

Svangerskap og fødsel i et flerkulturelt Norge

Sammendrag

Innvandrerbefolkning med bakgrunn fra den tredje verden representerer et nytt og voksende innslag i norsk medisinsk praksis. Flertallet av nyankomne migranter er unge voksne, og mange av dem vil derfor få sitt første møte med norsk helsevesen i samband med graviditet og fødsel.

Sett fra et helsesynspunkt kan migrasjon medføre økt risiko. Sosiokulturelle særtrekk kan komme i konflikt med biomedisinske oppfatninger om hva som er best for mor og barn og bygge barrierer for nødvendig oppfølging og behandling. Samtidig kan kvinnen selv oppleve mangel på informasjon og aksept for sentrale sosiokulturelle verdier. Noen migrantgrupper har 2–3 ganger høyere perinatal dødelighet enn bakgrunnspopulasjonen. Innvandrere fra den tredje verden synes å være mer utsatte for unødvendig bruk av medisinske intervensjoner parallelt med et udekket behov for adekvate helsetjenester. For å sikre likhet og kvalitet på helsetilbudet må det utarbeides kunnskapsbaserte strategier basert på tverrfaglig forskning i forhold til flerkulturelle utfordringer.

I Tidsskriftet nr. 4–5/2005 publiseres en serie artikler om svangerskap og fødsel

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Nora Ahlberg

n.lahlberg@medisin.uio.no
Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Siri Vangen

Nasjonalt folkehelseinstitutt
og
Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse

Fødsel kan sies å være et dobbeltfenomen som, på den ene side, karakteriseres av de biologiske prosessers universalitet (den fysiske fødsel) og på den annen side av variasjon i den sosiokulturelle kontekst (den sosiale fødsel). Å føde er fortsatt risikofyllt for alle kvinner, men stiller innvandrerkvinner overfor ekstra utfordringer. En fødsel er også en sosiokulturelt konstruert og bestemt prosess og som sådan karakterisert både av økt psykososial tilknytning og sårbarhet.

Fødsler beskrives forskjellig avhengig av tid og sted, i kollektive og personlige fortellinger (1–2). Et fellestrekk er at det dreier seg om et omveltende punkt i livssyklusen som blottlegger mange forhold av medisinsk, psykososial, sosiokulturell og normativ art. Den offentlige debatt om fødsel kan knyttes til fremveksten av kvinnebevegelsen og har brakt mer forskning omkring kjønnsrelaterte ritualer. Parallelt har det skjedd en dreining av fokus bort fra religiøse og kulturelt funderte forestillinger assosiert med kvinnelig urenhet, seksuell appetitt, «månedlige forbannelser» eller fødselsmerter som en form for straff, mot en mer medikalisert forståelse. Talsmenn for naturlige fødsler har fremmet en offentlig åpenhet omkring de erfaringsmessige sidene av graviditet og fødsel til erstatning for tidligere tiders taushet og hemmeligholdelse som fortsatt finnes i enkelte innvandrer miljøer. For majoriteten av nybakte mødre er det å snakke om sine fødselsopplevelser et vanlig tema.

I takt med synkende mortalitet er sykehuses oppmerksomhet om de sikkerhetsmessige sidene i økende grad blitt avløst av bestrebelser på å gjøre fødestuene om til «hjem» for benyttelse av de vordende foreldrepar, som i større grad forventer (og forventes) å finne selvrealisering i denne form for felleserfaring. Mens dagens vestlige fedre blir oppmuntret til å ta aktiv del i svangerskapsforløpet, kan «ikke-vestlige» fedre

fortsett lett bli oppfattet som en patriarkalsk hindring som står i veien for kontakten med de fødende.

En parallell diskvalifisering av bestemødrenes rolle til fordel for «den offentlige familie» er også synlig, samtidig som bestemødre og svigermødre fra innvandrer miljøer spiller en viktig rolle. Også morsrollen blir påvirket av nye transnasjonale familiekonstellasjoner. Mange har opplevd en brytningsperiode som migrantenker da de var utplassert hos slektninger og levde atskilt fra mann og barn pga. krig eller skolegang. Noen har migrert pga. en vanskelig livssituasjon som har brutt med tradisjonelle kjønnsroller. Men i det nye landet har «kvinners ære» samtidig fått fornyet aktualitet i forhold til etnisk og religiøs grensetrekking. Kvinners ære må også tilpasses migrasjonen. Mens den utvidede familie ofte har vært en viktig premisseleverandør og bidragsyter for utreisen, er det likevel kjernefamilien som danner mal for myndighetsbeslutninger, også om ev. gjenforening i vertslandene.

Denne artikkelen er basert på en gjennomgang av tilgjengelig litteratur innen biomedisinsk versus humanistisk og samfunnsvitenskapelig kulturforskning omkring svangerskap og fødsler i en flerkulturell sammenheng. Artikkelen er et ledd i et pågående forskningsprosjekt med ønske om å øke forståelsen for flerkulturelle sider i perinatal helse (3).

Forskning om kvinners opplevelser av fødsel

Det er gjort lite forskning om hvordan kvinner opplever det å bære frem barn og de mange forandringer som preger denne prosessen. Dette står i kontrast til psykologisk forskning som gjøres på mor-barn-relasjonen, slik som tilknytning og liknende problemstillinger. Den private karakter kvinners reproduktive funksjoner er omgitt med, kan til dels forklare den relative mangelen på fødselsstudier sett i forhold til andre livsritualer (bryllup, begravelser). At fødsler har vært definert som et kvinneområde, har nok også gjort dem mindre tilgjengelige for tradisjonelt mannlige forskere (4, 5). Dertil kommer at kulturforskere tidligere var lite interessert i enkeltindivider ettersom disse ble sett på som passive bærere og ikke produsenter av kollektive tradisjoner.

I nordisk sammenheng har flere doktoravhandlinger innen kultur- og samfunnsvitenskapelige fag rettet oppmerksomheten mot majoritetskvinners fødselserfaringer (6–9).

Forskning om hvordan minoritetskvinner og deres familier erfarer perinatal pleie, særlig ut fra forventninger om kultursensitivitet, er tilsvarende mangelfull (10). Det samme gjelder studier som forholder seg til retraumatiseringsfaren for flyktningkvinner som har vært utsatte for seksualisert vold (11).

De fleste helsefaglige studier setter søkelyset på barrierer i tilgjengeligheten til ordinær antenatal oppfølging (12–14) og viser en tendens blant etniske minoriteter til å utsette den første kontakten. Australiske (15–17) og noen britiske (18–20) forskere har imidlertid pleiet en interesse for transkulturell sykepleie, herunder graviditet og fødsel. Studier av Rice, som omfatter sørøstasiatiske kvinner som har født i Australia, viser både til anerkjennende og føyelig brukerferd (aksept av ny praksis fra barnets/morens helsesynspunkt eller frykt for å forstyrre profesjonelle rutiner) og en samtidig opplevd mangel på informasjon og aksept av kulturelt avvikende praksis (16). Hun viser videre til synet på legers autoritet og på graviditet og fødsel som en kvinnelig affære, ubehag knyttet til vaginale undersøkelser og mer generelle kommunikasjonsproblemer.

Perinatal helse

Når det gjelder det biomedisinske perspektivet og studier av perinatal helse, er det funnet stor variasjon i risikoprofil mellom ulike innvandregrupper i Norge (ramme 1) (21–26), men det mangler fortsatt mye forskning. Mange migrantgrupper har flere keisersnitt (tab 1), høyere perinatal dødelighet og hyppigere forekomst av enkelte fødselskomplikasjoner enn befolkningen ellers. Dette kan delvis skyldes sykdomsmønster i opprinnelseslandene eller at komplikasjoner som er vanlige hos innvandrere, har fått økt oppmerksomhet, i tillegg til at helsepersonell gjerne er mer vaksomme og dessuten mer uerfarne når det gjelder denne gruppen.

Diskusjon

Studiet av svangerskap og fødsel er splittet mellom flere disipliner: fødselshjelp (perinatal helse), psykologi/psykiatri (utviklingsrelaterte og kliniske problemstillinger), sykepleie (jordmorfaget) og kulturstudier (materielle kultur og mentale disposisjoner). Tendensen til å studere fragmentert eller bitvis skygger for at det dreier seg om sammenhengende forestillinger som er blitt kunstig atskilt og klassifisert i separate fagfelter. Kunnskapen om folkemedisinsk praksis og forestillinger om menstruasjon, svangerskap, fødsel og barneomsorg er enten oppbevart i filer om folkelivsgranskning eller i henhold til biomedisinske klassifikasjoner. Dette vanskeliggjør en forståelse av helhetlige, pasientegne perspektiver, ikke minst i flerkulturelle sammenhenger.

Enkelte skikker oppleves som eksotiske og brysomme med tanke på hverdagsrutiner ved fødeavdelingene, for eksempel, antall og tidspunkt for besøk, postpartumernæring

Ramme 1

Biomedisinsk forskning om perinatal helse

Keisersnitt

Selv om keisersnitt kan være et livreddende inngrep, innebærer det økt risiko for alvorlige komplikasjoner hos mor/barn. Mange land har en langt høyere prosent keisersnitt enn Verdens helseorganisasjons anbefaling (maksimalt 12–15 %). Generell økning i bruk av medisinsk teknologi, bredere indikasjonsområde og mors ønske kan være medvirkende faktorer. Det er også dokumentert stor variasjon i bruk av keisersnitt (tab 1) mellom forskjellige etniske grupper i Norge (21). Sammenliknet med landsgjennomsnittet var forekomsten lavere hos kvinner fra Vietnam, men ca. dobbelt så høy hos kvinner fra Filippinene, Afrikas Horn, Chile/Brasil og Sri Lanka/India (21–26 %). «Trangt bekken» var viktigste indikasjon; men også langvarig fødsel og dårlig fosterlyd pekte seg ut, liksom «ukjente faktorer», spesielt hos kvinner fra Chile/Brasil og Afrikas Horn.

Perinatal dødelighet

En rekke biologiske og miljømessige faktorer som sosioøkonomisk status, inngifte, røyking og kvaliteten på den perinatale omsorgen, påvirker perinatal dødelighet. Etniske forskjeller i slik dødelighet er dokumentert flere steder i Europa, men også i Norge (22). Den laveste perinatale dødeligheten i Norge fant man hos etniske vietnamesere og den høyeste (tilnærmet tredoblet) hos kvinner fra Afrikas Horn. En svensk undersøkelse dokumenterte også høy perinatal dødelighet hos kvinner fra Afrikas Horn (fire ganger høyere enn hos etnisk svenske). Kommunikasjonsproblemer og misforståelser vanskeliggjorde omsorgen for denne gruppen. Sammenliknet med etnisk svenske var oddsratio for mangelfull behandling hos perinatalt døde fra Afrikas Horn henholdsvis 6, 13 og 18 i tiden før fødsel, under fødsel og etter fødsel (23). En av tre dødsfall i denne gruppen var forbundet med pasientforsinkelse (patient's delay), dvs. forsinket kontakt med behandlingsapparatet (pga. redsel for å bli forløst med keisersnitt) eller uteblivelse fra anbefalte kliniske kontrollrutiner. En av to dødsfall var forbundet med legeforsinkelse (doctor's delay), dvs. mangelfull oppfølging av mistenkt intrauterin vekstretardasjon, mangelfull medikamentell behandling av mor/for tidlig født barn, feiltolkning av kardiokogram under fødsel, forsinket tilsyn av pediater/overføring til neonatal overvåkingsavdeling eller oversett operabel medfødt misdannelse. Liknende forhold kan gjøre seg gjeldende også i Norge.

Diabetes

Verdens høyeste forekomst av type 1-diabetes er dokumentert i skandinaviske land, mens Sør-Asia og Nord-Afrika har høy forekomst av glukoseintoleranse og type 2-diabetes. En ny undersøkelse fra Norge viste sju ganger høyere forekomst av svangerskapsdiabetes hos gravide fra denne delen av verden enn hos etnisk norske (31,9/1 000 versus 4,5/1 000). Manifest diabetes var mer enn fordoblet (8,9/1 000 versus 3,6/1 000). Nesten alle med manifest diabetes hos migrantene hadde type 2 (24). Det faktum at majoriteten av kvinnene med svangerskapsdiabetes vil utvikle manifest diabetes i løpet av ca. 15 år, representerer en stor utfordring for helsepersonell (25).

Omskjæring

Rundt 80 % av somaliske kvinner ble infibulert som barn. Hos infibulerte kvinner er perineum lukket av et hudsegl som dekker urethra og deler av vaginalåpningen. Infibulasjon kan gi mange kroniske plager. Inngrepet har også betydning for fødselsforløpet. Pga. innvandringsmønsteret til Norge blir leger i økende grad konfrontert med infibulerte kvinner. Møtet med disse pasientene er en utfordring, fordi man fra norsk side står overfor en skikk som fremstår som meningsløs og barbarisk og som i tillegg er forbudt. De siste årene er det likevel vokst frem en bevissthet om at kvinnelig omskjæring er et medisinsk problem som krever kunnskaper om komplikasjoner og behandling (26). Tidlig diagnose av vaginal obstruksjon med hematokolpos eller relativ urinretensjon er avgjørende for å hindre varige skader på indre organer. Det er åpnet for liberal henvisningspraksis av slike pasienter til Kvinneklinikkene ved alle regionsykehus. På Ullevål universitetssykehus er det opprettet en telefonlinje hvor de berørte kan henvende seg direkte for å åpne inngrep eller behandling for plager og komplikasjoner. Infibulerte kvinner trenger også en godt planlagt fødsel med hensyn til når og hvordan de skal åpnes og til passende smertelindring.

Ramme 2

Råd til helsepersonell vedrørende svangerskap og fødsel blant innvandrere fra den tredje verden:

- Ta pasienten fra etniske minoriteter på alvor
- Unngå forutinntatte og stereotype forestillinger
- Tilby profesjonell tolk med kompetanse om medisinsk terminologi
- Videreutdanning innen kulturkompetanse for klinisk og administrativt tilsatte bør støttes
- Informasjonsbrosjyrer på utbredte innvandrerspråk bør være tilgjengelig

Tabell 1 Keisersnitt i forskjellige etniske grupper i Norge (1986–95) (21)

Mors fødeland	Keisersnitt		
	Antall	Prosent totalt	Prosent elektivt (% av totalt)
Norge	66 256	12,4	4,5 (36,3)
Tyrkia/Marokko	348	12,6	4,0 (31,7)
Pakistan	653	13,2	4,8 (36,4)
India/Sri Lanka	562	21,3 ¹	7,5 (33,8)
Vietnam	274	10,1 ¹	3,4 (33,7)
Filippinene	512	25,8 ¹	11,8 (45,7) ¹
Somalia/Eritrea/Etiopia	288	20,5 ¹	5,0 (24,4) ¹
Chile/Brasil	356	24,3 ¹	10,9 (44,9) ¹
Totalt	69 249	12,5	4,5 (36,3)

¹ Signifikant forskjellig fra etnisk norske, khikvadrattest p < 0,01

og hygiene som følger forestillinger om kulde-varme-balanse, troen på beskyttende krefter og slike som berører følelsesuttrykk og smerte. Det knytter seg tradisjonelt også sterke forventninger til innvandrerhusholdningers eldre kvinner om å tilby utstrakt støtte til nybakte mødre som forventes skal holde seg hjemme i en spesifisert urenhetsperiode, tradisjoner som blir svekket av migrasjon. Forholdene i Norge er en del av det transnasjonale innvandringsbildet.

Det tas lite hensyn til skadelige familiære konsekvenser av utvandringen fra den tredje verden som følge av brutte bånd og sosial utarming. Tilpasning til forholdene i det nye landet dreier seg om en toveis – men ikke likeverdig – prosess som påvirker både migranter og fastboende. Det å bære frem et nytt familiemedlem kan ha stor betydning i migrasjonssammenheng. Markering av livsritualer gir mulighet for å bekrefte og/eller fornye bånd mellom spredte familiemedlemmer.

Til tross for den minskende fysiske risiko som knytter seg til det å føde barn i norske sykehus, kan forløpet representere en potensiell kilde til psykososialt stress, særlig for nyankomne immigranter. I tillegg til møtet med et nytt og ukjent miljø, vil de streve med krysspress i forhold til tradisjonelt forventet praksis versus råd som gis av helse-

personell. Enkle råd til helsepersonell er omfattet i ramme 2. Selv om fødeavdelingene er blant de mer tilpassningsdyktige i sykehus-sammenheng, kan omsorgsgivere fungere ut ifra stereotype antakelser om innvandrere og omvendt. I slike situasjoner preget av gjensidig usikkerhet blir god krysskulturell kommunikasjon avgjørende for å forhindre at moderskap i et nytt land skal bli forbundet med unødvendig smerte.

Litteratur

- Kirkham MJ. Stories and childbirth. I: Heller T, Muston R, Sidell M et al, red. Working for health. London: Sage, 2001: 301–12.
- Blom I. Den harde dyst. Fødsler og fødselshjelp gjennom 150 år. Oslo: Cappelen, 1988.
- Ahlberg N. The public gaze of medicine. Minorities and health care. NAKMI Papers, no. 1. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI), 2003.
- Höjeberg P. Tröskelkvinnor. Barnafödande som kultur. Stockholm: Carlssons forlag, 2000.
- Fjell T. Blikket vendes. Fødsel i endring. Doktoravhandling. Bergen: Historisk-filosofisk fakultet, Universitetet i Bergen, 1996.
- Fjell T. Naturlighetens positioner. Nordiska kulturforskare om fødsel och föräldraskap. Åbo: Åbo Akademi, 1998.
- Marander-Eklund L. Berättelser om barnafödande. Form, innehåll och betydelse i kvinnors muntliga skildring av fødsel. Doktoravhandling. Åbo: Akademi University Press, 2000.
- Keinänen M-L. Creating bodies. Childbirth practices in pre-modern Karelia. Doktoravhandling. Stockholm: Institut for komparativ religion, Universitetet i Stockholm, 2003.

- Lundgren I. Releasing and relieving encounters – experiences of pregnancy and childbirth. Uppsala: Acta Universitatis Uppsaliensis, 2002.
- Kopare T. Att rida stormen ut. Forlossingsberättelser i Finnmark og Sápmi. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis, 1999. nr. 138.
- Johansen REB. Pain as a counterpoint to culture: toward an analysis of pain associated with infibulation among Somali immigrants in Norway. Med Anthropol Q 2002; 16: 312–40.
- Lia-Högberg B, Rode P, Skovholt CJ et al. Barriers and motivators to prenatal care among low-income women. Soc Sci Med 1990; 30: 487–95.
- Hoskins IA. Perinatal health care issues of Pakistani women. I: Transcultural aspects of perinatal health. A resource guide. Chicago: American Academy of Pediatrics, 2004: 271–87.
- Small R, Lumley J, Yelland J et al. Shared antenatal care fails to rate well with women of non-English-speaking backgrounds. Med J Aust 1998; 168: 15–8.
- Tham G. Childbearing practices of Chinese women. I: Rice L. Asian mothers, Australian births: pregnancy, childbirth and childrearing: The Asian experience in an English speaking country. Melbourne: Ausmed Publications 1994: 77–98.
- Rice PL. Asian mothers, Western births. Melbourne: Ausmed Publications, 1999.
- Small R, Rice PL, Yelland J et al. Mothers in a new country: How important are language and cultural issues in immigrant women's experiences of maternity care? I: Rice PL, red. Living in a new country. Understanding migrant's health. Melbourne: Ausmed Publications, 1999: 59–76.
- Homans H. Pregnancy and birth as rites of passage for two groups of women in Britain. I: McCormack CP, red. Ethnography of fertility and birth. London: Academic Press, 1982: 231–68.
- Woollett A, Dosanj-Matwala N. Postnatal Care: The attitudes and experiences of Asian women in East London. Midwifery 1990; 6: 178–84.
- Woollett A, Dosanj-Matwala N. The ideas and experiences of pregnancy and childbirth of Asian and non-Asian women in East London. J Med Psychol 1995; 68: 65–84.
- Vangen S, Stoltenberg C, Skrandal A et al. Cesarean section among immigrants in Norway. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 553–8.
- Vangen S, Stoltenberg C, Skjaerven R et al. The heavier the better? Birthweight and perinatal mortality in different ethnic groups. Int J Epidemiol 2002; 31: 654–60.
- Essen B, Bodker B, Sjøberg NO et al. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? BJOG 2002; 109: 677–82.
- Vangen S, Stoltenberg C, Holan S et al. Outcome of pregnancy among immigrant women with diabetes. Diabetes Care 2003; 26: 27–332.
- Dale PO, Moe N, Jervell J. Svangerskapsdiabetes. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 2968–70.
- Vangen S, Johansen REB, Sundby J et al. Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 112: 29–35.