

Mödrahälsovård i förort

Barnmorskan i mötet med invandrare

FÖRFATTARE	Åse Jagner
PROGRAM/KURS	Fristående kurs, 15 högskolepoäng Examensarbete för kandidat
	VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Ingela Lundgren
EXAMINATOR	Lars-Eric Olsson

Sahlgrenska akademien



Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk):	Mödrahälsovård i förort-barnmorskan i mötet med invandrare
Titel (engelsk):	Maternity Services in the suburb, the midwife in the meeting with immigrants
Arbetets art:	Självständigt arbete
Kurs/ kurskod	Fristående kurs/RPH110
kursbeteckning:	Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	21 sidor
Författare:	Åse Jagner
Handledare:	Ingela Lundgren
Examinator:	Lars-Eric Olsson

SAMMANFATTNING

Vård av gravida är en internationell angelägenhet. Barnmorskan har i sitt yrke ansvar för att vara kunskapsförmedlare och stödja kvinnor i livets olika skeden. Att möta invandrarkvinnor med speciella risker och vårdproblem ställer krav på barnmorskans kompetens. **Syftet** med uppsatsen är att genom en litteraturstudie beskriva invandrarkvinnors problematik i samband med graviditet och barnmorskans möte med denna grupp. **Resultatet** presenteras i fyra teman; *påvisad risk, nutrition, kultur och språk och kommunikation*. Studierna belyser vilka risker som finns hos gravida från andra länder och vilka kulturspecifika råd man kan behöva ge angående nutrition. De beskriver även svårigheten som språket kan medföra i kontakten mellan patient och vårdare och kulturens betydelse i mötet. I **diskussionen** belyses kunskap som finns om invandrarkvinnors ökade risk och de speciella vårdprogram som skulle kunna användas utifrån befintlig kunskap. **Konklusionen** blir att MHV i Sverige bör förtydliga vilka kvinnor som behöver extra övervakning med fokus på anemi, diabetes, SGA och D-vitaminbrist. Tolk och kulturtolk kan vara ett redskap för att kommunicera och kunna ge individuellt anpassad information.

INNEHÅLL

	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Invandrare	3
Barnmorskan	4
Mödrhälsovård	5
Problemformulering	7
SYFTE	7
METOD	7
Litteraturöversikt	7
Dataanalys	8
RESULTAT	9
Påvisad risk	9
Nutrition	11
Kultur	11
Språk och kommunikation	13
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
Slutsats och kliniska implikationer	18
REFERENSER	19
BILAGOR	
1 Översikt över litteratursökningar	
2 Artikelöversikt	

INLEDNING

Efter att ha arbetat som barnmorska med mödrahälsovård (MHV) i en svensk förort i 16 år har ett antal frågeställningar uppstått. Kan man behandla alla patienter lika? Blir det i så fall rättvis vård eller skall de med speciella behov bemötas speciellt? Har vi en evidensbaserad, rättvis vård?

MHV är i Sverige en verksamhet i förändring, på grund av att samhället förändras. Antalet mödrar i Sverige med utomnordiskt ursprung har fördubblats de senaste 20 åren (Socialstyrelsen, 2009a). Invandrarkvinnor utgör dock en heterogen grupp med en rad olika sociokulturella faktorer som kan vara bra att ta hänsyn till i vården. Medicinska tillstånd kan yttra sig annorlunda hos invandrar kvinnor i jämförelse med svenska kvinnor vilket vården behöver ta hänsyn till (Essén, 2008). Vårdpersonalen behöver inte alltid reflektera över sociokulturella traditioner i mötet med en svensk kvinna som har samma "referenskultur" som personalen (Essén, 2008).

Familjemönstret hos många utomeuropeiska invandrare är annorlunda än det svenska mönstret. Det ligger enligt min erfarenhet som barnmorska på Mödravårdscentral (MVC), många gånger kvar i ett patriarkalt, familjecentrerat tanke sätt. MVC är ofta den första kontakten med svensk sjukvård för invandrarkvinnan eller familjen, det kräver från barnmorskan en lyhördhet för traditioner och behov och att vi ger information om det svenska synsättet på familjeliv och samhälle (Kaplan, 2009). För barnmorskan i förort uppkommer ofta situationer där hon blir patientens ambassadör i mötet med kvinnosjukvård och andra vård- och sociala instanser. Gravida kan i vissa fall ha hänvisats till hemmet även om de har en svår obstetrisk anamnes och hög risk för komplikation. Den gravida kvinnan har då inte uttryckt sin oro för fostret på samma sätt som en kvinna uppvuxen i svensk kultur kan göra och har då blivit missförstådd eller negligerad. Kommunikationssvårigheter har lett till missförstånd med risk för mor och barn och i förlängningen ett sämre medicinskt utfall (Essén, 2008).

Inom kvinnosjukvården bortser man ofta från kvinnor som inte talar eller läser svenska i forskning. Som ett exempel har de studier som genomförts de senaste åren inom MHV Göteborg inte översatts, det sägs ofta vara en kostnadsfråga. Invandrarkvinnornas tankar och erfarenheter har exkluderats när studier gjorts i Göteborg inom ämnen som våld mot kvinnor (E. Lundgren, Heimer, Westerstrand, & Kalliokoski, 2001) och bäckensmärta (Elden, 2005). Nästa stora satsning inom MHV Göteborg gör samma sak, kvinnor med högt "Body Mass Index (BMI)" skall få extra stöd. Men språket exkluderar en grupp, inom målgruppen, då de som ska delta måste kunna läsa svenska. Även nationella studier som riktar sig till alla mödravårdscentraler i Sverige kan exkludera icke-svensktalande kvinnor såsom studierna av Hildingsson, Waldenström och Rådestad (2002). Invandrarkvinnan måste få göra sin röst hörd istället för att vården baseras på vad den tror sig veta att hon behöver utifrån fördomar och begränsad kunskap om hennes behov (Ekblad & Hollander, 2010).

De ordinarie föräldragrupper som ingår i mödrahälsovårdens uppdrag i Sverige, bjuder in alla förstföderskor med partners att delta i gruppinformation fyra till fem gånger. På barnmorskemottagningar (BMM) för man statistik över antal deltagare och där finns en förklaring till att det de senaste åren endast varit föräldragrupper för svensktalande par. MVC har inte kunnat locka grupper med annat språk än svenska, de har kommit vid ett av fyra tillfällen eller inte alls och männen har deltagit i liten omfattning. Pengar och därmed tid för utvecklande av kulturspecifik föräldrautbildning saknas inom MHV Göteborg idag. I Angered pågår just nu ett projekt med Doula-kulturtolk där professionella tolkar har föräldragrupp på arabiska och somaliska. I dessa föräldragrupper bjuds barnmorskan in som professionell gäst för att tala om förlossning, preventivmedel och svara på kvinnornas frågor.

Att vara kulturtolk är att översätta det som sägs och dessutom förklara råd som ges på ett kulturellt sätt så att den gravida kan sätta in dem i sitt sammanhang (Essén, 2008). En Doula är en stödperson som träffar kvinnan före förlossningen och finns med på förlossningen för kontinuerlig support under hela förlossningen. Detta har visat sig ge en bättre förlossningsupplevelse för kvinnor och varit mycket bra för sårbara kvinnor i riskzon (I. Lundgren, 2010).

BAKGRUND

I Hälsa och sjukvårdsrapporten från 2009 visar Socialstyrelsen att människor med stort vårdbehov inte använder vården i så stor omfattning som de behöver, speciellt gäller detta utlandsfödda och unga (Socialstyrelsen, 2009c).

Barnmorskemottagningar i Göteborg har olika befolkningsunderlag och som ett exempel på en förort i Sverige beskrivs Angered, lite mer i detalj. Förorten Angered, där stadsdelarna Gunnared, Lärjedalen och Olofstorp ingår, är en heterogen förort. År 2009 var invånarantalet 47 792, 10 036 av dessa var kvinnor mellan 16 och 44 år. 48 % av kvinnorna var födda i utlandet. De största invandrargrupperna är från Irak 9,5 %, från forna Jugoslavien kommer 7,5 % och från Asien 7,8 %. 6 % av invandrarna kommer från Afrika där den största gruppen är från Somalia (Stad, 2010). Patienterna på MVC Angered är i 74 % av utomnordisk bakgrund enligt statistik från mödrahälsovården 2010 (Mödrahälsovård, 2010).

Arbetslösheten i Angered är lika hög bland svenskar som bland invandrare, de flesta arbetssökande är unga i åldern 18 till 24 år. Jämförs siffrorna med staden Göteborg så har Angered fler arbetslösa, högre ohälsotal, hälften så många med eftergymnasial utbildning och familjerna försörjer sig i mycket högre grad med socialbidrag. Kvinnor i Angered har i lägre grad arbete jämfört med kvinnor i Göteborg (Stad, 2010).

Med utgångspunkt i Hälsa och sjukvårdslagen där portalparagrafen säger att alla har rätt till jämlik och rättvis vård skriver Socialstyrelsen att Sverige har en ojämlik vård speciellt för lågutbildade och utlandsfödda (Socialstyrelsen, 2009c). Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I hälso- och sjukvårdslagen formuleras detta på följande sätt, "Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. *Lag 1997:142*" (Riksdagen, 1982).

Hanssen (2007) skriver om myndigheters ansvar att behandla människor som individer utan att särbehandla och, på det sättet tydliggörs målsättningen från statens sida att värdesätta mångfald. Enligt Hanssen kan vårdaren i relation till patienten använda sin makt genom att förmedla eller inte förmedla den kunskap som vårdaren har. Detta påverkar patientens autonomi på det sätt att hon bara kan göra självständiga val om hon är tillräckligt välinformerad (Hanssen, 2007).

Invandrare

Vem är invandrare? Enligt definition från Statistiska Centralbyrån är det en person som är utrikesfödd eller svenskfödd med två utlandsfödda föräldrar vilket blir 19 % av Sveriges befolkning (Ekblad & Hollander, 2010). Gruppen är dock heterogen. På sjuttioalet var det en stor arbetskraftsinvandring men därefter har flyktingar varit en stor del av dem som fått uppehållstillstånd i Sverige. Anhöriginvandrare är en stor grupp bland dem som får stanna i Sverige idag. Asylsökande är en mindre grupp, i den gruppen kom de flesta från Somalia, Irak och Afghanistan år 2009 (Ekblad & Hollander, 2010). Kvinnor från utvecklingsländer kan ha med sig en genetisk och miljöberoende belastning på hälsan (Socialstyrelsen, 2009b). Skillnaderna som finns i risk- och skyddsfaktorer för hälsan är dåligt utforskade enligt Socialstyrelsen. Det går att jämföra gruppen kvinnor från utvecklingsländer med Sverige på 1950-talet både vad gäller kvinnans hälsa men också på utbildnings- och hälsomedvetandenivå (Högberg, 2008).

Har då invandrarkvinnor större risker i samband med graviditet och förlossning i jämförelse med svenska kvinnor? Enligt medicinskt födelseregister för åren 1999 till 2008 fick utomnordiska kvinnor 1 % fler dödfödda barn än nordiska och svenska kvinnor (Socialstyrelsen, 2009a). Vidare har utomnordiska kvinnor en större risk att få barn med låg födelsevikt (Essén, 2001). Den somaliska kvinnan kan se en liten mage som ett positivt tecken för en lättare förlossning och hon ser därmed inte risken med att få ett litet barn när barnmorskans mätningar upplyser om detta (Essén, 2008). Riskerna har ofta en somatisk bakgrund men enligt många studier har många invandrarkvinnor också ett antal socioekonomiska faktorer som ger risk för ökad ohälsa som helhet (Socialstyrelsen, 2009b). Utanförskap och arbetslöshet är några saker som listas. En ofta undermålig första hälsoundersökning vid ankomst till Sverige leder till att flyktingar skall gå i skola och lära sig svenska när de ofta först borde få hjälp med att bearbeta krigsupplevelser och trauman (Ekblad & Hollander, 2010). Forskarna föreslår anpassningar i skolgången för att möjliggöra för personer med psykiska problem att tillgodogöra sig den. Arbetslöshet är en också en faktor som ger svåra följder för hälsan både fysiskt och psykiskt (Socialstyrelsen, 2009b).

WHO har utökat begreppet mödradödlighet till graviditetsrelaterad dödlighet där man räknar alla dödsfall upp till ett år efter förlossning. I en granskning av flera medicinska register för att få fram mödradödlighet i ett vidare perspektiv än just under graviditet och förlossning tar man med orsaker såsom cancer, självmord, mord med mera. Invandrare visar sig i en sådan granskning vara en underrapporterad grupp, detta gäller även kvinnor som utsatts för dödligt partnervåld. I en kvalitetsgranskning framgår att faktorer som till exempel språksvårigheter och att patienten söker sent eller avstår behandling har funnits med i 40 till 60 procent av mödradödsfallen i ett flertal länder (Högberg, 2008).

Barnmorskan

Barnmorskan har enligt Världshälsoorganisationen (WHO) som sitt ansvarsområde; reproduktiv och perinatal hälsa. Enligt WHO innefattar detta de reproduktiva funktionerna och systemen i alla livets delar. Reproduktiv hälsa innebär att människor skall ha en möjlighet till ett ansvarsfullt, tillfredställande och säkert samliv med möjlighet till fortplantning och frihet att välja när, om och hur ofta detta skall ske. WHO:s definition på hälsa är fysiskt, psykiskt och socialt välmående (WHO, 2010). Kvinnor skall också, enligt WHO, ha tillgång till hälso och sjukvård som ger en säker graviditet och förlossning. Detta ger föräldrapar de bästa chanserna till ett friskt barn.

I ett internationellt perspektiv är WHO:s mål långt från verkligheten. FN har haft fokus på mödradödlighet under många år och utvecklingen går fortfarande mycket långsamt (Essén, 2008). Risken att dö under graviditet är enligt Essén (2008) en på 60 i Somalia jämfört med en på 4000 i ett västland. I en kunskapsöversikt över anledningen till att mödra- och barnhälsan fortfarande är så dålig i utvecklingsländer, diskuterar forskarna om orsaken är ett stort avstånd mellan påvisad evidens och praktiskt användande (Villar, Carroli, & Gülmezoglu, 2001). Ny forskning implementeras inte på grund av svårigheter att förändra befintliga rutiner. Inom de stora områden som dödar många mödrar i hela världen exempelvis blödning i samband med förlossning, SGA (Small for Gestational Age)-liten för tiden och för tidig förlossning, sker det alltför lite forskning (Villar, et al., 2001). I många länder saknas utbildning för barnmorskor, då får kvinnor hjälp av en "Traditional Birth Attendant"(TBA). FN och WHO arbetar med att utbilda dessa lokala hjälpkvinnor i basal hygien för att minska mödradödligheten men det har visat sig att omgivande faktorer som bättre infrastruktur och utbildningsmöjligheter kan ha lika stor eller större effekt (Essén, 2008).

Barnmorskans profession i Sverige har utvecklats under flera hundra år, på 1930-talet startade mödrahälsovård i landet med inspiration från England (Olsson, 2000). På sjuttioalet formades dagens mödrahälsovård med fokus på utbildning av föräldraparen, en utbildning som skulle fortsätta på barnhälsovård och i skola. Samhället såg fördelar med att kunna nå alla blivande föräldrar eftersom nästan alla kvinnor kommer till MVC när de blir gravida (Olsson, 2000). Denna utbildning sker enligt Olsson (2000) även i det individuella mötet med paret då barnmorskan kan stödja paret med respekt, integritet, värdighet och medvetenhet om varje kvinnas unika resurser.

Barnmorskan i Sverige har ett unikt ansvarsområde inom öppen och sluten vård, hon arbetar självständigt och har kompetens att ta hand om kvinnan från tonåren till klimakteriet (Kaplan, 2009). Enligt forskning är det lika medicinskt säkert att träffa en barnmorska som en doktor på sina graviditetskontroller (Olsson, 2000). I arbetsuppgifterna ingår att stödja kvinnan i olika livssituationer och att vara kunskapsöverförare. I mötet med invandrarkvinnor ställs barnmorskans kompetens på prov då det kräver extra flexibilitet och fantasi för att nå fram, med tolk om det behövs. Att diskutera frågor som förlossningsrädsla, kost och familjeplanering utifrån kvinnans kulturella bakgrund och försöka nå ett samförstånd (Kaplan, 2009). Att stödja kvinnan med fokus på hennes psykosociala situation är en viktig del av

arbetet på MVC något som enligt forskning kommer i bakgrunden av ett risktänkande med tyngdpunkt på övervakning och styrning (Olsson, 2000).

Mödrahälsovård

I Sverige har alla gravida rätt till kostnadsfri mödrahälsovård och detta möjliggörs genom statsbidrag (Mattsson, 2008). Kontrollerna inriktas på att identifiera och bedöma risker i perioden från befruktning till förlossning och det är fokus på hälso- och livsstilsfrågor under graviditet. Mödrahälsovården skall även stödja kvinnan genom ett psykosocialt stöd (Kaplan, 2009). Det finns i Sverige 11 nationella folkhälsomål fastställda i en regeringsproposition 2008. De tre första hälsomålen har en direkt koppling till graviditet och föräldraskap hos invandrare. Det första målet är; delaktighet och inflytande i samhället. Det andra målet innebär att ha ekonomiska och sociala förutsättningar och det tredje fokuserar på barns och ungas uppväxtvillkor (Mattsson, 2008). Barnmorskor på BMM skall enligt dessa hälsomål ta hänsyn till kvinnans speciella behov. Föräldrastöd skall erbjudas alla både individuellt och i grupp för att nå föräldrar som inte är integrerade i samhället. I rapporten, sammanställd av intressegruppen för mödrahälsovård i samarbete med Sveriges Förening för Obstetriker och Gynekologer (SFOG) tolkas dessa mål bland annat utifrån utanförskap och ekonomisk och social trygghet.

Mödravårdscentralerna arbetar likartat i Sverige och har till hjälp denna rapport som skrevs 2008. I den listas ett antal riskfaktorer hos gravida som gör att man skall vara extra uppmärksam. Där står att hänsyn måste tas till hur befolkningen ser ut i det område mottagningen har hand om (Mattsson, 2008). Varje barnmorska har ett självständigt ansvar, utifrån ett basprogram med 8 till 10 planerade besök för den gravida, att anpassa vården och utöka antal besök vid behov. I en enkätstudie på Karolinska Institutet tillfrågades kvinnor om deras förväntningar på antalet besök och behovet av kontinuitet i mötet med barnmorskan. Resultatet visar att 71 % av de tillfrågade var nöjda med antalet besök (Hildingsson, Waldenström, & Rådestad, 2002).

I Västra Götaland finansieras MHV efter antal inskrivna gravida och antalet besök för preventivmedel och sexuell hälsa. Vidare tillkommer det en ersättning för tolk och en områdespeng som är en summa som fördelas till mest utsatta områden. Denna områdespeng skall täcka riktade föräldragrupper för bland andra kvinnor med annat språk, unga mammor, lågutbildade och rökare (Mattsson, 2008). Dessa grupper bör enligt rapporten hållas i samverkan med barnhälsovård och socialtjänst.

För kvinnor med invandrarbakgrund kan språket vara ett hinder för att kunna ta till sig information och göra informerade val. I Sverige har vi i lag fastställt att alla har rätt till information. "Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. (Riksdagen, 1982).

I förklaringen till det medicinska basprogrammet är syftet; *att identifiera riskfaktorer som kan leda till graviditetskomplikationer och att identifiera komplikationer utan symtom som uppstår under graviditeten för att förebygga allvarliga följder för mor och barn* (Mattsson, 2008). I studien från Karolinska

Institutet framgår att kvinnor med erfarenhet av tidigare intrauterin fosterdöd, missfall eller svår förlossningsupplevelse hade en önskan om fler planerade besök. Kvinnorna önskade träffa samma barnmorska och de tyckte att kontroll av barnets hälsa var det viktigaste med besöken på barnmorskemottagningen (Hildingsson, et al., 2002).

Information behöver anpassas till den enskilda kvinnans behov. I en debattartikel redovisas risker som uppkommer om detta inte görs (Flaskerud, 2007). Flaskerud har studerat det mångkulturella USA och kommunikationsproblem mellan vårdpersonal och patienter. Hon menar att vården måste vara kultur-kompetent på det sätt att det blir en öppen kommunikation med patienten och vården måste kunna samverka med dem som finns i patientens närmiljö. Vid användande av tolk är det också nya svårigheter som tillkommer. Översättning ord för ord kan leda till många missförstånd, tolken måste få bli en länk mellan vårdpersonal och patient. I artikeln av Flaskerud (2007) redovisas ett flertal studerade felöversättningar som kan vara farliga och ge helt fel uppfattning om patientens liv och sjukdom eller personalens råd. Enligt Robertsson (2009) ligger ansvaret för en fungerande kommunikation helt på vårdorganisationens och barnmorskans sida ej patientens (Kaplan, 2009)

Psykisk ohälsa ökar bland kvinnor i Sverige, enligt rapporten från SFOG är 24 % av alla kvinnor deprimerade och det är lika stort antal bland de gravida. Det finns ett mätinstrument, Edinburgh Postnatal depression scale (EPDS) som används på vissa håll i landet, det är fram för allt utvärderat på nyblivna mödrar men forskning pågår om vad som skall användas på MVC (Mattsson, 2008). På MVC finns det enligt rapporten tillgång till psykolog men för kvinnor med till exempel ångest eller depression behövs det samverka med psykiatri och förlossningsklinik.

Psykisk ohälsa bland invandrare är studerat ur olika synvinklar. Ekblad och Hollander (2010) konstaterar att den psykiska ohälsan är högre bland invandrare än svenskar. I gruppen invandrare så är flyktingar och asylsökande en speciellt utsatt grupp som levt i mycket stress före flykten från sitt hemland och har mer psykisk ohälsa efter ankomst och även i ökande grad efter lång tid i Sverige (Ekblad & Hollander, 2010). Socialstyrelsen redovisar liknande fynd och i studier av självs kattad hälsa har invandrare från utomeuropeiska länder sämre hälsa, aspekten ångslan och oro finns med som en variabel i de studierna (Socialstyrelsen, 2009b). När faktorer som arbete och ekonomi inkluderas minskade skillnaderna mellan grupperna i upplevd hälsa. Detta är något som Ekblad och Hollander också funnit starka samband med.

Ett av barnmorskans stora arbetsområden på BMM är hälsoinformation utifrån folkhälsomål om matvanor, alkohol, tobak och fysisk aktivitet. Enligt SFOG-rapporten från 2008 skall kostinformation vara praktisk och anpassad till kvinnans socioekonomiska och kulturella förhållanden. Översatta broschyrer hjälper inte dem som saknar eller har liten läsförmåga (Flaskerud, 2007). Att en fjärdedel av Angeredens befolkning bara gått nio år i skola, döljer siffror om den egentliga läsförståelsen (Stad, 2010). När läsförståelse studerats bland studenter i USA så kunde de flesta läsa motsvarande årskurs sex. Att då ta till sig hälsoinformation enbart i textform blir svårt (Flaskerud, 2007). Somaliska blev skriftspråk 1972 och

detta innebär att många kvinnor har svårt att skriva och läsa sitt eget språk (Essén, 2001). Ett sätt att nå ut kan vara att använda sig av video, modeller av kroppen i plast och ett enklare språk (Flaskerud, 2007). Information i grupp har många fördelar och är något som betonas i riktlinjerna till barnmorskor (Kaplan, 2009).

Problemformulering

I Sverige har andelen kvinnor med invandrabakgrund ökat över tid. Det finns risker för missförstånd relaterade till språksvårigheter och att vården inte är uppmärksam på deras speciella behov i samband med graviditet och förlossning. Kvinnor är olika, om alla behandlas lika utifrån ett jämlikhetsperspektiv men individens behov glöms bort kan resultatet bli en ojämlig vård. I Sverige bemöts invandrarkvinnor med samma vårdprogram som alla andra under sin graviditet även om de kan ha andra behov. Frågor som ligger till grund för denna uppsats är dels hur mödrahälsovården ska kunna ge en individanpassad vård för att undvika ökad ohälsa hos dessa kvinnor och deras ofödda barn? En vidare fråga är hur invandrarkvinnors situation ser ut i samband med graviditet och förlossning och hur barnmorskan ska kunna möta denna grupp.

SYFTE

Att genom en litteraturstudie beskriva invandrarkvinnors problematik i samband med graviditet och inför förlossning och vad barnmorskan behöver för att individanpassa vården.

METOD

Litteraturöversikt

I denna uppsats har en litteraturöversikt utförts enligt Friberg (2006). Hennes arbetsgång har följts genom att utifrån problemområdet göra en första litteratursökning som ledde till klarläggande och formulering av problemområde och syfte. Utifrån detta gjordes fler litteratursökningar. Genom att läsa sammanfattningar i artiklar gjordes ett urval.

Med utgångspunkt i forskningsområdet reproduktiv och perinatal hälsa har alla titlar lästs igenom i barnmorskeförbundets webbaserade tidskrift "Sexual and Reproductive Healthcare". Artiklarna av intresse där var inte fritt tillgängliga i fulltext men gav idéer för vidare sökningar. Utifrån från Esséns avhandling (2001) användes material både i bakgrund, diskussion och två artiklar (Essén 2000a, 2000b) valdes ur den. Därefter gjordes sökningar i databaserna Cinahl och Pub Med, dessa databaser har artiklar inom reproduktiv och perinatal hälsa från hela världen. Sökord har varit; childbirth and education classes, depressive and pregnancy, female immigrants and health, antenatal care and immigrant. Dessa sökord kombinerades på olika sätt för att se vilka artiklar som kom fram. I Cinahl och Pub Med användes begränsningar som peer review, engelskt språk, kvinnor, artiklar skrivna efter år 2000 och att det skulle vara forskningsartiklar (se tabell, bilaga 1). Exklusionskriterier var att ordet invandrare inte förekom. Sökningar gjordes på specifika författare; S. Akhavan, och E Robertson efter att ha sett deras namn i

referenslistor. S Akhavan hade intressanta artiklar som tyvärr inte fanns fritt tillgängliga. I artiklarna har referenslistor granskats och flera artiklar återkom som referens vilket blev indikation på deras värde för forskning. Utgångspunkt har varit att söka artiklar skrivna av barnmorskor och läkare. En artikel hade exkluderat invandrare, den har använts i bakgrunden (Hildingsson 2002). Referenslistan är skriven enligt APA med ENDNOTE som databehandlingsprogram för referenserna (Nyberg, 2000).

Artiklarna har granskats utifrån vetenskaplighet genom att läsa om bortfall i undersökningsgrupper, statistisk signifikans i kvantitativa artiklar och i kvalitativa undersökningar har granskats hur tolkningen av texterna gått till. Etiska principer har varit att hela tiden nämna källan till slutsatser och forskningsresultat och inte utelämna resultat.

Dataanalys

I analysen av artiklarna har arbetet skett i flera steg. Det har följt det som Friberg beskriver som innehållsanalys (Friberg, 2006). Först innebär det ett övergripande steg där artiklarna lästes flera gånger och gemensamma faktorer antecknades. Sedan gavs dessa faktorer olika namn. I nästa steg sorterades de för att till sist bilda olika teman med anknytning till problemformuleringen. En presentation av artiklarna redovisas i bilaga 2.

RESULTAT

Med utgångspunkt från syftet i uppsatsen har fyra teman lyfts fram som resultat.

1. Påvisad risk
2. Nutrition
3. Kultur
4. Språk och kommunikation

Påvisad risk

I en studie i Skottland studerades kvinnor från nya EU-länder. I Europa har stora invandrarströmmar pågått under lång tid, de har kommit plötsligt då krig brutit ut eller som under 2000-talet då nya gemensamma ekonomier bildats. Resultatet från studien visar att kvinnorna från östra Europa kom i lägre grad på sina barnmorskekontroller än de skotska gravida och anmälde sig i senare del av graviditet (Bray, Gorman, Dundas, & Sim, 2010). Studien visar inga högre risker i förlossningsutfallet. En studie från Malmö visar liknande resultat för kvinnor från Öst- och Sydeuropa, Irak, Libanon och Asien. De hade färre planerade besök hos sin barnmorska än rekommenderat basprogram (Ny, Dykes, Molin, & Dejin-Karlsson, 2007a). I studien var multiparitet, fler än tre förlossningar, vanligare bland kvinnor födda i Irak, Libanon och Afrika. I en annan studie från Sverige visar resultatet att i den afrikanska gruppen kvinnor, där flest kommer från Somalia och Etiopien, är 6,2 % multipara med > fyra förlossningar jämfört med 0,5 % hos svenska kvinnor (Essén, Hanson, Östergren, Lindquist, & Gudmundsson, 2000a). Hos Robertson et al (2005)

såg man ett samband mellan kvinnor som var multipara och högre risk för onormal förlossning om de kom från Finland, Afrika söder om Sahara, Sydamerika, Iran och Asien.

I studien av Ny et al (2007a) visade resultatet att 23 % av kvinnorna från Afrika var ensamstående, att jämföra med åtta % från Sverige. Kvinnor från Afrika, Irak, Libanon, Asien och östra och södra Europa gjorde färre planerade besök (< sju) hos sin barnmorska än svenska kvinnor. Kvinnor från Västeuropa gjorde fler besök (> nio) än de svenskfödda gravida. Mer än en tredjedel av kvinnorna från Afrika och Asien gjorde sitt första besök på MVC efter graviditetsvecka 15 jämfört med mindre än en femtedel av de svenska kvinnorna (Ny, et al., 2007a). Robertson et al (2005) fann ett samband med antal besök på MVC kopplat till ökad risk för onormal förlossning. De med få besök (< fem) från Bosnien, Afrika söder om Sahara och Sydeuropa hade hög risk och de med fler än 13 besök likaså. Där var utfallet väntat eftersom patienter med många besök på MVC oftast har någon komplikation under graviditeten. Studien av Robertson et al. (2005) bedömde onormal förlossning utifrån ICD9 och ICD10 som är ett internationellt system för att klassificera sjukdom och komplikationer under graviditet och förlossning. Kvinnor från Afrika söder om Sahara, Iran, Asien och Sydamerika hade mer än 50 % onormala förlossningar i denna artikel.

Ny et al. (2007a) såg också i sin studie att kvinnor från Asien, Afrika, Irak och Libanon gick på fler oplanerade besök till barnmorska och/eller läkare på förlossningsklinik istället för att uppsöka sin BMM. Detta gjorde att de inte erhöll den hjälp och information som den planerade mödrahälsovården erbjuder och forskarna diskuterar om MHV behöver bli mer flexibla med öppettider för att möta behovet från dessa kvinnor (Ny, et al., 2007a) Några av kvinnorna uttryckte en önskan om tätare besök i början av graviditeten då det sker stora fysiska och psykiska förändringar då (Ny, Plantin, D Karlsson, & Dykes, 2007b).

I en kvantitativ studie utförd i Lund har risk för att föda ett barn som är litet för tiden, (SGA) studerats bland förstföderskor i en svensk och i en invandrargrupp (Dejin-Karlsson & Östergren, 2004). Jämförelsen är gjord med hänsyn taget till psykosociala, socioekonomiska och livsstilsfaktorer. Invandrargruppen hade en högre risk för barn med SGA och inom den gruppen hade kvinnor från Mellanöstern och Afrika störst risk. Kvinnorna från dessa grupper hade litet eller inget socialt nätverk. Samband mellan psykosociala och socioekonomiska faktorer och risk att få ett barn som är litet för tiden fanns enligt Dejin-Karlsson och Östergren (2004) vilket även diskuterades i studien av Essén et al (2000a). Exempel på dessa faktorer kunde vara litet stöd från barnafadern, inget socialt nätverk och ingen tillgång till studier eller arbete. Kvinnorna från Mellanöstern och Norra Afrika levde i hemmet och var inte delaktiga i några studier eller andra förberedelser för ett yrkesliv och deras äldre kvinnliga släktingar fanns inte i närheten som stöd. Att vara rökare och utlandsfödd ökade risken för SGA signifikant där utmärker sig gruppen från Sverige med 33 % rökare och Västeuropa, Nordamerika och Australien med 25 % (Dejin-Karlsson & Östergren, 2004).

I en tidigare studie från Malmö erhöles de största sambanden för SGA i gruppen från Afrika söder om Sahara jämfört med svenska kvinnor och andra invandrargrupper.

Kvinnor från Afrika hade högre prevalens av neonatal stress, för tidig förlossning och Small for Gestational age, men enligt studien från Malmö vårdades färre av barnen på neonatal intensivvård (Essén, et al., 2000a). Att mäta alla kvinnor och barn enligt svensk standards gör att man inte tar hänsyn till genetiska faktorer som kan skilja stort för kvinnor från andra länder. De kvinnornas intrauterina liv och barndom påverkar barnets tillväxt mer än vi tror, enligt Essén et al (2000a).

Antalet gravida med anemi var tio gånger högre i den afrikanska än i den svenska gruppen och diabetes var dubbelt så vanligt, 1,7 % i den afrikanska gruppen jämfört med 0,7 % i den svenska, i studien av Essén et al (2000a). Risken för perinatal död var högre hos de afrikanska kvinnorna. Bidragande bakgrundsfaktorer för perinatal död för alla kvinnor, är diabetes, moderkaksavlossning och SGA. Om mamman var ensamstående hade detta också ett signifikant samband med perinatal död (Essén, et al., 2000a). Förstföderskor hade i studien av Robertson et al (2005) högst risk för komplikationer. Kvinnor födda i Sverige hade lägre risk för onormal förlossning trots komplikation under graviditet än alla grupper födda utanför Europa (Robertson, Malmström, & Johansson, 2005).

Enligt en amerikansk studie med 200 kvinnor fanns det flera riskfaktorer kopplade till depression under graviditet (Setse et al., 2009). I studien hade man med socialt stöd som en variabel som kan påverka risk för depression. Kvinnor med depression har i högre grad låg ekonomisk status. I studien var afroamerikaner överrepresenterade i gruppen deprimerade jämfört med gruppen utan depression. Forskarna har dock inte gått in djupare på om det finns skillnader mellan folkgrupper. De deprimerade fick i högre grad känslomässigt stöd från någon annan än den de benämnde som sin närmast anhöriga. En depression under graviditeten, oavsett när, påverkar kvinnan på många sätt, hon upplevde oftare kroppslig smärta, fick svårare att ta till sig graviditet och den nyfödda babyn, hade svårare att fungera socialt, i studien samlades detta under begreppet hälsorelaterad livskvalitet (Setse, et al., 2009). Kvinnor som blir friska från sin depression under graviditeten visade i studien kvarstående sämre livskvalitet.

Specker (2004) har gjort en artikelgranskning av ett flertal studier utförda under 1980 till 2000. Slutsatserna från dessa är att tillväxten av skelettet påverkas av D-vitaminbrist och brist kan leda till skelettpåverkan. Enligt Yu et al (2009) får kvinnor med D-vitaminbrist risk för skelettpåverkan och detta kan leda till ett allvarligt tillstånd med migrerande skelettsmärta muskelsvaghet och påverkat allmäntillstånd. Mammans ökade omsättning av kalk under graviditet tillgodoser fostrets behov av kalk om hon inte har svår D-vitaminbrist. När tillskott getts har en positiv effekt på fostrets kalkomsättning kunnat mätas. Studierna har inte kunnat visa någon påverkan på moderns viktuppgång eller fostrets tillväxt om mamma har D-vitaminbrist (Specker, 2004). Flera studier visar enligt Specker att D-vitaminbrist ökar under vintermånaderna. Enligt en studie gjord i England var det stora skillnader på D-vitaminhalt i blodet mellan mörkhyade och eurokaukasiska kvinnor (Yu, Sykes, Sethi, Teoh, & Robinson, 2009). Etnicitet, ålder, antal barn och daglig exponering för solljus var faktorer som i hög grad påverkade D-vitaminhalten i blodet enligt forskarna. Det har inte kommit fram vilken dos av tillskott som skulle ge tillräckligt för att komma upp i normala nivåer i blodet och därför finns det inga

nationella riktlinjer för tillskott av vitamin D i England. I studien från England rekommenderades ett tillskott av D-vitamin, till alla gravida i riskgrupper, som en engångs dos det gav något högre halt i blodprov. Forskarna antog att detta berodde på att det minskade risken för slarv med intag av tablettorna (Yu, et al., 2009).

Nutrition

Av rädsla för att få en komplicerad förlossning minskar många kvinnor sitt matintag i slutet av graviditeten (Essén et al., 2000b). I flera delar av världen fanns vanan att minska mängden mat i tredje trimestern för att underlätta sin förlossning då kvinnan tror att barnet skall bli mindre i storlek. Det var dock tveksamt om detta har någon effekt. En hypotes forskarna hade, var att kvinnans starka illamående i början av graviditeten i kombination med själv-svält kunde vara en förklaring till att de fick fler barn med SGA (Essén, et al., 2000a; Essén, et al., 2000b).

I en intervjustudie med kvinnor från Iran, boende i Sverige, uttrycktes tankar om att modern genom viss mat kunde minska barnets storlek inför förlossningen. Kvinnorna hade inställningen att kolhydrater skall undvikas i slutet av graviditeten och istället ska kvinnan äta mat rik på fett och proteiner. Detta är något som går helt emot de svenska råden om kolhydratrik kost som energikälla (Ahlqvist & Wirfält, 2000). Den feta maten ska ge den gravida kvinnan styrka att klara sin förlossning och ge förråd för överlevnad. Kvinnan ska snabbt återfå styrka för att kunna återgå till arbetet i landbruket något som efter flytten till Sverige kan resultera i övervikt och bristtillstånd. Kvinnorna i studien hade uppfattningen att den gravida skulle följa sin lust efter speciell mat för att få ett starkt och vackert barn (Ahlqvist & Wirfält, 2000).

I studien beskriver kvinnorna grönsaker som gröna blad, vilket för dem innebär persilja och bladkryddor, något som används varje dag i matlagning. Detta menar kvinnorna blev en svårighet när de immigrerade, de kunde inte längre få tag i sin basföda eller den kunde vara för dyr. Dessa grönsaker var också en viktig källa till järn, folsyra och A-vitamin (Ahlqvist & Wirfält, 2000). Studien kommer fram till en kärnkategori som är "mammans diet ger styrka som upprätthåller liv". Kvinnorna från Iran såg mat och näring som något mycket viktigt under graviditet och födande. Kvinnorna delade in maten i varm och kall och använde symbolik runt påverkan på fysiskt och psykiskt välmående utifrån detta. Forskarna uppmanade till utökad kunskap hos vårdpersonal om traditionella kost-och hälsovanor för att få en bättre kostrådgivning på MVC (Ahlqvist & Wirfält, 2000).

Kultur

Att ta kulturella hänsyn i vården är att behandla alla som individer. Jämställd vård kan uppnås genom att ta speciella hänsyn till och ha uppmärksamhet på grupperns behov. Enligt Essén et al (2000b) blir det en försämrad vårdkvalité om hänsyn inte tas till att patienterna har andra förväntningar på vården än vad förväntningarna är från svenska mammor. I Somalia hade kvinnorna inställningen att övervakning av graviditeten inte var nödvändig så länge allt kändes bra. När de kommit till Sverige ändrades denna syn till att de såg positivt på MHV men inte som ett forum för dialog utan enbart för rutinkontroller (Essén, et al., 2000b).

Kulturkompetens är att vårdpersonal kan ta hand om och kommunicera med patienter som tillhör en annan kultur än deras egen (Ny, et al., 2007b). Enligt Ny et al (2007b) innebär detta att kunna se förbi religion, kulturell och etnisk bakgrund och fokusera på individen. Kvinnorna i intervjustudien uttryckte tankar om skillnader mellan hemlandet och Sverige men informanterna litade på sin barnmorska utifrån hennes kunskap och den empati hon visade. De hade en stabil tilltro till sin egen mammaroll men uppgav problem med att deras egen mamma inte kunde vara med i samband med förlossning och nyföddhetsperiod då mannen inte kunde vara samma stöd och kunskapskälla (Ny, et al., 2007b). En studie gjord i Stockholm hade ett kulturellt perspektiv på gravida kvinnors matvanor. Informanterna var kvinnor som varit gravida och fött barn i Iran. De fäste stor vikt vid vad mamma, svärmor och andra äldre kvinnor kan ge för kunskap. Forskarna fann i denna studie flera kulturella skillnader som var viktiga att känna till för barnmorskor i Sverige som möter dessa kvinnor (Ahlqvist & Wirfält, 2000).

I en intervjustudie med 15 kvinnor från Somalia visar resultatet ett förhållningssätt till risk som uttrycktes som att förlossning är ett tillstånd mellan liv och död (Essén, et al., 2000b). Kvinnorna hade en religiös tro med ett starkt pragmatiskt tänkande. "Det som sker det sker". De uttryckte inte sin oro för barnet vilket kunde misstolkas som att den inte fanns. Även Ny et al (2007b) fick i sina intervjuer fram att den gravida lade utgången av graviditeten i Guds eller ödets hand. Essén et al (2000b) fann att de somaliska kvinnorna fördröjde eller nekade till kejsarsnitt vilket många gånger ledde till ökade risker för mor och barn. Detta hade sin grund i erfarenheter från Somalia med vänner och släktingar som dött under förlossningen. De såg vaginal förlossning som säker förlossning och kejsarsnitt som en risk för livet.

I Somalia kunde ett kejsarsnitt ge ökade risker inför kommande förlossningar (Essén, et al., 2000b). Kvinnorna i studien beskriver förlossning som ett tillstånd mellan liv och död. Detta kan bidra till att kvinnor söker vård sent eller undviker besök hos barnmorskan om de känner att något är fel och tror att det kan leda till kejsarsnitt. Vårdpersonal har en viktig roll i att stödja kvinnan på ett mer individuellt sätt (Essén, et al., 2000b). Kvinnorna beskrev även det förändrade sociala nätverket och någon beskrev det som positivt att mannen blev mer delaktig vilket inte förväntades i hemlandet. Några kvinnor tyckte att information i grupp var svårt då de inte kunde tala om allt med sin partner närvarande, de uttryckte också skillnader som de reagerat på i synen på män och kvinnor jämfört med hemlandet (Ny, et al., 2007b).

Om barnmorskan har kunskap om det kulturella sammanhanget och blir accepterad socialt ökar möjligheten att lära känna gruppens strategier kring graviditet. På detta sätt kan perinatal dödlighet minskas i denna grupp. Kvinnor som går färre än fem gånger till sin barnmorska har andra förväntningar på vården troligtvis beroende på kulturella aspekter och svensk sjukvårds svårighet att bemöta individuella behov (Robertson, et al., 2005).

Språk och kommunikation

Språk som riskfaktor för SGA och perinatal dödlighet diskuteras i en studie (Dejin-Karlsson & Östergren, 2004). Att inte kunna svenska alls visade sig vara en riskfaktor

för att få ett barn som var litet för tiden jämfört med att kunna lite svenska. Det kan vara språket i det nya landet men inom vissa grupper är också det egna språket något som brister och försvårar överföring av information. Bristande skolgång i hemlandet leder till svårigheter att lära sig ett nytt språk (Ny, et al., 2007b). Många kvinnor har inte gått färdigt det svenska skolprogrammet, svenska för invandrare (SFI) ofta på grund av brist på barnomsorg eller ny graviditet. I studien av Ny et al (2007b) uttryckte kvinnorna att det inte alltid var språket som var det viktigaste utan att den gravida och barnmorskan via tolk kunde nå varandra. Kvinnorna uttryckte ett behov av att lära sig svenska och inte bli beroende av mannen som tolk " han kanske inte säger exakt vad jag menar" uttryckte en av kvinnorna.

Att använda sig av tolk kan vara livsavgörande då missförstånd och felaktiga slutsatser leder till bristande vårdinsatser (Essén, et al., 2000b). I studien från Malmö använde två tredjedelar av kvinnorna från Irak och Libanon tolk vid sina MVC-besök (Ny, et al., 2007a). Även invandrare med europeisk bakgrund behöver tolk. I Skottland visade det sig att 35 % av besöken hos barnmorska skedde utan tillgång till professionell tolk trots att Skottland har rekommendationer för användande av professionell tolk (Bray, et al., 2010). Anhöriga, i vissa fall så unga som tolv-åriga barn, användes istället. Annan personal eller i enstaka fall andra patienter utnyttjades också som tolk. Slutsatsen från denna studie var att tolk endast användes i vissa fall och då på personalens initiativ för att nå informerat samtycke, inte på grund av patientens behov av dialog (Bray, et al., 2010).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden i denna uppsats är litteraturstudie. Fördelen med denna metod är att snabbt får en överblick över ämnet när andras studier granskas. I litteratursökningarna framkom att det finns många studier gjorda, svårigheten blev att välja rätt studier utifrån syftet i denna uppsats. En sammanställning av andras forskning kan ge nya perspektiv på befintlig kunskap och klarlägga var forskningen inom området står idag. Det ursprungliga temat var bristande förståelse från sjukvårdens sida av immigranternas behov, kopplat till D-vitaminbrist som är ett växande hälsoproblem inom den gruppen. Ett flertal artiklar fanns om D-vitaminbrist och dess konsekvenser men resultaten var spretiga och utgick många gånger från små studier. Temat ändrades till att belysa invandrarkvinnor som grupp utifrån perspektivet att det är en heterogen grupp men eventuellt med flera gemensamma problem. Detta gjordes genom att studera forskning om vad deras specifika behov är.

Artiklarna kommer från västvärlden med tonvikt på Sverige, det kan tyckas smalt men då fokus ligger på MHV som i många länder skiljer sig från Sverige var det viktigt att belysa situationen i Sverige där barnmorskan har ett stort eget ansvar. I andra Europeiska länder är det ofta en läkare som sköter kontrollerna och det hälsofrämjande perspektivet är inte så stort som i Sverige.

Urvalet av artiklar innehåller 3 kvalitativa och 7 kvantitativa artiklar. Det är en fördel för att få en bredare kunskapsgrund då kvalitativ forskning karaktäriserar och

gestaltar sina resultat genom tolkning och beskrivning av människors upplevelser. Den kvantitativa forskningen ger en möjlighet till att använda slutsatserna i studier som generaliserbara (Stukát, 2005). För att få reda på mer om invandrarkvinnornas egna upplevelser av hur barnmorskan tog hand om deras problem skulle kanske fler kvalitativa artiklar valts ut.

Utbudet av vetenskapliga artiklar är enormt och det är svårt att välja ut rätt artiklar för rätt ändamål. Det kan säkert finnas något som skulle tillfört denna studie andra dimensioner men den vetenskapliga standard artiklarna har är god. De kvantitativa artiklarna har redovisat sitt bortfall och beskriver att bortfallet är i stort identiskt med gruppen som slutligen granskades. Artikeln av Setse et al. (2009) har ett ojämnt förhållande mellan undersökningsgrupperna, 170 utan depression och 30 med. De har ändå redovisat signifikans i resultatet. De har inte studerat invandrare separat men alla befolkningsgrupper ingår i urvalet. En del av resultaten börjar bli gamla, studiegruppen i Esséns avhandling är från 1990 till 1995. Men fortfarande är somalier en stor grupp bland de nykomna flyktingarna i Sverige enligt aktuell befolkningsstatistik och många av studierna pekar på deras speciella vårdbehov som vi inte utforskat tillräckligt eller implementerat i vården. Essén är i sin avhandling mycket tydlig i sina kliniska implikationer, vilket skulle behöva en ny uppsats för att analysera.

I de kvalitativa artiklarna är förhållandet mellan intervjuare och informanter olika. Studien om kvinnor från Iran betonar i sin metod att intervjuare och informant är okända för varandra liksom i studien från Malmö. Däremot är antropologen Johnsdotter (Essén, et al., 2000b) väl känd för de somaliska kvinnorna genom flera tidigare fältstudier. Troligen har dessa olika förhållanden påverkar resultatet.

Sju av artiklarna är etiskt granskade och godkända av etisk kommitté. I artikeln från Skottland behövdes inte etisk granskning enligt författarna, kunskapsöversikten från Amerika nämner inget om etik och den svenska registerstudien från 2005 gör det inte heller. Ahlqvist och Wirfält (2000) beskriver sitt etiska förhållningssätt till informanter och i arbetet med intervjumaterialet.

Resultatdiskussion

Utifrån studiens resultat ska de teman som framkom nu diskuteras. Det finns i studierna ett bevis för ökad risk hos vissa invandrare för svåra tillstånd såsom, anemi, depression och perinatal död (Essén, et al., 2000a; Setse, et al., 2009). Nutrition är något som studierna fann att svenska kvinnor och invandrare har olika syn på, vilket kan leda till risk för näringsbrist eller övervikt och fetma (Ahlqvist & Wirfält, 2000; Essén, et al., 2000b). Kultur handlar både om barnmorskans synsätt på patientens kultur och om patientens egen kultur (Essén, et al., 2000b; Ny, et al., 2007b; Robertson, et al., 2005). Språk som svårighet i vårdmötet beskrivs i flera av studierna (Bray, et al., 2010; Ny, et al., 2007b).

Påvisad risk

På grund av sociokulturella och medicinska faktorer har invandrarkvinnor högre risker för komplikation under graviditet och förlossning (Dejin-Karlsson & Östergren, 2004; Essén, et al., 2000a; Robertson, et al., 2005). Det skiljer sig enligt studierna mellan grupper från olika länder. Förstföderskor har högst risk för komplikation (Robertson, et al., 2005).

I Esséns avhandling presenteras en rad förslag på vårdåtgärder som kan förebygga SGA och perinatal dödlighet, det var tio år sedan den skrevs men inget av förslagen är implementerat i mödrahälsovårdens riktlinjer i Sverige (Essén, 2001). De somaliska kvinnor som Essén studerat har kvinnosjukvården vårdat med fokus på könsstympning som innebär ett lidande i samband med ingreppet och kräver speciell handläggning i samband med förlossning. Det finns inga bevisade risker för komplikation i samband med förlossning i Sverige på grund av könsstympning, detta redovisas i avhandlingen. I internationellt perspektiv utförs en rad åtgärder i vården som tar ekonomiska resurser, där forskningen har bevisat att den hälsofrämjande effekten är minimal, exempelvis rutinmässiga gynekologiska undersökningar på gravida och rutinultraljud (Villar, et al., 2001). Enligt Villar et al (2001) är vårdens största utmaning att implementera befintlig forskning och bryta vanans makt. Detta för att kunna få en kvinnosjukvård som kan nå ut till alla som behöver den (Villar, et al., 2001).

Enligt Ny et al (2007b) uttrycker kvinnorna en önskan om tätare besök i tidig graviditet. Det skulle minska akutbesöken på kvinnoklinik som är både mer kostsamma och många gånger på fel vårdnivå. Uppfattningen om att kvinnorna gör akutbesök istället för planerade stämmer väl med min erfarenhet. På MVC har vi ofta frustration över patienter som kommer försent till planerade möten där tolk är beställd. Resultatet blir ett stressat möte med språksvårigheter och risk för att missa viktig information från patienten om hennes hälsotillstånd.

Flera av författarna i litteraturstudien har utifrån de risker som invandrarkvinnor visat sig ha, försökt ge förslag till förbättringar av mödrahälsovården i Sverige (Dejin-Karlsson & Östergren, 2004; Essén, et al., 2000b; Ny, et al., 2007b). En screening av gravida fördelat över tre gånger i graviditeten skulle kunna upptäcka depressiva symtom och ge möjligheter till tidiga åtgärder för att förbättra kvinnans symtom och välbefinnande (Setse, et al., 2009). För detta, poängteras i studien, att det krävs utbildning. Inom barnhälsovården screenas kvinnor för depression med hjälp av ett instrument, EPDS, kunskapen om hur denna kan användas på gravida är inte spridd till alla MVC, men studier pågår och EPDS är något som kan underlätta för barnmorskan i mötet med den gravida med depressiva symtom (Kaplan, 2009). Samband mellan psykosocial stress och socioekonomiska faktorer som risk för SGA gör att insatser för invandrarkvinnor med specialanpassat stöd och utbildning behöver få plats inom MHV (Dejin-Karlsson & Östergren, 2004). Essén (2008) menar att vårdpersonal har ansvaret för att vården blir mångsidig med två experter i mötet, patienten och vårdgivaren. Vi behöver som barnmorskor på BMM stöd av läkare, psykolog och socialtjänst.

I studierna redovisades flera positiva saker med att vara invandrare jämfört med svensk till exempel vad gäller rökning och graviditet (Dejin-Karlsson & Östergren, 2004). En positiv skillnad för invandrarna i Skottland var att de ammade mer än den skotska befolkningen (Bray, et al., 2010).

Nutrition

Kvinnor från Somalia och Iran talade i studierna om sitt speciella synsätt på kost. De minskade sitt matintag för att få ett litet barn (Ahlqvist & Wirfält, 2000; Essén, et al., 2000b). Barnmorskan måste förhålla sig till detta tankesätt och ha en dialog med kvinnan om vad det kan innebära för henne och barnet. Om basprogrammet utökades efter behov skulle barnmorskan ha tid och möjlighet att fördjupa information om kost och näring utifrån kvinnans kostvanor och särskilda etniska risker. Enligt flera av studierna av Essén et al (2000b) och Ahlqvist och Wirfält (2000) är det brist i förståelse och kunskap om patientens matvanor som kan leda till dåligt näringsintag. I genomgången av studier om D-vitaminbrist rekommenderar författarna att gravida handläggs på samma sätt som andra kvinnor med risk för D-vitaminbrist (Specker, 2004). Det innebär att ge den mängd tillskott som förbygger D-vitaminbrist och då måste vi bli uppmärksamma på vilka riskgrupperna är. Livsmedelsverket rekommenderar ett kosttillskott av vitamin D för kvinnor som bär heltäckande kläder. Dessa riktlinjer är tveksamt vetenskapligt underbyggda, det är inte på grund av heltäckande klädsel man får D-vitaminbrist, utan brist på solljus och för litet intag via kosten (Yu, et al., 2009).

Kunskap från studier visar på ett samband med D-vitaminbrist och kosthållning. Vissa livsmedel är berikade men kvinnor från Somalia använder sällan dessa mjölkprodukter eller äter fet fisk (Essén, 2001). Inom MHV har vi inte samarbetat med allmänläkare eller specialister på nutrition för att få ett vårdprogram om detta. Med tanke på den population som kan ha D-vitaminbrist skulle detta vara till hjälp i vården av gravida kvinnor. De översatta kostråden som finns från Livsmedelsverket är identiska med den svenska versionen (Livsmedelsverket, 2010). Att kulturanpassa råden efter befintlig kunskap om invandrargruppers speciella behov skulle öka förståelsen och intresset för vad MHV vill förmedla till patienten (Essén, 2008). Forskningsområdet D-vitamin och graviditet är under stark expansion, riktlinjer skiljer mellan länder och det är hög tid att även MVC får klara riktlinjer kring detta (Livsmedelsverket, 2010).

Kultur

Kvinnorna i flera av studierna förmedlar den nya roll kärnfamiljen får i och med flytt till ett annat land (Essén, et al., 2000b). Mannen behövs som stöd och han blir mycket mer involverad i graviditet och barnafödande eftersom det kvinnliga nätverket brutits upp i och med flytten (Ny, et al., 2007b). Vår uppgift på MVC blir att få mannen att känna sig inbjuden och att ta med perspektivet jämlikhet i samtalen om föräldraskap. På grund av invandrarkvinnans, från vår kultur, skilda uppfattning om religion, risktänkande och hälsa krävs ett individuellt bemötande från barnmorskan. Att ställa personliga frågor om bakgrund och kvinnans tankar kring att vara gravid görs säkert redan men barnmorskan kan behöva mer kunskap om den speciella etniska grupp hon möter. Att utbilda vårdpersonal ur vissa

invandrargrupper har enligt Essén (2001) visat sig reducera risk för perinatal dödlighet i Sverige. Essén föreslår i sin avhandling att man skall göra detta för att nå grupper som är i utanförskap (Essén, 2001). Författarna i antologin om kvinnohälsa föreslår ett resurstänkande i mötet med invandraren istället för dagens problemtänkande (Ekblad & Hollander, 2010).

Att ha med sig en inblick i begreppet mångkulturalism i mötet med invandrare ger en större möjlighet till förståelse. Hanssen (2007) förklarar detta med värdesätta sin egen kultur och respektera andra kulturer utifrån kunskap för att kunna värdesätta kulturell mångfald.

I Europa har man startat initiativet "Migrant Friendly Hospital" för att lyfta behovet av tolk men också andra speciella behov som invandrare kan ha (Bray, et al., 2010). Ny et al. (2007a) föreslår generösare öppettider inom MHV för att möta behovet av tillgänglighet och minska antalet akutbesök på förlossningsklinik. Ett sociokulturellt fokus måste finnas från barnmorskans sida och hon behöver lära sig att översätta sina kunskaper inom reproduktiv och perinatal hälsa utifrån kvinnans kulturbakgrund för att eftersträva förståelse (Essén, 2008). Kvinnorna som kom som arbetskraft på sjuttioalet har i studier haft samma perinatale utfall som svenska kvinnor (Essén, 2001). Detta visar att det inte är kultur som ger utanförskap och arbetslöshet, tiden i Sverige innan man får arbete och stabila ekonomiska förhållanden är avgörande (Ekblad & Hollander, 2010).

Språk och kommunikation

Flera av artiklarna visar i resultatet på risker med brist på kommunikation och språkets betydelse (Bray, et al., 2010; Dejin-Karlsson & Östergren, 2004). För att undvika språkförbistring och missförstånd på grund av språksvårigheter kan man ta till sig generella råd som; att inte använda anhörigtolk, undvika ja och nej frågor för att få ett fylligare svar och avsätta tillräckligt med tid för mötet (Hanssen, 2007). Socialstyrelsen rekommenderar att man gör översatta intervjuundersökningar regelbundet för att uppmärksamma de speciella folkhälsoinsatser som invandrare behöver (Socialstyrelsen, 2009b). Det kan enligt Ny (2007b) ibland vara en nackdel med personal som talar det egna språket, inte på grund av språket men attityden till patienten kan vara annorlunda än från en barnmorska utbildad i Sverige. Kvinnor i studien uttryckte att de utlandsfödda barnmorskorna inte var lika snälla och hjälpsamma. Det kan vara svårt för barnmorskan att behålla ett professionellt bemötande mot sina landsmän. Kvinnorna som intervjuades, visade också på svårigheten att tala om intima saker via tolk eller make och uttryckte hur viktigt det var att kunna svenska (Ny, et al., 2007b). I Sverige har vi god tillgång till professionell tolk men tyvärr kan tidsbrist göra att missförstånd uppstår mellan barnmorska och patient.

Föräldrastöd i grupp på immigrantens eget språk är ett sätt att kunna sprida kunskap om svensk sjukvård (Essén, 2001). Försöket i Angered med Doula-kulturtolk som den som håller i mammagruppen verkar positivt vad gäller ökat deltagande från tidigare svårmotiverade grupper det är dock inte utvärderat ännu. I en artikel av Lundgren (2010) diskuteras doulans betydelse som den som ger ett kontinuerligt stöd både före, under och efter förlossningen och kan vara som en syster för

kvinnan. Doulans roll är både professionell och medmänsklig och hon förmedlar tydligt en tro på kvinnans egen förmåga till födande och föräldraskap (I. Lundgren, 2010). Kanske kan detta vara en anledning till att de får fler kvinnor att komma på föräldragrupp än vad MVC lyckats med.

Enligt Olsson (2000) har barnmorskan på MVC i mötet med den gravida och den blivande fadern, olika förhållningssätt som kan delas upp i distanserat övervakande eller omvårdande. Det distanserade innebär att barnmorskan opersonligt informerar och undersöker den gravida. I den omvårdande relationen ges paret möjlighet till personlig utveckling och dialog med barnmorskan. Det kan innebära otydlighet i vad barnmorskan kommunicerar till paret om hon inte reflekterar över sitt förhållningssätt och dess effekter. Hon kan då motverka samhällets intentioner om att MHV skall ge stöd i föräldraskapet (Olsson, 2000).

Slutsats och förslag till kliniska implikationer

Enligt denna studies resultat är *påvisad risk, nutrition, kultur samt språk och kommunikation* av betydelse för invandrarkvinnors situation under graviditet och förlossning och barnmorskans möte med denna grupp. Utifrån befintlig kunskap bör MHV snarast få tydliga riktlinjer om vilka kvinnor som bör övervakas extra med tanke på ökad risk för SGA, anemi och diabetes och D-vitaminbrist. För kvinnor med speciella behov krävs en möjlighet till god kommunikation, tolk där det behövs och att använda kulturtolk som kan förklara kulturella skillnader kan ge betydelsefull information i de individuella besöken på MVC. Barnmorskan behöver få hjälp att utvecklas i sin yrkesroll. Ett anpassat basprogram som förmedlar kunskap om utsatta grupper, eller att varje mottagning får tid och möjlighet att utforska sin patientgrupp och dess speciella behov skulle höja vårdkvalitén.

Både hälso och sjukvårdslagen och Socialstyrelsen betonar rättigheten att få vård och att de som behöver den mest skall ges företräde (Riksdagen, 1982). Riktade föräldragrupper med tillgång till tolk och doula och kulturtolk kan vara ett sätt att få en mer jämlik vård då MVC kan nå ut med information och dialog till dem som tidigare uteblivit från föräldragrupp. Min förhoppning är att jag med mina kommande studier kan vara med i arbetet för att öka kunskapen om de utsatta grupper som vi möter på MVC. För att ta reda på mer om invandrarkvinnors behov krävs forskning och en forskning som söker medel för att ha råd med översättningar eller anpassad metod där detta krävs.

REFERENSER

- Ahlqvist, M., & Wirfält, E. (2000). Beliefs concerning dietary practices during pregnancy and lactation: a qualitative study among Iranian women residing in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(2), 105-111.
- Bray, J. K., Gorman, D. R., Dundas, K., & Sim, J. (2010). Obstetric care of new European migrants in Scotland: an audit of antenatal care, obstetric outcomes and communication. *Scottish Medical Journal*, 55(3).
- Dejin-Karlsson, E., & Östergren, P.-O. (2004). Country of origin, social support and the risk of small for gestational age birth. [Article]. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 442-449.
- Ekblad, S., & Hollander, A.-C. (2010). Psyisk ohälsa hos flyktingar och asylsökande - skillnader mellan män och kvinnor. In S. Bergqvist Månsson (Ed.), *Från kvinnohälsa till genusmedicin-En antologi* (pp. 101-118). Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.
- Elden, H., Ladfors, L., Olsen, MF., Ostgaard, HC. & Hagberg, H. (2005). Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial. *British medical journal*, 2(330).
- Essén, B. (2001). *Perinatal mortality among immigrants from Africa's Horn. The importance of experience, rationality and tradition for risk assessment in pregnancy and childbirth.*, Lunds universitet, Malmö.
- Essén, B. (2008). Obstetrik i ett internationellt och i ett migrationsrelaterat perspektiv. In H. Hagberg, Marsal, K., Westgren, M. (Ed.), *Obstetrik* (Vol. 1, pp. 733-). Lund: Studentlitteratur.
- Essén, B., Hanson, B. S., Östergren, P.-O., Lindquist, P. G., & Gudmundsson, S. (2000a). Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79(9), 737-743.
- Essén, B., Johnsdotter, S., Hovelius, B., Gudmundsson, S., Sjöberg, N.-O., Friedman, J., et al. (2000b, December). Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somali women resident in Sweden. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1507-1512.
- Flaskerud, J., H. (2007). Cultural competence column what else is necessary? *Mental Health Nursing*, 28, 219-222.
- Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle* (B. Lundqvist, Trans. Vol. 3:3). Lund: Studentlitteratur.

- Hildingsson, I., Waldenström, U., & Rådestad, I. (2002). Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(2), 118-125.
- Högberg, U. (2008). Obstetrik och mödradödlighet i ett svenskt historiskt perspektiv. In H. Hagberg, Marsal, K & Westgren, M. (Ed.), *Obstetrik* (Vol. 1, pp. 721-). Lund: Studentlitteratur.
- Kaplan, A., Hildingsson, I., Hogg, B. & Lundgren, I. (Ed.). (2009). *Lärobok för barnmorskor* (Vol. 3). Lund: Studentlitteratur.
- Livsmedelsverket. (2010). Råd om mat till dig som är gravid.: <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Kostrad/gravida/>
- Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., & Kalliokoski, A.-M. (2001). Slagen Dam Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige, en omfångsundersökning
- Lundgren, I. (2010). Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 26(2), 173-180.
- Mattsson, L.-Å., (red), Banke, G., Berglund, A., Collberg, P & Idestrom, M. (2008). *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa* (No. 59). Stockholm.
- Mödrahälsovård, A. f. N. k. f. (2010). Nationellt kvalitetsregister för mödrahälsovård., from www.ucr.uu.se/ mhv
- Ny, P., Dykes, A., Molin, J., & Dejin-Karlsson, E. (2007a). Utilisation of antenatal care by country of birth in a multi-ethnic population: a four-year community-based study in Malmö, Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(7), 805-813.
- Ny, P., Plantin, L., D Karlsson, E., & Dykes, A.-K. (2007b). Middle Eastern mothers in Sweden, their experiences of the maternal health service and their partner's involvement. *Reproductive Health*, 4(1), 9.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och internet*. (Vol. 1). Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, P. (2000). *Antenatal midwifery consultations*. Umeå Universitet, Umeå.
- Riksdagen. (1982). Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). *Svensk författningssamling (SFS)* Retrieved 11-18, 2010, from <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>
- Robertson, E., Malmström, M., & Johansson, S.-E. (2005). Do foreign-born women in Sweden have an increased risk of non-normal childbirth? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(9), 825-832.

- Setse, R., Grogan, R., Pham, L., Cooper, L. A., Strobino, D., Powe, N. R., et al. (2009). Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the Health Status in Pregnancy (HIP) study. *Maternal & Child Health Journal*, 13(5), 577-587.
- Socialstyrelsen. (2009a). Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2008, Assisterad befruktning 1991–2007 pp. 51). Available from <http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafodelseregistret>
- Socialstyrelsen. (2009b). Migration, *Folkhälsorapport* (pp. 373-390). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009c). Hälsa och sjukvårdsrapport pp. 450). Available from <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72>
- Specker, B. (2004). Vitamin D requirements during pregnancy. *Am J Clin Nutr*, 80(6), 1740S-1747.
- Stad, G. (2010). *Göteborgsbladet 2010*.
- Stukát, S. (2005). *Att skriva examensarbete inom utbildningsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- WHO. (2010). Reproductive health. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health>
- Villar, J., Carroli, G., & Gülmezoglu, A. M. (2001). The gap between evidence and practice in maternal healthcare. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(Supplement 1), S47-S54.
- Yu, C. K. H., Sykes, L., Sethi, M., Teoh, T. G., & Robinson, S. (2009). Vitamin D deficiency and supplementation during pregnancy. *Clinical Endocrinology*, 70(5), 685-690.

Bilaga 1, översikt över litteratursökningar, numrering av artiklar enligt bilaga 2.

Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Artikel	Databas, datum
Antenatal care and immigrant	Peer reviewed, English language, pregnancy and research article	6	10	2010-09 Cinahl
Depressive and pregnancy		328	8	2010-09
Female immigrants and health		20	6	2010-09
Vitamin D and pregnancy		115		
Women and Somalia		0		
Pregnancy and female immigrant	Items with abstracts, published in <10 years, in English	236	2,9	2010-11 PubMed

Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Artikel	Datum, databas
Robertson, Eva	Inga	9	3	2010-11 PubMed
Vitamin D and pregnancy	Items with abstracts, published in <10 years, in English	224	5	2010-04
			4	2010-04
Ny, Pernilla	Som ovan	4	11	2010-12

Bilaga 2,artikel översikt

Artikel	Syfte och problem	Metod	Resultat
<p>1. Titel: Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden.</p> <p>Författare; Essén, B.,Hanson, B.S, Östergren,P-O, Lindquist P.G & Gudmundsson,S.</p> <p>Tidskrift" <u>Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica</u> 79(9): 737-743.</p> <p>Årtal; 2000</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka hur moderns ursprungsland påverkade risken för perinatal dödlighet och att upptäcka vilka perinatala riskfaktorer som verkade vara viktiga i detta sammanhang</p>	<p>Under åren 1990-1995 samlades information från förlossningsjournaler i Malmö. Detta kopplades till statistik från svenskt befolkningsregister och svenskt medicinskt födelseregister. 15639 kvinnor blev studiens population. Man justerade för bakomliggande faktorer som kunde påverka resultatet.</p>	<p>Det finns ett samband mellan att vara utlandsfödd och ökad risk för perinatal dödlighet. Kvinnorna i Malmö hade också högre prevalens av anemi och diabetes. De hade lägre incidens av preeklampsi, neonatal acidosis och vård av barnet på intensivavdelning. Kvinnor från Afrika hade signifikant större risk även för förtidig förlossning och SGA.</p>

Artikel	Syfte och problem	Metod	Resultat
<p>2. Titel; Obstetric Care of New European Migrants in Scotland: an audit of antenatal care, obstetric outcomes and communication Författare; JK Bray, DR Gorman, K Dundas, J Sim</p> <p>Tidskrift;Scottish medical journal Volume 55(3)</p> <p>Årtal;August 2010</p>	<p>Som en del i ett kvalitetsarbete gjordes en granskning av hur många kvinnor från nya EU-länder som använde mödrahälsovård och födde barn på Lothian sjukhus i Skottland. Syftet var att se om vården var rättvis jämfört med den som gavs lokalbefolkningen. Andelen gravida från nya EU-länder hade ökat sextonfaldigt på 3 år. Språkbarriärer sågs som ett problemområde.</p>	<p>En granskning av kvinnors journaler från de länder som kom in i EU år 2004, en majoritet var från Polen. 114 av 136 möjliga förlossningsjournaler granskades utifrån antal besök, första besök på MVC och användande av tolk. Förlossningsutfallet jämfördes med kvinnorna ur lokalbefolkningen.</p>	<p>Resultatet visade att något färre av de utlandsfödda kvinnorna följde MHV basprogram. 77 % kom till sitt första besök på MVC senare än graviditetsvecka 14. I utfallet i förlossning och postpartumperiod var den enda signifikanta skillnaden att bland immigranterna ammade fler. Behovet av tolk fanns men uppfylldes inte i 2/3 av besöken.</p>

Artikel	Syfte och problem	Metod	Resultat
<p>3. Titel: Do foreign-born women in Sweden have an increased risk of non-normal childbirth?</p> <p>Författare; Robertson, E. Malmström, A & Johansson, S-E.</p> <p>Tidskrift; Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia. Årtal; 2005</p>	<p>Syftet är att analysera om utlandsfödda kvinnor har fler icke normala förlossningar än svenskfödda kvinnor. Det är också att undersöka om skillnaden finns kvar efter justering för ålder, paritet, utbildningsnivå, antal besök på MVC och graviditetskomplikationer.</p>	<p>En granskning av data från en databas, "WomMed" gjordes. 236738 förlossningar från Medicinskt födelseregister mellan år 1996-1998. Kvinnor som fick ett barn och var mellan 18-47 år, delades in i 12 befolkningsgrupper. Forskarna använde ICD9 som är WHO:s klassificeringssystem för sjukdom. Data analyserades med logisk regressionsanalys.</p>	<p>Skillnader upptäcktes i utfall mellan olika befolkningsgrupper. Förstföderskor från länder söder om Sahara, Iran, Asien och Sydamerika hade signifikant högre risk för onormal förlossning. Kvinnor som gjorde färre besök på MVC än basprogrammet hade också större risk.</p>
<p>4. Titel: Vitamin D deficiency and supplementation during pregnancy.</p> <p>Författare: Yu, C.K.H; Sykes, L; Sethi, M; Teoh, T.G.& Robinson, S.</p> <p>Tidskrift: Clinical Endocrinology Årtal:2009</p>	<p>D-vitaminbrist ger rakitis hos barn och skelettsmärtor och risk för benskörhet hos vuxna. Syftet är att undersöka D-vitaminhalten hos gravida från fyra olika etniska grupper, och utvärdera effekt av engångs dos och dagligt tillskott av D-vitamin.</p>	<p>Randomiserat urval till 4 grupper 45 kvinnor i varje. Inklusion i studien skedde i graviditetsvecka 27. Blodprover togs vid två tillfällen och de fick fylla i ett livsstilsformulär, översatt till flera språk. Behandling gavs och inkomna data analyserades statistiskt.</p>	<p>D-vitaminbrist är ett växande problem i vissa etniska grupper. Gravida kan supplementeras och detta ger bäst effekt med engångs dos. Dock kom forskarna inte fram till vilken dos som ger normala nivåer av vitamin-D i blodet.</p>

Artikel	Syfte och problem	Metod	Resultat
<p>5. Titel: Vitamin D requirements during pregnancy.</p> <p>Författare: Specker B.</p> <p>Tidskrift: The American Journal of Clinical Nutrition</p> <p>Årtal: 2004</p>	<p>Den gravida bör ha tillräcklig halt av D-vitamin i blodet för att möta fostrets behov av kalk. Syftet är att granska studier som undersökt moderns och fostrets brist på D-vitamin eller effekt av tillskott under graviditet.</p>	<p>Sammanfattning av ett antal studier i litteraturöversikt. Teman är; förändringar hos den gravida i benmassa, vitamin-D status och vikt, fostrets tillväxt och skelettuppbyggnad.</p>	<p>Det finns ingen evidens för att generellt tillskott av Vitamin D har någon fördel. Men gravida med risk för brist på vitamin D bör behandlas på samma sätt som andra kvinnor.</p>

<p>Artikel</p> <p>6. Titel: Beliefs concerning Dietary Practices during Pregnancy and Lactation.</p> <p>Författare: Ahlqvist, M. & Wirfält, E.</p> <p>Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Science</p> <p>Årtal: 2000</p>	<p>Syfte och problem</p> <p>Kunskapen om kulturella kostråd är liten. Vårdpersonal behöver veta mer om traditionella tankemönster kring kost ur ett vård- och folkhälsoperspektiv. Syftet var att undersöka iranska kvinnors tankar om hur kulturella föreställningar styr kost under graviditet och amning.</p>	<p>Metod</p> <p>Iranska kvinnor i Stockholm valdes ut via nätverk. De skulle ha fött barn i Iran, inte vara gravida och tala svenska. 14 kvinnor intervjuades av en barnmorska i fokusgrupper. Under intervjuerna gavs följdfrågor för att få mer djupgående beskrivningar. I studien användes innehållsanalys enligt Grounded Theory.</p>	<p>Resultat</p> <p>Kärnkategorin "Mammas diet ger styrka som upprätthåller liv" framkom ur intervjuerna. Denna kunde delas upp i 4 underkategorier 1. Tankar om varm och kall mat. 2. Mat som gynnar barnet 3. Att följa begär efter speciella matvaror. 4. Mammans överlevnad. Kvinnorna beskrev att olika kostråd gav styrka och kraft vilket kunde underlätta förlossningen</p>
--	---	---	---

<p>Artikel 7. Titel: Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somalian women resident in Sweden.</p> <p>Författare: Essén, B; Johnsdotter, S; Hovelius, B; Gudmundsson, S; Sjöberg, N-O; Friedman, J. & Östergren, P-O.</p> <p>Tidskrift: British Journal of Obstetrics and Gynaecology. Årtal:2000</p>	<p>Syfte och problem Att föda barn i ett främmande land är en upplevelse som har tagit bort hemlandets traditioner och nätverk. Syftet med studien är att med antropologiskt synsätt undersöka somaliska kvinnors kulturella strategier och vanor kring graviditet och förlossning. Detta för att få en förståelse för hur det kan påverka det perinatale utfallet.</p>	<p>Metod 15 kvinnor födda i Somalia intervjuades av en för dem känd person. De hade fött barn i Somalia eller i Sverige. Utforskande intervjuer med tolk, med fokus på medicinska faktorer som påverkat graviditet och förlossning. De preliminära resultaten diskuterades i den somaliska kvinnogruppen för att öka validiteten. Texterna analyserades av hela forskargruppen.</p>	<p>Resultat Intervjuerna beskrev kvinnornas upplevelse av att föda barn som invandrare. Många minskade intaget av mat för att få ett litet barn, lättare förlossning och undvika kejsarsnitt. De såg en säker förlossning som en vaginal förlossning. De kanske ökade riskerna i sin förlossning med att äta för lite.</p>
<p>8. Titel: Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery. The health status in pregnancy (HIP) study.</p> <p>Författare: Setse, R;Grogan, R ; Pham,L;Cooper,L.A;Strobino,D;Pow e,N.R.&Nicholson W. Tidskrift: Maternal Child Health Journal Årtal:2008</p>	<p>Depressiva symtom är en känd faktor som påverkar tidig graviditet. Syftet är att se om symtomen ändrar sig under graviditeten och efter förlossning och hur livskvalitén påverkas.</p>	<p>200 kvinnor följdes under och strax efter graviditet. Kvinnorna kategoriserades enligt en skala för depression. De fick även svara på frågor om livskvalité vid 4 tillfällen.</p>	<p>Det fanns signifikanta skillnader i sociodemografiska faktorer, socialt stöd och kliniska faktorer mellan kvinnor med och utan depressiva symtom. Depressiva symtom påverkar livet under graviditet och postpartum.</p>

Artikel	Syfte och problem	Metod	Resultat
<p data-bbox="149 228 604 358">9. Titel: Middle Eastern mothers in Sweden, their experiences of the maternal health service and their partner's involvement.</p> <p data-bbox="149 391 604 456">Författare: Ny, P; Plantin, L; Karlsson, E. D & Dykes, A-K.</p> <p data-bbox="149 488 604 521">Tidskrift: Reproductive Health</p> <p data-bbox="149 553 604 586">Årtal:2007</p>	<p data-bbox="611 228 1094 456">Traditionella mönster för att hantera graviditet och förlossning utmanas ofta i samband med migration. Syftet var att beskriva hur kvinnor från mellanöstern upplevde mödrahälsovård i Sverige och hur deras man involverades.</p>	<p data-bbox="1100 228 1528 488">Tretton invandrade mödrar som använt Mödrahälsovård i Sverige intervjuades i fokusgrupper och individuellt. De spelades in, skrevs ner och analyserades därefter. Intervjuerna analyserades enligt Innehållsanalys.</p>	<p data-bbox="1535 228 1944 683">4 huvudkategorier utvecklades ur innehållet. 1. Tillgång till en professionell barnmorska. 2. Rådgivning var användbart. 3. Moderskap fanns i dem trots migration. 4. Att vara en familj i en annorlunda kultur. Kvinnorna fick tilltro till sin barnmorska utifrån hennes kunskap och empati. Att tala samma språk var inte så viktigt. Det behövdes mer stöd från partnern eftersom mammans kvinnliga nätverk var förlorat.</p>

<p>Artikel 10. Titel: Country of origin, social support and the risk of small for gestational age birth.</p> <p>Författare: Dejin-Karlsson, E and Östergren P-O.</p> <p>Tidskrift: Scandinavian Journal of Public Health Årtal: 2004</p>	<p>Syfte och problem Psykosociala resurser, socioekonomiska faktorer och livsstilsfaktorer kan påverka graviditet och förlossning. Syftet var att undersöka risken för " liten för tiden", SGA i relation till ursprungsland hos mamman i förhållande till dessa faktorer.</p>	<p>Metod Gravida förstföderskor i Malmö 1991-1992 fick fylla i ett frågeformulär vid sitt första besök på MVC. 22 % var utlandsfödda av populationen 826 kvinnor. Data hämtades från medicinskt födelseregister och journalutdrag från en databas på Malmö allmänna sjukhus.</p>	<p>Resultat Signifikant fler utlandsfödda än svenskfödda kvinnor gjorde sitt första besök på MVC > 15 graviditetsveckor. Att föda ett barn med SGA var vanligare hos kvinnor från Mellanöstern och Afrika. Litet känslomässigt stöd och litet socialt nätverk gav en större risk att föda barn som var SGA för kvinnor födda utomlands.</p>
<p>11. Titel: Utilisation of antenatal care by country of birth in a multi-ethnic population: a four year community-based study in Malmö, Sweden.</p> <p>Författare: Ny, P; Dykes, A-K; Molin, J.& Dejin-Karlsson, E.</p> <p>Tidskrift: Acta Obstetrica et Gynecologica Årtal:2007</p>	<p>Lägre användande av mödrahälsovård bland utlandsfödda kvinnor kan ge en negativ effekt på graviditet och förlossning. Syftet var att undersöka skillnader i användandet av MHV i en mångkulturell befolkning.</p>	<p>En retropektiv studie under 4 år, data taget ur ett databaserat journalsystem. 5 373 kvinnor med okomplicerad graviditet. Medelålder var 28,6 år och 45 % var utlandsfödda. Resultaten analyserades statistiskt utifrån signifikans med mera.</p>	<p>Skillnader fanns mellan nationaliteter, i antalet planerade och akuta besök under graviditeten. En femtedel av kvinnorna kom till första besök på MVC >graviditetsvecka 15. Utlandsfödda kvinnor gick färre gånger till barnmorska och hade fler akuta besök på sjukhus än svenska.</p>