

Kartläggning av insatser som främjar kvinnohälsa i socioekonomiskt utsatta grupper

AVRAPPORTERING AV DELUPPDRAG STATLIG SATSNING
PÅ HÄLSOFRÄMJANDE INSATSER FÖR KVINNORS HÄLSA

SUSANNE SUNDELL LECEROF

MONICA ROSÉN



Kartläggning av insatser som främjar hälsa i socioekonomiskt utsatta grupper	1
Förord.....	3
1. Bakgrund	4
2. Frågeställningar	5
3. Metoder	5
3.1. Litteratursökning	6
3.2. Enkätundersökning och ompletterande intervjuer	6
4. Teoretiska begrepp och modeller.....	6
4.1. Teoretiska modeller av beteendeförändring	7
4.2. Hälsans sociala determinanter och egenmakt.....	8
4.3. Kultur	9
4.4. Hälsolitteracitet.....	10
4.5. The three phases of delay (sv. De tre faserna av fördröjning)	10
5. Resultat.....	11
5.1. Litteraturgenomgång.....	11
5.2. Genomgång av pågående insatser/goda exempel	18
6. Diskussion	28
6.1. Insatser för socioekonomiskt utsatta grupper.....	28
6.2. Migrationsperspektiv	29
7. Slutsatser och rekommendationer för vidareutveckling av verksamheter	30
Förkortningar.....	32
Referenser.....	33

Förord

Som ett led i en femårig regeringsåtgärdsplan som genomförs tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), som syftar till förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa, tilldelade Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne ekonomiska medel till Kunskapscentrum kvinnohälsa i maj 2016. Kunskapscentrum kvinnohälsa är ett regionalt kunskapscentrum som bland annat har uppdraget att stödja mödrahälsovården (MHV), erbjuda fortbildning och utarbeta riktlinjer och rekommendationer för arbetet på barnmorskemottagningarna (BMM) vad gäller graviditet, antikonception, cervixcancerprevention och sexuellt överförbara sjukdomar (STI).

De medel som anslogs till Kunskapscentrum kvinnohälsa gällde bland annat projektet ”Kartläggning; insatser som främjar hälsa i socioekonomiskt utsatta grupper”, som redovisas i föreliggande rapport.

Projektet har genomförts under september till december 2016. Under projekttiden har ett samarbete etablerats med det nationella nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) som även har tillfört medel.

För sammanställningen av rapporten står Susanne Sundell Lecerof, legitimerad sjuksköterska och folkhälsovetare, dr med vet och Monica Rosén, projektanställd barnmorska. Båda är anställda på Kunskapscentrum kvinnohälsa, Region Skåne.

Malmö

161223

Marie Köhler

Enhetschef

Kunskapscentrum kvinnohälsa

Region Skåne

Karin Hallstedt

Mödrahälsovårdsöverläkare/teamledare

Kunskapscentrum kvinnohälsa

Region Skåne

1. Bakgrund

I Socialstyrelsens rapport ”Öppna jämförelser” (Socialstyrelsen 2016a) uppmärksammas kvinnohälsa särskilt. I rapporten belyses skillnader mellan landstingen i bl a maternell morbiditet och mortalitet. Liknande oskäligen skillnader mellan landstingen observerades i SVEUS’ rapport om värdebaserad uppföljning av förlossningsvård (SVEUS 2015). Graviditetsregistret fungerar som en validerad kunskapskälla (Petersson 2016) vad gäller hälsotillstånd och komplikationer under graviditet och deltagande i mödrahälsovård. Graviditetsregistrets årsrapport (Graviditetsregistret 2015) visar bl a att kvinnor med låg utbildningsnivå deltar i mödrahälsovård i lägre grad än andra kvinnor. Vidare har Socialstyrelsen gjort en fördjupad analys av socioekonomiska faktorerens betydelse på kvinnors och barns hälsa under kvinnans graviditet samt under och efter förlossning, och visat att kvinnor med låg utbildningsnivå konsekvent har sämre hälsoutfall, och att kvinnor med ursprung i Afrika söder om Sahara har en särskilt hög risk för sämre hälsa under graviditet och förlossning (Socialstyrelsen 2016b).

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingick bl a mot denna bakgrund en överenskommelse om en utökad statlig satsning på mödrahälsovård och kvinnohälsa under en femårsperiod. Ett led i denna satsning är, enligt överenskommelsen, att utveckla mödrahälsovård och annan förebyggande hälsovård för kvinnor (bl a cervixcancerscreening) så att den kommer fler kvinnor till del. I SKL:s kartläggning om förlossningsvård och kvinnors hälsa (Sveriges Kommuner och Landsting 2016) dras slutsatserna att socioekonomiskt utsatta grupper/områden behöver nås, och att innovativa metoder behöver prövas. Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd beslutade 2016 att, som ett led i denna satsning, avsätta medel till en kartläggning av insatser som genomförts för att främja kvinnors hälsa i socioekonomiskt svaga grupper/områden och deras effektivitet avseende prevention, samt goda exempel på sådana insatser som man erfar har fallit väl ut. På basen av denna kartläggning ska insatser också rekommenderas för implementering i större skala. Kunskapscentrum kvinnohälsa tilldelades detta uppdrag.

I Sverige är den gynekologiska cellprovtagningen en screeningverksamhet dit alla kvinnor i åldrarna 23-60 år och folkbokförda i Sverige kallas. Kallelse till cellprovtagning sker per post. Den nationella täckningsgraden, 81,7 % (Socialstyrelsen 2016a), är relativt hög men ligger under målet om 85 %. Prevalensen för cervixcancer halverats sedan mitten av 1960-talet, när screeningen infördes. Varje år upptäcks cirka 450 fall av cervixcancer, och cirka 150 kvinnor dör årligen i cervixcancer i Sverige. Att delta i cervixcancerscreeningen innebär att man minskar risken för cervixcancer med 90 % (Strander, Dillner et al. 2015).

I regionala uppföljningar och vetenskapliga studier av screeningverksamhet har man noterat en lägre täckningsgrad i socioekonomiskt utsatta områden och bland utlandsfödda kvinnor (ibid). Uppföljningar och studier har försökt kartlägga skäl till att kvinnor avstår från att delta i screeningen och visat att skälen varierar. Bland det som nämns finns språksvårigheter, brist på information och kunskap om den gynekologiska cellprovtagningen och dess syfte, ovana vid förebyggande åtgärder, rädsla för att undersökningen ska göra ont, och ekonomiska skäl

och praktiska problem såsom avsaknad av barnpassning samt att man inte vet hur man ska boka om tiden.

Barnmorskemottagningar i Sverige erbjuder mödrahälsovård, gynekologisk cellprovtagning, preventivmedelsrådgivning och provtagning för sexuellt överförbara sjukdomar. Rapporter (Graviditetsregistret 2015) visar att kvinnor i socioekonomiskt utsatta grupper, såsom kvinnor med kort utbildning, arbetslösa kvinnor och kvinnor med utomeuropeisk bakgrund, utnyttjar mödrahälsovården i lägre grad än andra. Svenska studier (Wahlberg, Roost et al. 2013, Esscher, Binder-Finnema et al. 2014, Khanolkar, Wedren et al. 2015) visar att kvinnor med utomeuropeisk bakgrund i högre grad än svenskfödda riskerar prematura födselar, allvarliga komplikationer under förlossning och även har en högre mödradödlighet, framför allt bland kvinnor med ursprung i Afrika söder om Sahara. Högre mödradödlighet förklaras enligt Esscher (ibid) i två tredjedelar av fallen av suboptimal vård, med bland annat sen och felaktig diagnostik trots kända symtom, ofullständiga utredningar, felaktig/försenad eller ofullständig behandling för t ex högt blodtryck och sepsis. Faktorer som bidrog till högre mödradödlighet kunde också relateras till att kvinnorna skrivit in sig på barnmorskemottagningen sent i graviditeten, hade sämre följsamhet för råd och anvisningar från vårdpersonal, och att det fanns kommunikationsproblem som delvis handlade om språksvårigheter, och att tolk inte användes.

2. Frågeställningar

Vad visar internationell forskning om socioekonomiskt utsatta kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter (SRHR) med fokus på mödrahälsovård och deltagande i screening för cervixcancer, om hälsa hos kvinnor med erfarenhet av migration, och om interventioner som har gjorts för att främja dessa kvinnors hälsa?

Vilka insatser har genomförts i Sverige med goda erfarenheter och vad visar eventuella utvärderingar?

Vilka lärdomar kan dras och vilka faktorer bidrar till framgångsrika insatser?

Vilka kunskapsluckor och behov återstår?

3. Metoder

Datansamlingsmetoderna som används i denna kartläggning är litteratursökning, frågeformulär och kompletterande intervjuer med nyckelpersoner (där utvärdering saknats eller varit bristfällig). Resultaten diskuteras och slutsatser dras mot bakgrund av den folkhälsovetenskapliga referensramen, där man förstår hälsa som något som skapas av sociala och samhällsliga faktorer på olika nivåer.

3.1. LITTERATURSÖKNING

Publicerad forskning söktes huvudsakligen i databaserna PubMed och Cochrane. Såväl kvalitativ som kvantitativ forskning inkluderades. Sökorden (på engelska) var intervention, mödrahälsovård, screening, cellprovtagning, mammografi, socialt utsatta, utrikesfödda, invandrare, flyktingar, migranter, låg utbildning, arbetslös, och kvinnor i olika kombinationer.

Sökningar på Google med samma sökord som för genomgången av publicerad forskning gjordes på svenska, för att hitta publicerade utvärderingar av insatser som genomförts i Sverige.

3.2. ENKÄTUNDERSÖKNING OCH KOMPLETTERANDE INTERVJUER

Ett frågeformulär utformades och sändes till landets samordningsbarnmorskor i samband med deras nationella möte i Uppsala hösten 2016. I formuläret efterfrågades eventuella särskilda satsningar för förbättrad kvinnohälsa i socioekonomiskt utsatta grupper, eventuella utvärderingar av dessa, och möjlighet till kontakt för eventuellt uppföljande intervju. Frågeformuläret skickades ut till 39 samordningsbarnmorskor i Sverige i samband med deras rikskonvent. 15 av dessa svarade.

Nyckelpersoner för olika interventioner som inte utvärderats eller beforskats, alternativt inte följts upp avseende arbetet med kvinnohälsa specifikt, intervjuades. Intervjuerna, som hölls ansikte mot ansikte eller på Skype eller telefon, skedde med hjälp av en semistrukturerad frågeguide. Intervjuaren tog anteckningar som sedan sammanfattades och strukturerades för att ge en helhetsbild av insatserna och vilka erfarenheter de hade gett. Totalt intervjuades 20 samordningsbarnmorskor och 10 övriga (barnmorskor, distriktssköterska, samordnare, projektledare). Alla Sveriges 21 län är representerade i materialet.

4. Teoretiska begrepp och modeller

I detta avsnitt förklaras för rapporten viktiga begrepp och modeller. För att det ska vara möjligt att åstadkomma en hälsorelaterad förändring i en befolkning behöver man ha en god förståelse för det bakomliggande problemet, dess orsaker och hur det uppfattas av målgruppen/-grupperna. Insatser som har bevisats effektiva har på ett tillfredsställande sätt lyckats adressera problemets orsaker. En insats som av någon anledning inte kunnat resultera i mätbara utfall behöver inte innebära att insatsen är utan värde. Förändring är ofta en process, och man behöver förstå att denna process både kräver tid och att man behöver ta hänsyn till flera olika aspekter för att en insats ska bli framgångsrik. Dessa delmål kan också mätas kvantitativt, men det görs inte ofta. Oftare används kvalitativa metoder för att beskriva mer ”mjuka” utfall såsom hälsolitteracitet, välbefinnande, nöjdhet och attityder. När en insats ska planeras, genomföras och utvärderas är en teoretisk modell med gott forskningsstöd ofta bra att utgå ifrån. Arbetet blir mer systematiskt och evidensbaserat, det blir lättare att ställa upp

rimliga mål, och man använder samlad och beprövad erfarenhet för att ta i beaktande viktiga aspekter i arbetet.

4.1. TEORETISKA MODELLER AV BETEENDEFÖRÄNDRING

Insatser utgår inte alltid från en teoretisk förståelse av ett problem och dess orsaker. Därför är det inte säkert att man har hittat rätt lösningsmodell. Ofta kan man dra slutsatser om vilken teoretisk förståelse man har för det aktuella problemet och dess orsaker genom intervjufrågor, eller genom att undersöka hur insatsen är uppbyggd och vilka komponenter den har.

En vanlig teoretisk modell som används i hälsofrämjande arbete är *KAB-modellen* (Tones & Green 2004), där K står för engelskans *knowledge* (kunskap), A för *attitudes* (attityder) och B för *behavior* (beteende). Modellen beskriver förhållandet mellan en individs upplevda risk för en sjukdom och sjukdomen. Därmed föreställer man sig då att ökade kunskaper om risker automatiskt leder till förändrade hälsorelaterade beteenden. Denna teoretiska modell har senare kritiserats på många sätt, bl a för att man inte tar hänsyn till processtänkandet och tidsaspekten, och för att man inte heller beaktat det sociala sammanhangets betydelse.

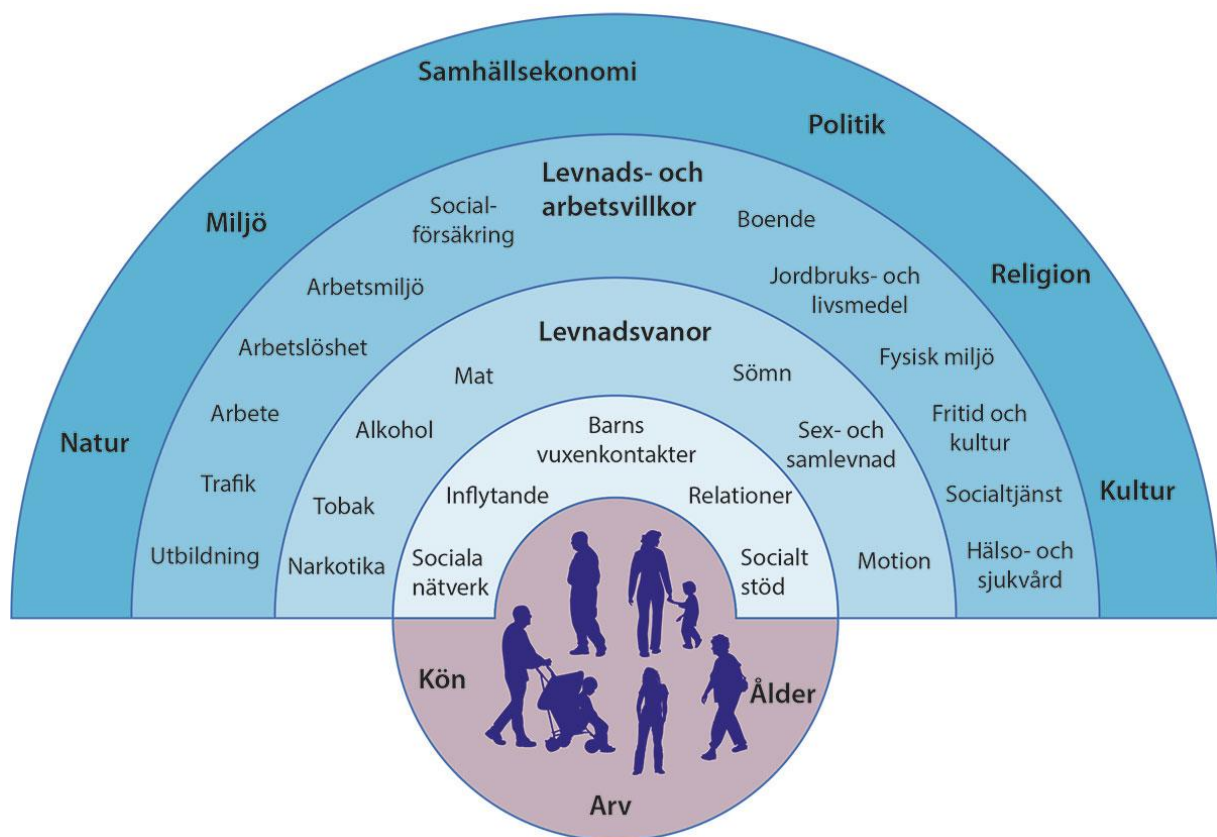
Därför används även den *transteoretiska modellen* eller *förändringens faser-modeller* (eng. *stages of change model*) ofta när man ska planera en insats eller visualisera en förändringsprocess' olika stadier (Nutbeam, Harris et al. 2010). Enligt denna modell har en förändringsprocess fem olika faser. I det prekontemplativa stadiet är man inte intresserad av frågan, eller inte ens medveten om riskerna med ett visst hälsorelaterat beteende. I den kontemplativa fasen börjar man reflektera över sitt beteende och överväga beteendeförändring. När man fattat ett beslut och aktivt gör en förändring går man in i handlingsfasen, som följs av upprätthållandefasen då man ska försöka hålla fast vid det nya beteendet trots utmaningar. Vid fasen återfall (som inte alltid inträffar) kan man antingen gå tillbaka till det prekontemplativa skedet eller till det kontemplativa skedet igen.

Den social-kognitiva modellen (Nutbeam, Harris et al. 2010) väger in även den sociala miljöns betydelse för hälsorelaterade beteenden. En stödjande social miljö kan göra det lättare för en individ att fatta beslut som är gynnsamma för hälsa, och att upprätthålla en beteendeförändring, och tvärtom. Individen lär också genom socialt lärande, och ett visst beteende kan förstärkas eller försvagas av omgivningens inställning.

Sammanfattningsvis behöver man, i samband med en planerad insats, ha en god förståelse för vilka faktorer som bidrar till det aktuella problemet, och ta dem i beaktande vid genomförande och uppföljning av en insats. Ofta kräver detta att man gör en detaljerad målgruppsanalys.

4.2. HÄLSANS SOCIALA DETERMINANTER OCH EGENMAKT

Traditionellt har folkhälsoarbete förstått som hälsouppllysning. Hälsouppllysning är fortfarande en vanlig metod inom hälso- och sjukvården och går ofta under benämningen ”hälsofrämjande arbete”. Hälsofrämjande arbete är ett av hälso- och sjukvårdens uppdrag. När man bedriver hälsofrämjande arbete är det viktigt att förstå hur hälsa och sjukdom skapas i ett större sammanhang. De sociala, ekonomiska och samhälleliga faktorer som avgör hur hälsa och sjukdom fördelar sig i en befolkning kallas kollektivt för hälsans bestämningsfaktorer (determinanter). De brukar ofta åskådliggöras i Dahlgrens och Whiteheads ”regnbågsmodell”(Dahlgren & Whitehead 1991):



Modellen åskådliggör att fokus i modernt hälsofrämjande arbete ligger på att skapa stödjande miljöer för individers hälsa, snarare än på att lägga allt ansvar på individen själv. Ett ensidigt fokus på hälsouppllysning och levnadsvanor bör därför undvikas.

Egenmakt eller empowerment definieras enligt Världshälsoorganisationen som ”en process, genom vilken människor får större kontroll över beslut och handlingar som påverkar deras hälsa” (World Health Organization 1998). Hälsofrämjande arbete syftar därmed till att öka grupper och individers egenmakt. Man skiljer mellan individuell och kollektiv egenmakt, där den senare syftar till att möjliggöra för individer att få kollektivt inflytande över faktorer i deras närsamhälle som har betydelse för deras hälsa, och agera kollektivt för att förändra. Kollektiv egenmakt är att eftersträva, då den i högre grad möjliggör en förändring i förhållandena.

Framstående forskare så som Wilkinson och Marmot har publicerat omfattande internationella studier med stark evidens för att det verkligen förhåller sig så, att hälsoutfall är avhängiga av de sociala determinanterna (Wilkinson & Marmot 2003, Marmot 2005). Marmot ledde WHO:s kommission för global jämlik hälsa som avrapporterades 2008 (Commission of the Social Determinants of Health 2008) och som fick efterdyningar i flera nationella och lokala kommissioner för jämlik hälsa, bl a i Sverige (Statens Offentliga Utredningar SOU 2016:55) och i Malmö och Östergötland (Stigendal & Östergren 2013, Östgöta-kommissionen för jämlik hälsa 2014).

4.3. KULTUR

Begreppet kulturella faktorer används ofta som delförklaring till varför utrikesfödda som grupp har sämre hälsa än t ex svenskfödda. En felaktig förståelse av begreppet kan dock bidra till stereotyper som snarare försvårar än underlättar optimal vård (Esscher, Binder-Finnema et al. 2014). Det finns många olika definitioner av begreppet *kultur*, och fokus ligger på olika aspekter beroende på vetenskaplig eller yrkestillhörighet.

Psykiatern och psykoterapeuten Riyadh al-Baldawi (al-Baldawi 2014) lyfter fram både dess sammanhållande kraft och dess föränderlighet i sin egen definition:

Kultur är en livslång inlärningsprocess som omfattar olika system av kunskaper, idéer, traditioner, normer, värderingar, trossatser, seder och bruk. Denna process sker ofta omedvetet genom individens dagliga interaktion med den grupp man tillhör. Dessa system bevaras vidare genom överföring från en generation till en annan samtidigt som de förändras och utvecklas i processen.

Sveriges psykologförbund skiljer mellan termerna *interkulturell* och *tvärkulturell* (transkulturell), så att interkulturell används för att beteckna ett närmare, mer ingående samspel i form av en gemenskap mellan människor och företeelser med skilda kulturer involverade, medan termen tvärkulturell används för att beteckna en mer ytlig kommunikation över kulturgränserna (Egidius). Med interkulturell kommunikativ kompetens avses att kunna tolka och förstå andras synsätt samt ifrågasätta egna uppfattningar, och därigenom överbrygga skilda perspektiv såväl kognitiv som affektivt. Detta kan leda till en minskad risk för att stereotypisera, eller känna skuld, aggression eller medömkan inför den man möter. Det handlar om att möjliggöra en förståelse av personen och dennes historia, utifrån individens egen kontext.

Så här skriver Hjelm (Hjelm 2106) i Vårdhandboken:

Inom transkulturell omvårdnad studeras individens förutsättningar för hälsa, reaktioner på och upplevelser av sjukdom eller ohälsa samt effekter av vård och behandling hos individer med olika kulturell bakgrund. Man studerar skillnader och likheter, både mellan och inom olika kulturer, men också mellan olika generationer. Avsikten är att kunna vårda människan som döljs bakom kulturen. Både individens och vårdarens kultur påverkar vårdandet.

Eftersom varje människa är unik blir mötet mellan två personer alltid transkulturellt i någon mån.

4.4. HÄLSOLITTERACITET

Hälsolitteracitet kan definieras som förmågan att förvärva, förstå, värdera och använda information för att bibehålla eller främja sin hälsa (Mårtensson & Wångdahl 2016). För att man själv ska kunna lösa sina ohälsoproblem och delta i beslut och åtgärder som berör den, krävs olika kognitiva och sociala förmågor samt fungerande system som tillhandahåller information. Man brukar därför skilja mellan tre olika nivåer av hälsolitteracitet; funktionell, kommunikativ och kritisk hälsolitteracitet. Den funktionella hälsolitteraciteten betecknar förmågan att läsa och förstå hälsoinformation, den kommunikativa hälsolitteraciteten innebär att man kan välja ut relevant hälsoinformation, tillämpa den i olika sammanhang och kommunicera om den med andra, medan den kritiska hälsolitteraciteten betyder att man innehar förmågan att granska informationen kritiskt, och att ta kontroll över sin hälsa i livets olika situationer. Dessa olika nivåer sammanlagt kallas komplex hälsolitteracitet (Wångdahl 2014).

Vilken nivå av hälsolitteracitet en individ har betydelse för dennes hälsa (Kickbusch, Pelikan et al. 2013). Människor med olika bakgrund kan ha olika hälsolitteracitet. Hälsolitteraciteten kan t ex hänga samman med utbildningsnivå, eller födelseland. Undersökningar har visat att vissa migrantgrupper har lägre genomsnittlig nivå av hälsolitteracitet, till exempel i samband med hälsoundersökningen som erbjuds alla asylsökande i Sverige (Wångdahl, Lytsy et al. 2015).

Att skatta kvinnans nivå av hälsolitteracitet tidigt i hennes möte med barnmorskemottagningen, och som vårdgivare handla därefter, kan därför ha en avgörande betydelse för kvinnans hälsa. Skattning kan ske med hjälp av t ex av validerade frågeinstrument (Wångdahl 2016).

4.5. THE THREE PHASES OF DELAY (SV. DE TRE FASERNA AV FÖRDRÖJNING)

Thaddeus och Maine (Thaddeus & Maine 1994) beskrev i sin forskning att maternell mortalitet till största delen gick att relatera till tre faser av fördröjning i att få rätt vård. Den första fördröjningen avser beslutet att söka ("seeking") vård, där socioekonomiska och kulturella faktorer inverkar på hur tidigt eller sent man söker. Den andra fasen av fördröjning handlar om att identifiera och nå ("reaching") rätt vårdinrättning, där tillgänglighet är en viktig faktor för utfallet. Den tredje och sista fördröjningen beskriver hur tidigt eller sent man får ("receiving") adekvat vård. Vårdens kvalitet är här helt avgörande.

Binder och kollegor (Binder, Johnsdotter et al. 2012) utvecklar modellen och kallar den "migration three delays model" i sin forskning. De visar att maternell mortalitet drabbar

utrikesfödda i högre grad än svenskfödda, och finner förklaringarna i bl a migrationspecifika faktorer såsom kommunikationsproblem, språksvårigheter och begränsningar i systemet för hur, och i vilken utsträckning man använde sig av tolk. En stor andel av dödsfallen kunde också förklaras av suboptimal vård och ömsesidig misstro.

5. Resultat

5.1. LITTERATURGENOMGÅNG

Litteraturgenomgång A: Publicerad forskning

Mödrahälsovård

Graviditetsregistrets årsrapport (Graviditetsregistret 2015) visar att kvinnor med kort utbildning utnyttjar mödrahälsovården i lägre grad än andra kvinnor. Detta ökar risken för allvarliga och tom fatala komplikationer i samband med graviditet och förlossning (Socialstyrelsen 2016b). En svensk studie visar också att utrikesfödda kvinnor utnyttjar mödrahälsovård i lägre grad än svenskfödda (Ny, Dykes et al. 2007). I Sverige tar 5% av alla gravida kvinnor kontakt med mödrahälsovården sent i graviditeten (efter graviditetsvecka 15). Kvinnor som skrivit in sig på barnmorskemottagningen sent är oftare oplanerat gravida, yngre, ensamboende, deltidsarbetande eller av utländsk härkomst, och bland de vanligaste orsakerna uppges språksvårigheter, rädsla för gynekologisk undersökning och för att få kritik av personalen (Darj & Lindmark 2002).

Forskning visar också att utrikesfödda kvinnor, särskilt med ursprung i Afrika söder om Sahara, har högre förekomst av förlossningskomplikationer och perinatal dödlighet jämfört med svenskfödda kvinnor. (ibid) Kvinnor födda i låginkomstländer har cirka 3,5 gånger högre maternell mortalitet än svenskfödda (Esscher, Binder-Finnema et al. 2014).

Esscher (Esscher, Binder-Finnema et al. 2014) kartlade i en studie dödsfall under graviditet, förlossning och puerperium och undersökte dödsorsakerna i relation till ”migration three delays”-modellen (Binder, Johnsdotter et al. 2012) och visade att fördröjd vård på grund av att kvinnan sökt för sent, bl a pga sen inskrivning på barnmorskemottagningen, eller att det funnits problem med tillgängligheten t ex på grund av brist på tolk, förklarade en del av skillnaden mellan svenskfödda och utlandsfödda avseende mödradödligheten. Den tredje faktorn som ökade risken för död kvinnorna var suboptimal vård. Suboptimal vård som bidragande faktor till dödsfall var också signifikant olika mellan svensk- och utlandsfödda kvinnor, på så sätt att det var vanligare bland utlandsfödda. Esscher manar därför till större uppmärksamhet på vanliga symtom bland utlandsfödda kvinnor, och avråder från förklaringar som handlar om kulturella stereotyper. Resultaten pekar också på hur avgörande roll användandet av tolk har i samband med uppsökande av vård.

Även Wahlberg med kollegor (Wahlberg, Roost et al. 2013) visade i sin studie på en ökad risk för ”near miss” bland utlandsfödda kvinnor jämfört med svenskfödda, störst var risken bland kvinnor födda i Afrika söder om Sahara. Orsakerna tros vara relaterade till socioekonomisk status, och till att kvinnor från Afrika söder om Sahara i högre grad har försvårande grundsjukdomar.

Forskning visar också att socioekonomiskt utsatta kvinnor (t ex de arbetslösa med låg utbildningsnivå och kvinnor som bor i utsatta områden) i högre grad än andra kvinnor äter mat av låg kvalitet (Porteous, Palmer et al. 2014), och i lägre grad än andra kvinnor tar folsyre tillskott före och under tidig graviditet (Brough, Rees et al. 2009) och genomför fosterdiagnostik/KUB-test (Dormandy, Michie et al. 2005, Petersson 2016). Risken för att de lider av depression under och efter graviditet är högre än för andra kvinnor (Rubertsson, Wickberg et al. 2005), liksom för att de röker under och efter graviditet (Raisanen, Kramer et al. 2014). De föder i högre grad barn som är små för tiden och prematura barn (Gavin, Nurius et al. 2012, Khanolkar, Wedren et al. 2015), och etablerar amning i lägre grad än andra kvinnor (MacVicar, Kirkpatrick et al. 2015).

Insatser för socioekonomiskt utsatta kvinnor under graviditet och förlossning

En systematisk forskningsöversikt och en meta-analys av 23 studier från 16 länder (inklusive nordiska välfärdsländer som Sverige och Finland) från Cochrane av Hodnett och kollegor (Hodnett, Gates et al. 2013), visar att kvinnor som har tillgång till kontinuerligt socialt och känslomässigt stöd, t ex i form av doula, under graviditet och förlossning, känner sig tryggare, behöver mindre smärtlindring och har färre komplikationer under förlossningen och behöver i lägre grad förlösas med kejsarsnitt, tång eller vacuumextraktor. De har också kortare förlossningstid i genomsnitt. Svenska kvalitativa studier har visat att användning av doula och sk kulturdoula (doulor med förlossnings- och migrationserfarenhet, som ger stöd under graviditet och förlossning till utlandsfödda kvinnor på sitt modersmål) bidragit till övervägande positiva erfarenheter hos både födande kvinnor och hos barnmorskor (Berg & Terstad 2006, Akhavan & Edge 2012, Akhavan & Lundgren 2012). Detta motiverar att kvinnor, särskilt förstföderskor, med svagt socialt nätverk och språksvårigheter, bör få tillgång till psykosocialt stöd under graviditet, förlossning och första tiden med det nyfödda barnet.

Hollowell och kollegor (Hollowell, Oakley et al. 2011) studerar i sin systematiska forskningsöversikt och meta-analys effektiviteten av riktade mödrahälsovårdsprogram för socioekonomiskt utsatta kvinnor att förebygga spädbarnsdödlighet (avseende dödsorsakerna prematur födsel, kongenital anomali och plötslig spädbarnsdöd) i Storbritannien. De drar slutsatsen att ingen enskild insats varit tillräckligt effektiv för att kunna tillskrivas framgång, men att flera insatser är lovande och behöver beforskas av studier med högre vetenskaplig kvalitet. Särskilt lovande insatser var bl a särskilda grupper för utsatta kvinnor under graviditeten, t ex baserat på lokal närhet till målgruppen, eller på förekomst av riskfaktorer för

t ex prematur födsel. En insats till som benämns som lovande för att förebygga prematur födsel är kostprogram för socioekonomiskt utsatta kvinnor.

En systematisk forskningsöversikt och meta-analys av effektiviteten av insatser för perinatal depression bland gravida kvinnor i socialt utsatta grupper i USA gjordes av Rojas-García och kollegor (Rojas-García, Ruíz-Pérez et al. 2014). Interpersonell terapi visade sig vara en mer effektiv behandlingsform än kognitiv beteendeterapi i denna forskningsöversikt. Flera av de framgångsrika riktade insatserna var särskilt utformade för socioekonomiskt utsatta kvinnor som också var utrikesfödda, då tidigare studier visat en ökad förekomst av perinatal depression i denna grupp. Forskarna påpekade att det behövdes mer kunskap om vilka de exakta komponenterna i förebyggande insatser skulle kunna vara.

Flera vetenskapliga studier av insatser pekar på vikten av att beakta de sociala och ekonomiska faktorer som bidrar till att utsatta kvinnor har sämre hälsa. En empowermentstrategi på flera nivåer, där man gör förändringar och anpassningar på närsamhälls- och organisationsnivå, kan underlätta för socioekonomiskt utsatta kvinnor att t ex öka sin fysiska aktivitet (Roger, Rutten et al. 2011). En accepterande och stödjande attityd från mödrahälsovårdspersonal, kombinerat med en förståelse för den socioekonomiskt utsatta kvinnans och hennes partners hela livssituation, kan vara en framgångsrik strategi i att t ex hjälpa dem att sluta röka under graviditeten (Flemming, Graham et al. 2015, Gamble, Grant et al. 2015).

Gynekologisk cellprovtagning

En systematisk forskningsöversikt och meta-analys av randomiserade och kontrollerade studier från Cochrane visar att det mest effektiva sättet att få en följsamhet till kallelse att komma till gynekologisk cellprovtagning är skriftlig kallelse i kombination med utbildningsinsatser, även om det är oklart hur de senare ska utformas för att vara effektiva (Everett, Bryant et al. 2011).

Internationell forskning har visat att deltagande i screening för bl a cervixcancer har en stark socioekonomisk gradient (von Wagner, Good et al. 2011). Regionala/lokala geografiska kartläggningar (sk geomapping) visar att täckningsgraden i olika områden varierar (Regionalt Cancercentrum Syd 2014). Forskning visar att socioekonomiskt utsatta kvinnor, t ex kvinnor med funktionshinder, deltar i screening i lägre utsträckning än andra (Peters 2012), och att utrikesfödda deltar i cervixcancerscreening i lägre grad än svenskfödda (Azerkan, Sparen et al. 2012). Möjliga orsaker till detta har undersökts och ofta visat sig vara av praktisk och administrativ art – man har inte tid, man saknar barnpassning och man vet inte hur man gör för att boka om tiden. Tidigare dåliga erfarenheter vid gynekologisk undersökning, rädsla för gynekologisk undersökning, för eventuellt obehag och smärta och för cancer (som upplevs som en dödsdom) är också vanliga orsaker. Kvinnor med funktionshinder kan sakna anpassning av lokaler, professionellt bemötande, och en del har upplevelser av sexuellt utnyttjande eller sexuella övergrepp (Peters 2012). Ovana vid preventivt tänkande (att man ska gå till sjukvården trots att man inte känner sig sjuk), egen riskbedömning (att man själv

bedömer att man inte har så stor risk för cancer t ex för att ingen i familjen haft det) och fatalism ("händer det så händer det") nämns också i studier (Olsson and Lau 2015). Bland utrikesfödda kvinnor finns också språksvårigheter och brist på förståelig information med som förklaringar (Olsson and Lau 2012).

I en lokal kartläggning av Angereds Närsjukhus i Västra Götaland fanns indikationer på att täckningsgraden för gynekologisk cellprovtagning var låg i de nordöstra delarna av Göteborg, som domineras av socioekonomiskt utsatta områden. Man uppmärksammade också att enbart tryckt material på flera olika språk inte gav någon effekt på täckningsraden. Orsakerna till uteblivna cellprovtagningar kartlades (genom bl a telefonsamtal) och visade sig vara bl a bristande kunskap om gynekologisk cellprovtagning och dess syfte, avsaknad av erfarenhet av förebyggande hälsoundersökningar, språksvårigheter vilket gör det svårt att förstå kallelsen och kontakta vården, och rädsla och osäkerhet kring undersökningssituationen (hur den går till, om det gör ont, om man kan få en kvinnlig provtagare mm) (ibid).

Kunskapscentrum för jämlik vård och Regionalt Cancercentrum Väst planerade då i samråd med hälso- och sjukvårdssystemet och lokala aktörer i nordöstra Göteborg en insats med flera olika komponenter med syfte att öka täckningsgraden i de socioekonomiskt utsatta områden där täckningsgraden var låg (Olsson and Lau 2012). Man utformade ett positivt hälsobudskap om cellprovtagning och genomförde en riktad informationskampanj via medier (lokalradio och tv, flyers samt knappar på olika språk samt sociala medier) under en vecka, och i samband med det utökade man öppettider vid lokala mottagningar. Inför och under kampanjveckan samarbetade man med kulturdoulor för att sprida informationen lokalt genom att lämna skriftligt informationsmaterial hos lokala aktörer, t ex handlare. Kulturdoulorna spred också informationen muntligt på olika språk och fanns tillgängliga lokalt. Man använde sig också av en cellprovtagningbuss för drop-in provtagning. Antal provtagningar ökade vid tidpunkten för insatserna, det var dock oklart om man verkligen nått uteblivarna som var bosatta i området.

Olsson och Lau (Olsson, Lau et al. 2014) har beforskat multi-komponentinsatsen och funnit att täckningsgraden av gjorda cellprovtagningar ökade i interventionsområdet under tidsperioden för de särskilda satsningarna, även om det inte med säkerhet gick att fastställa att det var just målgruppen för insatsen som i ökad omfattning gick till sin cellprovtagning. Interventionen sammanföll också med införandet av ett nytt bokningssystem där kvinnor själva kunde boka om sina tider. Det var således inte helt fastställt att den ökade täckningsgraden kunde relateras enbart till insatsen. På interventionsområdet uppmärksammades i intervjuer dock en ökad känsla av tillit som var relaterad till att man använt sig av lokala resurser. Den positiva interaktionen men personer som bodde i området var en följd av att man närmade sig ämnet på ett positivt sätt.

Randomiserade kontrollerade studier i Västra Götaland i ett annat projekt riktat till alla kvinnor som uteblivit från sina cellprovskontroller, visar att telefonsamtal från barnmorska för att boka tid när en kvinna uteblivit, var ett effektivt generellt sätt att öka deltagandet i cellprovskontroller (Broberg, Jonasson et al. 2013). Deltagandet ökade med 70 %. I interventionen fann man dubbelt så många fall av cellförändringar som i kontrollgruppen, och

fyra gånger så många fall av svåra cellförändringar. Metoden var även ekonomiskt sett hållbar, då det var barnmorskor i det ordinarie screeningprogrammet som ringde upp kvinnorna. En annan metod som prövades med framgång var att skicka ut självtest av HPV. Efter en påminnelse ökade deltagandet i gynekologisk cellprovtagning med 50 % .

Litteraturgenomgång B: Utvärderade insatser

Mödrahälsovård

Kulturdoulor

Ordet doula kommer från grekiskan och betyder 'kvinna som ger omvårdnad'. En doula är en kvinna med egen förlossningserfarenhet och numera även med någon typ av förlossningspedagogisk utbildning. Doulornas uppdrag är att ge kvinnor psykosocialt och känslomässigt stöd före och under förlossning, samt att förbereda kvinnan på den första tiden med barnet (Organisationen för doulor och förlossningspedagoger i Sverige). Begreppet "kulturdoula" är en vidareutveckling av konceptet doula, där kulturdoulan förutom egen förlossningserfarenhet har egen erfarenhet av att invandra. Hon fungerar som ett stöd på modersmålet för den gravida och födande kvinnan, och underlättar kommunikationen mellan kvinnan och barnmorskan, som kan ha olika kulturella bakgrunder.

I en av Göteborgs norra förorter, Angered, har ett projekt med kulturdoulor genomförts och utvärderats, mot bakgrund av att uteblivna mödrahälsovårdsbesök samt komplikationer under förlossning oftare sker bland utrikesfödda kvinnor jämfört med svenskfödda. Projektet innebar att utrikesfödda kvinnor (med egen erfarenhet av graviditet och förlossning) utbildades till doulor och inom ramen för projektet fick hjälpa och stötta utrikesfödda gravida och födande kvinnor. På så sätt kunde kulturdoulorna inte bara fungera som stöd under graviditet och förlossning, utan även lösa språk- och kommunikationssvårigheter. Syftet var att ge utrikesfödda gravida och födande kvinnor en bättre graviditets- och förlossningsupplevelse genom socialt, emotionellt och förlossningspedagogiskt stöd. Kulturdoulorna användes också i en annan satsning för att öka deltagandet i gynekologisk cellprovtagning i bostadsområden med hög andel utrikesfödda och hög andel uteblivna cervixcancerscreeningbesök. Projektet med kulturdoulor har utvärderats med kvalitativ metod, där man intervjuat såväl barnmorskor som nyblivna mammor som kommit i kontakt med kulturdoulor i samband med graviditet och förlossning. Utvärderingen visar att kulturdoulorna bidragit till positiva upplevelser kring graviditet och förlossning bland såväl gravida och födande kvinnor som bland barnmorskor, och en bättre kommunikation mellan barnmorskan och kvinnan, både före och under förlossning (Akhavan 2009, Näsfeldt 2016). Kvinnorna som tagit del av verksamheten upplevde att kontakten med doulorna bidragit till trygghet i kontakten med mödrahälsovården och med barnmorskan under förlossningen, och till att de fått bättre verktyg och strategier för att hantera föräldraskapet. Vidare visar en utvärdering (Jagudina 2012) att kulturdoulorna genom olika strategier överbryggat de olika synsätt, värderingar och kommunikationssätt som kan hänföras till kulturskillnader mellan den utlandsfödda kvinnan och den svenskfödda personalen.

Kulturdoulor finns bland annat i Göteborg där insatsen initierades, samt i Örebro och Umeå. I Halland och Stockholm planeras verksamheter snart starta upp. I Västerbotten ingår kulturdoulor numera i den ordinarie verksamheten. Kulturdoulorna hjälper till med information, stöd under graviditeten, under och efter förlossningen, men används också i SFI utbildningen där t ex information om vikten att ta cellprov belyses. Med kulturdoulor som lärt sig kvinnans signaler, kan symtom på avvikelser under förlossningen ses tidigare genom att kvinnan kan förmedla och beskriva sina symtom. T ex kan kvinnan bättre förmedla sin upplevelse av smärta och behov av smärtlindring. Om medicinska tolkningar behövs tas en auktoriserad tolk in, för övrigt fungerar kulturdoulan som en bro till förståelse mellan barnmorska och kvinnan. Utvärdering visade att kvinnorna upplevde trygghet och möjlighet att förmedla sig. Barnmorskorna beskrev kulturdoulan som en tillgång, detta genom en känsla av trygghet och förtroende, kontinuerligt stöd för kvinnan och främjad kommunikation vilket underlättade arbetet.

Samhälls- och hälsokommunikatörer samt romska hälsoinspiratörer

I Skåne arbetar samhälls- och hälsokommunikatörer inom ramen för den statligt subventionerade etableringen av de nyanlända flyktingar som fått uppehållstillstånd och omfattas av etableringsförordningen (benämns i fortsättningen som nyanlända flyktingar), men även med asylsökande och ensamkommande flyktingbarn. De är anställda av Länsstyrelsen i Skåne län och samarbetar med bl a arbetsförmedlingar, kommuner och frivilligorganisationer som parter i den regionala överenskommelsen angående etablering av nyanlända flyktingar. Deras uppdrag är dels att ge lagstadgad samhällsinformation på modersmål, och dels att ge information om hälso- och sjukvården i Sverige (bl a om barnmorskemottagningarnas arbete och om cancerscreening för kvinnor) och om hälsa, inklusive sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Samhälls- och hälsokommunikatörerna i Skåne har själva migrationserfarenhet och talar de största flyktinggruppernas språk.

I Stockholm och Östergötland finns hälsokommunikatörer anställda av landstingen. Precis som i Skåne har hälsokommunikatörerna där invandrarbakgrund och ger information om hälsa och hälso- och sjukvård på de största flyktinggruppernas språk. I Stockholm och Östergötland har dock hälsokommunikatörerna dessutom bakgrund i hälso- och sjukvården.

(Samhälls- och) hälsokommunikatörerna sprider även information om kvinnohälsa, mödrahälsovård och bröstcancer- och cervixscreening. I Östergötland får alla nyanlända flyktingar information om detta, som en del av den lagstadgade informationen om hur hälso- och sjukvården i Sverige fungerar. Inte alla får den utökade informationen om SRHR/kvinnors hälsa och mäns hälsa. Samordnaren Emira Hasanov bedömer att det är färre än hälften av alla som väljer/önskar att få den informationen, av flera valbara block. Informationen kan ges på nio olika språk, antingen direkt eller via tolk. Återkopplingen har varit huvudsakligen positiv, då kvinnorna ofta känt att de saknat grundläggande information om den egna kroppen och om SRHR.

Verksamheterna med (samhälls- och) hälsokommunikatörer har utvärderats vid flera tillfällen. De regionala utvärderingarna är positiva och pekar på potentialen i att använda sig av hälsokommunikatörer i hälsofrämjande arbete. Dessa utvärderingar baserar sig dock mest på intervjuer med parter och målgrupper, som beskriver övervägande positiva upplevelser. En studie med prospektiv kohortdesign undersöker kvantifierbara effekter av (samhälls-) och hälsokommunikatörernas arbete på en grupp nyanlända flyktingars hälsa i Sverige (Sundell Lecerof 2016), och visar inga kvantifierbara effekter på hälsa men kan däremot påvisa att målgruppen upplever sig mer informerad om livsstilsfrågor efter två år jämfört med kontrollgruppen. Det sistnämnda indikerar att hälsolitteraciteten ökat i interventionsgruppen, vilket bekräftas av en annan studie som handlar specifikt om samhälls- och hälsokommunikatörernas arbete med information om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (Svensson, Carlzen et al. 2016). För att uppnå fler mätbara effekter på hälsa behövs mer systematiskt planeringsarbete i hälsokommunikatörernas arbete, samt mer utbildning av hälsokommunikatörerna kring teorier och metoder i hälsofrämjande arbete (Sundell Lecerof 2016). Man behöver bl a beakta tidsaspekten, förstå hälsorelaterade förändringar som processer, samt ta med sociala bestämningsfaktorer för hälsa i beaktande när man planerar, genomför och utvärderar hälsofrämjande insatser bland nyanlända flyktingar. Arbetet bör dessutom ske med stort inflytande av målgruppen själv och i deras närsamhällen (ibid).

Ett skånskt pilotprojekt med romska hälsoinspiratörer med liknande upplägg som samhälls- och hälsokommunikatörernas har genomförts och utvärderats. Mot bakgrund av att den romska gruppen har en lång historia av diskriminering och marginalisering är det mycket värt att hälsoinspiratörerna, som själva är romer, åtnjuter gruppens förtroende och sannolikt når gruppen med information mer framgångsrikt än t ex en myndighetsperson. Utvärderingen, som bygger på intervjuer med inspiratörerna själva, visar att målgruppen tagit emot hälsoinformation på ett bra sätt och att beredvilligheten att förändra levnadsvanor varit stor (Olsson & Agardh 2016). Information om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter har efterfrågats särskilt mycket bland kvinnor. Romska hälsoinspiratörer har nu utbildats på flera håll i landet, bl a i Småland och Stockholm.

Evidensen för (samhälls- och) hälsokommunikatörernas och hälsoinspiratörernas effekt på kvantifierbara hälsoutfall är än så länge svag. Däremot visar sammanställningen av vetenskapligt gjorda studier och utvärderingar att dylika insatser förbättrar den språkliga och kulturella tillgängligheten till hälso- och sjukvårdens ordinarie tjänster, och att målgruppen nås av informationen i högre grad än om man inte har sådana insatser. Dylika insatser förefaller vara viktiga för att öka hälsolitteraciteten i utsatta grupper under en övergångsperiod. I de fall där hälsokommunikatörer och –inspiratörer bygger broar, tillit och förståelse mellan målgrupperna och den ordinarie hälso- och sjukvårdens tjänster, kan man generellt säga att insatserna stärker målgruppernas delaktighet i samhället och i beslut som rör deras egen hälsa.

MIS - Mammagrupper för icke-svensktalande

I Västerås har Folkhälsobyråns Dolveni genomfört mammagrupper för gravida som inte har svenska som modersmål. Föräldraförberedelsegrupperna har genomförts på olika språk och

utvärderats kvalitativt (Svensson 2006). Bakgrunden var ett upplevt behov bland både gravida kvinnor och bland barnmorskor av föräldraförberedelsegrupper för de kvinnor som inte talar svenska. Både kvinnorna, barnmorskorna och de hälsoinformatörer som genomförde insatsen hade positiva upplevelser av insatsen, men uppgav att det behövdes mer tid för att ge information och diskutera om förlossningen.

5.2. GENOMGÅNG AV PÅGÅENDE INSATSER/GODA EXEMPEL

Utbildningsinsatser till personal

Transkulturell kompetens

Föreläsningar i Norrbottens län om möten med olika kulturer bidrog till större förståelse och mindre missförstånd hos personalen när de fått kunskap om olika sedvänjor och traditioner. En av föreläsningarna hölls av professor Annika Esscher om kvinnor från låginkomstländer som har ökad risk för maternell morbiditet och mortalitet även efter att de flyttat till Sverige. Enligt samordningsbarnmorskan upplevde vårdpersonalen detta som viktig kunskap.

Gravida missbrukare

Kunskapen och omhändertagande av gravida missbrukare är oftast begränsad hos barnmorskor och övrig vårdpersonal som träffar dessa kvinnor inom kvinnosjukvården. I Region Skåne, Malmö, finns ambulatoriegruppen som samverkar kring gravida kvinnor med beroendeproblematik och de erbjuder stöd till en drogfri graviditet och i föräldrskapet fram tills barnet är två år. Ambulatoriegruppens barnmorskor utbildar fortlöpande vårdpersonal som kommer i kontakt med kvinnorna i frågor kring handläggandet av gravida missbrukande kvinnor.

Generella insatser

I de generella insatserna som beskrivs har kvinnornas socioekonomiska tillhörighet inte kunnat utläsas av materialet. Men många studier påpekar att socioekonomiskt utsatta kvinnor oftare uteblir från cellprovskontroller, efterkontroller post partum och att de även har större risk för högt BMI.

Öka deltagandet vid cellprov

Samordningsbarnmorskorna beskriver att alla barnmorskemottagningar arbetar hårt för att höja täckningsgraden av antal tagna cellprover. Med olika kampanjer och informationsmaterial försöker de nå kvinnor som uteblir trots kallelser.

Östergötland

Region Östergötland har skjutit till pengar från regeringens satsning på kvinnor och barn. Där pågår en forskningsstudie där man ska söka upp kvinnor som inte tagit cellprov på 4-6 år. Sammanlagt ska 8000 kvinnor delta. Det är en randomiserad insats och den kommer utvärderas vetenskapligt av mödrahälsovårdsöverläkaren Caroline Lillienkrantz, som är ansvarig. Syftet är att hitta vilken metod som är bäst att använda för att få kvinnor att gå och ta cellprov. Den första gruppen ringer barnmorskan upp, erbjuder tid och informerar om vikten att ta prov, de frågar även om orsak till att hon uteblivit. Den andra gruppen får ett självtest som skickas hem som de sen skall skicka in, och den tredje gruppen får en vanlig kallelse med tidsbokning.

Öka deltagandet vid efterkontrollen post partum

Samordningsbarnmorskorna beskriver i kartläggningen att den vanligaste metoden som används för att få kvinnorna att komma på efterkontrollen 6-8 veckor efter förlossningen är att barnmorskorna erbjuder och bokar tiden i slutet av graviditeten. Därefter får kvinnan en påminnelse per brev eller sms.

Stockholm

I ett projekt på Södermalms barnmorskemottagning i Stockholms läns landsting, fick personalen utbildning som fokuserade på information om amning, bäckenbottenträning, bristningar och förlossningsupplevelsen. Syftet var att föra informationen om efterkontrollens innehåll vidare till kvinnorna. Genom att boka tiden sent i graviditeten kombinerat med sms-påminnelse, ökade deltagandet på efterkontrollen från 78 % till 98 % (QRC STHLM Coachingakademi 2014).

Minska risker förenade med högt BMI (body mass index)

I Södertälje, Stockholms läns landsting, deltog gravida kvinnor med BMI > 30 i ett projekt som genomfördes 2013-2014, Våga Våga. Genom motiverande samtal, viktkontroll hos barnmorska varannan vecka, samt vattengymnastik en gång per vecka erbjöds kvinnan stöd att försöka minimera viktuppgången under graviditeten. Kvinnorna uppmanades också till 30 minuters extra motion dagligen, t ex i form av promenader, och till att skriva en kostdagbok. Läkarbesök erbjöds en gång eller fler vid behov även under okomplicerad graviditet. Resultatet visade att andelen kvinnor som genomgick kejsarsnitt var lägre än bland motsvarande kvinnor med samma BMI i riket för övrigt. Andel komplikationer som preeklampsi, graviditetshypertoni och graviditetsdiabetes låg lägre än förväntat. Andel barn som var stora för tiden var samma för gruppen i Södertälje som inte ingått i projektet (Lindholm & Ilia). Projektet låg senare till grund för Stockholms läns landstings vårdprogram för fetma och graviditet. Vårdprogrammet lanserades 2015.

Riktade insatser för asylsökande kvinnor och kvinnor som fått uppehållstillstånd men inte talar svenska

Asylsökande kvinnor och andra utrikesfödda kvinnor som inte talar svenska var den grupp som samordningsbarnmorskorna beskrev flest riktade insatser till.

Väntrumstolk

Tolkbehov och tolkbrist utgör stora hinder och möjligheten till jämlik vård påverkas men medför även risker för patientsäkerheten och arbetsmiljön för personalen (Socialstyrelsen 2016c).

97 % av besökarna på Rosengårds barnmorskemottagning i Region Skåne, Malmö, är utlandsfödda kvinnor. Hösten 2015 då många asylsökande ankom till Sverige började projektet med en arabisktalande kvinnlig tolk i väntrummet. Hon är anställd av Region Skåne som har avtal med Språkservice.

Tolken sitter i väntrummet under mottagningens öppettider måndag till fredag och är behjälplig i olika situationer, från att tolka den information som barnmorskan ger kvinnorna vid sina besök på rummet, till att lyssna in frågor som det samtalats om i väntrummet. Ibland kan det vara information som barnmorskan gett som leder till diskussion mellan kvinnorna, och då kan tolken klara ut eventuella missförstånd. När barnmorskorna ger skriftlig information kan tolken hjälpa till att översätta och förklara. Ibland kan det handla om olika sedvänjor som personalen på mottagningen eller kvinnorna inte förstår.

Tolken översätter och känner väl till informationen som barnmorskorna ger. Det kan vara information om preventivmedelsrådgivning, cellprovtagning, hur en gynekologisk undersökning går till och vilka kontroller som görs under och efter en graviditet. Information om fosterdiagnostik är inte alltid lätt att förklara för kvinnorna, dels pga att de aldrig hört talas om att det finns i hemlandet, och dels kan hälsolitteraciteten vara låg. Många kan då ha begränsade kunskaper om den normala graviditeten och fosterutvecklingen. Att ens överväga att avbryta sin graviditet kan i vissa fall upplevas som mycket främmande. Även om tolken översätter är det svårt för barnmorskan att ge information på kvinnans nivå, framförallt om kvinnan inte kan läsa.

Personalen på mottagningen upplever att det finns stora vinster i att det är en och samma person som alltid tolkar. Detta förbättrar kontinuiteten i arbetet enormt. Tolkprojektet får mycket positiv feedback från både personal och patienter. Skillnaden gällande arbetsmiljö på mottagningen upplevs betydande, det blir mindre missförstånd och frustration i mötena med kvinnorna när de förstår varandra via tolken. Patienterna beskriver att de känner sig lugna och trygga då de vet att den kvinnliga tolken finns där.

Väntrumstolken fungerar därmed som ett extra stöd till både patienter och personal, ökar trygghet och tillgänglighet, och möjliggör kommunikation utan missförstånd.

Kostnadsmässigt innebär tolken ingen extra utgift, då tid sparas in för personalen i övrigt, och då staten erbjuder tolkersättning.

Hälso- och kulturkommunikatörer

I Östergötland har Internationella Hälsokommunikatörer, i samarbete med mödrahälsovården, kunnat erbjuda föräldraförberedelsegrupper på arabiska och somaliska. Barnmorskorna ger information om graviditet och förlossning tillsammans med hälsokommunikatörerna och erbjuder möjlighet att ställa frågor. Erfarenheterna har varit positiva, men kvinnorna önskade att deras män, som också var inbjudna, skulle ha deltagit i större utsträckning.

I kartläggningen av olika insatser uppgav Örebro län att de har tillgång till hälso- och kulturkommunikatörer. Det är kvinnor som har en bakgrund i en annan kultur som har bott i Sverige en tid och kan svenska. De har fått en kort introduktionsutbildning på fem träffar där de lär sig baskunskaper för en lekman i bland annat graviditet, förlossning, efterkontroll, amning, preventivmedel och cellprov (Skogsdal and Nilsson 2015). En och samma hälso- och kulturkommunikatör är stationerad på respektive väntrum eller familjecentral. Detta bidrar till god kontinuitet och trygghet för patienterna som vid sina besök får stöd och hjälp med översättning från t ex arabiska och somaliska till svenska.

Asylbarnmorskor

I kartläggningen beskriver samordningsbarnmorskorna ofta en hög arbetsbelastning på barnmorskemottagningar i områden där asylboende etablerats under 2015-2016. Många kvinnor kom oanmälda till mottagningarna. En del var gravida eller misstänkte en graviditet. Andra ville ha hjälp att avbryta en oönskad graviditet eller skaffa preventivmedel. Resurserna räckte inte till på mottagningarna, därför anställde en del landsting asylbarnmorskor som skulle fokusera på arbetet kring de asylsökande kvinnorna. Asylbarnmorskornas arbete är utformat på olika sätt beroende på var i landet de arbetar.

Västra Götaland

I mars 2016 startade Västra Götaland "Närhälsan", ett team bestående av tre barnmorskor och två undersköterskor som arbetar på de olika barnmorskemottagningarna och har hand om asylsökande kvinnor. Huvuduppdraget är gravida kvinnor men de arbetar även med preventivmedelsinformation och oönskade graviditeter.

Närhälsan håller också informationsträffar för kvinnor där olika ämnen diskuteras som hygien, egenvård, menstruation, flytningar, graviditet, abort och kvinnans rättigheter i Sverige. Många av kvinnorna har dålig eller ingen kunskap om sin kropp och dess funktioner. Kunskapsspridningen i egenvård är viktig och det förebygger många onödiga läkarbesök när de får lära sig vad som är naturligt t ex information om att det är naturligt att ha flytningar från slidan. Kvinnorna får också information om att det finns sjukresor att ta till vid behov istället för ambulans när de söker sjukvård.

Teamet har valt att möta kvinnorna på barnmorskemottagningarna som en del av integrationen. Det kan vara frestande och enkelt att använda en svensktalande anhörig eller vän som översättare men det är viktigt att tänka på kvinnans integritet. Därför använder teamet alltid tolk vid besöken, oftast telefontolk. Även om tolk används kan det vara svårt att få fram sitt budskap. Barnmorskan beskriver att det kan vara mycket svårt att förstå kvinnor med olika smärtproblematik trots hjälp av tolk. Speciellt om kvinnan inte kan läsa och skriva, uttrycken för smärta kan vara olika och svåra att förstå.

Teamet har inte bara hand om de asylsökande utan även om kvinnor som har uppehållstillstånd men som inte kan prata svenska och har större behov. Barnmorskorna arbetar i de mest utsatta områdena och det kan variera beroende på om några asylboenden stängs osv. Kvinnorna kommer med bussen som stannar i närheten av barnmorskemottagningen som anpassat sina öppettider därefter. Männerna har än så länge inte deltagit i informationsträffarna, men i framtiden vill teamet att även männen skall bli delaktiga.

Barnmorskan Jessica Pihlblad, en i teamet, berättar att kvinnorna fick fylla i en enkät före informationsträffens start, efter sista kursdagen och efter sex månader. Sammanställning efter de 11 kurser som hittills genomförts visade i stort sett bara positiva kommentarer och att kvinnorna uttryckte att det kändes tryggt med att de mötte samma barnmorska på sina besök. Arabisk och somalisk tolk hjälpte till att fylla i enkäterna i de fall där kvinnorna inte kunde läsa eller skriva. Det framkom också att barnmorskemottagningarna var mycket positiva till samarbete med Närhälsans team.

Halland

Hallands län har också tillsatt två heltidstjänster för asylbarnmorskor som möter kvinnorna på barnmorskemottagningen. Även här belyses detta som en viktig del av integrationen. På mottagningen träffar de andra gravida kvinnor och kan skapa kontakter via de grupper som mottagningen har. De får också lämna asylboendet för en stund och se hur samhället ser ut och fungerar. På mottagningarna blir kvaliteten på vården också högre, där finns utrustning, möjlighet att konsultera kollegor och läkare. Asylsökande kvinnor får ett extra besök vecka 20. Tillgängligheten är a och o. För att kvinnorna skall kunna ta sig till och från mottagningen har Hallands län anpassat sina öppettider efter bussens tidtabell då asylboendet ligger en bit ut på landet. Verksamheten har varit igång sedan september 2016 och skall fortgå i ett år innan utvärdering.

Samverkan med andra aktörer som träffar de asylsökande kvinnorna är viktig. Barnmorskorna arbetar mycket med utåtriktat arbete i form av informationsmöten på SFI och olika studieförbund. För att nå asylsökande kvinnor upplyser de om barnmorskans arbete på barnmorskemottagningarna.

Det underlättar för sjukvården om de gravida asylsökande är inskrivna på barnmorskemottagningen och att det hälsosamtal som ska erbjudas alla asylsökande är gjort, och att prover i samband med det är tagna då de söker vård. Men eftersom många asylsökande

gravida inte följts upp före ankomsten till Sverige, och ofta kommer till barnmorskemottagningen sent i graviditeten, har det förekommit i många delar av landet att provtagning fått göras på barnmorskemottagningen eller förlossningsavdelningen.

Även om de asylsökande inte fått sina fyra sista siffror i personnumret informerar asylbarnmorskorna om att när de får dessa kommer en kallelse om gynekologisk cellprovtagning. I Hallands län skickas även en språklapp med kallelsen, där beskrivs på 11 olika språk att kvinnan är välkommen till barnmorska för cellprov.

Många barnmorskor använder sig av filmen om cellprov från 1177 på olika språk som hjälpmedel innan de tar cellprov på en kvinna som inte talar svenska. På så sätt vet de varför man tar provet och hur det går till. På Gotland visar undersköterskan filmen om cellprov i väntrummet för kvinnan innan hon träffar barnmorskan. Filmen de visar finns på somaliska och arabiska.

Kronoberg

Asylsökande och nyanlända söker mer akut och mindre planerad och specialiserad vård jämfört med övriga befolkningen (Socialstyrelsen 2016c).

- Bristfällig kunskap om egenvård och svenska hälso- och sjukvårdssystemet hos de asylsökande kvinnorna innebär svårigheter för dem att hitta rätt i vården. Kvinnorna söker t ex akutmottagningen för att träffa en läkare när de istället kunnat gå till vårdcentralen eller barnmorskemottagningen med sina besvär. När tolk används vid de asylsökandes besök behöver längre tid avsättas och då kan det uppstå kapacitetsbrist i det övriga mottagningsarbetet, säger distriktsköterskan Ann Hjerpe i Växjö, landstinget Kronoberg.

Detta var bakgrunden till att projekt "Hälsoskola" startades med hjälp av finansiellt stöd av Urbana utvecklingsfonden i Växjö. Innehållet i hälsoskolan ligger på en basal nivå och är uppskattad av både låg- och högutbildade. En distriktsköterska är kursledare och övriga föreläsare är samarbetspartners. Man inkluderar hela vårdkedjan som arbetar runt vårdcentralen, och använder arabisk eller somalisk tolk. Initialt var det bara kvinnor med uppehållstillstånd som deltog men för att arbeta ur ett jämställdhetsperspektiv har man nu inkluderat även männen. Blandade grupper á 12-15 deltagare som träffas vid fyra tillfällen á två timmar.

På första träffen informeras det om svenska sjukvårdssystemet. I många av deltagarnas hemländer är man van vid att alltid träffa en läkare när man söker vård, och därför informeras de om distriktsköterskans och barnmorskans unika kompetens. Matvanor och tandhälsa diskuteras på andra träffen. På tredje träffen informeras det om stress och fysisk aktivitet av sjukgymnasten. Kvinnans anatomi, speciellt de reproduktiva organen, och underlivshygien diskuteras på fjärde träffen. Här har man delat upp grupperna då man såg att kvinnorna inte vågade diskutera och ställa frågor i männens närvaro. En man med iranskt ursprung kommer och diskuterar med männen om den manliga kroppen. Barnmorskan pratar om preventivmedelsrådgivning och graviditetskontroller. Femte träffen innehåller kunskap om

barnuppfostran och svenska lagar, och den ges av en socialsekreterare. Sista träffen hålls av distriktsköterskan som ger råd om egenvård.

Enligt Ann Hjerpe visade utvärdering av hälsoskolan att deltagarna fick förändrade levnadsvanor efter att de fått nya kunskaper om matvanor, fysisk aktivitet, kvinnokroppen och föräldrarollen. De beskrev också att de fick bättre hälsa och självförtroende, språkträning, social samvaro och att de kände sig som ambassadörer med sin nya kunskap (Hjerpe).

Norrbottnen

Till barnmorskemottagningen i Boden, Norrbottens län, kom det många asylsökande varav en del var svårt traumatiserade kvinnor som blivit utsatta för trafficking och prostitution. Många av kvinnorna var analfabeter och hade dåliga kunskaper allmänt om sin kropp, hälsa, graviditet och preventivmedel mm. Personalen upplevde att de själva hade behov av mer kunskap för att kunna bemöta och ta hand om kvinnorna. De asylsökande kvinnorna hade också behov av stöd och information.

För att finansiera de behov av insatser som uppstod när de asylsökande kom startade man ett samarbete med organisationen Noaks ark eftersom några var smittade med HIV. Tillsammans fick de finansiering från landstingsdirektören och statsbidrag för projektet HIV- och STI-prevention för kvinnliga immigranter. Flyktingmedicinska enheten i Boden genomförde projekt 2012-2014 men det förlängdes till 2015 pga att antal asylsökande till Sverige ökade. Idag är arbetet permanent i den ordinarie verksamheten.

Projektet omfattade bland annat information till personalen från prostitutionsenheten. De informerade om hur man kan stödja och möta kvinnor som hamnat i prostitution och trafficking, vidare om lagar och regler i Sverige. Polisen deltog och även kyrkan, socialtjänsten, Migrationsverket och flyktingmottagningens personal var närvarande och berättade om respektive verksamhet. Hela nätverket samlades för att utbyta kunskaper och öka samarbetet i bemötandet av asylsökande kvinnor. En kurator från infektionskliniken deltog och gav tips och råd om det svåra samtalet. De fick tips hur man via tolk kan tolka signaler och vad man skall säga och råda om traumatiska berättelser dyker upp i samtalet, och hur man för samtalet vidare om det blir alldeles tyst. En retorikkurs ingick också.

Informationen till de asylsökande kvinnorna gavs via tolk på deras hemspråk i grupp om 10 deltagare. Här diskuterades många ämnen – kvinnans rätt att bestämma över sin kropp, vart man kan vända sig om man blivit eller blir utnyttjad sexuellt, psykiskt och fysiskt våld, våld mot barn, könsstympning, slidkransen, STI, olika tabun eftersom det i vissa länder är svårt att tala om t ex könssjukdomar, lagar i Sverige angående manlig omskärelse, samt egenvård och hälsa. Man diskuterade också saker om svenska samhället, t ex att tid är viktigt att passa i Sverige. Kvinnorna var aktiva och diskuterade under träffarna.

Enligt barnmorskan Katarina Larsson som arbetat med projektet i Boden visade utvärderingen att 98 % av de asylsökande kvinnorna ökade sina kunskaper om egenvård och hälsa. 50 % av kvinnorna sa det var helt ny information de fått under gruppträffarna.

Under 2016 har man även inlett gruppträffar för män som visar att de också har ett mycket stort behov av informationsträffar.

Film

I landstinget Sörmland, på Mälarsjukhuset Eskilstunas kvinnoklinik, används filmer som ett komplement till att använda tolk. Filmerna har bidragit till att personalen har ett redskap att använda när tillgången till tolk är begränsad. Det underlättar också arbetet då patienterna förstår hur olika moment går till. När patienten förstår vad som skall ske kan hon lättare medverka.

Filmerna finns på sex olika språk – somaliska, arabiska, tigrinja, dari, pashtu och engelska. Utgångspunkten var att göra korta filmer som beskriver olika situationer som är relevanta för just den födande kvinnans speciella situation.

Det finns t ex filmer som visar hur man lägger en epiduralbedövning, vilka olika förlossningsställningar som kan användas, information om sugklocka, amningsinformation, hur och varför man mäter saturationen på den nyfödda.

Filmerna har fått många positiva kommentarer från personal och patienter då de är enkla och informativa, även svenska kvinnor i föräldrautbildningen vill ta del av dessa filmer, och vill se t ex hur det går till att lägga en epiduralbedövning.

Filmerna används numera också i den undervisning som barnmorskan Emma Younis bidrar med på olika asylboenden.

Riktade insatser för socioekonomiskt sårbara kvinnor

Missbruk

Ambulatoriegruppen i Malmö, Region Skåne, får mycket positiv feedback för sitt arbete med samverkan kring gravida kvinnor med beroendeproblematik. Här arbetar barnmorskorna i nära samarbete tillsammans med bland annat socialtjänsten, BVC-sjuksköterska, psykiatri och beroendecentrum. De erbjuder stöd till en drogfri graviditet och i föräldraskapet fram tills barnet är två år. Gravida kvinnor med missbruk skall behandlas jämlikt, de har rätt till samma vård under sin graviditet som icke missbrukande kvinnor. Ärligheten i relationen till kvinnorna poängteras. Tid, flexibilitet och gott arbetsklimat är centrala aspekter och krävs för att gravida missbrukare ska kunna få ett personligt bemötande och känna trygghet. Information och grundläggande kunskaper om kroppen är viktig då missbrukande kvinnor kan sakna kunskap om bra kost, näring och hälsa.

- Kvinnorna söker sällan hjälp för gynekologiska problem och uteblir från cellprovtagning. Därför försöker man ta detta i samband med andra besök. För att

motivera dem till cellprovtagning kan man vid första mötet bara prata och berätta hur undersökningen går till. De kan också få se hur en gynekologisk undersökningsstol ser ut och se vilka instrument man använder. Situationen kan vara ångestladdad för många kvinnor. Hanterar man detta varsamt kanske kvinnan nästa gång låter sig undersökas trots erfarenhet av upprepade våldtäkter. Det är viktigt att skapa ett förtroende för att kvinnan skall öppna upp för samtal om eventuella sexuella övergrepp/prostitution hon blivit utsatt för, säger barnmorskan Jeanette Krantz på ambulatoriegruppen.

Svårigheter med prenatal anknytning

Skåne

Skandinaviens första BUP-mottagning för behandling av spädbarn och deras föräldrar startades 1978 på Viktoriagården i Malmö. Idag är spädbarns- och småbarnsbehandling (barn i åldern 0-4 år) en del av det barnpsykiatriska arbetet vid samtliga verksamhetsområden i Region Skåne och andra landsting. Under de senaste 20 åren har det blivit alltmer vanligt att man inom BUP:s spädbarns- och småbarnsteam arbetar med gravida kvinnor och par för att stödja föräldrarnas omsorgsgivande till sitt väntade barn.

För att etablera prenatal anknytning och verkliggöra barnet arbetar personal på Viktoriagården på flera plan; alltifrån uppmärksamhet på fosterrörelser, barnets dygnsrytm, förberedelser som vagn och kläder, till föreställningar om barnets personlighet och roll i familjen. Detta arbete bör med fördel påbörjas tidigt under graviditeten, vilket ger förutsättningar för ett utvecklingsarbete (Region Skåne 2012).

Västerbotten

Kvinnor i Västerbotten med speciella behov, som t ex svårigheter med prenatal anknytning har förutom extrakontroller hos barnmorskan ett team bestående av bl a BVC-sjuksköterska, psykolog, socialsekreterare och psykiatrikontakt runt sig. I slutet av graviditeten kontaktas spädbarnsverksamheten som arbetar med tidigt föräldrastöd (Broms and Simryd 2009).

Intellektuell funktionsnedsättning

Malmö, Skåne

I Malmö driver Riksförbundet för sexuell upplysning, RFSU, i samarbete med Grunden Malmö (förening för personer med intellektuella funktionshinder) för närvarande ett projekt med finansiering från Allmänna Arvsfonden, där syftet är att ge anpassad information om sex, kroppen och känslor till personer med intellektuell funktionsnedsättning. Projektet heter Sex för alla och genomförs av personer anställda hos RFSU samt av informatörer som arbetar ideellt. Projektet föreläser på skolor, boenden och arbetsplatser och ordnar olika aktiviteter

med målgruppen. Några av ämnena som tas upp är hur könsorganen ser ut, hur man blir gravid, och hur man kan skydda sig mot könssjukdomar.

Projektet uppstod mot bakgrund av bl a en studie vid Stockholms Universitet (Lindström 2013) som lyfter fram problematiskt agerande kring preventivmedel för personer med kognitiva funktionshinder. Information ges sällan på anpassad nivå och samtycke inhämtas inte alltid, vilket ibland innebär att preventivmedel administreras till funktionshindrade kvinnor mot deras vilja. Handikappförbunden betonar också i ett PM till Sveriges Kommuner och Landsting och Barnmorskeförbundet behovet av kompetensutveckling till personal på barnmorskemottagningar och kvinnokliniker, om särskilda risker och behov kopplade till olika funktionshinder, samt om bemötande och kommunikation (Berge Kleber & Steen 2016).

Informationsplattformar

Informationsplattformar på internet kan vara en hjälp att höja hälsolitteraciteten i utsatta grupper. De flesta vårdcentraler och barnmorskemottagningar i landet har en hemsida där de informerar om sin mottagning och ger råd inom kvinnohälsans alla områden.

1177.se är den mest omfattande informationsplattformen där mycket information om kvinnohälsa kan hämtas. Sidan kan översättas till 20 språk genom att välja språk i en lista, dock inte inom alla ämnesområden. 1177.se skiljer sig dock något i informationens innehåll i landets olika delar, då informationen är anpassad efter de olika länens riktlinjer.

UMO.se är en nationell sajt om hälsa, sex och relationer som riktar sig speciellt till ungdomar 13 - 20 år (72000besök/mån). UMO håller på att ta fram en sajt med information till unga nyanlända, Youmo.se. Den planeras starta upp i mars 2017. Där kommer information om sexuell reproduktiv hälsa och rättigheter finnas. Sajten är speciellt riktad till utlandsfödda unga som inte kan svenska och man kommer att kunna välja mellan fyra olika språk.

En speciellt uppmärksammat sajt som informerar om cervixcancerscreening är RCC:s, Regionalt Cancercentrums, sajt: www.cancercentrum.se. På Cancercentrum arbetar man för att ta fram remisser och information så att den skall se likadan ut och finnas tillgänglig i hela landet. Många barnmorskemottagningar använder sig av det informationsmaterial som finns där på 10 olika språk och delar ut på sina mottagningar. Materialet är uppskattat och till god hjälp vid information till kvinnor som inte talar svenska.

Andra länkar som samordningsbarnmorskorna beskriver som flitigt använda i sitt arbete med information till kvinnorna är; www.1177.se/pap-test , www.cellprov.nu , www.socialstyrelsen.se , www.hfsnatverket.se , www.gyncancer.se , www.cancerfonden.se . 1177.se har också filmer om hur det går till att ta ett cellprov och den finns på tre språk.

6. Diskussion

6.1. INSATSER FÖR SOCIOEKONOMISKT UTSATTA GRUPPER

Socioekonomisk utsatthet har ofta samband med sämre hälsoutfall. Denna kartläggning sammanfattar forskning och rapporter som visar att så är fallet även när det gäller kvinnohälsa.

Orsakerna till att socioekonomiskt utsatta kvinnor uteblir från mödrahälsovård och screening för cervixcancer-screening varierar, men sammanfattningsvis väger praktiska och ekonomiska hänsyn tungt, liksom bristande hälsolitteracitet. Kvinnor i sårbar socioekonomisk position saknar också oftare ett tillräckligt socialt nätverk som fungerar som praktiskt och emotionellt stöd.

Eftersom det finns en sammansatt förklaring till varför socioekonomiskt utsatta kvinnor inte uppsöker mödrahälsovård och cervixcancerscreening i lika hög grad som andra kvinnor, behövs även sammansatta insatser för att öka deltagandet.

Den enskilda insats som verkar ha bäst evidens är kontinuerligt stöd under förlossning genom t ex en doula. En doula kan fungera som ett komplement till barnmorskan, som ett psykosocialt stöd för kvinnan både före, under och efter förlossningen. Kvinnans ökade känsla av trygghet, kontroll och kompetens som kommer av kontinuerligt känslomässigt stöd, tröst och lindring, och underlättad kommunikation leder till mindre behov av smärtlindring, färre komplikationer och kortare förlossningstid (Hodnett, Gates et al. 2013).

Utvärderingsresultat indikerar att kulturdoulaverksamhet bidrar till att bygga tillit och förståelse mellan födande kvinnor och barnmorskor. Där väntrumstolk har tillämpats har man också goda erfarenheter. En god kommunikation bidrar till en optimal tillgänglighet till den vård även icke-svensktalande kvinnor har rätt till.

En kulturdoula kan enligt utvärderingsresultaten också spela en viktig roll i att öka kvinnans hälsolitteracitet i frågor som berör kvinnohälsa, när hon kan vara behjälplig i att förmedla kunskap samt dela med sig av sina egna erfarenheter. Utbildningsinsatser har bevisats vara ett effektivt komplement till generella insatser för att bjuda in till gynekologisk cellprovtagning (Everett, Bryant et al. 2011), även om det är oklart vilken form utbildningsinsatsen ska ha för att vara så effektiv som möjligt. En generell insats kan också stärkas med enkla medel – betydligt större deltagande i gynekologisk cellprovtagning uppnåddes genom insatser för att öka hälsolitteracitet på olika sätt, t ex genom speciella hälsokommunikatörer och undervisning och diskussion i grupp om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter och/eller kring graviditet och förlossning. Det finns indikationer på att riktade utbildningsinsatser bidrar till ökad kunskap hos målgruppen. Särskilt goda utfall har en multikomponent-insats i ett socioekonomiskt utsatt område haft, då man använt sig av lokala resurser för att öka inflytandet och förtroendet.

I kartläggningen framträder att det i Sverige verkar finnas få insatser som är särskilt utformade för socioekonomiskt utsatta kvinnor som inte är utrikesfödda. Att höja

hälsolitteraciteten är en viktig del, men att enbart arbeta med hälsoinformation räcker inte för att förbättra hälsoutfallen. Kvinnors hälsa är direkt kopplad till deras sociala och ekonomiska position i samhället, vilket är viktigt att beakta vid planering av insatser.

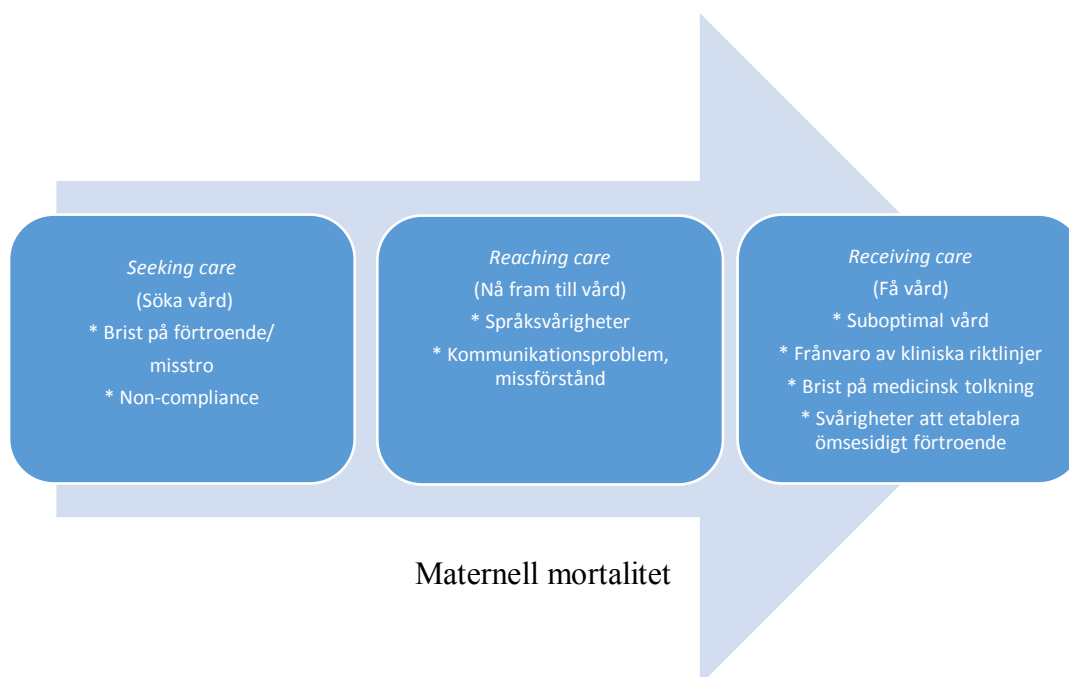
Mot bakgrund av den avgörande roll personalen kan spela när det gäller t ex maternell mortalitet, tycks utbildningsinsatser riktade till personal vara en viktig insats för att öka medvetenhet om risker kopplade till låg hälsolitteracitet, socioekonomisk utsatthet och migration (i synnerhet flyktingskap). Personalen behöver bli bättre på att alltid använda tolk, och förmågan till tvärkulturell/interkulturell kommunikation behöver stärkas, för att därigenom förebygga missuppfattningar och att viktig information tappas bort. Det är också tydligt att personal på barnmorskemottagningar kan göra betydande insatser för att förebygga morbiditet bland socioekonomiskt utsatta kvinnor, vilket motiverar utbildningsinsatser för att öka kompetensen i systematiskt hälsofrämjande arbete.

6.2. MIGRATIONSPEKTIIV

Binder med kollegors (Binder, Johnsdotter et al. 2012) modell ”Migration three delays”, som är en vidareutveckling av ”Three delays”-modellen (Thaddeus and Maine 1994), åskådliggör hur kvinnor med utländsk bakgrund, särskilt de med ursprung i Afrika söder om Sahara, fördröjs innan de får adekvat vård i händelse av komplikationer i samband med graviditet och förlossning, och på så har ökad risk för att dö.

Delays in...

(Fördröjning i att...)



Forskning visar att det föreligger en ojämlikhet mellan utrikesfödda (särskilt kvinnor med ursprung Afrika söder om Sahara) och inrikesfödda avseende direkta och indirekta orsaker till dödsfall i samband med graviditet och förlossning. Utrikesfödda har sämre tillgänglighet av vården. Kommunikationsproblem och missförstånd uppstår lätt vid språksvårigheter när man inte har bokat tolk, särskilt om hälsolitteraciteten är lägre än förväntat. De får också oftare suboptimal vård, vilket innebär försenad eller ofullständig diagnos och behandling. Det är därför viktigt att vara uppmärksam på vanliga symtom när man möter utrikesfödda istället för att använda förklaringar som handlar om kulturella stereotyper.

Förutom de riktade hälsolitteracitetshöjande insatserna vill vi här lyfta fram de resurser som finns på internet och i form av korta filmer och även som appar för smarttelefoner. Information om olika aspekter av kvinnohälsa finns på olika språk på bl a 1177.se, Informationsfilmer på olika språk om t ex förlossningen och olika ingrepp som kan behövas under den har prövats i Sörmland och givit goda erfarenheter.

7. Slutsatser och rekommendationer för vidareutveckling av verksamheter

Socioekonomiskt utsatta kvinnor deltar i lägre grad i mödrahälsovård och i cancerscreeningprogram, vilket i sin tur ökar risken för komplikationer och död. Insatser för att förändra detta bör ske på olika nivåer för att vara effektiva och hållbara på längre sikt. På basen av kartläggningen rekommenderas en kombination av följande:

- Öka insatser för socioekonomiskt utsatta kvinnor genom:
 - a) förstärkta generella insatser, t ex
 - tillsättning till tolk på plats
 - tillgång till informationsmaterial på olika språk och på lätt svenska
 - användning av kompletterande informationskällor såsom filmer och appar
 - uppringning av barnmorska till uteblivare för att boka ny tid för cervixscreening
 - b) riktade insatser, t ex
 - tillgång till anpassade förlossnings- och föräldraförberedande grupper (på andra språk, och på mer grundläggande nivå)
 - tillgång till kontinuerligt socialt och emotionellt stöd under graviditet och förlossning (t ex i form av doula eller kulturdoula)
 - tillgång till insatser för att öka hälsolitteracitet (hälsoinformation om SRHR genom t ex peer education)
- Insatser för barnmorskor och annan personal som kommer i kontakt med socioekonomiskt utsatta kvinnor, t ex om

- socioekonomiskt utsatta grupper och ökad risk för maternell mortalitet och morbiditet
- socioekonomiskt utsatta gruppers lägre hälsolitteracitet och sämre hälsa
- socioekonomiskt utsatta gruppers lägre deltagande i mödrahälsovård och cervixcancerscreening
- effektiva metoder att främja kvinnohälsa och kvinnors deltagande i mödrahälsovård och cervixcancerscreening
- migrationspecifika faktorer som har betydelse för kvinnors hälsa och tillgången till vård, samt hur man praktiskt kan arbeta för att kringgå dessa
- Insatser på organisationsnivå, t ex:
 - kampanjer/informationsinsatser i socioekonomiskt utsatta områden där personer som åtnjuter förtroendekapital involveras
 - ökad tillgänglighet till barnmorskemottagningen (kvälls- och helgtider, mobil enhet, väntrumstolk)

Förkortningar

BMM	Barnmorskemottagning
BMI	Body Mass Index
BVC	Barnvårdscentral
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
HFS	Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård
HIV	Humant Immunbrist-Virus
HPV	Humant papillomvirus
MHV	Mödrahälsovård
MIS	Mammagrupper för icke-svensktalande
MRB	Multiresistenta bakterier
ODIS	Organisationen för doulor och förlossningspedagoger i Sverige
RCC	Regionalt cancercentrum
RFSU	Riksförbundet för sexuell upplysning
SFI	Svenska för invandrare
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SRHR	Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter
STI	Sexually transmitted infection
SVEUS	Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården
UMO	Ungdomsmottagning

Referenser

- Akhavan, S. (2009). Utvärdering av projektet Utlandsfödda kvinnor som doulor och kulturtolkar. Göteborg, Folkhälsokommittén i Västra Götalandsregionen.
- Akhavan, S. and D. Edge (2012). "Foreign-Born Women's Experiences of Community-Based Doulas in Sweden—A Qualitative Study." Health care for women international **33**(9): 833-848.
- Akhavan, S. and I. Lundgren (2012). "Midwives' experiences of doula support for immigrant women in Sweden—A qualitative study." Midwifery **28**(1): 80-85.
- al-Baldawi, R. (2014). Migration och anpassning: den okända resan. Lund, Studentlitteratur.
- Azerkan, F., P. Sparen, S. Sandin, P. Tillgren, E. Faxelid and K. Zendehdel (2012). "Cervical screening participation and risk among Swedish-born and immigrant women in Sweden." Int J Cancer **130**(4): 937-947.
- Berg, M. and A. Terstad (2006). "Swedish women's experiences of doula support during childbirth." Midwifery **22**(4): 330-338.
- Berge Kleber, L. and M. Steen (2016). Förlossningsvård och kvinnors hälsa. Sundbyberg, Handikappförbunden.
- Binder, P., S. Johnsdotter and B. Essen (2012). "Conceptualising the prevention of adverse obstetric outcomes among immigrants using the 'three delays' framework in a high-income context." Soc Sci Med **75**(11): 2028-2036.
- Broberg, G., J. M. Jonasson, J. Ellis, D. Gyrd-Hansen, B. Anjemark, A. Glantz, L. Soderberg, M. L. Ryd, M. Holtenman, I. Milsom and B. Strander (2013). "Increasing participation in cervical cancer screening: telephone contact with long-term non-attendees in Sweden. Results from RACOMIP, a randomized controlled trial." Int J Cancer **133**(1): 164-171.
- Broms, S. and U.-M. Simryd (2009). Rapport från en spädbarnsverksamhet i Skellefteå. Västerbottens Läns landsting, Barnhälsovården
- Brough, L., G. A. Rees, M. A. Crawford and E. K. Dorman (2009). "Social and ethnic differences in folic acid use preconception and during early pregnancy in the UK: effect on maternal folate status." J Hum Nutr Diet **22**(2): 100-107.
- Commission of the Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Dahlgren, G. and M. Whitehead (1991). "Policies and strategies to promote social equity in health." Stockholm: Institute for future studies.
- Darj, E. and G. Lindmark (2002). "Mödrahälsovården utnyttjas inte av alla gravida kvinnor - Språksvårigheter och rädsla för undersökningen vanliga orsaker." Läkartidningen **99**(1-2).
- Dormandy, E., S. Michie, R. Hooper and T. M. Marteau (2005). "Low uptake of prenatal screening for Down syndrome in minority ethnic groups and socially deprived groups: a reflection of women's attitudes or a failure to facilitate informed choices?" Int J Epidemiol **34**(2): 346-352.
- Egidius, H. "Psykologilexikon." Retrieved 2016-12-19, 2016, from <http://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/>.

- Esscher, A., P. Binder-Finnema, B. Bødker, U. Högberg, A. Mulic-Lutvica and B. Essén (2014). "Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the 'migration three delays' model." BMC pregnancy and childbirth **14**(1): 1.
- Everett, T., A. Bryant, M. F. Griffin, P. P. Martin-Hirsch, C. A. Forbes and R. G. Jepson (2011). "Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening." Cochrane Database Syst Rev(5): Cd002834.
- Flemming, K., H. Graham, D. McCaughan, K. Angus and L. Bauld (2015). "The barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women's partners during pregnancy and the post-partum period: a systematic review of qualitative research." BMC Public Health **15**: 849.
- Gamble, J., J. Grant and G. Tsourtos (2015). "Missed opportunities: a qualitative exploration of the experiences of smoking cessation interventions among socially disadvantaged pregnant women." Women Birth **28**(1): 8-15.
- Gavin, A. R., P. Nurius and P. Logan-Greene (2012). "Mediators of adverse birth outcomes among socially disadvantaged women." J Womens Health (Larchmt) **21**(6): 634-642.
- Graviditetsregistret (2015). Årsrapport 2015.
- Hjelm, K. (2016). "Vårdhandboken - Bemötande i vård och omsorg, transkulturellt perspektiv." Retrieved 2016-12-19, 2016, from <http://www.varhandboken.se/texter/bemotande-i-var-d-och-omsorg-transkulturellt-perspektiv/oversikt/>.
- Hjerpe, A. Hälsoskola. Växjö, Vårdcentralen Dalbo, Region Kronoberg.
- Hodnett, E. D., S. Gates, G. J. Hofmeyr and C. Sakala (2013). "Continuous support for women during childbirth." Cochrane Database Syst Rev **7**: Cd003766.
- Hollowell, J., L. Oakley, J. J. Kurinczuk, P. Brocklehurst and R. Gray (2011). "The effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and preterm birth in socially disadvantaged and vulnerable women in high-income countries: a systematic review." BMC Pregnancy Childbirth **11**: 13.
- Jagudina, Z. (2012). Kulturtolkens erfarenheter av tvärkulturella interaktioner - De utrikesfödda muslimska kvinnornas identiteter och handlingsstrategier i projektet Doula & kulturfolk i Sverige. Göteborg, Folkhälsokommittén i Västra Götalandsregionen.
- Khanolkar, A. R., S. Wedren, B. Essen, P. Sparen and I. Koupil (2015). "Preterm and postterm birth in immigrant- and Swedish-born parents: a population register-based study." Eur J Epidemiol **30**(5): 435-447.
- Kickbusch, I., J. M. Pelikan, F. Apfel and A. D. Tsouros, Eds. (2013). Health literacy - The solid facts. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Lindholm, E. and N. Ilia Våga Våga - Förbättrat omhändertagande av feta gravida kvinnor i stockholms Läns landsting-delprojekt i Södertälje. Stockholm, Södersjukhuset.
- Lindström, S. (2013). Preventivmedel för personer med kognitiva funktionshinder - Information - rekommendation - tvång, Stockholms Universitet.
- MacVicar, S., P. Kirkpatrick, T. Humphrey and K. E. Forbes-McKay (2015). "Supporting Breastfeeding Establishment among Socially Disadvantaged Women: A Meta-Synthesis." Birth **42**(4): 290-298.

- Marmot, M. (2005). "Social determinants of health inequalities." The Lancet **365**(9464): 1099-1104.
- Mårtensson, L. and J. Wångdahl. (2016, 2016-04-04). "Hälsolitteracitet." Retrieved 2016-12-20, 2016.
- Nutbeam, D., E. Harris and W. Wise (2010). Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories, McGraw-Hill.
- Ny, P., A. K. Dykes, J. Molin and E. Dejin-Karlsson (2007). "Utilisation of antenatal care by country of birth in a multi-ethnic population: a four-year community-based study in Malmo, Sweden." Acta Obstet Gynecol Scand **86**(7): 805-813.
- Näsfeldt, M. (2016). Doula/Kulturtolk i Nordöstra Göteborg- en utvärdering av avtalet mellan ANS och Födelsehuset. Västra Götalandsregionen, Angereds Närsjukhus.
- Olsson, E. and M. Lau (2012). Ta med en vän-Ett projekt för att öka cellprovstagningen i Nordöstra Göteborg. Västra Götalandsregionen.
- Olsson, E. and M. Lau (2015). "When one size does not fit all: Using participatory action research to co-create preventive healthcare services." Action Research **13**(1): 9-29.
- Olsson, E., M. Lau, S. Lifvergren and A. Chakhunashvili (2014). "Community collaboration to increase foreign-born women's participation in a cervical cancer screening program in Sweden: a quality improvement project." Int J Equity Health **13**: 62.
- Olsson, K. and A. Agardh (2016). Romska hälsoinspiratörer Skåne, Stockholm och Göteborg. Projektrapport/utvärdering 2015.
- Organisationen för doulor och förlossningspedagoger i Sverige. "Information." Retrieved 2016-12-20, 2016, from <http://www.doula.nu/information/#1475046944141-6b138d2d-8788>.
- Peters, K. (2012). "Politics and patriarchy: barriers to health screening for socially disadvantaged women." Contemp Nurse **42**(2): 190-197.
- Petersson, K. (2016). The Swedish Maternal health Care Register: Internal Validity, User perspectives and register Outcomes; and Experiences by Midwives in Antenatal Care Doctoral thesis, Umeå University.
- Porteous, H. E., M. A. Palmer and S. A. Wilkinson (2014). "Informing maternity service development by surveying new mothers about preferences for nutrition education during their pregnancy in an area of social disadvantage." Women Birth **27**(3): 196-201.
- QRC STHLM Coachingakademi. (2014). "Eftervård, SÖS barnmorskor." from <http://qrcstockholm.se/coachingakademin/goda-exempel/sodermalms-barnmorskor/>.
- Raisanen, S., M. R. Kramer, M. Gissler, J. Saari, T. Hakulinen-Viitanen and S. Heinonen (2014). "Smoking during pregnancy was up to 70% more common in the most deprived municipalities - a multilevel analysis of all singleton births during 2005-2010 in Finland." Prev Med **67**: 6-11.
- Region Skåne (2012). Vårdprogram för späda och små barn.
- Regionalt Cancercentrum Syd (2014). Täckningsgrad per postnummerområde.
- Roger, U., A. Rutten, A. Frahsa, K. Abu-Omar and A. Morgan (2011). "Differences in individual empowerment outcomes of socially disadvantaged women: effects of mode of participation and structural changes in a physical activity promotion program." Int J Public Health **56**(5): 465-473.

- Rojas - García, A., I. Ruíz - Pérez, D. C. Gonçalves, M. Rodríguez - Barranco and I. Ricci - Cabello (2014). "Healthcare Interventions for Perinatal Depression in Socially Disadvantaged Women: A Systematic Review and Meta - Analysis." Clinical Psychology: Science and Practice **21**(4): 363-384.
- Rubertsson, C., B. Wickberg, P. Gustavsson and I. Radestad (2005). "Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample." Arch Womens Ment Health **8**(2): 97-104.
- Skogsdal, Y. and A.-C. Nilsson (2015). Hälso- och kulturkommunikatörer- utbildning inom mödrahälsovården. Örebro, Hälsoval Mödrahälsovården.
- Socialstyrelsen (2016a). Öppna jämförelser - Jämlik vård 2015. Kvinnors hälso- och sjukvård.
- Socialstyrelsen (2016b). Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning.
- Socialstyrelsen (2016c). Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända, slutrapport 2106. Stockholm.
- Statens Offentliga Utredningar SOU 2016:55 Det handlar om jämlik hälsa - Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm.
- Stigendal, M. and P.-O. Östergren (2013). Malmöns väg mot en hållbar framtid: hälsa, välfärd och rättvisa, Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö.
- Strander, B., J. Dillner, J. Adolfsson and L. T. Larsson (2015). "Sakkunniga: God evidens för screeningrekommendationer." Läkartidningen **112**(51-53).
- Sundell Lecerof, S. (2016). Exploring the potential of health promotion for recently settled migrants in Sweden Doctoral thesis, Lund University.
- Svensson, C. (2006). MIS En utvärdering av Mammagrupper för icke svensktalande. Västerås.
- Svensson, P., K. Carlzen and A. Agardh (2016). "Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden." Cult Health Sex: 1-15.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2016). Förlossningsvård och kvinnors hälsa i fokus Kartläggning av nuläge och förbättringsområden. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting.
- SVEUS (2015). Värdebaserad uppföljning av förlossningsvård – analys från framtagande av nya uppföljningssystem.
- Presentation av historiska resultat för att tydliggöra möjligheter och utmaningar i framtida uppföljning.
- Thaddeus, S. and D. Maine (1994). "Too far to walk: maternal mortality in context." Soc Sci Med **38**(8): 1091-1110.
- Tones, K. and J. Green (2004). Health promotion: planning and strategies, Sage.
- Wahlberg, A., M. Roost, B. Haglund, U. Hogberg and B. Essen (2013). "Increased risk of severe maternal morbidity (near-miss) among immigrant women in Sweden: a population register-based study." Bjog **120**(13): 1605-1611; discussion 1612.
- Wilkinson, R. G. and M. G. Marmot (2003). Social determinants of health: the solid facts, World Health Organization.

von Wagner, C., A. Good, K. L. Whitaker and J. Wardle (2011). "Psychosocial determinants of socioeconomic inequalities in cancer screening participation: a conceptual framework." Epidemiol Rev **33**: 135-147.

World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary Geneva, World Health Organization.

Wångdahl, J. (2014). Vilken betydelse har hälsolitteracitet för hälsoundersökningen för asylsökande? Socialmedicinsk rapportserie. Uppsala, Uppsala Universitet.

Wångdahl, J. (2016, 2016-11-21). "Mätning av hälsolitteracitet." Retrieved 2015-12-20, 2016, from <http://www.halsolitteracitet.se/matninghl>.

Wångdahl, J., P. Lytsy, L. Mårtensson and R. Westerling (2015). "Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers – a Swedish cross-sectional study." BMC Public Health **15**(1): 1162.

Östgötakommissionen för jämlik hälsa (2014). Östgötakommissionen för folkhälsa - Slutrapport. Region Östergötland.