

Samtal i ett somaliskt apotek: stora världens lösningar på små människors problem

Bernhard Helander

En viktig bit av det sociala sönderfall som föregick inbördeskriget i Somalia utgjordes av det korrupta hälsobiståndet. Alla stora ambitioner till trots och stick i stäv med hälsobyråkraternas retorik, var det till sist bara de västerländska medicinska preparaten som nådde ut på landsbygden. Hälsovård i egentlig mening lyste däremot med sin frånvaro och privatägda apotek kom att ersätta primärhälsovårdsinrättningar. Denna artikel försöker visa hur dessa mediciner kom att integreras i den traditionella medicinska föreställningsvärlden och hur de i sin tur påverkade sjukdomsbeteendet bland människorna på landet. I fokus står de samtal som utspelas vid en somalisk apoteksdisk.

Bernhard Helander är fil. dr. i kulturanthropologi vid Uppsala universitet och har under 10 år sysslat med forskning i och om Somalia.

Sedan ett antal år förs inom medicinsk antropologi en häftig diskussion om det perspektiv som bör anläggas vid studiet av traditionella medicinska systems möten med biomedicinen. I den här debatten kan två motsatta ståndpunkter urskiljas; å ena sidan finns de som hävdar att vår uppgift som antropologer är att beskriva verkligheten som den ter sig ur Den Andres perspektiv. Det är, menar man, nödvändigt att betrakta hälsofrågor som frågor om den kulturella innebörd människor tillskriver dem. Detta är, törs man påstå, den dominerande inställningen inom antropologin eller åtminstone den mest beprövade inriktningen.

I opposition till denna uppfattning finns de som hävdar att just när det gäller hälsofrågor kan vi inte längre kosta på oss ett analytiskt perspektiv som enbart lägger tonvikten vid semantiska dimensioner av hälsovård och sjukdomsuppfattning. Västerländsk farmaceutika pumpas ut i u-länderna i en aldrig tidigare skådad omfattning samtidigt som folkhälsoläget i stora delar av

världen uppvisar en tydlig försämring. Vi måste lyfta blicken från mikroanalysens nivå och våga närma oss frågor om det större sammanhang i vilket lokalsamhällets medicinska föreställningsvärd och sjukdomsbeteende är inlemmat. I USA har sk 'political economy' vädrat morgonluft i medicinska antropologiska sammanhang och 'critical medical anthropology' – ett samlingsnamn för en typ av politiska och makrostrukturellt inriktade närmanden – har blivit ett debattämne i de stora tidskrifterna.

I den här artikeln ska jag försöka peka på en medelväg mellan dessa extremer. Jag tänker hävda att det finns miljöer, sammanhang och situationer där "den lilla världens" föreställningar, meningssystem och anspråk artikuleras i relation till "den stora världens" makrosystem. De internationella hälsostrukturerna existerar inte oberoende av människors handlingar och varje makrosystem kan analytiskt studeras som just beteenden och attityder bland människorna som finns i det. Varje länk i det som kallas det "internationella hälsosystemet" rymmer kontor, miljöer och människor som antropologer kan närma sig.

Den speciella scen som jag framför allt tänker ägna uppmärksamhet är ett somaliskt apotek, beläget i en liten inlandsstad dit landsbygdens människor söker sig för att sälja jordbruksprodukter och göra egna inköp. Bland marknadsbestyr, Coca-Cola drickande och bio-besök brukar också ett apoteksbesök ingå. Apoteken är många, och de är också välförsedda med de mediciner

.....
Västerländsk farmaceutika pumpas ut i u-länderna i en aldrig tidigare skådad omfattning samtidigt som folkhälsoläget i stora delar av världen uppvisar en tydlig försämring
.....

som traditionellt efterfrågas och med en del nymodigheter avsedda att presenteras för kundkretsen.

Vad som sker vid apoteksdiskens är kaotiskt och överskådligt. Tiotals beställningar och frågor kastas fram samtidigt och alla deltar i varandras samtal. Landsbygdsdialekter varvas med mer urbana ideom. Barbituratmissbrukarna söker sin dagsdos liksom mannen med den sjuka kon. Preparat synas, granskas, luktas på. Gamla tummade recept plockas fram och studeras på nytt. Injektioner administreras i ett litet rum vid sidan, medan självdiagnoser av de mest skiftande slag haglar över disken.

Utgångspunkten för det material som jag presenterar här är till största delen de bandinspelningar jag gjort i ett par apotek. Min inspiration härvidlag kommer från den amerikanska kulturanthropologins sk "performance" teorier. Grundtesen är att människor i eget tal och genom att lyssna på andra konstruerar bilder av verkligheten som styr deras ageranden. I det aktuella fallet vill jag genom en närläsning av konversationer mellan människor i ett apotek, visa att samtalen representerar något mer än blott den synbara förvirring som härrör ur själva miljön. Ytterst handlar det om två saker: ett *kulturmöte* mellan en ganska liten värld av människor som uppfattar sig som sjuka på olika sätt och den stora världens lösningar på deras problem. Den stora världen är dock egentligen bara representerad genom sina preparat. Vad som vidtar i apoteket är därför en process av *kulturellt skapande*, ett försök att inordna fenomen i ett begreppsligt system eller att omforma det begreppsliga systemet så att det passar även de nya fenomenen.

För att göra den lilla världens relationer till den stora världen synliga, inleder jag med en redogörelse för de politiska skeenden som gjort apoteken till ett substitut för primärhälsovård.

Sydsomalisk medicins geopolitiska läge

Södra Somalia är en del av Afrika som när detta skrivs har brutit samman under ett blodigt inbördeskrig. I januari 1991 störtades Siyad Barres militärregim och det råder sedan dess oenighet om landets framtid. Men det sociala, politiska och infrastrukturella sönderfallet började långt tidigare och det har haft förödande konsekvenser för landsbygdens hälsosituation. Den här artikelns etnografiska presens – i huvudsak hösten 1988

.....
Hälsosektorn i Somalia var ett populärt objekt för utländskt bistånd, vilket kanske motiverat en lägre nivå av statliga satsningar
.....

– existerar alltså inte längre och detta är orsaken till mitt val av imperfektformer.

Under 80-talet utvecklades den somaliska ekonomin till en av det subsahariska Afrikas mest biståndsberoende. Efter att Saudiarabien och länderna vid arabiska golfen 1984 deklarerade importstopp för somalisk boskap blev en av de få icke biståndsrelaterade nationalintäkterna strypt. Trots en stadigt krympande statsbudget ökade regimen investeringarna och utgifterna för militära ändamål. Andra områden, som hälsovård och utbildning, såg sitt ekonomiska manöverutrymme stadigt minska under denna period. I den sista budgeten som regimen upprättade fick hälso- och utbildningssektorerna tillsammans knappa tre procent av den totala mängden statliga investeringar (6).

Det är kanske orättvist att diskutera ett medicinskt systems karaktär i termer av hur mycket pengar en u-landsregering sätter av för dess uppbyggnad. Man måste komma ihåg att just hälsosektorn i Somalia var ett populärt objekt för utländskt bistånd vilket kanske motiverat en lägre nivå av statliga satsningar.¹ Men det utländska biståndet förmådde inte kompensera bristen på ett enhetligt nationellt primärhälsovårdssystem. En karta över Somalias regioner var samtidigt ett formligt lapptäcke av olika internationella, bilaterala och icke-statliga organisationers olika hälsoprojekt. Ansatserna till central samordning var ringa och det fick långtgående konsekvenser inom områden som utbildning, upphandling och remissystem.

Det finns en stark kontrast mellan den bild som officiella dokument ger av hälsosystemets uppbyggnad och de faktiska lokaler, faciliteter och mänskliga strä-

¹ Mycket pengar satsades också på hälsorelaterad forskning. Tyvärr hade den oftast en survey-karaktär och producerade magra resultat. I en 3-sidig uppsats med inte mindre än 11 författare inklusive en svensk professor, nådde man den knappast förvånande slutsatsen att befolkningsstrukturen i den undersökta byn var typisk för utvecklingsländer (1).

vanden som man mötte i verkligheten. Låt mig ställa följande två beskrivningar mot varandra och jämföra dem. Den första texten är hämtad Buschkens senaste bok (3 sid 71) medan den andra texten är en sammanställning av mina intervjuer (I), fältanteckningar (N) och egna kommentarer (K).

The MOH is responsible for providing modern health care to the entire population. The Minister of Health is assisted by two Vice-Ministers. The Permanent Secretary, serving under the political leadership of the Minister and the two Vice-Ministers, is responsible for the overall functioning of the Central Intersectorial Coordination for Health.

Health services are administered by three divisions, the preventive, the curative and the planning and administrative division, each headed by a Director General. The Division of Preventive Medicine consists of the Departments of Laboratory Services, Community Health, Public Health and of the Central PHC Section headed by the Director of Primary Health Care. The Division of Curative Medicine comprises the Departments of Nursing Services and Education, Curative Medicine and Medical Supply and Equipment. In the Division of Planning and Administration we find the Departments of Finance, Planning and Training, Personnel and the Department of Transport and Technical Services. Each department is headed by a Director.

In the regions, the Regional Health Office, headed by the Regional Medical Officer represents the second level of health administration. Where a PHC system has been initiated, the Regional Medical Officer is assisted by Regional PHC Coordinator who is responsible for the PHC activities at regional levels and is assisted by a regional supervisory team.

In the districts, The District Health Office, headed by the District Medical Officer, who has also been designated as a District PHC Coordinator, represents the third and lowest level of health administration in Somalia. The District Medical Officer, assisted by a district team, is responsible for the administration of health services.

N: "man frågar sig hur människorna i ett sånt här bygge kan åstadkomma nånting alls..." "Hälsoministeriet är nästan arketypiskt för somalisk byråkratisk ineffektivitet". I: "...och vid det mötet uppträdde ministern kraftigt berusad". "...men vice-ministern är bra, han är väldigt intresserad och det är mer än man kan säga om de flesta på den nivån i somalisk förvaltning"

I: "R. var vice-minister förut men blev sen förflyttad, antagligen var hon för effektiv..."

N: "Denna oändliga uppdelning i divisioner som man möter på varje ministerium – har kanske sin kulturella förklaring/bakgrund i klansystemets fraktionering?" N: "Har nu i en veckas tid försökt träffa Director of PHC,

enligt M. har de ingen egentlig funktion, det är bara en byggnad på ministeriets gård..."

K: Dept of Transport bör vara en tung avdelning, vid ett tillfälle räknade jag till 98 fordon på ministeriets gård. De flesta skulle säkert göra bättre nytta i regionerna.

N: "Trots den långa föreläsningen som WHO-killen gav mig begriper jag egentligen inte hur PHC organiseras i regionerna. Coordinators och Officers verkar ju vara samma person i alla de regioner jag besökt, och dessutom tillbringar ju både B. och Kh. sin mesta tid i Mogadishu".

K: Något District Health Office har jag aldrig stött på i något av de distrikt där jag varit bosatt i flera år. En gång dök det faktiskt upp en kille som presenterade sig som District Health officer men i distriktet hade de aldrig hört talas om honom. K: Vad administrerar detta team? Det finns ju inga health services förutom de två sjuksköterskor som jobbar i mitt distrikt!

Det ovanstående skall inte läsas som två kompletterande beskrivningar utan som två högst motstridiga uppfattningar av samma verklighet. Den ena bilden representerar hälsobyråkratens perspektiv och det är också den arbetsbild av det mottagande ministeriet som donatorer och internationella organisationer har. Det är förmodligen också den bild av verkligheten som somaliska politiker valde att plocka fram när bistånd skulle omförhandlas och beslutas. Biståndskulturen tycks fordra förhandlingspartners i mottagarländerna med en intern struktur som påminner om den egna organisationens. När ministeriets transportproblem skulle diskuteras med delegationen från USAID ges ordet till Director of Transport från division of Planning and Administration.

Men denne Director var ministrarnas svärson och tillika kusin med republikens president och det som den andra bilden förmedlar är att det var just det förhållandet som gjorde att han deltog i förhandlingarna. Hela den organisatoriska apparat som kanske skymtar i de officiella dokumenten var egentligen ganska bräcklig och definitivt fränkopplad från den verkliga hälsosystemets problem och praktik. Att det inte fanns ett Department of Laboratory Services med en egen Director och egen budget är egendomligt eftersom det egentligen bara fanns en handfull statliga laboratorier i landet. Överhuvudtaget var under 80-talet kvaliteten på somalisk offentlig vård så dålig att toppadministratörerna föredrog att få den minsta krämpa behandlad utomlands. Eftersom de ofta satt på enorma tillgångar i biståndsbudgetar var det bara att beställa en flygbiljett och resa.

En politisk och tjänstemannakultur formades
helt inriktad på personlig överlevnad

Något som det var betydligt bättre ställt med var medicintillgången. Den blev stadigt bättre i landet under hela 80-talet vilket också indikeras av de lägre prisökningarna på medicin jämfört med andra varor. Bakgrunden till medicinflödet var säkert delvis en omfattande smuggling eller halvlegal import men de många okoordinerade hälsoprojekten var också en bov i dramat; nästan varje organisation som bedrev hälsoprojekt såg sig också föranlåten att arrangera egen import av läkemedel. En viss del av *allt* importerat gods tenderade att sippra ut på svarta marknaden och läkemedel var inget undantag. När projekten upphörde så fanns det också ofta gott om mediciner kvar.

Offentlig vård i en pluralistiskt kontext

Jag har på annat ställe mer systematiskt diskuterat den offentliga sjukvårdens sammanbrott i Somalia (4), men det förtjänar att påpekas att problemen inte är unika för hälsosektorn.² Nästan varje område av offentlig förvaltning inom den somaliska statsapparaten befann sig under 80-talet i rörelse mot en tilltagande korrup­tion och utarmning. I takt med att Somalias politiska problem tilltog och i och med att de interna oroligheterna accelererade, formades en politisk och tjänstemannakultur helt inriktad på personlig överlevnad. Under 80-talets sista år torde det knappast ha funnits någon tjänsteman som räknade med någon längre livstid för Siyad Barres regim. Det utvecklades ett mönster där folk strävade efter att utnyttja sina statliga tjänster till att samla resurser inför den kollaps som de flesta räknade med.

När det gäller hälsoområdet är det kanske tur att den offentliga vården svarade för en så liten del av det totala vårdutbytet som den gjorde. Vid sidan av de fallfärdiga primärvårdshälsoinrättningarna fanns nämligen en vibrerande privat sektor. Nästan varje statligt anställd hälsovårdsutövare bedrev vid sidan av sin tjänst olika former av privat vårdverksamhet. Doktorer och

sjuksköterskor hade privata kliniker och privata laboratorier fanns i stor mängd. Till viss del hade detta att göra med försörjningsläget för statligt anställda överhuvudtaget. 1989 rapporterades en sjuksköterskelön motsvara ca 7 US dollar (2), medan en genomsnittlig månadskostnad för en familj i semiurbana omständigheter uppgick till åtminstone det tiodubbla.

Måhända kan man i hälsobyråkratiska termer också räkna den traditionella medicinens olika former till den privata hälsosektorn. I Somalia finns det liksom i de angränsande länderna på Afrikas horn, flera stora traditionella läketraditioner (8). Herbalister, religiösa experter, andebesättningsällskap, "bone setters" och traditionella kirurger finns i stor mängd och med varierande grad av professionalitet. I landsbygdssammanhang är det för det mesta till någon typ av traditionell expert som man söker sig då en familjemedlem blivit sjuk. Primärhälsovården, i den mån den existerat, har för det mesta utgjort ett andrahandsval för sjuka människor. De illa rustade och minimalt bemannade landsbygdssjukhusen har i flera fall gett upphov till föreställningar om att man inte kan besöka dem förrän man är "sjuk nog".

Självhjälp som ett terapeutiskt system

För människor på landsbygden har förstahandsvalet av terapeutiska alternativ alltid varit vad vi kan beteckna som självhjälp. I hemmet, i familjen, försöker man först själv åtgärda olika sjukdomstillstånd med dietära medel eller med örtmedicin och Koranläsning. Det är vanligen först när sådant har pågått en tid som man söker sig utanför familjens egen expertis och vänder sig till olika experter.

Självhjälpen har också en diagnosticerande dimension. Inom familjen och ibland i grannskapet brukar man ofta på ett ganska tidigt stadium av en sjukdomsprocess enas om ett namn, en etikett, på symptomen. Det är med hjälp av denna etikett – snarare än en detaljerad beskrivning av symptomen – som man söker

Primärhälsovården, i den mån den existerar, har för det mesta utgjort ett andrahandsval för sjuka människor

² Problemen var naturligtvis inte heller specifika för Somalia.

.....
I gränslandet mellan privatpraktiserande sjukvårdspersonal, traditionell medicin och familjers självdiagnoser och egna botande växte en ny zon av hälsoresurser fram: apoteken
.....

hjälp från experter. Vare sig man går till herbalisten eller apoteket är det namnet på den förmodade sjukdomen som man uttalar, medan man ytterst sällan ger någon redogörelse för sjukdomsförloppet. Inte ens i kontakt med biomedicinska utövare blir man särskilt utförlig. Tvärtom händer det att patienter upplever det som frustrerande att få en självdiagnos motsagd av en doktors diagnos.

Apotek och apotekare

I gränslandet mellan privatpraktiserande sjukvårdspersonal, traditionell medicin och familjers självdiagnoser och egna botande växte en ny zon av hälsoresurser fram: apoteken. När jag först besökte Bay regionen 1983 fanns där ungefär 5 apotek. Vid 80-talets slut rörde det sig om minst 40. Utvecklingen har varit densamma också i andra delar av landet. I huvudstaden Mogadishu verkar det före inbördeskriget ha funnits åtminstone ett apotek per 1000 invånare.

Många läkares privata kliniker växte upp bredvid eller på bakgården av apotek. Ibland fanns även laboratorier i omedelbar anslutning vilket gjorde dem till kompletta hälsocenter. Även om det var de medicinska preparaten som utgjorde den främsta lockelsen för vanligt folk var också tillgången till en läkare uppskattad. Också andra kategorier av sjukvårdspersonal öppnade privata kliniker: i både Mogadishu och i Baydhabo fanns det flera privata modernt utbildade barnmorskor och även sjuksköterskor.

De flesta apotek fungerade dock enbart som apotek. För att inte ge felaktiga associationer är det viktigt att här försöka ge en så konkret beskrivning av dem som möjligt. De flesta apotek (eller *farmashiiya*, som det heter på somaliska) var belägna i anslutning till shopping stråk och marknader. De hade en disk bakom vilken alla preparat förvarades på hyllor eller i glasskåp. Vid sidan om disken fanns ofta ett "injektionsrum", ibland bara i form av en skärm, där apotekaren administrerade injektioner av både medhavda och inköpta

preparat. Apoteken, särskilt de belägna i mindre städer, var välbesökta inrättningar. På kvällspromenaden utmed huvudgatan var det många som passade på att slinka in och ta sig en titt. Apoteken var, också enligt somaliska mått, spännande miljöer. Inte minst bör det faktum att man där kunde få veta "hemligheter" om folk ha bidragit till att många kom enbart för att vara "publik".

Den somaliska lagen krävde att privata apotek skulle vara anslutna till den kooperativa rörelsen och därför drevs nästan alla apotek formellt som kooperativ. Detta innebar dock inte någon som helst central samordning av apoteken eller kontroll av apotekares utbildning, utan var bara ett sätt att få in pengar i form av avgifter till en också i andra avseenden ganska korrumpierad kooperativ rörelse.³

Den medicinska fakulteten hade en farmaceutisk utbildning, men det var ett försumbart antal apotekare som genomgått den (7). Inom apotekarkåren kunde man återfinna alla slags människor. Ett av de mer illustrativa exemplen är en f.d. boskapshandlare som fann medicinhanteringen mera lönsam.

Ett besök i apoteket

Det är nu dags att närmare introducera det som händer vid en apoteksdisk. De apotek som jag mest vistats i var belägna i en inlandsstad som heter Baydhabo. Staden hade ca 50 000 invånare men många av dem var bara temporärt bosatta där. Baydhabo var regionshuvudstad i Bay-regionen vilken befolkades av jordbrukande och boskapsskötande klaner ur Rahanweyn gruppen av klaner. Medan man på den omgivande landsbygden nästan uteslutande talade en dialekt kallad Af-May, fanns det i Baydhabo många som talade standard somaliska. Genom att Baydhabo länge fungerat som ett regionalt centrum för handel och transporter var kontakterna med landsbygden täta och transportmöjligheterna relativt goda.⁴ Besökare från landsbygden brukade vanligen vara upptagna av affärer under förmiddagarna men på kvällskvisten passa på att

³ Det kan noteras att den svenska Kooperationen, en smula naivt, stött den somaliska Kooperationen. I folkmun brukade man i Somalia tala om Kooperationen som "tjuvar".

⁴ För en närmare etnografisk presentation av regionen och dess invånare, se (5).

Situation 1. Det snabba kundbesöket.

Man:	Ge mig en kapsel!
Apotekare:	Vilken då?
Man:	Den röda och gula.
Apotekare:	Ambicillin eller...?
Man:	Ja, ambicillin!

förätta sina apoteksärenden.

Typfallet av ett kundbesök i ett apotek är snabbt och har en konversation som följer mönstret i dialogen i *situation 1*.

Det går lätt och snabbt att köpa medicin och apotekaren kan ofta se på folk vad de vill ha. Konversationen ovan rymmer ett mått av sådan apotekarvisdom för det preparat som mannen beskriver är tetracyclin som saluförs i gulröda kapslar. Samtidigt vet apotekaren att det sedan några år är mer populärt med ambicillin

Situation 2. Många kunder på apoteket.

<i>Apotekare:</i>	<i>Man:</i>	<i>Äldre man:</i>	<i>Ung pojke:</i>
	Medicin för magont	[Lyfter handen till hälsning] Den här gamla kvinnan vill bli undersökt!	
Jag gav dig ju två igår...	Jag tog bara en och glömde den andra, nu känner jag värk i magen igen.		[Kommer in och lutar sig mot disken!]
Har hon gått till en doktor?	Nej. Du gav mig inte två stycken [på en gång] i går, men du sa ''ta en nu och nästa efter 4 timmar''	[Skakar nekande på huvudet]	[Försöker få ögonkontakt med apotekaren]
Gå till Buurane bredvid bensinstationen! [Skriver på ett stycke papper ''blodundersökning'']			Ge mig 5 stycken!
Fem? Fem stycken Ephedrin?... Per kväll och dag, hur många tar du?	...jag hade diarré och glömde bort att ta den där efter 4 timmar. Jag mådde bra hela dagen men efter kvällsbönen blev jag dålig		[Flinar] Ikväll hämtar jag åt andra
[Tittar på den unga pojken och gör en grimas]			[Tar emot tabletterna av apotekaren och räcker fram pengar]
Du måste ta mineralvatten	Var hittar jag det?		
[Pekar ut över gatan]			

bland landsbygdens människor. Lösningen blir att ge mannen en gulröd tetracyclinkapsel men kalla den för ambicillin.

Av de bandinspelningar jag gjort verkar det som om ytterst få kunder efterfrågar ett preparat med hjälp av varunamnet. Istället är frågorna ofta relaterade till deras självdiagnoser så att man ber om exempelvis ''malariatabletter'', ''magsirap'' eller ''medicin för förkylning''. Ett annat vanligt sätt, som dialogen ovan illustrerar är att man beskriver preparats färg eller form. Det finns även en del namn som grundas på missuppfattningar: Diazepam omtalas ofta som ''Opel'' eftersom detta tillverkarens namn är tryckt med större bokstäver på förpackningarna. En del lokalt påhittade namn finns också; tetracyclinkapslarna omtalas ofta bland landsbygdens människor som ''Abu fullay'' efter namnet på ett träd som har en färg som påminner om kapslarna.

Situationen i ett apotek kan vara betydligt mer komplicerad än i dialogen ovan. Apotekaren kan t ex tvingas för flera samtal samtidigt som i *situation 2*.

Huvudtemat i den här situationen är mannen med magproblemen. Han har dagen innan besökt apoteket och köpt medicin men av någon anledning inte fullföljt "kuren". Apotekaren verkar känna en osäkerhet inför mannens obestämda magsmärtor, men väljer att ställa honom till svars för hans försummelse att inte ta alla de tetracyclin-kapslar som han köpt dagen innan. Efter som miljön är så rörig verkar mannen vid en punkt av diskussionen uppfatta apotekarens fråga till efedrinmissbrukaren som en fråga till sig själv. På samma sätt uppfattar han apotekarens fråga till den gamle mannen angående kvinnans läkarbesök som en fråga till sig själv, eftersom verbet "att gå" böjs på samma sätt för andra person singularis som för femininum av tredje person singularis.

Efedrinmissbrukaren är ett intressant inslag i sig. Medan barbiturater och lugnande medel missbrukats sedan många år har man i missbrukakretsar relativt nyligen upptäckt efedrinets sidoeffekter. Det verkar förekomma en rätt vittspridd "testning" av många av apotekens produkter som ibland leder till helt nya appliceringar. I städer förekommer exempelvis att man tuggar askorbinsyretabletter mot muntorrhet.

Något som särskilt skall understrykas i den föregående konversationen är att mannen med magproblem har återkommit och att han är indragen i en längre tids behandling av samme apotekare. Visserligen förefaller majoriteten av kunder att vara rätt anonyma personer som bara slumpvis valt ett apotek. Men varje apotekare har också en krets av "patienter" som återkommer till honom med jämna mellanrum. Självfallet har detta ett slags propagandavärde: de tillfälliga besökarna i apoteket kan inte undgå att bli varse dessa patienters stora förtroende för apotekaren som de dessutom ofta kallar för "doktor". Att många apotekare bär vita rockar bidrar säkert också till att understryka deras grad av professionalitet. Episoden i *situation 3* är en

.....

Att många apotekare bär vita rockar bidrar säkert också till att understryka deras grad av professionalitet

.....

Situation 3. Det regelbundna kundbesöket.

Kvinna:	Benet gör ont på mig, det pulserar inne i själva benet.
Apotekare:	Har du slagit dig?
Kvinna:	Nej.
Apotekare:	Har du visat det för en doktor?
Kvinna:	Nej.
Apotekare:	Varför inte det?
Kvinna:	Jag går inte till doktor "Buurone", den idioten, jag tänkte [apotekarens namn] är bättre", jag tänkte "jag ska visa det för [apotekarens namn]". En gång förut gick jag till [doktorn] men han sa mig ingenting meningsfullt.
Apotekare:	Men om jag inte har medicin måste doktorn titta, då måste du visa det för doktorn.

typisk illustration av apotekarens sammanträffande med en av sina mer regelbundna besökare.

Man kan fråga sig varför apotekaren över huvudtaget bryr sig om att fråga varför kvinnan inte gått till doktorn, är det kanske så att han på förhand visste svaret och ville få detta utsagt i en situation när apoteket var fullt med folk? Å andra sidan ska det påpekas att den doktor som diskuteras har ett etablerat samarbete med just denne apotekare (det var till samme doktor som kvinnan i situation 2 blev remitterad för blodundersökning). Det mest intressanta med ovanstående diskussion är dock att hon egentligen kommit, inte för att få medicin, utan för att visa benet för apotekaren. Många såna här konsultationer som inte mynnar ut i försäljning innebär att kunden går vidare till andra apotek och till traditionellt läkekunniga. Apoteken är egentligen bara en av många hållplatser i hälsosökandet, men det är anmärkningsvärt hur ofta de kommit att bli den första anhalten för människor.

Huvuddelen av kunder i ett apotek är dock framförallt intresserade av preparaten som säljs. Det är medicinerna som botar och inte apotekaren. Precis som vid religiöst botande och inom örtmedicinen väntar man sig också att det finns, som man säger i en parafraisering av en Koranvers: "ett botemedel för varje sjukdom". Samtalet i *situation 4* illustrerar detta.

Baserat på ett liknande tänkande händer det att kunder specificerar genus när man köper medicin åt en annan sjuk person, även när detta inte är relevant. Jag

Situation 4. Ett botemedel för varje sjukdom.

Gammal man: [kommer med snabba steg in genom dörren] Medicin för ont i huvudet och förkylning!

Apotekare: [räcker över två aspirin]

Gammal man: [lägger tabletterna bredvid varandra i handflatan och pekar på dem i tur och ordning] Är den för huvudvärk?

Apotekare: Jaa!

Gammal man: Och den är för förkylning?

Apotekare: Jaa!

minns särskilt tydligt den man som i apoteket enträget bad om huvudvärkstabletter för en kvinna. Själva ramen för hur man klassificerar mediciner är fyra klasser av preparat som också uppfattas vara olika "starka". Allra enklast är de s k *shiroppo*, dvs sirap och lösningar av olika slag. Därefter följer *kiniin*, viket betyder tabletter. Starkare än dessa anses *kabsul* vara men den bästa effekten uppnås genom injektioner, *erbad*.

Detta klassifikationssystem är så genomgripande att det verkar vara svårt även för apotekare, som genom några år i handeln har fått något andra ramar, att frigöra sig från det. Vid ett tillfälle kom en man in i apoteket och bad om den medicin som han hade ett recept på. Själva receptet hade han tappat bort men han utgick från att apotekaren skulle minnas. Apotekaren frågade honom om det var en kapsel eller tablett. Mannen svarade att det var "den där lilla" och fick 10 ambicillinkapslar med sig hem!

Närvaron i små städer av apotekare med tidigare erfarenhet inom biomedicinen har dock tillfört en vokalbulär som är delvis ny. Det här har inneburit att provresultat och undersökningar numera smugit sig in i familjers självdiagnoser. Apotekaren i exemplen ovan har en utbildning som laboratorietekniker och det är uppenbart att hans rekommendationer om blodundersökning och läkarbesök ibland ses som ett alternativ till preparat. En del andra moderna diagnostiska metoder omtalas på ett sätt som visar att de integrerats in i en

.....
Huvuddelen av kunderna i ett apotek är dock framför allt intresserade av preparaten som säljs. Det är medicinerna som botar och inte apotekaren
.....

mer traditionell uppfattning om sjukdom och botande. Röntgen exempelvis, omtalas som *raadiyo waa lay saarey*, "man satte röntgen över mig". Uttrycket är nästan identiskt med det som används för botande med Koranen: *Kooranka waa lay saarey*, "man satte (läste) Koranen över mig".

Medicintubudet är dock inte något som man enbart försöker tolka i samklang med traditionella föreställningar. Den "moderna medicinen" (*dawo casriga*) har också genererat sin egen föreställningsvärld. Allra tydligast illustreras detta av idén om den s k *geed kulaal*, "den heta grejen". Man anser att vissa mindre yttre tecken – en röd fläck i ögat, utslag på armarna mm – indikerar ett tillstånd då intagandet av modern medicin vore dödligt. Föreställningen förekommer inte när det gäller traditionella mediciner utan är reserverad för västerländsk farmaceutika.

Även om det fortfarande är inom familjen och grannskapet som självdiagnoser utformas är det uppenbart att apoteken kommit att bli en källa för information. Man kan få råd och synpunkter i ett apotek på ett tidigt stadium av sjukdomsprocessen, långt innan man övervägt att söka andra former av professionell assistans. Sådana råd och synpunkter behöver inte nödvändigtvis enbart komma från apotekaren, utan kan lika gärna växlas mellan kunder som väntar vid apoteksdisken. Det sista exemplet av en apotekskonversation (*situation 5*) får visa detta.

Det är tre saker som vi framför allt bör uppmärksamma i den här konversationen. För det första är naturligtvis kvinnans intresse för att få sitt blod undersökt anmärkningsvärt. Det framgår att hon inte riktigt vet vad en blodtrycksundersökning är, men man blir lika förvånad över att apotekaren själv blandar ihop blodprov med blodtryck. Hennes misstanke om att blodtrycket sammanhänger med hennes utslag ska nog inte främst tolkas som en annan kulturell syn på sjukdomsorsaker. Istället är detta ett typiskt exempel på hur apoteken erbjuder en ny uppsättning resurser som man fritt provar sig fram bland. Det här provandet sker ibland med hänsyn tagen till fakta som man tagit till sig om modern medicin. Det är så man ska förstå kvinna 2:s avslutande bryderi om huruvida medicinerna kan påverka resultatet av blodtrycksundersökningen. Apotekaren har uppenbarligen inte uppfattat att kvinna 1 ser blodtrycket som en möjlig orsak till hudproblemen

Situation 5: mellan en apotekare (Ap) och kvinna 1 (Kv 1) och kvinna 2 (Kv 2)

- Kv 1: Jag vill ha en undersökning [av blodet].
Ap: Fick du blodet undersökt i dag?
Kv 1: Nej, jag har utslag på kroppen och det kliar förfärligt.
Ap: Började det nyligen?
Kv 1: Nej, jag har haft det i två månader.
Ap: Varför vill du få blodet undersökt?
Kv 1: Därför att jag inte har undersökt blodet.
Ap: [Ger kvinna 1 tre tabletter] Ta en på morgonen, en mitt på dan och en på kvällen – det kommer att utplåna kliandet!
Kv 1: [Vänder sig till kvinna 2] Kan man mäta mitt blod? Finns det ingen person som kan mäta mitt blod?
Kv 2: Visst kan man mäta åt dig, vill du ha ditt blod mätt?
Kv 1: Ja, på min kropp så kliar det. Kanske mitt blod är väldigt mycket eller väldigt lite.
Kv 2: Nej, en undersökning tjänar inget till när man fått sånt!
Kv 1: Jaa?
Kv 2: Varken mycket blod eller litet kan ge kliande, däremot kan det göra att man ser svart!
Kv 1: Ibland snurrar mina ögon [min syn] när jag sitter ner! När jag sätter mig på en stol så snurrar det...kan man inte hitta [nån som] mäter blodet?
Kv 2: Visst kan man hitta det, vad tror du?... Vänta [apotekaren] kommer!
[Vänder sig mot apotekaren] Finns det ingen blodmätning? Min moster vill ha det!
Ap: Maskinen gick sönder! Jag vill fortfarande ta ett blodprov och mäta det men hon vill inte! Vad det är som orsakat kliandet kommer jag [då] att veta. Jag sa "kom tillbaks i morgon bitti", sa jag [men] hon vägrade!
Kv 2: Och då ska hon få medicin?
[Vänder sig till kvinna 1] Vi kommer tillbaka i morgon!
Ap: [Vänder sig till kvinna 1] På fredag ska jag ta ditt blod!
Kv 2: [Till apotekaren] Men om man tar blod på fredag blir det inte problem då om hon ätit sin medicin?
Ap: Det är inga bekymmer! Den (medicinen) tar bort problemen hon har!

utan tycks tro att detta med blodtryckstagningen är med anledning av någon annan åkomma.

En annan sak som är viktig är hur apotekaren påstår att han bätt kvinnan återkomma dagen därpå. Det har han inte gjort utan han har uppenbarligen blandat ihop kvinnan med en annan kund, med vilken han har en bortredigerad konversation. Liknande händelser inträffar hela tiden på ett apotek och det är inte heller ovanligt att man går därifrån med en annans kunds medicin.

Det tredje och kanske allra viktigaste som situation

5 illustrerar är dock den kontakt som tas mellan de båda kvinnorna och hur kvinna 2 tar över och blir den som pressar apotekaren till att gå med på blodtryckstagnning. Man kan observera hur det problem som kvinna 1 först presenterar kommer alltmer i bakgrunden och hur det istället blir detta med hennes blodtryck och yrsel som hon fastnar för. Det är tveksamt om kvinna 1 verkligen är moster till kvinna 2. Allt tyder på att det bara var en artig referensterm som begagnades av en yngre kvinna om en som var något äldre.

Medicin, makt och mening

Somalia utvecklades efter självständigheten till ett av de subsahariska Afrikas mest bistandsberoende länder. Under 70- och 80-talen kom också s k hälsobistånd i strida floder in i landet. För vanligt folk kom detta framförallt att innebära en markant ökning av tillgången på medicin. För mer handelsorienterade personer kom medicintillgången att innebära möjligheter till nya affärsformer och apoteken växte fram. Men den västerländska farmacins framgång över landet har inte inneburit att den kunskap och de meningssystem som preparaten växt fram inom (dvs den västerländska medicinska vetenskapen) har spridits. Istället framstår medicinerna och en del av de biomedicinska diagnostiska teknikerna som delvis oprövade nytillskott till en uppsjö av befintliga hälsoresurser. De bär med sig en frisk fläkt av den stora, moderna världen men det är genom provandet av och pratandet om medicinerna som ett lokalt kunskapssammanhang skapas. Någon gång träffar sådan ny kunskap rätt, men för det mesta kommer de mönster av användning och idéer om applicering som växer fram att kontrastera bjärt mot vad som vetenskapligt kan visas vara lämpligt.

Den nyfikenhet och experimentlusta som kommer till uttryck bland kunder i ett apotek har självfallet genererat en rad felaktiga föreställningar om hur mediciner verkar. Det har också utvecklats allvarliga missanvändningar av mediciner. Men medicinerna har också

Den västerländska farmacins framgång över landet har inte inneburit att den kunskap och de meningssystem som preparaten växt fram inom har spridits

Det har också utvecklats allvarliga missanvändningar av mediciner

trängit in i människors vardag och påverkat självhjälpssystemet för sjukdom. Medan man förr lät hälsoproblem initialt vara en familjeaffär kan man numera på ett tidigt stadium vända sig till apoteken för att få råd. Den här rådgivande funktionen är inte heller begränsad till den mer eller mindre hederliga skara som utgör apotekarkåren; apoteken har blivit en slags miljöer där också andra kunder kan bistå och ge synpunkter. Den stora världens friska fläkt som blåst in över det somaliska hälsosystemet har rört upp tusentals små virvelstormar där människor på egen hand spinner nya idéer om preparat som tillverkats i andra länder. Centralt placerade i detta kulturella skapande ligger apoteken som erbjuder en slags terapeutiska miljöer. Naturligtvis är de i första hand ett ställe man går till för att köpa medicin. Men som jag visat här är de också en källa för medicinska idéer i allmänhet.

Människor i Somalia är naturligtvis maktlösa inför den medicinflod som sköljt över dem. Men den avsaknad av genomtänkt hälsoplanering som kännetecknade både de stora donatorernas insatser och hälsoministeriets byråkrati lämnade åtminstone utrymme för folk

att själva skapa ett meningssystem runt den importerade medicinen. Detta skapande är inte något avslutat. Det pågår under varje besök som en kund gör i ett apotek, i varje samtal om farmaceutika som förs över en apoteksdisk.

REFERENSER

1. *Ali YA et al.* 1990: Demographic Census in Lamadonka. I Proceeding of the first National Congress of Health Research. Stockholm: SAREC.
2. *Bentley C* 1989: Primary Health Care in Northwestern Somalia: A Case Study. *Social Science and Medicine* 28:1019–1030.
3. *Buschens W F L.* Community Health in the Developing World. The Case of Somalia. Assen: Van Gorcum, The Netherlands.
4. *Helander B* 1991: Getting the Most Out of It: Nomadic Health Care Seeking and the State in Southern Somalia. *Nomadic Peoples*, 25/27:122–132.
5. *Helander B* 1992: The Slaughtered Camel: Coping with Fictitious Descent among the Hubeer of Southern Somalia. Uppsala: Almqvist & Wiksell International.
6. *LaPin D (ed)* 1987: Women and Children in Somalia: A Situation Analysis. Mogadishu: UNICEF.
7. *Lore N* 1985: A Study of Drug Utilization at the Village Level in Six Regions of Somalia. Washington DC: USAID.
8. *Slikkerveer J L* 1990: Plural Medical Systems in the Horn of Africa: The Legacy of 'Sheikh' Hippocrates. London: Kegan Paul International.

Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie

I livets gråzon

Gamla, sjuka människor på institution och i hemmet

av Margareta Andersson

Kan beställas hos författaren, tel 0303/985 55

Pris 100:– + porto