ARE: Det här är Delmi-podden, en podcast om migration och integration, som ges ut av Delegationen för migrationsstudier.

[jingel spelas]

ARE: Hej, här är Delmi-podden igen. Podden för dig som är nyfiken på migration och integration. Vi utgår från ny forskning på området från Delmi. Jag heter Ann-Louise Rönestål Ek, välkommen. I dag ska vi prata om livets början, ja, det mest grundläggande, nämligen graviditet och förlossning. För i Delmis senaste rapport, avhandlingsnytt sammanfattas fem aktuella doktorsavhandlingar med olika perspektiv på utrikesföddas möte med svensk hälso- och sjukvård. Och ett av kapitlen handlar om hur somaliafödda kvinnor upplever mötet med den svenska mödravården och forskaren som har skrivit om det här, ja, hon är med i samtalet. Och här i studion hos mig har jag med mig en person som hjälper nyanlända kvinnor till säkrare förlossningar genom kulturtolkande doulor. Ni ska få presentera er själva, varsågoda.

UB: Hej, jag heter Ulrika Byrskog. Jag är barnmorska. Jag är också doktor i medicinsk vetenskap och lektor vid Högskolan Dalarna, institutionen hälsa och välfärd.

ARE: Välkommen Ulrika.

UB: Tack.

ARE: Och vem har jag med mig här i studion?

AJ: Hej, jag heter Anna Jensen och är barnmorska. Och jag är projektledare för satsningen Doula och kulturtolk i Stockholm och har min bakgrund inom förlossningsvården tidigare som barnmorska.

ARE: Välkommen förstås du också Anna.

AJ: Tack.

ARE: Ja, vi ska alltså prata om hur utrikesfödda kvinnor upplever mötet med svensk kvinnohälsovård, om graviditetsrelaterad hälsa och om hur det med förändrade attityder och arbetssätt går att utveckla vården och förbättra integrationen. Och jag tänkte vi börjar hos dig Ulrika, migration och kvinnohälsa, hur kom du in på det området?

UB: Jo, jag har alltid haft ett intresse för den här internationella utblicken och så jobbade jag som barnmorska på en förlossnings- och eftervårdsavdelning och där välkomnade vi ett stort antal utlandsfödda kvinnor och främst från Somalia. Och då såg vi behovet av att göra en fallkontrollstudie för att se hur det var med graviditets- och förlossningsrelaterade hälsan hos dem och så följde jag upp det sen med kvalitativa intervjuer med barnmorskor och kvinnor.

ARE: Jag förstår att det är svårt att sammanfatta kort, men du kan göra ett försök. Vad är det framför allt du har funnit när du har forskat på det här?

UB: Jo, i den här första studien, då samlade vi in data bakåt. Vi jämförde somaliskt födda kvinnors graviditets- och förlossningsutfall med svenskföddas. Så det var mellan åren 2001 och 2009 och det vi fann var bland annat att de somaliskt födda kvinnorna sökte vård senare under graviditeten. De gjorde färre besök då också i mödravården. Och några andra saker vi fann var att de använde mindre smärtlindring under förlossningen, hade flera akuta kejsarsnitt och de födde fler barn som var rätta för tiden, som vi säger. Och sen i intervjuerna så identifierade jag liksom vissa kärnkomponenter som hade varit centrala för välmåendet efter migration och i att navigera och hur migrationen i sig är en process, där man liksom integrerar det gamla med det nya och det här är ju en process som tar tid. Och så fann jag också att barnmorskan är ju unik i det att man befinner sig i en väldigt strategisk profunktion in i det nya samhället. Så kan man få det här att funka bra så är ju det ett fantastiskt verktyg.

ARE: Mm, en otroligt viktig länk alltså?

UB: Mm.

ARE: Ja, barnmorskans roll, viktig. Och Anna, du arbetar ju då med kulturtolkande doulor här i Stockholm. Kan du kort förklara dels vad en doula är och vad det är ni gör för något?

AJ: Ja, en doula är en stödperson till den födande kvinnan, som lär känna den gravida och hennes familj redan under graviditeten, i syfte att etablera en relation. Och sen är hon med under födseln, hela vägen och kan ge både psykiskt, men även fysiskt, stöd, underlätta kvinnans upplevelse och liksom främja tryggheten hos den födande. Och kulturtolksdoulorna i vår verksamhet arbetar på det sättet, men specifikt mot utlandsfödda kvinnor som inte talar svenska, för att vi vet att de är en riskgrupp för komplikationer under graviditet och förlossning.

ARE: Mm, Ulrika var ju inne på, alldeles nyss här, vilken viktig länk barnmorskan är. Och jag funderar, när du och jag förberedde den här intervjun, när vi pratades vid, då sa du: ”Det är så viktigt att individanpassa mödravården”, kan du förklara lite hur du tänker kring det här?

AJ: Det kan visa sig i våra kulturtolksdoulors möte med kvinnorna att det ibland kan finnas rena missförstånd i informationen de har fått från barnmorskan och det kan ibland också finnas en osäkerhet från kvinnan och familjen i att faktiskt uttrycka sina behov till barnmorskan. Man har kanske tidigare vårderfarenhet där, man är van att lyssna och göra som vårdpersonalen säger och där kan doulan vara en viktig brobyggare och det är viktigt för barnmorskan då att få veta det här, för hon vill ju ge rätt hjälp och stöd.

ARE: Vad är det framför allt för information som de födande kvinnorna behöver och frågar efter?

AJ: Vi arbetar ju inom många olika språkgrupper, så det är ett väldigt globalt perspektiv. För utlandsfödda familjer så, till skillnad från kanske svenskfödda som erhåller doulastöd, det kan man också, så är det ofta väldigt praktisk information man kan behöva: ”Var ligger sjukhuset? Vad händer när jag kommer dit? Kostar det pengar? Ska man ringa ambulans för att åka till förlossningen?” Men doulan arbetar också med att försöka ge information till kvinnan och faktiskt också partnern är viktig: ”Vad är det som händer när man föder barn? Hur ser det ut i kroppen?”

ARE: Precis, rent fysiskt just. Och där får de då svar och blir tryggare i sin situation?

AJ: Ja, och det kan ju ibland vara stora kunskapsluckor, också för stödpersonen som ofta kan vara en man, att kulturellt har man inte fått veta någonting, snarare att man inte ska vara så delaktig. Men de flesta blivande föräldrarna vill vara delaktiga.

ARE: Jag måste också fråga, vad är det för skillnad på allmänna doulor och kulturtolkande doulor? För doulor har vi ju hört talas om ganska länge.

AJ: Ja, nej, men det är att vi vet, som sagt, att det här kontinuerliga stödet av en person man känner sig trygg med främjar kvinnans upplevelse och kan underlätta förlossningsförloppet. Det har många studier visat. Och så vet vi att utlandsfödda kvinnor, framför allt utomeuropeiskt födda, kan ha ökade risker för komplikationer. Så att kulturtolksdoulan arbetar specifikt med den här målgruppen och är då också i högre grad en brobyggare till det nya livet i Sverige eller i det lokalsamhälle man är i.

ARE: Ulrika, jag tänkte, när vi började här så sa du att du, i dina studier, bland annat har sett att de utlandsfödda kvinnorna söker vård vid färre tillfällen, man söker senare i graviditeten och kanske för svårare tillstånd. Alltså, vilka är de främsta orsakerna till att det är så här?

UB: Ja, det är ju ganska komplext så klart, med ganska många samverkande faktorer. Och grovt kan man ju dela upp, det skulle ju kunna vara faktorer som har med tiden för migration, migrationen i sig och så det som hör till efter migrationen. Och, som Anna säger, det är ju efterförloppet vi kan påverka. Och det rör ju till exempel kommunikationen, att vara ny i ett hälsovårdssystem, att inte veta vad som förväntas och erbjuds, kanske att man har upplevt diskriminering eller en negativ attityd som lett till misstro. Det kan vara att det kommer budskap från olika håll också, som gör att det kan vara på det här sättet.

ARE: Och jag tänker också, inom mödravården så möter ju personalen kvinnor med olika språkkunskaper, bakgrunder, erfarenheter, hur kan mödravården förbättra så att den här klyftan som finns mellan inrikes- och utrikesfödda kvinnor minskar?

UB: Ja, jag har identifierat några centrala saker och en sån här sak var ju att det måste vara relevant. Kanske att få reda på inte bara att, utan varför. Att vi tänker inte på att det som är så självklart för mig, det är inte säkert att det är så självklart för dig. Och jag har ett konkret exempel från när jag gjorde intervjuer där. I barnmorskans folkhälsouppdrag så ingår ju att fråga om våldsutsatthet och det ingick i mina studier att undersöka inställningen till det här då. Och när jag frågade kvinnorna jag intervjuade om det här, så var det flera som uttryckte en stor tveksamhet till vad barnmorskan hade med det här att göra och sa att: ”Det här är ju personligt. Men att fråga om min hälsa, det är ju normalt”, så då i slutet med intervjuerna när jag då förklarade varför jag hade ställt de här frågorna och förklarade liksom orsakssambandet mellan att vara utsatt för våld och att kvinnors och barns hälsa kan påverkas negativt av det. Då var det lite grann som en aha-upplevelse: ”Ja, men då är det ju relevant”, så att det är som ett konkret exempel på hur viktigt det är att vi gör det vi säger relevant, att vi har en motivering bakom som håller. Det är en sak, att det ska vara relevant. Och sen, viktigt att tänka brett, att vi får tänka på att vi möter kvinnor med stora variationer i utbildningsbakgrund och vi kan inte strömlinjeforma allt. Det kan också vara att det finns olika förutsättningar i bakomliggande hälsa: ”Möjligheten till förebyggande vård, hur har den varit?” Vi får tänka brett, så vi inte missar någonting. Och där blir ju också det här viktiga med att balansera mellan ett grupp- och individtänkande. Anna var ju inne på det här med att individanpassa och att vi måste ha de här båda perspektiven i huvudet samtidigt. Ja, det finns risker på gruppnivå hos migranter i stort. Det är viktigt att vara medveten om det här. Det kan ju vara potentiellt livsavgörande i vissa situationer, att vi har den här bakgrundskunskapen. Och samtidigt: ”Nu är jag här, nu möter jag den här kvinnan, det här paret, vilka är behoven just här?”, att vi inte drar förhastade slutsatser. Och det låter ju så enkelt och självklart, men både det här med att dra förhastade slutsatser och att förbise saker är mycket lättare om man har en social, en kulturell eller en språklig distans emellan sig. Och då är det ju också toppen, så klart, om det finns utrymme för olika vårdmodeller, där då det här med doulaprojektet är en variant. Och vi har ju också gjort ett test med gruppmödravård.

ARE: Gruppmödravård, berätta, vad är det?

UB: Ja, det är att man möts under graviditeten och samtidigt som man då har sina kontroller så möts man också i grupp. Och då blir det som en kombination av kontroll och föräldrautbildning, kan man säga. Och det här testade vi med somaliskt födda kvinnor och där väntar vi på slutresultaten nu. Men en sak som vi har sett är att just det här samtalet tillsammans bygger liksom broar och ökar förståelsen för hälsovårdssystemet: ”Om jag inte vet vad jag ska fråga, så kanske någon annan gör det och då berikas jag av det.” Och på samma sätt berikas barnmorskorna av att förstå mer: ”Vad är det som är relevant att prata om när man är flera tillsammans?”

ARE: Vad tänker du, Anna, när du hör Ulrika prata här om att det måste vara relevant, man måste tänka brett och man måste testa olika, nya sätt att jobba?

AJ: Ja, det är viktigt och jag tog fasta på begreppet kolliderande sociokulturella synsätt, som Ulrika skriver i början av rapporten.

ARE: Vad betyder det?

AJ: Ja, det kan ju helt enkelt vara att den gravida kvinnan har en uppfattning i en sakfråga som är baserad på hennes erfarenheter eller de närstående eller de hon har i sitt nätverks uppfattning om vad som är bäst att göra, som inte överensstämmer med den information man får från mödravårdsbarnmorskan.

ARE: Har du något exempel på det här?

AJ: Ja, vi ser, vanligt förekommande i kulturtolksdoulagruppen är att de arbetar ju aktivt för att involvera partner inför förlossningen och det kan ofta ifrågasättas lite, antingen från den födande eller från partnern: ”Varför då? Det finns ju barnmorskor och du finns”, och så vidare. Men ger man då sammanhanget: ”Jo, för att du som förälder kommer kunna möta ditt barn och ni tillsammans kommer kunna uppleva förlossningen som stärkande”, och det kan ju för en individ handla om att vara med på rummet över huvud taget, kanske gå och hämta saft. Men för en annan så är man redo och mogen att hjälpa till mer praktiskt, stötta kvinnan med massage och så vidare. Men att då som partner få den kunskapen: ”Okej, det här kan främja min roll och mitt sammanhang i familjen”, då vill de ju gärna vara med.

ARE: Mm, och Ulrika, jag funderar, jag vet när du och jag förberedde intervjun så pratade du om att den här gruppen kvinnor som du har studerat, alltså, de möter många fördomar. Kan du ge några exempel?

UB: Ja, vi har ju gjort intervjuer just kring det här med mötet med mödravården, både med kvinnor och med män. Och i det här glappet, den här distansen som jag pratade om, så är det så lätt att det gror det här med stereotyper, fast man inte liksom tänker på det eller att man menar något illa med det. Till exempel så var det en kvinna som berättade att hon möttes av: ”Ja, du borde ju äta järntabletter, för ditt blodvärde är lite lågt, men det vill ju inte ni”, så. [skrattar] Ja, eller det kan vara mer subtilt. Det var ju väldigt tydligt liksom och så, men det kan ju vara mer subtilt. Det kan vara att man är rädd att mötas av kritik om man inte faller inom normen för antalet barn till exempel och så drar man sig för att besöka barnmorskan vid en ny graviditet och skjuter på det. Och då blir det ett försenat vårdsökande för att man är lite rädd att man inte passar in där liksom, så. Men mycket av det här kan man ju lösa genom att verkligen se … ja, inte allt, men mycket, av att se varandra, att sträva efter att förstå varandra. Och det var en somaliskfödd pappa som vi intervjuade som sa det så bra. Han tog hjälp av ett somaliskt ordspråk som handlar om att det räcker inte att dörren är öppen, också ansiktet behöver vara öppet. Det tänker jag säger ganska mycket om det här.

ARE: Mm, Anna.

AJ: Ja, jag tänkte också kring det här som du lyfta tidigare Ulrika, med kommunikation och som ju också tas upp i den här rapporten ni har skrivit på Delmi om hälsolitteracitet. Att vad vi ser väldigt konkret är ju att det är viktigt att kunna ge informationen och öppna upp för samtal på olika sätt, apropå individanpassad vård. Och där händer det ju mycket i Sverige nu, på nationell nivå med 1177, men också för mödravården. Det vill säga att vi spelar in filmmaterial, vi gör grafiskt material som i korta filmer och översatt till olika språk, så att man helt enkelt kan berätta om någonting som är viktigt, inte bara med översatta pamfletter.

ARE: Och Ulrika, vi ska avrunda här nu, tänkte jag. Det har säkert kommit ny kunskap sen du skrev din avhandling, kan du ge oss lite uppdaterad information?

UB: Ja, men migration är ju en process och där mina studier utfördes, om vi tar det som exempel, så har jag ju … om vi nu ändå ska prata om grupp lite grann, så har ju den här gruppen funnits i det svenska systemet mycket längre och då sker det ju en förändring successivt. För att det är ju många utav de här aspekterna som vi pratar om som hänger ihop med att vara nyanländ, inte ha språket, inte känna till systemet och det förändras ju över tid. Då har det ju inte bara, eller så mycket, med etnicitet att göra, utan det har ju att göra med de här andra sakerna och att vara ny i ett samhälle. Och nu har inte jag en 100-procentig statistik från just det här uppdragsområdet, men vi har delar. Och det vi ser är en positiv trend i det här med vårdsökandet, till exempel, att det är inte lika stora skillnader längre, just på det här. Och sen är det ju så att nu har vi ju tagit emot, välkomnat migranter också från många andra områden, i större utsträckning, med andra erfarenheter i bagaget och då kan ju vårdmönstret, så klart, och förväntan se annorlunda ut beroende på vad man som individ har med sig. Så när det gäller vårdsökandet, ska jag ju säga, och vårdanvändning under graviditet, så är ju migranter naturligtvis fortfarande en riskgrupp på grund av alla de här faktorerna.

ARE: Mm, och Anna, jag tänkte avslutningsvis till dig då, en väldigt intressant aspekt av er doulaverksamhet, det är ju integrationseffekten, dels förstås för de födande kvinnorna som vill bli tryggare och blir det, men också för doulorna själva, eller hur?

AJ: Ja, vi har ju under de här åren utbildat nya kulturtolksdoulor i flera omgångar och det vi ser är att för de här kollegorna som blir kulturtolksdoulor så kan det vara en viktig språngbräda vidare för att man får intresse för vårdgivande yrken och utbildar sig, men även att vi kan vara, för vissa, den första arbetsgivaren formellt sett. Så att det blir en möjlighet för att söka vidare jobb och komma in på arbetsmarknaden.

ARE: Fantastiskt ju.

AJ: Ja, det är det.

ARE: [skrattar] Tack så mycket för att ni var med i Delmi-podden, Ulrika Byrskog och Anna Jenssen.

UB: Tack så mycket.

AJ: Tack.

ARE: Rapporten, *Avhandlingsnytt om utrikesföddas möten med svensk hälso- och sjukvård*, finns att läsa på Delmis hemsida, Delmi.se. I nästa avsnitt av Delmi-podden, då kommer vi prata om Delmis AMIF-finansierade projekt om återvändande och återintegration och all info om det här, det hittar du på Delmis hemsida. Tack så mycket för att du har lyssnat. Ha det så bra, hej då.

[jingel spelas]