

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Danske tal viser, at et stort flertal af fædre ønsker, at mor og barn bliver på barselsophold, og at de selv kan forblive sammen med dem inklusive overnatning. Spurgt om, hvad de har af ønsker til barselsopholdet, lægger fædre vægt på personalets støtte til, at kvinden kommer godt i gang med amning, at hun kan slappe af, og at forældrene hjælpes til kontakt med og pleje af den nyfødte [1].

Sundhedsvæsnets udformning af sin svangeromsorg, fødselspraksis og barselsservicering synes langsomt, men sikkert at blive indrettet på, at fædre deltager i fødslerne. Der synes stadig at være et stykke vej, når det gælder om at etablere de fysiske rammer og at udvikle en rådgivnings- og kommunikationspraksis, der inkorporerer fædre og anskuer fødsler også som et familieanliggende ved siden af det medicinske-obstetriske og de kvindecentrerede perspektiv.

Fremtidig udforskning og udvikling af praksis kan med fordel anlægge en familieorienteret synsvinkel, der bl.a. fokuserer på, hvordan svangre-, fødsels- og barselspraksis understøtter udvikling af kontakten til det spæde barn både for forældrene hver for sig og i fællesskab.

Korrespondance: *Svend Aage Madsen*, Afsnit 4074, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø.

Antaget den 25. september 2003.
H:S Rigshospitalet, Juliane Marie Centret, Enhed for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning.

Litteratur

1. Madsen SA, Munck H, Tolstrup M. Fædre og fødsler. København: Frydenlund Grafisk, 1999.
2. Steinberg S, Kruckman L, Steinberg S. Reinventing fatherhood in Japan and Canada. *Soc Sci Med* 2000;50:1257-72.
3. Skajaa K, Nielsen L, Nordvig L et al. Kontinuerlig fødselshjælp. *Ugeskr Læger* 1997;159:6811-2.
4. Department of Health. Changing childbirth. London: Department of Health, 1993.
5. Draper J. "It's the first scientific evidence": men's experience of pregnancy confirmation. *J Advan Nurs* 2002;39:563-70.
6. Sundhedsstyrelsen. Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse. København: Sundhedsstyrelsen, 1998.
7. Johnson MP. The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance: a longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002;23:173-82.
8. Chan KK, Paterson-Brown S. How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery?. *J Obstet Gynaecol* 2002;22:11-5.
9. Somers-Smith MJ. A place for the partner? *Midwifery* 1999;15:101-8.
10. Pedersen SH. Jeg skal være FAR. København: Forskningsprogrammet: Fædres relationer til deres spæd- og småbørn, 2000.

Gravide indvandrerkvinder i Skandinavien

Birgitta Essén

Resumé

Baseret på en litteraturgennemgang diskuteres de perinatale problemer og udfordringer blandt gravide indvandrere i Skandinavien, og der fokuseres på de sociale faktorer betydning samt på kommunikationen mellem gravide indvandrere og sundhedspersonale. Endelig gives der kliniske rekommandationer baseret på aktuel viden i Skandinavien.

De skandinaviske lande er internationalt kendt for at have en høj obstetrisk standard og en af de laveste forekomster af perinatal dødelighed i verden. At vi som klinikere møder gravide indvandrerkvinder er ikke nyt. Indvandrerpopulationens sammensætning er dog ændret gennem tiden. I 1960'erne og 1970'erne udgjordes den af indvandrere fra Europa, som kom til Skandinavien for at arbejde. I slutningen af 1980'erne kom der flere flygtninge fra katastrofepåvirkede lavindkomstlande. Det, som således er relativt nyt, er, at de seneste års forskning på dette område har taget hensyn til ikke-obstetriske faktorer ved bedømmelse af graviditet og fødselsforløb ud fra et etnisk perspektiv.

I denne artikel defineres indvandrere som værende født uden for de skandinaviske lande. Formålet med denne oversigtsartikel er at give en kort oversigt over de seneste videnskabelige og kliniske perspektiver vedrørende gravide indvandrere i Skandinavien.

Metode

Litteraturgennemgangen omfatter de seneste videnskabelige artikler fra 1990 og fremefter inden for emnerne obstetrik, pædiatri, samfundsmedicin og epidemiologi. De er fundet i PubMed ved anvendelse af søgeordene: *pregnancy, immigrant, foreign-born, eth, acculturation, female circumcision, perinatal morbidity* og *mortality*. For nylig er to videnskabelige afhandlinger, hvori antropologiske og sociologiske data indgik, blevet forsvaret inden for obstetrik og gynækologi.

Ved validering af statistiske registerdata bør man være opmærksom på, at informationen i de nationale registre kan indeholde ufuldstændige oplysninger vedrørende f.eks. uddannelsesniveau, indkomst og erhvervsarbejde, hvilket kan spille en rolle, når man studerer sociale faktorer relateret til perinatale forhold ud fra et etnisk perspektiv.

Er der en øget risiko ved at være indvandrer og føde børn i Skandinavien?

Dette spørgsmål kan ikke besvares, uden at man må tage hensyn til en række samvarierende faktorer. To skandinaviske afhandlinger har belyst problemstillingen og er kommet frem til, at specielt indvandrerkvinder fra lavindkomstlande som Somalia og Pakistan befinder sig i en risikogruppe for perinatal mortalitet, sammenlignet med andre kvinder fødte i udlandet eller skandinavisk fødte kvinder [1, 2]. Ved bedømmelse af den enkelte indvandrerkvindes risiko bør man tage hensyn til individuelle risikofaktorer. **Fig. 1** illustrerer en oversigt over tilstande, som klinikere rekommanderes at overveje i arbejdet med gravide indvandrere. Disse rekommandationer diskuteres i det følgende.

Prævalensen af prægestationel og gestationel diabetes mellitus blandt indvandrerkvinder har vist sig at være højere end hos skandinavisk fødte kvinder [3, 4]. Dog har man ikke i disse registerstudier kunnet påvise, at den høje diabetesforekomst kunne forklare den forhøjede perinatale dødelighed. At fødes *small for gestational age* kan ses som en proxy variabel for intrauterin væksthæmning, om end der for nylig er sat spørgsmålstegn ved dette sammenfald [5]. Det er velkendt, at fødselsvægten varierer mellem de forskellige etniske grupper. Børn af asiatiske mødre og af afrikanske mødre syd for Sahara har vist sig at have signifikant lavere fødselsvægt end skandinavisk fødte kvinders børn. Denne variation i fødselsvægt har dog ikke helt forklaret forskellene i den perinatale dødelighed [2, 6]. De tilvækstkurver, som anvendes inden for den skandinaviske obstetrik, er baseret på fostertilvæksten i en skandinavisk population [7]. I en tiltagende multietnisk population bør man diskutere at indføre tilvækstkurver, hvor man tager hensyn til betydningen af f.eks. etnicitet og materiel højde [5].

Med hensyn til mangelsygdomme i et indvandrerperspektiv har *Brundvand et al* studeret D-vitamin-mangel blandt indvandrere fra Pakistan i Norge [8, 9]. Det viste sig, at parathyroidhormonværdien indirekte tydede på svær D-vitaminmangel i 40% af den gravide population, og næsten to tredjedele havde jernmangel. Man diskuterede en teoretisk sammenhæng mellem D-vitamin-mangel hos den gravide kvinde og effekten på fostertilvæksten. Arbejderne er ikke fulgt op af interventionsstudier, der belyser fordelene ved D-vitamin og kalciumsupplement i risikogrupper såsom kvinder med hyppige graviditeter og lange ammeperioder, ringe soleksponering pga. bosættelse i områder med få soltimer og brug af tildekkende klæder og mangelfuld kost. Anæmi er hyppigere blandt gravide indvandrerkvinder, men forklarer ikke den øgede perinatale mortalitet, som er observeret i visse indvandrergrupper [3]. Personalet bør være opmærksom på andre årsager til jernmangel, f.eks. malaria, kronisk infektion eller inflammation og hæmoglobinopatier, når man udreder indvandrerkvinder [2].

Der findes kun sparsom information om infektionssyg-

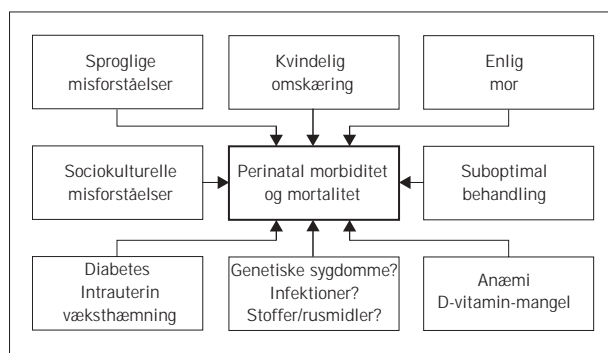


Fig. 1. Oversigt over forhold, der bør tages hensyn specielt hensyn til ved overvågning af gravide indvandrere.

domme hos gravide indvandrerkvinder og den eventuelle effekt på den perinatale morbiditet [2]. I det kliniske møde med en gravid indvandrer gælder det, ligesom generelt ved mødet med indvandrere, om at være opmærksom på en eventuel forekomst af importerede sygdomme. Det samme gælder for genetiske sygdomme. *Stoltenberg et al* studerede fætter-kusine-ægteskaber, konsangvinitet og risikoen for dødfødsel [10]. De fandt, at konsangvinitet forklarede næsten en tredjedel af alle dødfødsler og børn, der døde inden for det første år efter fødslen i en pakistansk indvandrerpopulation i Norge, i sammenligning med 0,1% i den norskfødte population.

De fleste indvandrede mødre fra Østafrika er omskårne i løbet af barndommen [11]. I litteraturen findes det beskrevet, at ardannelse i kvindens underliv efter omskæring kan vanskeliggøre barnets fødsel, føre til langvarige fødsler og perinatale komplikationer såsom føtal asfyksi eller cerebrale blødninger [12-16]. I et svensk-dansk perinatalt auditstudie viste det sig, at omskæring i sig selv ikke havde nogen sammenhæng med perinatal død blandt børn af indvandrerkvinder, som var omskårne i ungdommen [17]. *Vangen et al* fandt i en stor norsk registerundersøgelse, at somaliske indvandrerkvinder havde en højere risiko for langvarig fødsel, og for at de nyfødte havde en lav Apgar-score efter fem minutter [18]. Forfatterne kunne ikke konkludere, at der fandtes en sikker kausal sammenhæng mellem omskæringen og disse komplikationer. Forfatterne understregede dog, at denne indvandrergruppe synes at være specielt udsat, og at sundhedspersonale bør få øget viden på dette område. *Essén et al* udførte et case-kontrolstudie i Malmø, hvor fødselsforløbet sammenlignedes mellem en gruppe omskårne og en gruppe ikkeomskårne førstegangs-fødende [2]. I modsætning til tidligere internationale studier fandt man, at fødslen i varighed ikke var forlænget for omskårne kvinder, og at de ikke havde større risiko for et langt fødselsforløb end ikkeomskårne kvinder. Også i dette studie var konklusionen, at korrekt håndtering, *guidelines* og uddannelse om omskårne kvinder var af stor betydning for, at personalets egne følelser mod omskæring ikke hindrede dem i at foretage en objektiv risikovurdering af fødende indvandrerkvinder.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

En enlig gravid kvinde bedømmes ofte som mere udsat pga. et dårligere psykosocialt netværk. Er man desuden indvandrer, kan denne situation forstærkes [1, 2]. Manglen på psykosocial støtte har vist sig at have sammenhæng med for tidlig fødsel [19], og man bør derfor være opmærksom på dette ved graviditetskontroller.

Registerdata viser, at gravide kvinder fra lavindkomstlande ryger mindre end skandinavisk fødte kvinder [3], men der mangler information om brug af euforiserende stoffer i de skandinaviske registre. Det amfetaminlignende stof khat er et relativt almindeligt stof i Østafrika og er ikke forbudt i Danmark. I afrikanske studier har man fundet, at khatyngning hos den gravide har sammenhæng med lav fødselsvægt hos barnet [20, 21]. I et etiopisk studium er det beskrevet, at gravide kvinder blandt andet som begrundelse for at tygge khat angiver, at de ønsker at undgå vægtøgning under graviditeten. Dette relativt nye stof bør man være opmærksom på i forbindelse med graviditetskontrol og udredning af gravide kvinder, hvor man mistænker vækstretardering hos fosteret eller ringe maternel vægtøgning under graviditeten [22].

I en perinatal audit af en dansk-svensk forskergruppe studerede man behandlingsstandarder hos perinatalt døde børn født i Sverige af kvinder fra Somalia sammenlignet med en gruppe svenske perinatalt døde børn fra samme sygehus. Man fandt stor forskel mellem grupperne med hensyn til faktorer som formentlig forårsagede barnets død. Følgende faktorer identificeredes som suboptimal behandling:

- a. manglende kommunikation mellem moderen og sundhedspersonalet
- b. at tolk ikke anvendtes på trods af åbenlyse sprogvanskeligheder
- c. at moderen søgte behandling alt for sent trods alvorlige symptomer under graviditeten
- d. at moderen nægtede kejsersnit i akutte situationer
- e. at CTG-overvågning under fødslen blev tolket inadækvat af jordemoder eller læge
- f. at forkert medicin blev givet til moderen eller det præmaturt fødte barn.

Faktorerne var alle betydeligt hyppigere forekommende i den somaliske gruppe end i den svenske gruppe og sandsynligvis årsag til perinatal død [23]. *Jeppesen et al* har i et dansk studium studeret risikoen ved ikke at anvende tolk korrekt i mødet med gravide indvandrerkvinder [24].

Misforståelser er ikke alene relateret til forskellige sprog, men det kan også dreje sig om misforståelser af forskellige sociokulturelt bundne forestillinger hos sundhedspersonalet og indvandrerkvinderne [25]. Specielt indvandrerkvinder fra lavindkomstlande (udviklingslande) har en frygt for komplicerede fødsler, hvilket kan føre til, at de nægter akut kejsersnit [26]. Dette skal ses på baggrund af, at de kommer fra fattige lande med høj mødredødelighed. Indvandrerkvinderne for-

binder i højere grad kejsersnit med komplicerede forløsnings- og risiko for, at de selv kan dø, end uroen for fosterets velbefindende, som er en mere almindelig bekymring blandt skandinaviske mødre [25]. Dette fænomen kan sikkert forebygges med god information og kommunikation mellem den gravide kvinde og sundhedspersonalet.

Kliniske rekommandationer

Den forhøjede perinatale dødelighed blandt visse indvandrergrupper kan muligvis være et symptom på en ufuldstændig integrationsproces og bør ses som en udfordring for den skandinaviske svangreprofylakse. Der findes fortsat flere udforskede områder om årsagerne til den højere perinatale morbiditet og mortalitet. Nogle korte kliniske rekommandationer kan dog gives baseret på aktuel viden:

1. forstærk overvågningen af fostertilvæksten under graviditeten
2. skærp fosterovervågningen under selve fødslen
3. diskuter betydningen af graviditetskontrol f.eks. med hensyn til fostertilvækst og fosterbevægelser, såvel ud fra den gravide kvindes holdninger som de medicinske aspekter om risiko for tilvæksthæmning hos fosteret
4. oplys kvinden om, hvad du som læge eller jordemoder mener med alvorlige symptomer
5. anvend tolk på vid indikation
6. forbedr kundskaber vedrørende håndtering af omskårne kvinder under graviditet og fødsel. Lad ikke dine egne følelser over for kønsutlirering hindre dig i at foretage objektive obstetriske risikovurderinger
7. informer indvandrerkvinderne tidligt under graviditeten om de medicinske indikationer for kejsersnit og sikkerheden omkring indgrebet i Skandinavien sammenlignet med i kvindens hjemland
8. understreg for indvandrerkvinden, at Koranen ikke påbyder gravide eller ammende kvinder at faste under Ramadanen.

Korrespondance: *Birgitta Essén*, Universitetssjukhuset MAS, SE-205 02 Malmö, Sverige. E-mail: birgitta.essen@obst.mas.lu.se

Antaget den 20. oktober 2003.

Lunds Universitet, Kvindeklínikken, Institut for obstetrik og gynækologi, og Universitetssygehuset MAS, Malmö, Sverige.

Litteratur

1. Vangen S. Perinatal health among immigrants [diss]. Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo, 2002.
2. Essén B. Perinatal mortality among immigrants from Africa's Horn [diss]. Malmö: Faculty of Medicine, Lund University, 2001.
3. Essén B, Hanson BS, Ostergren PO et al. Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:737-43.
4. Vangen S, Stoltenberg C, Holan S et al. Outcome of pregnancy among immigrant women with diabetes. *Diabetes Care* 2003;26(2):327-32.
5. Clausson B, Gardosi J, Francis A et al. Perinatal outcome in SGA births defined by customised versus population-based birthweight standards. *BJOG* 2001;108:830-4.

6. Vangen S, Stoltenberg C, Skjaerven R et al. The heavier the better? *Int J Epidemiol* 2002;31:654-60.
7. Marsal K, Persson PH, Larsen T et al. Intrauterine growth curves based on ultrasonically estimated foetal weights. *Acta Paediatr* 1996;85:843-8.
8. Brunvand L, Haug E. Vitamin D deficiency amongst Pakistani women in Oslo. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:264-8.
9. Henriksen C, Brunvand L, Stoltenberg C et al. Diet and vitamin D status among pregnant Pakistani women in Oslo. *Eur J Clin Nutr* 1995;49:211-8.
10. Stoltenberg C, Magnus P, Lie RT et al. Influence of consanguinity and maternal education on risk of stillbirth and infant death in Norway, 1967-1993. *Am J Epidemiol* 1998;148:452-9.
11. Shell-Duncan B, Hernlund Y. Female circumcision in Africa: dimensions of the practice and debates. London: Lynner Rienner Publishers, 2000.
12. Toubia N. Female circumcision as a public health issue. *N Engl J Med* 1994;331:712-6.
13. Elchalal U, Ben-Ami B, Gillis R et al. Ritualistic female genital mutilation: current status and future outlook. *Obstet Gynecol Surv* 1997;52:643-51.
14. Baker CA, Gilson GJ, Vill MD et al. Female circumcision: obstetric issues. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:1616-8.
15. Lightfoot-Klein H, Shaw E. Special needs of ritually circumcised women patients. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1991;20:102-7.
16. Hosken FP. The Hosken report: genital and sexual mutilation of females. 4th rev. ed. Lexington: Women International Network News, 1993.
17. Essén B, Bodker B, Sjöberg N-O et al. Is there an association between female circumcision and perinatal death? *Bulletin of WHO* 2002;80:5.
18. Vangen S, Stoltenberg C, Johansen RE et al. Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:317-22.
19. Dejin-Karlsson E, Hanson BS, Ostergren PO et al. Association of a lack of psychosocial resources and the risk of giving birth to small for gestational age infants: a stress hypothesis. *BJOG* 2000;107:89-100.
20. Ghani N, Eriksson M, Kristiansson B et al. The influence of Khat-chewing on birth-weight in full-term infants. *Soc Sci Med* 1987;24:625-7.
21. Eriksson M, Ghani NA, Kristiansson B. Khat-chewing during pregnancy – effect upon the off-spring and some characteristics of the chewers. *East Afr Med J* 1991;68:106-11.
22. Alem A, Kebede D, Kullgren G. The prevalence and socio-demographic correlates of khat chewing in Butajira, Ethiopia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1999;397:84-91.
23. Essén B, Bodker B, Sjöberg NO et al. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG* 2002;109:677-82.
24. Jeppesen EZ. Sundhedsvæsenets omsorg for tyrkiske indvandrerkvinders graviditet og fødsel. *Ugeskr Læger* 1993;155:3849-54.
25. Essén B, Johndotter S, Hovellius B et al. Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somali women resident in Sweden. *BJOG* 2000;107:1507-12.
26. Bruun Nielsen B. To deliver a small baby is easy, but to save a small baby is difficult. Århus: Faculty of Sciences, Aarhus University, 1998.

> AKADEMISKE AFHANDLINGER

Birgitte Weile:

Aspects of classic symptomatic childhood coeliac disease in Denmark

Retrospectively illustrated by local, regional, and national studies

Disputatsen er udført under ansættelse ved Pædiatrisk Afdeling L, Amtssygehuset i Gentofte, og Autoimmunafdelingen, Statens Serum Institut. Ved cøliaki (CD) forårsager gluten (prolaminer fra hvede, rug, byg og måske havre) ødelæggelse af tyndtarmslimhinden. I Københavns Amt blev CD diagnosticeret blandt 0,1 pr. 1.000 nyfødte. Baseret på vide, men udelukkende symptomgivende diagnostiske kriterier, blev der i tidsrummet 1960-1988 diagnosticeret 0,09 pr. 1.000 nyfødte i hele Danmark, uden regionale forskelle som i Sverige.

En af undersøgelserne, foretaget under en svensk CD-epidemi, beskrev fra 1972 til 1987 en knap 40 gange højere incidens i Sydsverige sammenlignet med Københavns Amt. Undersøgelsen pegede på en markant højere mængde gluten i den svenske småbarnskost som en af mulige årsager. En undersøgelse fokuserede på, hvorledes de diagnostiske tyndtarmsbiopsier blev tolket af to danske og en svensk patolog. Forskellen i CD-hyppighed mellem de to lande lå ikke i tolkning af histologien. Ved Universitetet i Linköping blev blodprøver fra en anonymiseret gruppe raske, danske bloddonorer undersøgt efter samme metoder, som en tidligere svensk undersøgelse havde anvendt. Der var ikke signifikant forskel i prævalensen af bloddonorer med forhøjede antistoffer (gliadin efterfulgt af endomysium) i de to nationale grupper (2,4 pr. 1.000 donorer). Ingen danske bloddonorer fik dog foretaget en diagnostisk tyndtarmsbiopsi. Der var signifikante forskelle mellem de to donorgrupper: danske donorer var ældre og en større andel var kvinder.

Der blev i et arbejde screenet for cøliaki-relaterede antistoffer (anti-vævs-transglutaminase, anti-gliadin-antistoffer og anti-endomysium-antistoffer) på historiske sera, hvor der forelå en samtidig tyndtarmsbiopsi. Kun få nye cases blev afsløret. CD-vævstype-markører blev påvist hos over 90% af patienter med klassisk sygdom.

I studieperioden har CD ændret sig fra en børnesygdom med voldsomme symptomer til nu at være en sygdom, som rammer alle aldersgrupper og med ingen eller kun få symptomer. I den klassiske, symptomgivende form er CD relativ sjælden i Danmark. I dag skønner man, at prævalensen af CD er ca. 1%, hvoraf knap en syvendedel er symptomgivende. Der er næppe tvivl om, at CD i Danmark er en overset sygdom, fordi sygdommen præsenterer sig med mildere symptomer, fordi danske læger er mindre opmærksomme på CD i dens milde/atypiske form, eller fordi sygdommen på grund af et la-