

**Hvordan opplever og erfarer jordmødre møtet med kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn i en fødeseksjon i sykehus?**

**Nina Lauritzen**

**Diakonhjemmets Høgskole**

**Masteroppgave**

**Masteroppgave i Verdibasert ledelse MAVERD 599**

**Veileder: Professor, dr.polit Olav Helge Angell**

**Antall ord: 19 470**

**Innlevering: 4 mai 2015**

## Sammendrag

Denne studien handler om jordmødrenes møte med etniske minoritetspasienter i to fødeseksjoner i sykehus. Det er jordmødrenes opplevelse og erfaring i dette møtet som har blitt undersøkt. Dataene ble samlet inn gjennom kvalitative intervju med 9 jordmødre. Resultatene i undersøkelsen viser at jordmødrenes møte med kvinner med minoritetsbakgrunn blir erfart både positivt og vanskelig. Positive temaområder er særlig knyttet til tillit og takknemlighet, mens problemområdene er knyttet til kommunikasjonsbarrierer, negative holdninger og annerledes kulturell bakgrunn som kjønn og roller, smerteuttrykk og de mange besøkende. Mangelen på felles språk er en av de største utfordringene i forhold til pasienter med minoritetsbakgrunn. Daglig møter jordmødre vanskelige valgsituasjoner og dilemmaer i arbeidet sitt. Det kan være pårørende som ikke følger sykehusets rutiner, tradisjoner som bryter sterkt med den norske kvinnerollen, vurdering av smerteuttrykk og at det finnes negative holdninger til minoritetspasientene blant ansatte. Jordmødrene rapporterer mest om negative holdninger som kommer til syne gjennom nedlatende uttalelser og ytringer. De håndterer etiske dilemmaer på ulike måter. Jordmødrene opplever at de har mangelfull kompetanse i forhold til pasienter med minoritetsbakgrunn, og at avdelingen har hatt manglende opplæring i forhold til denne pasientgruppen. Kompetanse som etterlyses spenner fra kunnskap om andre kulturer og land, kulturforståelse, religion og tradisjon og flerkulturell kommunikasjon. Jordmødrene ønsker seg møteplasser der det er rom for å drøfte ulike temaer knyttet til minoritetspasienter. Arbeidserfaring i seg selv fører ikke til at jordmødre får tilstrekkelig kulturell kompetanse, men det ser ut for å være en sammenheng mellom kulturell utdanning, og kunnskap og forståelse for minoritetspasienter. De ansatte ser behovet for at flere jordmødre med annen kulturell bakgrunn blir ansatt i avdelingen. Fødselsomsorgen skal yte likeverdig fødselsomsorg til alle som trenger det, uavhengig av etnisk bakgrunn. Dette betyr at lederen har en viktig oppgave som verdibærer og verdiformidler. Lederens evne til å uttrykke sykehusets verdier og visjoner til ansatte, og skape rom for refleksjonsprosesser rundt jordmødrenes egen praksis, holdninger og verdier vil bidra til å utvikle verdibevisthet og god praksis. I en verdibasert lærende organisasjon lærer jordmødrene av sine suksesser og feil, og bruker denne lærdommen til å oppnå god og likeverdig pasientbehandling.

## **Abstract**

This study is about the midwife's encounter with ethnic minority patients in two maternity units at the hospital. The thesis is about the experience the midwives has gained by these encounters.

The data were collected through qualitative interviews with 9 midwives. The results of these interviews show that the meetings the midwives has had with females who has a minority background is being received as both good and bad.

The positive topics are particularly associated with trust and gratitude, while the negative areas are related to communication barriers, negative attitudes and different cultural backgrounds such as gender roles, pain expression and the many visitors. The lack of common language is one of the biggest challenges in relation to patients from minority backgrounds. The midwives are daily met with difficult choices and dilemmas.

It may be with relatives who do not follow hospital policy, traditions that strongly violate with the Norwegian woman, assessment of pain expression and it may be negative attitudes towards minority patients among the employees. The midwife's reports are mostly about negative attitudes that appear through condescending statements.

They handle ethical dilemmas in various ways. The midwives feel that they have insufficient expertise when it comes to patients from minority groups, and that the department have a lack of training when it comes to this group of patients. What they want is knowledge, all from information regarding other cultures and countries, cultural, religion and tradition and multicultural communication.

The midwives wants a place where they have room for meeting and discussing various topics related to patients with multicultural backgrounds.

Work experience alone is not enough for them to receive adequate cultural competence, but there seems to be a context between culture-related education, and knowledge and understanding of minority patients.

The employees see the need of having more midwives with different cultural background being in their department. The maternity care is supposed to provide equal maternity care to all who needs it, regardless of ethnic background. This means that the manager has an important task as the person carrying out the hospitals values.

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
Abstract.....	3
Forord.....	6
1 Innledning.....	7
1.1 Tema og bakgrunn for studien.....	7
1.2 Forskningsstatus.....	9
1.3 Studiens problemstilling.....	13
1.4 Avgrensning og utdypning av problemstillingen.....	15
1.5 Videre oppbygging av oppgaven.....	16
2 Teoretisk perspektiv.....	17
2.1 Helselovgivningen.....	1
7	
2.2 Kultur og kommunikasjonsteoretisk perspektiv.....	18
2.2.1 Kommunikasjon.....	19
2.2.2 Tverrkulturell kommunikasjon.....	20
2.2.2 Tverrkulturell kompetanse.....	20
2.2.4 Steriotypier og fordommer.....	21
2.2.5 Etnosentrisk og kulturel relativistisk perspektiv.....	22
2.2.6 Kultursensitivitet.....	23
2.3 Etiske perspektiver.....	23
2.3.1 Likeverdig fødselsomsorg.....	23
2.3.2 Etisk dilemma og utfordring.....	25
2.3.2 Empati.....	25
2.4 Verdibasert ledelse.....	25
3 Metode.....	27
3.1 Datainnsamling.....	27
3.2 Utvalg av jordmødre.....	27
3.3 Gjennomføring av intervjuene.....	28
3.4 Metoderefleksjon.....	28
3.5 Forskningsetikk.....	29
4 Kontekst.....	30
4.1 Fødsel.....	30
4.2 Fødsel i et flerkulturelt perspektiv.....	30
5 Presentasjon og analyse av datamaterialet.....	32
5.1 Hva jordmødrene opplever og erfarer som positivt i samhandlingen med kvinner med minoritetsbakgrunn.....	32
5.2 Hva jordmødrene opplever som vanskelig i møtet med kvinner med minoritetsbakgrunn.....	35
5.2.1 Kulturforskjeller.....	35
5.2.2 Språkbarrierer i møte med minoritetskvinner.....	46
5.2.3 Bruk av profesjonell tolk.....	49
5.2.4 Negative holdninger til kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn.....	52

5.3 Jordmødrenes vurdering av egen kompetanse.....	56
5.3.1 Kunnskap som etterlyses.....	56
5.3.2 Opplæring i avdelingen.....	57
5.4 Hvordan aktualiserer dette verdibasert edelse.....	60
5.4.1 Lederens rolle, oppgaver og lederforankring.....	61
5.4.2 Verdibasert ledelse i et refleksjons og æringsperspektiv.....	61
6 Konklusjon.....	64
6.1 Implikasjoner for praksis.....	65
Litteraturliste.....	67
Vedlegg.....	73

## Forord

"Når jeg møter nye mennesker, forsøker jeg alltid å møte dem med utgangspunkt i det basale, i det som vi har felles. Vi har alle en fysisk kropp, et sinn og følelser. Vi er alle født på samme måte, og vi skal alle dø. Vi ønsker alle et lykkelig liv, og vi har ikke lyst til å lide. Når jeg ser dem jeg møter, på denne måten, og ikke undrestreker forskjellene som faktisk er der, for eksempel at jeg selv er tibetaner eller at jeg har en annen hudfarge, religion og kulturell bakgrunn enn dem, gir jeg meg selv mulighet til å møte den andre som om det var meg selv. Når jeg forholder meg til en fremmed på denne måten, opplever jeg at det blir mye lettere for oss å kommunisere og å utveksle tanker".

(Dalai Lama 1998 , sitert i Jensen 2001:129).

Arbeidet med masteroppgave i verdibasert ledelse har vært en spennende og lærerik prosess. På en måte har jeg lært et helt nytt fagfelt å kjenne, og det har vært tidkrevende, også fordi det skjedde så mye på veien til slutført oppgave.

Mitt valg av tema har ikke vært tilfeldig. Mine tre barn fra hver sin verdensdel har vært med på å bidra til interesse for det flerkulturelle.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til min dyktige veileder Olav . Din store tålmodighet, og varme, og selvfølgelig kompetanse har gjort at jeg har klart å levere denne oppgaven. Tusen takk.

Jeg vil takke mine informanter for gode samtaler og viktige innspill. Når jeg snakker med dere, blir jeg stolt å være en del av et slikt fagfellesskap.

Jeg vil selvfølgelig også takke min kjære mann for å holde ut og støtte meg gjennom denne tiden, og mine kjære barn som har åpnet mitt sinn og forhåpentligvis gitt meg større innsikt.

4. mai 2015,

Nina Lauritzen

# 1 Innledning

## 1.1 Tema og bakgrunn for studien

Denne masteroppgaven handler om jordmødrenes erfaringer i møte med kvinner med minoritetsbakgrunn i en fødeseksjon. Studien retter oppmerksomheten mot samhandlingen mellom jordmødre og innvandrerpasienten sett fra et tjenesteperspektiv.

Andelen pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn er stigende. Ved inngangen til 2011 hadde 12% av befolkningen i Norge innvandrerbakgrunn. 70% av landets innvandrere eller norskfødte med innvandrerbakgrunn er bosatt i Helse Sør-Østs opptaksområde, og innvandreretettheten er størst i sykehusområdene Oslo, Akershus og Vestre Viken (Oslo Universitetssykehus 2011:4).

Pasientgruppen er sammensatt, har ulik kulturell bakgrunn og etnisk tilhørighet og reflekterer mangfoldet i samfunnet forøvrig.

Det er et mål for fødselsomsorgen at tjenestene skal være likeverdige for alle pasienter, uavhengig av deres kulturbakgrunn. Dette er i tråd med norsk lovgivning, og er forankret i helseforetaksloven §1, lov om spesialisthelsetjenesten og lov om pasientrettigheter.

Helseforetakene ønsker å tilrettelegge tjenesten for et flerkulturelt samfunn, og flere forhold har bidratt til dette.

Gjennom prosjektet Migrant Friendly Hospitals (2002-2005) har sykehus i 12 europeiske land samarbeidet om å utvikle retningslinjer for gode og likeverdige helsetjenester for pasienter med minoritetsbakgrunn. Prosjektet videreføres i dag i regi av Health Promoting Hospitals Network of WHO (Helsedirektoratet 2009:35). Migrantvennlig helsetjeneste verdsetter mangfold ved å akseptere at mennesker med ulik bakgrunn er likeverdige medlemmer av samfunnet, identifiserer behovene til pasienter med ulik bakgrunn, og utvikler tjenester som samsvarer med disse behovene (Helsedirektoriet 2009:35).

Legeforeningen utarbeidet i mai 2008 en rapport om helsetjenester til ikke vestlige innvandrere, og presenterte et 10-punktsprogram for bedre kvalitet og likeverdige helsetjenester for pasienter med innvandrerbakgrunn (Legeforeningen 2008:3-5). Rapporten konkluderte med at helsepersonell har behov for økt kompetanse til å møte de særegne utfordringer som er knyttet til pasienter med minoritetsbakgrunn (Legeforeningen 2008:19-20). I tillegg etablerte Helse Sør-Øst RHF prosjektet likeverdige helsetjenester i desember 2008 med særlig vekt på innvandrere. Hensikten var å utarbeide en strategi for å sikre at

kunnskap om minoritetsbefolkningen inngikk i alle fremtidige planer og aktiviteter i helseforetaket. Gjennom prosjektperioden var det på flere områder dokumentert variasjoner i kvaliteten på tjenestene til pasienter med minoritetsbakgrunn og ulikheter i måten å håndtere disse utfordringene på (Helse Sør-Øst RHF 2009:2).

I 2011 har Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) hatt en landsdekkende kampanje om likeverdige helsetjenester. Brukererfaringene viser at mange ikke opplever å ha lik tilgang til helsetjenester av like god kvalitet som andre.

I mitt arbeid som jordmor har jeg møtt mange pasienter med innvandrerbakgrunn. Jeg syntes det er interessant å arbeide med minoritetspasienter, men opplever at møte med pasientene kan være utfordrende og annerledes enn møte med etnisk norske pasienter.

Manglende språkkunnskaper, kulturelle forskjeller og kompetansebegrensinger blir ofte fremhevet av jordmødre som en barriere i møte med etniske minoriteter. Dette kan være til hinder for at hun klarer å etablere et godt samarbeid og et tillitsfullt forhold til pasienten, og resultatet kan bli tjenester av dårligere kvalitet, og utgjøre en risiko for feil og uheldige hendelser i avdelingen både hos mor og barn (Ahlberg og Vangen 2005:3).

Studien vil utforske jordmødrenes opplevelser og erfaringer i møte med minoritetskvinner i en fødeseksjon. Gjennom økt kunnskap og bedre forståelse av hva som skjer i dette møtet, kan det finnes frem til viktige områder for læring. Ved å se nærmere på jordmødrenes arbeid med pasienter med innvandrerbakgrunn kan det gi innsikt i viktige sider ved fødeavdelingens virksomhet, og på den måten bidra til å identifisere områder for utvikling og forbedring. Mitt håp er at økt kunnskap og innsikt om kultur møter i en fødeseksjon sett fra jordmors perspektiv, kan finne frem til noen forbedringspotensialer der det måtte være nødvendig.

Studiens mål:

Oppnå en bedre forståelse i hva som skjer i møtet med pasienter med minoritetsbakgrunn.

En av Vestre Vikens HFs hovedmål frem mot 2025 er å tilby likeverdige helsetjenester til alle av høy kvalitet til befolkningen. Dette innebærer at den enkelte pasient skal møtes som enkeltindivid med egne behov og forutsetninger, og at tjenesten skal være tilgjengelig og innrettet etter pasientens behov (Vestre Viken HF Strategi 2025: 6 og 8). Denne oppgaven kan være et supplement i arbeidet mot likeverdige helsetjeneste i Vestre Viken HF.



## 1.2 Forskningsstatus

I dette kapitlet vil fremgangsmåten for å finne den forskningen som eksisterer, samt forskning på temaet bli presentert.

Ved søk i ulike databaser fant jeg få studier som utforsket jordmødrenes perspektiv i møte med kvinner med annen kulturbakgrunn i sykehus. Det er ikke gjort noen studier i Norge, og det synes ikke som det er gjort mye internasjonalt heller. Det er gjennomført flere studier som utforsker helsevesenets møte med pasienter med minoritetsbakgrunn, og her finnes forskning både fra bruker- og tjenesteperspektiv. Disse studiene er utført av ulike profesjoner, også sykepleiere og helsesøstre både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, men når det gjelder studier relatert til jordmødre er det lite.

Jeg har gjort systematiske søk i OVIDbasene Medline, EMBASE, Maternity and Infant Care og British Nursing Index, CINAHL og Ovid Nursing Fulltext. Jeg har også søkt i Pubmed, Norart, Svemed+, Cochrane Library via BIBSYS og Helsebiblioteket. Jeg har brukt søkeordene midwifery, nurse, care, hospitals, minority, culture, experience, encounter, ethnic patients, hospital, multicultural, transcultural, women og care nursing.

Jeg har gjennomgått litteraturlister i aktuelle artikler og tidsskrifter for å lete etter andre relevante artikler. Etter datasøk og gjennomgang av litteraturlister, har jeg lest svært mange sammendrag og mange artikler har blitt lest i fulltekst. De aller fleste har blitt ekskludert, fordi jeg ikke fant det som var relevant i forhold til min masteroppgave. Flere av disse studiene satte søkelyset mot ulikheter i sosial helse, risikoprofil, fødselskomplikasjoner og barrierer i tilgjengelighet til ordinær antenatal oppfølging.

Imidlertid har enkelte forskere interessert seg for transkulturell sykepleie og gjort studier i forhold til relasjon mellom sykepleier og pasient. Selv om disse studiene ble gjennomført med sykepleiere og ulike pasientgrupper, er funnene i noen grad overførbare til fødeavdelinger med jordmødre som helseprofesjon. Allikevel har jordmødre og sykepleiere ulike ansvars- og arbeidsområder, og av den grunn er det på sin plass å utforske også jordmødrenes opplevelser og erfaringer i møte med pasienter i sykehus.

I følge plan for strategisk utvikling Helse Sør-Øst RHF 2009-2020 skal forskning og kunnskapsutvikling bidra til å møte eksisterende og fremtidige utfordringer relatert til minoritetsbefolkningen. Denne studien er ment å være et bidrag til dette arbeidet.

En kvalitativ studie fra Dublin undersøkte helsepersonells opplevelser med pasienter med annen etnisk bakgrunn enn irsk. De konkluderte med to hovedutfordringer: manglende direkte kommunikasjon og kvinnenes mangel på kjennskap til helsevesenet. Studien viste blant annet at helsepersonell forventer at kvinner fra etniske minoritetsgrupper skal tilpasse seg helsevesenet og ikke at systemet skal tilpasse seg kvinnene (Lyons, O`Keeffe og Staines (2008:261).

Risgaard (2014) har gjennom kvalitative intervju undersøkt svangerskaps og fødselsopplevelser i en multietnisk befolkning. Hensikten med studien var å undersøke om opplevelsen av svangerskap og fødsel varierer med hensyn til sosiodemografiske faktorer, etnisk bakgrunn, sosial støtte og helserelaterte faktorer. Funn var blant annet at kvinner som opplevde omsorg under fødsel hadde signifikant lavere risiko for å rapportere om dårlig opplevelse.

Essen (2001). Essen har undersøkt årsakene til at kvinner med opprinnelse fra Somalia har dobbelt så høy risiko for dødfødsler enn norske kvinner. Funnene viser at en viktig grunn til lavere kvalitet på fødselsomsorgen var mangel på kommunikasjon mellom minoritetskvinner og jordmødre. Underforbruk av tolk ved fødeavdelinger ble også trukket frem som en av de viktigste årsakene til svikt.

Alpers og Hanssen (2008) Forfatterne har kartlagt sykepleieres kompetanse om etniske minoriteter gjennom fokusgruppeintervju og spørreundersøkelser. Studien finner blant annet at det er sammenheng mellom kulturrelaterte utdanning og kunnskap og interesse for minoritetspasientene.

Alpers (2014) har gjennomført en spørreundersøkelse og fokusgruppeintervjuer blant medisinske og psykiatriske sykepleiere i Oslo. Funn viste blant annet at arbeidserfaring i seg selv fører ikke til at sykepleiere får tilstrekkelig kulturell kompetanse.

Det jeg har funnet og vil bruke av forskning, er to studier fra Storbritannia. Den ene er en studie fra England hvor somaliske helsearbeideres perspektiv på fødselsomsorgen til somaliske kvinner belyses. Her er informantene sykepleiere og gynekologer fra Somalia.

Den andre studien har utforsket muslimske helsepersonells erfaringer med fødselsomsorgen i London. Jordmors ansvarsområde er ulik fra Norge, og har derfor ikke optimal overføringsverdi. Jeg vil også bruke en ph-D avhandling fra Norge som fokuserer på

sykepleiere og pårørende til intensivpasienter. Her er det sykepleiere og ikke jordmødre som er informanter, og jordmorfunksjonen på fødeavdelingen og sykepleierfunksjonen i intensivavdelingen vil nødvendigvis ha ulikt fokus.

Dette er den forskningsmessige status for studien.

Ingen av studiene fokuserer på det positive. Det er tvilsomt at møtene med innvandrerkvinner ikke også har hatt positive sider, men det ser ut som dette ikke har vært tema og ikke vektlagt. Jeg har heller ikke funnet noen andre studier som belyser dette. Jeg ønsker derfor å fokusere på det positive i møte med kvinner med minoritetsbakgrunn, da jeg synes dette er en svakhet ved studiene.

### **Somali women` experience of childbirth in UK: Perspectives from Somali health workers.**

Det ble gjennomført en kvalitativ studie av tilsammen åtte sykepleiere og gynekologer fra Somalia som tidligere hadde arbeidet i hjemlandet.

Studien tok sikte på å utforske somaliske kvinners erfaringer med fødselsomsorgen i England sett fra somaliske helsearbeideres perspektiv (Strauss et.al. 2007).

### **Experiences of Maternity Services: Muslim women`s and healthworkers perspectives.**

En kvalitativ studie fra England undersøkte muslimske foreldre- og helsepersonells erfaringer med fødselsomsorgen i England. Studien tok sikte på å øke bevisstheten til helsepersonell som arbeider med muslimske kvinner om gode modeller for praksis (Nasreen & Burchett).

Begge studiene fant:

- Jordmødre hadde stereotype og negative holdninger til minoritetskvinner.
- Mangel på tolk var et stort problem.
- Ulik språk og kulturbakgrunn førte ofte til kommunikasjonsvansker, og var den største barrieren for å gi god og effektiv fødselsomsorg.
- Helsepersonell opplevde manglende kompetanse i forhold til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn..
- Behovet for kvinnelig leger ble ikke imøtekommet.
- Familiemedlemmer fungerte ofte som tolk.
- Det var mangel på passende, lett forståelig informasjon til kvinner med minoritetsbakgrunn.

Studiene konkluderer med anbefalinger om hvordan fødselsomsorgen kan bedre kvaliteten på tjenestene til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn:

- Øke kompetansen til pasienter med ulik etnisk bakgrunn.
- Flere jormødre med videreutdanning i flerkulturelt arbeid..
- Forbedre innhold og tilgjengelig informasjon til muslimske pasienter.
- Bruke mer tolk.

### **The strength of cultural diversity**

### **The perspectives of family members and nurses on their encounters in intensive care units.**

I avhandlingen (Høye 2009) ble det gjort en kvalitativ undersøkelse med intervju av 16 intensivsykepleiere og fem pasienter med minoritetsbakgrunn. Det er sykepleierne Høye har knyttet flest funn til:

- Intensivsykepleiere beskriver møtet med flerkulturelle pasienter og pårørende som utfordrende.
- Det er selve annerledesheten og andre kulturvaner som de ikke er helt forberedt på.
- Et gjennomgående problem er språkproblemer og manglende kunnskap om pasientenes kultur.
- Sykepleierne føler stress, fordi de ikke vet helt hvordan de skal behandle pasienter med minoritetsbakgrunn, og fordi de ikke kjenner godt nok til den andre kulturens normer og skikker.
- Familier med ikke-vestlig bakgrunn opplever stress i møte med norske sykehus. En sykehusinnleggelse kan gi innvandrere, asylsøkere og flyktninger posttraumatiske stressreaksjoner ved at minner fra tidligere traumer blir avdekket. ---
- Pårørende og pasienter er utrygge og kan føle seg misforstått og mistolket. Høye påpeker at det i stor grad handler om kommunikasjonsproblemer (Høye 2009).

### **1.3 Studiens problemstilling**

Jordmødrenes møter med minoritetskvinner i fødeseksjonen er betydningsfulle og helt sentrale for å yte god og likeverdig fødselshjelp, og for den enkeltes opplevelse av fødsesomsorgen i sykehus. Tidligere studier som har utforsket helsepersonell av annen profesjon enn jordmødre, i møte med minoritetspasienter opplever at de står overfor en rekke utfordringer. Jeg ønsker å se om dette gjelder for jordmødrene også.

#### **Studiens overordnede spørsmål:**

#### **Hvordan opplever og erfarer jordmødrene møtet med kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn i en fødeseksjon?**

Det er jordmødrenes opplevelser og erfaringer i møtet med kvinner med minoritetsbakgrunn som har fokus i denne studien. Jeg ønsker å se på samhandlingen mellom jordmødre og innvandrerpasienter ut fra et tjenesteperspektiv.

Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet communis, som betyr felles, og verbet communicare som har to grunnbetydninger: å formidle og å dele fellesskap.

Jeg oppfatter at kommunikasjon og dialog med pasienten inngår i samhandlingen. Med kommunikasjon mener jeg overføring av ideer (symboler, budskap) fra ett menneske til et annet (Øyen 1992:64).

Jeg forstår opplevelse som det som går forut for erfaringen. Ved refleksjon over opplevelser i praksis rettes oppmerksomheten mot betydningen av det som blir reflektert over, og opplevelsen forvandles gradvis til erfaring, noe jordmor vil ha med seg og lære av.

I følge Martinsen (Martinsen 2000:25) finner den faglige erfaringen sted i selve møtet med pasienten i konkrete situasjoner. Martinsen skiller mellom direkte og indirekte erfaringer. Direkte erfaringer erverves ved bruk av faglig skjønn, og indirekte erfaringer er erfaringer som ikke kan oppleves direkte gjennom handling, men som blir formidlet gjennom språket. Den direkte erfaringen åpner muligheten for at pasienten kan tre frem som en person i jordmorbevisstheten og den fremmede blir vedkommende for jordmoren. Slik blir erfaringen en fortolkende prosess i relasjon med pasienten, dvs at enhver erfaring forutsetter tilegnelse av ny kunnskap.

Den profesjonelle jordmors erfaringer innebærer selvinnsikt og en bevisst refleksjon over verdier og erfaringenes betingelser (Austgard 2011:2).

Begrepene etnisk og etnisitet dreier seg om den identiteten en person får ved å tilhøre en gruppe, og om opprinnelsen og kulturbakgrunnen til denne gruppen. Det er denne bakgrunnen den enkelte opplever virkeligheten ut fra. Etnisitet er opplevde kulturforskjeller som gjøres relevante i samhandling (Eriksen & Sørheim 2006: 52-55). ”En minoritet er et etnisk, religiøst og språklig mindretall som skiller seg ut fra majoriteten” (NOU 2000:14).

Flertallet av etniske minoriteter er unge voksne, og mange av dem får sitt første møte med norsk helsevesen i forbindelse med graviditet og fødsel (Ahlberg og Vangen 2005:596.)

Kvinnelige innvandrere utgjør en stadig større del av befolkningen i Norge.

I september 2014 var antallet kvinner med innvandrerbakgrunn 298730 (SSB 2014), og kvinner fra Polen utgjorde den største gruppen.

Innvandrerkvinnene er unge, åtte av ti innvandrerkvinner er under 50 år, og fleste får opphold gjennom familiegjennforening. Blant kvinner fra ikke-vestlige land er det en markert økning i fødselsraten i ankomståret, og fortsetter etter ankomst. Fruktbarheten øker de første årene etter innvandringen som en følge av familieetablering og familiegjennforening, men går så ned igjen når utsatte fødsler er kompensert for (SSB 2014). De fleste ekteskap består av menn og kvinner fra samme region.

Svært mye forskning som involverer pasienter med minoritetsbakgrunn er problemfokuseret. Dette gjelder også forskningslitteratur som er brukt i denne studien. Selv om Høye i sin doktoravhandling søker etter styrken i kulturell mangfold, er det problemene som trer tydeligst frem. Derfor ønsker jeg også å se på det som er positivt i møte med minoritetskvinner.

Samtidig som det registreres økt antall pasienter med minoritetsbakgrunn i helsevesenet, registreres det også at helsepersonell uttrykker behov for økt kompetanse til å møte utfordringene det økte mangfoldet medfører (Utlendingsdirektoratet 2005:5 ). Dette kom også frem i forskningslitteraturen brukt i denne studien, og er min erfaring fra praksis ved flere fødeavdelinger. Jeg ønsker derfor å finne ut om hvordan jordmødrene i sykehus vurderer sin kompetanse i forhold til innvandrerpatientene, og om de har behov for økt kompetanse for å yte likeverdig fødselsomsorg til denne pasientgruppen.

Problemstillingen belyses gjennom tre forskningsspørsmål:

1. Hva opplever og erfarer jordmødrene som positivt/vanskelig i samhandlingen med kvinner med minoritetsbakgrunn?

Hvilke etiske dilemmaer/problemer står jordmødrene overfor i denne samhandlingen, og hvordan håndterer jordmødrene dette?

2. Hvordan vurderer jordmødrene sin kompetanse relatert til pasienter med minoritetsbakgrunn for å møte kravet om å yte likeverdig fødselshjelp?

Hva ønsker jordmor kompetanse om for å yte likeverdig fødselsomsorg?

3. Hvordan aktualiserer dette verdibasert ledelse?

#### **1.4 Avgrensning og utdyping av problemstillingen**

På bakgrunn av min valgte problemstilling ønsker jeg å komme med følgende utdypninger:

I denne studien er jordmorfaglig yrkesområde knyttet til Specialisthelsetjenesten, og jordmors arbeidsområde er knyttet til den reproduktive og familiedannede fasen i menneskets liv.

Jordmor benevnes i oppgaven som hun, selv om jeg er fullt klar over at det finnes mannlige jordmødre i Norge.

Mer enn to tredjedeler av barn som fødes i Norge blir født ved store fødeavdelinger og kvinneklinikker. Fødeinstitusjonene har tre kompetansennivå som består av kvinneklinikker, fødeavdeling og fødestuer ( St.meld. nr. 12:41).

Kvinneklinikker er definert med minst 1500 fødsler, tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte. Det er i dette kompetansenivået jordmødre i denne studien arbeider. Når jeg nevner fødeavdelingen innebærer dette fødeseksjon med poliklinikk og observasjonspost, fordi disse er uløselig knyttet sammen i tjenestetilbudet til pasientene. Jeg bruker fødeavdeling og fødeseksjon om hverandre i oppgaven. Jeg bruker kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn, kvinner med minoritetsbakgrunn, kvinner med innvandrerbakgrunn, minoritet og innvandrer eller bare pasient om hverandre i studien.

Innvandrere er personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre, og som på et tidspunkt har innvandret til Norge (SSB pr. januar 2011). Norskfødte med innvandrerforeldre er født i Norge, men har to foreldre som er innvandrere (SSB pr. september 2014). Innvandrere i Norge består av personer med bakgrunn fra 219 ulike land og selvstyrte regioner. De har kommet hit som flyktninger, som arbeidsinnvandrere, for å ta utdanning eller gjennom familierelasjoner til noen i Norge.

SSB har valgt å gå bort fra grupperingen vestlige og ikke-vestlige land. Dette begrunnes med at det gir et unyansert bilde av innvandrerbefolkningen, og jeg har derfor valgt å bruke samme betegnelse som SSB. Der jeg allikevel bruker ikke-vestlig, er det fordi rapporter og litteratur som refereres til har brukt denne inndelingen.

Jeg bruker flerkultur, interkultur, kultur og mangfold om hverandre i studien.

## **1.5 Videre oppbygning av oppgaven**

Kapittel 2 inneholder et teoretisk perspektiv for studien, mens kapittel 3 gjør rede for forskningsdesign og metode. Kapittel 4 handler om kontekst. I kapittel 5 presenterer jeg funn og drøfter dette opp mot problemstilling og teori. Avslutningskapittelet 6 gir en oppsummering og konklusjon.



## 2 Teoretisk perspektiv

I dette kapittel presenteres teoretisk perspektiv som ligger til grunn for oppgaven.

### 2.1 Helselovgivningen

Likeverdige helsetjenester inngår som en plikt i norsk lovgivning og i Menneskerettighetene (Likestillings- og diskrimineringsombudet:2011:3) Plikten til å yte likeverdige helsetjenester følger til dels direkte av helselovgivningen, men også av den generelle plikten til likeverdig offentlig tjenesteyting etter diskrimineringslovverket. Både helselovgivningen og diskrimineringslovgivningen er utformet på bakgrunn av internasjonale forpliktelser Norge har påtatt seg gjennom ulike menneskerettighets-konvensjoner (LDO 2011:10).

#### **Lov om pasientrettigheter.**

"Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. §3-2 handler om pasientens rett til informasjon. Informasjonen skal tilpasses hennes alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. Kvinnen skal oppleve seg informert, veiledet og ivaretatt med en tilstrekkelig medvirkning når valg av behandlingsmåte skal treffes. Lovens formål punkt 3 er særlig : "å bidra til likeverdig tjenestetilbud".

#### **Lov om spesialisthelsetjenesten**

§ 1 Lovens formål er bidra til et likeverdiggverdig tjenestetilbud og bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientens behov.

#### **Lov om forbud mot diskriminering på grunn av etnisitet, religion mv.**

§ 1 Lovens formål er å fremme likestilling, sikre like muligheter og rettigheter og å hindre diskriminering på grunn av etnisitet, nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge, språk, religion og livssyn. Diskrimineringslovverket forbyr både direkte og indirekte diskriminering på grunnlag av kjønn, etnisitet, religion og funksjonsevne i tjenesteyting. Direkte diskriminering oppstår når noen som følge av et eller flere av kjennetegnene ovenfor stilles dårligere enn andre i tilsvarende situasjon, uten saklig grunn. Det kan beskrives som ulik behandling av like tilfeller. Indirekte diskriminering oppstår når tilsynelatende nøytrale regelverk i praksis medfører at enkelte grupper stilles dårligere enn andre. Det kan beskrives som lik behandling av ulike tilfeller.

## **Lov om helsepersonell**

Jordmødre er definert som helsepersonell etter Lov om helsepersonell, og har autorisasjon etter helsepersonelloven §48 bokstav k.

Hvert enkelt land har utformet jordmoryrket gjennom tradisjon, historie og utdanning, og jordmorfaglig kompetanse kan derfor variere fra land til land. I Norge har jordmor har et selvstendig ansvar for den normale fødsel, og lege tilkalles kun ved komplikasjoner og patologiske tilstander. I sitt arbeid er hun pålagt å ta hensyn til individuelle fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og religiøse forhold som er av betydning for familiedannelsesprosessen. Dagens jordmorvirksomhet i sykehus er regulert av lov om pasientrettigheter og lov om spesialisthelsetjenesten.

I 1998 kom WHO's 10 prinsipper for perinatal omsorg i Europa, som skal ligge til grunn for jordmors praksis. Prinsippene påpeker at omsorgen skal være kulturtilpasset, og bør vurderes og tilpasses ut fra hva som passer best i den kulturelle sammenheng den gis.

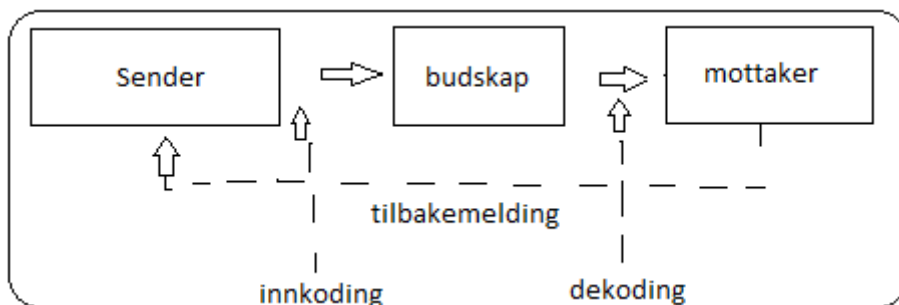
## **2.2 Kultur og kommunikasjonsteoretisk perspektiv**

Begrepet kultur defineres på ulike måter. Jeg har valgt en av Hylland Eriksens definisjoner på kultur, fordi den omhandler relasjoner mellom mennesker, og faller dermed inn under oppgavens tema. I følge Eriksen kan kultur betraktes som "summen av alle de erfaringer, kunnskaper og verdier vi bærer med oss. Kultur skapes dermed gjennom handling og samhandling, og de erfaringene handling og samhandling gir (NOU 2008:5). Slik er kultur noe som læres og skapes i en eller annen form for fellesskap. Kulturen må forstås dynamisk slik jeg velger å tolke kultur i denne sammenheng. Med en dynamisk kulturforståelse er kultur ikke noe et menneske har, men noe en person gjør gjeldende i det sosiale spillet i forhold til andre mennesker. Ifølge den dynamiske kulturforståelsen kan man ikke helt forutsi hvordan mennesker reagerer bare ved å ha kjennskap til vedkommendes kulturelle bakgrunn. Mottakerens rolle og kultur bakgrunn blir viktig for å forstå hvordan mennesker oppfatter en melding. Mennesker forhandler kultur i kulturelle møter (Svane 2004: 97). Innen en og samme kultur har folk mye felles - felles språk, religion, verdier og moral. Har mennesker vokst opp i samme miljø, vil de ha lært de samme normer for skikk og bruk, de samme verdier og det samme syn på rett og galt. Samtidig er det også store variasjoner innenfor en kultur, og mennesker tolker sin kultur på ulike måter (Eriksen og Sørheim 18

2006:41). Pasienter med samme kulturelle bakgrunn vil kunne handle ulikt, og allikevel rettfærdiggjøre sine handlinger ut fra de samme kulturelle verdiene (Magelssen 2008:94). Kultur er ikke bare lært, men overføres fra generasjon til generasjon. Mange av de ferdigheter, regler og kunnskaper vi bruker daglig har vi lært av forrige generasjon, som lærte dem av sin foreldregenerasjon (Eriksen og Sørheim 2006:37-38).

## 2.2.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon handler om overføring av tanker ved hjelp av tegn. Disse tegnene trenger ikke ha nøyaktig samme mening for sender og mottaker. Kommunikasjon mellom aktører fremstilles og analyseres oftest i utgangspunkt i en prosessmodell, en kjede bestående av sender, budskap og mottaker evt sluttet gjennom mottakerreaksjon og rollebytte. Både modellen og analysen kan kompliseres ved å føye til flere ledd, og kommunikasjonens kvalitet avhenger av det svakeste ledd. Den enkleste versjonen er en lukket kjede (Brinkmann og Eriksen (2003:141).



Ved kommunikasjonseffekter er det primært av interesse hvorvidt senders tanke og mottakers tanke stemmer overens, om kommunikasjonens formål oppfylles som forutsatt. Problemet er bare, særlig ved interkulturell kommunikasjon, at mange andre forhold kan være med på å bestemme effekten, som senderegenskaper, budskapsegenskaper, mottakssituasjon og mottakeregenskaper (Ibid:142).

Alle språk er koder dvs tegn- eller symbolsystemer som man må kjenne for å bruke dem. De viktigste kan enten være ord, skriftlig eller muntlig eller ikke verbale, for eksempel ansikts- og kroppsbevegelser.

Nonverbale uttrykk kan oppfattes som symboler, være bevisste eller ubevisste eller villet eller

ikke villet f.eks. rødme eller bruk av øynene. Flere nonverbale uttrykk kan forekomme samtidig. De kan komme sammen med verbale utsagn, hvorpå de forsterker eller svekker disse (Ibid :148)

### **2.2.2 Tverrkulturell (interkulturell) kommunikasjon**

Interkulturell kommunikasjon er et særtilfelle av kommunikasjon. Interkulturell kommunikasjon kan defineres slik:

"Interkulturell kommunikasjon betegner en situasjon der budskap krysser kulturelle grenser, der sender og mottaker har forskjellige kulturelle referanserammer, oppfatninger, koder og tolkningsskjemaer, med tilsvarende økt risiko for misforståelser og feiltakelser (Brinkmann og Eriksen 2003:143)".

Jeg har valgt denne definisjonen, fordi den passer i situasjoner der minoritetskvinner og jordmødre fra forskjellige kulturer møtes, og hvor fremmede språk blir brukt.

Kulturelle barrierer kan hindre kommunikasjonsprosesser, og usikkerhet, skepsis og redsel for å gjøre feil øker sammenliknet med intrakulturell kommunikasjon (Brinkmann og Eriksen 2003:143).

### **2.2.3 Tverrkulturell (interkulturell) kompetanse**

Med begrepet tverrkulturell kompetanse er evnen til å kommunisere hensiktsmessig og passende i en gitt situasjon til mennesker med andre kulturelle forutsetninger (Dahl 2001:175). Tverrkulturell kompetanse er fellesnevner for kunnskap om og forståelse for kultur, kulturforskjeller og interkulturell kommunikasjon, og handler om hvordan summen av den totale kulturkompetansen anvendes i samhandlingskonteksten (Quereshi 2009:208).

Det har gjennom årene vært utviklet tilnærminger for tilegnelse av kulturell kompetanse. Felles for tilnærmingene som trekkes frem her, er at disse fremholder kulturell kompetanse ikke innebærer kun kognitiv kunnskap om kjennetegn ved pasientens kulturer, men også krever refleksjon om eget ståsted (Suh 2004:100). Campinha-Bacote betegner kulturell kompetanse som en prosess som utvikles ved kontinuerlig å søke kulturell bevissthet. Hun fremhever jordmors verdier og holdninger som viktige momenter for den mellommenneskelige relasjonen til minoritetspasienten (Campinha-Bacote 2005:16). Kulturell bevisstgjøring vil øke jordmødrenes mulighet til substantiell samhandling med pasienten, i

motsetning til en instrumentell og symbolsk interaksjon( Sue 2004: 100).Tillegnelse av kompetanse og det å ha kulturell bevissthet betyr ikke at en har alle svarene på forhånd.Like viktig er det å være åpen for læring og å stille seg spørrende. Kulturell kompetanse innebærer også evnen til å involvere seg,og at emosjonelle egenskaper er sentrale i møte med pasienten. Ved et slikt emosjonelt engasjement utvides horisonten og kan føre til en vellykket flerkulturell samhandling (Spence 2001:624).

Ruben og Kealys åtte kriterier blir referert i de fleste håndbøker om flerkulturell kunnskap (Ruben og Kealey 1979:).

1. Evne til å vise respekt.
2. Evne til ikke å fordømme.
3. Evne til å akseptere at egen kunnskap og eget syn er relativt .
4. Evne til empati.
5. Evne til å være fleksibel.
6. Evne til turtaking i samtaler.
7. Toleranse for tvetydigheter.

#### **2.2.4 Stereotypier og fordommer**

"Stereotypier er forenklete beskrivelser av antatte kulturtrekk ved bestemte typer mennesker, som fungerer grensesettende i forhold til dem" Stereotypiske oppfatninger er vanskelig å endre, fordi de ikke bygger på erfaring eller tilstrekkelig kunnskap.Stereotypiers viktigste funksjon er å forsvare egen kulturs verdier og normer (Eriksen og Sørheim 2006:56).

Fordom er en holdning basert på mangelfull kunnskap som disponerer en person til å uttrykke antipati overfor personer eller grupper.Fordommer kan ha sammensatte årsaker av kulturelle og sosiale, personlighetsmessige og kognitiv.Fordommer kan vokse frem av egne opplevelser eller gjennom bilder som andre formidler, for eksempel medienes fremstilling av innvandrere.De bygger bevisst eller ubevisst på fortolkning av informasjon og erfaringer som kommer tilsyne gjennom negative ytringer og forskjellsbehandling.Unyanserte

virkelighetsbeskrivelser påvirker holdningene i negativ retning. Ved å ha kontakt og bli kjent med andre, ulik en selv, reduseres fordommene, og risikoen for negative generaliseringer blir mindre (St.meld. nr. 6 2012-2013).

### **2.2.5 Etnosentrisk og kulturel relativistisk perspektiv**

Kulturel relativisme innebærer at vi bare kan forstå andres adferd ut fra deres kulturelle sammenheng, og derfineres slik: "En verdensanskuelse der menneskelig adferd og kulturelle situasjoner blir beskrevet uten å bli evaluert eller bedømt. Et syn om at kulturer bare kan forstås ut fra seg selv"(Fife 2002:162). Kulturel relativisme er et perspektiv som legger til grunn at det ikke kan lages noen felles verdiskala som gjelder for ulike kulturer. Alle kulturer må forstås ut fra sine egne premisser, og i utgangspunktet er derfor alle kulturelle praksiser likeverdige. Dette innebærer ingen forpliktelse til å måtte være enig med den andre, men et ønske om å prøve og forstå, og gjenspeiler en holdning der den andre blir respektert (Magelssen 2008:21). Kulturel relativisme står i motsetning til etnosentrisme som betyr at man "vurderer fremmede skikker og verdier ut fra egen kultur" ( Eriksen & Sørheim 2006:47).

Etnosentrisme og kulturel relativisme er to sider av samme sak og to atskilte holdninger på hver ende av et kontinuum. Mindre etnosentrisme og større kulturel relativisme vil bidra til en mer symmetrisk relasjon i dialogen, og en mer sensitiv dialog i en atmosfære av trygghet og respekt (Magelssen 2008:21).

Høy kulturel relativisme reflekterer ønsket om å minske den psykiske avstanden mellom en selv og den fremmede. Dette vises gjennom språk og atferd på felles betingelser, og etter prinsipper for likhet i avstand (Fife2002:162) Men en absolutt kulturel relativisme utelukker muligheten for kritikk av holdninger og praksiser på tvers av kulturer, og kan derfor innebære en risiko for likegyldighet, for eksempel overfor undertrykkende praksiser som for eksempel kjønnslemlestelse.

### **2.2.6 Kultursensitivitet**

Kultursensitivitet beskrives som det å lete etter likheter i forskjellene (Magelssen 2008:16).

Det dreier seg om ydmykhet i forhold til andres måter å forstå virkeligheten på, og økt

bevissthet om at egne forståelsesmåter er kulturelle og derfor ikke mer riktige enn pasientens (Neumayer 2001:1).

Kultursensitivitet handler om en grunnleggende tro på ulike kulturers likeverd. Den stiller krav til involverte parter om evnen til å reflektere over egen kultur, og søker å se på sin egen kultur som et av flere legitime (Myrvold et.al:10:52).

Begrepet er sammensatt av ordene kultur og sensitivitet. Kultur er definert tidligere i oppgaven, og blir ikke gjentatt her. Sensitivitet i møte med pasientene vil si å bruke både sine følelser og sin fornuft. Når jordmor kommuniserer sensitivt forsøker hun å fange opp intensjonen bak ordene, ikke bare lytte til det konkrete som uttales (Magelssen 2008:16).

Begrepet kultursensitivitet ligger nært knyttet opp til empati som betyr evnen til å fornemme, la seg berøre og gi gjensvar på andres følelser (Magelssen 2008:17). Slik sett er både kultursensitivitet og empati vesentlig i samhandlingen mellom jordmor og pasient for å sikre god og likeverdig fødselsomsorg til pasientene.

Kultursensitivitet vil kunne være nyttig i arbeidet med å komme frem til en felles forståelse mellom jordmor og pasient da det dreier seg om en åpen og undersøkende holdning som stiller krav til begge parter. Det forutsetter en gjensidig deltakelse at begge ser, lytter og forsøker å se etter det de har felles. Den anerkjenner og inkorporerer betydningen av kultur og tilpasser tjenesten slik at den ivaretar spesifikke, kulturbaserte behov. En fødselsomsorg med sensitivitet vil kunne ha lettere for å kommunisere med pasientene sine, og sannsynligvis gjøre det lettere for pasientene å kommunisere med jordmødrene (Myrvold et al : 2007:10).

## **2.3 Etiske perspektiver**

Etikk i fødselsomsorgen handler først og fremst om pasienten, om evnen til å ivareta hensynet til menneskers verdighet og om å realisere grunnleggende verdier i tjenesten (Eide og Aadland 2008:5).

### **2.3.1 Likeverdig fødselsomsorg**

Prinsippet om menneskers likeverd bygger på at alle mennesker er like verdifulle og har samme likeverd. Menneskeverdet er det samme uansett biologiske, sosiale og kulturelle forhold. Prinsippet om menneskers likeverd utgjør et fundament for menneskerettighetene, og er slått fast i FNs verdenserklæring om menneskerettigheter. Fra dette prinsippet er det utledet regler om rett til likebehandling og forbud mot diskriminering (NOU 2005:8). Prinsippet om menneskers likeverd er grunnleggende for vårt demokratiske velferdssamfunn, og bygger på at alle mennesker er like

verdifulle, og velferdssamfunnets solidaritetstanke kan forankres i prinsippet om likeverd (NOU 2005:77).

Det er et mål innenfor all offentlige virksomhet at tjenestene skal være likeverdige for alle pasienter. I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (St.meld.nr.16 2010-2011) beskrives likeverdige helsetjenester slik:

"Helse- og omsorgstjenestene skal være likeverdige for hele befolkningen og tilpasset ulike behov, forventninger og forståelse av hva som er gode løsninger på et helseproblem. God kommunikasjon, åpenhet og respekt er avgjørende for kvaliteten på møtet mellom pasienter og helsepersonell".

Med likeverdig fødselsomsorg (Likestillings- og diskrimineringsombudet 2011) menes at det skal være:

- like god kvalitet på tjenestene
- like god tilgjengelighet på tjenestene.
- like godt resultat for alle brukere.

Et reelt likeverdig tilbud innebærer at pasienter med ulike behov og forutsetninger behandles ulikt, tilpasset den enkeltes livssituasjon, kulturelle og religiøse bakgrunn og kommunikasjonsferdigheter. Likebehandling av mennesker med ulike forutsetninger gir sjelden likt resultat, og tjenestene må derfor tilrettelegges for den enkelte (Oslo universitetssykehus: Strategi 2011-2015:3). Tilpasning av helsetjenester er spesielt viktig når brukeren er i en situasjon eller livsfase der de er ekstra sårbare. Dette er særlige situasjoner som er knyttet til kropp og bluferdighet, og til forhold rundt fødsel som krever spesiell varsomhet. Hva slags tilpasning som skal iverksettes må skje i dialog med pasienten (Likestilling- og diskrimineringsombudet 2011).

God og likeverdig fødselsomsorg handler først og fremst om kvalitetsarbeid, og måles i møte med den enkelte pasient (Vestre Viken HF 2011:6). Slik vil jordmødrenes møte med kvinner med minoritetsbakgrunn være av vesentlig betydning for opplevd likeverdig behandling og omsorg.



### **2.3.2 Etisk dilemma og utfordring**

" Etiske dilemma er en valgsituasjon hvor vi opplever at vi må gå på akkord med verdier og normer vi er forpliktet av-uansett hva vi velger.Et etisk dilemma er en situasjon hvor det finnes gode moralske innvendinger mot ethvert handlingsalternativ" (Eide og Aadland 2008:9).

### **2.3.3 Empati**

Empati forstås som evnen til innlevelse i en annen persons situasjon (Holm 2005: 10), og innebærer å se en situasjon ut fra personens normer, vurderinger og oppfatninger (Egidius 1994:120).Jordmors evne til empati bygger på hennes emosjonelle og intellektuelle evner. Balansen og vekselvirkningen mellom det emosjonelle og det intellektuelle, mellom opplevelse og observasjon er vesentlig for forståelsen av den andre.

Empatiens emosjonelle side representerer åpningen mot den andre, og bringer jordmor nær som deltaker.Gjennom den emosjonelle resonansen av egne følelser, fantasier og assosiasjoner som møte med den andre kan skape, kreves en åpenhet mot henne selv og mot den andre, og evne til bevisst å reflektere over egne følelser og erfaringer (Heidenreich 2001).

Empatiens intellektuelle side innebærer refleksjon over det emosjonelle budskapet, og er en hjelp til å tre et skritt tilbake fra situasjonen, og dermed opprettholde tilstrekkelig avstand for å ivareta handlingsrom og egen integritet i situasjonen.

En empatisk tilnærming til pasienten kan være med å skape en relasjon preget av tillit og respekt mellom jordmor og pasient, og kan på den måten bidra til at pasienten opplever seg verdsatt og respektert som menneske. Slik er empati en del av jordmorfagets moralske grunnlag og kan ansees som en dyd for jordmorfaglig praksis (Heidenreich 2001:2).

Eide påpeker i sin bok Kommunikasjon i praksis (2004) at empati i profesjonell sammenheng er en forutsetning for nærhet, kontakt og forståelse.

## **2.4 Verdibasert ledelse**

Verdiene gir uttrykk for hvordan vi bør handle. De er handlingens mål og ideal sier Aadland. (2005).Forskning har vist at ledere som bevisst anvender verdier, har signifikant større innvirkning på ansattes motivasjon og organsasjonenes ytelser enn ledere som ikke anvender verdier (Kirkhaug 2013:111).

Jeg velger å ta utgangspunkt i en norsk teori om verdibasert ledelse utviklet Einar Aadland

"Verdibasert leiing er å motivere og mobilisere organisatoriske handlingar og avgjerder på basis av ønskete verdiar, og å avdekkje og avgrense innslaget av handlingar og avgjerder som uttrykkjer føremedvitne eller ikke-ønskete verdiar" (Aadland 2004:143).

Jeg har valgt denne definisjonen, fordi den passer inn i min måte å forstå verdibasert ledelse på. For første fordi den har et klart fokus på lederadferd-det vil si atferd rettet mot å realisere sentrale organisasjonsmessige mål. For det andre peker definisjonen på at verdibasert ledelse skal være forankret i organisasjonens verdier. I et verdibasert perspektiv kan man beskrive ledere som symboler for etisk praksis i fødeavdelingen. Lederens personlighet har betydning for at verdiarbeid skal lykkes (Aadland 2004). En viktig forutsetning for å lykkes med verdibasert ledelse er at lederen klarer å opparbeide seg tillit og troverdighet. Dette kan skje gjennom at lederen fremstår som et forbilde og en rollemodell, som de ansatte ønsker å identifisere seg med (Kirkhaug 2013). "Djupast sett må lederen være truverdig for å vinne naudsynt tillit, og dette handlar like mykje om karakter og personlegdom som evna til problemløysing"(Aadland 2004:24).

I denne studien velger jeg å se på verdibasert ledelse ut fra en kommunikativ lederfilosofi. Kommunikativ ledelse retter seg mot å motivere til innsats ved bruk av språklige virkemidler (Eriksen 2000:55). Det er viktig å presisere at det er virkningen av språkbruken som er i fokus, og ikke betydningen av ytringen. Denne form for ledelse har større åpenhet og dialog med de ansatte, og lederens rolle vil være å skape og fastholde denne dialogen. Slik kan lederen finne frem til medarbeiderens tanker og refleksjoner i forhold til kvinner med minoritetsbakgrunn og holde dette opp mot virksomhetens formål om likeverdige helsetjenester. Lederen vil lytte til de ansattes meninger, men samtidig påvirke dem ved sin formulering av virksomhetens mål og overordnede verdier (Eriksen 2000:143). Kommunikativ ledelse har fokus på mål og målrealisering, og bevissthet om hva likeverdig fødselsomsorg innebærer er vesentlig for å nå virksomhetens formål. I profesjonstunge organisasjoner som sykehus er, står kravet om innflytelse og medvirkning sterkt, og vil kunne bekrefte en slik form for ledelse.

## **3 Metode**

### **3.1 Datainnsamling**

I min masteroppgave har jeg valgt å ha fokus på jordmor, og har derfor ikke intervjuet eller samhandlet med pasienter i fødeseksjonen. Fokus på både pasient og jordmor ville blitt et for omfattende og tidkrevende arbeid. Som utgangspunkt for datainnsamlingen har jeg valgt å benytte meg av det kvalitative forskningsintervju. Kvale (2001:21) benytter begrepet "halvstrukturertlivsverdenintervju". Han definerer dette som "et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene"(Kvale, 2001:21). I denne studien vektlegge jeg fortolkende tilnærming til datamateriale, og tilnærmingen bygger på hermeneutisk vitenskapsteori som går ut på å finne mening og skape forståelse.

Undersøkelsen ble gjennomført som en kvalitativ intervjuundersøkelse. Datamaterialet består av 9 intervju med jordmødre som jobber i to fødeseksjoner i to sykehus, men under samme foretak. Det ene sykehuset har omtrent 2000 fødsler, og det andre har ca 1600 fødsler. Ved begge sykehus er det en stor andel av de fødende som er minoritetskvinner.

### **3.2 Utvalg av jordmødre**

Jordmødrene skulle henvende seg direkte til meg hvis de ville være med. Det var ikke vanskelig å få informanter, og jeg bestemte meg for å intervju de som meldte seg først. Etter at informantene hadde gitt sitt samtykke, ble vi enig om når og hvor de skulle intervjues. Alle ønsket å bli intervjuet på egen arbeidsplass, og helst i arbeidstiden. Jeg tilpasset derfor dette etter deres valg, og gjorde avtaler når de var på vakt.

Jeg hadde først tenkt gruppeintervju, men da det var vanskelig å samle så mange samtidig i en travel hverdag, bestemte jeg meg for å intervju en og en. På den måten kunne jeg også ha et mer personlig intervju uten påvirkning fra de andre. Det gir også en nærhet til undersøkelsesenheten, men har en begrensning i forhold til generalisering.

Jeg intervjuet 9 kvinnelige jordmødre mellom 36 og 56 år. En var nyutdannet, men hadde 12 års erfaring med minoritetsfamilier som sykepleier. De andre hadde lang erfaring som jordmødre. 8 av 9 informanter var etnisk norske. 2 hadde videreutdanning i flerkulturelt arbeid.

### **3.3 Gjennomføringen av intervjuene**

.I forkant av intervjuet hadde jeg laget en intervjuguide med spørsmål jeg ønsket svar på. Temaene baserer seg på forskningsspørsmål og teori jeg har gjort rede for tidligere. Disse temaene dannet utgangspunkt for hva jeg ønsket å snakke om, men rekkefølgen varierte med hvert intervju. Med bakgrunn i intervjuguiden stilte jeg åpne spørsmål som gjorde at det gav rom for å fortelle om opplevelser og erfaringer. I alle intervjuene var jeg opptatt av å stille oppfølgingsspørsmål der jeg anså det som nødvendig . Prosessen med gjennomføringen av intervjuene er det kvalitative materialet.

Alle intervjuene ble gjennomført i løpet av en måned. Intervjuene varte i gjennomsnitt en time. Jordmødrene fikk informasjon om hvordan intervjuet ville foregå, og at de måtte stille spørsmål om det var noe de lurte på. Alle ni intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. I tillegg skrev jeg korte notater under intervjuene.

### **3.4 Metoderefleksjon**

Det kan være vanskelig å studere i egen organisasjon. Da jeg intervjuet jordmødre, var jeg ansatt ved Avdeling for gynekologi og fødselshjelp i det ene sykehuset. Jeg hadde tidligere vært jordmor på det andre sykehuset, men det var mange år siden. Siden jeg ikke lenger arbeidet klinisk, vurderte jeg situasjonen til at det var mulig for meg å forske på egen arbeidsplass. Da jeg kjente en del jordmødre, mente jeg at jeg ikke kunne gjøre utvalget av informanter selv. Derfor ble jordmødrene valgt ut etter som de meldte seg. Mitt inntrykk av de jordmødrene som meldte seg til studien, var at de var spesielt interessert og positive til kvinner med minoritetsbakgrunn, og de ønsket å strekke seg langt for denne pasientgruppen, for at pasientene skulle få en god opplevelse av fødsel. Ut fra dette har jeg trukket den konklusjon at det nok ikke er helt tilfeldig hvem som ble mine informanter..På den annen side ville det være vanskelig å velge ut informanter på en arbeidsplass jeg kjente til, og kollegaer jeg visste noe om. Jeg ble allikevel overrasket over at jordmødrenes svar var svært entydig, og dette preger selvfølgelig oppgavens besvarelse. Jordmødrene hadde stort sett like opplevelser og erfaringer i møte med minoritetskvinner, og med andre jordmødre som informanter, kunne jeg kanskje fått mer sprikende eller annerledes funn. Samtidig er mine funn i samsvar med funn fra tidligere forskning knyttet til annet helsepersonell.

### **3.5    Forskningsetikk**

Da jeg ikke skulle intervju pasienter, var det ikke nødvendig med å søke godkjenning gjennom Regional etisk kommite. Avdelingsledelsen ble forespurt gjennom en søknad til avdelingssjefene ved Avdeling for gynekologi og fødselshjelp ved de to sykehusene, og det ble gitt samtykke fra begge om å gjennomføre studien. Det ble deretter sendt ut en e-post til alle jordmødrene i avdelingene med prosjektbeskrivelse, og med forespørsel om de ville være med i undersøkelsen. De som ble valgt ut til intervju , ble informert både skriftlig og muntlig om studien, at deltakingen var frivillig, og at de når som helst kunne trekke tilbake sitt samtykke om å delta i prosjektet. Samtlige underskrev en samtykke erklæring i å bli intervjuet i forskningsprosjektet. Kravet om informert samtykke er dermed ivaretatt. Personvern ble poengtert ivaretatt i samsvar med gjeldende regler om taushetsplikt, og alle opplysninger behandlet konfidensielt.

## **4 Kontekst**

### **4.1 Fødsel**

Å være gravid og føde barn er en naturlig del av livet som helst skal oppleves som en gledelig begivenhet. I Norge ble det født 59000 barn i 2013 (Statistisk sentralbyrå 2014). De fleste fødsler foregår på sykehus i Norge og er en del av spesialisthelsetjenesten. Kvinnene som har vært friske i svangerskapet kommer til fødeseksjonen ved begynnende fødsel eller hvis svangerskapet har passert uke 41. Etter fødsel flyttes kvinnen og barnet til en barselavdeling. I enkelte sykehus er også far innlagt.

En fødsel er en sosial og eksistensiell begivenhet og fødselens ekstreme karakter er avgjørende og skjellsettende hendelser i en kvinnes liv (Blåka 2002:51). Til tross for den minskede risiko som knytter seg til det å føde barn på norske sykehus i dag, blir fødsel og barseltiden i de fleste kulturer sett på som en periode med økt sårbarhet for kvinnen og barnet. Livshendelser som innebærer at man går fra én periode i livet til en annen, slik som fødsel, blir i mange samfunn markert med tradisjonsbundne handlinger av religiøs eller magisk karakter (Eberhard-Gran et.al 2003).

### **4.2 Fødsel i et flerkulturelt perspektiv**

Når det gjelder det biomedisinske perspektivet og studier av perinatal helse, er det funnet stor variasjon av risikoprofil mellom ulike innvandrergupper i Norge. Mange migrantgrupper har flere keisersnitt, høyere perinatal dødelighet og hyppigere forekomst av enkelte fødselskomplikasjoner enn befolkningen ellers. Det kan delvis skyldes sykdomsmønster i opprinnelseslandene eller at komplikasjoner som er vanlig hos innvandrere har fått økt oppmerksomhet. I tillegg er helsepersonell mer uerfarne når det gjelder denne gruppen pasienter. En gjennomgang av dødfødsler i Oslo og Akershus i perioden 1998-2003 viser at kvinner med opprinnelse utenfor Vest-Europa, Nord-Amerika og Australia hadde økt risiko for dødfødsel og svikt i fødselsomsorgen. Den høyeste perinatal dødelighet i Norge finnes hos kvinner fra Afrikas horn (Ahlberg 2005:3).

Studier av kvinner fra Afrikas Horn viser signifikant økt risiko for fødselskomplikasjoner sammenliknet med bakgrunnspopulasjonen. For etniske somaliere i Norge var det økt risiko for keisersnitt, post partum-blødning, lav apgarskåre hos barnet og perinatale dødsfall.

(Vangen et al: 475-477). Vangen konkluderte med at språkproblemer, lite bruk av tolk i fødselsrommet og utilstrekkelig smertelindring kan tenkes å være medvirkende årsaker. Ulike studier har konkludert med at etniske minoritetsgrupper i Norge har en høyere forekomst av keisersnitt sammenliknet med etniske nordmenn(10-26%). Grupper fra Filippinene, Sri Lanka, Afrikas Horn, Chile og Brasil har omtrent doblet forekomst sammenliknet med norske kvinner. Misforhold mellom foster og mors bekken viser seg å være den hyppigste diagnosen assosiert med keisersnitt. Videre var føtalt distress og forlenget fødsel viktige faktorer.Årsakene til at slike komplikasjoner skjer, er sammensatte og uavklarte. Diabetes,genetikk, vanskelig samarbeid med jordmor og den fødende på grunn av språkproblemer og lite bruk av tolk i føderommet og utilstrekkelig smertelindring kan tenkes å være medvirkende faktorer (Vangen 2002 ).

Fødsel representerer en kilde til psykososialt stress for kvinner med minoritetsbakgrunn, særlig for de som har kort botid i landet. I tillegg til et nytt og ukjent miljø, vil de streve med krysspress mellom tradisjonelt forventet praksis og råd som gies av norske jordmødre (St.meld. 12 :4.7). I de fleste kulturer er ritualer knyttet til fødsel og barseltiden. Enkelte skikker oppleves som eksotiske og brysomme med tanke på hverdagsutiner ved fødeavdelingene, for eksempel antall og tidspunkt for besøk, postpartumernæring og hygiene som følger forestillinger om kulde-varme-balanse, troen på beskyttende krefter og det som berører følelsesuttrykk og smerte.

## 5 Presentasjon og analyse av datamaterialet

Dette kapittel innbefatter datapresentasjon /analyse og drøfting av funn opp mot min problemstilling:

### **Hvordan opplever og erfarer jordmødrene møtet med kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn i en fødeseksjon?**

Det vil være funn som passer inn i flere kategorier, og det vil forekomme overlapping mellom enkelte kategorier.

Alle direkte sitater fra jordmødre vil i teksten stå i kursiv. På den måten vil det være lettere å se hva som er direkte sitater fra informantene.

Jeg har valgt å legge drøftingen under hver kategori slik at det var lettere å holde oversikt.

### **5.1 Hva jordmødrene opplever og erfarer som positivt i samhandlingen med kvinner med minoritetsbakgrunn.**

Samtlige jordmødre i undersøkelsen har hatt positive opplevelser og erfaringer med minoritetskvinner. Jeg vil i det følgende presentere hva jordmødrene oppfattet som positivt i møte med minoritetskvinner.

Undersøkelsen viser at jordmødre har hatt positive opplevelser i møte med minoritetskvinner under fødsel, og flere gir uttrykk for at det er spennende og interessant å jobbe med denne pasientgruppen, men at det krever en ekstra innsats. Det er *spennende og interessant å snakke med dem og bli kjent med dem*. En av jordmødrene mener at det ikke er noen forskjell på en etnisk norsk kvinne under fødsel og en minoritetskvinne, men at hun har hatt positive opplevelser i begge grupper. *Det er ikke noe forskjell, de er helt vanlig fødende kvinner*.

En av informantene forteller engasjert om en god fødselshistorier.

*Jeg har opplevd flere flotte fødsler med minoritetskvinner. Den siste jeg hadde var en flergangsfødende som fødte veldig fort. Hun jobbet konsenterert hele tiden, og ønsket ikke smertelindring. Vi klarte å ha et godt samarbeid gjennom hele fødselen, selv om hun snakket*



*lite norsk. Der det var språkproblemer, kommuniserte vi med kroppsspråk. Det ble en fin fødselsopplevelse både for kvinnen og meg. Hun var veldig fornøyd etterpå.*

Her forteller jordmoren hvordan godt samarbeid, tilstedeværelse og omsorg har hatt betydning under fødsel. Alle informantene sier de legger vekt på å få til en god relasjon med kvinnene. *Det er viktig for meg å få god kontakt så det blir et godt samarbeid og at de skal føle seg trygge.* Disse jordmødrene forteller videre at de forsøker å lytte til deres behov og ønsker, og vektlegger flere ting som er viktig i møte med minoritetskvinner. De er opptatt av å bruke mer tid og gi ekstra omsorg til kvinner med annen kulturbakgrunn for at de skal føle seg ivaretatt. *Jeg tenker at man har ekstra behov for omsorg når det er språkbarrierer eller en kulturbarriere, når man kommer hit til Norge og ikke har tilpasset seg kulturen, er man mye mer sårbar.*

Alle jordmødrene gir uttrykk for at disse kvinnene har mer tillit og stoler mer på dem enn etnisk norske kvinner. *De har mer tillit til oss og stoler mer på oss.* Informantene forklarte det med at *de har ikke all kunnskapen de legger det mer over til oss. Jeg tror de føler seg veldig trygge her. At vi har høy faglig standard.*

I intervjuene kom det også frem at samtlige jordmødrene opplevde at kvinnene var mer takknemlige, og stilte få krav. *Jeg opplever at hvis du viser omsorg så får du veldig fortere takknemlighet tilbake. De er mer takknemlig, fordi i deres hjemland går det ikke alltid så bra. Det er jo de som kommer med kake og gir deg blomster og viser takknemlighet.*

Slik jeg tolker jordmødrene formidler de holdninger som uttrykker et ønske om å gi ekstra omsorg til minoritetskvinnene for å kompensere for kommunikasjonsproblemer og kulturforskjeller. De forsøker å tilrettelegge for et samarbeid basert på respekt og tillit, og de strekker seg langt for minoritetskvinnene. Det ser ut som det kan være sammenheng mellom det å gi ekstra omsorg for pasientene og det at fødselen oppleves positiv. Det ser ut som de har en positiv innstilling til minoritetspasienter, og at de går inn i arbeidet med et ønske om å gjøre det beste for de kvinnene de har ansvar for. I teorikapittelet redegjorde jeg for at kulturell kompetanse innebærer evnen til å involvere seg, og at emosjonelle egenskaper er sentrale i møte med pasienten.

Studien fra Dublin (Lyons et.al 2008:61) viste at helsepersonell forventer at kvinner fra etniske minoritetsgrupper skal tilpasse seg helsevesenet, og ikke at systemet skal tilpasse seg

kvinnene. Dette stemmer ikke med det jeg fant. Tvert i mot ser det ut som om jordmødrene ønsker å tilpasse tjenesten best mulig. Dette perspektivet stemmer godt overens med krav om at likeverdige helsetjenster skal tilpasses den enkeltes pasients individuelle behov (Helsedirektoratet 2009, Legeforeningen 2008).

Begge jordmødrene med videreutdanning i flerkulturelt arbeid skiller seg ut fra de andre når det gjelder kunnskap og refleksjoner rundt fødsel til kvinner med minoritetskvinner. De hadde mest å fortelle og det virket som de var helt spesielt interessert.

*Når det fungerer greit, tror jeg det er fordi jeg har kunnskap på dette området..Jeg vet at man har ekstra behov for omsorg når det er språkbarrierer og kvinnen kommer fra en annen kultur. Jeg prøver å være sensitiv i forhold til hva de har behov for, og at de skal føle seg ivaretatt.*

### **Kvinner med minoritetsbakgrunn har mer tillit til jordmødre enn etnisk norske.**

Jordmødrene i min studie opplever at kvinner med minoritetsbakgrunn har mer tillit til dem enn etniske norske pasienter. Jordmødrene tror det kommer av at pasientene føler seg trygge, og stoler på dem. De mener det er på bakgrunn av erfaringer fra hjemlandet.

Den tilliten som pasientene har til jordmødrene, stemmer ikke med Høyenes doktoravhandling hvor han fant at pasientene var uttrykke i møte med helsevesenet. Det stemmer heller ikke med studien til Lyberg et.al fra 2012. De fant at det var en utfordring å få kvinnene til å stole på det offentlige helsevesenet. En av grunnene var at de har med seg en oppfatning fra hjemlandet om at det private helsetilbudet er bedre. Hvorfor kvinnene i møte med jordmødre i offentlig sykehus har en annen oppfatning er vanskelig å vite, men en forklaring kan være at pasienten blir ivaretatt og møtes på en respektfull måte. "Tillit handler om at den andre vil meg vel" (Lindboe 2008:193). God kommunikasjon mellom pasient og jordmor er avgjørende for å skape tillit, og det viktigste elementet i den tilliten som er nødvendig, er at jordmødrene responderer på kvinnenens behov og forsøker å forstå hennes situasjon. En annen årsak kan være at pasientenes tidligere erfaringer i forbindelse med fødsel i hjemlandet, vil være med å påvirke tilliten til jordmor. Hvis hennes møte med fødselshjelper i hjemlandet har vært negativ eller traumatisk, vil pasienten få tillit til jordmoren hvis hun føler seg godt ivaretatt.

### **Kvinner med minoritetsbakgrunn er mer takknemlige enn etnisk norske**

Samtlige jordmødre uttrykker at kvinnene er mer takknemlige enn etnisk norske.

At kvinnene er mer takknemlig tolker jeg blant annet som at disse kvinnene har hatt en god fødslesopplevelse eller på annen måte har blitt vist omsorg og støtte. Risgård fant i sin studie om svangerskaps og fødselsopplevelser i en multietnisk befolkning at kvinner som opplevde omsorg under fødsel hadde signifikant lavere risiko for å rapportere om dårlig opplevelse (Risgaard 2014:2.) Hvis pasienten får god omsorg og støtte under fødsel vil det virke inn på hvor takknemlig pasienten blir. Allikevel rapporteres det i studien til Risgaard at vestlige kvinner har signifikant større andel av god fødslesopplevelse. Dette kan forklares med at stress forbundet med å føde barn i et fremmed land medvirker til at fødsel blir en dårlig opplevelse (ibid).

## **5.2 Hva jordmødrene opplever som vanskelig i møtet med kvinner med minoritetsbakgrunn**

Selv om jordmødrene opplever positive sider ved det å arbeide med minoritetskvinner, erfarer de at møte med etniske minoritetskvinner kan være problematisk. I tillegg angir jordmødrene i min studie at de ofte opplever etiske dilemmaer som følge av at de har minoritetspasienter i avdelingen.

### **5.2.1 Kulturforskjeller**

Innvandrere kommer fra en rekke land og er en svært sammensatt gruppe. Jordmødrene må tilpasse tjenestene til en svært heterogen gruppe pasienter, og dette kan være vanskelig.

Jordmødrene sier det slik:

*Vi har hatt kvinner her som kommer rett fra asylmottak, og kan ikke et ord norsk, mens andre har bodd i Norge i 10 år og snakker flytende norsk.*

*Noen har født hjemme uten hjelpemidler eller helsepersonell tilstede. Andre igjen har født i hjemlandet på sykehus med flott utstyr.*

*Det er mer likheter enn forskjeller, og da blir det ikke så vanskelig hvis det er en holdning. Hvis jeg fokuserer på det som er likt - at hun er en vanlig kvinne som skal føde barn- da forstår jeg mer hva jeg skal gjøre - og så får jeg bedre kontakt med pasienten også.*

En fødselshistorie om det å ha annen kulturell bakgrunn.

*Jeg hadde en kvinne fra Tsjetjenia.Mannen fikk ikke lov å være på sykehuset under fødsel. Det var svigermor som hadde ansvaret for henne,men svigermor kunne ikke være med under fødsel, fordi hun ikke kunne se kvinnen naken. Kvinnen måtte derfor føde barnet sitt uten noen støtte fra pårørende.Moren skulle ikke vite at datteren fødte, fordi hun skulle slippe å bekymre seg for sin datter.*

Kulturforskjeller oppleves som vanskelig i møtet med innvandrerpatienten.Jordmødrene opplever usikkerhet overfor pasienten, og for selve situasjonen. Alle jordmødrene fremhever at det er vanskelig å gi omsorg og behandling til pasienter som de verken deler grunnleggende kulturelle normer med,eller kan utveksle språklige erfaringer med.Dette gjelder også selv om de hadde et positivt og imøtekommende utgangspunkt til minoritetskvinner.

Jordmødrenes beskrivelse av å møte kvinner med annen kulturbakgrunn i fødeseksjonen viser det store spennvidden i mangfoldet. I utgangspunktet er generelle prinsipper for godt jordmorarbeid like gyldig i møte med denne pasientgruppen, men fordi kultur og etnisitet også er en del av menneskenes historie, identitet og handlingsgrunnlag er evnen til å identifisere og forstå disse faktorene viktig. Selv om de ser på kvinnene som helt forskjellig med ulik kultur og erfaringsbakgrunn,når de kommer inn å skal føde barn, er de opptatt av likhet og det de har felles. I møte med etniske minoritetspasienter beveger jordmødrene seg hele tiden mellom ulike fokuseringer. De fokuserer både på likhet som beskrevet overfor, men også på heterogenitet. Jeg tolker jordmødrenes vektlegging av kvinnenes heterogenitet, som et ønske om å søke inn i enkeltindividets erfaringer og dermed se forbi stereotypier.

Når jordmødrene møter pasienter med ulik kulturell bakgrunn, støter de også på utfordringer knyttet til kultur.Samtlig jordmødre forteller at kulturelle forskjeller kan være vanskelig i møtet med innvandrerpatienten.Dette betyr nye oppgaver og behov for ny kunnskap for jordmødre og i fødselsomsorgen.En kulturell bevissthet og sensitivitet hos jordmødre danner grunnlaget for kulturell kompetanse, en kompetanse som er nyttig for evnen til å forstå,og som samtidig fungerer effektivt i møter med minoritetspasienter. Om kompetanse til flerkulturelle pasienter blir det utdypet senere i oppgaven.

## **Annen erfaringsbakgrunn.**

Mange migrantgrupper har annen erfaringsbakgrunn enn etnisk norske kvinner som føder barn i Norge, og representerer en større utfordring for jordmødrene enn etnisk norske pasienter.

*De har andre erfaringer fra hjemlandet i forhold til fødsel.*

*Jeg husker en kvinne fra Somalia som måtte ta keisersnitt. Hun nektet å ta keisersnitt, fordi hun trodde hun kom til å dø. Hun ville heller at barnet døde, fordi hun hadde barn hjemme hun måtte ta seg av. Hun snakket dårlig norsk, og det var vanskelig å forklare henne at hun ikke skulle dø, og at ikke barnet hennes heller ikke skulle dø.*

Jordmødrene er opptatt av at mange av pasientene bærer på traumer fra en historie om krig og flukt. Dette gjelder spesielt flyktninger. *Vi vet at de kommer fra land hvor det er mye krig. Vi opplever at de forteller forferdelige ting som har skjedd dem.* Noen av jordmødrene gir uttrykk for at de synes det er vanskelig å vite hvordan man skal håndtere dette, og føler seg usikre.

*Jeg er redd for å spørre, og jeg er redd for å krenke, at de får minner fra det de har opplevd når jeg undersøker henne eller hun skal føde. I møte med flyktninger føler jeg meg usikker.*

Fødselsomsorgen i mange av landene som kvinnene kommer fra skiller seg vesentlig fra det norske helsevesen (Tidsskrift for Den norske legeforening: 2009). Kvinnene har med seg erfaringer fra hjemlandet som jordmødrene har vanskelig for å fatte og ta innover seg, og det gjør arbeidet vanskelig. I en rekke land der det er mangel på helsepersonell, føder fremdeles en stor andel av kvinnene hjemme, hjulpet av en tradisjonell fødselshjelper med liten eller ingen formell opplæring i noen form for fødselshjelp. Risikoen for alvorlige komplikasjoner er høyest i land som har dårlige helsetjenester, og hvor kvinners status, lav sosioøkonomisk utvikling og fattigdom er medvirkende. (ibid).

På spørsmål om det er spesielle etniske minoritetspasienter som det er vanskeligere å ha ansvar for under fødsel enn andre, er det særlig afrikanere og spesielt somaliske kvinner, som nevnes. Det er flere grunner til dette. For det første har jordmødrene kompetanse om at de har en høyere risikoprofil sammenliknet med andre innvandrergupper. Dette bekreftes i kapitlet om kontekst under flerkulturell fødsel. For det andre forteller de at det kan være vanskelig å forstå deres reaksjoner når det gjelder den hjelpen de blir tilbudt. En forklaring på dette er at

de fleste somaliske kvinner har ingen erfaring med moderne fødselshjelp av god kvalitet og er preget av den erfaringsbakgrunn hun har fra sitt hjemland (Sørby og Davis 2011:1-7).

Flere av jordmødrene fortalte om somaliske kvinners motstand mot keisersnitt (Eriksen 2006:23). Informantene hadde flere tanker rundt dette , inkludert pasientenes kultur og religion. Allikevel mente de at den mest nærliggende forklaring var redsel for et inngrep som ofte er ensbetydende med døden i deres hjemland. På landsbasis skjer om lag 0,5% av alle fødsler med keisersnitt på sykehus, og mange dør av komplikasjoner (Sørbye & Davis 2011).

Alle jordmødrene har hatt fødsler med pasienter med flyktningebakgrunn. Samtlige informanter gir uttrykk for at denne pasientgruppen med deres bakgrunn og aktuelle situasjon imidlertid ofte stiller jordmødrene overfor særlige utfordringer. Deres livserfaring er som oftest svært forskjellig fra livserfaringene til mottakslandets jordmødre, og de er en spesiell sårbar gruppe på bakgrunn av forhold i eget hjemland (Grut et.al. 2006:1). Flyktningene har ofte opplevd svært belastende hendelser før ankomst til Norge. Livstruende situasjoner som følge av krig, voldtekt, atskillelse fra nær familie og mange har vært utsatt for eller vitne til tortur og vold (Legeforeningen 2008:5). Dette kan føre til flashback under fødsel, som vil si at bilder av tidligere traumer kommer tilbake.

Slik jeg forstår jordmødrene er de usikre på når og hvordan de skal snakke med pasienten om flukt og traumer, og de er derfor tilbakeholdne med å spørre direkte. Flere mente at de trodde at disse pasientene ikke ønsket å snakke om om de traumatiske opplevelsene. Samtidig er det viktig med informasjon til helsepersonell om tidligere smertefulle erfaringer, fordi det gjør det lettere å bistå under fødsel hvis reaksjoner fra tidligere traumer bringes opp. En annen årsak til jordmødrenes tilbakeholdenhet kan være at emosjonelle og psykiske vansker er tabubelagt i pasientens kultur og mange vegrer seg for å ta opp personlige problemer med andre enn familiemedlemmer (Grut et. al 2006:3). I tillegg kan man tenke seg at flyktningenes opplevelser og erfaringer kan være så rystende og overveldende for jordmødrene at de distanserer seg fra det som blir fortalt, og skaper en barriere mellom pasient og helsearbeider. Det kan være svært ubehagelig å bli involvert i andres traumatiske erfaringer hvis man ikke kan hjelpe dem. Dette kan føre til gjensidig tilbakeholdenhet når det gjelder å ta opp traumatiske opplevelser, slik at man stilltiende blir enig om å ikke berøre det som blir for ubehagelig.

## Jordmors møte med de mange besøkende

Når en kvinne med innvandrerbakgrunn legges inn til fødsel, opplever jordmødrene at det kommer mange pårørende som skal være tilstede under fødsel.

*Det å ha med mange inn på fødsel synes jeg er problematisk. Det var en kvinne for kort stund siden, som hadde med seg moren sin, svigermoren og en bror på 7 år og en søster på 14 år. Barnefar kom også etterhvert.*

*De har flere rundt seg når de føder, og det gjør henne trygg.*

Eksemplet nedenfor viser dette:

*Jordmor møter en svært ung Pakistansk jente som skulle ha sitt første barn. Det var en langvarig fødsel som endte med operativ forløsning, og det var etterhvert mye helsepersonell til stede på fødestua. Jordmor var bekymret for hvordan denne kvinnen opplevde alle disse menneskene rundt seg, og hun støttet henne ved å holde henne i hånden og forklare så godt hun kunne hva som skulle skje. Hun var også tilstede gjennom hele fødselen, og fulgte henne tett opp.*

For et etnisk norsk par ville det vært veldig skremmende med så mange mennesker - de ville ha trodd at det var noe galt. Men for denne kvinnen som kom fra en kultur hvor det vanligvis er flere kvinner tilstede under fødsel, ble dette en trygghet. Det fortalte hun jordmoren etter fødsel.

Jordmødrene gir uttrykk for at det er vanskelig når de ikke følger sykehusets rutiner.

*De får mer besøk enn det som er regel her. Så det blir ofte et dilemma.*

*Når man ikke når frem og blir respektert så gjør det noe med deg som jordmor.*

Pårørende kommer og går hele døgnet, og tar lite hensyn til andre i avdelingen.

*Det er mange av de ikke etnisk norske som ikke respekterer besøkstiden.*

*Besøkene tar av jordmødrenes tid. Det som av og til er krevende er at jeg må informere hele slekten om det meste, det krever tid og tålmodighet. Det er arbeidskrevende.*

Jordmødrene håndterer mye besøk på denne måten, og får ulike reaksjoner:

*Det er vanskelig å vite hvordan jeg skal håndtere det med besøk.*

*Personalet sier det ikke er besøkstid, og så går de inn allikevel, selv om vi har sagt fra. Hvis vi sier i fra, blir de sinte. jeg har hørt personalet føle seg truet.*

*Jeg er tilbakeholden med å si i fra om besøk , fordi jeg er redd for å få reaksjoner fra pårørende.*

Å være mange tilstede under fødsel eller i tiden etterpå er helt naturlig i innvandrerpatientens kultur, men kan være vanskelig i en fødeseksjon i Norge. Dette er i tråd med Sevalds Høye doktoravhandling som finner at det skaper problemer for sykepleiere når innvandrere med ikke-vestlig kulturbakgrunn blir innlagt på norske sykehus. Han trekker frem at hele slekten møter, og hevder at dette er en utfordring for de ansatte ved sykehusene.

Flere av jordmødrene mener hensynet til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn kommer i konflikt med hensynet til norske pasienter. De opplever det som et dilemma når de må velge å ta hensyn til minoritetspatientene eller de etnisk norske pasientenes behov. Om pårørende oppholder seg på fellesaraler påvirker det resten av pasientene i avdelingen, eller hvis pasienten deler rom med en annen pasient på observasjonsenheten i fødeseksjonen vil dette skape uro for den andre pasienten. Dette fører også til at det ikke blir plass til de etnisk norske pasientene eller deres familier. Her må jordmor balansere behovet for å begrense antall besøkende mot pasientens behov for å ha storfamilien tilstede. På den annen side vil minoritetskvinnene føle seg utrygge hvis ikke pårørende er tilstede, fordi i mange kulturer er det pårørende som har ansvar for kvinnene når de er på sykehus. Her tolker jeg det som om utfordringen dreier det seg om kulturforskjeller med ulike syn på hva som er pasientenes beste, og om organisatoriske forhold og rutiner i fødeseksjonen. Som jordmor må hun forholde seg til rammer og rutiner som er fastlagt. Samtidig er det slik at jordmødrene kan bli blinde på rutiner og prosedyrer uten å ta innover seg kulturelle forskjeller hos pasientene, langt mindre individuelle variasjoner. En slik holdning hindrer jordmor i å yte adekvat pleie og omsorg for pasientene.

Jordmødrene opplever flere etiske dilemmaer i forhold til besøk på fødeseksjonen. Dilemmaene består i at pasient og jordmor har ulik kulturbakgrunn. Dette kommer til uttrykk ved at minoritetskvinner får mer besøk enn det som er vanlig blant etnisk



norske pasienter, og at jordmødrene velge om hun skal ta hensyn til etnisk norske pasienter eller minoritetspasientene.

Når det gjelder håndtering av disse etiske problemene tolker jeg det slik at jordmødrene handler forskjellig avhengig av den enkelte jordmor og situasjonen hun står overfor. Det kan se ut som om jordmødrene er mer åpne for at det er flere tilstede under fødsel enn når pasienten ligger inne til avlastning eller er på barselseksjonen. Dette kommer muligens av at det er mer akseptert at kulturelle forskjeller gjør seg gjeldende under fødsel enn ellers. En annen årsak kan være at jordmor har forstått at opplevelse av trygghet er viktig for minoritetspasienten, og at dette blant annet handler om å ha storfamilien hos seg når hun føder. Samtidig kan det se ut for at jordmødrene er lojale til rutiner og regler om begrenset besøk, og de håndterer dette ved å si ifra. Andre er mer tilbakeholdne, og sier lite da de er redd for reaksjoner som måtte komme. Her kommer den enkelte jordmors vurderinger og skjønn til syne om de mange enkeltvalg som jordmødrene gjør hver dag i praksis.

## **Kjønn og roller**

Jordmødrene i min studie beskriver flere eksempler på problematiske situasjoner knyttet til kvinnesyn og kjønnsroller i fødselsomsorgen. *Mennene stoler ikke helt på meg fordi jeg er kvinne. I tillegg har jordmødrene ikke så høy rang, det er bare leger som har.*

*Det som kan være litt vanskelig er at mennene kan være mer skeptiske, at de har referanser fra tidligere fødsler i deres hjemland. De er usikre og redde, og kan oppføre seg litt ubehagelig. Det er litt vanskelig med de mennene som ikke stoler helt på oss.*

Jordmødrene mener at muslimske menn peker seg ut som spesielt vanskelige. De har lite respekt for kvinnelige helsearbeidere, og flere jordmødre føler seg lite respektert når menn nekter å håndhilse på dem. De reagerer sterkt på dette, og opplever det som uhøflig.

*Muslimske menn tar bort hånden når jeg skal hilse på dem.*

Jordmødrene har funnet måter å håndtere dette på.

*Det som provoserer meg mest er muslimske menn som tar bort hånden når jeg skal hilse på dem. Det synes jeg er et etisk dilemma. Så jeg prøver å legge opp til at det ikke blir håndhilsing, at jeg på en måte ønsker dem velkommen til oss, og hopper over den håndhilsingsdelen.*

Enkelte av jordmødrene føler seg uttrygge i relasjonen til menn med minoritetsbakgrunn på fødeseksjonen, fordi de har opplevd personer som har oppført seg truende. De kan virke aggressive, og uttrykker ofte skepsis og gir inntrykk av å ikke ha respekt for personalet.

*Da jeg var yngre jordmor og mer uttrygg synes jeg det var vanskelig å møte mennene. Jeg var redd de skulle være aggressive, for jeg synes det er mange av disse mennene som kan vise sin redsel med aggresjon og være veldig sint.*

Jordmødrene må forholde seg til ulike skikker og tradisjoner i møte med minoritetspasientene. Arrangerte ekteskap, hvor slekten står sentralt i utvelgelsen av ektefelle, praktiseres i store deler av verden. I noen kulturer er det også tradisjon med ekteskap mellom folk som er beslektet. Praksisen med søskenbarneekteskap eller fjernere beslektede individer er utbredt. Eksemplet nedenfor handler om arrangert ekteskap med fetter og kusine:

*Jeg husker en veldig ung jente som lå og gråt på fødestuen helt alene, og en ung mann som satt og sov på gangen. De kjente ikke hverandre så godt. Det var helt unaturlig for han å være der inne selv om hun hadde vondt. Hun lå og gråt og gråt og sa jeg dør, jeg dør. Hun hadde lite språkkunnskaper, for hun var hentet rett fra landbygda i Pakistan. Det var et arrangert ekteskap, og de var fetter og kusine.*

En av jordmødrene har opplevd at muslimske kvinner, eller mennene deres, ønsker kvinnelige leger og jordmødre.

*En gang i blant opplever jeg at det kommer pårørende som forlanger at pasienten skal ha en kvinnelig lege. Noen ganger er det kvinnen som selv ber om det. Det er stort sett ikke noe problem hos oss. På ultralyd har jeg sluttet å håndhilse på muslimske menn, jeg synes det er ubehagelig at de trekker hendene tilbake.*

Den norske kulturen innebærer en større grad av likhet mellom kjønnsrollene enn en del andre samfunn. I flere ikke-vestlige land er kvinners liv begrenset til familien, og det finnes regler for oppførsel, og hvordan man skal forholde seg til det motsatte kjønn. Mange menn henter sine koner fra hjemlandet, og ofte er det foreldrene som har arrangert ekteskap for dem. Slike tradisjoner bryter sterkt med den norske kvinnerollen.

Samtlige jordmødre mener at muslimske menn peker seg ut som spesielt problematiske, blant annet fordi de ikke vil håndhilse på dem. Samtidig reagerer mange muslimer på mangel på bluferdighet og frivolitet i det norske samfunnet (Roald 2005:123).

Jordmødrene finner strategier for å håndtere slike dilemmaer gjennom å unngå å håndhelse på muslimske menn. På den måten fremstår de som profesjonelle helsearbeidere som tar hensyn til kulturelle forskjeller.

Problemer knyttet til kjønnsroller er noe som beskrives i flere studier blant annet av Rizvic (2005). Rizvic beskriver at kvinnelige sykepleiere opplever at de blir sett ned på av mannlige pårørende. Dette kan forklares med at menn og kvinner i patrialske sammenhenger har tradisjonelt ulike roller, som er hierarkiske og komplementære. Det vil si at menn har høyere status enn kvinner, og at de utfyller hverandre ved å utføre ulike oppgaver (Eriksen og Sørheim 2006:173). I patriarkiske familiestrukturer er kvinnen i noen tilfeller definert som mannens eiendom. I det norske helsesystem er kvinnelige helsearbeidere i flertall, noe som kan være vanskelig å forholde seg til for en del innvandrere som kommer fra såkalte patriarkalske kulturer, og som kan resultere i utrygghet (Rizvic 2005 :74). For noen mannlige innvandrere vil møte med helsetjenesten der kvinner har relativt stor innflytelse og makt , kombinert med eget tap av sosial posisjon, medføre sinne og følelse av avmakt (Likeverdige helsetjenester -om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere:17). På den annen side er det i dagens norske samfunn visse verdier som er udiskutable. En av dem er likestilling, eller i det minste likeverd, mellom kjønnene. Kollisjoner mellom prinsippet om likestilling på den ene siden, og respekt for minoriteters rett til å ivareta sine egne kjønnsroller og verdier på den andre side blir dermed et etiske dilemma for jordmødrene.

Inngifte er et høyt relevant tema i fødselsomsorgen, og er en utbredt ekteskapstradisjon. Flere av jordmødrene i min studie uttrykker bekymring for økt fare for fosterskader og funksjonsnedsettelse hos barn født av foreldre som er i nær slekt. I Folkehelseinstituttets rapport fra 2007 om *Inngifte i Norge* beskrives de medisinske konsekvensene ved at mennesker som er i slekt med hverandre får barn sammen. Rapporten slår fast at det er økt forekomst av dødfødsler, medfødte misdannelser og spedbarnsdød.

I studien fremkommer det at flere jordmødre opplever det vanskelig å gi informasjon om konsekvensene for barn født av foreldre som er i nær slekt, spesielt i forhold til å gi råd om evt fremtidige svangerskap. De uttrykker at det er et følsomt tema, og at de er redde for å bekymre foreldrene unødige. Samtidig oppgir jordmødrene at de på grunn av språkbarrierer ofte ikke får gått i dybden slik de kunne ønske, og at dette vanskeliggjør veiledningen ytterligere. På den annen side er dette en informasjon som bør gis til minoritetsforeldre

(Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2004-2008:21), og hvor krav om tilrettelegging av informasjon og rett til tolk kan være nødvendig.

Historien overfor viser hvordan jordmødrene kan oppleve ekteskap med fetter og kusine som utfordrende. Relasjonene mellom ektefellene er ofte annerledes enn de jordmødrene står overfor mellom etnisk norske ektefeller, der man har en ide om likhet i autoritet og at paret er sammen om fødselen. Det kan se ut som jordmødrenes forventninger om hvordan en vordende far skal opptre under fødsel resulterer i at innvandrer mannen som har giftet seg med sin kusine ikke strekker opp til dette idealet. Når jordmødrene møter pasienter med ulik kulturbakgrunn støter hun på utfordringer knyttet til forskjeller i kultur, og når pasient og pårørende ikke lever opptil forventningene til jordmor kan interaksjonen mellom pasient/pårørende og jordmor bli skadelidende. På den annen side kan det være at jordmor føler frustrasjon ved å ikke kunne være nok til hjelp for dette paret. Hun vet kanskje ikke hvordan hun skal håndtere situasjonen, og dette kan føre til avstand og lite involvering i pasientens situasjon (Hanssen 2002).

For enkelte muslimske kvinner er det helt utenkelig å skulle undersøkes av en mannlig behandler, uansett om det gjelder graviditet eller under fødsel. I tillegg til at det kan det være probematisk å ta opp enkelte temaer med en av motsatt kjønn, kan undersøkelser som krever blottlegging og berøring av kroppen være vanskelig. Dette er jo spesielt aktuelt tema under en fødsel. Det var kun en informant som påpekte at minoritetskvinner eller mennene deres ønsket kvinnelig helsearbeider i min studie, og det overrasket meg litt. Svaret kan ligge i at det sjelden er et problem på fødeseksjonen, fordi det finnes for tiden kun kvinnelige jordmødre på avdelingen, og det er flest kvinnelige gynekologer. I tillegg går legene todelt vaktssystem, og av disse er det alltid en kvinnelig lege på vakt. Et ønske fra pasienten og pårørende om kvinnelig helsepersonell vil derfor kunne imøtekommes. Av den grunntolker jeg det dithen at jordmødrene ikke har vektlagt dette.

Studien til Nasreen og Burchett (2004) fant at behovet for kvinnelige leger ikke ble imøtekommet i fødselsomsorgen, og det stemmer således ikke med mine funn.

## Utfordringer i forhold til smerte

I studien trekker jordmødre frem problemer i forhold til pasientens smerteuttrykk. De fleste av jordmødre oppga at de synes det var vanskelig å bedømme smerte hos innvandrerkvinnene. Mens etnisk norske gjerne prøver å uttrykke smerte på en behersket måte, mener jordmødre at innvandrerkvinnene uttrykker sin smerte mer høylydt. Jordmødrene uttrykker mest frustrasjon over pasienter som har et smerteuttrykk som de anser som unødig høylydt .

*Vi har en slags oppfatning i fødselsomsorgen at minoritetskvinner gir voldsomt uttrykk for smerte, at det er kulturelt betinget.*

Samtidig er jordmødrene redd de skal mistolke smertene.

*Jeg har opplevd at minoritetskvinner uttrykker mye smerter og ubehag, men jordmor har ikke fanget budskapet.*

*Jeg er redd det skal skje noe alvorlig, fordi vi ikke alltid forstår smerteuttrykket.*

Jordmødrenes håndtering av smerte hos minoritetspasientene beskrives slik:

*Det var en gang en jordmor og jeg kom inn til en kvinne med minoritetsbakgrunn, og det var 8 cm, og hadde vært i fødsel en stund. Hun spurte etter epidural, men vi tenkte at det gikk fort, og så fikk hun morfin istedet, men det hjalp ingen ting. Og så tok det mye lenger tid enn vi hadde trodd. Jeg tenkte etterpå, at vi hadde hatt tid til å gi henne epidural. Hadde det vært en som snakket godt norsk så hadde hun nok fått epidural. Det tenkte jeg etterpå, og jeg opplevde det som et etisk dilemma.*

*Kvinner fra andre land får mindre tilbud om smertelindring. Det handler kanskje om at de ikke klarer å fortelle om smerten sin til oss.*

*I forhold til smertestillende er det ikke umulig at noen gir mindre smertestillende til våre nye landsmenn enn til norske. Det er avhengig av jordmoren.*

Jordmødrene hevder at det er vanskelig å vurdere smerte hos innvandrerkvinnene, siden de ofte uttrykker smerte på en annen måte enn etnisk norske pasienter. Informantene forteller at de blir frustrert over pasienter som roper høylydt, og opplever at de overdriver hvor vondt de har. Det at jordmødrene opplever at pasientene overdriver, kan tolkes som at pasientens smerteuttrykk ikke står i samsvar med jordmors forventninger til hvordan pasienten burde reagere på smerte ut fra jordmors tidligere erfaringer med kvinner i fødsel. Jordmødrene

havner i slike situasjoner i et etisk dilemma der de er usikre på om pasienten har så sterke smerter som hun uttrykker, eller om hun overreagerer. Studien til Hanssen og Alpers (2008) bekrefter at minoritetspasienter ofte kan ha et tydelig ekspresivt smerteuttrykk (2008: 41)

Når jordmødrene er usikre og ikke forstår minoritetskvinnens smerteuttrykk, håndterer de dette ved å gi pasienten utilstrekkelig eller for lite smertelindring under fødsel. Flere mente at dette også hadde sammenheng med at pasienten har vanskelig for å formidle sin egen opplevelse av smerte pga kommunikasjonsproblemer i form av språkbarrierer. Enkelte av jordmødrene påpeker at dette kan medføre at symptomer oversees og alvorlige hendelser skjer. Vangens studie fra 2002 bekrefter det jordmødrene sier.

De fleste jordmødrene i studien har lang arbeidserfaring og dermed lang erfaring med å observere og tolke smerte hos en fødekvinne. Fødselssmertene er en del av den fysiologiske prosessen, og en del av fødselopplevelsen. En del informasjon om graden av smerte kan jordmor hente ut fra fysiologiske tegn hos pasienten, men smertene må også forstås ut fra pasientens bakgrunn, tro, verdier og livshistorie (Callister 2003:210). Det ligger derfor spesielle utfordringer i det å tolke pasientens smerte, når jordmor og pasient ikke har felles kultur (Hanssen 2005:82). Samtidig kan kulturforklaringer bli brukt som unnskyldning for at jordmødre ikke setter inn tiltak de ville ha forsøkt overfor andre .

Når flere av jordmødrene hevder at minoritetskvinnene får mindre smertestillende enn etnisk norske kan det være årsaker som er beskrevet overfor. En annen tolkning kan være at det i enkelte situasjoner foregår bevisste eller ubevisste diskriminerende praksiser i avdelingen.

### **5.2.2 Språkbarrierer i møte med minoritetskvinner.**

Jordmødrene i studien trekker frem kommunikasjonen med hovedvekt på det språklige som det mest problematiske i møte med innvandrerkvinner. *Det vanskeligste er når kvinnene ikke snakker godt nok norsk til at vi kan kommunisere.* Informantene opplever det som et stort problem at enkelte pasienter mangler grunnleggende norskkunnskaper selv om de har bodd lenge i landet. *Når de ikke kan norsk og vi ikke snakker samme språk kan møtene være vanskelige.* Flere jordmødre forteller om frustrasjoner når språkvansker opplevs som uoverkommelige. Denne frustrasjonen blir av en informant uttrykt på følgende måte: *Det er vanskelig i en fødsel når det eneste de kan si er hjelp meg, hjelp meg.*

Muligheten til misforståelser øker når jordmor og pasient snakker forskjellige språk.

*Det skjer misforståelser hele tiden.*

Jordmødrene i studien uttrykker bekymring for å gjøre feil på grunn av språkbarrierer. Jordmødrene blir usikre på om kvinnene har forstått hva informasjonen som blir gitt går ut på, og om de selv har oppfattet hva kvinnen gir opplysninger om. Både det verbale og det nonverbale kan skape problemer. *Jeg blir usikker når jeg ikke vet om de forstår det jeg sier. Jeg får ikke snakket med kvinnen på den måten jeg ønsker.* Kommunikasjonen mellom jordmor og pasient kompliseres ytterligere dersom kvinnen er analfabet på eget språk. *Hun kan jo heller ikke forholde seg til skriftlig informasjon.*

Jordmødrene er opptatt av at flere innvandrergupper har en muntlig fortellertradisjon. *Ut fra det jeg har lært om de somaliske kvinnene forholder de seg nesten ikke til skriftlig informasjon.*

En av informantene som ikke er etnisk norsk fortalte at hun selv hadde hatt erfaringer med å snakke et annet språk. Hun trekker paralleller til egne erfaringer. *Selv om du kan snakke litt norsk, har du ikke nyansene i språket for å kunne forklare akkurat det du mener og føler. Jeg forstår veldig godt hvordan de har det.*

Enkelte påpeker at det er forskjell på hvor kvinnene kommer fra, og at noen er enklere å forholde seg til.

Jordmødrene oppgir språkbarrierer som det mest problematiske i møte med minoritetskvinner. De mener dette er en av hovedforskjellene med å jobbe med etniske minoritetskvinner i forhold til etnisk norske pasienter, og de gir uttrykk for at det ikke alltid er lett å forstå pasienter som har et annet språk og i tillegg har et annet kroppsspråk. Utfordringene som fremheves er at pasient og jordmor ikke har felles språk, eller at pasienten behersker jordmors språk til en viss grad, men klarer ikke å nyansere det. Flere av studier fra forskningsstatusen bekrefter at språklige barrierer mellom helsepersonell og pasient identifiserer kommunikasjon som den største barrieren for å gi god og effektiv fødselsomsorg (Nasreen og Burchett (2004); Høye( 2009).

Språkbarrierer kan føre til at kommunikasjonen blir på overflaten, og at det oppleves som en begrensning for hva man skal snakke om. Selv om pasienten har et muntlig språk som virker adekvat erfarer jordmødrene at det ikke er sikkert at de forstår det som blir gitt av

informasjon. Jordmødrene blir usikre på hvorvidt pasienten har forstått innholdet i kommunikasjonen, og om de oppfatter pasienten riktig. Særlig gjelder dette kvinner som har bodd kort tid i Norge. Et viktig moment kan være at fødsel i seg selv er en belastning som igjen påvirker forståelseevnen negativt. På den annen side kan det være lett å undervurdere kvinner med utilstrekkelige språkkunnskaper. Begrenset ordforråd og dårlig uttale betyr ikke nødvendigvis at minoritetskvinnen har manglende kunnskaper og forståelse.

Det er mange eksempler på tildels tragiske konsekvenser av feildiagnostisering og feilbehandling pga språklige barrierer mellom jordmødre og pasienter. Negative konsekvenser av ikke-optimal kommunikasjon mellom jordmor og pasient er godt dokumentert i undersøkelser av fødende minoritetskvinner i Skandinavia (Essen 2001).

Mindre dramatiske konsekvenser av språkbarrierer for jordmor kan være at det skaper misforståelser eller feiltokninger, og dette kan være vanskelig å avdekke. På den annen side kan det være vanskelig å skille hva som skyldes kommunikasjonsproblemer og hva som skyldes forskjeller knyttet til kultur. Kulturforskjeller i møter med mennesker er også medvirkende årsak til kommunikasjonsproblemer og misforståelser (Brinkmann og Eriksen 2003:22). I teorikapittelet redegjorde jeg for hvordan interkulturell kommunikasjon betegner en situasjon der budskap krysser kulturelle grenser, og hvor dette fører til økt risiko for misforståelser. Selv om jordmor og pasient tror de forstår hverandre og tror de tilskriver samme meninger til det som blir sendt, skjer det at de forstår meldingen (tegn/signal) på helt forskjellig måte.

Kommunikasjonen mellom jordmor og pasient med innvandrerbakgrunn kompliseres dersom pasienten er analfabet på eget språk eller av andre grunner har problemer med å forholde seg til skriftlig materiell. Dette påpeker noen av informantene i studien, og opplever at de må bruke mye tid på å forklare informasjonen i muntlig form uten at de er sikker på om at den er forstått. Ettersom jordmødrene ikke alltid kjenner pasientens kulturelle referanserammer, blir informasjon ofte gitt ut fra en norsk kontekst, og kulturelle forskjeller mellom jordmor og kvinnen forsterker dermed de språklige barrierene.



### 5.2.3 Bruk av profesjonell tolk

Jordmødrene håndterer språkproblemer ved å bruke tolk. Samtidig påpeker jordmødrene at det ofte forekommer situasjoner hvor det ikke brukes tolk til tross for at kommunikasjon på felles språk er vanskelig.

*Det er helt opp til den enkelte om vi vil bruke tolk eller ikke.*

Når det gjelder kommunikasjon gjennom tolk under fødsel opplever de fleste jordmødrene dette som vanskelig. Flere opplever det å bruke tolk som tid-og ressurskrevende. De trekker frem at samtalen går saktere, fordi alt må sies minst to ganger.

Jordmødrenes felles erfaring var at kvaliteten på det arbeidet tolkene utfører, varierer ganske mye, og at dårlig tilgang på kvalifiserte tolker trekkes frem som et problem av flere. *Det er veldig varierende kvalitet på tolkene.*

Mange av jordmødrene føler de går glipp av sider ved samtalen ved bruk av tolk. De vet ikke om det de sier når frem til pasienten. *Så vet jeg ikke hva som blir sagt. Tolkene snakker ofte masse mer enn man har sagt, fordi de ikke klarer å si akkurat det jeg sier, og de tilføyer kanskje noen av sine meninger eller kanskje råd.*

Intervjuene avdekket at det er en tendens til å velge den lettest måten å løse språklige barrierer på. Jordmødrene forteller at de ofte bruker familiemedlemmer som tolk der pasienten ikke snakker godt norsk.

Jordmødrene beskriver flere situasjoner hvor det å organisere samtale med tolk kan være problematisk i en fødeseksjon. Det gjelder spesielt under fødsel og i akutte situasjon hvor det er vanskelig å planlegge i forveien. I disse situasjonene brukes det derfor svært lite tolk. Jordmødrene sier det slik: *Det er sjelden vi har profesjonell tolk på fødestuen.*

Av den grunn brukes mest tolk på poliklinikken, observasjonsposten og på barsel.

*Vi bruker telefontolk for det meste. Det er veldig sjelden vi bestiller en tolk som kommer.*

Blant jordmødrene var det flere som etterlyste mer opplæring i bruk av tolk. Ingen hadde fått konkret opplæring i tolkebruk på arbeidsplassen.

Hensikten med tolk er at når to eller flere personer som mangler et felles språk, skal kommunisere og føre en samtale, skal tolken bidra til å redusere den språklige barrieren.

Situasjoner hvor jordmødre møter pasienter som behersker majoritetsspråket i varierende grad er vanligere enn at kvinnen ikke snakker norsk i det hele tatt. Dette bekreftes av flere informanter som opplever det problematisk å bedømme om kvinnen trenger tolk eller ikke. Jordmødre sa at det var mye opp til hver enkelt om de ville bruke tolk eller ikke.

Jordmødrenes skjønnsmessige vurdering av tolkebehovet i slike situasjoner kan være til hinder for at tolk benyttes. På den annen side blir kontakten med kvinnen ikke den samme med bruk av tolk, og det er derfor viktig å vurdere situasjonen om pasienten trenger tolk eller ikke.

Studier som undersøker helsepersonells perspektiv på kommunikasjonsproblemer med innvandrerpasienter og språklige barrierer, tyder på at det kan være et til dels underforbruk av tolk i helsevesenet, og viser at pasienter ønsker å bruke tolk oftere enn det blir tilbudt om det. (NAKMI 2006:13). Dette bekreftes av jordmødrene i min studie, og det bekreftes av studier fra England (Nasreen & Burchett 2004, Strauss, McEwwn og Hussein 2007). Selv om ikke rett til tolk i helsetjenestene fremgår eksplisitt av lovverket, slår pasientrettighetsloven fast at pasienten har rett til medvirkning og informasjon om innholdet i helsehjelpen (Helsediretoratet 2011:16). Slik jeg tolker dette bryter fødselsomsorgen helselovgivningen og prinsippet om likeverdig helsetjeneste så lenge det foreligger underforbruk av tolk. Allikevel er det ikke så enkelt. Jordmødrene gir flere forklaringer på at tolk ikke alltid brukes selv om det foreligger språklige barrierer. De uttrykker at det er vanskelig å bruke tolk under en fødsel da dette er en helt spesiell sårbar situasjon. Det kompliseres ved at det ikke er mulig å bestille tolk i forkant, fordi det er vanskelig å vite når en fødsel starter. Pasienten vil heller ikke ha en fremmed tolk under fødsel. En av grunnene kan være at pasientene opplever det ubekvemt å utlevere seg til en utenforstående tolk vedrørende intime forhold. En annen grunn er at tolkene ikke kjenner til medisinsk terminologi, og at det vanskeliggjør samtalen ytterligere. At tolkene må ha god kjennskap til det medisinske fagområdet påpekes i Legeforeningens 10-punktsprogram for en bedre helsetjeneste for ikke-vestlige innvandrere.

Samtlige jordmødre i undersøkelsen syntes bruk av tolk var utfordrende, men det var forskjell hvor positive de var. Noen mente at tolk av og til kunne være mer forstyrrende enn hjelpsomt, og at det kunne være tidkrevende og upraktisk med tolk. Jordmødrene uttrykker også usikkerhet i forhold til informasjon som blir videreformidlet. Manglende tilgang på kvalifiserte tolker innebærer også at tolker ofte rekrutteres fra nærmiljøet, og dette oppleves som et problem for pasienten som risikerer å møte tolken igjen i sitt eget miljø. Dette er en av

grunnene til at innvandrekvinner ikke ønsker tolk under fødsel. For å løse denne utfordringen og sikre anonymitet velger jordmødrene ofte å benytte telefontolk.

På den annen side skal pasientenes rett til informasjon og veiledning tas hensyn til, og jordmor har et ansvar for at denne informasjonen når frem. Hvis tolk ikke benyttes, kan kvalitet og pasientsikkerheten svekkes og pasienttilfredshet utebli.

I situasjoner hvor jordmødrene opplevde behov for tolk, svarte flere at de ofte kommuniserer med pasienter gjennom familiemedlemmer. Dette er i tråd med det NAKMI fant da de gjennomførte en spørreundersøkelse om tolkebruk blant helsearbeidere i Oslo. Resultatet av denne undersøkelsen ble publisert i 2006, og viser til en utstrakt bruk av familie og venner som kanal for å kommunisere med pasienten (NAKMI :23). Det er nærliggende å tro at årsaken til at det benyttes pårørende som tolker er de samme årsakene som ble oppgitt i forbindelse med underforbruk av tolk. Man kan tenke seg at familie og venner er tidsbesparende og praktiske å benytte og er lett tilgjengelige under en fødsel hvor pasienten ikke ønsker en ukjent person. Praksisen ser ut til å forklares med at pasienten under fødsel ønsker å kommunisere gjennom pårørende fremfor en tolk. Det ser ut for at jordmødrene deler denne oppfatning. Et spørsmål er om pårørende har de språklige kvalifikasjonene til å tolke. Selv om de kan være dyktige på begge språk, vil det ikke automatisk gjøre dem til gode tolker. Det er vanskelig å vite om kravene rundt taushetsplikt, informasjonsplikt og habilitet overholdes. De vil alltid være en part i samhandlingen, og man kan ikke forvente at de opptrer som nøytrale formidlere uten å blande inn egne meninger (NAKMI 2006:23).

Den nasjonale strategiplanen for likeverdige helse- og omsorgstjenester beskriver opplæringen i tolkebruk for helsepersonell i Norge som mangelfull og tilfeldig. Intervjuene med jordmødrene gir samme konklusjon. Jordmødrene uttrykker at de ikke er fornøyd med egen opplæring på arbeidsplassen. I tillegg var mitt inntrykk at det var gjennomgående mangel på kunnskap om lov og regelverk hos jordmødrene som direkte eller indirekte regulerer rett og plikt til tolkebruk av offentlige tjenester. Dette gjenspeiler seg i svarene som jordmødrene gav i intervjuene, der ingen nevnte etiske dilemmaer i forhold til språkbarrierer og manglende bruk av tolk i enkelte situasjoner eller bruk av pårørende som tolk.

Det er et lederansvar å sørge for regelmessig opplæringstilbud til alle ansatte om tolkebruk. Samtidig har jordmødrene et selvstendig ansvar for å kvalitets sikre den jobben de gjør gjennom å påse at pasienters rett til informasjon, medvirkning og informert samtykke

ivaretas. I Helsedirektoratets rundskriv om nasjonale mål og prioriterte områder for 2014 fremgår det at god kommunikasjon må ivaretas i møte med personer med begrensede norskkunnskap. Bruk av kvalifisert tolk er derfor nødvendig for å ivareta slik kommunikasjon.

#### **5.2.4 Negative holdninger til kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn**

Samtlige jordmødre i studien gir uttrykk for at det finnes negative holdninger til minoritetskvinnene i fødeseksjonen.

*Det finnes en del negative holdninger i avdelingen.*

*Det går mest på kommentarer.*

*Negative utsagn kan jeg høre hver dag, hver uke. Det er avhengig hvor mange minoritetskvinner som er her.*

*Jeg har opplevd jordmødre som går inn på fødestua ,og kun snakker norsk istedenfor engelsk.*

*Jeg tror at måten vi møter pasientene på, handler om hvor trygg jordmor er på møte med mennesker fra andre deler av verden.*

Jordmødrene referer til hva de har hørt på fødeavdelingen i eksempler nedenfor:

*Hvis de skal komme hit får de lære seg norsk.*

*Det er så mange rare navn -jeg skjønner ikke hva som står her.*

*Kommer det flere med hijab nå , så nytter det ikke å jobbe her mer.*

Minoritetspasientene tilskrives gjennom negative kategorier.

*Det lukter innvandrere på rommet.*

*De brenner røkelse og vifter det på klærne.*

En liten historie:

*Det var en kvinne fra et asiatisk land som fødte hos oss, og som ikke hadde mannen hos seg. Hun ble indusert, og det ble etterhvert ekstremt smertefullt uten epidural. Hun laget veldig mye lyd og skrek mye i følge personalet. Da jeg kom inn om morgenen, fortalte pasienten meg at en jordmor hadde stått over henne og kjeftet og viftet med pekefingeren. Det hadde for kvinnen vært det aller verste den natten, ikke at hun hadde hatt sterke smerter. Dette hadde*

*ikke skjedd med en etnisk norsk kvinne. Jeg hørte på rapporten at pasienten hadde skreket mye, og vært til sjenanse for andre fødende i avdelingen. Jeg måtte ha en lang samtale med fødekvinnen etterpå, og så ga jeg henne epidural. Jeg klarte etterhvert å gjenvinne tilliten.*

Jordmødrenes håndterer negative holdninger på ulike måter.

Kun 4 av informantene sier at de tar opp med en kollega hvis vedkommende snakker nedsettende om en innvandrerkvinn. Her er noen eksempler på hvordan jordmødrene håndterer negative holdninger i avdelingen.

*Jeg prøver å ta det opp og si noe om hva jeg har lært om andre kulturer som kanskje kan forklare det at folk oppfører seg annerledes enn oss. Jeg tror at det at jeg har gått på videreutdanning i flerkulturelt arbeid, gjør at jeg tenker annerledes enn andre.*

*Det blir ikke tatt opp, det blir oftest bare en forbigående kommentar. Det er ikke noe man bare setter seg ned og snakker om.*

*Når jeg hører holdninger jeg ikke liker, prøver jeg å korrigere, men det kommer an på tid og sted. Noen kommer jo med de samme type utsagn alltid, og da tenker jeg at det ikke er håp. Det handler om mangel på kunnskap og ingen forståelse.*

Samtlige jordmødre mener at negative holdninger er representert i fødeseksjonen. Dette er helt i tråd med funn fra forskningslitteraturen hvor studien fant at jordmødrene hadde stereotype og negative holdninger til kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn, og at pasientene hadde opplevd rasistiske kommentarer (Strauss et.al 2007, Nasreen og Burchett 2004).

Det hevdes at det å ha kontakt med minoriteter reduserer fordommer, og risikoen for negativ generalisering blir mindre (Handlingsplan for å fremme likestilling og hindre etnisk diskriminering 2009-2012:108). Allikevel stemmer ikke dette helt for jordmødrene ved fødeseksjonen. De fleste har lang erfaring med minoritetspasienter, og har god kjennskap til denne pasientgruppen. Hvorfor noen jordmødre allikevel har negative holdninger og stereotype oppfatninger av minoritetskvinnene kan være flere.

Flesteparten av befolkningen får informasjon om innvandrere gjennom media og gjerne i form av stereotypier (Gullestad 2002). Fordi jordmødrene ikke står utenfor samfunnet, vil hun også være påvirket av mediebilde. På den måten vil samfunnets holdninger overfor etniske minoriteter også finnes hos noen jordmødre, ifølge Narayanasamy(2005). Dette kan gi seg utslag i urealistiske oppfatninger om minoritetsgruppene og skepsis overfor fremmede

En fare ved å bli for opptatt av kulturell annerledeshet og egne begrensede kunnskaper og forståelse, er at jordmor glemmer det hun faktisk kan, og at hun ikke lenger stoler på egen fagkunnskap. Pasienten kan oppleve å bli møtt som en representant for en gruppe, og den profesjonelle blir usikker på sin egen kunnskap (Ibid:32).

En annen årsak kan være manglende kunnskap om denne pasientgruppen. Jo mer usikker jordmor føler seg i møte med minoritetskvinnene, jo mer vil hun generalisere (Lindboe: 2008:191). Det kommer frem av intervjuene at enkelte jordmødre plasserer minoritetspasienter i stereotype kategorier ut fra en eller flere egenskaper eller identiteter slik som at *det lukter innvandrere på rommet*. I denne situasjonen ble alle pasienter innenfor denne gruppen sett på som like, og kunne være med på å skape fordommer. Felles for fordommene er at de er forhåndsdommer som vi gjør før vi har undersøkt hvordan virkeligheten faktisk er. (Eriksen 1997:63). Fordommer kan igjen påvirke møtet mellom jordmor og pasient negativt, og føre til krenkelsers og diskriminering som i historien overfor. Allikevel er negative holdninger ikke nødvendigvis uttrykk for dårlig innstilling, men kan lett oppstå der det mangler kunnskap og bevissthet om faglige og etiske problemstillinger. Det kan også være uttrykk for manglende motivasjon, som også kan skyldes manglende opplæring. Opplæring er viktig for mestring, og opplevelse av at man mestrer jobben er viktig for motivasjon. En annen viktig motivasjonsfaktor er sosial tilhørighet. Tilrettelegging for opplæring kan med andre ord være viktig for å utvikle en kultur med gode holdninger (Eide og Aadland 2008:15).

Jordmødrene i studien rapporterer mest om negative holdninger som kommer til syne gjennom nedlatende uttalelser og ytringer, som beskrevet over. Dette finner også Andrews m.fl. (2005) som har utført en undersøkelse hvor sykepleierstudenter rapporterte om forskjellsbehandling fra sykepleiernes side i form av nedlatende uttalelser om andre kulturer og generelt dårligere behandling av minoritetspasienter.

Negative kommentarer er noe ingen stiller seg likegyldig til, og heller ikke jordmødrene i min studie. De berøres av det som tilhører av hva som blir sagt. På spørsmål om hvordan de reagerer på slike uttalelser svarer samtlige at de enten blir frustrert, oppgitt eller fortvilet. De kjenner seg ikke igjen og reagerer med frustasjon. *Jeg blir veldig fortvilet over hvordan folk er*. Samtlige informanter avviser også at de selv har karakterisert minoritetskvinnene negativt. Ut fra det de har svart tidligere, har jeg ingen grunn til å tro noe annet. På den annen side ville de vel heller ikke innrømme dette overfor meg.

En annen type negativ holdning som informantene rapporterer om, består av ignorering og manglende anerkjennelse av minoritetskvinnens behov. Sitatet overfor viser hvordan jordmødrene går inn til pasienten og unngår å snakke engelsk. Slik jeg tolker dette, kompenserer jordmødrene for manglende handlingskompetanse med en form for rigiditet. Her skal alle behandles likt, pasientene må innrette seg (snakke norsk), og de må ikke tro at de skal ha noen fordeler bare fordi de mangler språk. Jordmor verdsetter kun det som er kjent, og evner ikke å se langt nok til å verdsette annerledesheten.

En helsearbeiders holdning til innvandrere vil påvirke hvordan hun kommuniseres med pasienten (Kumar :106). I historien over ble en jordmor fortalt av en pasient, at en annen jordmor kommuniserte til henne med pekefinger og med kjefting. Dette var kvinnens opplevelse. I samspillet mellom jordmor og pasient befinner pasienten seg her i en sårbar og i en underlegen posisjon, og er i denne sammenheng knyttet til en asymmetrisk relasjon mellom jordmor og pasient. Asymmetrien er bestemt gjennom rollefordelingen der den ene er hjelper, og den andre er den som trenger og mottar hjelp (Dahl 2005 : 30). I sin frustrasjon over smerteuttrykk som jordmor anser som overdreven, kan det se ut som helsearbeideren benekter pasientens symptom. En annen forklaring kan være at jordmor har manglende kunnskap om andre kulturelle smerteuttrykk som kan utfordre eget etablerte profesjonsmønster. I den vestlige kultur har vi utviklet et sett med forventninger som definerer det normale og hvilke normer og verdier som gjelder når man skal føde. I dette settet av normer og verdier finner jordmor en forventning om at pasienten kommuniserer smerte og symptomer på en måte som er tilpasset det jordmødrene anser som passende og forståelig. Når jordmor har liten kompetanse om fremmede smerteuttrykk, kan hun ha utviklet negative holdninger til minoritetskvinnene.

Negative holdninger er et etisk problem, og skapes her i situasjoner hvor jordmødrene mener andre jordmødrene ikke opptrer slik de bør. Det handler om personlige holdninger hos enkelte jordmødrene i fødeseksjonen, og disse holdningene kan ha mange grunner som beskrevet overfor. Hvordan forholder jordmødrene seg når de oppdager uakseptabel praksis hos kollegaer? Informanter i denne studien håndterer uønskede holdninger på ulike måter. Under halvparten forsøker å ta det opp og forsøker å korrigere hva de opplever som uakseptabel praksis, mens de fleste unngår eller vet ikke hvordan de skal gripe det an. Jeg tolker det som om de er usikre på hvordan det blir oppfattet eller engstelig for kritikk og konflikt. Det ser ut

for at jordmødre med videreutdanning i flerkulturelt arbeid er de som sier mest i fra , og som også prøver å videreføre kunnskap som læres under utdannelsen.

### **5.3 Jordmødrenes vurdering av egen kompetanse**

De fleste jordmødrene i min studie opplever å ha mangelfull kompetanse relatert til pasienter med innvandrerbakgrunn. Bare tre av 9 jordmødrene oppgir at de har god nok kompetanse til å gi minoritetskvinner god og likeverdig fødselsomsorg. To av disse har videreutdanning i flerkulturelt arbeid, og den tredje hadde jobbet mange år med minoritetskvinner i Midtøsten og andre steder i verden.

#### **5.3.1 Kunnskap som etterlyses.**

Alle jordmødrene gav uttrykk for at de ønsket og hadde behov for mer kompetanse i arbeidet med kvinner med minoritetsbakgrunn. Flere av informantene understreket behovet for en mer grunnleggende opplæring i ulike temaer knyttet til kulturelt mangfold. Jordmødrene ble spurt om hva de ønsket mer kunnskap om. Når det gjelder innholdet i skoleringen er det flere forslag fra jordmødrene til aktuelle temaer.

*Jeg ønsker meg mer kunnskap om andre kulturer.*

*Jeg ønsker meg større forståelse for den enkelte kultur.*

*Jeg ønsker meg mer kompetanse om de gruppene som vi har flest av.*

*Jeg ønsker meg generell kulturforståelse og kulturkunnskap.*

*Jeg ønsker meg kunnskap om de landene innvandrerne kommer fra.*

*Jeg ønsker å lære mer om livssyn, religion og tradisjon.*

*Jeg ønsker at noen med minoritetsbakgrunn som har vært her i mange år, kan komme å fortelle om deres land og kultur.*

Samtidig vektlegger jordmødrene at det er så mange minoritetsgrupper, at det er umulig å ha kompetanse om hver pasients kultur, men at det allikevel er en fordel å ha kulturkunnskap.



*Jeg synes det er interessant når det kommer en kvinne fra Somalia . Å snakke om Somalia på en måte. Å vise dem at jeg kan noe om det. Det er en måte jeg oppnår kontakt på, og da blir kontakten veldig god, veldig fort.*

Flere uttrykker behov for økt komeptanse i flerkulturell kommunikasjon.

*Jeg vil lære mer om flerkulturell kommunikasjon.*

Mange trekker frem arbeidet med flyktninger som spesielt utfordrende, og som de ønsker å øke sin kompetanse overfor.

*Jeg vil lære mer om flytninger og deres spesielle behov.*

Jordmødrene har presentert flere forslag til hvordan de kan styrke sitt arbeid i forhold til en kulturell mangfoldig fødselsomsorg. De etterlyser mer rom for refleksjon og deling av kunnskap. *Vi må skape møteplasser der det er rom for å drøfte dette tema. .*

I intervjuene ble det understreket av informantene at det ville være stor fordel å ansette flere jordmødre med innvandrerbakgrunn. *Vi skulle ansatt flere med minoritetsbakgrunn, det ville styrket avdelingen.*

### **5.3.2 Opplæring i avdelingen**

Alle jordmødrene sier at det er sparsomt med undervisningstilbud for ansatte relatert til pasienter med minoritetsbakgrunn. *Det har ikke vært noe systematisk opplæring i avdelingen. De fleste fastslår at det heller ikke foregår noen diskusjon om kvinner med minoritetsbakgrunn eller om likeverdig helsetjenester for denne gruppen pasienter. Det er ikke et tema vi har snakket om på møter eller med kollegaer. Det er et ikke-tema.* Flere jordmødre i undersøkelsen etterlyser mer diskusjoner og interesse fra både ledelsen og jordmødre i avdelingen. Området har etter deres mening ikke blitt løftet frem. *Ingen ledere tar opp dette tema. Det er ikke noe tema hos jordmødrene heller.*

Allikevel finnes det enkelte ressurspersoner i avdelingen som setter flerkulturelt arbeid på dagsorden. Disse blir fremhevet som ildsjeler, og besitter større kompetanse og engasjement enn systemet eller ledelsen.

*Det er mer på egeninteresse.*

*Det er en i avdelingen som har videreutdannelse, hun er liksom ressurspersonen her.*

Samtlige jordmødrene gir uttrykk for at de har mangelfull kompetanse i forhold til pasenter med minoritetsbakgrunn, og at de ser dette som en begrensning i møte med denne pasientgruppen. Funn er i tråd med studien til Nasreen og Burschett (2004) og Høyenes doktoravhandling fra 2009. Kunnskaper som etterlyses spenner fra generell kunnskap om andre kulturer og land, kulturforståelse, religion og tradisjon og flerkulturell kommunikasjon.

Samtlige informanter mener også at avdelingen har hatt manglende opplæring i forhold til minoritetspasienter i avdelingen. Det kan imidlertid se ut som et par av jordmødrene har deltatt på et seminar for noen år siden om interkulturell kommunikasjon. *Vi hadde et kurs i interkulturell kommunikasjon for noen år siden.* De fleste jordmødre har ikke hatt noen form for skolering, innføring eller kurs i det å arbeide med innvandrere i avdelingen. I tillegg er det for de fleste over 10 år eller mer siden de tok Jordmorhøgskolen, og de færreste møtte dette tema i undervisningen.

Mine informanter understreket behovet for en grunnleggende skolering/opplæring i ulike temaer knyttet til kulturelt mangfold. Når det gjelder innholdet i skoleringen, presenterer jordmødrene dette i sitatene overfor. Enkelte av informantene fokuserer på kulturkunnskaper, mens andre er mest opptatt av at jordmødrene bør lære om samhandling med innvandrerpasienter. Jordmødrene ønsker opplæringen gjennom kurs/temadager/fagdager og videreutdanning, og mener at flerkulturelle temaer i form av foredrag eller andre opplæringstiltak må gjentas jevnlig. I tillegg ønsker jordmødrene seg møteplasser der det er rom for å drøfte ulike temaer knyttet til minoritetspasienter. Målet med møteplasser mener en av informantene, må være *å reflektere over egne erfaringer og dele kunnskap med kollegaer for å videreutvikle egen kompetanse.*

Flere av jordmødrene ønsker seg representanter fra innvandrergupper til å fortelle om deres bakgrunn, om deres land og kultur. De mener det kan være en nyttig bidrag til økt kunnskap, og gjøre det lettere å se de man møter i sitt arbeid som individer og ikke som stereotype forestillinger av en bestemt gruppe.

Et spørsmål som er nødvendig å stille i denne sammenhengen er om arbeid med etniske minoriteter stiller andre krav til jordmødrene enn arbeid med etnisk norske kvinner. Er det nødvendig med spesifikke kunnskaper om en persons kultur for å forstå og møte disse kvinnene eller skal alle møtes på samme måte ut fra samme faglige ståsted? Jordmødrene svarer ja til at det er nødvendig med kulturkompetanse. Enkelte mener at de på den måten

oppnår lettere kontakt med pasienten, mens andre mener at de får større toleranse for det som er annerledes.

Internasjonale studier viser at mangelfull kulturell kompetanse blant helsepersonell kan føre til at minoritetspasienter får dårligere behandling enn majoritetsbefolkningen (Alpers 2014). Ved manglende kjennskap til minoritetspasienters kulturelle bakgrunn og variasjon, kan dette bidra til at forskjeller underkommuniseres. Dette kan oppstå hvis jordmødre ser kulturelle variasjoner gjennom etnosentriske norske øyne, og ved at det ikke fanger opp den enkeltes kulturelle uttrykk knyttet til fødsel.

Det er også viktig å være klar over at helsearbeidere undervurderer og nedvurderer sin egen kompetanse i møte med pasienter med minoritetsbakgrunn, noe som kan føre til at de ble usikre og mindre handledyktige (Williams og Soydan (2005: 901-920).

Siden alle respondentene bortsett fra en hadde lang arbeidserfaring som jordmor og tillegg lang erfaring med minoriteskvinner, skulle man tro at de var godt rustet for dette arbeidet. På tross av lang arbeidserfaring uttrykker nesten alle manglende kunnskap i møte med pasientene. Dette er i tråd med hva Alpers i 2014 finner i sitt arbeid: Arbeidserfaring i seg selv fører ikke til at jordmødre får tilstrekkelig kulturell kompetanse (Alpers 2014:5). Jeg undrer meg litt over dette funnet. Kan det være slik at jordmødre med lang fartstid er så dyktige i sitt jordmorarbeid at de er mer bevisste på hva de ikke har kunnskap om? En av jordmødrene med videreutdanning i flerkulturelt arbeid sier det slik: *Jo mer jeg leser, jo mer skjønner jeg at jeg ikke kan.*

Ut fra de svarene jeg fikk ser det ut til å være en sammenheng mellom kulturell utdanning og kunnskap og interesse for minoritetspasienter. Det virker som om en slik utdanning gir trygghet i møte med kvinnene. Videre kan det se ut som om at det er en sammenheng mellom å ha denne type utdanning, og det å ha forståelse for innvandrerpatientene, for eksempel det å yte litt ekstra for disse kvinnene. Dette bekreftes av Alpers og Hanssen (2008).

Noen jordmødre savner flere ansatte med innvandrerbakgrunn i fødselsomsorgen. Ut fra svarene jeg fikk, mente flere av informantene at de har stor nytte av kollegaer med annen kulturbakgrunn, at det utvider kompetansen og bidrar til flere perspektiver i avdelingen. Det ser ut som informantene mener at ansatte med minoritetsbakgrunn lettere kan komme i kontakt

med minoritetskvinnen, og på den måten skape et tillitsforhold. Slik kan ansatte med innvandrerbakgrunn fungere som brobyggere og ressurspersoner i arbeidet, og være en kilde til kunnskap. I regjeringens handlingsplan for intergrering og inkludering er det en målsetting at ansatte i statlige virksomheter skal gjenspeile befolkningssammensetningen. I de to avdelingene jeg har intervjuet jordmødre, er det svært få med innvandrerbakgrunn. Her er det med andre ord et gap mellom målsettinger og realiteter. Det er interessant å spørre seg hvordan kompetansen i avdelingen hadde vært med flere ansatte med minoritetsbakgrunn. Sannsynligvis hadde dette vært en fordel, og bidratt til forståelse og kompetanse i forhold til denne pasientgruppen. Samtidig er det ikke gitt at jordmødre med minoritetsbakgrunn har flerkulturell kompetanse. Her tillegges de egenskaper på bakgrunn av den kategorien de plasseres i. Forutsetningen for å inneha en slik kompetanse er at de også er i stand til å se seg selv utenfra, og er bevisst de normer og verdier de styres av.

Flere av informantene referer til jordmødre med videreutdanning i flerkulturelt arbeid og/eller jordmødre med erfaringer som gjør dem spesielt rustet for å arbeide med minoritetskvinner, og hvordan de oppleves som ressurser i avdelingen på dette området. Enhver avdeling har bruk for ressurspersoner eller ildsjeler. Spørsmålet er om det er hensiktsmessig at flerkulturell kompetanse er avhengig av enkeltpersoner. Slik jeg oppfatter det, er det et ønske og en målsetting at flerkulturell forståelse ikke skal være avhengig av enkeltpersoner i fødselsomsorgen, men at det skal være en integret del av avdelingens øvrige virksomhet. Jeg mener det er en svikt i systemet når omsorg og behandling av enkelte grupper er avhengig av enkeltpersoner. Dessuten forsvinner kunnskapen og engasjementet hvis de slutter.

#### **5.4 Hvordan aktualiserer dette verdibasert ledelse?**

I ledeleselitteratur finnes det svært mange retninger rundt hva som er det beste fundamentet for ledelse i en organisasjon. Verdibasert ledelse har fått stadig større oppmerksomhet de siste årene. En årsak er nok at mer tradisjonelle former for ledelse som styring og kontroll, ikke lenger gir de samme effekter som tidligere. Dette begrunnes med at det blir stadig mer kunnskapsmedarbeidere, som krever en annen form for ledelse, og at medarbeidere med høy kompetanse ønsker større innflytelse og utfordringer i hverdagen. Verdibasert ledelse oppleves derfor som en god måte å få utnyttet "organisasjonens kunnskapsressurser på" (Jacobsen og Thorsvik 2008:410). I Helse Sør-Øst RHF er det etablert felles overordnede

verdier og visjon for helsetjenesten, som skal være retningsgivende for alle medarbeidere for hvordan virksomheten skal drives.

"Helse Sør-Øst sin visjon er gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det uavhengig av alder, bostad, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi".

Det regionale helseforetaket vil drive sin virksomhet verdibasert, og har de tre nasjonale verdiene kvalitet, trygghet og respekt som sine kjerneverdier (Ethiske retningslinjer i Helse Sør-Øst 2012:2). Dette betyr for Helse Sør-Øst blant annet at man skal sikre åpenhet om feil og mangler, involvering av pasienter og ansatte, kunnskapsbasert praksis, og det å etablere en lærende organisasjon. Verdiene er utformet primært med tanke på pasientens opplevelse av helsetjenestene. I tillegg er disse verdiene som er sentrale i den enkelte lederrolleutøvelse for å skape tillit blant medarbeidere og i befolkningen ( Helse-og omsorgsdepartementet 2012:19). Skal en virksomhet lykkes med verdistyring, forutsetter det at ledelsen legger inn betydelig innsats og fokus rundt å forankre verdiene blant medarbeiderne. Etterlevelsen av verdiene er allikevel den avgjørende faktor med tanke på hvorvidt sykehuset skal lykkes med å nå sine mål og visjoner.

#### **5.4.1 Lederens rolle, oppgave og lederforankring:**

Avdelingsjordmor i fødeseksjonen har en viktig oppgave som verdibærer og verdiformidler. Lederens evne til å uttrykke organisasjonens verdier og visjoner til jordmødrene, og å holde kjerneverdiene frem som inspirasjonskilde er viktig for å skape et moralsk engasjement blant jordmødrene (Busch 2006). Av den grunn er det viktig at hun har et bevisst og reflektert syn på egne verdier, og at hennes verdier til en viss grad må være i samsvar med de internaliserte verdiene i sykehuset. Lederen må ha et bevisst ønske om at fødeseksjonen skal tilpasses og fungere bedre i forhold til minoritetspasienter. Tilretteleggingen må ta høyde for språkproblemer, kulturelle ulikheter og erfaringsbakgrunn, negative holdninger og kompetansebegrensinger slik at visjonen om likeverdig fødselsomsorg blir oppnådd. Målet er å sikre at alle pasienter møtes ut fra sine individuelle behov.

#### **5.4.2 Verdibasert ledelse i et refleksjons- og læringsperspektiv**

Hvordan kan man bruke det jordmødrene erfarer i studien i en organisasjon som er definert verdibasert?

I en lærende organisasjon lærer jordmødrene av sine suksesser og feil og bruker denne lærdommen til å oppnå bedre pasientbehandling til kvinner med minoritetsbakgrunn. I en lærende organisasjon satser man på teamlæring. Dette er en måte å lære på, hvor det er dialogen som står i sentrum. Teamlæring bygger videre på et verdifelleskap gjennom delt verdibasert visjon og samarbeid (Busch 2007:274). Det er dermed nødvendig at lederen inviterer til møter for jordmødre hvor visjon og overordede verdier og føringer er tema, og et utgangspunkt for videre refleksjon rundt praksis. Men også tema hvor kulturforskjeller, språkbarrierer, negative holdninger og mangel på kunnskap om minoritetspasienter gjør seg gjeldende. Når lederen tar initiativ til samtaler og diskusjoner rundt hva det innebærer med likeverdige helsetjenester og en flerkulturell fødselsomsorg, viser hun at hun har dette i fokus, og det vil skape føringer for hva som skal være viktig for personalet. Ved å reflektere over egen praksis kan ansatte og leder analysere og forstå handlingene, slik at kunnskapsgrunlaget blir mer bevisst (Tveiten 2005:16). Det er gjennom refleksjonsprosesser rundt jordmødrenes egen praksis, holdninger og verdier at verdibevisstheten rundt verdier og god praksis utvikles (Aadland 2006). Her kan det tas opp vanskelige temaområder og etiske dilemmaer, samtidig som det er like viktig å fokusere på positive områder, da det også her ligger et stort lærings- og utviklingspotensiale. Slik vil prosessen skape eller forsterke ønskede holdninger og handlinger, og å avlære det som er negativt. Lederen bør være maksimalt åpne for fortellinger om hva som skjer i seksjonen, fordi disse fortellingene er fortellinger om verdier. Fortellingene gir mulighet til verdianalyser av faktiske hendelser (Ibid:159). Studien viser at jordmødrene opplever å ha mangelfull kompetanse i forhold til minoritetspasientene. For at pasienten skal oppleve god kvalitet i fødselsomsorgen, forutsettes oppdatert kunnskap og kompetanse på området. Når jordmødrene opplever ikke å ha tilstrekkelig kulturell kompetanse, må lederen arbeide målrettet med å utvikle denne kompetansen på flere måter. Tiltak som jordmødrene mener er viktig for å øke kompetansen og tilpasse tjenesten bedre for kvinner med minoritetsbakgrunn, blir gjennomgått senere i opgaven.

Jordmødrene møter etiske utfordringer og dilemmaer hver dag. I studien kom det frem situasjoner som bar preg av verdikonflikter for eksempel at muslimske menn ikke ønsket å håndhilse på jordmødrene. Verdikonflikter øker dermed behovet for refleksjon og samtale rundt de verdiene som faktisk er tilstede i organisasjonen. Som en lærende organisasjon er det viktig å legge vekt på læring også i håndtering av etiske problemstillinger.

Hvordan bruke verdier og visjoner aktivt?

Det er flere muligheter for å gjøre dette. Visjonen om likeverdige helsetjenester, og overordnede verdier kan trykkes opp på plakater, og henges opp der jordmødrene ferdes, verdier og visjon presenteres på personalmøter, er tema i medarbeidersamtaler, kjerneverdiene settes inn i stillingsannonser, er tema i program for nyansatte, det henges opp en verdifortellingskasse hvor lederen ber de ansatte om å komme med eksempler på god og dårlig praksis, og det utarbeides en handlingsplan om styrket innsats på områdene der verdiene står svakt.

## 6 Konklusjon

Studien undersøker jordmødrenes opplevelse og erfaring i møtet med minoritetsbakgrunn i to fødeseksjoner i sykehus. Målet med studien var å oppnå en bedre forståelse for hva som skjer i møtet med pasienter med minoritetsbakgrunn. Dataene ble samlet inn gjennom kvalitative intervju med 9 jordmødre.

Resultatene i undersøkelsen viser at jordmødrenes møte med kvinner med minoritetsbakgrunn blir erfart både positivt og vanskelig. Positive temaområder er særlig knyttet til tillit og takknemlighet, mens problemområdene er knyttet til kommunikasjonsbarrierer, negative holdninger og annerledes kulturell bakgrunn som kjønn og roller, smerteuttrykk og de mange besøkende. Mangelen på felles språk er en av de største utfordringene i forhold til pasienter med minoritetsbakgrunn.

Daglig møter jordmødre vanskelige valgsituasjoner og dilemmaer i arbeidet sitt. Det kan være pårørende som ikke følger sykehusets rutiner, tradisjoner som bryter sterkt med den norske kvinnerollen, vurdering av smerteuttrykk og at det finnes negative holdninger til minoritetspasientene blant ansatte. Jordmødrene rapporterer mest om negative holdninger som kommer til syne gjennom nedlatende uttalelser og ytringer. De håndterer etiske dilemmaer på ulike måter.

Jordmødrene opplever at de har mangelfull kompetanse i forhold til pasienter med minoritetsbakgrunn, og at avdelingen har hatt manglende opplæring i forhold til denne pasientgruppen. Kompetanse som etterlyses spenner seg fra kunnskap om andre kulturer og land, kulturforståelse, religion, tradisjon og flerkulturell kommunikasjon. Jordmødrene ønsker seg møteplasser der det er rom for å drøfte ulike temaer knyttet til minoritetspasienter. Arbeidserfaring i seg selv fører ikke til at jordmødre får tilstrekkelig kulturell kompetanse, men det ser ut for å være en sammenheng mellom kulturell utdanning, og kunnskap og forståelse for minoritetspasienter. De ansatte ser behovet for at flere jordmødre med annen kulturell bakgrunn blir ansatt i avdelingen.

Fødselsomsorgen skal yte likeverdig fødselsomsorg til alle som trenger det, uavhengig av etnisk bakgrunn. Dette betyr at lederen har en viktig oppgave som verdibærer og verdiformidler. Lederens evne til å uttrykke sykehusets verdier og visjoner til ansatte, og skape rom for refleksjonsprosesser rundt jordmødrenes egen praksis, holdninger og verdier vil



bidra til å utvikle verdibevissthet og god praksis. I en verdibasert lærende organisasjon lærer jordmødrene av sine suksesser og feil, og bruker denne lærdommen til å oppnå god og likeverdig pasientbehandling.

Dersom visjonen om å yte likeverdig fødselsomsorg til alle uavhengig alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn skal oppnås, er det nødvendig med bedre tilpasning av tjenestene i fødeseksjonen og å øke kunnskap og kompetanse hos jordmødrene relatert til denne pasientgruppen. Studien finner at det er forbedringspunkter på flere områder sett fra jordmødrenes perspektiv. Verdibasert ledelse sees på som den beste måten for å lykkes med dette arbeidet.

## **6.1 Implikasjoner for praksis.**

Hvordan kan lederen benytte seg av jordmødrenes opplevelser og erfaringer i møte med minoritetskvinner for videre utviklingsarbeid i avdelingen?

Gjennom intervjuene foreslo jordmødrene en rekke forbedringspunkter de mente ville ha betydning i utviklingsarbeid i avdelingen mot en mer likeverdig fødselsomsorg. Nedenfor skisserer jeg disse.

### **Bidra til å minske språkbarrierer**

Jordmødrene ønsker seg:

All skriftlig informasjon oversettes til flere språk - tilgjengelig informasjon på språk som ulike pasientgrupper forstår.

Informasjon om fødeseksjonen som ligger på internett oversettes til flere språk

Å lage informasjonsfilm om fødsler som man kan legge ut på youtube for minoritetspasienter.

Undervisning om tolk og tolkebruk

Praktisk opplæring i tolkebruk

Opplæring i pasientens rett til informasjon knyttet opp mot lovverket

Få på plass rutiner og prosedyrer om tolkebruk i fødeseksjonen.

### **Styrke kunnskapsgrunnet relatert til pasienter med innvandrerbakgrunn**

Jordmødrene ønsker å styrke kompetansen på mange plan.

De ønsker seg fagdager, seminar, kurs for ansatte om ulike temaer som omhandler innvandrerpatientene:

Temaer om kultur, kulturelle og religiøse tradisjoner. ---

Presentasjon av NAKMI(Nasjonalt kompetanseenheter for minoritetshelse).

Invitere en brukerrepresentant som kan fortelle om erfaringer med norsk fødselsomsorg

Møteplasser for ansatte hvor med fokus på diskusjon, refleksjon og samtale i forhold til pasienter med minoritetsbakgrunn.

En egnet plass med bokhylle hvor det er samlet litteratur med nye bøker, artikler, studier, permer med informasjonsmateriell,nettsteder.

Danne en gruppe som skal arbeide for å bedre fødselsomsorgen for denne pasientgruppen, evt søke prosjektmidler til ulike prosjekter som omhandler temaområder

Hospitere på andre sykehus evt andre land

Flere med videreutdanning i flerkulturelt arbeid

Bidra til forskning på området

Måltrettet rekruttering av flerspråklige jordmødre og jordmødre fra andre kulturer

Avdelingens kompetanseplanlegging skal innbefatte dette tema..

### **Tilpasse og utvikle tjenestene til minoritetspatientene**

Tilbud om svangerskapskurs for kvinner med minoritetsbakgrunn.

Tilby etterkontroll til alle minoritetskvinner med prevensjonsveiledning.

## LITTERATURLISTE.

- Aadland, E. (2004) *Den truverdige leiearen*. Oslo: Det norske samlaget.
- Aadland, E. (2005) *Verdibasert ledelse i praksis. En studie av 8 medlemsvirksomheter i HNH*. Oslo:HSH/Diakonhjemmets Høgskole.
- Aadland,E. og Kaasa,A.(2010) *Organisasjonsetikk:Hvordan arbeide med verdispørsmål i flerkulturelle organisasjoner?*
- Abraham, R. (2008) Likeverdig helsetjeneste? *Om helsetjenester til ikke – vestlige innvandrere*.I: Tidsskrift Norsk Lægeforening 128:1085.
- Ahlberg, N.og Vangen, S. (2005) *Svangerskap og fødsel i et flerkulturelt Norge*. I: Tidsskrift Norsk Lægeforening 2005; 125: 586-588.
- Alpers, L.-M.(2014) *Overser symptomer hos minoritetspasienter* Tilgjengelig fra <http://sykepleien.no/2014/05/overser-symptomer-hos-minoritetspasienter>(11.01.2014).
- Alpers, L.-M. og Hanssen,I.(2008) *Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter*. Lovisenberg Diakonale Sykehus .
- Andersen. I. (2005) *Den skinbarlige virkelighet*. København:Samfundslitteratur, 3.utgave
- Andrews, G.J., Brodie ,D., Andrews, J.P., Wong, J.&Thomas,B.G.(2005): *Placement matters: Students clinical experiements and their preferences for first employers*. International Council of Nurses. International Nursing Review 52, 142-153.
- Busch, T.(2012) *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Blåka,G.(2002) *Grunnlagstenkning i et kvinnefag:teori,empiri og metode*.Bergen:Fagbokforlaget.
- Brinkmann, J. og Eriksen, T.H.(2003) *Verden som møteplass-essays om tverrkulturell kommunikasjon*. Bergen:Fagbokforlaget.
- Brudal, L.F. (2000) *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget
- Calister, L.C.(2003)*Cultural influence on pain perceptions and behaviours*. Home Health Care Management & practice, 15 April,s.207-211.
- Campinha-Bacote, J. (2003) Many faces: *Addressing diversity in health care*. I: Journal of Issues in Nursing,(8) 123-130.
- Campinha-Bacote,J. (2005)*A bilically based model of cultural competence in healthcare delivery*.I: Journal of Multicultural Nursing Health (JKCNH), 11:16-20.
- Dahl, Ø.(2001) *Møter mellom mennesker-interkulturell kommunikasjon*. Oslo:Gyldendal Akademiske.

- Eberhard-Gran, M, Nordhagen R, Heiberg E., Bergsjø, P. og Eskild A. (2003)  
*Barselomsorg i et tverrkulturelt og historisk perspektiv. I: Tidsskr Nor Lægeforen*  
nr.24; 123:3553-6
- Egideus H, (1994) *Psykologisk leksikon*, Oslo
- Eide, H. og Eide T. (2004) *Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i Sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide og Aadland (2008) *Etikkhåndboka for kommunehelse- og omsorgstjenester*. Kommuneforlaget AS
- Essen, B. (2002) *Are some deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services?* BJOG: an international Journal of Obstetrics and Gynaecology, june 2002, VOL.109, 677-682.
- Eriksen, E.O. (2000) *Kommunikativ ledelse\_ om styring av offentlige organisasjoner*  
Bergen: Fagbokforlaget.
- Eriksen, T.H. (1997). *Flerkulturell forståelse*. Tano Aschehoug.
- Eriksen, T.H. og Sørheim T.A. (2006) *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal.
- Fife, Agnes (2002) *Tverrkulturell kommunikasjon*. Oslo: Yrkeslitteratur.
- Folkehelseinstituttet (Rapport 2007:2) *Inngifte i Norge. Omfang og konsekvenser*.
- Forsberg, E.-M. (2014) *Metoder og metodeutvikling for etisk vurdering*.  
[Http://www. etikkom.no](http://www.etikkom.no) 2005.04.26
- Gilje, N og Grimen, H. (2005) *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i Samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit?* Oslo: universitetsforlaget.
- Grut, L., Tingvold, I., Hauff, E. (2006) *Fastlegens møte med flyktninger*. Tidsskrift Norsk Legeforening; 126:1318-20 Nr.10.11 mai 2006
- Gullestad, M. (2002) *Det norske sett med nye øyne: kritisk analyse av norsk innvandringsdebatt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Heidenreich, K.S. (2001) *Empati i lege-pasientforholdet-teknikk eller etikk?* Tidsskrift Norsk Lægeforening 121:1507-11
- Helsedirektoratet (2009) *Utviklingsrapport 2009: Migrasjon og helse-utfordringer og utviklingstrekk*.
- Helsedirektoratet (2011) *Veileder og kommunikasjon via tolk IS-1924 Veileder*.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Likeverdige helse-og omsorgstjenester- god helse for alle*. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017
- Helse Sør-Øst RHF (2009) *Likeverdige helsetjenester-med fokus på innvandrere/norskfødte med innvandrerfamilie*.
- Helse Sør-Øst(2012) *Etiske retningslinjer i Helse Sør-Øst*.
- Henriksen, J.O. & Aarflot, H.M.(2002) *Å møte en annen. Møte mellom pasient og sykepleier*.
- Holm, U.(2005) *Empati. Å forstå menneskers følelser*. Oslo:Gyldendal Akademisk.
- Høye, S. (2009) *The strength of cultural diversity. The perspectives of family members and nurses on their encounters in intensive care units*. Stavanger:Avhandling til graden dr.philos. Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for helsefag. Universitetet i Stavanger.
- Jakobsen, D.I.(2000) *Hvordan gjennomføre undersøkelser?Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand:Høyskoleforlaget.
- Johansen , R.E.B.,Barre,A., Sundby,J.Vangen, S. (2004) *Bare et lite snitt* Tidsskrift for Den norske legeförening 124:2506-8. Nr. 19 7 oktober
- Kasin O. (2008) *Flerkulturell - Hva er det og hvem er de? I: Otterstad, A.M.(red) Profesjonsutøvelse og kulturelt mangfold- fra utsikt til innsikt. s.55-77 Oslo: Universitetsforlaget*.
- Kirkhaug, Rudi(2013) *Verdibasert ledelse. betingelser for utøvelse av moderne lederskap*.Univeristetsforlaget, Oslo.
- Kvale, S.(2001) *Det kvalitative forskningsintervju* 11.opplag 2008, Oslo Gyldendal Akademisk.
- Kumar, L.,(2002) *Djulaha. Om å forstå lederledesheten*.Høyskoleforlaget AS
- Lai, L. (2006) *Strategisk kompetansestyring*.Bergen:Fagbokforlaget
- Likestillings-og diskrimineringsombudet (2011) *Håndbok for tjenesteytere.Likeverdig tjeneste for alle*.
- Lov om forbud mot diskriminering på grunn av etnisitet, religion mv.(Diskrimineringsloven). Lov -2005-06-03-33.
- Lov om helseforetak (helseforetaksloven). Lov 2001-06-15 nr.93
- Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven) Lov 1999-07-02 nr.64
- Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven) Lov 1999 nr.63
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.(Spesialisthelsetjenesteloven) Lov 1999-07-02 nr.61
- Lund, J. og Tange, K.(2005) *Ledelse for praktikere*. Oslo: Gyldendal

- Lyberg, Viken, Haruna og Severinsson (2012) *Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women*. Journal of Nursing Management, Volume 20, Issue 2, pages 287-295, march 2012, doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01364.x.
- Lyons, S:M.,O`Keeffe,F.M.,Clarke,A.T.,Staines,A.(2008) *Cultural diversity in the Dublin maternity services: the experiences of maternity service providers when caring for ethnic minority women*. Ethnicity &health, 13:3 pp.261-276.
- Magelssen, R.(2008) *Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i forskjellene*.Oslo:Akribe
- Malterud, K.(1996) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning-en innføring*. Oslo:TANO.
- Martinsen, K.(1993) *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: TANO AS
- Martinsen, K.(2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*.Oslo:Akribe Forlag.
- Myrvold, T.M.,Haaland T.og Holm-Hansen, J.(2007:10) *Flerkulturelt barnevern:En kunnskapsoversikt NIBR-rapport*. Oslo:NIBR.
- NAKMI(2006) "*Vi tar det vi har*" *Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo .En spørreundersøkelse*.
- Narayanasamy, E.W.(2005) *A review of transcultural nursing*. Nurse Education Today, 25, 102-111.
- Nasreen A.& Burchett, H.(2004) *Experiences of Maternity Services Muslims Womens Perspectives*.Public Health Policy Officer, The Maternity Alliance.
- Neumayer, Sissel M.(2001) *Kulturelle aspekter ved møtet mellom helsearbeider og klient/pasient I: Linjer-Nr. 1-2001*
- Nielsen m.fl (2009) *Å undersøke sykepleieres opplevelse av å gi pleietil pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn*.
- NOU:2000:14 *Frihet med ansvar. Om høgre utdanning og forskning i Norge*.
- NOU 2002:12 *Om rettslig vern mot etnisk diskriminering*.
- NOU 2005:8 *Likeverd og tilgjengelighet*.
- NOU:2011:14 *Bedre integrering*.

- Oslo Universitetssykehus (2011) *Strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold 2011-2015*.
- Ruben, B.D og Keale ,D.J.(1979)*Behavioral assessment of communication competency and the prediction of cross-cultural adaption*. The international journal of Intercultural Relation, no.3
- Rugkåsa M.(2008). Majoriteten som premisslevendør i flerkulturelt arbeid. I:Otterstad A.M.(red) et.al. *Profesjonsutøvelse og kulturelt mangfold - fra utsikt til innsikt*. s.78-93. Oslo: Universitetsforlaget.
- Risggard, A.E.(2014) *Svangerskaps-og fødselsopplevelser i en multietnisk befolkning*.  
Norwegian University of Life Sciences, Ås
- Rizvic, S.(2005).*Å leve med eksilets eksistensielle smerte. Møte med traumatiserte flyktninger og norske helsearbeidere*. Masteroppgave. det teologiske fakultet, UiO
- Roald, A.S.(2005)*Er muslimske kvinner undertrykt?* Oslo:Pax forlag A/S.
- Ry Nielsen, J.C.&Repstad, P.(2004) *Fra nærhet til distanse og tilbake igjen* i Pål Repstad(red) *Dugnadsånd og forsvarsverker*, Tano:Oslo 1993og Universitetsforlaget 2004 også publisert i Ry Nielsen, J.C.*Anderledes tanker om livet i organitioner*, Nyt fra Samfundsvitenskaberne, København 1993.
- Spence, D.G.(2001) *Hermeneutics Notions Illuminate Cross-Cultural Nursing Experiences*.I: Journal of Advanced Nursing 35:624-630.
- Straus, L.McEwen, A, and Hussein F.M (2006) *Somali women`s experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers*. London: Cancer research UK behavioural Unit,University College.
- Statistisk Sentralbyrå (2011) *Innvandrerkvinner i Norge. Demografi, utdanning, arbeid og inntekt*.
- St.meld.nr.21(1999-2000). *Handlingsplan for menneskerettigheter. Menneskeverd i sentrum*
- St.meld. nr.49(2003-2004) *Mangfold gjennom inkludering og deltakelse*.
- St.meld nr.12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*.
- St.meld.nr.16 (2010-2011) *Nasjonal helse-og omsorgsplan (2011-15)*.
- St.meld nr.6 (20012-2013) *En helhetlig integreringspolitikk.Mangfold og fellesskap*. .
- Suh, E. E. (2004)*The Model of Cultural Competence. Trough an Evolutionary Concept*

*Analysis*. Journal of Transcultural Nursing 15.

Sundby, J.(2009) *Tusenårsmål 5-reduksjon av mødredødelighet*. s.129:2394-6 I: Tidsskrift for Den norske legeforening Nr.22-19 november.

Sørbye I.K.&Davis A.P (2011) *Mødre helse i Somalia-fra å gjøre noe til å gjøre en forskjell?* s. 131:1441-4 Tidsskrift for Den Norske Legeforening Nr. 15 -9 august

Vangen, S, Hoffmann R. Flo K, Lorentzen B og Sand S (2006) *Omskjæring av kvinner- komplikasjoner og behandling*. s 475-7. I: Tidsskrift for Den norske Lægeforening Nr. 4-9

Utlendingsdirektoratet(2005) *Minoritetsperspektivi offentlig tjenester-tverrkulturell kompetanse.En utfordring for alle offentlige tjenester*.

Utlendingsdirektoratete (2005) *Tverrkulturell kompetanseheving- en rapport om hva offentlige tjenesteytere ønsker å lære mer om,og hva som finnes av tilbud*.

Vestre Viken HF (2011) *Strategi 2025*

Helsedirektoratet (2009) *Migrasjon og helse-utfordringer og utviklingstrekk*.

Williams, C. og Soydan H.(2005): *When and How Does Ethnicity Matter? A Cross-national Study of Social Work responses to Ethnicity in Child Protection Cases*. British Journal of Social Work, vol.35, 901-920.

WHO prinsipper for perinatal omsorg i Europa(1998).

Qureshi, N.A. (2005)*Profesjonell kultursensitivitet fremfor faglig etnisentrisme*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2, 261-274.

Asker, 4. mai 2015



## VEDLEGG

### Intervjuguide

Alder:

Hvor lenge har du vært jordmor?

Hvor kommer du fra ?

Hvilken erfaring har du med å arbeide med minoritetskvinner?

---

*1. Hva opplever jordmødrene som positivt/vanskelig(komparativt) i samhandlingen med kvinner med minoritetsbakgrunn?*

Kan du si litt om det å arbeide med pasienter fra andre kulturer?

Hva er viktig for deg i møte med disse pasientene? (komp)

Hva er annerledes med å arbeide med minoritetspasienter enn med etnisk norske pasienter?

Er noe lettere i møtet med pasienter med minoritetsbakgrunn?

Tenk deg siste gang du hadde en kvinne med minoritetsbakgrunn i fødsel. Hva var positivt(komparativt)? Hva var vanskelig? Hva var det som gjorde at det ble positivt/vanskelig?

Kan du fortelle om flere situasjoner hvor samhandlingen har vært positiv/vanskelig?

*2 Hvilke etiske problemer/dilemmaer står jordmødrene overfor i samhandlingen, og hvordan håndterer jordmødrene dette ?*

Kan du forelle om *en* eller flere situasjoner hvor du har opplevd et etisk problem/dilemma i møte med kvinner fra andre kulturer?

Hva skjedde(situasjonen)? Hva var problemet? Hva var vanskelig?

Hva gjorde du?

Har du opplevd liknende situasjoner tidligere/senere? Hva gjorde du da?

Hva gjør du hvis du oppdager uakseptabel praksis blant kollegaer i avdelingen?

Er det ofte? Hvor ofte?

*3. Hvordan vurderer jordmødrene sin kompetanse relatert til pasienter med minoritetsbakgrunn for å møte kravet om å yte likeverdig fødselshjelp?*

*A.Hva ønsker jordmor kompetanse om ?*

Hva mener du om egen kompetanse i forhold til denne pasientgruppen ?

Hva ønsker du mer kompetanse om ?

Hvordan har opplæringen i forhold til dette tema vært på avdelingen?

Har temaet vært tema på møter, sammen med ledelsen, mellom kollegaer,.....?Er dette noe dere prater om?

*4. Hvordan aktualiserer dette verdibasert ledelse?*

Hva kan gjøres i avdelingen for å tilrettelegge bedre for en flerkulturell pasientgruppe?

---

Er det noe annet i forhold til dette tema som du ønsker å få sagt ?

## Samtykkeerklæring – ansatte

Jeg samtykker med dette i å bli intervjuet i forskningsprosjektet som gjennomføres av masterstudent Nina Lauritzen, om jordmødrenes erfaringer i møtet med kvinner med minoritetsbakgrunn i en fødeavdeling i sykehus.

Min deltaking i prosjektet er frivillig. Jeg er kjent med at jeg når som helst kan trekke tilbake mitt samtykke om å delta i prosjektet.

Jeg er kjent med innhold, framgangsmåte og målsetting for prosjektet.

Sted, dato:.....

Underskrift:.....

## Til jordmødrene

Hei jordmødre ved Bærum Sykehus (tilsvarende til Drammen)

Jeg er masterstudent i ledelse ved Diakonhjemmets Høgskole, og i den forbindelse ønsker jeg å intervju jordmødre ved føde/barselseksjonen ved Bærum sykehus. Jeg har sendt en formell søknad til ledelsen ved Avdeling for gynekologi og fødselshjelp, og fått positivt svar om at jeg kan starte. Det er jeg veldig glad og takknemlig for.

Studiens overordnede spørsmål er *hvordan jordmødrene opplever og erfarer møtet med kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn i en føde/barselavdeling i sykehus.*

Jeg ønsker å se på samhandlingen mellom jordmødre og innvandrerpasienter fra et tjenesteperspektiv.

### **Studiens hovedformål**

Styrke flerkulturell kunnskap og ferdigheter hos jordmor, bidra til økt trygghet og kompetanse i møte med minoritetskvinner, og på den måten bidra til en mer kultursensitiv og likeverdig fødselsomsorg.

### **Bakgrunn for valg av tema:**

Andelen pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn er stigende. Ved inngangen til 2011 hadde 12% av befolkningen i Norge innvandrerbakgrunn. 70% av landets innvandrere eller norskfødte med innvandrerbakgrunn er bosatt i Helse Sør-Østs opptaksområde, og innvandreretettheten er størst i sykehusområdene Oslo, Akershus og Vestre Viken.

Ut fra min erfaring er det interessant å arbeide med minoritetspasienter, men jeg opplever at møte med pasientene kan være utfordrende og annerledes enn møte med etnisk norske pasienter. Mitt utgangspunkt for å gjøre denne studien er nysgjerrighet på forholdet mellom helsetjenestens ideal om likeverdig tjenester til alle (helseforetaksloven §1), og den flerkulturelle realitet i fødselsomsorgen. Jeg lurer på hvor godt rustet vi er til å møte dette kravet.

### **Opplegg**

Jeg ønsker å gjøre intervju med jordmødre i føde/barselseksjonen både ved Drammen sykehus og ved Bærum Sykehus- gjerne i gruppe (5-6 personer) og enkeltintervju. Hvis det ikke er mulig med gruppe, er jeg svært takknemlig for enkeltintervju (5-6 intervju).

Jeg har jobbet mange år som jordmor på Bærum sykehus, og nå for tiden er jeg på Bærum som praksisveileder for jordmorstudentene.

Jeg håper at noen av dere kunne tenke dere å være med. Intervjuet tar ca en time.

Undersøkelsen er helt frivillig, og de som deltar kan når som helst trekke seg. Personvern ivaretas i samsvar med gjeldende regler om taushetsplikt, og alle opplysninger blir behandlet konfidensielt. Datainnsamlingen avsluttes forhåpentligvis i april 2013 evt første del av mai. Hvis noen er interessert, så send meg en sms eller en mail, så tar jeg kontakt med dere.

De dagene dere er på jobb, vil jeg ta kontakt med avdelingen for å høre om det er muligheter for at dere kan gå fra en times tid.

Vennlig hilsen  
Nina Lauritzen

**Hvordan opplever og erfarer jordmødre møtet med kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn i en fødeseksjon i sykehus?**

**Nina Lauritzen**

**Diakonhjemmets Høgskole**

**Masteroppgave**

**Masteroppgave i Verdibasert ledelse MAVERD 599**

**Veileder: Professor, dr.polit Olav Helge Angell**

**Antall ord: 19 470**

**Innlevering: 4 mai 2015**

## Sammendrag

Denne studien handler om jordmødrenes møte med etniske minoritetspasienter i to fødeseksjoner i sykehus. Det er jordmødrenes opplevelse og erfaring i dette møtet som har blitt undersøkt. Dataene ble samlet inn gjennom kvalitative intervju med 9 jordmødre. Resultatene i undersøkelsen viser at jordmødrenes møte med kvinner med minoritetsbakgrunn blir erfart både positivt og vanskelig. Positive temaområder er særlig knyttet til tillit og takknemlighet, mens problemområdene er knyttet til kommunikasjonsbarrierer, negative holdninger og annerledes kulturell bakgrunn som kjønn og roller, smerteuttrykk og de mange besøkende. Mangelen på felles språk er en av de største utfordringene i forhold til pasienter med minoritetsbakgrunn. Daglig møter jordmødre vanskelige valgsituasjoner og dilemmaer i arbeidet sitt. Det kan være pårørende som ikke følger sykehusets rutiner, tradisjoner som bryter sterkt med den norske kvinnerollen, vurdering av smerteuttrykk og at det finnes negative holdninger til minoritetspasientene blant ansatte. Jordmødrene rapporterer mest om negative holdninger som kommer til syne gjennom nedlatende uttalelser og ytringer. De håndterer etiske dilemmaer på ulike måter. Jordmødrene opplever at de har mangelfull kompetanse i forhold til pasienter med minoritetsbakgrunn, og at avdelingen har hatt manglende opplæring i forhold til denne pasientgruppen. Kompetanse som etterlyses spenner fra kunnskap om andre kulturer og land, kulturforståelse, religion og tradisjon og flerkulturell kommunikasjon. Jordmødrene ønsker seg møteplasser der det er rom for å drøfte ulike temaer knyttet til minoritetspasienter. Arbeidserfaring i seg selv fører ikke til at jordmødre får tilstrekkelig kulturell kompetanse, men det ser ut for å være en sammenheng mellom kulturell utdanning, og kunnskap og forståelse for minoritetspasienter. De ansatte ser behovet for at flere jordmødre med annen kulturell bakgrunn blir ansatt i avdelingen. Fødselsomsorgen skal yte likeverdig fødselsomsorg til alle som trenger det, uavhengig av etnisk bakgrunn. Dette betyr at lederen har en viktig oppgave som verdibærer og verdiformidler. Lederens evne til å uttrykke sykehusets verdier og visjoner til ansatte, og skape rom for refleksjonsprosesser rundt jordmødrenes egen praksis, holdninger og verdier vil bidra til å utvikle verdibevissthet og god praksis. I en verdibasert lærende organisasjon lærer jordmødrene av sine suksesser og feil, og bruker denne lærdommen til å oppnå god og likeverdig pasientbehandling.

## **Abstract**

This study is about the midwife's encounter with ethnic minority patients in two maternity units at the hospital. The thesis is about the experience the midwives has gained by these encounters.

The data were collected through qualitative interviews with 9 midwives. The results of these interviews show that the meetings the midwives has had with females who has a minority background is being received as both good and bad.

The positive topics are particularly associated with trust and gratitude, while the negative areas are related to communication barriers, negative attitudes and different cultural backgrounds such as gender roles, pain expression and the many visitors. The lack of common language is one of the biggest challenges in relation to patients from minority backgrounds. The midwives are daily met with difficult choices and dilemmas.

It may be with relatives who do not follow hospital policy, traditions that strongly violate with the Norwegian woman, assessment of pain expression and it may be negative attitudes towards minority patients among the employees. The midwife's reports are mostly about negative attitudes that appear through condescending statements.

They handle ethical dilemmas in various ways. The midwives feel that they have insufficient expertise when it comes to patients from minority groups, and that the department have a lack of training when it comes to this group of patients. What they want is knowledge, all from information regarding other cultures and countries, cultural, religion and tradition and multicultural communication.

The midwives wants a place where they have room for meeting and discussing various topics related to patients with multicultural backgrounds.

Work experience alone is not enough for them to receive adequate cultural competence, but there seems to be a context between culture-related education, and knowledge and understanding of minority patients.

The employees see the need of having more midwives with different cultural background being in their department. The maternity care is supposed to provide equal maternity care to all who needs it, regardless of ethnic background. This means that the manager has an important task as the person carrying out the hospitals values.

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
Abstract.....	3
Forord.....	6
1 Innledning.....	7
1.1 Tema og bakgrunn for studien.....	7
1.2 Forskningsstatus.....	9
1.3 Studiens problemstilling.....	13
1.4 Avgrensning og utdypning av problemstillingen.....	15
1.5 Videre oppbygging av oppgaven.....	16
2 Teoretisk perspektiv.....	17
2.1 Helselovgivningen.....	1
7	
2.2 Kultur og kommunikasjonsteoretisk perspektiv.....	18
2.2.1 Kommunikasjon.....	19
2.2.2 Tverrkulturell kommunikasjon.....	20
2.2.2 Tverrkulturell kompetanse.....	20
2.2.4 Steriotypier og fordommer.....	21
2.2.5 Etnosentrisk og kulturel relativistisk perspektiv.....	22
2.2.6 Kultursensitivitet.....	23
2.3 Etiske perspektiver.....	23
2.3.1 Likeverdig fødselsomsorg.....	23
2.3.2 Etisk dilemma og utfordring.....	25
2.3.2 Empati.....	25
2.4 Verdibasert ledelse.....	25
3 Metode.....	27
3.1 Datainnsamling.....	27
3.2 Utvalg av jordmødre.....	27
3.3 Gjennomføring av intervjuene.....	28
3.4 Metoderefleksjon.....	28
3.5 Forskningsetikk.....	29
4 Kontekst.....	30
4.1 Fødsel.....	30
4.2 Fødsel i et flerkulturelt perspektiv.....	30
5 Presentasjon og analyse av datamaterialet.....	32
5.1 Hva jordmødrene opplever og erfarer som positivt i samhandlingen med kvinner med minoritetsbakgrunn.....	32
5.2 Hva jordmødrene opplever som vanskelig i møtet med kvinner med minoritetsbakgrunn.....	35
5.2.1 Kulturforskjeller.....	35
5.2.2 Språkbarrierer i møte med minoritetskvinner.....	46
5.2.3 Bruk av profesjonell tolk.....	49
5.2.4 Negative holdninger til kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn.....	52



5.3 Jordmødrenes vurdering av egen kompetanse.....	56
5.3.1 Kunnskap som etterlyses.....	56
5.3.2 Opplæring i avdelingen.....	57
5.4 Hvordan aktualiserer dette verdibasert edelse.....	60
5.4.1 Lederens rolle, oppgaver og lederforankring.....	61
5.4.2 Verdibasert ledelse i et refleksjons og æringsperspektiv.....	61
6 Konklusjon.....	64
6.1 Implikasjoner for praksis.....	65
Litteraturliste.....	67
Vedlegg.....	73

## Forord

"Når jeg møter nye mennesker, forsøker jeg alltid å møte dem med utgangspunkt i det basale, i det som vi har felles. Vi har alle en fysisk kropp, et sinn og følelser. Vi er alle født på samme måte, og vi skal alle dø. Vi ønsker alle et lykkelig liv, og vi har ikke lyst til å lide. Når jeg ser dem jeg møter, på denne måten, og ikke undrestreker forskjellene som faktisk er der, for eksempel at jeg selv er tibetaner eller at jeg har en annen hudfarge, religion og kulturell bakgrunn enn dem, gir jeg meg selv mulighet til å møte den andre som om det var meg selv. Når jeg forholder meg til en fremmed på denne måten, opplever jeg at det blir mye lettere for oss å kommunisere og å utveksle tanker".

(Dalai Lama 1998 , sitert i Jensen 2001:129).

Arbeidet med masteroppgave i verdibasert ledelse har vært en spennende og lærerik prosess. På en måte har jeg lært et helt nytt fagfelt å kjenne, og det har vært tidkrevende, også fordi det skjedde så mye på veien til slutført oppgave.

Mitt valg av tema har ikke vært tilfeldig. Mine tre barn fra hver sin verdensdel har vært med på å bidra til interesse for det flerkulturelle.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til min dyktige veileder Olav . Din store tålmodighet, og varme, og selvfølgelig kompetanse har gjort at jeg har klart å levere denne oppgaven. Tusen takk.

Jeg vil takke mine informanter for gode samtaler og viktige innspill. Når jeg snakker med dere, blir jeg stolt å være en del av et slikt fagfellesskap.

Jeg vil selvfølgelig også takke min kjære mann for å holde ut og støtte meg gjennom denne tiden, og mine kjære barn som har åpnet mitt sinn og forhåpentligvis gitt meg større innsikt.

4. mai 2015,

Nina Lauritzen

# 1 Innledning

## **Forespørsel om å få intervju jordmødre ved Fødeavdelingen Bærum sykehus (tilsvarende til Drammen)**

Jeg søker om å få intervju jordmødre ved fødeavdelingen ved Bærum sykehus i forbindelse med min masteroppgave.

Studiens overordnede spørsmål er *hvordan jordmødrene opplever og erfarer møtet med kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn i en fødeavdeling i sykehus.*

Jeg ønsker å se på samhandlingen mellom jordmødre og innvandrerpasienter fra et tjenesteperspektiv.

### ***Studiens hovedformål***

Styrke flerkulturell kunnskap og ferdigheter hos jordmor, bidra til økt trygghet og kompetanse i møte med minoritetskvinner, og på den måten bidra til en mer kultursensitiv og likeverdig fødselsomsorg.

Jeg er masterstudent i verdibasert ledelse ved Diakonhjemmets Høgskole, Institutt for Diakoni og ledelse. I tillegg arbeider jeg som fagutviklingsjordmor ved føde/barselavdelingen ved Drammen Sykehus, og som veileder ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultetet for helsefag, Institutt for helse, ernæring og ledelse ved Jordmorutdanningen.

Min veileder ved Diakonhjemmets Høgskole er professor Olav Helge Angell.

### ***Bakgrunn for valg av tema:***

Andelen pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn er stigende. Ved inngangen til 2011 hadde 12% av befolkningen i Norge innvandrerbakgrunn. 70% av landets innvandrere eller norskfødte med innvandrerbakgrunn er bosatt i Helse Sør-Østs opptaksområde, og innvandrertettheten er størst i sykehusområdene Oslo, Akershus og Vestre Viken (Oslo Universitetssykehus 2011:4). Ut fra min erfaring er det interessant å arbeide med minoritetspasienter, men jeg opplever at møte med pasientene kan være utfordrende og annerledes enn møte med etnisk norske pasienter.

Mitt utgangspunkt for å gjøre denne studien er nysgjerrighet på forholdet mellom helsetjenestens ideal om likeverdig tjenester til alle (helseforetaksloven §1), og den flerkulturelle realitet i fødselsomsorgen. Jeg lurer på hvor godt rustet vi er til å møte dette kravet.

### ***Problemstillingen belyses gjennom fire forskningsspørsmål:***

1. Hva opplever jordmødrene som positivt/vanskelig i samhandlingen med kvinner med minoritetsbakgrunn?
2. Hvilke etiske dilemmaer/problemer står jordmødrene overfor i denne samhandlingen, og hvordan håndterer jordmødrene dette?
3. Hvordan vurderer jordmødrene sin kompetanse relatert til pasienter med minoritetsbakgrunn for å møte kravet om å yte likeverdig fødselshjelp?

#### 4. Hvordan aktualiserer dette verdibasert ledelse?

##### **Opplegg**

Studiens overordnede spørsmål belyses gjennom fire forskerspørsmål. Undersøkelsen blir gjennomført som en kvalitativ intervjuundersøkelse. I denne studien vektlegges fortolkende tilnærming til datamateriale, og tilnærmingen bygger på hermeneutisk vitenskapsteori som går ut på å finne mening og skape forståelse.

Jeg ønsker å gjøre 2 fokusgruppeintervju med jordmødre i føde/barselavdelingen ved Drammen sykehus og 2 fokusgruppeintervju ved Bærum Sykehus. Jeg ønsker også å gjøre 1-2 enkeltintervju på hvert av sykehusene.

Undersøkelsen er helt frivillig, og de som deltar kan når som helst trekke seg. Personvern ivaretas i samsvar med gjeldende regler om taushetsplikt, og alle opplysninger blir behandlet konfidensielt. Datainnsamlingen avsluttes april 2013.

Med vennlig hilsen

Nina Lauritzen  
tlf. 95202112 nina.lau@online.no