

Att vårda asylsökande gravida kvinnor

En intervjustudie med barnmorskor inom mödrahälsovården
utifrån en hermeneutisk livsvärldsansats

FÖRFATTARE	Kristin Nilsson Johanna Staxäng
PROGRAM/KURS	Barnmorskeprogrammet/ RPH100H12
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Marie Berg
EXAMINATOR	Christina Nilsson

Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Att vårda asylsökande gravida kvinnor – En intervjustudie med barnmorskor utifrån en hermeneutisk livsvärldsansats
Titel (engelsk):	Caring for pregnant asylum seeking women – an interview study with midwives from a hermeneutic lifeworld approach
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurskod/kurs:	Barnmorskeprogrammet/RPH100HT12/Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	59 sidor
Författare:	Kristin Nilsson, Johanna Staxäng
Handledare:	Marie Berg
Examinator:	Christina Nilsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Globalt ses en ökad internationell migration där Sverige varje år tar emot tiotusentals asylsökande. De asylsökandes rättigheter skyddas av internationella deklarationer och konventioner om mänskliga rättigheter, där rätten till hälsa är central. Ändå lider asylsökande av hög grad av ohälsa, mycket till följd av deras status som asylsökande och den

utsatthet som det medför. Att dessutom vara gravid gör dem extra utsatta trots att de har rätt till mödrahälsovård på samma villkor som icke-asylsökande i Sverige, då de inte har rätt till övrig sjukvård. Barnmorskor inom mödrahälsovården arbetar för vård på lika villkor utifrån kompetensbeskrivningen och den etiska koden, men utifrån lagstiftningens begränsningar riskerar barnmorskorna ställas inför professionsetiska dilemman i vården av asylsökande gravida kvinnor. **Syfte:** Att förstå hur barnmorskor upplever det är att vårda asylsökande gravida kvinnor inom mödrahälsovården i Sverige. **Metod:** Två fokusgruppsintervjuer med sammanlagt åtta barnmorskor utfördes under våren 2013 på barnmorskemottagningar i två av Sveriges större städer. En hermeneutisk livsvärldsansats har använts för datainsamling och analys av materialet, som har resulterat i tre teman med underteman samt en helhetstolkning. **Resultat:** Analysen visar att barnmorskorna inom mödrahälsovården hade svårt att tillfredsställa de asylsökande gravida kvinnornas behov, som många gånger låg utanför mödrahälsovården. Graviditeten hade heller inte någon central plats i kvinnornas liv och kvinnornas situation som asylsökande ledde till att barnmorskorna fick mindre tid att fokusera på graviditeten. **Konklusion:** De asylsökande gravida kvinnornas omfattande behov relaterat till deras asylsökande status gör att de efterfrågar sådant som ligger utanför barnmorskornas profession. Barnmorskornas roll kan därmed upplevas underordnad asylprocessen, vilket gör att barnmorskorna tvingas kompromissa med sin definierade yrkesroll för att tillfredsställa rätten till hälsa och kvinnornas samtliga behov utifrån ett helhetsperspektiv. Utifrån detta behöver mödrahälsovårdens organisation, kompetens och samarbete med övriga instanser ses över liksom basprogrammet för kvinnor med utökade behov av detta slag.

Nyckelord: Barnmorskor, asylsökande, mödrahälsovård, graviditet

ABSTRACT

Background: Globally, there is an increased international migration where by Sweden accepts tens of thousands asylum seekers every year. The rights of the asylum seekers are protected by international declarations and conventions on human rights, where the right to health is essential. However, asylum seekers suffer from a high degree of morbidity as a consequence of the vulnerability caused by their asylum seeking status. Being pregnant as well, makes them even more vulnerable; even though they have the legal right to access the same antenatal

care as non asylum seekers in Sweden, they do not have the right to other health care services. Midwives within the antenatal care works for equal access to health care services based on the national description of competence and the ethical code for midwives. But limitations of access to health care within Swedish law poses a risk for midwives to face ethical dilemmas when caring for pregnant asylum seeking women. **Aim:** To explore how midwives experience caring for pregnant asylum seeking women within the Swedish antenatal care. **Methods:** Two focus groups discussions were performed at different antenatal care units in two of the larger cities in Sweden. A total of eight midwives participated and the focus groups were conducted during the spring of 2013. A hermeneutic life world approach was used for data collection and to analyse the data into themes, sub themes and a main interpretation. **Results:** The analyse showed that the midwives within the antenatal care had difficulties in satisfying the needs of the pregnant asylum seeking women, since their main needs were beyond the focus of the antenatal care. Further, the pregnancy was not a priority within the women's lives and as a consequence of the asylum seeking status of the women, the midwives had less time to focus on the pregnancy. **Conclusions:** The pregnant asylum seeking women has extensive needs related to their asylum seeking status that goes beyond the midwifery profession. The role of the midwife can therefore be perceived as subordinate the asylum process, which forces the midwives to compromise with their defined role in order to achieve the right to health and to address the women's needs from a holistic perspective. Accordingly, the organization and skills within the Swedish antenatal care needs to be revised, as well as the national antenatal program must be adjusted for women with extended needs.

Keywords: Midwifery, asylum seeker, antenatal care, pregnancy

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Asylsökande.....	2
Migration, asyltrender och aktuell situation i Sverige.....	4
Asylsökandes situation i Sverige	4
Rätten till hälsa som en mänsklig rättighet.....	6
Rätten till sexuell och reproduktiv hälsa.....	8
Rätten till hälsa i Sverige	10
Asylsökandes rätt till hälsa i Sverige.....	11
Barnmorskors kompetens och verksamhetsområde med fokus på vård under graviditet.....	13
Tidigare forskning om barnmorskors arbete med asylsökande gravida kvinnor	16
Professionsetik med fokus på barnmorskors vård av asylsökande gravida kvinnor.....	19
Problemformulering.....	22
SYFTE	22
METOD	22
Hermeneutisk filosofi och metod	23
Hermeneutisk livsvärldsansats.....	24
Datainsamling genom fokusgrupper med hermeneutisk livsvärldsansats	25
Urval och genomförande	26
Analys av fokusgrupper med hermeneutisk livsvärldsansats	28
Analysprocessen	28
Forskningsetiska överväganden.....	29
RESULTAT	31

Barnmorskorna anser att de inte kan ge kvinnorna vad de behöver	32
Barnmorskorna har svårt att möta kvinnornas förväntningar på dem	32
Barnmorskorna kände ett etiskt krav att engagera sig i hela kvinnan för att kunna ge god mödrahälsovård.....	33
Barnmorskorna upplever att graviditeten inte har någon central plats i kvinnornas liv	34
Barnmorskorna är frustrerade över att inte kunna prioritera mödrahälsovård.....	34
Oro över att inte kunna förbereda kvinnorna inför förlossning och föräldraskap	35
Det är svårt att ge information till kvinnorna utifrån deras behov och kunskap	36
Mindre tid för mödrahälsovård som en konsekvens av kvinnornas situation som asylsökande	37
Omfattande administration leder till tidsbrist för barnmorskorna	37
Behov av bättre kunskap och utökade nätverk kring handläggning av asylsökande för att kunna ge god mödrahälsovård	39
Helhetstolkning.....	40
DISKUSSION.....	41
Metoddiskussion.....	41
Resultatdiskussion	43
KONKLUSION	49
REFERENSER	51

INLEDNING

Globalt ses en ökad internationell migration där folk förflyttar sig över landsgränser som flyktingar, migranter eller asylsökande. Även Sverige ser en kontinuerlig ökning av asylsökande och att dessa många gånger upplever svårigheter både socialt och hälsomässigt. Att som asylsökande dessutom vara gravid innebär ytterligare utmaningar för en redan utsatt grupp.

Vi är två barnmorskestudenter med erfarenhet av arbete i låginkomstländer där fokus har legat på hälso- sjukvård till sårbara grupper. Vårt intresse grundar sig i uppfattningen om alla människors lika rätt till vård utan diskriminering, vilket i Sverige kan kopplas till integration och hälsa. Därför har vi i detta examensarbete inom huvudområdet reproduktiv och perinatal hälsa valt att fokusera på barnmorskors arbete med asylsökande gravida kvinnor. Då forskningen inom området är mycket begränsad har detta fokus ringats in med hjälp av barnmorskor som har erfarenhet av att vårda asylsökande gravida kvinnor inom mödrahälsovården. Under en, ibland flera graviditeter, blir barnmorskorna inom mödrahälsovården väl insatta i kvinnornas utsatta situation både socialt och hälsomässigt, utifrån detta har vi valt att fokuserat på graviditetsperioden framför förlossningen som är betydligt mer avgränsad.

Barnmorskors arbete med asylsökande gravida kvinnor genomförs i detta examensarbete av två centrala perspektiv; rätten till hälsa och professionsetik. Perspektiven anses centrala mot bakgrund av den otydlighet och de motstridigheter som finns mellan internationell lag om mänskliga rättigheter, svensk lagstiftning, barnmorskans kompetensbeskrivning och etiska kod.

BAKGRUND

För att förstå barnmorskors upplevelser av att vårda asylsökande gravida kvinnor introduceras i bakgrunden de huvudområden som anses nödvändiga för att förstå denna komplexitet. Det redogörs för såväl internationell migration som den asylsökandes situation i Sverige. Vidare

presenteras barnmorskans roll, svensk lagstiftning och svenska hälso- och sjukvårdssystemet ur ett mödrahälsovårdsperspektiv. Därefter presenteras de utmaningar tidigare forskning från höginkomstländer belyst kring vården av gravida immigrerade kvinnor och etniska minoriteter. Rätten till reproduktiv hälsa och professionsetik är två centrala perspektiv i vården av den asylsökande gravida kvinnan och kommer att genomsyra denna uppsats. Då rätten till reproduktiv hälsa är starkt sammankopplad med mänskliga rättigheter kommer detta perspektiv presenteras redan i samband med det huvudområdet i bakgrunden. Professionsetik lyfts fram senare i relation till barnmorskors kompetens.

Asylsökande

Globalt ses en ökad internationell migration där växande skillnader i levnadsförhållanden är en av många bidragande faktorer. Orsakerna till migration varierar kraftigt och innefattas av personer som söker arbete eller möjlighet till utbildning i andra länder, återförenas med familjemedlemmar, flykt undan förföljelse, konflikt eller våld. Detta benämns av Förenta Nationerna (FN) som "Blandad migration" (UNHCR, 2012). Migration är samlingsordet för människors förflyttning, oavsett hur denna förflyttning genomförts. Ordet migrant innefattas både av immigrant som innebär att en person flyttat till ett land och emigrant som syftar till en person som har lämnat ett land (Nationalencyklopedin, 2012). Asylsökande gravida kvinnor kommer utifrån denna definition förstås som immigranter då de har flyttat till Sverige.

Begreppen asylsökande, flykting och migrant har enligt FN:s flyktingorgan United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) beskrivits enligt följande; Asylsökande är en person som kommit till ett nytt land, exempelvis Sverige och vars asylansökan ännu inte slutgiltigt behandlats. Denna person kan vara antingen flykting eller migrant. En flykting är en person som till följd av välgrundad fruktan för förföljelse på grund av ras, religion, politisk åskådning eller nationalitet befinner sig utanför sitt hemland och är i behov av skydd och asyl i ett annat land (UNHCR, 2012). Migrationsverket poängterar även att utöver detta så i enlighet med svensk lag och Europeiska Unionen (EU) innefattas även kön och sexuell läggning som ett skäl för att som flykting kunna söka asyl (Migrationsverket, 2012). Migranter däremot, särskilt ekonomiska migranter, har valt att förflytta sig för att förbättra framtida utsikter för sig själva och sin familj. Detta till skillnad från flyktingar som varit tvungna att lämna sitt land för att rädda sitt liv och bevara sin frihet. Flyktingar och migranter

följer ofta samma migrationsmönster men behandlas väldigt olika under internationell modern lag. Nationella asylsystem finns till för att avgöra vilka av de asylsökande som är i verkligt behov av internationellt skydd. De som efter en rättvis asylprocess inte bedöms vara flyktingar eller i behov av internationellt skydd kan således skickas tillbaka till sina hemländer (UNHCR, 2012).

Som övergripande uppdrag har UNHCR att leda och samordna internationella insatser i syfte att skydda flyktingar världen över och att finna lösningar på flyktingproblem, detta utifrån FN:s grundstadga: att upprätthålla internationell fred och säkerhet, att utveckla vänskapliga förbindelser mellan nationer och att främja respekt för mänskliga rättigheter och grundläggande friheter. UNHCR beskriver att deras främsta uppgift är att försvara flyktingars rättigheter samt trygga deras välbefinnande. Detta görs genom att arbeta för att alla människor ska kunna utnyttja rätten att söka asyl och finna säkerhet i ett annat land, samt att kunna återvända till sitt hemland utan tvång (UNHCR, 2012).

När en person sökt asyl ska detta skett på ett rättssäkert sätt där mänskliga rättigheter respekterats, det är vidare av vikt att en asylansökan bedöms likvärdigt och att rättsäkerheten i detta kan garanteras oavsett till vilket land ansökan inkommit (Migrationsverket 2012). Om ett land inte tagit emot, släppt in och skyddat flyktingar och sedermera asylsökande riskerar dessa personer hamna i en oacceptabel situation där deras grundläggande rättigheter och säkerhet kan vara i allvarlig fara (UNHCR, 2012).

Stor del av det arbete som UNHCR utför fokuserar på att sätta flykting- och asylfrågor på dagordningen samt att tillhandahålla korrekt information. Särskilt har kvinnors och barns rättigheter betonats då de ofta har varit extra utsatta som flyktingar och asylsökande. Under de senaste åren har UNHCR utvecklat flertalet olika program för att säkra kvinnors tillgång till skydd, med fokus på kvinnor i speciellt utsatta situationer, till exempel gravida kvinnor (UNHCR, 2012).

Migrationsmönster har kontinuerligt uppdaterats av UNHCR, främst gällande asylsökande då dessa genom sin ansökan registrerats i respektive land. Vad gäller 2012 års siffror framgår att de 44 industrialiserade länderna i världen som UNHCR främst byggt sin statistik på (38 europeiska länder, USA, Kanada, Japan, Korea, Australien och Nya Zeeland) tog emot totalt

405 300 asylansökningar. Av dessa ansökte 301 200 personer asyl i Europa där Tyskland med 57 700 ansökningar var det land dit flest ansökte (UNHCR, 2012).

Migration, asyltrender och aktuell situation i Sverige

Tillsammans med Migrationsverket utgår UNHCR:s arbete i Sverige från att stödja regeringen i genomförandet av 1951 års flyktingkonvention som är den bärande lagstiftningen gällande flyktingar och asylsökande i världen. I Sverige registrerades 43 887 nya asylansökningar under 2012, en ökning med 48 % jämfört med året innan. De flesta ansökningar under 2012 från ett och samma land var flyktingar från Syrien som stod för 7814 ansökningar och 88 % av dessa beviljades uppehållstillstånd i Sverige. Vad gäller beviljade uppehållstillstånd generellt i Sverige under 2012, hade 36 526 asylansökningar behandlats (det framgår ej om dessa enbart är de nyinkomna eller ansökningar i behandling sedan föregående år) och av dessa fick cirka 30 % beviljat uppehållstillstånd, merparten till följd av behov av internationellt skydd (Migrationsverket, 2012). Information kring hur många av dessa asylsökande som var eller är gravida kvinnor går inte att få fram. Kontakt har tagits med mödrahälsovårdsregistret, Nationella födelseregistret samt samordnande barnmorska i Västra Götaland, ingen av dessa har haft tillgänglig information om detta och är dessutom av uppfattningen att det sannolikt ej heller går att få fram.

Asylsökandes situation i Sverige

En asylprocess kan vara både lång och besvärlig att genomgå. Flertalet organisationer i Sverige stödjer asylsökande i denna process, till exempel Röda Korset som erbjuder stöd, råd, information och guidning i asylprocessen. Deras övergripande syfte är att alla i behov av skydd ska ha möjlighet att söka asyl i Sverige och att de i denna process ska behandlas humant (Röda korset, 2012). En annan stark ideell organisation som arbetar praktiskt och stödjer asylsökande i deras process att få uppehållstillstånd är nätverket ”Ingen människa är illegal”. Här kan asylsökande- och gömda få hjälp med allt från juridiska frågor, boende och mat till att få sällskap till läkare. Utöver detta arbetar nätverket mycket med politisk påverkan och utbildningsarbete i asylfrågor utifrån en värdegrund att ingen människa är illegal i en värld utan nationsgränser (Ingen människa är illegal, 2012). Utöver dessa ideella stödjande organisationer har den asylsökande även laglig rätt till kostnadsfritt juridiskt ombud som ska stötta och ta tillvara på den asylsökandes intressen specifikt.

Ett asylärende tar olika lång tid beroende på ärendets komplexitet och eventuella överklaganden vid avslag kan bidra till långa processer (Migrationsverket, 2012). En del av de människor som får avslag på sin asylansökan och inte beviljats uppehållstillstånd går under jorden och gömmer sig, de benämns i dagligt tal som ”gömnda”. Att leva som gömd innebär att leva i ständig skräck för att bli upptäckt och utvisad och både den psykiska och fysiska hälsan försämras märkbart. Det är svårt att få bra siffror på hur många som lever som gömda i Sverige, men de uppskattas till ca 10 000. Många asylsökande i Sverige har pendlat mellan att vara asylsökande, gömd och därefter asylsökande igen om deras asylansökan först avslagits och de sedan ansökt igen. De kan således ha spenderat många år i Sverige utan att ha erhållit permanent uppehållstillstånd (Rosengrenska, 2012).

Det finns få studier från Sverige som fokuserar på upplevelser av att vara asylsökande. Björnberg (2011) har intervjuat 17 familjer i Sverige som befunnit sig i en asylprocess. Syftet var att studera asylsökandes sociala integration samt hur de hanterade eventuella motgångar i väntan på uppehållstillstånd. Att befinna sig i en asylprocess beskrevs som att befinna sig i en övergångsperiod där både materiella ting och tidigare socio-emotionella relationer med familj och vänner har lämnats bakom sig. De asylsökande hade flyttat till ett nytt sammanhang med svårighet att förutspå framtiden och med hög grad av osäkerhet där ställning, identitet och social tillhörighet inte längre var tydligt definierade (Björnberg, 2011).

Flera av de asylsökande beskrev känslor av trygghet och lättnad över att ha kommit till Sverige, men att tidigare minnen och upplevelser gjorde sig ständigt påminna och påverkade deras fysiska och psykiska välbefinnande. Detta hade tagit sig uttryck i oro, sömnlöshet, magbesvär samt huvudvärk. De beskrev vidare att dessa symptom lättat något efter ett tag men till följd av den långa asylprocessen hade den initiala känslan av trygghet och lättnad bytts ut mot osäkerhet och ovisshet gällande framtiden. Rädsla och osäkerhet under denna period bidrog också till ökad ensamhet och inte sällan isolerade sig familjerna. I stort sätt ingen hade någon kontakt med svenskar, utöver myndighetspersoner, trots att de i vissa fall bott i Sverige i flera år. Detta på grund av språkförbistringar men även rädsla för att synliggöra sin situation för omgivningen. Vissa av de intervjuade kvinnorna som levt som asylsökande i Sverige i flera år utan att ha fått uppehållstillstånd, upplevde detta skamfyllt. De levde hellre i skymundan än att känna sig sedda som något negativt och det enda sättet att ta sig framåt i livet blev att få ett permanent uppehållstillstånd (Björnberg, 2011).

Samarbetet med migrationsverket präglades av känslor av osäkerhet och att inte ha kontroll, mycket på grund av långa asylprocesser och brist på transparens gällande regler och rättigheter. Samtidigt ansågs migrationsverket vara hjälpsamma, men det berodde mycket på vem de hade som kontaktperson där. Kontakten med migrationsverket och dess ansvariga beskrevs som tvetydig, vilket gav en känsla av osäkerhet och misstro. Misstro upplevdes vara en integrerad del av organisationen till följd av att den asylsökande var tvungen att presentera legitima skäl för sin asylansökan och sitt behov av stöd och bidrag. Denna beroendeställning präglades av att lita till andra och få ett socialt erkännande, och har på det viset stor betydelse för den asylsökandes självförtroende och hälsa (Björnberg, 2011).

I en enkätstudie av Ekblad, Linander & Asplund (2012) analyserades hur arabiska och somaliska asylsökande i Sverige uppfattat betydelsen av den omfattande hälsoinformation de fick av en sjuksköterska under introduktionen på Migrationsverket. De flesta svarade att de fått har en positiv bild av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Den information de erhållit gällande psykisk ohälsa, rådgivning och stödsamtal upplevdes extra positiv och stärkande då de själva hade svårt att tala om det eller visste om att det fanns hjälp att tillgå. Deltagarna beskrev även sina egna psykiska besvär där problem med minnet, en känsla av att inte vara närvarande samt depression var framträdande. Några av deltagarna beskrev att de kände sig osäkra och rädda att bli illa bemötta i sjukvården. Vidare önskade de försäkra sig om att sjukvårdspersonalen hade rätt kunskap om asylsökande och att de visste vilka rättigheter asylsökande har.

Gällande psykisk ohälsa hos asylsökande har Hollander, Bruce, Burström & Ekblad (2011) undersökt huruvida det i Sverige var någon skillnad i psykiska hälsoproblem mellan manliga och kvinnliga asylsökande respektive personer som blivit beviljade asyl. Resultatet slår fast att kvinnliga asylsökande från låginkomstländer använde psykofarmaka i signifikant högre utsträckning än övriga. Orsaken till detta ansågs vara multifaktoriell men till stor del bero på händelser innan ankomst till Sverige i kombination med stress och ohälsa kopplat till den genomgångna asylprocessen.

Rätten till hälsa som en mänsklig rättighet

Deklarationen om de mänskliga rättigheterna antogs av FN:s generalförsamling 1948 för att skydda individer från förtryck och diskriminering samt för att uppnå en gemensam standard

för alla människor på flera områden, däribland hälsa. De mänskliga rättigheterna innefattar alla människors lika värde och lika rätt till frihet utan diskriminering av kön, etniskt ursprung, nationalitet, religion, sexuell läggning eller annan status. Denna internationella överenskommelse fastslår de mänskliga rättigheterna genom 30 artiklar, varav artikel 25 har särskild betydelse ur ett hälsoperspektiv då den poängterar att alla människor har rätt till en adekvat levnadsstandard, vilket inkluderar medicinska och hälsofrämjande åtgärder (UN, 2012). FN uttrycker genom Världshälsoorganisationen (World Health Organization, WHO) rätten att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa (i fortsättningen refererat till som ”rätten till hälsa”), enligt följande: *”The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being...”* (WHO, 2012)

Som tillägg till FN:s allmänna deklARATION om mänskliga rättigheter tydliggörs grundläggande rättigheter och friheter genom ett antal konventioner. Konventioner är juridiskt bindande, till skillnad från deklARATIONER som är moraliska åtaganden av staterna som undertecknat. När ett land skrivit under en konvention benämns detta som att staten ratificerat den, vilket innebär att de åtagit sig att omsätta konventionens regler i nationell lagstiftning (Svenska FN-förbundet, 2012). Rätten till hälsa utvecklas i konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (International covenant on economic, social and cultural rights, ICESCR), vilket ur en hälso- och sjukvårdssynpunkt är det viktigaste internationella dokumentet som försvarar mänskliga rättigheter (Backman, 2012). Konventionen, som innehåller 31 artiklar, antogs 1966 och tar dels upp rätten till hälsa men även andra rättigheter som har betydelse för hälsa, så som tillfredsställande levnadsstandard och rätten till utbildning (Regeringskansliet, 2005).

Rätten till hälsa innebär inte rätten till att vara frisk, utan rätten till att ta del av de hälsofrämjande åtgärder och den medicinska vård som finns (Backman, 2012). Rätten till hälsa, och de steg som krävs för att förverkliga denna rättighet, utvecklas i artikel 12 i ICESCR. Centralt anges vara att hälso- och sjukvårdssystem är tillgängliga för alla utan diskriminering. Vidare ska undertecknade länder arbeta för att förbättra mödra- och spädbarnshälsan och förebygga, behandla och kontrollera epidemier och sjukdomsutbrott (Backman, 2012; UN, 1966). Enligt artikel 2 ansvarar varje konventionsstat för att fullborda rätten till hälsa genom att maximalt utnyttja tillgängliga resurser och gradvis förverkliga konventionens rättigheter, i synnerhet lagstiftning (UN, 1966).

Implementeringen av konventionen granskas regelbundet och resulterar i ”allmänna kommentarer” för att närmare beskriva de konkreta rättigheterna. Av särskild betydelse har granskningen av artikel 12 varit, som antagits genom ”allmän kommentar nummer 14”. Denna har klargjort att rätten till hälsa också inkluderar avgörande bestämningsfaktorer för hälsa, så som tillgång till rent vatten, adekvata sanitära förhållanden, mat, boende, säkra arbetsförhållanden och tillgång till hälsorelaterad information, inklusive sexuell och reproduktiv hälsa (Regeringskansliet, 2005; UN, 2000).

Nödvändiga komponenter för att rätten till hälsa ska kunna uppfyllas identifierades i den allmänna kommentaren (UN, 2000), vilket brukar refereras till som AAAQ, vilket står för de engelska termerna *availability*, *accessibility*, *acceptability* och *quality*. *Availability* kan översättas med tillgänglighet och står för att det i samhället ska finnas tillgängliga hälso- och sjukvårdsinstanser, nödvändiga mediciner och medicinsk utrustning med mera. Detta innefattar till exempel mödrahälsovård, preventivmedelsrådgivning, vård för sexuellt överförbara infektioner och vård vid abort. Förutom att detta ska finnas tillgängligt i samhället, står *accessibility* för att resurserna även ska vara åtkomliga för alla utan diskriminering. Alla har lika stor rätt att ta del av den hälso- och sjukvård som finns utan att hindras av ekonomiska eller andra begränsningar. Reproduktiv hälsa ska om möjligt vara helt kostnadsfri och alla ska komma åt information kring sexuell och reproduktiv hälsa. *Acceptability* står för acceptans, det vill säga att vården ska vara utformad enligt medicinsk etik och känslig i förhållande till kultur, kön, ålder och konfidentialitet. *Quality*, innebär att all hälso- och sjukvård ska vara av god kvalitet. Praktiskt innebär detta till exempel att inget läkemedel ska ha passerat bäst-före-datum och att vården ska vara baserad på vetenskap (UN, 2000).

Sammanfattningsvis, i relation till den gravida kvinnan måste alla dessa komponenter tillfredsställas för att kvinnan ska kunna genomgå en säker och trygg graviditet. För den asylsökande gravida kvinnan är det av lika stor vikt som för den bofasta befolkningen att samtliga hälso- och sjukvårdsresurser är tillgängliga, åtkomliga, acceptabla och av god kvalitet utan diskriminering.

Rätten till sexuell och reproduktiv hälsa

I barnmorskors vård av gravida kvinnor är ett rättighetsperspektiv på sexuell och reproduktiv hälsa centralt (ICM, 2008). Specifikt reproduktiv hälsa är enligt WHO välbefinnande som rör sexualitet och fortplantning genom alla livets skeden. Det innebär ett ansvarsfullt, tillfredställande och säkert sexualliv, förmågan att fortplanta sig och frihet att besluta om, när, och hur ofta detta ska göras. Grundläggande för att denna rättighet ska kunna uppnås är att alla har tillgång till säkra och effektiva familjeplaneringsmetoder, vård vid sexuellt överförbara infektioner samt vård i samband med graviditet och förlossning (WHO, 2012). Även kompetensbeskrivningen för barnmorskor i Sverige utgår från WHO:s definition på reproduktiv hälsa (Socialstyrelsen, 2006).

Rätten till sexuell och reproduktiv hälsa började diskuteras vid FN:s internationella konferens om befolkning och utveckling (International conference on population and development, ICPD) i Kairo 1994. Där formulerades en handlingsplan, det så kallade Kairoprogrammet, med ett rättighetsbaserat synsätt och en helhetssyn på rätten till sexuell och reproduktiv hälsa baserat på individens val. Detta innebar ett paradigmskifte från ett befolkningskontrollerande synsätt till ett rättighetsbaserat, vilket haft betydelse för den allmänna diskussionen och arbetet kring sexuell och reproduktiv hälsa globalt (ICPD, 1994).

Ökad tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter är ett av FN:s befolkningsfonds (United Nations Population Fund, UNFPA) målområden. UNFPA är ett internationellt utvecklingsorgan som arbetar för att varje kvinna, man och barn ska ha lika möjligheter att kunna leva ett hälsosamt liv (UNFPA, 2012) och de har arbetat utifrån Kairoprogrammet med att följa upp de rättigheter som där antogs, där bland sexuella och reproduktiva rättigheter (Utrikesdepartementet, 2010). Sexuella och reproduktiva rättigheter ska enligt UNFPA vara en hörnsten i all internationell utveckling och individers välbefinnande och respekt för de mänskliga rättigheterna ska vara centrala i alla utvecklingsstrategier (UNFPA, 2012).

Kvinnors rätt till sexuell och reproduktiv hälsa behandlas även i kvinnokonventionen som antogs av FN:s generalförsamling 1979 och innehåller 30 artiklar om kvinnors rättigheter på olika områden (UN Women, 2012). Genom artikel 12 ska konventionsstaterna säkerställa att män och kvinnor har lika rätt till hälso- och sjukvård samt att kvinnor garanteras lämplig graviditets-, förlossnings-, och postpartumvård (UN Women, 2012). Rätten till vård i samband med graviditet och förlossning styrks också i de allmänna kommentarerna nummer 14 på artikel 12 i ICESCR som menar att all hälso- och sjukvård ska vara tillgänglig,

åtkomlig, acceptabel och av god kvalitet för alla som lever i samhället. Det poängteras vidare att särskilt marginaliserade och sårbara grupper har rätt till god vård utan diskriminering, att hälsoresurser ska fördelas jämlikt och att reproduktiv och perinatal hälsa ska säkerställas inklusive familjeplanering (UN, 2000). Vidare betonar Kairoprogrammet jämlikhet och att kvinnor och män har ett gemensamt ansvar för säker sexualitet och ansvarsfull familjeplanering (ICPD, 1994).

Arbetet för sexuella och reproduktiva rättigheter har även fått fokus genom FN:s millenniedeklaration där åtta så kallade millenniemål antogs år 2000 i syfte att reducera världens fattigdom fram till 2015. Samtliga åtta mål innefattas av bestämningsfaktorer till hälsa och mål fyra till sex är direkt eller delvis relaterade till sexuell och reproduktiv hälsa. Det fjärde millenniemålet är att reducera barnadödligheten, det femte fokuserar på att förbättra mödrahälsan och det sjätte är att minska spridningen av HIV/AIDS (UN, 2012). År 2005 hölls en konferens med internationella ledare på FN för att följa upp millenniemålen, World summit 2005. Detta ledde bland annat till att det femte millenniemålet år 2007 utökades till att inkludera universell tillgång till reproduktiv hälsa, då detta ansågs vara en förutsättning för att kunna uppnå förbättrad mödrahälsa (UN, 2005).

Sammanfattningsvis är det flera internationella överenskommelser som skyddar kvinnor och rätten till såväl sexuell och reproduktiv hälsa som till hälsa i allmänhet. Dessa dokument är centrala för barnmorskor att ta hänsyn till i arbetet med gravida kvinnor då barnmorskors huvudområde utgörs av reproduktiv och perinatal hälsa. Utöver internationella dokument, regleras rätten till hälsa i nationell lagstiftning som också påverkar barnmorskors arbete i vården av den asylsökande gravida kvinnan i Sverige.

Rätten till hälsa i Sverige

I Sverige är befolkningens hälsostatus generellt sett hög, avancerad hälso- och sjukvård finns tillgänglig och levnadsförhållanden och medellivslängd är bland de bästa i världen. På det stora hela lever Sverige oftast upp till internationella och nationella riktlinjer om mänskliga rättigheter och demokratiska principer (Hunt, 2007). Sveriges regering har på sin hemsida om mänskliga rättigheter beskrivit att rätten till hälsa måste vara tillgodosedd för att en människa ska kunna leva ett värdigt liv. Tillgång till sjukvård är en del av den rättigheten, och staten har

ansvaret att vidta nödvändiga åtgärder för att garantera alla människor hälso- och sjukvård (Regeringskansliet, 2012).

I tolkningen av ICECSR tydliggörs staters skyldighet att respektera rätten till hälsa genom att erbjuda samma tillgänglighet för alla människor, inklusive bland annat asylsökande, till förebyggande, behandlande och palliativ vård (Minority Rights Group International, 2005). Sveriges riksdag har ratificerat konventionerna om mänskliga rättigheter, inklusive ICESCR, vilket innebär att de har godkänt den och förklarat sig bundna av konventionens regler att uppfylla rätten till hälsa. Staten har således ett ansvar att omsätta mänskliga rättigheter i nationell lagstiftning för att fullfölja sina åtaganden om internationell folkrätt (Hunt, 2007). Regeringen har beskrivit att rättigheterna som fastslogs i ICESCR skyddas i svensk lagstiftning av bland annat hälso- och sjukvårdslagen, HSL 1982:763 (Regeringskansliet, 2005). Denna konstaterar att målet för hälso- och sjukvården i Sverige ska vara god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen baserat på respekt för alla människors lika värde. Det anges i §2 att den med störst behov ska ges företräde till vården och förutom medicinska åtgärder ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa (HSL 1982:763).

Vad gäller sexuell och reproduktiv hälsa i Sverige beskriver regeringen (Regeringskansliet, 2012) målen för mänskliga rättigheter enligt följande:

”Rätten att bestämma över sin egen sexualitet och reproduktion är grundläggande för alla människor. Sexuell och reproduktiv hälsa och därtill hörande rättigheter (så kallade SRHR-frågor) omfattar varje människas lika möjligheter, rättigheter och förutsättningar att ha ett säkert och tillfredställande sexualliv, samt att utan tvång, våld eller diskriminering kunna bestämma över sin egen kropp. Det är idag tyvärr vanligt att undanhålla kunskap, och diskriminering och förtryck sker när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter...” (Regeringskansliet, 2012, Hämtad från WWW 2012-12-20: <http://www.manskligarattigheter.se/sv/de-manskliga-rattigheterna/vilka-rattigheter-finns-det/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-srhr>).

Asylsökandes rätt till hälsa i Sverige

I samband med att den asylsökande etablerar boende i Sverige ska denna erbjudas en generell hälsoundersökning av landstinget som finansieras av staten via migrationsverket. Denna är

frivillig och erbjuds för att upptäcka om personen är i behov av vård som ges enligt lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (2008:344) samt för att upptäcka om vård eller andra åtgärder enligt smittskyddslagen (2004:168) är aktuellt. Barn som inte fyllt 18 år har rätt till kostnadsfri vård på samma villkor som bofasta barn (SOSFS 2011:11).

Vuxna asylsökande över 18 år har rätt till begränsad vård enligt lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (2008:344). Denna lag ger rätt till akutvård och vård som inte kan anstå i öppen- samt slutenvården, tandvård som inte kan anstå, vård vid abort, preventivmedelsrådgivning, mödrahälsovård, förlossningsvård samt vård och åtgärder enligt smittskyddslagen (2004:148). Anne Sjögren (personlig kommunikation, 2012-10-31) som arbetar för Röda korset och Rosengrenska för att öka tillgängligheten till vård av gömda i Sverige, kommenterar lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. enligt följande:

“Ett stort problem i vården av gömda och asylsökande ligger i lagformuleringen vård som inte kan anstå, då detta är en otydlig formulering som leder till särskiljning och godtycklighet.”

FN:s särskilda rapportör kring rätten till hälsa mellan 2002-2008, Paul Hunt, fick uppgiften av FN att granska hur olika länder arbetar för att verkställa rätten till hälsa. 2006 besökte han Sverige och tittade på bland annat hur Sveriges hälso- och sjukvårdssystem arbetar för att främja rätten till hälsa. Paul Hunt belyste att trots att Sverige har ratificerat flera internationella fördrag om mänskliga rättigheter, var de inte tillräckligt integrerade i svensk lagstiftning. Han riktade skarp kritik mot Sveriges diskriminering av sårbara grupper, bland annat asylsökande, genom att de inte har tillgång till samma hälso- och sjukvårdssystem som bofasta. Denna särskiljning i behandling av asylsökande utgjorde enligt FN:s särskilda rapportör diskriminering under internationell lag om mänskliga rättigheter. FN:s särskilda rapportör problematiserade situationen i Sverige genom att ställa internationell lag om mänskliga rättigheter emot rådande svensk lagstiftning. Dessa var enligt Paul Hunt inte förenliga med varandra då asylsökande endast har rätt till vård som inte kan anstå, och det faller då på vårdpersonalen att avgöra i det enskilda fallet om den enskilda asylsökande har rätt till vård (Hunt, 2007).

I regeringens proposition om mål för folkhälsan i Sverige från 2002 kan utläsas att trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa är grundläggande för en individs upplevelse av god hälsa. Att skapa förutsättningar för god hälsa på lika villkor för hela befolkningen kräver

ett synliggörande av olika individers och grupper behov, villkor och förutsättningar utifrån ett hälsoperspektiv. Asylsökande som kommit till Sverige är en av de grupper som har sämre hälsa än den bofasta befolkningen. Denna grupp lider i större utsträckning av depression och oro, vilket bland annat beror på diskriminering och traumatiska upplevelser i samband med flykt. I propositionen betonas att graviditetsperioden och barnens första år är särskilt viktiga för hälsan senare i livet. Det anges att tidiga insatser och stöd riktade till blivande föräldrar inom mödrahälsovården är av stor vikt och den psykiska och sociala dimensionen av sexuell och reproduktiv hälsa belyses särskilt (Regeringskansliet, 2002).

Barnmorskors kompetens och verksamhetsområde med fokus på vård under graviditet

Rätten till reproduktiv hälsa genomsyrar barnmorskors verksamhetsområde men kan samtidigt vara svår att verkställa mot bakgrund av belysta dokument och förordningar. Innan detta beskrivs närmare i relation till den asylsökande gravida kvinnan, följer en presentation av barnmorskor utifrån kompetens, verksamhetsområde, praktisk tillämpning och erfarenheter.

Att vara barnmorska bedöms som ett av de yrken i världen som har en särskilt viktig funktion gällande att upprätthålla god folkhälsa med fokus på reproduktiv och perinatal hälsa (SFOG, 2008; WHO, 2012). I flertalet låginkomstländer har det länge saknats professionella barnmorskor och det har setts som ett avgörande skäl till att ca 350 000 kvinnor och flickor dör varje år i samband med graviditet och förlossning. Barnmorskors betydelsefulla roll i världen speglas inte minst av de tidigare nämnda millenniemålen där flertalet av de åtta målen faller inom barnmorskors verksamhetsområde; minskad barnadödlighet, förbättrad mödrahälsa samt minskad spridning av HIV och AIDS (Millenniemålen, 2012).

WHO lyfter fram barnmorskans roll som nyckelperson i flertalet dokument och arbetar strategiskt för att uppnå förbättrad hälsa för individer, familjer och samhällen genom att arbeta för kompetent, kulturellt medveten och evidensbaserad graviditetsvård (WHO, 2012). I Sverige är barnmorskors arbete reglerat i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning innehållandes rekommendationer om yrkeskunnande, kompetens, erfarenhet och förhållningssätt för yrken inom hälso- och sjukvården. Kompetensbeskrivningen innefattas av

de för barnmorskan tre främsta områdena; sexuell och reproduktiv hälsa; forskning, utveckling och utbildning samt ledning och organisation. *Sexuell och reproduktiv hälsa* innebär bland annat kompetens inom sexualitet, preventivmedel, gynekologi, handläggning av normal och komplicerad graviditet och förlossning samt barnmorskors stödjande funktioner. *Forskning, utveckling och utbildning* innefattas bland annat av barnmorskors förmåga att kritiskt kunna granska och analysera relevant kunskap, forska, utbilda och handleda. Det tredje området av kompetensbeskrivningen *Ledning och organisation* innebär förmåga att kunna leda och samordna arbetet kring patienten samt samverka inom vårdprocessen. Barnmorskors arbete ska vara genomsyrat av ett etiskt förhållningssätt och en helhetssyn inom samtliga kompetensområden. Detta innebär att utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn, visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet. Barnmorskor ska ta tillvara på och respektera patientens och närståendes kunskaper och erfarenheter samt beakta deras önskemål, vara öppen och visa respekt för olika värderingar och trosuppfattningar och tillämpa gällande forskningsetiska konventioner. Samarbete ska vara präglad av respekt och tillgodogörande av arbetslagets och andras kunskaper och erfarenheter. Denna teamsamvekan bidrar till en helhetssyn på patienten. Vidare ska barnmorskors arbete bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utföras enligt gällande författningar (lagar, förordningar, föreskrifter) och andra riktlinjer (Socialstyrelsen, 2006).

Utöver kompetensbeskrivningen grundar sig barnmorskors arbete i Sverige på den internationella etiska koden som framtagits av det internationella barnmorskeförbundet International Confederation of Midwives (ICM). Denna är framtagen i syfte att förbättra vårdkvaliteten för kvinnor, spädbarn och familjer världen över samt guida barnmorskors kompetens. Koden har tagit hänsyn till kvinnor som personer med fullständiga mänskliga rättigheter, söker rättvisa för alla människor och jämlikhet när det gäller tillgång till hälsovård, baseras på ömsesidig respekt och tillit samt tar hänsyn till varje människas eget värde (ICM, 2008).

Barnmorskors arbete under graviditet sker främst på barnmorskemottagningar där mödrahälsovård är en del av verksamheten (härefter refererat till mödrahälsovården, MHV). Inom MHV arbetar barnmorskor utifrån det övergripande målet om en god sexuell- och reproduktiv hälsa för hela befolkningen. MHV i Sverige anses genom sin breda verksamhet

och barnmorskors kompetens som en framgångsrik och unik verksamhet. Den har varit kostnadsfri sedan den inrättades på 1930-talet och når i stort sett samtliga gravida kvinnor i Sverige. Det faktum att MHV haft så pass hög anslutning av gravida kvinnor talar för att verksamheten har relevans för målgruppen och är accepterad av de flesta i samhället. Barnmorskor på MHV har en central funktion och ska vara både medicinskt och psykosocialt kompetent för att kunna identifiera eventuella komplikationer och individuellt stödja den gravida kvinnan på rätt sätt (SFOG, 2008).

Barnmorskors arbete på MHV styrs av nationella riktlinjer och det praktiska arbetet utgår främst från ett så kallat ”basprogram” som har utarbetats av olika expertgrupper inom området, baserat på nationella rekommendationer för graviditetsvård. Basprogrammet består av de antal besök och provtagningar som har ansetts vara medicinskt motiverade för gravida friska kvinnor, vanligtvis mellan nio till tolv besök per graviditet. Dessa syftar till att identifiera riskfaktorer som kan leda till komplikationer för mor och barn. Provtagningar utgörs vanligtvis av blodtryck, Hb-kontroller, blodsocker, urinprov, viktmätningar, symfyfundusmått samt ultraljud. De gravida kvinnor som utifrån detta identifierats som riskgraviditeter erbjuds istället speciellt utökade program individuellt anpassade för den enskilda kvinnans behov. Det finns ingen evidens för vad som ansetts vara optimalt antal besök vid normal graviditet och varje landsting har utarbetat lokalt anpassade basprogram. Den patientnära handläggningen av en normal graviditet har uppskattats till totalt ca 6 timmar graviditetsvård (SFOG, 2008).

Barnmorskor på mödrahälsovården har en viktig stödjande funktion utifrån den kontinuerliga vårdrelationen mellan barnmorskan och kvinnan graviditeten igenom. Den utarbetade psykosociala delen av basprogrammet för gravida innebär att snabbt fånga upp psykisk ohälsa och eller riskfaktorer för detta. Barnmorskor har ansvar för att arbeta stödjande och följa upp den psykosociala omställningen det innebär att vara gravid och föda barn. I de fall där riskfaktorer och behov identifieras som övergår barnmorskors kompetensområde ska annan professionell hjälp sättas in, exempelvis i form av kurator eller psykolog. Målsättningen med psykosocialt arbete på MHV är att medverka till en för kvinnan positiv upplevelse av graviditet, förlossning och spädbarnsperiod. Det är vidare av vikt att stärka kvinnans egna resurser och underlätta anknytning mellan mor och barn, som allvarligt kan påverkas av psykisk ohälsa (SFOG, 2008).

Barnmorskors arbete med gravida kvinnor på MHV innebär självständighet i stor utsträckning, samtidigt utgör de en del av ett större team. Övriga kompetenser som bör finnas till hands för att tillgodose den gravida kvinnans behov är gynekolog/obstetriker eller allmänläkare, kurator, psykolog och sjukgymnast. Vid specialist-MHV kan det finnas ytterligare kompetenser. Trots självständigheten har barnmorskor och ansvariga läkare ett gemensamt uppdrag att främja hälsa hos den gravida kvinnan och ett hälsofrämjande förhållningssätt ska genomsyra hela verksamheten (SFOG, 2008).

Tidigare forskning om barnmorskors arbete med asylsökande gravida kvinnor

Barnmorskors upplevelser av att vårda asylsökande gravida kvinnor är av vikt att studera utifrån tidigare beskrivna utmaningar hos asylsökande generellt och kopplat till graviditet. Tidigare forskning kring barnmorskors upplevelser av att vårda asylsökande gravida kvinnor är mycket begränsad. Då forskning inom området saknas från Sverige har tidigare forskning från andra höginkomstländer studerats där omständigheterna på flera plan kan antas likna de i Sverige. Studierna som inkluderats har utförts med kvalitativ eller kvantitativ metod eller varit systematiska litteraturstudier. Totalt har sex studier inkluderats utav genomlästa 13. Till följd av begränsat utbud inom området har artiklar som innefattar asylsökande, migranter, flyktingar och etniska minoriteter inkluderats. I de fall där etniska minoriteter har behandlats har dessa utgjorts av nyligen immigrerade människor och har således ansetts relevanta. De som exkluderats har inte tillräckligt tydligt berört barnmorskors arbete med asylsökande gravida kvinnor.

I en studie av Lyons, O'Keeffe, Clarke och Staines (2008) intervjuades läkare och barnmorskor i syfte att undersöka upplevelser av att vårda etniska minoriteter inom mödrahälso- och förlossningsvården i Dublin. Grounded theory tillämpades för att under 2002-2003 utföra 15 semistrukturerade intervjuer med obstetriker och andra specialister knutna till området samt fem fokusgrupper med barnmorskor och sjuksköterskor som arbetade inom mödra- och förlossningsvård. Ur materialet identifierades för fyra teman; Kommunikationssvårigheter, kunskap och användning av tjänster, kulturella skillnader och en känsla av "Vi och dem". Vad beträffar kommunikationen upplevde barnmorskorna att det

största problemet i arbetet med etniska minoriteter var att inte kunna kommunicera på ett bra och säkert sätt på grund av språkförbistringar. Tolkarbetet fungerade ofta bristfälligt och kommunikationsbarriären ledde till en oro hos barnmorskorna att missa något viktigt, och således inte ge tillräckligt god vård. Det var för barnmorskorna mycket frustrerande att kvinnorna uppsökte mödravården relativt sent. De skrev in sig i genomsnitt senare, ibland först från 20:e veckan och fram till förlossning. När kvinnorna väl var inskrivna i mödravården hade de andra förväntningar som barnmorskan kunde ha svårt att bemöta, så som att de inte ville ha manliga läkare till exempel. En känsla av ”vi” och ”dem” skapades, ett förhållningssätt som skapade barriärer mellan patienter och barnmorskor. Barnmorskorna upplevde att vården av etniska minoriteter var tidskrävande och påverkade arbetsbelastningen negativt (Lyon et al, 2008).

Degni, Suominen, Essén, El Ansari och Vehviläinen-Julkunen (2012) har studerat kommunikationssvårigheter utifrån barnmorskors och läkares upplevda utmaningar i möten med en etnisk minoritet i mödrahälsovården i Finland. Huvudproblemen som identifierades fokuserade på språkförbistringar, kulturella traditioner och religiösa trosåskådningar. Fyra individuella intervjuer och tre fokusgruppsdiskussioner utfördes med 10 gynekologer/obstetriker och 15 barnmorskor/ sjuksköterskor. Barnmorskorna som träffade kvinnorna betonade att det var viktigt att ta sig tid och lyssna på dem, låta dem berätta om sina tidigare upplevelser eller annat de ville prata om, för att skapa en ömsesidig relation. Först då kunde barnmorskan förstå kvinnans perspektiv och värderingar, vilket låg till grund för fortsatt förtroende (Degni et. al., 2012).

I en studie från Norge (Lyberg, Viken, Haruna & Severinsson, 2012) studerades barnmorskors och sjuksköterskors upplevelser av kulturella och hälsomässiga utmaningar i arbetet med immigrerade kvinnor i mödra- och förlossningsvården. En fokusgrupp med fem barnmorskor och en sjuksköterska genomfördes 2010. I linje med Lyons et. al:s (2008) resultat, upplevde barnmorskorna att kvinnorna hade andra förväntningar på mödrahälsovården än vad de bofasta hade. De hade behov av annan typ av hälsoinformation på olika nivåer beroende på utbildningsgrad, så som till exempel kring menstruation, familjeplanering och omskärelse. Även här identifierades språkbarriärer som ett problem som skapade distans. Barnmorskorna upplevde att kvinnorna accepterade fysiska symptom i större

utsträckning än bofasta norska kvinnor och att graviditeten sågs som en mer naturlig del av livet som inte behövde tas särskild hänsyn till (Lyberg et. al., 2012).

I Lyberg et. al:s (2012) studie framkom vidare att depression var vanligt. Kvinnorna saknade speciellt sina kvinnliga släktingar och traumatiska krigsminnen kunde väcka många känslor till liv under graviditeten. Bristande social integrering och hög grad av isolering bidrog också till försämrad psykisk ohälsa. Övriga identifierade riskfaktorer kopplat till graviditet hos asylsökande kvinnor var att de oftare födde barn med låg födelsevikt, missbildningar eller neonatal sjuklighet jämfört med bofasta norska kvinnor. Barnmorskorna kände otillräcklighet över att hantera dessa ökade riskfaktorer och det var därför av stor vikt att nå kvinnorna tidigt i graviditeten (Lyberg et. al., 2012).

Collins, Zimmerman och Howard (2011) har påvisat att asylsökande kvinnor även är en riskgrupp för postpartumdepression på grund av ansträngd social situation, isolering, stress och eventuellt tidigare depression. Genom en systematisk litteraturstudie, med artiklar från 1999-2009, undersöktes frekvensen av postpartumdepression hos gravida asylsökande kvinnor i höginkomstländer. Resultatet visade att upp till 40 % av alla asylsökande riskerade att drabbas av postpartumdepression jämfört med 10-15 % av de bofasta kvinnorna. Riskfaktorer var liksom Lyberg et. al. (2012) poängterat låg grad av socialt stöd och tidigare traumatiska livshändelser, men även tidigare upplevelser av postpartumdepression i hemlandet. Det är således enligt Collins et. al. (2011) av stor vikt att identifiera kvinnor med psykisk ohälsa under graviditet, för att förebygga postpartumdepression.

Carolan (2010) har genom en systematisk litteraturstudie, med inkluderade artiklar från 1997-2007, visat att gravida kvinnor från Afrika söder om Sahara som immigrerat till ett höginkomstland var en riskgrupp för ohälsa under graviditet på grund av tidigare sämre hälsostatus eller nuvarande sjukdomar. Det framkom att anemi och infektionssjukdomar var några av de tillstånd som var överrepresenterade bland immigrerade kvinnor, även hög paritet var mer förekommande i denna grupp. Liksom Lyberg et. al. (2012) poängterar Carolan (2010) att psykisk ohälsa var ett stort problem. Många av kvinnorna hade genomlevt politiska oroligheter, svält och psykisk stress.

Van Hanegem, Miltenburg, Zwart, Bloemenkamp och Van Roosmalen (2011) har kartlagt riskfaktorer för svår ohälsa under graviditet hos asylsökande kvinnor i Nederländerna under 2004-2006. I en prospektiv populationsbaserad kohortstudie ingick samtliga 98 mödrahälsovårdscentraler i Nederländerna, liksom samtliga 1310 asylsökande kvinnor som var gravida under denna period. Resultatet visar på att jämfört med den bofasta befolkningen hade asylsökande upp till fem gånger så stor risk att drabbas av svår ohälsa under graviditet, så som till exempel uterusruptur, eklampsi och HELLP. Potentiella riskfaktorer var ensamhushåll, arbetslöshet, låg socioekonomisk status, svåra språkförbistringar, sen inskrivning på mödrahälsovården och Hiv-positiv status. Även tidigare kejsarsnitt och flera genomgångna förlossningar identifierades som riskfaktorer.

Ett framträdande resultat i artiklarna var således att barnmorskorna upplevde kommunikation som en stor utmaning, ofta på grund av språkförbistringar, men även kulturella normer och förväntningar spelade in (Carolan, 2010; Lyberg et.al., 2012; Lyons et.al., 2008; Van Hanegem et.al., 2011). Problem med språket, och även låg utbildningsnivå hos en del av kvinnorna, resulterade i att de inte kände till den mödrahälsovård de hade rätt till, vilket ledde till att de sökte mödrahälsovård senare än bofast befolkning (Carolan, 2010; Lyberg et.al., 2012). Senare inskrivning på mödrahälsovården kunde leda till en större mödrasjuklighet (Van Hanegem et.al., 2011) och sen tillgång till vård var även en faktor som kunde påverka det neonatala utfallet (Carolan, 2010).

Psykisk ohälsa var vidare ett påfallande problem som bland annat bottnade i tidigare upplevelser i samband med flykt, tidigare traumatisering och nuvarande osäker social situation (Carolan, 2010; Collins et.al., 2011; Lyberg et.al., 2012). För att förbättra hälsan hos asylsökande gravida kvinnor ansågs utmaningarna för barnmorskor vara att främja tidig inskrivning i mödravården (Carolan, 2010; Lyberg et.al., 2012) och anpassa vården med hänsyn till kulturella förutsättningar och förväntningar (Lyons et.al., 2008). Det var vidare viktigt att som barnmorska överbrygga kommunikativa hinder (Lyons et.al., 2008) och arbeta mot isolering och för social integrering (Carolan, 2010; Collins et.al., 2011; Lyberg et.al., 2012).

Professionsetik med fokus på barnmorskors vård av asylsökande gravida kvinnor

Barnmorskors arbete med asylsökande gravida kvinnor i mödrahälsovården i Sverige innebär ställningstaganden av professionsetisk karaktär kring såväl internationell som nationell lagstiftning som reglerar kvinnors rätt till sexuell och reproduktiv hälsa. Vidare påverkas dessa ställningstaganden av barnmorskors kompetensbeskrivning och etiska kod. Utöver den tidigare beskrivna rätten till hälsa presenteras här professionsetik som det andra centrala perspektivet för barnmorskor i vården av asylsökande gravida kvinnor.

Inledningsvis bör begreppen etik och moral redas ut, dessa blandas ofta ihop. Kort innefattar moral beteenden och konkreta handlingar som bör utföras medan etik syftar mer till reflektion över värderingar, handlingar och motiven till dessa (SMER, 2012; Egidius, 2011). Statens Medicinsk Etiska Råd (SMER), vars uppgift är att belysa medicinsk-etiska frågor ur ett samhällsperspektiv, anser att människovärdet, människosynen och de mänskliga rättigheterna utgör den etiska plattform som samhället ska förankras i. Människosynen innefattar att se människan som ett subjekt som har frihet, värdighet och ansvar och människovärdet innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter som ska respekteras och gälla lika för alla (SMER, 2012).

Enligt Egidius (2011) handlar etik i stort om hur man ska förhålla sig till andra och till sig själv och grundar sig i respekt. Professionsetik beskrivs ha två överordnade syften; att värna om yrkeskårens självständighet och oberoende samt att utgöra en kritisk instans mot eventuella misstag och felaktigheter inom verksamheten (Silverberg, 2006). Att arbeta etiskt är inte helt enkelt och etiska diskussioner innefattas ofta av positivt värdeladdade ord som människovärde, integritet och jämlikhet. Egidius menar att det är av vikt att fundera över vad dessa ord innebär i olika sammanhang. Det finns risk att bli förförd av sådana ord och bekänna sig till dem utan att ha tänkt igenom vad man är beredd att låta de orden betyda för en. Att tillhöra ett visst yrke ställer oftast krav på att det finns en känsla av vad som etiskt ska gälla och styra och ett etiskt ansvar i ambitionen att göra gott; vet dock alltid yrkesutövare vad som är rätt och fel, eller kan det vara något de bara känner på sig (Egidius, 2011). Att arbeta etiskt kräver personligt engagemang och eget ansvar där den yrkesutövande själv, trots råd på vägen, beslutar vad som i slutändan är vettigt (Silverberg, 2006).

Ett grundläggande begrepp inom professionsetiken är pliktetik. Plikt kan ses som det etiska ordet för skyldighet, även om dessa inte alltid är samma sak. Ordet plikt kan även beskrivas som en kraft att handla på ett visst sätt, denna kraft återfinns både inom oss och i vår

omgivning. Plikt är mångtydigt och har många olika dimensioner, allt ifrån religiöst, en inre känsla och samvete till att anta former av normer, värderingar, lagar, allmänna riktlinjer och föreskrifter. Utifrån de senare är det lätt att hamna i etiska svårigheter; att följa givna föreskrifter och handla enligt de allmänna normer som finns eller helt enkelt lita till vad det egna samvetet säger. Pliktetik är således något som skapar en känsla av att agera på ett visst sätt även om detta kommer i konflikt med den egna viljan, känslor och handlingar (Egidius, 2011). Svagheten med pliktetik är att den inte hanterar intresseavvägningar och hamnar lätt i konflikt med andra etiska principer, exempelvis kravet att inte skada någon gentemot kravet att vara rättvis (SMER, 2008).

Oavsett yrke styr lagar och författningar, som är utarbetade med samhällets bästa i åtanke. Handlingar och beteenden ska inte avvika från lagen medan den personliga och yrkesmässiga etiken styr värderingar och bedömningar. Då samhället kan vara både mångtydigt och motsägelsefullt kan det uppstå konflikter mellan hur enskilda människor spontant känner att de bör agera eller säga i sitt yrkesutövande och vad de gällande föreskrifter säger att de ska rätta sig efter. Dessa professionsetiska konflikter kompliceras ytterligare av omgivningens, till exempel chefers, vänners, kollegors eller anhörigas påtryckningar som måste tas hänsyn till. Att arbeta utifrån regelverk och etiska koder kan både hjälpa och stödja i yrket samt hämma det professionella etiska arbetet genom att den yrkesutövande hamnar i en så kallad "föreskriftsetik". Detta betyder att entydiga besked utifrån föreskrifter, lagar och andras förväntningar på hur man ska förhålla sig i etiskt svåra situationer kan medföra avkall på det egna etiska förhållningssättet och grundläggande värderingar (Egidius, 2011). Att strikt följa givna föreskrifter och normer kan i vissa fall vara direkt oetiskt då personen avsäger sig det moraliska ansvaret genom att säga t.ex. "*jag följde mina yrkesetiska normer till punkt och pricka*" (Egidius, 2011 sid. 164).

SMER (2008) anser att det bör finnas en balans mellan eget förnuft, etiska principer, intuition och samvete i de professionsetiska handlingar som utförs. De beskriver svårigheter i att förhålla sig till etiska normer konsekvent då det kan finnas situationer där konsekvenserna av de handlingar som utförts medför att det i slutändan var etiskt försvarbart. Det går inte att alltid säga att det förhåller sig på det ena eller andra sättet. Även barnmorskors etiska kod (2008) gällande det professionella ansvaret tar hänsyn till att det inte är helt enkelt och tydligt

att arbeta professionsetiskt, det individuella samvetet måste få utrymme samt mänskliga rättigheter ska synliggöras och upprätthållas.

Sammanfattningsvis kan barnmorskor i vården av asylsökande gravida kvinnor i Sverige hamna i professionsetiska dilemman i vårdsituationer där svensk lagstiftning säger emot kompetensbeskrivningen och internationella konventioner. Enligt barnmorskors kompetensbeskrivning, hälso- och sjukvårdslagen samt internationella konventioner om mänskliga rättigheter ska vård erbjudas alla på lika villkor utan diskriminering. Detta kan ställas mot lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. där den asylsökande endast har begränsad tillgång till vård. Att som barnmorska förhålla sig till dessa olika dokument, som inte går i linje med varandra, kan skapa professionsetiska dilemman.

Problemformulering

Asylsökande gravida kvinnor lever i en komplex verklighet med långa asylprocesser, komplicerad social livssituation och hög grad av psykisk ohälsa. Att vara asylsökande och dessutom gravid gör denna grupp extra utsatt trots att de i Sverige har rätt till samma mödrahälsovård som icke asylsökande. Barnmorskor har genom sitt yrkesansvar utifrån basprogrammet, som är de nationella riktlinjer som styr hur mödrahälsovård ska bedrivas, en skyldighet att arbeta för att kvinnor genomgår en trygg och säker graviditet. Internationella konventioner fastslår asylsökandes rätt till hälsa samtidigt som svensk lagstiftning innebär begränsningar i tillgängligheten till vård. Utifrån detta riskerar den sexuella och reproduktiva hälsan att påverkas liksom kvinnans förhållande till sin graviditet. Mot bakgrund av denna komplexitet och det faktum att tidigare forskning är mycket begränsad, är det av vikt att förstå hur barnmorskor upplever det är att vårda asylsökande gravida kvinnor.

SYFTE

Syftet är att förstå hur barnmorskor upplever det är att vårda asylsökande gravida kvinnor inom mödrahälsovården i Sverige.

METOD

Då hermeneutik är en öppen metod som är känslig för vad som på djupet utgör upplevelser, ter det sig naturligt att anta denna metod som stöd och hjälp för ökad förståelse för hur barnmorskor upplever det är att vårda asylsökande gravida kvinnor. Barnmorskors upplevelser präglas av livsvärlden och utifrån den verklighet de själva befinner sig i. För att kunna beskriva de fenomen som utgör barnmorskors upplevelser av att vårda asylsökande gravida kvinnor tillämpades därför hermeneutisk livsvärldsansats.

Hermeneutisk filosofi och metod

Hermeneutiken har biblisk bakgrund och är sprungen ur ordet Hermes som betyder gudarnas budbärare vilken tolkade gudarnas ofta dunkla budskap och gjorde de begripliga för människorna. Inom hermeneutiken söker man efter budskap och mening. Hermeneutiken baseras på förståelse utifrån tolkning för att synliggöra mening och innebörd. Hermeneutik som vetenskaplig metod kännetecknas av det studerade objektet och dess unika mänskliga handlingar och företeelser sedda i sitt sammanhang utifrån innebörder och intentioner. Den kunskap som söks är kunskapen om hur innebörder och intentioner hos unika människor och företeelser sedda i sitt sammanhang av tid, rum och mening kan förstås. För att kunna förstå människan och innebörden av hennes upplevelser betraktas hon som intentionell, vilket innebär att handlande och upplevelser sker utifrån hur hon förhåller sig till det utifrån sin förförståelse och bakgrund (Starrin & Svensson, 2009). Detta kan vidare beskrivas som en form av direkt medvetenhet där människan genom att endast se eller uppleva delar av ett objekt eller situation kan förstå innebörden och vidare den subjektiva meningen. Människor agerar inte utifrån en objektiv verklighet utan från förståelsen av den upplevda situationens innebörd där intentionalitet och mening är kontextuellt och ändlöst (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008).

Hermeneutiken har historiskt sett genomgått en del förändringar från metod för tolkning av bibeltexter på 1600-talet till att tidigt 1900-tal utgöra en filosofisk och kritisk motvikt till positivismen som ansåg att människan bäst kunde förstås utifrån fakta och statistiska beräkningar. En framstående man inom den moderna hermeneutiken är Hans-George Gadamer som utmanat den positivistiska traditionen och anser att människan och hennes omvärld förstås bäst genom upplevelser och inte genom beräkningar (Dahlberg et. al., 2008).

För att uppnå denna förståelse av omvärlden är öppenhet centralt. Att skapa mening och förståelse utifrån tolkning är bundet till såväl det förflutna som till den aktuella situationen och ibland även till framtiden, att ta hänsyn till den historiska kontexten är därför viktigt inom hermeneutiken. Allt nytt människan stöter på i livsvärlden är relaterat tidigare erfarenheter i större eller mindre omfattning och påverkas av vår förförståelse (Gadamer, 1989). Att anta en hermeneutisk metod innebär att mänskliga upplevelser är konsekvensen av hur ”någonting är” men även upptäckten av att saker och ting inte alltid är vad det förväntas vara och att tolkningen här kan avslöja det dolda i de fenomen som studeras (Dahlberg et. al., 2008).

Hermeneutisk livsvärldsansats

En central del inom hermeneutiken är uppfattningen att alla människor lever i och genom sin livsvärld. Begreppet grundar sig på relationen mellan människan och världen och används både inom fenomenologisk och hermeneutisk forskning. Livsvärldshermeneutiken vilar på en fenomenologisk bas som ligger till grund för förståelsen av hermeneutiken, det vill säga en grundläggande öppenhet för fenomenet som studeras där tolkningen i nästa steg blir ett instrument för djupare förståelse (Dahlberg et. al., 2008). Livsvärlden av den värld människan lever i och är oupplösligt förbunden med människan själv (Starrin & Svensson, 2009). Människan som subjekt kan inte skiljas från kroppen eller från den värld den lever i. Förståelse, minnen, förnimmelser samt den känslomässiga och kognitiva relationen till omvärlden är förkroppsligad och genom kroppen får människan tillgång till livsvärlden. Kroppen och de kroppsliga upplevelserna ger omvärlden mening och kroppen fungerar som det verktyg genom vilken människan agerar och kommunicerar med omvärlden. Människan och dess existens måste därför ses som en helhet (Dahlberg et. al., 2008).

Hermeneutisk livsvärldsforskning ska genomsyras av öppenhet för livsvärldens komplexitet, mångfald och betydelse samt människans helhet. Vid tillämpning av hermeneutisk forskning har relationen mellan forskaren själv (subjektet) och det som studeras (objektet) stor betydelse och forskaren måste positionera sig så att det studerade fenomenet kan framträda (Dahlberg et. al., 2008). I praktiken krävs att forskaren är medveten om egna förutfattade meningar och tidigare erfarenheter av det som studeras (Starrin & Svensson, 2009).

Att leva i världen utan att reflektera över eller utforska den innebär att ha ett naturligt förhållningssätt, vilket kan förklaras som avsaknaden av medveten analys. För att kunna

positionera sig på ett lämpligt vis som forskare är det däremot av vikt att vara medveten om det egna och andras förhållningsätt till omvärlden. Grundläggande inom hermeneutisk livsvärldsforskning är att utgå ifrån att människan i sin vardagliga upplevelse och existens inte tar för givet att världen är som respektive människa uppfattar den. Forskare måste anta ett medvetet och vetenskapligt förhållningssätt som innebär en distanserad och öppen hållning, samt även vara medveten om hur den egna livsvärlden både kan hjälpa och hindra forskaren från att beskriva det som upplevs (Dahlberg et. al., 2008).

Genom att som barnmorska närma sig den gravida kvinnan utifrån en livsvärldsansats kan ökad förståelse av den enskilda graviditetens innebörd uppnås. Förståelsen av att hon är en levande kropp med känslor, tankar, aktivitet och relation till sin omvärld bidrar till en ökad förståelse och rättvisa av fenomenet graviditet för den enskilda kvinnan (Dahlberg, 2011). I syfte att studera hur barnmorskor upplever det är att vårda asylsökande gravida kvinnor måste barnmorskornas egna livsvärldar vara i fokus och sedermera hur dessa påverkar vårdrelationen och upplevelserna av denna.

Datainsamling genom fokusgrupper med hermeneutisk livsvärldsansats

Genom att uttrycka sig via kommunikation och interaktion exponeras en del av livsvärlden och relationen till denna (Dahlberg et. al., 2008). Gruppinteraktion bidrar på så sätt till ökad information om människors upplevelser, uppfattningar och tankar utifrån deras livsvärld (Wibeck, 2010). Fokusgrupper som metod kan definieras som diskussioner i grupp där människor möts för att på ett fokuserat sätt diskutera olika aspekter av ett ämne och har som mål att medlemmarna ska diskutera fritt med varandra, vilket gör att ny kunskap framträder baserat på gruppens kollektiva erfarenheter och upplevelser (Ahrne & Svensson, 2011).

Fokusgrupper har som mål att medlemmarna ska diskutera fritt med varandra utifrån ett givet ämne, därför kallas metoden med fördel fokusgruppdiskussion framför intervju (Wibeck, 2010). Fördelen med användandet av fokusgrupper anses vara att interaktionen mellan människor utvecklar diskussioner och lockar fram ny information baserat på deltagarnas tidigare erfarenheter (Dahlgren, Emmelin & Winkvist 2007). På så sätt berikar själva interaktionen datainsamlingen och genom att använda gruppmedlemmarnas egna perspektiv, erfarenheter och referensramar skapar deltagarna ny kunskap. Kommunikationen anses

central och genom att deltagarna genom interaktion delar med sig av sina livsvärldar formas ny mening och innebörd, både kollektivt och individuellt (Dahlberg et. al., 2008).

För att fokusgruppsdiskussionerna ska generera en fördjupad förståelse för fenomenet som studeras behöver gruppen ha de specifika egenskaper som krävs för att utveckla diskussioner kring det givna ämnet, samt vara beredda att dela sina tankar och erfarenheter. Deltagarna rekryteras därför ändamålsenligt, systematiskt och enligt definierade kriterier (Wibeck, 2010). Praktiskt innebär tillämpning av fokusgruppsdiskussioner att en grupp människor samlas för att under begränsad tid diskutera ett givet ämne med varandra, valt av forskaren som ofta även är gruppleddaren, moderatorn. Det finns ingen exakt rekommendation kring hur många individer som ska ingå i en fokusgruppsdiskussion, det varierar beroende på vad som studeras. Det ska vara tillräckligt få för att alla ska kunna göra sin röst hörd, men tillräckligt många för att tillhandahålla både djup och bredd i diskussionen. På samma sätt beror det på forskningsfrågan hur många fokusgrupper som bör genomföras för att utforska mångfalden och förstå fenomenet (Dahlgren et. al., 2007).

Vid genomförande av fokusgruppsdiskussion är det enligt kvalitativ forskningsansats viktigt att moderatorn introducerar ämnet för diskussion med en öppen fråga. Även följdfrågor ska vara av öppen karaktär med ord och meningar som ”hur” och ”kan du utveckla mera?” (Dahlgren et. al., 2007). Moderatorns roll är att följa diskussionen, fånga upp resonemang som gruppmedlemmarna kan utveckla och i den mån det behövs introducera nya aspekter av ämnet (Wibeck, 2010). Moderatorn ska också uppmuntra alla att tala, skapa flyt i diskussionen och främja ett klimat av förtroende i gruppen. Det är vidare viktigt att ha tänkt på den fysiska miljön för att uppmuntra ett fritt samtal. Alla ska kunna se moderatorn och de andra deltagarna, lämpligt kan därför vara att sitta i en cirkel eller kring ett runt bord. Rummet bör också vara ljudisolerat så att deltagarna kan prata fritt utan att riskera att någon annan hör eller stör (Dahlgren et. al., 2007).

Urval och genomförande

För att utforska barnmorskors upplevelser av att vårda asylsökande gravida kvinnor genomfördes två fokusgruppsdiskussioner med fem respektive tre deltagare i två av Sveriges större städer. Inklusionskriterier var barnmorskor som arbetade inom mödrahälsovård i ett

område med hög andel asylsökande befolkning och som hade minst ett års erfarenhet av att vårda asylsökande gravida kvinnor.

Som första steg kontaktades fem barnmorskemottagningar i områden med stor andel asylsökande befolkning i en av Sveriges större städer. Av dessa kunde en barnmorskemottagning avvara fem barnmorskor för en fokusgruppsdiskussion. De övriga fyra barnmorskemottagningarna angav stor belastning på personal, turbulent period med pågående omorganiseringar samt brist på erfaren personal som anledningar att ej kunna medverka. För att få variation av erfarenheter samt geografisk spridning kontaktades en barnmorskemottagning i en annan svensk stad och tre barnmorskor därifrån kunde medverka i en fokusgruppsdiskussion. Båda fokusgrupperna hade en sammansättning av barnmorskor som hade mellan 1.5 till drygt 15 års erfarenhet av att vårda asylsökande kvinnor inom förlossnings-, BB-, och till största delen mödrahälsovård.

Fokusgruppsdiskussionerna ägde rum under våren 2013 och varade i 40 respektive 55 minuter. De medverkande barnmorskorna fick välja plats för fokusgrupperna och vi bjöds in att hålla intervjuerna i ett konferensrum på respektive mottagning. De medverkande var arbetskamrater och kände därför varandra sedan tidigare. Under diskussionen satt alla medverkande i en cirkelform, vilket innebar att alla kunde ha ögonkontakt med varandra. Hela diskussionen spelades in och en av författarna agerade moderator medan den andra var observatör och även tog hand om inspelningen. Båda författarna agerade moderator respektive observatör på en intervju var.

Vi började med att kort presentera studien, utan att avslöja frågeställningen för diskussionen samt bekräftade att deltagandet var frivilligt. De medverkande fick ställa frågor och vi informerade om att all information kommer hanteras konfidentiellt samt att de när som helst kan välja att avbryta sitt deltagande utan att behöva ange orsak. Forskningspersoninformation samt samtyckesformulär hade skickats till mottagningarna cirka en månad innan vi kom dit och skriftligt samtycke samlades in innan intervjun påbörjades.

I enlighet med hermeneutisk livsvärldsansats introducerade moderatören diskussionen med en öppen fråga som löd ”Hur upplever ni det är att vårda asylsökande gravida kvinnor?”. Utifrån denna fråga fick barnmorskorna svara fritt och de ämnen barnmorskorna själva valde att

utveckla och diskutera styrde riktningen på diskussionen. Moderatoren frågade om förtydliganden och fördjupning av områden när det var relevant och ställde följdfrågor så som ”kan du utveckla vidare...?” eller ”kan du ge ett exempel på hur...?” när diskussionen behövde hjälp att utvecklas gentemot forskningsfrågan. Syftet från moderatoren var hela tiden att styra diskussionen så lite som möjligt, och låta barnmorskornas livsvärldar framträda och utvecklas genom interaktionen dem emellan. Reaktionen och känslor som uttrycktes under diskussionen noterades av observatören.

Analys av fokusgrupper med hermeneutisk livsvärldsansats

Hermeneutisk analys karakteriseras av att det är en öppen process, där forskaren använder tolkning som redskap för att nå en djupare förståelse för det studerade fenomenet, då tolkningen klargör och synliggör textens innebörd. Det är i denna process viktigt att vara medveten om och öppet reflektera kring sin förförståelse och sin bakgrund samt hur detta kan påverka de tolkningar som görs. Målet är att förförståelsen ska användas för att förstå något på ett nytt och djupare sätt och forskaren kan nå förståelse för det som tidigare varit dolt (Gadamer, 1989).

Livsvärldsforskning analyseras genom en rörlig process från helhet – delar – helhet. Varje del måste förstås i förhållande till helheten, men helheten kan endast förstås i relation till delarna (Dahlberg et. al., 2008). Gadamer (1989) benämner denna process ”den hermeneutiska cirkeln”. Denna innebär i forskningspraktiken att röra sig från texten eller intervjumaterialet (den ursprungliga helheten) till analys (delar i materialet) och därefter lyfta materialet till en mer abstrakt nivå, för att uppnå en djupare förståelse för innebörden av texten eller intervjuerna, en ny helhet (Gadamer, 1989). Att nå denna nya helhet, ”det nya”, kräver enligt Dahlberg et. al. (2008) försiktighet och det är en utmaning att inte ha haft för bråttom, då riskeras eventuella dolda meningar och innebörder att gå förlorade. Den nya helheten kan ses som en sammanfattande ”paraply” (Dahlberg et. al., 2008, sid 285) där utmaningen är att ha guidat läsaren fram till den nya helheten, den gemensamma förståelsen av resultatet. Ett vetenskapligt förhållningssätt kräver att forskaren i sin analys av materialet måste vara medveten om och förhålla sig reflekterande till denna process (Dahlberg et. al., 2008).

Analysprocessen

Analysen av studiens material har utgått från de steg Dahlberg et. al. (2008) beskriver gällande analys med hermeneutisk livsvärldsansats, där meningsbärande enheter, sub-teman och slutligen teman identifierats. I analysprocessen har den hermeneutiska cirkeln, så som Gadamer (1989) beskriver den, varit utgångspunkt då vi rört oss mellan texten som helhet och dess delar.

Initialt transkriberades studiens inspelade material till text, noggrant ord för ord, av moderatorn för respektive intervju. Transkriptionen innehåller också icke-verbal kommunikation så som tystnad, suckar, skratt och känslomässiga reaktioner. För överskådlig transkribering lämnades tomma kolumner vid sidan av texten för att lätt kunna arbeta med den samt fylla i minnesanteckningar från intervjun och observatörens anteckningar. Därefter lästes texten av oss, (Kristin Nilsson och Johanna Staxäng i fortsättningen refererat till som K.N och J.S) var och en för sig, i sin helhet utan tolkning upprepade gånger. I nästa steg delades texten in i mindre segment, så kallade meningsbärande enheter, med hänsyn till den innebörd som kunde utläsas i olika sekvenser av intervjun i relation till forskningsfrågan. Även detta gjordes på varsitt håll. I nästa steg jämförde och organiserade vi tillsammans de meningsbärande enheterna som hörde ihop i så kallade sub-teman. Genom denna process uppnåddes vad Dahlberg et. al. (2008) beskriver vara en preliminär förståelse av materialet, vilken inte blev en del av det färdiga resultatet utan endast till hjälp för att se ett framträdande mönster i materialet.

I enlighet med den hermeneutiska cirkeln (Gadamer, 1989) lästes texten återigen enskilt av K.N och J.S som en helhet. Under denna process klargjordes betydelsen av de subteman som framkommit genom att helheten lästes som en tolkande dialog i relation till dessa och eventuella underliggande meningar framkom. Tillsammans identifierade K.N och J.S likheter och olikheter i subteman som organiserades i ett antal teman. Därefter lästes texten, och de teman som framkommit, ånyo för att söka efter en ny helhet, ”det nya”. Den nya helheten har i studien benämnts som helhetstolkning och utgörs av en gemensam, strukturerad och abstrakt nivå av de framkomna mer konkreta temana i resultatet. Dessa har länkats samman och tolkats som en ny helhet där ytterligare dolda meningar och innebörder framkommit på denna nya abstrakta nivå.

Forskningsetiska överväganden

Som student vid Göteborgs universitet och vid genomförande av empirisk studie som examensarbete på avancerad nivå behövs enligt §2 i lagen om etikprövning vid studier som avser människor (2003:460) inte etiskt tillstånd inhämtas från etikprövningsnämnden. Dock har denna lag lästs igenom och fungerat som utgångspunkt i hur de olika etiska principerna har framtagits och behandlats. Detta har skett i enlighet med lagens övergripande syfte; skydda den enskilda människan och respektera människovärdet vid forskning.

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Sahlgrenska akademien har utarbetat rutiner för forskningsetisk granskning (Göteborgs universitet, 2012) där forskningspersonsinformation enligt riktlinjer för etiska prövningsnämnden ska utföras vid empirisk studie. Först efter att denna var genomförd och godkänd fick datainsamling lov att påbörjas. Utöver tidigare nämnt muntligt och skriftligt samtycke som inhämtats från forskningspersonerna har detta även skickats till berörda vårdenhetschefer.

Forskningspersoninformationen är således framtagen enligt Etiska prövningsnämndens riktlinjer för forskningspersoninformation (EPN, 2012). Den innefattar all den information som de deltagande barnmorskorna behövde känna till för att kunna ta ställning till om de ville delta i intervjuerna eller ej. Den utarbetades på ett kortfattat och tydligt vis utan medveten risk för övertygelser eller påtryckningar om studiens eventuella värde. Forskningspersoninformationen fungerade som ett komplement till den givna muntliga informationen och i samband med denna fanns tillfälle till frågor från barnmorskorna. Forskningspersoninformationen och samtyckesformuläret finns som bilaga 1 respektive 2.

Det finns flertalet skäl till att det är nödvändigt att det finns rättslig reglering gällande etikprövning vid studier som innefattar människor som forskningsobjekt. Ett bärande skäl till detta är att skydda de människor som deltar i forskningen mot risken att skadas fysiskt, psykiskt eller integritetsmässigt. Skulle det finnas risk för detta bör etisk prövning ske där nyttan med studien vägs mot eventuella risker. I syfte att uppnå detta är det även av vikt att forskningen håller hög kvalitet och att de som deltar i studien har till fullo förstått och accepterat sitt deltagande (EPN, 2012).

Vid genomförande av denna empiriska studie har hänsyn tagits till de forskningsetiska principerna och dess normer i relationen mellan de intervjuade barnmorskorna och

intervjuarna, tillika författarna av detta examensarbete. För att bevara barnmorskornas grundläggande individskydd har de fyra allmänna huvudkraven på forskning (Vetenskapsrådet, 1990) använts enligt följande: *Informationskravet* har beaktats genom att de deltagande barnmorskorna har informerats både muntligt och skriftligt om syftet med studien samt om hur resultaten av intervjuerna kommer att behandlas och presenteras.

Samtyckeskravet har respekterats genom att barnmorskorna själva fått bestämma över sitt deltagande i denna intervjustudie. Det har konkretiserats genom att informerat samtycke har inhämtats från samtliga deltagande barnmorskor. I detta samtycke har det framgått att barnmorskorna har rätt att självständigt bestämma om, hur länge och på vilka villkor de velat delta. De har informerats om att de när som helst, utan att ange anledning, kan avbryta sin medverkan. Detta utan påtryckningar eller påverkan från intervjuarna samt att det inte kommer att medföra några negativa konsekvenser för dem (Vetenskapsrådet, 1990). Barnmorskorna fick i enlighet med Etiska prövningsnämndens riktlinjer (2011) först muntlig information om deltagande, och hur framkomna uppgifter kommer att behandlas innan de återlämnade sitt samtycke (EPN, 2012).

Konfidentialitetskravet har säkrats då samtliga deltagande barnmorskor har informerats om att de uppgifter de delat med sig av kommer att behandlas konfidentiellt, så även deras personuppgifter. Barnmorskorna kommer inte att vara nämnda vid namn, ej heller vart de arbetar. All information kommer att avidentifieras så långt det går och kommer vara omöjlig för obehöriga att komma åt (Vetenskapsrådet, 1990).

Nyttjandekravet har tagits hänsyn till genom att insamlat material endast kommer att användas för angivet syfte, och säkerställa att framkomna uppgifter inte ska få konsekvenser för den deltagande individen. Detta hänger starkt ihop med föregående regel om konfidentialitet (Vetenskapsrådet, 1990).

RESULTAT

Att som barnmorska vårda asylsökande gravida kvinnor inom mödrahälsovården i Sverige kan sammanfattas i tre teman med underteman. En beskrivning av dessa teman med exemplifiering genom citat från de intervjuade barnmorskorna ges, följd av en helhetstolkning

med övergripande förståelse av det studerade fenomenet. Där citat förkortats eller skrivits ihop har tecknet ... använts för att åskådliggöra detta. En översikt över teman respektive underteman återfinns nedan i tabell 1.

Tabell 1 Resultatöversikt över teman och underteman

<p>Barnmorskorna anser att de inte kan ge kvinnorna vad de behöver</p> <ul style="list-style-type: none">• Barnmorskorna har svårt att möta kvinnornas förväntningar på dem• Barnmorskorna kände ett etiskt krav att engagera sig i hela kvinnan för att kunna ge god mödrahälsovård
<p>Barnmorskorna upplever att graviditeten inte har någon central plats i kvinnornas liv</p> <ul style="list-style-type: none">• Barnmorskorna är frustrerade över att inte kunna prioritera mödrahälsovård• Oro över att inte kunna förbereda kvinnorna inför förlossning och föräldraskap• Det är svårt att ge information till kvinnorna utifrån deras behov och kunskap
<p>Mindre tid för mödrahälsovård som en konsekvens av kvinnornas situation som asylsökande</p> <ul style="list-style-type: none">• Omfattande administration leder till tidsbrist för barnmorskorna• Behov av bättre kunskap och utökade nätverk kring handläggning av asylsökande för att kunna ge god mödrahälsovård

Barnmorskorna anser att de inte kan ge kvinnorna vad de behöver

Barnmorskorna har svårt att möta kvinnornas förväntningar på dem

Barnmorskorna upplevde att kvinnorna hade andra förväntningar på dem än bara som barnmorskor, ofta förväntade sig kvinnorna att de kunde få hjälp med annat än sådant som rörde graviditeten. Förväntningarna låg många gånger utanför mödrahälsovården och barnmorskorna uppfattade sig bli myndighetspersoner, vilket ledde till att det kunde vara svårt för dem att möta kvinnornas förväntningar:

”ibland kan det ju vara så att kvinnorna kanske inte har nån uppfattning om vad vi står för och kanske förväntar sig att vi ska kunna mer, kanske hjälpa till med bostad ... det är där deras förväntningar ligger snarare än barnmorskeriet, man blir liksom en myndighetsperson...”

”Vi kan inte ge dem det de behöver, som är något annat”

För barnmorskorna framkom behov hos kvinnorna som inte var direkt relaterade till graviditeten, till exempel hjälp med asylprocessen eller kontakten med migrationsverket. Barnmorskorna blev de personer som förväntades hjälpa till med detta och genom följande citat illustrerar barnmorskorna en vanlig önskan från kvinnorna som visar på en förväntning barnmorskorna har svårt att möta:

”om du bara kunde ge oss fyra sista siffror så skulle du lösa alla våra problem”

För att kunna hantera förväntningar som låg utanför mödrahälsovården var barnmorskorna tvungna att påminna sig om att de var kvinnornas barnmorskor, och inget annat, och sträva efter att möta deras behov utifrån det. Barnmorskorna försökte få kvinnorna att landa i graviditeten och förbereda dem på att bli förväntansfulla och ansvarstagande mammor, vilket barnmorskorna beskrev var deras ansvar:

”Just detta att påminna sig själv hela tiden om att jag är denna kvinnans barnmorska, jag är inte något annat, kurator eller låtsatsdoktor eller utan någonting. Jag är barnmorska och jag får skicka vidare andra områden som inte är jag, som inte är mitt område”

Barnmorskorna kände ett etiskt krav att engagera sig i hela kvinnan för att kunna ge god mödrahälsovård

Barnmorskorna upplevde att det bildades en stark relation mellan dem och kvinnorna och att vissa levnadsöden berörde särskilt mycket. Även om barnmorskorna försökte hålla relationen på en professionell nivå var det lätt att bli personligt engagerad eftersom graviditeten påverkades av kvinnans hela livssituation. Engagemang för hela kvinnan sågs vidare som en förutsättning för god mödrahälsovård:

”om jag inte engagerar mig i hela kvinnan så att säga, då blir det inget bra, då blir mötena inte bra och inte kanske graviditeten heller”

Det framkom av barnmorskorna att de många gånger blev betydelsefulla personer för kvinnorna, kanske de enda svenska personer de hade kontakt med. Det intima arbetet inom mödrahälsovården bidrog till att barnmorskorna kom kvinnorna nära och det kunde leda till känslor av otillräcklighet för barnmorskorna då de önskade att de kunde bekräfta kvinnorna mer när de mötte levnadshistorier som var jobbiga eller svåra. Barnmorskornas betydelsefulla roll och personliga engagemang för kvinnorna beskrevs vara tungt att bära:

”Det är skönt att de känner att de litar på en och så och att man finns där för dem. Men vi kan ju inte hjälpa med allt heller, så alltså det blir ju tungt att vara den där personen ... där vill jag kunna hjälpa henne mer på något sätt, eller vad kan jag göra, jo jag kan lyssna och bekräfta det här med barnet och se till att hon mår bra med allt i graviditeten, men så kommer så mycket mer därtill”

Barnmorskorna upplever att graviditeten inte har någon central plats i kvinnornas liv

Barnmorskorna är frustrerade över att inte kunna prioritera mödrahälsovård

För barnmorskorna blev det tydligt att asylsökande gravida kvinnor hade mycket annat runt omkring sig som ledde till att graviditeten inte fick den centrala plats i livet som den har för de allra flesta andra gravida kvinnor. Utifrån denna verklighet kunde det vara svårt att prioritera mödrahälsovård:

”Graviditeten är nästan underordnad allt annat för henne om man jämför med många andra kvinnor där graviditeten verkligen är allt för henne, hela livet under de månaderna hon går hos oss”

En annan dimension av att inte kunna prioritera mödrahälsovård uttryckte barnmorskorna genom frustration över ekonomiska omständigheter som varken de eller kvinnorna direkt

kunde påverka. Detta kunde vara till exempel att kvinnorna inte hade råd med järntabletter under graviditeten trots gemensam förståelse för behovet av dessa. Barnmorskorna erbjöd således vård som kvinnorna inte alltid hade möjlighet att ta emot då behov som inte var relaterade till graviditeten krävde att de prioriterade annat, vilket illustreras genom följande citat:

”bara det här med att ha vinterkläder för man aldrig har varit i ett vinterland. Jag måste i alla fall ha en varm jacka och ett par tjocka skor för jag har aldrig gått i snö i hela mitt liv sa en till mig ... Jag kan ju inte begära att de ska köpa järntabletter eller venofer, det faller ju på sin egen orimlighet eller vad man ska säga”

Barnmorskorna kämpade med att inte bli frustrerade över situationer de inte kunde påverka gällande graviditeten hos de asylsökande gravida kvinnorna. Att som barnmorska mot sitt bättre vetande acceptera till exempel ett lite sämre blodvärde kunde vara mycket svårt även om omständigheterna inte möjliggjorde för något annat:

”det innebär ju en risk för barnet i framtiden, det är inte bara graviditeten som blir sämre utan det har ju längre konsekvenser. Det vet vi ju. Det är ju tråkigt att som barnmorska vara del av det samtidigt kan vi ju inte ändra på det. Vi har ju ingen fond här till övers till de som inga pengar har, eller...”

Det framkom även att det var frustrerande för barnmorskorna att inte kunna ge fullgod mödrahälsovård då kvinnorna i många fall sökte sent i graviditeten till följd av det primära behovet att söka asyl. I vissa fall kunde största delen av graviditeten ha förlöpt utan en enda kontroll av varken mor eller barn vilket ställde krav på barnmorskorna att tänka annorlunda och omprioritera sitt arbete:

”Nyanlända kommer av naturliga skäl sent i graviditeten, en del står ju här i vecka 38 till exempel. Då måste vi sänka ribban och rucka på rutinerna och ha fokus på här och nu”

Oro över att inte kunna förbereda kvinnorna inför förlossning och föräldraskap

Barnmorskorna kunde ha svårt att förbereda de asylsökande gravida kvinnorna på att så småningom bli föräldrar till följd av den oro de upplevde kvinnorna hade över sådant som inte rörde graviditeten specifikt. Det var dock just graviditeten som barnmorskorna önskade fokusera på men i skuggan av andra behov i livet som var mer akuta upplevdes inte kvinnorna mottagliga för sådan information. Det kunde då för barnmorskorna vara svårt att möta kvinnorna i ett gemensamt fokus på graviditeten och kommande förlossning och föräldraskap.

”så fastnar vi i det hela tiden och de kan inte fokusera på det här barnet som ska komma. Att bli mamma och hur det känns. Allt sånt jag annars försöker få med”

Barnmorskorna upplevde att psykisk ohälsa var vanligt förekommande hos asylsökande gravida kvinnor och oroade sig för hur det kunde påverka graviditeten och föräldraskapet negativt. Barnmorskorna menade att kvinnornas psykiska ohälsa kunde leda till risker för förlossningen och även i nästa steg en störning i anknytningen till barnet:

”Det innebär ju risker också såklart, när de inte mår bra psykiskt alltså ... Förlossningsupplevelser och allt det man skulle vilja förbereda dem för men det kanske inte går lika bra som man skulle vilja”

Trots att asylsökande gravida kvinnor hade rätt till mödrahälsovård påtalade barnmorskorna att det var svårt att tillfredsställa kvinnornas behov av sådan vård som inte var direkt kopplade till graviditeten men som ändå påverkade denna. Följande citat visar på svårigheterna att tillfredsställa identifierade vårdbehov, till exempel ovan nämnda psykiska besvär, som låg utanför kvinnornas lagliga rättigheter:

”De kan ju vara begränsningar i vården även om man har rätt till mödrahälsovård”

Det är svårt att ge information till kvinnorna utifrån deras behov och kunskap

Att framföra information på ett sätt som nådde fram till kvinnorna menade barnmorskorna krävde att de förhöll sig till kvinnornas olika inställningar kring vad det innebar att vara gravid. Barnmorskorna upplevde att det i Sverige fanns tendenser att göra vården av gravida

sjukare och krångligare än vad den var, vilket de ansåg kunde krocka med kvinnornas uppfattningar som ofta utgick från att livet får bli som det blir, och så även graviditeten:

”ibland tänker jag så här när de säger det får bli som det blir liksom, om gud vill och allt det här, att det kan kännas lite skönt ibland, att jag önskar nästan att jag själv kunde tänka lite mer så. Vårt samhälle idag gör så extremt mycket kontroller och det kan nog skrämma mig lite och jag menar en normal graviditet är en normal graviditet”

Dessa skilda förhållningssätt kring graviditet kunde göra det svårt att förmedla information kring till exempel fosterdiagnostik på ett sätt som nådde fram. För barnmorskorna framstod det som att många av de asylsökande gravida kvinnorna var lågutbildade och aldrig hade träffat på de metoder för till exempel övervakning och fosterdiagnostik som används i Sverige, vilket kunde göra det svårt att förklara nyttan med dessa undersökningar:

”fosterdiagnostiken, den kan ju vara knepig att förklara när de inte vet vad Downs syndrom är, för dem finns inga alternativ. Vi väcker nog mycket tankar med att ge den informationen ... och jag känner att jag måste, jag måste för det ingår för mig att informera om detta”

Mindre tid för mödrahälsovård som en konsekvens av kvinnornas situation som asylsökande

Omfattande administration leder till tidsbrist för barnmorskorna

De asylsökande gravida kvinnorna upplevdes av barnmorskorna som mer vårdkrävande än andra gravida. Mycket tid gick åt till pappersarbete och administration och det föll även på barnmorskorna att i mötet med kvinnorna hålla sig informerade om de fortfarande var asylsökande eller kanske åter blivit papperslösa, eller slutligen fått permanent uppehållstillstånd. Skulle kvinnan ha fått permanent uppehållstillstånd tog den administrativa bördan inte slut med det, utan det beskrevs som en tidsödande och onödig process att konvertera den tidigare journalen med reservnummer till en permanent journal med personnummer och så vidare:

”För att vi ska kunna registrera och få rätt pengar... vad sjutton ska jag behöva ta mina barnmorskekunskaper till det. Det känns onödigt”

Allt administrativt arbete ledde till tidsbrist och skapade irritation hos barnmorskorna då det stal tid från själva vården av de asylsökande gravida kvinnorna. Till följd av detta bokades det ibland extrabesök, men ofta tog barnmorskorna istället av sina raster för att hinna med och få grepp om hela kvinnans livssituation. Även om vissa praktiska moment upplevdes som petitesser i sammanhanget så poängterade barnmorskorna vikten av att detta måste bli rätt men att det blev på bekostnad av den avsatta tiden för graviditetsvård:

”Det är mest det där praktiska runt omkring som man blir frustrerad över och önskar att man kunde lägga den tiden på henne istället”

Administrationen kring de asylsökande gravida kvinnorna beskrevs emellanåt som otydlig och väldigt svår. Barnmorskorna uttryckte vid flertalet tillfällen önskemål om administrativ avlastning för att kunna fokusera på den gravida kvinnan istället. Då skulle de bland annat slippa hamna i svåra situationer där de behövde ödsla tid på att ta reda på vilka rättigheter den sökande gravida kvinnan hade om hon inte kunde presentera tydliga handlingar kring sin tillvaro:

”Det är rätt skönt när de kommer med sitt LMA- [Lagen om mottagande av asylsökande] kort och är asylsökande och man vet att okej den här kvinnan är asylsökande, det är ordnat och inget att tveka på ... Vi brukar säga att vi skulle behöva en sekreterare här ... som reder ut de här frågorna”

Det tidsödande administrativa arbetet gällande asylsökande gravida kvinnor som landat på barnmorskorna bidrog i sin tur till att det blev mindre tid till annat som var barnmorskornas ansvar. Ett exempel på detta var att ge asylsökande gravida kvinnor nödvändig information kopplat till graviditet och förlossning, vilket framgår av följande citat.

”Jag tänker att det är ju så mycket information som vi ger också som man kanske inte hinner med för att vi istället tar hand om den andra biten. Vi måste

ju också hinna informera om hur det fungerar med sjukhus och den biten ... ja mycket annan information än till den svenska kvinnan”

Att informera kvinnorna innebar vidare i många fall att tolk behövde användas, vilket krävde ytterligare tid och administration. Det kunde under tolksamtal vara svårt för barnmorskorna att veta om informationen som de gav nådde fram till kvinnorna och tolksamtalen tog framför allt alltid längre tid än de utan tolk:

”Det här med tolk, det tar mycket längre tid, sånt möte tar längre tid ... Man säger ju dubbelt så mycket eftersom vi är fler personer om det”

Behov av bättre kunskap och utökade nätverk kring handläggning av asylsökande för att kunna ge god mödrahälsovård

Då kvinnornas livssituation präglades av behov kopplade till deras asylsökande status hade barnmorskorna svårt att avgränsa sitt arbete till enbart mödrahälsovård. För att förhålla sig till detta och kunna hantera sitt arbete framkom det att barnmorskorna hade behov av att förstå hur samhället är uppbyggt och hur lagstiftningen kring asylsökande fungerar för att kunna vårda asylsökande gravida kvinnor. Kunskap kring detta bidrog till ökad förståelse både för kvinnornas situation som asylsökande och hur asylprocessen fungerar, vilket tydliggjorde begränsningen kring vad barnmorskorna förväntades göra. Aktuell kunskap gällande detta var barnmorskorna dock tvungna att inhämta på egen hand:

”För mig i mitt barnmorskearbete har det varit viktigt att veta hur samhället är uppbyggt och inte tänka att jag ska kunna göra saker när det är helt omöjligt. Att inte stänga sig blodig i någon myndighet någonstans när jag vet att reglerna är satta såhär. Då har jag också tydliga budskap jag kan ge till patienten. Och det kanske man inte tror när man gick sin barnmorskeutbildning att det skulle vara en del av jobbet, eller jag vet inte”

” jag har haft en kvinna i tre graviditeter och det blir ju liksom på nåt sätt, vad gör svenska samhället? Varför händer det ingenting? Hon är inte avvisad men det har inte hänt nåt heller.”

Utökat samarbete och nätverk med berörda myndigheter kring de asylsökande gravida kvinnorna skulle enligt barnmorskorna kunna bidra till att de kunde fokusera på graviditeten i större utsträckning än idag. Även planeringen gällande vården av asylsökande gravida kvinnor hade underlättats av närmare samarbete med ansvariga instanser:

”jag tror ändå att vi skulle ha ett närmare samarbete med migrationsmyndigheten, att få reda på, för de har ju ändå lite koll på, ja men var kommer det mycket kvinnor ifrån just nu ... hade vi ett samarbete med migrationsverket så fick vi veta, nej hon fick åka till Mullsjö eller någon annanstans, hon är inte här längre”

”att det finns nätverk med vårdcentral och flyktinghälsan och läkare och så vidare, alltså att se till hela människan, vi tar hand om graviditeten och sen så får de andra ta de andra bitarna”

Helhetstolkning

Att som barnmorska vårda asylsökande gravida kvinnor inom mödrahälsovården skiljer sig från att vårda icke-asylsökande gravida kvinnor, de har rätt till samma mödrahälsovård men har olika behov. För barnmorskor inom mödrahälsovården är graviditeten central, men för asylsökande gravida kvinnor är asylprocessen och den ovissa framtiden i fokus. Graviditeten har således en underordnad betydelse för kvinnan i mötet med barnmorskan och att då avgränsa sin roll från myndighetsperson till barnmorska är inte alltid möjligt då graviditeten påverkas av hela livssituationen och barnmorskan fastnar i svårlösta situationer. Graviditetens olika innebörd för barnmorskorna respektive de asylsökande gravida kvinnorna skapar olika förväntningar på varandra. Kvinnorna har behov av sådant barnmorskorna inte alltid kan ge, något annat, vilket ställer informella krav på barnmorskorna att ha kunskap utanför sitt arbetsområde för att kunna hantera detta. Bristen på nätverk och samarbete med andra instanser ansvariga för de asylsökande gravida kvinnorna leder till en ökad arbetsbörda som försvårar för barnmorskorna, då asylprocessen överskuggar deras ansvarsområde. Barnmorskans roll kan därmed ses som underordnad asylprocessen vilket kan leda till att det blir svårt att mötas i ett gemensamt fokus på graviditeten.

Att som barnmorska möta asylsökande gravida kvinnor som delar med sig av ofta svåra och tragiska levnadsöden engagerar både emotionellt och praktiskt. Emotionellt i egenskap av medmänniska där barnmorskorna genom att lyssna och bekräfta kvinnorna involveras i deras komplexa livssituation utöver graviditeten. Praktiskt som en konsekvens av asylprocessens inverkan på graviditetsvården och barnmorskans arbetsuppgifter. Utifrån detta upplever sig barnmorskorna bli centrala personer i kvinnornas liv, vilket leder till svårigheter att avgränsa sitt arbete då engagemanget många gånger går utanför yrkesrollen och barnmorskorna kan inte stå emot den extra arbetsbörda det innebär.

Graviditetens underordnade betydelse i relation till asylprocessen, olika förväntningar på varandra och barnmorskornas engagemang upptar tid på bekostnad av graviditetsvården. Barnmorskorna tvingas acceptera mindre tid till information och andra förberedelser som ligger inom den basala graviditetsvården. Barnmorskorna hamnar även i situationer där de tvingas se potentiellt svåra konsekvenser av tillstånd som de hade kunnat förebygga, så som till exempel järnbristanemi. Vården av asylsökande gravida kvinnor blir så omfattande att barnmorskorna kan behöva kompromissa med sin definierade yrkesroll för att tillgodose kvinnornas samtliga behov i relation till graviditeten.

DISKUSSION

Diskussionen är uppbyggd av metoddiskussion följt av resultatdiskussion och avslutas med konklusion och kliniska implikationer.

Metoddiskussion

Då syftet ”barnmorskors upplevelser av att vårda asylsökande gravida kvinnor i mödrahälsovården i Sverige” kräver en kvalitativ ansats där upplevelserna är det centrala, fungerar den valda metoden hermeneutisk livsvärldsansats väl. Detta på grund av att det är en metod som enligt Dahlberg et.al. (2008) leder fram till en djupare förståelse av det studerade fenomenet utifrån användandet av tolkning som instrument samt att denna metod även tillåtit oss att använda vår förförståelse som hjälp i arbetet. Vi har hela tiden haft en öppen inställning, men även kritisk och reflekterande hållning till vår förförståelse under intervjuerna och analysprocessen och använt oss av den tydligt men försiktigt.

Förförståelsen kan enligt Dahlberg et.al. (2008) både vara till ens fördel och nackdel. Fördel då den hjälper till att nå det dolda, det underliggande, men nackdel då den kan hindra en att se mening och innebörd i det som presenteras. Det är därför viktigt att skilja på förförståelse och fördomar och reflektera kring detta. Vi upplever att förförståelsen har hjälpt oss under intervjuerna och analysarbetet, samt lett oss fram till möjligheten att nå en helhetstolkning av det framkomna resultatet.

Valet av fokusgruppsdiskussioner som metod, istället för individuella intervjuer, för att samla in data grundar sig i att det finns begränsad forskning kring detta område sedan tidigare samt den komplexitet som finns i att vara asylsökande gravid och hur barnmorskorna upplever det. Dahlberg, et.al. (2008) poängterar att interaktionen som sker mellan deltagarna leder till utökad information. Således skulle fokusgruppsdiskussioner kunna leda fram till omfattande information både utifrån interaktion och den påverkan som sker i en fokusgrupp, samt den enligt Ahrne och Svensson (2011) delade förståelse som framträder genom fokusgrupper. Därför har fokusgruppsdiskussioner med fördel använts i detta examensarbete då deltagarnas interaktion med varandra och engagemang i forskningsfrågan bidrog till omfattande information.

Det visade sig vara mycket svårt att rekrytera barnmorskor för att delta i fokusgruppsdiskussionerna och de deltagande barnmorskemottagningarna fick avgöra antalet barnmorskor utifrån hur många de kunde avvara. Utöver tidigare nämnda anledningar till att inte kunna delta i fokusgruppsdiskussionerna har vårt resultat visat på att det skulle kunna tänkas bero på att det är ett svårt ämne eller att det finns en osäkerhet kring hur barnmorskorna ska handha dessa kvinnor. Det skulle kunna ses som en svaghet att totalt endast åtta barnmorskor intervjuats, men då de enligt Wibeck (2010) rekryterades ändamålsenligt och systematiskt utifrån definierade inklusionskriterier hade barnmorskorna de efterfrågade kunskaperna som talar för ett representativt resultat. Det har inte förkommit några bortfall efter att deltagarna tackat ja till fokusgruppsdiskussionerna. Det finns dessutom inga exakta rekommendationer för antalet deltagare i fokusgruppsdiskussioner utan forskningsfrågan styr (Dahlberg et. al., 2008) och utifrån den kopplat till rekryteringsprocessen anses resultatet tillräckligt och representativt. Det är dock viktigt att

väga in det faktum att vi är novisa med denna metod för datainsamling och att det har kunnat påverka resultatet.

Att genomföra fokusgrupper med personer som redan känner varandra kan enligt Ahrne och Svensson (2011) vara både positivt och negativt, det kan hämma deltagarna då de kanske inte känner sig bekväma med vissa av sina kollegor och därför inte delar med sig av sina erfarenheter. Det kan dock lika gärna vara en fördel att känna sig trygg med sina kollegor och känna att de kan uttrycka sig fritt och ”som bland vänner”. I detta examensarbete ses det som en styrka då de intervjuade barnmorskorna uppmuntrade varandra genom att fylla i och vidareutveckla resonemang som kollegor introducerat och det upplevdes vara ett öppet klimat i grupperna.

Överförbarhet av resultatet enligt hermeneutisk metod kan vara svårt då det baseras på tolkningar och inte absoluta sanningar. Samtidigt anses förståelse enligt hermeneutisk teori endast kunna uppnås genom tolkning (Dahlberg et. al., 2008). Därför menar vi att tolkning inte kan ses som en svaghet utan ett medvetet metodologiskt instrument vi använt oss av i syfte att förstå hur barnmorskor upplever det är att vårda asylsökande gravida kvinnor i mödrahälsovården i Sverige. Vidare gällande överförbarhet menar Dahlberg, et. al. (2008, sid 286) att med konsekvent metodologisk användning som möjliggör för en helhetstolkning med tydliggörande av det dolda och svåra, kan lyftas ur sin kontext och representera ett öppet resultat, som i sin tur talar för överförbarhet. Det faktum att vi nådde fram till en helhetstolkning i analysarbetet talar för resultatets överförbarhet till praxis och kan således anses vara en styrka i detta examensarbete. Även det faktum att fokusgruppsdiskussionerna genomfördes i två olika städer där liknande upplevelser hos barnmorskorna framkom, och intervjuerna på så vis bekräftade varandra, talar för möjligheten till överförbarhet till andra städer och att resultatet kan anses representativt till deras mödrahälsovård.

Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen utgår från framkomna teman och diskuteras i relation till bakgrunden och de två centrala perspektiven som beskrivits där: rätten till hälsa och professionsetik. Analysen av hur barnmorskor upplever det är att vårda asylsökande gravida kvinnor visar att det är ett utmanande arbete för barnmorskorna som omfattar mer än enbart mödrahälsovård.

Även om de asylsökande gravida kvinnorna har rätt till samma mödrahälsovård som icke-asylsökande så har de andra behov, vilket i sin tur ställer andra krav på barnmorskorna då dessa behov har stor inverkan på kvinnans förhållande till sin graviditet.

I enlighet med Lyons et. al. (2008) framkommer i vår studie att de asylsökande gravida kvinnorna många gånger söker mödrahälsovård senare än icke asylsökande. Lyberg et. al. (2012) menar att lägre utbildningsnivå tillsammans med språkförbistringar kan vara orsaker till att de asylsökande kvinnorna uppsöker mödrahälsovård senare. Utifrån analysen av vårt resultat skulle detta vidare kunna förklaras i relation till att de asylsökande gravida kvinnorna kräver annan typ av information, kanske via andra kanaler, för att uppmärksamma och uppsöka den svenska mödrahälsovården. Att som barnmorska ha ett nybesök med en kvinna i vecka 38 menade barnmorskorna i vår studie ställde stora krav på flexibilitet och det är utmanande att tillfredsställa kvinnans samtliga behov av vård och information genom endast ett eller ett fåtal besök. I förlängningen kan sen inskrivning i mödrahälsovården, enligt Van Hangegem et. al. (2011), påverka det neonatala utfallet negativt, vilket utifrån vår analys gör sen inskrivning i mödrahälsovården än mer angeläget att arbeta mot.

Degni et. al. (2012) framhåller att barnmorskan måste sätta sig in i hela kvinnans situation genom att noga lyssna på hennes upplevelser, för att kunna förstå hennes perspektiv och värderingar och därmed få förtroende. Barnmorskorna i vår studie utvecklar liknande resonemang där de menar att ett engagemang för hela kvinnan är nödvändigt för att mötena, och i nästa led graviditeten, ska bli bra.

Det framkommer i vårt resultat att barnmorskorna i sitt arbete med asylsökande gravida kvinnor måste vara lyhörda för att de har andra förväntningar på dem än vad icke asylsökande gravida kvinnor har. Detta styrks i både Lyberg et. al. (2012) och Lyons et. al. (2008) studier, där kvinnorna hade förväntningar på mödrahälsovården som ibland var svåra att bemöta. Barnmorskorna i vår studie menar att graviditeten många gånger är underordnad andra frågor i livet som kräver mer uppmärksamhet, vilket kan leda till att barnmorskorna blir involverade i andra tillstånd som upptar tid från graviditetsvården.

Analysen av vårt resultat visar att barnmorskorna upplever utmaningar i att begränsa sin yrkesroll då de asylsökande gravida kvinnornas behov av stöd och resurser är så omfattande.

Psykisk ohälsa är ett sådant område som barnmorskorna menar i stor utsträckning påverkar kvinnornas förhållande till sin graviditet. Detta stämmer väl överens med tidigare forskning som visar på att immigranter ofta lider av psykisk ohälsa relaterat till tidigare upplevelser i samband med flykt, tidigare traumatisering och nuvarande osäker social situation (Carolan, 2010; Collins et. al., 2010; Ekblad et.al., 2012; Hollander et. al., 2011; Lyberg et.al., 2012). Utifrån basprogrammet, som är de nationella riktlinjer som styr mödrahälsovården, ska barnmorskor identifiera och snabbt fånga upp psykisk ohälsa och/eller riskfaktorer för detta. Det framkommer att barnmorskorna i vår studie gör detta i vården av asylsökande gravida kvinnor, och att de enligt de nationella riktlinjerna också sätter in annan professionell hjälp när det behövs och remitterar vidare till kurator eller psykolog. Barnmorskorna i vår studie menar att det innebär risker för kvinnan när hon inte mår bra i sin graviditet, både förlossningsupplevelsen och anknytningen till barnet kan påverkas negativt då hon inte är mottaglig för sådana förberedelser. Denna uppfattning går i linje med de nationella riktlinjerna som fastslår att anknytning mellan mor och barn allvarligt kan påverkas av psykisk ohälsa (SFOG, 2008). Barnmorskorna i vår studie beskriver dock begränsningar i vården för de asylsökande gravida kvinnorna, vilket innefattar bland annat psykiatrisk vård, och vi menar att det leder till risker både för kvinnan och barnet om psykisk ohälsa förblir obehandlad under graviditeten. Collins et. al. (2011) påpekar att det även är av stor vikt att identifiera psykisk ohälsa under graviditeten för att bland annat förebygga postpartumdepression.

Vikten av god vård under graviditeten betonas även i en kanadensisk studie med fokus på det maternella utfallet (Gagnon et. at., 2012) där 1127 kvinnor med bakgrund som flyktingar, asylsökande eller infödda kanadensare följts från förlossning och upp till fyra månader postpartum. Resultatet slår fast att asylsökande kvinnor har en högre risk att drabbas av ohälsa postpartum jämfört med kanadensiska kvinnor, inklusive depression, ångest och postpartum depression.

Det framkommer i vårt resultat att de asylsökande gravida kvinnorna har behov av annan typ av information än icke-asylsökande. Dels behöver de få praktiska kunskaper kring hur den svenska mödrahälso- och förlossningsvården fungerar, och dels har de generellt en lägre utbildningsnivå och knappa erfarenheter kring den fosterdiagnostik och de övervakningsmetoder som används i Sverige. Även Lyberg et. al. (2012) visar på att

kvinnorna har olika utbildningsgrader och menar utifrån detta att de har behov av information på olika nivåer, vilket ställer krav på barnmorskorna att kunna anpassa informationen.

I fokusgruppsdiskussionerna med barnmorskorna framkom att kommunikation med asylsökande gravida kvinnor många gånger sker under andra former, så som med mer kroppsspråk eller med hjälp av tolk. Dessa metoder är mer tidskrävande, men i övrigt sågs kommunikationen inte som ett generellt problem. Kommunikationssvårigheter har fått större utrymme i tidigare forskning och Lyons et. al. (2008) lyfter fram kommunikationssvårigheter som ett huvudproblem i arbete med etniska minoriteter i Dublin. Bristfälligt tolkarbete ledde till en kommunikationsbarriär som inverkade negativt på vården. Likaså lyfter Degni et. al. (2012) och Lyberg et. al. (2012) kommunikation som ett problem som skapade distans. Möjliga förklaringar till att kommunikationsbarriärer inte var lika framträdande i vår studie skulle kunna vara tolksystemets uppbyggnad och barnmorskornas stora vana av att använda sig av tolk.

Barnmorskornas arbete med asylsökande gravida kvinnor inom mödrahälsovården syftar till att tillgodose hennes reproduktiva och perinatala hälsa, vilket är en del av rätten till hälsa. Detta tydliggörs i den internationella etiska koden för barnmorskor, som utgår från jämlikhet och tillgång till hälso- och sjukvård utan diskriminering med hänsyn till fullständiga mänskliga rättigheter (ICM, 2008). Det klargörs också i den allmänna kommentaren nr. 14, i granskandet av ICESCR, att rätten till hälsa också inkluderar avgörande bestämningsfaktorer till hälsa, så som till exempel tillgång till adekvat boendeform, tillfredställande mat- och näringsintag och tillgång till hälso- och sjukvård utan diskriminering (UN, 2000). För att uppnå rätten till god hälsa är vårdgivare således skyldiga enligt internationell lag att ta hänsyn till avgörande bestämningsfaktorer som påverkar hälsan i helhet. För barnmorskor kan detta innebära att tvingas engagera sig i praktiska frågor som inte är direkt relaterade till graviditeten på bekostnad av tid för mödrahälsovård.

Det uttrycks även i kompetensbeskrivningen för barnmorskor att vårdprocessen ska utgå från en värdegrund med ett helhetsperspektiv på kvinnan och att barnmorskan ska samverka med de olika vårdgivare och myndigheter som krävs för att tillfredsställa kvinnans behov (Socialstyrelsen, 2006). Utifrån detta framkommer i vår analys att bristande samarbete många gånger omöjliggör en helhetssyn på kvinnan och barnmorskorna riskerar till följd av detta att inte hinna ta hand om hela kvinnan. Detta kan leda till att rätten till hälsa inte kan uppnås för

asylsökande gravida kvinnor i Sverige. Ur ett vidare perspektiv kan detta ses i relation till FN:s före detta särskilda rapportör kring rätten till hälsa, Paul Hunts (2007), kritik där han kritiserar Sverige för att inte erbjuda asylsökande vård på samma villkor som icke asylsökande. Mot bakgrund av de bristande nätverk som framkommer i vårt resultat gällande vården av asylsökande gravida kvinnor i Sverige, blir graviditetsvården lidande vilket riskerar leda till diskriminering under internationell lag om rätten till hälsa.

Behovet av en helhetssyn på vården av asylsökande gravida kvinnor framkommer i en studie av Correa-Velez & Ryan (2011). Studien bestod av en litteraturöversikt, intervjuer med kvinnor med flyktingbakgrund och inblandade läkare, sjuksköterskor och barnmorskor. Även övriga nyckelpersoner konsulterades. Det betonades att i vården av gravida är de psykosociala behoven lika viktiga som den rent kliniska vården. För att kunna tillgodose samtliga behov hos kvinnorna krävs att nära samarbete med flera kompetenser ansvariga för den gravida kvinnan, myndigheter likaväl som sociala resurser. Den intervjuade personalen var orolig över att inte kunna ge tillräcklig vård utifrån den sökande kvinnans omfattande behov.

Det framkommer även i vår studie att barnmorskorna på många plan kan ha svårt att ta hänsyn till kvinnornas samtliga behov av vård, då det är begränsningar i tillgång till övrig vård även om de har rätt till mödrahälsovård. Den asylsökande kvinnan har rätt till sådan sjukvård hon erbjuds enligt lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (2008:344). Genom denna lag har hon rätt till vård som inte kan anstå, men inte annan sjukvård, och det kan då falla på den enskilda barnmorskan att bedöma om vården är akut eller kan vänta. Att lägga sådana beslut på den enskilda vårdaren leder enligt Anne Sjögren från Rosengrenska (Personlig kommunikation, 2012-10-31) till godtyckliga beslut, särskiljning och diskriminering. Mot bakgrund av Paul Hunts kritik, rådade lagstiftning och att tidigare forskning som visar en större sjuklighet i denna patientgrupp, hade vi räknat med att lagstiftningen skulle få större utrymme i fokusgruppsdiskussionerna än vad den fick. Lagstiftningen var inget barnmorskorna direkt uttryckte tvivel kring eller reflekterade över och är därför inte en lika stor del av resultatet som vi förutspått. Vi kan dock fortfarande se potentiella risker med denna lagstiftning, och hur den ger effekter på barnmorskornas vård av asylsökande gravida kvinnor.

Svensk lagstiftnings begränsningar i vården av asylsökande (2008:344) går inte i linje med helhetssynen i den etiska koden för barnmorskor (ICM, 2008) eller barnmorskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2006). För att återkoppla till de mänskliga

rättigheterna leder sådan särskiljning till en direkt kränkning av FN:s deklaration om mänskliga rättigheter som Sverige undertecknat samt strider mot de konventioner om rätten till hälsa som Sverige har ratificerat (Paul Hunt, 2007). Att som barnmorska förhålla sig till dessa olika dokument, som inte går i linje med varandra, skapar professionsetiska dilemman vilket kan leda till vårdssituationer där patientsäkerhet och god vård inte kan säkerställas.

Analysen av vår studie visar att det som barnmorska i egenskap av professionell yrkesperson är svårt att sätta sina egna känslor och värderingar åt sidan och enbart lita sig på styrande lagar och dokument i vården av asylsökande gravida kvinnor. Resultatet visar på flera situationer där barnmorskorna hamnar i svåra professionsetiska dilemman. En av grundstenarna i professionsetik är enligt Egidius (2011) pliktetik som utgörs av en känsla att agera på ett visst sätt, även om det kommer i konflikt med den egna viljan. Sådana situationer kan till exempel uppstå när graviditeten får olika betydelse för barnmorskorna och de asylsökande gravida kvinnorna. Barnmorskorna i vår studie poängterar att deras skyldighet är att fokusera på graviditeten utifrån bestämda rutiner och förhållningssätt. I mötet med kvinnans uppfattning om att gravid är något hon ”bara är”, och inget som behöver fokuseras extra på, uppstår en konflikt för barnmorskorna. Graviditeten har således en underordnad betydelse för kvinnorna i förhållande till övrigt i livet som kräver mer uppmärksamhet. Barnmorskorna tvingas att förhålla sig till kvinnornas graviditet utifrån detta och till viss del avsäga sig delar av sin upplevda plikt genom att utföra sitt arbete på ett annat sätt. Graviditetens underordnade betydelse framkommer även i Lyberg et.al. (2012) studie där graviditeten hos immigrerade kvinnor sågs mer som en naturlig del av livet som inte behövde tas särskild hänsyn, vilket var tvärtom hur barnmorskorna uppfattade det.

Kvinnornas starka tilltro till barnmorskorna kan utifrån Björnberg (2011) bland annat förstås genom den isolerade livssituation som asylsökande har efter att ha flyttat till ett nytt sammanhang. Rädsla och osäkerhet inför vad som ska hända dominerar deras tillvaro och identiteten är inte längre tydligt definierad. Vidare bidrar denna isolering till att många asylsökande inte har kontakt med några svenska personer utöver myndighetspersoner, vilket även framkommer i vårt resultat. Vår analys visar att barnmorskorna många gånger blir en central person för kvinnorna utan att det behöver vara direkt relaterat till graviditeten. De litar på sina barnmorskor och vänder sig till dem i förtroende och barnmorskorna i sin tur kan inte alltid värja sig utan påverkas av kvinnornas livssituation och omfattande behov. Barnmorskornas centrala roll för kvinnorna och deras engagemang som går utöver yrkesrollen

leder till ett otydligt moraliskt ansvar som kan vara svårt för barnmorskorna att hantera. Enligt Egidius (2011) uppstår sådana här professionsetiska dilemman då enskilda människor [läs barnmorskor] spontant känner hur de bör agera i sitt yrkesutövande och vad gällande föreskrifter säger att de ska rätta sig efter. Om barnmorskorna enbart gör det som förväntas av dem och lyckas värja sig emot allt annat kan det utifrån Egidius (2011) förstås att de gör avkall på sitt egna etiska förhållningssätt och grundläggande värderingar, som kan anses vara minst lika värdefullt för att uppnå god vård.

I vår analys framkommer att barnmorskorna mot bättre vetande tvingas acceptera potentiellt svåra konsekvenser av hälsotillstånd hos de asylsökande gravida kvinnorna. Mot bakgrund av att yrkesrollen som barnmorska vilar på kompetensbeskrivningens värdegrund med en humanistisk människosyn, ett etiskt förhållningssätt och en helhetssyn på patienten (Socialstyrelsen, 2006), kan det anses vara etiskt försvarbart av barnmorskorna att tvingas acceptera det. Precis som en av de intervjuade barnmorskorna säger är det ”orimligt att pengarna ska gå till järntabletter istället för vinterjacka” om valet står mellan dessa två ting. Att som barnmorska välja att inte se helheten kring kvinnan i en sådan situation, skulle utifrån Egidius (2011) förståelse kring pliktetik kunna anses vara direkt oetiskt. Balansgången i det etiska ansvaret att göra gott landar således utanför den definierade barnmorskerollen och det blir nödvändigt att kompromissa med sin yrkesroll.

KONKLUSION

Vår studie visar att det är särskilt utmanande för barnmorskor att vårda asylsökande gravida kvinnor. Barnmorskorna inom mödrahälsovården har svårt att möta asylsökande gravida kvinnors omfattande behov av vård och stöd då graviditeten många gånger är underordnad andra tillstånd i livet kopplat till deras asylsökande status. Även om de asylsökande gravida kvinnorna har rätt till samma mödrahälsovård som icke asylsökande så har de andra behov. Dessa behov förutsätter att barnmorskorna engagerar sig utanför sin yrkesroll för att kunna möta kvinnan i ett gemensamt fokus på graviditeten. Detta bottnar bland annat i graviditetens olika betydelse, där barnmorskorna sätter graviditeten i centrum medan de asylsökande gravida kvinnorna sätter asylprocessen och den ovissa framtiden i fokus. Barnmorskans roll kan därmed upplevas underordnad asylprocessen och barnmorskorna måste kompromissa med sin yrkesroll för att ta hänsyn till hela kvinnans livssituation utifrån ett helhetsperspektiv.

Resultatets överförbarhet kan sträcka sig utanför asylsökande gravida kvinnor och skulle kunna appliceras på andra gravida grupper i samhället med omfattande behov som kräver engagemang utanför barnmorskerollen. Mot bakgrund av att det finns mycket begränsad forskning inom detta område sedan tidigare och det faktum att det i denna studie framkommit många omfattande utmaningar för barnmorskorna i vården av asylsökande gravida kvinnor, anses det nödvändigt med fortsatt forskning. Möjliga forskningsområden skulle kunna vara riktade mot att utöka samarbete med andra instanser ansvariga för asylsökande gravida kvinnor. Detta utifrån att barnmorskorna återkom till värdet av nätverk för att både höja kvaliteten och effektiviteten i mödrahälsovården för de asylsökande gravida kvinnorna. Utöver detta kommer detta examensarbete utgöra basen för fördjupad analys på masternivå i syfte att ytterligare lyfta fram och synliggöra barnmorskors upplevelser av att vårda asylsökande gravida kvinnor.

För att förbättra kvaliteten på mödrahälsovården och möjliggöra effektivare vårdprocesser har utifrån studiens resultat följande kliniska implikationer identifierats:

- Utökad samarbete med migrationsverket och övriga vårdinstanser.
- Administrativ avlastning, till exempel sekreterare, skulle vara av stort värde för att ombesörja registreringar och andra tidskrävande administrativa processer.
- Kompetensutveckling utifrån specifika patientgruppers behov, till exempel kring tillämpning av lagstiftning.
- Arbetsrutiner behöver ses över specifikt för vården av asylsökande, så som till exempel längden på besöken som i nuläget är standardiserade utifrån ett basprogram oavsett behov. Om både mötet med kvinnan och det administrativa arbetet ska rymmas inom ramen för besöket, så som basprogrammet är utformat i dagsläget, behövs möjligheten till längre besök för asylsökande ses över.

REFERENSER

- Ahrne, G., & Svensson, P. (2011). *Handbok I kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.
- Backman, G. (2012). *The right to health Theory and practice*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Barnmorskeförbundet. (2012). *SRHR*. Hämtad från WWW 2012-12-19:
http://www.barnmorskeforbundet.se/sv/vardfragor/sexuell_reproduktiv_halsa_rattigheter.html
- Björnberg, U. (2011). Social relationships and trust in asylum seeking families in sweden. *Sociological Research Online*, 16(1).
- Carolan, M. (2010). Pregnancy health status of sub-saharan refugee women who have resettled in developed countries: A review of the literature. *Midwifery*, 26(4), 407-414.
- Collins, C. H., Zimmerman, C., & Howard, L. M. (2011). Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: Rates and risk factors. *Archives of Women's Mental Health*, 14(1), 3-11.
- Correa-Velez, I., & Ryan, J. (2012). Developing a best practice model of refugee maternity care. *Women and Birth*, 25(1), 13-22.
- Dahlberg, K. (2011). Lifeworld phenomenology for caring and health care research. I G. Thomson., F. Dykes., & S. Downe. (Red.), *Qualitative research in midwifery and childbirth Phenomenological approaches* (s. 19-33). Abingdon: Routledge.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Dahlgren, L., Emmelin, M., & Winkvist, A. (2007). *Qualitative Methodology for International Public Health*. Umeå: Umeå International School of Public Health, Umeå University.

Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: Health care providers' experiences in meeting somali women living in finland. *Journal of Immigrant and Minority Health, 14*(2), 330-343.

Egidius, H. (2011). *Etik och profession – i en tid av ökande privatisering och myndighetskontroll*. Stockholm: Natur och Kultur.

Ekblad, S., Linander, A., & Asplund, M. (2012). An exploration of the connection between two meaning perspectives: An evidence-based approach to health information delivery to vulnerable groups of arabic- and somali-speaking asylum seekers in a swedish context. *Global Health Promotion, 19*(3), 21-31.

Etiska Prövningsnämnden. (2012). *Bakgrund/bestämmelser*. Hämtad från WWW 2013-01-07: <http://www.epn.se/sv/start/bakgrundbestaemmelser/>.

Etiska prövningsnämnden. (2011). *Personuppgifter i forskningen – vilka regler gäller?* Hämtad från WWW 2013-01-07: <http://www.epn.se/media/24297/faktabroschyr-pul-forskning.pdf>.

Etiska prövningsnämnden. (2011). *Vägledning till forskningspersoninformation*. Hämtad från WWW 2013-01-07: <http://www.epn.se/sv/centralaetikproevningsnaemnden/forskningsbegreppet/>.

Gadamer, H-G. (1989). *Truth and method, second edition*. London: Sheed & Ward ltd.

Gagnon, A., Dougherty, G., Wahoush, O., Saucier, J-F, Dennis, C-L, Stanger, E., palmer, B., Merry., L & Stewart, D. (2012). International migration to Canada: the post-birth health of mothers and infants by immigration class. *Social science & medicine, 76*(1), 197-207.

Göteborgs universitet Sahlgrenska akademien. (2012). *Forskningsetisk granskning av examensarbeten – information till studenter*. Tillgänglig på GUL, 2012-09-04.

Hollander, A., Bruce, D., Burström, B., & Ekblad, S. (2011). Gender-related mental health differences between refugees and non-refugee immigrants - A cross-sectional register-based study. *BMC Public Health*, 11(180).

Hunt, P. (2007) *Mission to Sweden*. Hämtad från WWW 2012-12-16:
http://www.vardforalla.se/files/vardforalla/paul_hunt_mission_to_sweden.pdf.

Ingen människa är illegal. (2012). *Vad gör vi?* Hämtad från WWW 2012-12-13:
<http://www.ingenillegal.org/om-oss/vad-gor-vi>.

International Confederation of Midwives. (2008). *International code of ethics for midwives*. Hämtad från WWW 2013-01-07:
<http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives%20jt%202011rev.pdf>.

International Conference on Population and Development, ICPD. (1994). *Summary of the program of action, Cairo*. Hämtad från WWW 2012-12-20:
<http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/populatin/icpd.htm#chapter7>.

International Organization for Migration (2011). *2011 Annual report*. Hämtat från WWW 2013-01-04: <http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/about-migration/facts--figures-1/global-estimates-and-trends.html>.

Lyberg, A., Viken, B., Haruna, M., & Severinsson, E. (2012). Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 287-295.

Lyons, S. M., O'Keeffe, F. M., Clarke, A. T., & Staines, A. (2008). Cultural diversity in the dublin maternity services: The experiences of maternity service providers when caring for ethnic minority women. *Ethnicity and Health*, 13(3), 261-276.

Migrationsverket. (2012). *Asylregler*. Hämtad från WWW 2012-12-11:
<http://www.migrationsverket.se/info/443.html>.

Migrationsverket. (2012). *Från asylansökan till beslut*. Hämtad från WWW 2012-12-11: <http://www.migrationsverket.se/info/550.html?state=view&skip=0&sv.url=12.4856679b1242a26e6ff80007>.

Millenniemaalen. (2012). *Åtta mål för en bättre värld*. Hämtad från WWW 2012-12-20: <http://www.millenniemaalen.nu/malen-2/>.

Minority Rights Group International. (2005). *Economic, Social and Cultural Rights: A Guide for Minorities and Indigenous People*. Hämtad från WWW 2012-12-21: www.minorityrights.org/download.php?id=50.

Nationalencyklopedin. (2012). *Migration/Immigrant/Emigrant*. Hämtat från WWW 2013-01-04: <http://www.ne.se/sok?q=migration>.

Regeringskansliet. (2005). *Mänskliga Rättigheter. FN:s konventioner om mänskliga rättigheter*. Hämtad från WWW 2012-12-18: http://www.manskligarattigheter.se/dm3/file_archive/050429/f94456a84b7835a65c8bf08a5a70bf94/mr_fn.pdf.

Regeringskansliet. (2002). *Regeringens proposition 2002/03:35 Mål för folkhälsan*. Hämtad från WWW 2012-12-20: <http://www.regeringen.se/content/1/c4/12/59/ce6a4da9.pdf>.

Regeringskansliet. (2012). *Regeringens webbplats om Mänskliga rättigheter*. Hämtad från WWW 2012-12-20: <http://www.manskligarattigheter.se/sv/de-manskliga-rattigheterna/vilka-rattigheter-finns-det/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-srhr>.

Regeringskansliet. (2012). *Rätten till hälsa*. Hämtad från WWW: 2012-12-20: <http://www.manskligarattigheter.se/sv/de-manskliga-rattigheterna/vilka-rattigheter-finns-det/ratten-till-halsa>.

Rosengrenska stiftelsen. (2011). *Asylsökande*. Hämtad från WWW 2012-12-13: <http://www3.rosengrenska.org/Asylsokande.htm>.

Röda korset. (2012). *Faktablad om migration*. Hämtad från WWW 2012-12-13:
http://www.redcross.se/PageFiles/1264/Migration_faktablad_20120420.pdf.

Silfverberg, G. (2006). *Nya vägar i vårdetiken*. Lund: Studentlitteratur.

Sjögren, A. (2012). *Papperslösas rättigheter*. Personlig kommunikation 2012-10-31.

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad från
WWW 2012-12-20:

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf.

Starrin, B., & Svensson, P-G, (2009). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund:
Studentlitteratur AB.

Statens Medicinsk Etiska Råd. (2012). *Etik*. Hämtad från WWW 2012-12-19:

<http://www.smer.se/etik/>.

Statens Medicinsk Etiska Råd, SMER. (2008). *Etik – en introduktion*. Hämtad från WWW
2012-12-19: <http://www.smer.se/wp-content/uploads/2012/05/Etik-en-introduktion1.pdf>.

Statens Medicinsk Etiska Råd. (2012). *Om SMER*. Hämtad från WWW 2012-12-19:

<http://www.smer.se/om-smer/>.

Svenska FN-förbundet. (2012). Hämtad från WWW 2012-12-20: <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/karnkonventionerna/>.

Svensk förening för obstetrik och gynekologi, SFOG). (2008). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv hälsa. Rapport nummer 59*. Göteborg: Elanders.

Sveriges Riksdag. (2003). *Lagen om etikprovning av forskning som avser människor, 2003:460*. Hämtad från WWW 2013-01-07: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/.

UN. (2007). *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women New York, 18 December 1979*. Hämtad från WWW 2012-12-13:
<http://www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm>.

UN. (1966). *International covenant on economic, social and cultural rights*. Hämtad från WWW 2012-12-14: <http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>.

UN. (2012). *Millenium development goals*. Hämtad från WWW 2012-12-20:
<http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml>.

UN. (2000). *The right to the highest attainable standard of health. General comment No. 14*. Hämtad från WWW 2012-12-14:
[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En).

UN. (2012). *The Universal Declaration of Human Rights*. Hämtad från WWW 2012-12-12:
<http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>.

UN. (2005). *World summit 2005*. Hämtad från WWW 2012-12-18
<http://www.un.org/summit2005/>.

UN Women. (2012). *Nationell kommitté Sverige*. Hämtad från WWW 2012-12-18:
<http://unwomen.se/kvinnors-rattigheter/fns-kvinnokonvention/>.

UNFPA. (2012). *About UNFPA*. Hämtad från WWW 2012-12-19:
<http://www.unfpa.org/public/home/about/pid/4628>.

UNFPA. (2012). *Human rights*. Hämtad från WWW 2012-12-19:
<http://www.unfpa.org/rights/rights.htm>.

UNHCR. (2012). *Latest monthly data*. Hämtad från WWW 2013-01-04:
<http://www.unhcr.org/pages/49c3646c4d6.html>.

UNHCR. (2012). *Om oss*. Hämtad från WWW 2012-12-14: <http://www.unhcr.se/se/om-oss/unhcrs-uppdrag.html>.

UNHCR. (2012). *Om oss/Historik*. Hämtad från WWW 2012-12-14: <http://www.unhcr.se/se/om-oss/historik/unhcrs-historia.html>.

UNHCR. (2012). *Se vad vi gör/i regionen*. Hämtad från WWW 2012-12-14: <http://www.unhcr.se/se/vad-vi-goer/unhcr-i-regionen.html>.

UNHCR. (2012). *Se vad vi gör/blandad migration*. Hämtad från WWW 2012-12-14: <http://www.unhcr.se/se/vad-vi-goer/blandad-migration.html>.

UNHCR. (2012). *Se vad vi gör/skydd*. Hämtad från WWW 2012-12-14: <http://www.unhcr.se/se/vad-vi-goer/skydd.html>.

UNHCR. (2012). *Vem vi hjälper/asylsökande*. Hämtad från WWW 2012-12-14: <http://www.unhcr.se/se/vem-vi-hjaelper/asyloekande.html>.

UNHCR. (2012). *Sweden*. Hämtad från WWW 2012-12-14: <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/page?page=49e48f056&submit=GO>.

UNHCR Statistical Online Population Database, United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Tillgänglig 2012-12-14, www.unhcr.org/statistics/populationdatabase.

UNHCR. (2012). *Vem vi hjälper/kvinnor*. Hämtad från WWW 2012-12-14: <http://www.unhcr.se/se/vem-vi-hjaelper/kvinnor.html>.

Utrikesdepartementet. (2010). *Svensk bedömning av multilaterala organisationer*. Hämtad från WWW 2012-12-19: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/15/66/69/db3d38db.pdf>.

Van Hanegem, N., Miltenburg, A. S., Zwart, J. J., Bloemenkamp, K. W. M., & Van Roosmalen, J. (2011). Severe acute maternal morbidity in asylum seekers: A two-year

nationwide cohort study in the netherlands. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 90(9), 1010-1016.

Vetenskapsrådet. (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtat från WWW 2013-01-07: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.

WHO. (2012). *Health and Human Rights*. Hämtad från WWW 2012-12-11: <http://www.who.int/hhr/en/>.

WHO. (2012). *Reproductive health*. Hämtad från WWW 2012-12-19: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/.

WHO. (2012). *The nursing and midwifery programme at WHO – what nursing and midwifery services mean to health*. Hämtad från WWW 2012-12-20: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/nursing_flyer.pdf.

WHO. (2012). *The right to health*. Hämtad från WWW 2012-12-18: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/index.html>

Wibeck, V. (2010) *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningspersoninformation

Förfrågan att delta i studie

Bakgrund: Asylsökande gravida kvinnor har i Sverige enligt gällande lag full tillgång till mödrahälsovård. Som barnmorska på mödrahälsovården ingår att vårda kvinnor under graviditet och varje gravid kvinna är unik utifrån sin livshistoria. Detta gör att barnmorskan behöver etablera en personligt anpassad relation med varje patient som ges vård. Vid vård av gravida kvinnor som är asylsökande finns särskilda utmaningar och om detta saknas vetenskapligt dokumenterad kunskap.

Syftet är studera barnmorskors upplevelser av att vårda asylsökande gravida kvinnor inom mödrahälsovården i Sverige.

Förfrågan om deltagande: I syfte att utveckla kunskap kring vård av asylsökande gravida kvinnor, vänder vi oss till barnmorskor som arbetar med mödrahälsovård. Därav frågar vi dig om du vill delta.

Sekretess: Deltagande är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta utan att ange skäl till detta. Full konfidentialitet garanteras, namn och arbetsplats på deltagare kommer inte att framgå vid redovisning av resultat. Insamlad data kommer förvaras oåtkomlig för obehöriga.

Hur går studien till: Data samlas in genom fokusgruppsdiskussioner med barnmorskor och kommer ledas av barnmorskestudenter (Kristin Nilsson och Johanna Staxäng). Intervjun inleds med en öppen fråga utifrån syftet med studien varefter det står deltagarna fritt att börja berätta, diskutera och dela med sig av sina upplevelser. Avsikten är att låta alla deltagare få plats och att samtalet styrs så litet som möjligt så länge fokus är på forskningsfrågan. Det finns möjlighet att senare få ta del av resultatet när det är publicerat.

Ansvariga för genomförandet av fokusgruppsdiskussionen och examensarbetet är studenterna, tillika intervjuarna:

- Kristin Nilsson; kristin-nilsson@hotmail.com Tel; 0736-913219
- Johanna Staxäng; johanna@staxang.com Tel; 0737-067630

Detta examensarbete handleds av Barnmorska, PhD, Professor Marie Berg på Göteborgs Universitet, som också är ytterst ansvarig. Vid behov kan hon kontaktas:

- Email: marie.berg@gu.se Tel: 031 - 786 6084



GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN

Samtyckesformulär för barnmorskor deltagande i fokusgruppsdiskussion för examensarbete inom Göteborgs Universitet

*Barnmorskors upplevelser av att vårda asylsökande gravida kvinnor inom mödrahälsovården
i Sverige.*

Härmed intygas att jag har tagit del av forskningspersoninformationen och haft möjlighet att ställa frågor till både intervjuarna och även ytterst ansvarig på Göteborgs Universitet. Jag intygar vidare att jag samtycker till att delta i denna fokusgruppsdiskussion utifrån redogjorda förutsättningar.

.....
Ort och Datum

.....
Underskrift

.....
Namnförtydligande

Ansvariga för genomförandet av fokusgruppsdiskussionen och examensarbetet är studenterna, tillika intervjuarna:

- Kristin Nilsson; kristin-nilsson@hotmail.com Tel; 0736-913219
- Johanna Staxäng; Johanna@staxang.com Tel; 0737-067630

Detta examensarbete handleds av Barnmorska, PhD, Professor Marie Berg på Göteborgs Universitet, som också är ytterst ansvarig. Vid behov kan hon kontaktas:

- Email: marie.berg@gu.se Tel: 031 - 786 6084

Fördelning av arbetet

Arbetet med uppsatsen påbörjades tidigt under hösten 2012. Utgångspunkten var vårt intresse för internationell hälsa och hur detta kunde skrivas ur en svensk kontext. Vi kontaktade då olika personer med erfarenhet av att arbeta med hälsofrågor som rör sexuell hälsa, asylsökande och papperslösa för att kunna ringa in lämpligt problemområde, då det finns begränsad tidigare forskning inom området. Vi har varit i kontakt med Henry Ascher som är engagerad i frågor rörande papperslösa i Göteborg och fick via honom kontakt med Elisabet Jangsten på Högskolan i Borås, som också hon är engagerad i papperslösas situation.

Vi kontaktade även en barnmorskemottagning i en av Sveriges större städer som har stor erfarenhet av att vårda papperslösa och asylsökande gravida kvinnor och vi bjöds in till deras arbetsplatsträff (APT) i syfte att ytterligare ringa in vårt problemområde. Vi diskuterade där papperslösas och asylsökandes situation och barnmorskorna efterfrågade mer fokus på de asylsökande kvinnorna då de papperslösas situation redan är aktuell i samhällsdebatten och media, medan de asylsökandes situation får mindre uppmärksamhet. Vi kom då fram till att fokusera på asylsökande gravida kvinnor och inte på papperslösa.

Utöver detta hade J.S ett möte med Lennie Hammarstedt på Kunskapscentrum för sexuell hälsa i Göteborg för att diskutera behov gällande sexuell och reproduktiv hälsa bland olika grupper i Göteborg. Även detta möte kom att fokusera främst på de asylsökande gravida kvinnorna och att detta kunde diskuteras utifrån ett MR och SRHR-perspektiv.

Uppsatsen har utförts gemensamt där arbetsbördan delats lika, därmed har båda författarna varit lika delaktiga. För att effektivisera arbetet och åstadkomma en hög nivå, har vi strukturerat uppsatsupplägget tillsammans för att sedan dela upp vissa ansvarsområden oss emellan. I de stycken vi delat upp skrivandet har vi haft nära kontakt, ofta via mail eller telefon, och kritiskt läst igenom varandras utkast och noterat kommentarer kring förslag till förbättringar och förtydliganden. Därefter har vi setts för att tillsammans gå igenom materialet och det slutgiltiga arbetet med en text har gjorts gemensamt för att texterna ska vara enhetliga

och baserade på gemensam förståelse. Alla texter är således lästa och genomarbetade av oss båda, även om en av oss skrivit det ursprungliga utkastet.

Ansvarsuppdelningen av uppdelat material har varit följande; J.S har ansvarat för avsnittet i bakgrunden om 'Rätten till hälsa som en mänsklig rättighet' och sedermera diskussionsavsnittet relaterat till det. K.N har ansvarat för 'Asylsökande' och 'Professionsetik' i bakgrunden och relaterade diskussionsavsnitt. Avsnittet i bakgrunden om barnmorskan har delats lika där vi tillsammans, fast på varsin dator, sökt och systematiskt gått igenom de vetenskapliga studier som inkluderats i uppsatsen och skrivit om dessa. Metodavsnittet har till stor del gjorts tillsammans men ansvaret har varit följande efter att båda läst aktuell litteratur; K.N har ansvarat för avsnitten 'Hermeneutisk filosofi och metod', 'Hermeneutisk livsvärldsansats' och 'Forskningsetiska överväganden'. J.S har ansvarat för 'Datainsamling genom fokusgrupper med hermeneutisk livsvärldsansats', 'Urval och genomförande', 'Analys av fokusgrupper med hermeneutisk livsvärldsansats' samt 'Analysprocessen'. Under metodavsnittet sågs vi ofta och gav kontinuerlig feedback till varandra och har skrivit ihop stycken och omarbetat materialet tillsammans.

Gällande resultatet, utöver vad som framgår av att läsa i analysavsnittet i uppsatsen, så delade vi initialt upp temana och började skriva på var sina delar. Dessa teman har dock bearbetats och omformats av oss tillsammans och resultatet beskriver total gemensam förståelse utifrån syftet. Utöver tidigare nämnda diskussionsavsnitt har K.N ansvarat för 'Metoddiskussionen'.