



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Barnmorskeprogrammet VK-14

Vård på lika villkor?

Barnmorskans upplevelser av att stödja utlandsfödda kvinnor inom Mödrahälsovården

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp

(Avancerad nivå), 2015

Författare:

Alejandra Vera Escobar

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Handledare:

Mia Barimani

Leg. Barnmorska

Med. Dr

Jessica Rappu

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Examinator:

Anna Hjelmstedt

Docent



KAROLINSKA INSTITUTET

Department of women's and children's health

Division of reproduction and perinatal health

Programme of midwifery, VK-14

Care on equal terms?

Midwives experiences in supporting foreign-born women in the maternity care unit

Degree of sexual, reproductive and perinatal health, 15 credits

(Advanced level), 2015

Authors:

Alejandra Vera- Escobar

RN.

Midwifery student

Supervisor:

Mia Barimani

RM.

Med. Dr.

Jessica Rappu

RN.

Midwifery student

Examiner:

Anna Hjelmstedt

Docent

SAMMANFATTNING

BAKGRUND: Den kulturella mångfalden har de senaste åren ökat i Sverige och idag är 13 % av kvinnorna utlandsfödda. Detta för med sig högre krav på barnmorskan och hennes arbete. Tidigare forskning visar att utlandsfödda kvinnor, främst från Somalia och Etiopien, löper större risker för graviditets- och förlossningskomplikationer.

SYFTE: Syftet med denna studie är att beskriva barnmorskors upplevelser av att stödja utlandsfödda kvinnor under sin graviditet inom mödrahälsovården

METOD: Detta är en kvalitativ studie som genomförts via semistrukturerade intervjuer. Totalt har nio barnmorskor inom Stockholms kommun intervjuats och därefter har intervjuerna transkriberats ordagrant. Materialet har analyserats genom en induktiv tematisk analys där författarna efter noggrann läsning identifierat två huvud teman och sex underliggande subteman.

RESULTAT: Resultatet beskrivs i två teman: *Kulturell kompetens* samt *vård på lika villkor*. I löpande text beskrivs resultatet vidare i sex subteman: *kulturkrockar*, *kulturella kunskaper*, *kulturella och traditionella skillnader*, *barnmorskans handläggning av graviditeten*, *informationsförlust för utlandsfödda kvinnor* samt *brist på resurser*.

SLUTSATS: Resultatet visar att barnmorskor har en vilja och ambition att vårda alla kvinnor lika och se individen i kvinnan oavsett etnicitet och kultur. Olika kulturer hos kvinnan och barnmorskan kan dock innebära både hinder och möjligheter. Brister i organisationen och brist på resurser försvårar arbetet för barnmorskan, bland annat på grund av tidsbrist och varierande kvalitet på tolkar. I sin tur så leder detta till att utlandsfödda kvinnor får sämre information och stöd under sin graviditet.

Nyckelord: Barnmorska, utlandsfödda gravida kvinnor, kultur, jämlik vård, transkulturell kompetens.

ABSTRACT

BACKGROUND: The cultural diversity has increased in Sweden the recent years and today 13 % of the women are foreign-born. This sets higher demands on the midwife and her work. Earlier research shows that foreign women, mainly from Somalia and Ethiopia, are at greater risk for obstetric complications.

AIM: The aim of this study is to describe midwives experiences in supporting foreign-born women during their pregnancy in the maternal health care unit.

METHOD: This is a qualitative study that has been conducted through semistructured interviews. A total of nine midwives in Stockholm city have participated in the study and the interviews have been transcribed verbatim. The material has been analyzed through an inductive thematic analysis where the researchers have read the text thoroughly and been able to identify two main themes and six underlying subthemes.

RESULT: The result describes in two themes: *Care on equal terms* and *cultural competence*. In a continuous text the result describes further in six subthemes: *Clash of cultures*, *cultural knowledge*, *cultural and traditional diversities*, *loss of information for foreign-born women*, *the midwife's managing of the pregnancy* and *lack of resources*.

CONCLUSION: The results show that midwives have an ambition to care for every woman the same way, despite ethnicity and culture. Different culture between the midwife and the woman can mean both obstacles and opportunities. Deficiencies in the organization and lack of resources complicates the work for the midwife, partly because the lack of time and a varying quality of interpreter. In turns, this leads to the conclusion that foreign-born women get less information and support during their pregnancy.

Keywords: Midwife, foreign-born pregnant women, culture, equal care, transcultural competence.

Innehållsförteckning

1. Inledning	6
2. Bakgrund	6
2.1. Mödrahälsovården	6
2.2. Barnmorskans historia och ansvar	7
2.3. Utlandsfödda kvinnor inom mödrahälsovården	8
2.4. Kultur	9
2.5. Kulturell kompetens	10
2.6. Lagar och föreskrifter	10
2.7. Att stödja under graviditeten	11
3. Problemformulering	12
4. Syfte	13
5. Metod	13
5.1. Urval	13
5.2. Datainsamling	14
5.3. Dataanalys	14
6. Etiska överväganden	16
7. Resultat	16
7.1. Kulturell kompetens	17
7.1.1. Kulturkrockar	17
7.1.2. Kulturella kunskaper	18
7.1.3. Kulturella och traditionella skillnader	21
7.2. Vård på lika villkor	23
7.2.1. Barnmorskans handläggning av graviditeten	23
7.2.2. Informationsförlust för utlandsfödda kvinnor	25
7.2.3. Brist på resurser	26
8. Diskussion	28
8.1. Metoddiskussion	28
8.2. Resultatdiskussion	30
8.2.1. Kulturell kompetens	31
8.2.1. Vård på lika villkor	32
8.3. Slutsats	34
8.4. Förslag till framtida forskning	35
8.5. Klinisk implikation	35
8.6. Tack	35
9. Referenslista	36
Bilagor	43

1. Inledning

Under vår verksamhetsförlagda utbildning inom mödrahälsovården mötte vi många gravida kvinnor med utländsk härkomst, då vi båda hade placeringar i relativt invandrartäta bostadsområden. Vi fick uppfattningen om att utlandsfödda gravida kvinnor, som inte behärskade det svenska språket, generellt fick sämre stöd och information från barnmorskan. Ett annat intryck vi fick var att en del barnmorskor ansåg att denna grupp kvinnor var svåra och ansträngande att vårda. Med en växande mångkultur i Sverige anser vi att detta är ett ämne som är högst aktuellt och ett ämne som bör uppmärksammas och analyseras närmare.

2. Bakgrund

2.1. Mödrahälsovården

Den svenska mödrahälsovården etablerades på 1930-talet och syftet var då att ge blivande föräldrar kunskap om barnafödande och uppfostran (Olsson, 2000). Genom detta upptäcktes ett behov av individuellt stöd hos föräldrapar som väntade barn. Detta stöd bör utföras av barnmorskan med respekt, integritet, värdighet och medvetande om varje gravid kvinnas individuella möjligheter (Olsson, Jansson & Norberg, 2000). Enligt Wiklund et.al. (2005) är den svenska mödravården utformad för att ge avgiftsfria besök och frivillig vård för alla gravida kvinnor. Socialstyrelsen (2009) påvisar att nästintill hundra procent av de gravida kvinnorna utnyttjar denna förmån, även om de inte går på alla rekommenderade besök. Enligt Wiklund et.al. (2005) ingår det i regel cirka 10-11 besök hos barnmorskan för en förstföderska där det vid olika graviditetsveckor kontrolleras olika parametrar som exempelvis blodtryck, blodprover (för mätning av bland annat hemoglobin och blodsocker), fosterljud och symfys fundus mått (mått på kvinnans livmoder som skattar barnets tillväxt). Syftet med detta är att identifiera eventuella risker under graviditet och förebygga eller minimera eventuella komplikationer inför kommande förlossning som kan komma att påverka kvinnans eller barnets hälsa. I basprogrammet för vård under graviditet i Stockholms län står det beskrivet vad barnmorskan behöver ta reda på samt är ålagd att informera en kvinna om under sin graviditet:

- Hälsohistoria, allmän medicinsk anamnes inklusive psykisk ohälsa/sjukdom och eventuell läkemedelsbehandling
- Obstetrisk anamnes
- Ärftlighet för olika sjukdomar och tillstånd
- Relationen med partnern och dess betydelse
- Förväntningar och känslor inför graviditeten och förlossningen
- Amningserfarenhet
- Livsstilsfrågor om kost och motion
- Bostad, ekonomi och arbetssituation
- Socialt nätverk
- Erfarenheter av våld i nära relationer
- Bruk/missbruk av tobak, alkohol och droger.

Utöver detta tillkommer även information om fosterdiagnostik, psykosocialt stöd till de som behöver, föräldrautbildning samt utdelning av skriftligt informationsmaterial (Wiklund et.al. 2005). Enligt Thomas (2009) påverkar kvinnans sociala, kulturella och ekonomiska bakgrund hennes graviditet och hälsa. Därav är detta en viktig kännedom för barnmorskan i mödrahälsovården med syftet att bidra till en trygg och säker graviditet. Under de senaste decennierna har Sverige blivit ett mer multikulturellt samhälle vilket ställer högre krav på mödrahälsovården. I mödrahälsovårdens basprogram poängteras barnmorskans möte med utlandsfödda kvinnor. Barnmorskan ska besitta en teoretisk och klinisk kunskap samt bedöma kvinnan individuellt (Gustavsson, 2015). Detta kräver stor ansträngning och ett intresse från barnmorskan för att kunna identifiera avvikande omständigheter som bör åtgärdas för att minska risker under graviditeten och under förlossning.

2.2. Barnmorskans historia och ansvar

Barnmorska är världens äldsta kvinnoyrke och har utvecklats mycket under tidens gång. Redan på 1700- talet skulle barnmorskan vara den som tog hand om gravida kvinnor och hjälpte dem genom en normal förlossning. En manlig läkare tog över arbetet om det uppstod komplikationer eller om olika typer av instrument behövde användas, då instrument ansågs som ett manligt attribut. Barnmorskeyrket blev mer och mer respekterat och under sent 1700-

tal krävdes utbildning för att få arbeta som barnmorska (Höjeberg, 2011). Barnmorskans huvudsakliga ansvarsområde idag handlar om kvinnors reproduktiva hälsa och deras uppgifter innefattar bland annat att kunna identifiera individens behov av information, stöd och bekräftelse av sina känslor under graviditeten. Det är även av stor vikt av att inte generalisera utan att se varje kvinna som en individ även om vissa likheter finns mellan kvinnor som är från samma land eller kultur (Akhavan, 2009). Enligt ICM -International Confederation of Midwives (2011) ska en barnmorska vara lyhörd för en kvinnas psykiska, fysiska, emotionella och andliga behov genom en ömsesidig respekt och tillit vilket möjliggörs om barnmorskan visar hänsyn till individens kulturella olikheter. Samtidigt bör barnmorskan arbeta för att motverka ohälsosamma handlingar inom olika kulturer.

En annan viktig uppgift är också att upptäcka och behandla avvikande tillstånd under graviditet, förlossning och postpartum (Walsh, 2010). Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) påpekar även barnmorskans viktiga roll över kvinnans välmående under graviditeten samt betydelsen av att bygga en relation mellan kvinnan och hennes kommande barn. Det arbete som barnmorskor utför i Sverige idag är unikt med tanke på deras breda ansvarsområde, vilket skiljer sig i jämförelse med många andra länder (Thomas, 2009). Vidare menar Olsson (2000) att det inte finns några medicinska fördelar med att träffa en läkare under sina graviditetskontroller gentemot att träffa en barnmorska. Däremot kräver detta att barnmorskan kan vara flexibel i mötet med just utlandsfödda kvinnor då de kan ha en annan medicinsk och psykisk problematik än vad barnmorskan är van vid. Enligt tidigare studier anser barnmorskor att en problematisk faktor är kommunikationen gällande utlandsfödda kvinnor som har svårigheter med det svenska språket (Akhavan, 2009).

2.3. Utlandsfödda kvinnor inom mödrahälsovården

I Sverige lever cirka 13 % utlandsfödda kvinnor från olika delar av världen. Med begreppet ”utlandsfödd” menas en person som inte är född i Sverige och som har en annan etnisk bakgrund. På grund av olika anledningar har personen invandrat och bosatt sig i Sverige (Regeringskansliet, 2000:43). Detta för med sig en stor variation av kulturella beteenden och många olika perspektiv på vården, barnmorskans roll och syn på graviditet. Författarna till denna studie är medvetna om den variation av kvinnor som begreppet ”utlandsfödda kvinnor” rymmer. Tidigare forskning visar att kvinnor födda utomlands generellt får sämre vård än etnisk svenska kvinnor (Akhavan, 2012). Robertsson (2003) tolkar detta som en strukturell

diskriminering inom vården och betonar att åtgärder behövs för att vården ska bli mer jämlik och rättvis. Kulturella skillnader kan innebära att utlandsfödda kvinnor har svårt att förstå betydelsen av bokade tider hos barnmorskan när man mår bra utan kommer till barnmorskan om de tror att något är fel eller om de mår dåligt (Ny, Dykes, Molin & Karlsson, 2007). Detta leder till att många kvinnor uteblir från sina besök på mödrahälsovården och forskning visar att kvinnor som varit på fem besök eller mindre eller tretton besök eller mer löper större risk för graviditets- och/eller förlossningskomplikationer (Robertsson, Malmström & Johansson, 2005). Dessa komplikationer kan även bero på bristande anamnesupptagning och information från barnmorskan (MhøSam, 2013). Flera studier har visat att utlandsfödda gravida kvinnor som har ursprung från Afrikas horn får i betydande utsträckning sämre vård i jämförelse med svenska kvinnor. I Essén et.al. (2000) framkom det att vissa gravida kvinnor, främst från Afrika, är väldigt oroliga för kejsarsnitt vilket gör att de ändrar sitt födointag under graviditeten med förhoppningen om att föda mindre barn för att undvika kejsarsnitt. Denna grupp kvinnor hade även mest uteblivna besök på mödravården och uteblivna ultraljudskontroller.

Vid möten med utlandsfödda kvinnor ska barnmorskan alltid anlita en auktoriserad tolk vid misstanke om språksvårigheter och även under mötet bekräfta att kvinnan har uppfattat den informationen som förmedlats genom att ställa följdfrågor. Detta för att bekräfta kvinnors förståelse av informationen som givits samt för att utesluta missförstånd (Gustavsson, 2015). Enligt Mödrahälsovårdsöverläkarna och samordningsbarnmorskorna i Stockholms län, MhøSam (2013) så kan det behövas extra kontroller hos barnmorskan för utlandsfödda kvinnor, då de kan ha ett större behov av stöd och information och kan därför behöva en mer individuell vårdplan.

2.4. Kultur

Kultur kan definieras på olika sätt men Herlitz (2007) definierar kultur som en typ av gemensam livsform vilket innebär att människor som lever i samma områden har oftast en likartad omgivning och strävar efter att ha ett liknade beteende. Kultur kan även definieras som något som innefattar alla människors handlingar och värderingar vilket ger en uppfattning på hur man beter sig i vissa sammanhang, hur man är klädd och hur man bör uppföra sig. Detta styr vårt gemensamma yttrande och vår syn på omvärlden samt säger oss vad som är rätt eller fel, gott eller dåligt (a.a)

2.5. Kulturell kompetens

Berlin (2010) menar att kulturell kompetens är en bred definition som kräver ett fördjupat medvetande och en förståelse av personliga värderingar, empati samt en nyfikenhet att lära känna människor. Även en vilja och ett mod att fråga för att kunna förstå andras situation på ett bättre sätt. Kulturell kompetens är en viktig faktor i vården då det skapar förutsättningar för att utveckla en förtroendefull relation med patienten. Detta i sin tur gör att patienten känner sig värdig, förstådd och lättare kan vara delaktig i sin hälsoplan. Enligt McNaughton(2002) innebär kulturell kompetens en förståelse om att människor har olika uppfattningar om världen och en vilja att interagera och kommunicera med människor för att skapa ett utbyte mellan de olika kulturerna. Den kulturella kompetensen är något som eftersträvas mer och mer hos vårdpersonal eftersom Sverige har blivit mer kulturrikt de senaste åren. Det är därför av stor vikt att barnmorskan kan kommunicera trots språkliga svårigheter, anpassa information och stöd till kvinnor från olika kulturer samt ha ett professionellt förhållningssätt exempelvis gällande användande utav tolk (Franck, 2006). Enligt Madeleine Leiningers transkulturella teori beskrivs kultur som något som innefattar en människas värderingar, tro, livsåskådning och normer samt om en person är del av en jag-kultur, vi- kultur eller både och. Vårdpersonal kan använda hennes soluppgångsmodell som ett verktyg för ökad kulturell medvetenhet. Denna modell inkluderar: utbildning, politiska åsikter, ekonomi, teknik, kulturella värderingar, livsstil, religion och släktens betydelse (Mc Farland, 2002).

Enligt Kompetensbeskrivningen för legitimerade barnmorskor ska en barnmorska vara kapabel till att tillämpa sina teoretiska och praktiska kunskaper genom förståelse, lämplig attityd, mod, ansvar och intresse vid mötet med patienten (Socialstyrelsen, 2006). Detta kräver engagemang och flexibilitet från barnmorskan för att kunna tillfredsställa kvinnors behov och bejaka kvinnors känslor och rädslor utifrån kvinnans bakgrund och kultur (Kaplan, 2009).

2.6. Lagar och föreskrifter

Under 1982 utvecklades hälso -och sjukvårdslagen: "Vård på lika villkor" då det fanns ett stort behov av att utarbeta olika strategier för att minska skillnader i vård och omsorg för olika utsatta grupper i det svenska samhället (Socialstyrelsen 2009). Förändringar gjordes i lagen

med syfte om att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar samt skador. Målsättningen var att ge en god vård med lika villkor för hela samhället oavsett ålder, kön, sexuell läggning, funktionshinder, bostadsort, utbildning, social ställning, födelseland eller religiös tillhörighet (Hälso-och sjukvårdslagen, 1982:763). Enligt FN-deklarationen från år 1946 framställs hälsa som en mänsklig rättighet vilket definieras som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt befinnande dvs. frånvaro av sjukdom eller handikapp (Janlert, 2003).

"Vård på lika villkor" -lagen baserades på att hälso-och sjukvård bör försöka uppfylla alla mål genom rättvisa och lika förutsättningar vilket definieras som vertikal samt horisontell jämlikhet. Vertikal jämlikhet innebär att resurserna bör styras efter behovet medan horisontell jämlikhet menas att alla bör få lika stor del av resurserna (Diaz, 2009). När det gäller jämlikhet i vården kan det delas in i olika prioriteringsprinciper:

- 1.- Människovärdesprincipen dvs. att alla människor är lika värda oavsett hälsotillstånd.
- 2.- Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att resurserna ska tilldelas dit behovet är som störst och till dem som har mindre möjlighet att bli hörda eller svårigheter att utnyttja sina rättigheter.
- 3.-Konstnadseffektivitetsprincipen strävar efter att förbättra hälsa och öka livskvalitet. (SOU 1995:5)

Förutsättningar för att hälso-och sjukvården ska kunna ge vård på lika villkor är att vården är tillgänglig för hela befolkningen, och speciellt till de sårbara grupperna som exempelvis utlandsfödda kvinnor. Enligt tidigare forskning har utlandsfödda kvinnor i Sverige en högre risk för dödföddhet och mortalitet i samband med förlossning men även ökad risk för missbildningar och ökad sjuklighet under graviditeten (Folkhälsorapport, 2005).

2.7. Att stödja under graviditeten

Stöd definieras som en personlig kontakt för att gynna individens förmåga att bygga och förstärka personens tillit för att kunna uppnå självständighet, integritet och självbestämmande (Ehnfors, 2014). Av den anledningen är det viktigt att barnmorskan kan identifiera behovet till utlandsfödda kvinnor för att kunna ge stöd, trygghet och kontinuitet som kvinnan behöver

under sin graviditet. Enligt Hinson, Bowsher, Maloney & Lillis (1997) kan stöd delas in i fyra olika kategorier:

- Emotionellt stöd som är relaterat till känslor. Detta handlar om att kunna ventilera vad man känner och ge sitt förtroende till andra människor men att även vara empatisk, sympatisk, kunna ge omsorg, uppmuntran samt ha en förmåga att trösta. Oftast uttrycker sig emotionellt stöd genom ett kroppsligt språk.
- Värderingsstöd handlar om att värdera sig själv, att känna sig bekräftad. Att få och ge respons.
- Informationsstöd innefattar det informativa material som hjälper personer att kunna hjälpa sig själv eller hjälpa andra att lösa problem i en påfrestande situation.
- Instrumentellt stöd det handlar om beteende som direkt kan hjälpa individen dvs. något som hjälper individen att klara sin vardag.

Även Socialstyrelsen (2006) anser att det är betydelsefullt för individen att vårdpersonal kan ge kontinuerligt stöd i form av en personlig kontakt som finns för individen om stöd behövs. Inom mödrahälsovården kan kontinuerligt stöd ges till kvinnan om barnmorskan skapar en relation med henne med fullkomlig respekt, förtroende och trygghet (Hildingsson, 2007). Däremot kräver detta att barnmorskan kan vara anpassningsbar i mötet med utlandsfödda kvinnor då de kan ha en annan medicinsk och psykisk problematik än vad barnmorskan är van vid.

3. Problemformulering

I dagens svenska samhälle är 13 % av kvinnorna utlandsfödda vilket innebär att en stor del av kvinnorna som besöker mödravården under sin graviditet har ursprung i andra länder och kulturer. Tidigare studier har visat att utlandsfödda kvinnor får sämre vård under sin graviditet och förlossning bland annat på grund av språksvårigheter samt brist på stöd och information från barnmorskan. Inom mödrahälsovårdens basprogram handläggs alla kvinnor i stort sett likadant vilket kan vara ett problem för utlandsfödda kvinnor. Denna grupp kvinnor kan vara i behov av andra insatser och annan typ av stöd vilket ställer högre krav på barnmorskans

arbete och kulturella kompetens inom mödrahälsovården. För att möjliggöra en förbättring av vården till utlandsfödda kvinnor är det av stor vikt att ta reda på barnmorskors upplevelser gällande stöd till utlandsfödda gravida kvinnor.

4. Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva barnmorskors upplevelser av att stödja utlandsfödda kvinnor under sin graviditet inom mödrahälsovården i Stockholms kommun.

5. Metod

En kvalitativ metod har används i denna studie. Kvalitativa studier syftar till att tolka och beskriva upplevelser och känslor (Forsberg & Wengström, 2003). Materialet blir då rikt på detaljer och en bättre förståelse för ämnet kan fås (Frieberg, 2006). Semistrukturerade intervjuer har används och barnmorskor från olika delar av Stockholm tillfrågades om deltagande. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) har semistrukturerade intervjuer som mål att få beskrivningar av intervjupersonens livsvärld för att sedan kunna tolka det beskrivna budskapet. För att analysera materialet har författarna valt en induktiv tematisk analys med manifest ansats.

5.1. Urval

För att bredda studien inom Stockholms kommuns mödravårdscentraler tillfrågades barnmorskor som arbetade i Söderort, Västerort, Österort, Norrort samt centralt belagda områden om deltagande i studien. Mödravårdscentralerna valdes ut via en karta över Stockholms kommun. Syftet var att få deltagare från många olika upptagsområden med varierande grad av gravida utlandsfödda kvinnor som patienter. Inga specifika krav ställdes på barnmorskan för att delta men försök gjordes för att få en variation i arbetslivserfarenhet samt olika etniska bakgrunder då detta vore en intressant infallsvinkel. Då de flesta barnmorskor är kvinnor är det endast kvinnliga barnmorskor som deltagit i studien, även fast det inte var ett krav. Tre tillfrågade barnmorskor valde att inte delta på grund av tidsbrist. För att ändå få ett adekvat antal barnmorskor till studien tillfrågades ytterligare en barnmorska från en

mödravårdscentral i Norrort medan två barnmorskor från respektive mottagning i Söderort valde att delta vilket innebär att totalt nio barnmorskor har intervjuats.

5.2. Datainsamling

Information om studien nådde ut till mödravårdscentralerna via mail och telefon.

Informationen togs emot från den barnmorskan som svarade i telefonen när vi ringde. Två barnmorskor valde att rådgöra med mottagningsansvarig barnmorska angående studien innan besked kunde ges om deltagande. Tid och plats bokades in både per telefon och via mail beroende på barnmorskans tillgänglighet. Respondenterna fick välja vart intervjun skulle äga rum, då författarna var flexibla och anpassningsbara efter barnmorskans behov och önskemål. Innan intervjuerna utfördes skickades ett informationsbrev (se bilaga 1) ut om studien och alla barnmorskor fick vid intervjutillfället ytterligare muntlig och skriftlig information om studien samt om deras frivillighet under hela studiens gång. De fick även information om att citat kan förekomma i resultatet och fick skriva på ett godkännande för detta (se bilaga 2). Intervjuerna genomfördes på plats i en lugn miljö på respektive mödravårdscentral. Semistrukturerade intervjuer, som använts i denna studie, syftar till att man ställer samma öppna frågor till alla deltagare. Frågorna gick ej att besvara med endast ja eller nej (Polit & Beck, 2008). Intervjun började genom en öppen introduktionsfråga till varje barnmorska om hennes yrkeserfarenhet. Efter två intervjuer tillkom en fråga om tolksamtal, då författarna märkte ett behov av detta. En fråga formulerades om för att respondenterna lättare skulle förstå men innehållet i frågan var detsamma (se bilaga 3). Intervjuerna spelades in på två smart-mobiltelefoner och intervjuerna varade mellan 27-42 minuter. Efter intervjun transkriberades den så snart som möjligt, vilket skedde individuellt. En intervju föll bort från ljud enheterna på grund av tekniska problem. Detta löste författarna genom att skriva en sammanfattning av intervjun och maila denna till den berörda barnmorskan. Hon fick i sin tur lägga till och ta bort text som hon önskade så hon kände att hennes åsikter speglades väl i texten. På så sätt kunde författarna ändå nyttja denna barnmorskas upplevelser i resultatet.

5.3. Dataanalys

Materialet transkriberades dagen efter intervjun och lästes därefter ett flertal gånger av båda författarna för att skapa en helhetsuppfattning om resultatet. Intervjuernas transkribering utfördes ordagrant och författarna tog även med skratt, pauser och ord som exempel ”hmm”

och ”eeh”. Transkriberingsarbetet tog mellan 6 till 8 timmar beroende på intervjuens längd och totalt omfattade de transkriberade intervjuerna 31 dataskrivna dubbelsidiga sidor. En induktiv tematisk analys har valts för att analysera materialet. Enligt Fereday (2006) utgår en induktiv tematisk analys från ett empiriskt material där olika teman identifieras. Detta sker genom noggrann och genomtänkt läsning av materialet för att sedan skapa teman och eventuella subteman. Den tematiska analysens genomförandeprocess delas upp i sex olika steg som beskrivs i Braun och Clark (2006), vilka författarna följt:

1. Första steget handlar om att läsa det transkriberade materialet ett flertal gånger för att få en bred uppfattning om innehållet. Författarna läste samtliga intervjuer flera gånger och diskuterade med varandra huruvida vi uppfattat intervjuerna.
2. I det andra steget skapades koder av det transkriberade materialet. Koderna skapades utifrån citat eller ord med liknande innebörd. Detta underlättade organiseringen av texten. Det transkriberade materialet lästes igen och de delar av texten som svarade på syftet fick en kod. Exempelvis så fick ett citat som löd: ” *Kvinnor överlag som har ett ökat behov av stöd så kan jag tycka att mödravården idag är ganska begränsad till att kunna ge det där stödet som man skulle vilja till dem* ” koden ”Otillräcklighet”
3. Efter att ha läst det kodade materialet ett flertal gånger skapade författarna övergripande teman av de mest framträdande fynden vilket är det tredje steget i analysen.
4. Materialet lästes ytterligare och författarna utbytte tankar och reflektioner med varandra för att kunna säkerställa tillförlitlighet. Materialet granskades noga för att försäkra att temana sammanfattade det mest framträdande i texten. Författarna ändrade temana några gånger för att de bättre skulle stämma överens med innehållet.
5. I detta femte steg skapades subteman till respektive tema. För att komma fram till de olika subtemana diskuterade författarna sinsemellan, med koderna och det transkriberade materialet till hjälp.
6. Det sista steget i den tematiska analysen börjar skrivandet av resultatet. Här gick författarna parallellt tillbaka till materialet för att behålla tillförlitlighet. Metoddiskussionen tar upp eventuella misstag och brister som uppstått under studiens gång.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

CITAT	KOD	SUBTEMA	TEMA
<i>"Så det är det här också att inte skuldbelägga någon.. Men vem säger att jag har rätt eller fel? Det är det här.. Vem har rätt eller fel? Det är inte så enkelt. Det är inte det"</i>	Olika tankar och syn på livet	Kulturella och traditionella skillnader	Kulturell kompetens

6. Etiska överväganden

Helsingforsdeklarationen benämner de forskningsetiska principerna som eftersträvas inför denna studie vilka innefattar: autonomi-, godhets-, icke skada- och rättvis principen där integritet och medbestämmanderätt är viktiga faktorer att ta hänsyn till under studiens gång (Vetenskapsrådet, 2002). En etisk prövning är något som krävs gällande studier där människor medverkar enligt lagen om etisk forskning (SFS 2003:460) men studier som riktar sig till vårdpersonal och som är under pågående högskoleutbildning är inte i behov av en etisk prövning. Ett etiskt förhållningssätt har följts genom att ge noggrann information till deltagarna och betonat deras frivillighet till medverkande samt rätt att lämna studien om de skulle velat. Materialet har behandlats konfidentiellt och alla personuppgifter är skyddade. Deltagarna erbjöds även tillgång till den färdiga studien om de skulle vilja ta del av resultatet. Efter att intervjuerna transkriberats och sparats på en datorenhet raderades de från respektive mobiltelefon för att försäkra att barnmorskornas identitet har skyddats.

7. Resultat

Två övergripande teman kunde identifieras efter noggrann analys av insamlat material. Dessa teman är: *Kulturell kompetens och Vård på lika villkor*. Tillhörande dessa teman finns sex olika subteman som går att se i tabellen nedan.

Tabell 2. Översikt av subteman och teman

Subtema	Tema
Kulturkrockar	Kulturell Kompetens
Kulturell kunskap	
Kulturella och traditionella skillnader	
Barnmorskans handläggning av graviditeten	Vård på lika villkor
Informationsförlust för utlandsfödda kvinnor.	
Brist på resurser	

7.1. Kulturell kompetens

Under detta tema belyses tre olika subteman: *kulturkrockar*, *kulturell kunskap* samt *kulturella och traditionella skillnader*. Detta är faktorer som påverkar det vardagliga arbetet för barnmorskor genom att berika deras kunskaper och möjliggör möten med andra kulturer men även som begränsar deras möjlighet att ge en kvinnor en optimal vård under sin graviditet.

7.1.1. Kulturkrockar

Kulturkrockar anses vara en svårighet i barnmorskans arbete när man möter utlandsfödda kvinnor. Med kulturkrock menade barnmorskorna att det uppstod en påfrestande situation mellan barnmorskan och kvinnan på grund av olika värderingar och uppfattningar. En av de intervjuade barnmorskorna berättade att det är svårt att bemöta kvinnor som kräver saker av henne:

”I vissa kulturer är det så att du får ingenting om du inte kräver det. I Sverige är vi inte vana med det här sättet så det blir ganska provocerande till exempel när visa patienten kräver ett kejsarsnitt eller att en kvinna kräver få träffa dig en gång i veckan” (h)

En barnmorska berättade om ett annat exempel där en kvinna var villig att betala för extra tid hos henne, vilket hon upplevde besvärligt. Hon beskrev det som en kulturkrock som hon inte var van vid.

"Jag kunde inte möta henne liksom på något sätt. Jag kände mig som ett jon som hon skulle pröjsa för och jag skulle göra det som hon ville att jag skulle göra. Punkt slut. Annars så var det inte intressant att gå här och hon ifrågasatte min kompetens hela tiden." (h)

Barnmorskorna betonade svårigheter som kunde uppkomma gällande tidsbokning då kvinnor från många andra kulturer inte är vana vid tidsbokning på samma sätt som här i Sverige. Ibland kunde det uppstå jobbiga situationer då en kvinna blivit arg på en barnmorska för att hon inte tagit sig tid för henne när hon kommit medan barnmorskan kände en frustration över att kvinnan inte förstod deras system. En barnmorska förklarar:

"Många är tacksamma.. sen en del kan man nästan hamna i konflikt med ibland för att dem är väldigt påstridiga om att jag ska ha en tid här och nu och jag ska bara släppa allt...och vi har våran struktur och det kan vara svårt att få henne att förstå det att nu är jag liksom upptagen, jag är inloggad där och där och...jag kan inte bara avbryta det jag håller på med
(a)

7.1.2. Kulturella kunskaper

Barnmorskorna upplevde att de fanns brist på kulturella kunskaper generellt inom barnmorskekåren och att de kulturella kunskaper som finns är oftast beroende på vilket område man arbetar i samt barnmorskans eget intresse av att lära sig. De tyckte inte att barnmorskeutbildningen i sig gav tillräckligt med kulturella aspekter och inte heller organisationen de arbetade i.

"Ja, det tror jag, jag tror att det är brist på kulturell kunskap hos oss..sen är det klart att om man jobbar mycket med vissa folkgrupper, så blir man duktig på det" (e)

Barnmorskorna reflekterade bakåt i tiden och ansåg att kompetensen har utvecklats men de beskrev att det fortfarande fanns svårigheter men att det går framåt både i samhället och i barnmorskeprofessionen. Några barnmorskor ansåg att deras kulturella kompetens var god men att det alltid går att förbättra och utveckla.

En av barnmorskorna reflekterade angående kulturell kompetens och hade en åsikt om att det handlar om att ha en förståelse för andra människors uppfattningar och försöka ha ett öppet förhållningsätt. Hon menade att man inte behövde vara kunnig inom olika religioner, traditioner eller olika länders politiska problem. Vidare beskrev hon att det barnmorskan kunde göra var att tänka:

"Var öppna liksom verkligen öppna för att man förstår och inte ta något förgivet" (d)

Enligt barnmorskorna kan utbildning öka förståelsen och minska rädslorna för människor från andra kulturer. Däremot ansåg de att det är viktigt att göra någonting med denna kunskap så man har nytta utav den i det praktiska arbetet. Barnmorskan exemplifierar:

"Vad väcker det här hos mig? För att det ska ge någonting.. Så utbildningar med uppföljning skulle jag vilja påstå tror jag skulle vara bra... där man liksom har möjlighet att diskutera och reflektera om olika ämnen" (h)

En annan erfaren barnmorska uttryckte att man aldrig kan lära sig för mycket. En barnmorska nämnde att hon gått flera utbildningar under de senaste 30 åren och då konstaterat att det behövs ny kunskap inom ämnet kultur, nya föreläsare som kommer med någonting mer passande för tiden vi lever i nu då det svenska samhället har ändrats radikalt gällande mångkultur. Fler barnmorskor önskade möjlighet till utbildning och stöttning i hur de skulle

bemöta de mest krigsdrabbade kvinnorna, till exempel de som lider utav PTSD (post traumatisk stress syndrom). Även föreläsningar inom de tre största religionerna och andra ämnen som till exempel: sexualitet, barnafödande, kvinnosynen relaterat till olika kulturer var ämnen som en del barnmorskor gärna önskade utbildning inom för att öka sin kulturella kompetens.

När det gällde själva barnmorskearbetet var samtliga barnmorskor eniga om att stödja utlandsfödda kvinnor är ett väldigt roligt, stimulerande och lärorikt arbete. En av barnmorskorna som deltog i studien ansåg att hon vill arbeta med alla sorters kvinnor och att det är just det som ger någonting:

"Jag tycker det är väldigt berikande och positivt, det finns ingen annat alternativ för mig" (h)

Samtidigt beskriver en barnmorska att vårda och stödja den här gruppen av kvinnor ger henne något att jobba med, att det kan vara en rolig utmaning. Barnmorskorna menade att det var av stor betydelse att vara öppen och nyfiken och våga ställa frågor. Genom att fråga kvinnorna kunde man få mycket tillbaka.

En barnmorska upplevde att stödja utlandsfödda kvinnor är ett väldigt meningsfullt arbete. Hon beskrev att hennes insatser som barnmorska kunde vara stöttande för kvinnan och stärka henne som gravid och som person. Detta kunde även ha betydelse för hennes familj och liv i det stora hela:

"Jag menar med meningsfullheten att det kan vara små saker som gör att det löser sig och jag får vara en del av det och vara den som guidar lite och hjälper lite. Det är ju tacksamt också, många är tacksamma och glada och visar det också".(a)

Barnmorskorna beskrev även att genom att vårda och stödja utlandsfödda kvinnor fick de en möjlighet att lära sig om sig själva och sin egen värld. Bland annat om hur vi fungerar i

Sverige och hur man kan se på saker i vårt svenska samhälle. De lyfte även fram förmånen att få en inblick i andra kulturer. Barnmorskorna ansåg att det var ett sätt att kunna arbeta mer med sina egna fördomar eftersom man aldrig blir fullärd:

“Det är utmaning för dig själv, man lär sig om människor”(g)

Alla barnmorskor var eniga om att det krävs en hel del från deras yrkeskår och att det handlar väldigt mycket om eget intresse och nyfikenhet om att lära sig om andra kulturer och om människor från andra länder:

”Nyfikenhet är en nyckel för att förstå våra familjers tidigare ursprung och val av livsstil”(c)

7.1.3. Kulturella och traditionella skillnader

Om en kvinna har svårigheter att förstå hur det svenska samhället fungerar blir barnmorskan ofta en person som hjälper henne förstå, vilket också kan göra arbetet tyngre och mer stressande för barnmorskan. Några barnmorskor upplevde att en del kvinnor och deras partner inte visste hur det fungerar med bostadsköer och hur man ansöker om bostad och la ofta deras bostadsproblem i knät på barnmorskan. Enligt barnmorskorna måste man lyssna på deras problem och respektera dem men samtidigt få dem att förstå att det inte har möjligheten att hjälpa till att ordna en bostad åt dem. Barnmorskan beskriver:

”Och det är såhär att vi är en instans som tar hand om dem gravida, vi tar inte hand om arbete och bostad. Men det är ofta det dem kommer med och vill att vi ska hjälpa och det går ju inte, jag fixar ju inte det. Jag kan skriva hur mycket intyg som helst men det hjälper ju inte... mer än halva samtalet kan gå till såna saker istället för att fokusera på graviditeten”

(f)

En annan skillnad för dessa kvinnor kan vara att de inte känner till den svenska sjukvården, vilka rättigheter de har eller vart man söker vård och när. Barnmorskorna upplevde att en del kvinnor tar avstånd eller känner en misstänksamhet mot henne som barnmorska gällande vissa frågor då de kunde tro att barnmorskan var en myndighetsperson som kunde "sätta dit dem" om de berättade något olämpligt. På grund av detta kunde de undanhålla viss information. En barnmorska berättar:

"En del kvinnor har ingen tilltro till landstingen eller andra myndigheter.. när de kommer från ett annat land där det är mycket korruption och man inte alls kan lita på myndigheterna. Då kanske de inte vågar säga allt till oss.. de vågar inte , de känner inte till sina rättigheter och de vågar inte ta för sig på samma sätt (d)

Vidare så kan en barnmorska ha en helt annan status i ett annat land än i Sverige och en del kvinnor kan tveka på barnmorskans kompetens och fundera varför man inte träffar en läkare istället vilket en barnmorska förklarar nedan:

"Jag har ju haft en del av dem här gömda kvinnorna också där det inte.. där man känner att bara för dem att förstå hur vårt system fungerar skulle ta ett par mödravårdsbesök för att beskriva hur vi ser på saker här i Sverige och varför man träffar mig som barnmorska och inte en läkare" (h).

Barnmorskorna upplevde att en kulturell skillnad fanns i hur man uttrycker sig, har olika värderingar och ett annat sätt att se på exempelvis sjukdom. Olika tankar om vad som anses som sjukdom samt hur man uppfattar och ger uttryck för smärta var saker som kunde skilja sig. Hon uttryckte att det som är normalt för oss kan vara väldigt annorlunda för en person med en annan kultur. Trots dessa skillnader betonade hon vikten av att vara ödmjuk och förstå att alla är olika och att ingen egentligen har rätt eller fel:

"Så det är det här också att inte skuldbelägga någon.. Men vem säger att jag har rätt eller fel? Det är det här.. Vem har rätt eller fel? Det är inte så enkelt. Det är inte det" (f)

7.2. Vård på lika villkor

Under detta tema belyses en vilja och ambition från barnmorskorna om att kunna ge likvärdig vård till alla individer oavsett ursprung, etnisk tillhörighet och kultur samt svårigheter med att kunna genomföra det. Tre olika subteman synliggör detta: *barnmorskans handläggande av graviditeten, informationsförlust för utlandsfödda kvinnor och brist på resurser.*

7.2.1. Barnmorskans handläggning av graviditeten.

Barnmorskorna poängterade vikten av att ha en individuell människosyn i sitt vardagliga arbete. De beskrev det som en förutsättning för att kunna ge alla kvinnor den vård de är i behov utav. Kvinnans ursprung och språk ska inte vara en börda för henne utan hon har samma rättigheter som vilken kvinna som helst, vilket också ska speglas i handläggningen av graviditeten. Barnmorskorna beskrev dock svårigheter med detta då det basprogram som följs idag förutsätter att alla kvinnor är lika, vilket inte stämmer. De menade att alla kvinnor har lika värde och samma rätt till vård men kan vara i behov av olika saker och olika insatser. På grund av detta så avviker många utlandsfödda kvinnor från basprogrammet.

”Men då satt vi och räkna såhär: vilka är det som går på basprogram och vilka gör det inte.. och det var väldigt många utlandsfödda som inte gick enligt basprogrammet. Det kan ju bero på olika saker det kan ju vara rent fysiska saker men även psykosociala skäl” (a)

Handläggningen av graviditeten kunde se olika ut mellan en svensk och en utlandsfödd kvinna samtidigt som det inte kunde skilja sig alls. En viktig aspekt var att försöka se och förstå vad kvinnan har med sig i bagaget, vad hon levt för liv tidigare och vad hon har vart med om då sådana saker påverkar hur man handlägger kvinnans graviditet. En barnmorska exemplifierade detta genom att berätta om kvinnor som bär med sig trauma och lider av PTSD (Post traumatisk stress syndrom). Dessa kvinnor kan vara i behov utav psykiatrisk hjälp, Aurora-verksamhet samt kontakt med BUP (barn-och ungdomspsykiatri) och BVC (barnavårdscentral). Barnmorskorna framhävde det stora spannet av kvinnor som ryms i begreppet ”utlandsfödda kvinnor” och menade att det kan vara allt från en välutbildad kvinna

till en analfabet och därav vikten av den individuella synen och handläggningen. En barnmorska beskrev:

”Det beror på vad man har med sig i bagaget. Man kan ju vara välutbildad, vara inne i samhället, vet hur det svenska samhället fungerar. Man förstår, man har inget trauma med sig... den kvinnan behöver ju inget annat stöd än en svensk kvinna..Sen kan man komma från ett land där man inte kan läsa och skriva, man förstår inte hur det svenska samhället fungerar... hon behöver ju jättemycket information och stöd ” (e)

Barnmorskorna upplevde att utlandsfödda kvinnor gick på fler besök under sin graviditet än en svensk kvinna. De fick ofta boka ett nytt besök efter någon vecka för att försöka ge kvinnan samma information och möjlighet till frågor. En del barnmorskor bokade längre besök om de visste att tolk skulle användas. En av dem förklarar:

”Vi har vårt basprogram, det följer vi, sen blir det.. när man inte når fram med all information blir det extra besök för att vi hinner inte alltid med ett tillfälle.. då bokar vi in ett extra så de kvinnorna går troligtvis flera gånger här” (d)

Några barnmorskor föreslog att en ändring kunde göras i basprogrammet för att enklare kunna handlägga en utlandsfödd kvinnas graviditet och underlätta att stödja henne. En del menade att detta borde gälla för alla kvinnor som är i behov av extra stöd och inte bara för de utlandsfödda. En barnmorska föreslår:

“Jag tror det skulle behövas lite mer... eller ett annat basprogram för de kvinnorna.. Så man får träffa dem lite oftare eller ta lite längre tid.. Eller kanske lite bättre samverkan med andra organisationer..” (b)

7.2.2. Informationsförlust för utlandsfödda kvinnor.

Barnmorskorna hade en önskan om att kunna ge alla kvinnor samma information om sin graviditet. En del av barnmorskorna försökte ge samma information även med tolk men majoriteten var överens om att utlandsfödda kvinnor inte får samma information under sin graviditet som svenskfödda kvinnor. Många av de informationsmaterial som ges ut på mödravårdscentralen, bland annat om kost och amning, finns inte på alla språk vilket gör att de kvinnor som talar ett annat språk går miste om den informationen. Alternativt får kvinnan en skral information av materialet från barnmorskan men trots detta så blir informationen är inte likvärdig. En barnmorska önskade:

”Man borde kunna ge samma information oavsett språk och att den litteraturen som vi hänvisar till våra svensktalande mammor borde även finnas på andra språk till exempel Gudruns bok ”Att föda” på turkiska, serbiska och finska och alla möjliga språk...Det skulle väl vara jättebra” (h)

Gällande föräldrautbildning (FUB) hade barnmorskorna olika tillvägagångssätt för att nå ut till utlandsfödda kvinnor. Mottagningarna varierade mellan individuella föräldrautbildningar, grupputbildningar med tolk eller ingen specifik föräldrautbildning. Trots olika strategier var barnmorskorna överens om att utlandsfödda kvinnor, som inte behärskade det svenska språket, fick sämre föräldrautbildning och därmed sämre information och förberedelse inför sin förlossning. Två barnmorskor konstaterar:

”Sen tycker jag att föräldrautbildningen för de här kvinnorna blir sämre. Har man dem i en grupp så är det en viss tid. Om jag har individuell föräldrautbildning så kan jag aldrig ge lika mycket information till den kvinnan som om hon skulle gått i grupp. Det tycker jag också blir sämre för dem” (i)

”Då brukar jag sätta lite längre tid, då skriver jag individuell FUB i en och en halv timme.. Oftast blir det komprimerad information, det blir inte som när man sitter i en grupp ..det blir det inte” (g)

En annan stor barriär för utlandsfödda kvinnor gällande information var brist på kommunikation. Många av kvinnorna var i behov av tolksamtal och via tolksamtal upplevde barnmorskorna att mycket av informationen försvann eller att det gav upphov till missförstånd. Detta menade barnmorskorna också berodde mycket på tolkarna då deras insats varierade stort i kvalitet.

”Å Först ska jag säga någonting, sen ska tolken säga någonting, så ska kvinnan förstå, sen ska kvinnan svara, så ska tolken svara och så ska jag förstå. Det där tar ju dubbelt så lång tid, men jag har inte dubbelt så lång tid. Alltså får hon inte samma information, hon får inte samma vård..” (e)

”Det var lättare för 10-12 år sedan tycker jag när det fanns ett krav på tolkar att ha en medicinsk utbildning och legitimation, så jag tycker det är en brist där jag tror att kvinnor kan fara illa. Det är inte alltid den informationen som jag säger når fram..” (h)

7.2.3. Brist på resurser

Att mödravården idag har brister och att ett behov finns till förändring var något alla barnmorskor var eniga om. En stor aspekt var bristen på tid och ersättning. Barnmorskorna menade att de inte fanns möjlighet till längre besök för de individer som kräver detta alternativt att de ibland har patienten kvar längre tid men att ersättningen då uteblir för den extra tiden. En barnmorska menade att det borde finnas en mer individuellanpassad ersättning och tidsram för kvinnor med behov av extra stöd. Två barnmorskor förklarar situationen:

”Det kanske finns andra sociala bekymmer eller kulturella bekymmer eller hon kanske nyss har kommit hit.. Då skulle man vilja kunna ge mer tid och få ersättning för det.” (h)

"Man jobbar hela tiden mot klockan ..det klart att man kan ta den här kvinna oftare men det är också en tid som inte finns, vi får inte boka en längre tid för den här gruppen kvinnor. Vi är så styrda att tänka på antal gravida inskrivna och tid för alla.. Det är politisk, det är politiker som beslutar om det här men sen får vi ta hit dem oftare men det krävs mycket teamwork.." (i)

Ersättningen är något högre när man har tolksamtal men den ersättningen används inte för att förutsättningarna ska bli bättre:

"Men de pengarna används inte för att dra ner på takten eller öka på tiden.. så det blir ingen bättre förutsättning för barnmorskan att hinna med det hon ska hinna med".(a)

Barnmorskorna upplevde att samverkan mellan kommun och landsting blivit sämre och att de idag får ta mycket ansvar och sköta mycket av samordningen. Här fanns också en tidsaspekt med då extra insatser som barnmorskan utförde, exempelvis genom att kontakta andra myndigheter, ej genererade i mer ersättning eller tid:

"En utlandsfödd kvinna.. den patienten kräver lite mer tid och rent socialt också. Jag menar om du har en kvinna med posttraumatisk stress så måste du som barnmorska också kontaktas psykiatrin eller kanske PSE, BVC så att de vet om den här kvinnan, så att den tiden och den liksom extra tiden den får man inte" (g)

8. Diskussion

8.1. Metoddiskussion

När man mäter tillförlitlighet inom kvalitativa studier använder man sig utav tre huvudsakliga begrepp: trovärdighet, överförbarhet och pålitlighet. Dessa är relevanta för att kunna bedöma studiens styrkor och svagheter (Graneheim & Lundman, 2004). Under det här avsnittet diskuteras tillförlitligheten i denna studie med dessa begrepp som grund.

1. Trovärdighet innebär på vilket sätt författarna har strukturerat upp studien och även hur resultatet framställts samt vilken information deltagarna fått om studiens syfte och upplägg (Graneheim & Lundman, 2004).

Innan intervjuerna skickades ett informationsblad ut via mail till barnmorskorna. I informationsbladet fanns vår problemformulering samt syfte med för att respondenterna skulle få en förståelse för ämnet vi ville undersöka. I efterhand diskuterade vi om detta kunde ha påverkat barnmorskorna i deras svar under intervjun genom att de eventuellt kunde ha förberett sig på ett annat sätt. För att sedan genomföra studien valde författarna att utföra intervjuer med semistrukturerade frågor. Fördelen med semistrukturerade frågor menar Trost (2010) är att det finns en tydlig struktur i frågorna men att möjlighet finns för respondenten att utveckla sina känslor och upplevelser. Båda författarna närvarade vid samtliga intervjuer och ställde frågor och följdfrågor vilket upplevdes positivt. Enligt Dahlberg (1997) är det en stor fördel att samma personer som utför studien närvarar vid intervjuerna då samvaron gör att det enklare att förstå vad respondenten menar samt att möjlighet finns till förklaring och fördjupningsfrågor. Detta menar Graneheim och Lundman (2004) även vara något som ökar studiens tillförlitlighet. Några av de intervjuade barnmorskorna var handledare åt oss under vår verksamhetsförlagda utbildning vilket kan ha påverkat resultatet. Barnmorskorna själva såg dock inte detta som ett hinder för studien. Vi båda satt med under intervjuerna med handledarna men den av oss som kände barnmorskan lite mer personligen var mer passiv under dessa intervjuer för att inte påverka barnmorskan på något sätt. Efter två intervjuer märkte vi att barnmorskorna pratade mycket om tolk som en viktig del av ämnet. Detta gjorde att vi i resterande intervjuer la till frågan ”*Hur upplever du samtal med tolk?*”.

När intervjuerna var färdiga så transkriberades dem ordagrant dagen efter intervjun för att lättare kunna återge vad som sagts och för att få en närhet till materialet, vilket nämns som en styrka i Dalen (2008). Vi transkriberade fyra intervjuer var och sedan lästes de i sin helhet ett flertal gånger för att få en uppfattning av resultatet. Att transkribera åtta intervjuer tog oväntad lång tid vilket ledde till att vi kände oss lite stressade över tiden. Under transkriberingen försvann en inspelad intervju från mobilenheten vilket gjorde att vi skriftligt fick sammanfatta intervjun och maila till barnmorskan som i sin tur fick lägga till och ta bort text från sammanfattningen och maila tillbaka till oss. Självklart gjorde detta att vi inte kunde använda den intervjun lika flitigt i vårt resultat men på grund av sammanfattningen så valde vi att inte exkludera den helt från studien.

2. Överförbarhet avser hur resultatet kan överföras till andra grupper eller sammanhang vilket överlämnas till läsaren att bedöma (Graneheim & Lundman, 2004).

Studiens urval gjordes strategiskt för att få barnmorskors upplevelser från olika områden med olika hög grad av utlandsfödda kvinnor. Enligt Trost (2010) är just variation i urvalet en viktig faktor för att få ett rikt och intressant material. Tanken var att få respondenter från delar av hela Stockholms kommun men eftersom några mödravårdscentraler inte hade möjlighet att medverka saknas material från områden i östra Stockholm, vilket kan ses som en svaghet. En annan svaghet kan vara bristen på utlandsfödda barnmorskor eller barnmorskor med annan kulturell bakgrund som respondenter då detta kunde nyanserat studien lite mer. Nio barnmorskor medverkade totalt vilket ger ett tillräckligt material för vår studie som genomförts under begränsad tid. En stor variation i yrkeserfarenhet fanns mellan barnmorskorna, mellan 6 – 30 år, vilket ses som en styrka i studien.

3. Pålitligheten baseras på att hur noggrant forskaren har arbetat och redogjort för alla moment i forskningsprocessen genom en tydlig och noggrann beskrivning. Pålitligheten styrks även av användande av exempelvis citat från originaltexten (Graneheim & Lundman (2004)

För att analysera materialet valdes en induktiv tematisk analys med manifest ansats som analysmetod. Fördelen med en tematisk analys är enligt Braun och Clarke (2006) att man

finner det väsentliga i en text och får ett rikt material samt att det kan vara något enklare att finna subteman och teman jämförelsevis med exempelvis en innehållsanalys. Med tanke på vår begränsade tid ansåg vi denna metod var mer lämplig för vår studie. Andra forskare menar att en tematisk analys kan innebära en svaghet om författarna inte är noggranna i sitt analyserande utan tolkar texten själva. För att minimera denna risk valde vi en manifest ansats då vi objektivt granskat materialet utan att lägga in egna tolkningar i texten. Vi valde även att ha ett induktivt förhållningssätt vilket innebär att man läser texten öppet utan fokus på ett speciellt område, tema eller teori (Elo & Kyngäs, 2007). Alla teman och subteman har ändrats, sorterats och kontrollerats ett flertal gånger mot det transkriberade materialet för att arbeta textnära. Att finna teman och subteman var något vi tyckte var svårt till en början då resultatet blev för brett och spretigt. Efter ytterligare noggrann genomgång och handledning fick vi ett mer lätthanterligt och övergripande resultat. För att styrka giltigheten i resultatet har vi använt oss utav citat från barnmorskorna. Citaten har kodats om för att bevara barnmorskornas anonymitet.

Aspekten om att vi själva snart är färdiga barnmorskor och legitimerade sjuksköterskor kan ha både positiv och negativ påverkan på resultatet. Detta på grund av att vi redan innan intervjuerna hade en kunskap och förförståelse om barnmorskornas arbete och organisationen de arbetade i. Det som kan anses positivt är att vi förstår barnmorskans språk på ett bättre sätt och har möjlighet att ställa bra och relevanta frågor.

8.2. Resultatdiskussion

I denna studie beskriver barnmorskor sina upplevelser av att stödja utlandsfödda kvinnor under sin graviditet inom mödrahälsovården i Stockholms kommun.

Nedan diskuteras resultatet utifrån de två övergripande temana: *Kulturell kompetens* och *vård på lika villkor*.

8.2.1. Kulturell kompetens

Det framkom att barnmorskor ibland upplevde en viss svårighet i mötet med utlandsfödda kvinnor på grund av delade kulturella värderingar och uppfattningar.

I en studie av Small et. al (2014) med material från fem olika länder, fann man ett diskriminerande beteende hos vårdpersonal vid möten med utlandsfödda kvinnor. I en annan studie som utfördes i Sverige av Berggren, Bergström och Edberg (2006) framkom det att utlandsfödda kvinnor från Somalia upplevde vårdpersonalen som okänslig och saknade förståelse för deras förlossningssmärta. Dessa studiers resultat speglar inte författarnas egna uppfattningar då vi båda anser att barnmorskor generellt verkade ha ett professionellt förhållningssätt mot alla patienter.

Barnmorskorna uppfattade att kvinnor från vissa kulturer hade ett krävande handlingsätt vilket ansågs vara en begränsning i mötet med utlandsfödda gravida kvinnor. Enligt Franck (2010) är det grundläggande i barnmorskans arbete att ha respekt för alla människor samt acceptera andra kulturer och traditioner. Barnmorskan bör även vara lyhörd för vad en kvinna kan varit utsatt för.

Kvinnor från andra kulturer kan ha andra uppfattningar och förväntningar på barnmorskan och vården vilket kan ge upphov till missförstånd. Detta menar även Berlin (2010) då hon nämner att brist på förståelse av kulturella skillnader mellan vårdpersonal och patienten kan lätt leda till fördomar, som i sin tur kan orsaka felaktiga bedömningar. Barnmorskorna i denna studie upplevde att det fanns en generell brist på kulturell kunskap och den kulturella kompetens de hade samlat på sig var genom erfarenhet och intresse. Leininger (1997) definierar kulturell kompetens som humanistisk och vetenskaplig kunskap med fokus på ett holistisk kulturellt vårdperspektiv. I en studie inom obstetrik av Reeb (1992) beskrivs tre aspekter som en barnmorska bör ta hänsyn till i det transkulturella arbetet. Dessa handlar om att anpassa vården till patientens kultur, bevara patientens kultur samt underhålla patientens kultur. Detta gjorde barnmorskorna i vår studie genom att se hela kvinnan och ta hänsyn till vad hon hade för erfarenheter och upplevelser med sig och alltid bemöta kvinnan med respekt och värdighet. Författarna upplever att det finns ett behov av kulturell kompetens hos barnmorskor inom mödrahälsovården. Däremot anser vi inte att det ansvaret enskilt ska ligga

på barnmorskan och hennes intresse utan organisationen behöver bistå med mer utbildning och kunskap om kraven på barnmorskans arbete förändras.

Enligt barnmorskeprogrammets kursplan från Karolinska Institutet (2014) framkommer det att en barnmorska skall lära sig ha ett transkulturellt och globalt förhållningssätt vilket innebär att ta hänsyn till kvinnors bakgrund, kultur och anhöriga. Både Barnmorskorna i studien och författarna anser att den kulturella delen i utbildningen är alldeles för komprimerad.

Författarna anser att förbättringar i barnmorskeutbildningen behövs för att möta de krav som ställs på barnmorskan inom mödrahälsovården idag.

8.2.1. Vård på lika villkor

I resultatet framkom det att tid var den största resursen barnmorskorna saknade inom mödrahälsovården för att kunna ta hand om utlandsfödda kvinnor på ett tillfredsställande sätt. Alla barnmorskor upplevde en stress över att inte hinna med det som skulle under den korta tiden med kvinnan. Enligt Fransen et.al. (2010) är just tid en bidragande faktor till att en barnmorska inte kan leverera en fullgod multikulturell vård. Många utav barnmorskorna i vår studie trodde att om de fick något längre tid för de kvinnorna som var i behov utav det, och självklart ersättning för den extra tiden, skulle de kunna ge mer information, ta grundligare anamnes och hjälpa dessa kvinnor på ett bättre sätt genom sin graviditet. I basprogrammet nämns just vikten av att ta en grundlig anamnesupptagning, då detta är grunden för hur graviditeten ska handläggas framöver. Bristande anamnes kan leda till framtida komplikationer för kvinnan och fostret (MhÖSam, 2013). För att möjliggöra detta föreslår Records och Wilson (2011) att man bör skraddarsy ett individuellt program för dessa kvinnor för att förbättra kvalitén på vården.

På grund av att barnmorskorna upplevde tidspress blev de som ovan nämnt stressade när de visste att en annan kvinna satt utanför dörren och väntade. Stress var någonting som påverkade barnmorskorna i deras möte med kvinnan då viss information var tvungen att kortas ner. I en studie av Reitmanova och Gustafson (2007) som gjorts på invandrande muslimska kvinnor visade det sig att kvinnorna kände att de inte fick tillräckligt med information, bland annat om kost och motion. Just denna typ av information upplevde några av barnmorskorna i vår studie kunde bli lidande i en stressad situation, då fokus mer lades på

fosterrörelser, blodtryck och andra vitala parametrar. Författarna själva upplever från sina verksamhetsförlagda studier att barnmorskan ibland kunde kännas stressad i ett sådant möte och för att inte riskera förseningar gjordes de viktigaste kontrollerna medan annan information och småprat tyvärr inte hanns med.

Föräldrautbildning var något som fungerade olika bra på de olika mödravårdscentralerna. Även om alla barnmorskor var överens om att föräldrautbildningen till utlandsfödda kvinnor behöver ses över och förbättras så verkade det fungera bättre i de områdena med högre andel utlandsfödda kvinnor och något sämre på de mödravårdscentralerna med låg andel utlandsfödda kvinnor. I de områdena med mindre andel utlandsfödda kvinnor hölls ingen specifik föräldrautbildning utan kvinnorna fick något längre tid på sina vanliga graviditetskontroller eller ett extra besök för en individuell utbildning. Enligt kvinnorna i Reitmanova och Gustafson (2007) var det många som upplevde att de inte blev tillfrågade om att delta i den allmänna föräldrautbildningen eller inte fick tillräckligt med information från barnmorskan om vad föräldrautbildningen gjorde för nytta för dem. Svensson (2006) bekräftar detta då den studien visar att utländska kvinnor som är i behov utav tolk inte blir tillfrågade på samma sätt som svenska kvinnor om deltagande i föräldrautbildning. I en förstudie visade det sig att 82 % av invandrarkvinnor inte blir tillfrågade om att delta i föräldrautbildning och i samma studie svarade 73 % av kvinnorna att de gärna hade deltagit om de fått förfrågan (Fälth, 2004). Enligt Åhman och Sarkade (2011) finns det en vilja hos barnmorskor att förändra och förbättra föräldrautbildningen för utlandsfödda kvinnor men att de försök som hittills gjorts inte direkt har lyckats. I samma studie nämner barnmorskorna att brist på tid, lokaler och material är hinder för att kunna förbättra föräldrautbildningen i dagsläget.

Kommunikation är en väsentlig del inom mödravårdscentralerna och samtliga barnmorskor upplevde svårigheter i att stödja en kvinna som inte behärskar det svenska språket. Det barnmorskorna upplevde svårt var när kvinnan hade något speciellt hon ville prata om och barnmorskan hade svårigheter att förstå henne. Enligt Green et al. (2005) är kommunikation det mest centrala för att kunna utföra en säker och trygg vård. Samtidigt så beskrivs det i handlingsprogrammet för kvinnor från andra länder (Mhösam, 2013) att brist på

kommunikation är en indirekt orsak till ökad risk för maternel och perinatal mortalitet. Trots detta så verkar utbudet och kvalitén på tolkar inom mödrahälsovården variera kraftigt. En del av barnmorskorna beskrev svårigheter med att få tolkar på vissa språk medan en del tolkar saknade medicinsk kunskap och en del även svårigheter med att prata det svenska språket. Barnmorskorna upplevde detta som farligt då viktig information kunde gå om miste. En studie beskriver att trots användande av professionell tolk så blir dessa patienter underinformerade vilket bland annat leder till att de har svårt att förstå medicinska instruktioner och har i större utsträckning fler medicinska problem (Metzger et.al., 2007). Författarna upplevde ofta under sin verksamhetsförlagda utbildning att tolken som var bokad inte dök upp eller att det missats att boka en tolk till mötet. Det var inte ovanligt att telefontolk användes vilket verkade besvärande för både kvinnan och barnmorskan. Enligt egna erfarenheter behövs absolut en förbättring gällande tolkar inom mödravården för att garantera kvinnors rätt till lika information och vård.

För att förbättra vården för utlandsfödda kvinnor inom mödrahälsovården hade barnmorskorna olika tankar om vad som kunde göras. Alla var dock överens om att mer tid och resurser krävs. Resurser kunde vara i form av mer utbildade tolkar på fler språk samt översättningar på fler språk av det befintliga skriftliga materialet som delades ut. Socialstyrelsen (2009) föreslår regelbundna översatta intervjuundersökningar för att kunna kartlägga invandrades behov inom hälso-sjukvården. Även en önskan om mer utbildning för ökad kulturell kompetens fanns hos barnmorskorna. För att överbrygga en del kulturella svårigheter menar Akhavan (2009) att olika kulturtolkar kan vara en tillgång inom mödrahälsovården, förlossningsvården samt eftervården. Dessa syftar till att stödja kvinnan och inte bara hjälpa henne med språkliga svårigheter utan att även vara en kulturell medlare mellan kvinnan och barnmorskan för ökad förståelse och respekt.

8.3. Slutsats

Syftet med denna studie var att beskriva barnmorskors upplevelser av att stödja utlandsfödda kvinnor under sin graviditet inom mödrahälsovården i Stockholms kommun. Barnmorskorna upplever kulturella skillnader mellan utlandsfödda och svenskfödda kvinnor vilket kan innebära både hinder och möjligheter. Barnmorskorna belyser även brister i organisationen

och brist på resurser vilket försvårar arbetet för barnmorskan. Dessa brister kan bland annat vara tidsbrist och varierande kvalitet på tolkar. I sin tur så leder detta till att utlandsfödda kvinnor får sämre information och stöd under sin graviditet. Avslutningsvis vill vi lyfta fram barnmorskors vilja och ambition att vårda alla kvinnor lika och se individen i kvinnan oavsett etnicitet och kultur.

8.4. Förslag till framtida forskning

Önskvärt vore att liknande studie gjordes utifrån utlandsfödda kvinnors perspektiv för att få en bättre helhetsbild av mödrahälsovården i Stockholm. Intressant vore även att bredda studien inom Sverige och få mer statistik på exempelvis hur många kvinnor som kräver extra stöd under sin graviditet för att styrka ett eventuellt behov av extra resurser.

8.5. Klinisk implikation

Studiens resultat visade att utvecklande av ett mer individuellt basprogram till kvinnor med behov av extra stöd kan vara av vikt. För att lättare stödja dessa kvinnor bör barnmorskor få mer utrymme för utbildning och reflektion gällande utlandsfödda kvinnor. För att underlätta ett kulturellt förhållningssätt i vårt multikulturella samhälle kan en anpassad transkulturell teori användas inom mödravården.

8.6. Tack

Ett stort tack till samtliga barnmorskor som tagit sig tid att delta i vår studie samt till vår handledare, Mia Barimani, för ett gott stöd och handledning under vårt uppsatsskrivande!

9. Referenslista

Akhavan, S. (2009). Utvärdering projektet: Utlandsfödda kvinnor som doulor och kultur tolkar. Västra Götalandsregionen: Folkhälsokommittén. Hämtad 2015-01-22:

http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/rapporter/dolautv%C3%A4rdering_rapport_nov2009.pdf

Akhavan, S. (2012). Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*. (11), 47-56. Doi:10.1186/1475-9276-11-47.

Braun, V. & Clark, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. (2), 77-101. Doi: 10.1191/148088706qp063oa.

Berggren, V. Bergström, S. & Edberg, A-K. (2006). Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Women who have been circumcised and Sought Maternity Care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*. (17), 50-57. Doi: 10.1177/1043659605281981.

Berlin, A. (2010). Cultural competence in primary child Health care services-interaction between primary child health care nurses parents of foreign origin and their children. *Center for Family and Community Medicine, Department of Neurobiology, care Sciences and Society*. Doktorsavhandling. Karolinska Institutet.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Dalen, M (2008). *Intervju som metod*. Sverige: Malmö: Gleerups.

Diaz, A.(2009). Vård på (o)lika villkor: En kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. Hämtad 2015-01-30: <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-437-4.pdf>

Ehnfors, M. (2014). VIPS boken: *Om en forskningsbaserad modell för dokumentation i Patientjournalen*. FoU- rapport 48. Stockholm: Vårdförbundet

Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The Qualitative Content Analysis Process. *Journal of Advanced Nursing*. 62 (1), 107-115. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Essén, B., Johnsdotter, S., Hovellius, B., Gudmundsson, S., Sjöberg, N-O., Friedman, J & Östergren, P-O. (2000). Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somali women resident in Sweden. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. (107), 1507-1512. Doi10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.

Fereday, J. (2006). Demonstration rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Institute for Qualitative Methodology*. 5(1), 80-92.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Franck, M. (2006). *Multikulturell kvinnohälsa: med fokus på gynekologi och obstetrik*. Stockholm: Gothia Förlag.

Fransen, M-P., Essink-Bot, M-L., Vogel, I., Mackenbach, J-P., Steegers, E-P. & Wildschut, H-IJ. (2010). Ethnic differences in informed decision-making about prenatal screening for Down's syndrome. *Journal of Epidemiology & Community health*. (64), 262-268. doi:10.1136/jech.2009.088237

Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Fälth, I. (2004). Projekt GIT: En förstudie av gravida kvinnor i behov av tolk. Hämtad 2015-03-02: http://www.folkhalsobyran.se/pdf_utv/GIT.pdf

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today* 24(2), 105-112. Doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Green, A-R., Metzger, Q-N., Legedza, A-TR., Massagli, M-P., Phillips, R-S. & Lezzoni, L-I. (2005). Interpreter Services, Language Concordance and health care quality. *Journal of General Internal Medicine*. 20. Sid: 1050-1056. Doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0223.x

Gustavsson, A. (2015). Kvinnor från andra länder. Hämtad 2015-02-15:
<http://www.vardgivarguiden.se/Omraden/Barnmorskemottagning/Riktlinjer/dokument/Kvinnor-fran-andra-lander/>

Halldorsdottir, S. & Karlsdottir, S-I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian journal of caring sciences*. 806-815. Doi: 10,1111/j.1471-6712.2011.00886.x

Hertlitz, G.(2007). *Kultur-grammatik- hur du ökar din förmåga att umgås över gränser*.Uppsala: Uppsala Publishing AB.

Hildingsson, I. (2007). Women´ perspectives on maternity services in Sweden processes, problem, and solutions. *American College of Nurses-Midwives*.52 (2), 126-133.

Hildingsson, I. & Häggström, T. (1999). Midwives´ lived experiences of being support to prospective mothers/ parents during pregnancy. *Midwife*.15, 82-90.

Hinson, C., Bowsher, J., Maloney, J-P. & Lillis, P-P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of advanced nursing*. 25, 95-100.

Höjeberg, P.(2011). *Jordemor, barnmorska och barnaföderska: barnafödandets historia i Sverige*. Förlag: Carlsson.

ICM. (2011). International Confederation of Midwives. Den internationella etiska

Koden för barnmorskor. Hämtad 2015-01-21:

<http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/code-of-ethics-philosophy-model-midwifery-care/>

Janlert, U. (2003). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och Kultur.

Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (2009). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

McFarland, M. (2006). Culture care theory of diversity and Universality. Marriner-Tomey, A. & Alligood, M.R. (red.). *Nursing theorists and their work*. (6. Ed.)(S.472-495) St. Louis: Mosby.

McNaughton, A. (2002). Culture Competence and the primary care provider. *Journal of pediatri Health Care*, (16), 105-111. Doi:10.1067/mph.2002.118245.

Metzger, O-N, Sorkin, D-H., Phillips, R-S., Greenfield, S., Massagli, M-P., Clarridge, B. & Kaplan, S-H. (2007). Providing high-quality care for limited English proficient patients: The importance of language concordance and interpreter use. *Journal of General Internal Medicine*. (22), 24-330. Doi: 10.1007/s11606-007-0340-z

Mhösam- mödrahälsovårdsöverläkarna och samordningsbarnmorskor i Stockholms län. (2013). *Kvinnor från andra länder*. Hämtad 2015-01-21:
<http://www.vardgivarguiden.se/Omraden/Barnmorskemottagning/Riktlinjer/?page=1&showSearch=True&showLetterFilter=True&showFilter=True&externlink=False&manualfilters=%C3%84mne|Graviditet>

Leininger, M. (1997). Transcultural Nursing Research to nursing transforms nursing education and practice: 40years. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 29(4), 341-348.

Ny, P., Dykes, A-K. Molin, J. & Dejin-karlsson, E.(2007). Utilisation of antenatal care by country of birth in a multi-ethnic population: a four-year community- based study in Malmö, Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 86: 805-813. Doi: 10.1080/00016340701415095.

Olsson, P. (2000). *Antenatal midwifery consultations: a qualitative study*. Doktorsavhandling, Umeå Universitetet, Dept. of Nursing.

Hämtad 2015-01-19:<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:769173/FULLTEXT01.pdf>

Olsson, P, Jansson, L. & Norberg, A. (2000). A qualitative study of childbirth as spoken about in midwives' ante- and postnatal consultations. *Midwifery*.16, 123-134. Doi: 10.1054/midw.1999.0201.

Polit, D-F. & Beck, C-T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8. Ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Records, K. & Wilson, B-L. (2011). Reflections on Meeting Women's Childbirth Expectations. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal nursing*. 4. (29), 394-398. Doi:10.1111/j.1552-6909.2011.01269.x

Reeb, M-R. (1992). Granny midwives in Mississippi career and birthing practice. *Journal of Transkulturell Nursing*. 3, 2:18–27.

Regeringskansliet: Kulturdepartementet (2000:43). *Begreppet Invandrare- användningen i myndigheters verksamhet*.

Reitmanova, S. & Gustavsson, D-L. (2007). ”They can’t understand it”: Maternity health and care needs of immigrant Muslim women in St. Johan’s, Newfoundland. *Matern child health Journal*. 12. Sid: 101-111. Doi: 10.1007/s10995-007-0213-4

Robertsson, E. (2003). Aspects of foreign-born women's health and childbirth-related outcomes: An epidemiological study of women of childbearing age in Sweden. Doktorsavhandling. Karolinska Institutet.

Robertsson, E, Malmström, M. & Johansson, S-E. (2005). Do foreign-born women in Sweden have an increased risk of non-normal childbirth? *Acta obstetrician et Gynecological Scandinavica*. 84(9), 825-832

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning som avser människor*. Hämtad 2015-01-19: www.notisum.se/rnp/sls/lag/20030460.htm

Small, R., Roth, C., Raval, M., Shafieri, T., Korfker, D., Heaman, M., McCourt & Gagnon, A. (2014). Immigrant and Non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*.14, 152-169. Doi:10.1186/1471-2393-14-152.

Socialstyrelsen (2005). *Folkhälsorapport*. Hämtad 2015-01-21: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Folkhalsorapport-2005>

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2015-01-21: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf

Socialstyrelsen. (2009). *Hälsö-och sjukvårdsrapport*. Hämtad 2015-02-20: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/God%20vård%20Vård%20på%20lika%20villkor%20hur%20jämlik%20är%20vården.pdf>

Statens offentliga utredningar (1995:5). *Vårdens svåra val*. Hämtad 2015-02-18: <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/25124>

Svensson, C. (2006). *MIS- En utvärdering av Mammagrupper för icke svensktalande*. Hämtad 2015-02-26: http://www.folkhalsobyran.se/pdf_utv/MIS-mammagrupper_utvardering.pdf

Sveriges Riksdag (2014). Hälso-och sjukvårdslagen, 1982:763. Hämtad 2015-01-26:
https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763

Thomas, J-E. (2009).Trusting women, respecting birth. Prenatal care in Sweden. *Journal of the Association for research on mothering*. 11.(1), 59-70.

Trost, J. (2010): *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2002). Hämtad 2015-01-19: www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml

Walsh, DJ. (2010). Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings. *Sociology of Health & Illness*, 32 (3), 486-501. Doi:10.1111/j.1467-9566.2009.01207.x.

Wiklund, I., Nordström, L., Nordlander, E., Kilsbeck, M., Holmgren- Lie, A., Norman, M. & Åkrantz, E. (2005). *Regionalt Vårdprogram. Normal graviditet, förlossning och eftervård*. Hämtad 2015-01-22:
http://www.vardgivarguiden.se/Global/01_Behandlingsst%C3%B6d/2_Vardprogram/RV_Normal_graviditet_forlossning_och_eftervard.pdf

Åhman, A. & Sarkadi, A. (2011). Barnmorskorna ser bristerna och är beredda att förnya sig. *Läkartidningen*. 2011-05-13.20.

Bilaga 1.



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Barnmorskeprogrammet VK-14

Information till barnmorskor på mödravårdscentralen.

Vi är två barnmorskestudenter från Karolinska Institutet som nu har påbörjat vår magisteruppsats. Det ämne vi valt att skriva om handlar om barnmorskans upplevelser att stödja utlandsfödda kvinnor under sin graviditet.

Vi skulle gärna vilja komma till er mödravårdscentral för att genomföra en intervju med en barnmorska, vilket uppskattningsvis tar 40 minuter. Intervjun kommer att spelas in så vi lättare kan återge det ni sagt ordagrant.

”Problemformulering: I dagens svenska samhälle är 13 % av kvinnorna utlandsfödda vilket innebär att en stor del av kvinnorna som besöker mödravården under sin graviditet har ursprung i andra länder och kulturer. Tidigare studier har visat att utlandsfödda kvinnor får sämre vård under sin graviditet och förlossning bland annat på grund av språksvårigheter samt brist på stöd och information från barnmorskan. Inom mödrahälsovårdens basprogram vårdas alla kvinnor i stort sett likadant vilket kan vara ett problem för utlandsfödda kvinnor. Denna grupp kvinnor kan vara i behov av andra insatser och annan typ av stöd vilket ställer högre krav på barnmorskans arbete och kulturella kompetens inom mödrahälsovården. För att förbättra vården till utlandsfödda kvinnor är det av stor vikt att ta reda på barnmorskors perspektiv gällande vård och stöd till utlandsfödda kvinnor.

Syfte med denna studie är att beskriva barnmorskors upplevelser av att stödja utlandsfödda kvinnor under sin graviditet inom mödrahälsovården. ”

Ni har som deltagare rätt att när som helst under studiens gång avsäga er medverkan utan förklaring och ni är välkomna att kontakta oss när ni känner för. När vi sammanställt studien får ni gärna ett exemplar om ni önskar.

Hoppas på ett givande samarbete!

Med vänlig hälsning:

Jessica Rappu och Alejandra Vera Escobar , barnmorskestudenter från Karolinska Institutet.

Tel nr 073-xxxxxxx (Alejandra) och 073-xxxxxxx (Jessica)

Ansvarig handledare: Mia Barimani

Kontakt: Mia.Barimani@ki.se

Bilaga 2.



KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Barnmorskeprogrammet VK-14

Samtyckesformulär för deltagare i studien om barnmorskors upplevelser av att stödja utlandsfödda kvinnor

Härmed styrker jag att jag frivilligt deltar i denna studie samt att jag fått den information jag anser vara behövlig. Jag har även fått muntlig information om att jag när som helst kan välja att avbryta mitt medverkande i studien och att allt det jag säger kommer behandlas konfidentiellt och identitets skyddat. Jag är även medveten om att citat kan komma att användas i studiens resultat.

Ort, Datum:

.....

Underskrift:

Namnförtydligande:

.....

.....

Bilaga 3.

Intervjufrågor/ Intervjuguide:

Vi inleder samtalet med barnmorskan och frågar hur länge hon jobbat som barnmorska och hur länge inom mödravården. Vi frågar om hon träffar många utlandsfödda kvinnor i sitt arbete. Sedan tar vi upp tre övergripande ämnen:

1. Barnmorskors uppfattningar av att vårda utlandsfödda kvinnor under sin graviditet.

- Vad kan du se som hinder i att vårda dessa kvinnor? Kan du ge ett exempel?
- Ser du några fördelar med att vårda utlandsfödda kvinnor?
- Hur upplever du samtal med tolk?

2. Barnmorskans handläggning av en graviditet med en utlandsfödd kvinna

- Skiljer sig handläggningen av graviditeten mellan en svenskfödd och utlandsfödd kvinna?
- Vilken typ av stöd anser du att de behöver, skiljer de sig från svenska kvinnor?
- Kan du berätta om ett fall där du var nöjd över handläggningen av graviditeten?
- Kan du berätta om ett fall där du önskar du kunde gjort mer eller gjort något annorlunda?
- Hur tror du kvinnorna upplever mvc och stödet de får?
- Hur får kvinnorna information om graviditet, kost, motion osv?
- Hur fungerar det med FUB?

3. Barnmorskans förslag till förbättring

- Vad skulle det behövas för verktyg för att förbättra vården och stödet till kvinnorna?
- Vad tas det för hänsyn till kulturella skillnader?
- Hur ser den kulturella kunskapen ut hos barnmorskor?

4. Exempel på uppföljningsfrågor:

- Det lät intressant, kan du utveckla lite grann?
- Kan du ge något exempel?
- Kan du berätta om en sådan gång?
- Hur kändes det för dig då?
- Hur gjorde du då?

