resultaten blir snedvridna och inte speglar den svenska verkligheten. När det gäller afrikanska kvinnor, har de ofta i den tidigare litteraturen framställts på ett reduktionistiskt sätt. I första hand utmålades de som passiva offer och sällan som aktörer. Även i svensk massmedia har en stereotyp bild av afrikanska kvinnor i exil varit framträdande (Johnsdotter, 2004).

Specialistläkarmottagningen vid Kvinnokliniken i Malmö arbetar som nämnts ovan främst individinriktat, men forskningsresultaten delges även beslutsfattare och media i syfte att bredda kunskapen om kvinnors reproduktiva hälsa i Sverige. Det translationala forsknings-samarbetet har lett till ett nytt perspektiv inom kvinnosjukvården samt förbättrad integration av såväl patientgrupper inom vården som antropologiska forskningsansatser vid ett universitetssjukhus.

Referenser

(Fullständig referenslista kan rekvireras från författarna)

- Dejin-Karlsson E, Hanson BS, Ostergren PO, Lindgren A, Sjöberg NO, Marsal K. Association of a lack of psychosocial resources and the risk of giving birth to small for gestational age infants: a stress hypothesis. *Bjog* 2000;107(1):89-100.
- Essén B. Perinatal mortality among immigrants from Africa's Horn - The importance of experience, rationality, and tradition for risk assessment in pregnancy and childbirth. [Dissertation]. Lund: Lunds universitet, 2001.
- Essen B, Bodker B, Sjöberg N.O, Langhoff-Roos J, Greisen G, Gudmundsson S, Östergren, P.O. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *Br J Obst Gyn* 2002;109(6):677-82.
- Essen B, Friedman J, Johnsdotter S, Gudmundsson S, Hovellius B, Sjöberg N-O, Östergren P-O. Djupintervjuer med somaliska barnaföderskor i Sverige. Ny riskgrupp inom mödrahälsovården? *Socialmedicinsk tidskrift* 2001;1:65-70.
- Essén B, Johnsdotter S. Brister i handläggningen av könsstympade gravida kvinnor i svensk vård. Dags att skifta fokus från enbart underliv till hela kvinnoliv. *Läkartidningen* 2004;101(39):3003-3006.
- Hadidi M, Kulwicki A, Jahshan H. A review of 16 cases of honour killings in Jordan in 1995. *Int J Legal Med* 2001;114(6):357-9.
- Harper Bulman K, McCourt C. Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: a case study. *Critical Public Health* 2002;12(4):365-380.
- Hogberg U. An "American dilemma" in Scandi-

- navian childbirth: unmet needs in healthcare?
Scand J Public Health 2004;32(1):75-7.
- Johnsdotter S. Created by God: How Somalis in Swedish exile Reassess the Practice of Female Circumcision [Dissertation]. Lund: Lund University; 2002.
- Vangen S, Stoltenberg C, Skrondal A, Magnus P, Stray-Pedersen B. Cesarean section among immigrants in Norway. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79(7):553-8.

Summary in English

An example of how action-oriented research had guided clinical praxis toward a culturally sensitive counselling at the Women's Clinic

From the evolution in 'classic' obstetric and gynaecology, challenges due to a changing society, and the intimacy of many of the issues involved, the conceptual challenge in understanding and promoting sexual and reproductive health and rights require concrete and tangible research to show health care providers, decision makers and the public at large how issues like chastity and honour violence play an important role for young women with different ethnic background. Research results are presented in order to guide a more cultural-sensitive counselling. The article presents how Women's Clinic at Malmö University Hospital in Sweden, has become a migrant-friendly department. Another point is related to the importance of effective communication, explaining how to use cultural brokers as interpreters in a broader perspective as well as how several scientific disciplines are needed to work in tandem for a deeper communication challenges in order to offer appropriate reproductive health care in a multi-cultural setting.

Key words: Cultural-sensitive care, ethnicity, reproductive health, action-oriented research.