



Universitetet
i Stavanger

IDA KRISTINE NEEMA MALDE & MARIA LØVIK SALTE
VEILEDER: GUN INGELA JOBE, FØRSTEAMAUENSIS I HELSEVITENSKAP

Å møte en flyktning i fødsel

Jordmødres erfaringer med kvinner
som har flyktet fra krigen i Ukraina

Masteroppgave, 2024
Master i Jordmorfag
Universitetet i Stavanger
Det Helsevitenskapelige Fakultet

Antall ord: 16 860



Forord

Det har vært lærerikt, spennende og tidvis krevende å jobbe med denne masteroppgaven. Vi opplever at prosessen har bidratt til utvikling og nye erfaringer, både faglig og personlig. Vi ønsker å takke alle som har bidratt til gjennomføringen av masteroppgaven vår. Takk til jordmødrene som har stilt frivillig til intervju og delt av tiden og erfaringene sine. Særlig takk til lærere og medstudenter ved Universitetet i Stavanger som har gitt oss inspirasjon og nyttige tilbakemeldinger underveis på masterseminarer. Vår veileder Gun Ingela Jobe har vært svært tilgjengelig for oss, og gitt oss gode råd og konstruktive tilbakemeldinger underveis i prosessen. Vi vil derfor rette en stor takk til henne for betydningsfull støtte og veiledning.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Hensikt og problemstilling.....	4
2. Teoretisk perspektiv	5
2.1 Midwifery Model of Woman-Centered Care.....	5
2.2 Culture Care Theory.....	7
3. Metode	8
3.1 Design.....	8
3.2 Deltakere.....	8
3.3 Innsamling av data.....	10
3.4 Dataanalyse.....	11
3.5 Forskningsetiske vurderinger.....	13
4. Resultater	16
4.1 Å lære å kjenne kvinnen.....	16
4.1.1 Møter som gir inntrykk.....	16
4.1.2 Utforske likheter og ulikheter.....	18
4.1.3 Det lille ekstra.....	20
4.2 Å håndtere språkbarrieren.....	22
4.2.1 Konsekvenser av å ikke forstå.....	22
4.2.2 Bruken av tolk under fødsel.....	23
4.2.3 Kommunikasjon uten ord.....	25
5. Diskusjon	26
5.1 Metodediskusjon.....	26
5.2 Resultatdiskusjon.....	30
5.2.1 Å lære å kjenne kvinnen.....	30
5.2.2 Å håndtere språkbarrieren.....	36
6. Konklusjon	44
7. Referanser	46
Vedlegg	52

SAMMENDRAG

Bakgrunn og hensikt:

Siden krigen i Ukraina brøt ut i februar 2022, har over 72 000 flyktninger kommet til Norge. Flere av disse er representert blant Norges fødepopulasjon. Fordi dette tenkes å være en sårbar gruppe, er det nyttig å lære om hvordan jordmødre kan møte disse kvinnene under fødsel. Hensikten med denne studien er å utforske jordmødres erfaringer med kvinner i fødsel, som tidligere har flyktet fra krigen i Ukraina.

Metode:

Det ble benyttet et kvalitativt design på studien. Data ble innhentet fra åtte jordmødre ved hjelp av semistrukturerte dybdeintervju. Innholdsanalysen til Graneheim og Lundman ble brukt som analysemetode.

Resultat:

Jordmødrene i studien belyste viktigheten av å være villig til å bli kjent med kvinnens bakgrunn og identifisere hennes individuelle behov. De erfarte at språkbarrieren ble et hinder for å utøve den omsorgen de ønsket, i møte med fødekvinnene fra Ukraina.

Konklusjon:

Det fremkommer at flere jordmødre opplevde at kvinnene i varierende grad kunne bære med seg traumer fra krig, og at de var i en ukjent kulturell kontekst. De opplevde et behov for å gi fødekvinnene ekstra støtte og omsorg under fødsel. Jordmødrene erfarte at tilstedeværelse var av betydning. Jordmødrene mente at språkbarrieren kunne påvirke kvinnens rettigheter under fødsel, og kunne føre til misforståelser. I tillegg kom det fram at det ble brukt lite kvalifisert tolk i fødselsforløpet, ofte fordi partner eller flerspråklige ansatte ble brukt som tolk. Økonomi og tilgjengelighet ble problematisert som utfordringer ved bruk av tolk.

Nøkkelord: Jordmødre, fødsel, flyktninger, Ukraina, kvalitativ

ABSTRACT

Background and aim:

The war between Russia and Ukraine escalated in February 2022. Since then 72 000 refugees from Ukraine have migrated to Norway. Many of these refugees will give birth while living in Norway. These women can be defined as vulnerable, and consequently it would be advantageous for midwives to learn how to better care for refugee women. The aim of this study is to explore midwives experiences caring for women in labour, who migrated from the war in Ukraine.

Method:

The methodical approach is a qualitative design. To explore the midwives experiences, eight midwives were interviewed. The Content Analysis Method of Graneheim and Lundman was used.

Results:

The midwives in the study highlighted the importance of being willing to get to know the woman´s background, and identify her individual needs. The language barrier was an obstacle for quality of care in their interactions with birthing women from Ukraine.

Conclusion:

It becomes apparent that several midwives experienced some women as traumatized due to experiences from the war, and it might be challenging to give birth in an unfamiliar cultural context. They felt additional need to care for and support the woman in labour, and experienced their own presence as important. They worried the language barrier could affect the woman´s rights during childbirth, and could lead to misunderstandings. Evidently professional interpreters were rarely used during labour, as partners or bilingual midwives were used as substitutes. Economy and insufficient availability were observed as obstacles to the use of interpreters.

Keywords: midwives, refugees, childbirth, labour, qualitative, Ukraine

1. Innledning

Det er noe interessant med de øyeblikkene som oppstår når mennesker møtes. Jordmødre på fødeavdelingen er en yrkesgruppe som er så heldige å få muligheten til å bli kjent med nye mennesker på jobb hver dag. Hver fødselssituasjon er unik, og det blir alltid et nytt mellommenneskelig møte på fødestuen. Det er jordmoren sin jobb å hjelpe fødekvinnen gjennom fødselen. Alle kvinner har ulike behov og opplevelser. Hvordan jordmoren tenker og løser situasjonen på fødestuen avhenger av henne, og samarbeidet med kvinnen. Men hva gjør hun hvis kvinnen akkurat har flyktet fra krig? Hvilke erfaringer har jordmor i møte med disse kvinnene i fødsel?

I løpet av vår tid som jordmorstudenter har vi opplevd å møte kvinner i fødsel som kommer fra andre kulturelle og språklige bakgrunner. Noen av disse har også flyktet fra krig. Vi har erfart at slike møter er spennende, samtidig som det utfordrer oss som helsepersonell. Erfaringsmessig kan aktiv fødsel være en krevende situasjon for både kvinnen og jordmoren. Ofte får fødekvinner en jordmor som ikke kjenner henne eller hennes bakgrunn, likevel må jordmoren etter beste evne forsøke å tilpasse seg kvinnen, og hjelpe henne gjennom fødselen. Det kan tenkes at bakgrunn fra krig kan ha påvirkning på fødselsforløpet, og vi lurte derfor på hvordan jordmødre erfarer og håndterer dette. Som fremtidige jordmødre, opplever vi at det kan være nyttig å bevisstgjøre oss selv på hvordan vi kan møte fødende flyktningkvinner fra krigsrammede land på best mulig måte. Vi ønsker og håper at erfaringene som kommer frem kan være til hjelp for oss selv og andre i yrkesutøvelsen som jordmor.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Aldri før har så mange mennesker på verdensbasis vært på flukt, det er i dag registrert over 108 millioner flyktninger. Årsaker til dette bunner i krig, forfølgelser, konflikter, vold, menneskerettsbrudd, klimakriser og andre konflikter verden over. De forente nasjoner, FN, sin flyktningkonvensjon definerer en flyktning som en person som har vært nødt til å forlate hjemlandet sitt på grunn av krig og forfølgelse, enten på grunn rase, religion, nasjonalitet, politisk ståsted eller tilhørighet til en sosial gruppe (FN-sambandet, 2023). Å flykte fra hjemlandet sitt på grunn av krig kan oppleves som et kriseforløp og en stressende hendelse. Dette kan være belastende både for den fysiske og psykiske helsen. Et oppbrudd fra det som er kjent og kjært i hjemlandet kan føre til flere store sosiale, kulturelle og psykologiske tap (Hanssen, 2019, s.17-18). Over 5,1 % av Norges befolkning har bakgrunn som flyktning, og helsepersonell i jobbsammenhenger vil møte på mennesker som har flyktet fra krig (Statistisk sentralbyrå, 2023b).

Siden 2014 har det vært en konflikt mellom Russland og Ukraina. Konflikten eskalerte til fullskala krig 24. februar 2022, da Russland gikk til angrep mot Ukraina (Andreassen, 2024). Krigen i Ukraina har forårsaket den raskeste utstrømmingen av mennesker på flukt, siden andre verdenskrig (FN-sambandet, 2023). Over 7 millioner ukrainere er drevet på flukt fra landet som følge av krigen (Hernes et al., 2022, s.7). Tall fra januar 2024 viser at Norge har tatt imot 72.381 flyktninger fra Ukraina, siden krigen brøt ut (Utlendingsdirektoratet, 2024). Flertallet av disse er under 40 år (Statistisk sentralbyrå, 2023a). I tillegg er det en betydelig overvekt av kvinner som utgjør 79 % av flyktningene (Hernes et al., 2022, s.7). Noen av flyktningene er gravide og er dermed representert i Norges fødepopulasjon (Sanitetskvinnene, 2022). I følge World Health Organization, WHO, er ofte flyktninger utsatt for dårligere tilgang til helsetjenester. For mange av dem er svangerskaps- og fødselsomsorg det første møtetpunktet med helsevesenet i det nye landet (World Health Organization, 2022a). Menneskerettighetsloven skal sikre at alle, inkludert flyktninger, har rett til helsehjelp, deriblant fødselsomsorg (Menneskerettsloven, 1999, Art 12). Det kan derfor antas at noen jordmødre i Norge har møtt, og kommer til å møte flyktninger i fødselssituasjoner, som tidligere har flyktet fra krigen i Ukraina. Disse kvinnene er sårbare fordi de skal føde i et nytt land, og er i en kaotisk livssituasjon (Sanitetskvinnene, 2022). I tillegg regner WHO med at krigen i Ukraina har- og vil forårsake, eller forverre psykiske helseproblemer hos flyktningene (World Health Organization, 2022b). Flere kvinner fra Ukraina har vært nødt til å forlate

partnere som har blitt igjen for å kjempe for landet sitt (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2022). Dermed kan det tenkes at flere kvinner må føde uten partner til stede.

Det er forsket svært lite på flyktninger fra krigen i Ukraina, særlig innenfor jordmorfaget. Det er imidlertid publisert en norsk rapport som viser til forskning om ukrainske flyktninger sine erfaringer, etter den første tiden som flyktninger i Norge. Forskningen er ikke knyttet til fødselsomsorgen, men viser til generelle erfaringer og utfordringer knyttet til å bosette seg i Norge. Blant annet belyses utfordringer med å navigere i offentlige tjenester i ett nytt land. Det fremheves som særlig utfordrende for dem å finne informasjon tilpasset deres språk (Hernes et al., 2022, s. 7-9).

Det finnes forøvrig forskning som omhandler flyktninger fra andre land, der hovedfokuset er kvinners erfaringer relatert til svangerskap - og barseltid. Blant annet beskriver tidligere forskning at flyktninger i svangerskapsomsorgen er en særlig sårbar gruppe, som kan bære med seg psykiske utfordringer. I tillegg kan det være utfordrende for kvinnene å navigere gjennom språkbarriere og for dem, et ukjent helsesystem (Kasper et al., 2022, s. 1). Annen forskning viser at det kan være høy forekomst av posttraumatisk stresslidelse hos flyktningkvinner, fordi de kan ha vært utsatt for traumer som følge av krigshandlinger. Disse erfaringene kan ha påvirkning på både svangerskapet, og overgangen til å bli foreldre (Blackmore et al., 2022, s. 197).

Av tidligere forskning som omhandler flyktninger i fødsel, er det blant annet funnet en studie som forklarer viktigheten av at jordmor møter fødekvinnene på en kultursensitiv måte, og utøver kvinnesentret omsorg (Rogers et al., 2020, s. 1358-1360). Annen forskning viser at flyktningkvinner opplever det problematisk med utfordringer relatert til kommunikasjon under fødsel. Det er viktig for flyktningene i fødsel at jordmor møter de med respekt for sin kultur. Relasjonen med jordmor og kontinuitet er av stor betydning for kvinnene (Briscoe & Lavender, 2009, s. 22). Jordmødre står i en unik posisjon til å støtte og trygge flyktningkvinner. Noen kan føle seg utrygge i fødsel dersom det er språkbarriere, og forskningen belyser viktigheten av at jordmor tilrettelegger for kommunikasjon (Evans et al., 2022, s. 510).

Det finnes mindre forskning som omhandler jordmødres erfaringer i møte med flyktninger under fødsel. Blant forskning som finnes, kommer det frem at jordmødrene opplever at det kreves mer av dem å ha ansvar for flyktningkvinnene i fødsel. Språkbarriere og kulturforskjeller blir særlig fremhevet som utfordringer (Yanikkerem & Selçuk, 2023, s. 3). Siden flyktninger fra krigen i Ukraina kan bære med seg erfaringer fra krig, i tillegg til det å være i et nytt land, kan det tenkes at de er en sårbar gruppe å møte i fødsel. På grunn av dette kan det være interessant å lære om hvordan jordmødre erfarer å møte disse kvinnene.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å undersøke hvordan jordmødre i Norge erfarer å møte krigsrammede kvinner i fødsel. Vi har valgt å fokusere på kvinner som har flyktet fra krigen i Ukraina etter februar 2022, fordi det er dagsaktuelt, og vi vet at dette er mennesker vi kan møte på jobb. Videre i studien vil «fødekvinne», «kvinner» eller «flyktninger» omtales, og da menes det kvinner i fødsel, som har flyktet fra krigen i Ukraina etter at krigen brøt ut. Fordi det allerede finnes noe forskning innenfor svangerskap- og barseltid, er derfor denne studien avgrenset til å omhandle fødselsfasen. Dette, for å utforske et nytt perspektiv og bidra til ny kunnskap. Siden det kan være en sårbar gruppe, lurer vi på hvordan jordmødre i Norge opplever å ha disse kvinnene i fødsel, og tenker det kan være nyttig å lære fra andre jordmødres erfaringer. Dette kan gi oss verdifull kunnskap, og gi innsikt i hvordan vi kan møte flyktningkvinner på en god måte, og skape trygghet under fødselsforløpet.

Med bakgrunn i det som er presentert innledningsvis er problemstillingen for denne studien: *«Hva er jordmødres erfaringer med kvinner i fødsel, som tidligere har flyktet fra krigen i Ukraina?»*

2. Teoretisk perspektiv

2.1 Midwifery Model of Woman-Centered Care

Midwifery model of Woman-Centered Care, MiMo-modellen, er en teoretisk modell som kan brukes som et verktøy for jordmor til å utøve omsorg (Lundgren et al., 2022, s. 2). Modellen er basert på teorien om Woman-Centered Care som handler om å sette kvinnens egne behov, ambisjoner og forventninger i sentrum. Woman-Centered Care belyser kvinners rett til å ha kontroll, ta egne valg og ha kontinuitet i omsorgen som er rettet mot henne selv og det ufødte- og fødte barnet (Maputle & Hiss, 2013, s. 4-5).

MiMo-modellen består av to ytre komponenter som rammer inn tre indre komponenter. De to ytre danner bakgrunnsteppet og forutsetning for de tre indre komponentene. De to ytre komponentene er balansegang og jordmors anerkjennelse av den kulturelle konteksten. Balansegang handler om hvilke grep jordmor trenger for å fremme kvinnesentrert omsorg. Den kulturelle konteksten handler om hvilke normer som er vanlig for kvinnen i fødsel, fordi kulturelle normer kan både være fremmende og hemmende (Berg et al. 2012, s. 80-85).

De tre indre komponentene handler om å fremme fødselsomgivelsene, skape en gjensidig relasjon mellom jordmor og kvinnen og jordmors tidligere kunnskap og erfaringer. Disse komponentene kan forstås alene, men må også ses i sammenheng fordi de utfyller hverandre når det gjelder faktorer som setter kvinnens behov i sentrum (Berg et al., 2012, s. 80-85; Lundgren et al, 2022, s. 2-3).

Den første indre komponenten handler om å tilrettelegge for fødselsfremmende omgivelser. Det vil si å skape en rolig, trygg og sikker fødselsatmosfære, som kan bidra til å fremme den normale fødselen. Dersom omgivelsene og jordmor er rolig, kan det bidra til kvinnens velvære. Sikkerhet kan fremmes ved medisinsk-teknisk utstyr, samt profesjonell kunnskap ved at jordmor viser at hun er trygg i faget sitt. Dersom jordmor utstråler trygghet, kan kvinnen føle seg trygg (Berg et al. 2012, s. 83-84).

Den andre indre komponenten handler om jordmors evne til å bli kjent med, og skape en relasjon med kvinnen. På denne måten kan jordmor lære hva som er viktig for kvinnen og familien hennes. Optimalt bør det tilstrebes en gjensidig relasjon. Den kan jordmor opparbeide

seg gjennom å være tilstede, tilgjengelig, gi bekreftelse og sørge for at kvinnen tar del i sin egen behandling. Jordmor har en viktig rolle i å hjelpe kvinnen til å finne frem sin indre styrke og troen på seg selv til å kunne føde (Berg et al. 2012, s. 80-83).

Den siste indre komponenten handler om jordmor sin kunnskap og erfaringer. Jordmorens viktigste egenskap er å kunne bruke kunnskapen og erfaringen sin til å tilpasse seg hver enkelt fødekvinnes behov. Hun bærer med seg både medisinske- og praktiske ferdigheter, samt livserfaringer, i møte med fødekvinne. I tillegg bruker jordmor sin innebygde intuisjon, der hun bruker sansene sine som verktøy i møte med fødekvinne (Berg et al. 2012, s. 84-85).

Vi kommer til å anvende ordet MiMo-modellen når modellen refereres til videre i studien.

2.2 Culture Care Theory

Culture Care Theory er en teori som er utarbeidet av Madeleine Leininger, den bygger på det kulturelle aspektet i møtet mellom helsepersonell og pasienten (Leininger, 2006, s. 1). Teorien utfordrer helsepersonellet til å utforske og oppdage holistiske og kulturelle aspekter hos pasienten. Den bygger på kunnskap om hva omsorg er, og hvordan den kommer til uttrykk i ulike kulturer. Dette er kunnskap helsepersonellet bør kjenne til for å kunne møte pasienter fra andre land og kulturer på best mulig måte (Leininger, 2006, s. 8). Teorien er ment for å kunne veilede helsepersonellens utøvelse av omsorg gjennom tankegang, praksis og forskning (Leininger, 2006, s.3). Den belyser viktigheten av å lytte med et åpent sinn til det pasienten forteller, lære fra dem, og ikke påtvinge dem helsepersonellens egne meninger.

Helsepersonellet bør være i en kontinuerlig dialog med pasienten, for å være sikker på at det er en gjensidig forståelse av situasjonen (Leininger, 2002, s. 190).

Ved å utforske og sette ord på ulike og universale kulturelle omsorgsfaktorer, kan helsepersonellet være med å påvirke pasientens helse og velvære. Målet er at helsepersonell kan anvende forskning og egen erfaring for å kunne utøve kulturelt kongruent, trygg, meningsfull omsorg til alle pasienter, uavhengig av kultur eller bakgrunn (Leininger, 2002, s. 190). Teorien handler om helsepersonellens evne til å tenke kreativt og individualisert i møte med alle mennesker. Den legger til grunn tre områder som kan påvirke helsepersonellens utøvelse og handlingsvalg av omsorg til pasienten. Det første er å utforske og ivareta pasientens *kulturelle behov*, ved at de på best mulig måte forsøker å legge til rette for hva pasienten opplever som viktige verdier og praksiser, og tilpasse seg dette. Det andre går ut på *kulturell forhandling*, som handler om helsepersonellens evne til å imøtekomme eller forhandle om ulike kulturelle aspekter, uten at det går ut over pasientsikkerheten og pasientens helse. Det siste handler om endret *kulturelle mønster*. At helsepersonellet hjelper pasienten til å oppdage og eventuelt endre på mønster eller rutiner slik at det kan være til hjelp for pasientens videre levemåte eller praksis. Oppsummert er det viktigste med Leininger sin teori å utøve kulturell kongruent omsorg som helsepersonell, fordi det utelukkende kan ha innvirkning på pasientens velvære (Leininger, 2006, s. 7-8)

3. Metode

3.1 Design

Det var problemstillingen som var utgangspunktet for metodevalget i denne studien (Kvale & Brinkmann, 2015, s.140). Siden studien fokuserte på jordmødrenes erfaringer, ble en kvalitativ metode ansett til å være den best egnede metoden. En kvalitativ metode består av analyser, beskrivelser og fortolkninger av fenomenets karaktertrekk, kvaliteter og egenskaper. Materialet blir presentert som tekst som baseres på observasjoner eller samtaler (Malterud, 2017, s. 30). Det passet dermed godt å anvende en kvalitativ metode i denne studien da målet med en kvalitativ metode handlet om å få frem objektenes subjektive erfaringer, forventninger, tanker og holdninger om temaet (Malterud, 2017, s. 31). Siden hensikten var å få frem jordmødrenes erfaringer og tanker, ble det vurdert at individuelle, semistrukturerte dybdeintervju var den beste måten å tilegne seg denne informasjonen på.

Det har blitt benyttet en induktiv tilnærming i denne studien. Det vil si at dataen som er blitt undersøkt er forsøkt beskrevet så korrekt som mulig, og at den teoretiske forankringen skal komme til syne i slutten av forskningsprosessen. Den teoretiske forankringen skal bidra til å forsterke og belyse resultatene som har kommet frem i prosessen (Priebe & Landström, 2017, s. 30).

3.2 Deltakere

Det ble valgt ut deltakere som trolig kunne være til hjelp for å svare på problemstillingen på best mulig måte, altså et strategisk utvalg. Videre var det viktig at de var innenfor inklusjonskriteriene til studien (Malterud, 2017, s.58). For å sørge for et representativt utvalg ble det etablert noen inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det viktigste inklusjonskriteriet var at jordmor hadde hatt minst en kvinne i aktiv fødsel, som tidligere hadde flyktet fra krigen i Ukraina, etter februar 2022. Jordmoren måtte ha hatt ansvar for kvinnen underveis i fødselsfasen og ikke nødvendigvis helt frem til forløsningen av barnet. Fødselen måtte finne sted enten på en norsk fødeavdeling eller på vei til sykehuset. Videre ble det inkludert flerspråklige jordmødre fra Ukraina eller nærliggende land, som kunne kommunisere med fødekvinne på felles språk. Svangerskapsomsorgen og barseltiden ble ekskludert på bakgrunn av at det allerede finnes mye forskning om arbeid med flyktninger på dette området.

Det ble nødvendig å rekruttere bredt, fordi det trolig var et begrenset antall jordmødre i Norge som hadde den erfaringen som studien etterspurte. Det ble etterstrebet å intervju jordmødre fra ulike deler av landet, for å få en bred dekning og variasjon i utvalget. Det ble tatt i bruk ulike metoder i rekrutteringsprosessen. Rekrutteringsprosessen pågikk i perioden fra august til november 2023. Først ble det utarbeidet en plakat (Vedlegg 1) med QR-kode til informasjon- og samtykkeskriv (Vedlegg 2). Plakaten ble publisert tre ganger i løpet av høsten på en Facebookgruppe som heter “Jordmødre i Norge” med omtrent 3100 medlemmer. I løpet av rekrutteringsprosessen ble det kontaktet 15 sykehus i Norge som bestod av både fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker. Kontakten ble opprettet gjennom avdelingsledere enten personlig, eller via telefon og e-post. Avdelingslederne fikk spørsmål om de kunne være hjelpelige med å informere sine ansatte om prosjektet. De bidro ved at de blant annet sendte felles e-post til ansatte, hang opp plakaten på avdelingene, og informerte på fellesrapporter. Noen avdelingsledere tok også direkte kontakt med ansatte som de visste var innenfor inklusjonskriteriene.

Videre ble nettverket vårt benyttet som en del av rekrutteringsprosessen, der det ble kontaktet 15 jordmødre. Til sammen representerte de ytterligere 13 ulike sykehus. Disse jordmødrene informerte sine kollegaer, enten via sosiale medier, hang opp plakater, eller ved å informere kollegaer muntlig, på fagdager, konferanser, eller andre jordmorfaglige samlingspunkt. Medstudenter ble også spurt om de kunne reklamere for studien. Etter endt intervju, ble deltakerne også spurt om de kunne videreformidle studien vår til sine kollegaer. Det betyr at jordmødre på til sammen 28 norske sykehus har fått informasjon om prosjektet vårt.

Det endte opp med åtte deltakere til studien. De var i aldersgruppen 28 til 54 år, og hadde arbeidserfaring som jordmor fra mellom 2,5 til 27 år. Alle jordmødrene jobbet på ulike fødeavdelinger, mens noen også jobbet i kombinerte stillinger i svangerskapsomsorgen eller på barselavdelinger. Jordmødrene representerte til sammen fem ulike sykehus, fra sør til nord i landet. De var fordelt på arbeidsplasser innenfor fire helseregioner: Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Jordmødrene hadde variert erfaring med flyktninger fra krigen i Ukraina, alt fra en til flere kvinner hver. Sammenlagt omhandlet erfaringene deres minst 25 fødekvinner fra Ukraina.

3.3 Innsamling av data

Siden studien innebar å få svar på jordmødrenes erfaringer, ble den beste måten å tilegne seg data ved å intervju jordmødrene. Det ble utført individuelle dybdeintervju. Å intervju en jordmor om gangen var hensiktsmessig for å få henne til å tenke, og hente frem erfaringer. Det ble besluttet å benytte semistrukturerte intervju. Dette vil si at intervjuene var strukturert i form av at en intervjuguide ble brukt som huskeliste underveis i intervjuet (Malterud, 2017, s. 133).

Opptakstidene varte fra 18 til 34 minutter. På grunn av geografiske avstander ble fem av intervjuene gjennomført via videosamtale på Teams, mens to ble gjennomført via telefon uten videooverføring. I tillegg ble ett intervju avholdt ved fysisk oppmøte. Så langt det var mulig ble det forsøkt å imøtekomme deltakerens ønske for tidspunkt, samt plattform for gjennomføring av intervju. Dette ble bestemt i samråd med hver enkelt jordmor.

Intervjuene startet med en introduksjon av både intervjuholdere og jordmor. Videre ble jordmoren takket for at hun ville delta, og bruke tid til å dele av sine erfaringer. Jordmoren fikk muntlig informasjon om prosjektet og hennes rettigheter innenfor personvern og taushetsplikt. Den samme informasjonen hadde hun også fått skriftlig på forhånd. Det ble innhentet bakgrunnsinformasjon om jordmødrene som alder, arbeidserfaring, utdanning, og arbeidsplass. Deretter ble lydopptakeren skrudd på.

I intervjusituasjonen var det en som ledet intervjuet, mens den andre var observatør. Dermed hadde intervjueren fokus på holde samtalen flytende, mens observatøren noterte viktige stikkord og stilte oppfølgingsspørsmål underveis. Innledningsvis ble det stilt et åpent spørsmål hvor jordmødrene fikk fortelle om deres erfaringer. Spørsmålet var; «*Hvilke erfaringer har du med kvinner i fødsel som har flyktet fra krigen i Ukraina?*». Videre ble intervjuguiden brukt (Vedlegg 4) som en inspirasjon til oppfølgingsspørsmål på aktuelle temaer. Spørsmålene på intervjuguiden hadde bakgrunn i problemstillingen og var inndelt i temaer som kunne være aktuelle for å kunne svare på problemstillingen. Til tross for noen forhåndsbestemte temaer, ble det bevisst forsøkt å være åpen for det jordmødrene hadde å fortelle. For å gå mer i dybden på ulike temaer, ble det underveis mer tydelig at det var viktig med gode oppfølgingsspørsmål. Eksempel på oppfølgingsspørsmål var “kan du utdype eller fortelle mer?” eller: “hva følte du i den situasjonen?”. Det opplevdes viktig med disse

oppfølgingsspørsmålene for å få jordmoren til å reflektere mer, samt å få en dypere forståelse av jordmorens erfaringer og følelser. Dette var viktige faktorer for å få en tilfredsstillende metning av datamaterialet. God metning oppnås når det vurderes til at ytterligere datainnsamling ikke tilfører ny kunnskap og at informasjonsstyrken er rik nok til å kunne besvare problemstillingen (Malterud, 2017, s. 64-65).

3.4 Dataanalyse

Intervjuene ble transkribert, som betyr å gjøre om fra muntlig form på lydopptak, til skriftlig form. Dette måtte gjøres for å kunne analysere innholdet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206). Nettskjema sin automatiske transkribering ble benyttet som hjelpemiddel. Dette verktøyet har kunstig intelligens teknologi som omformer tale til redigerbar tekst (Universitetet i Oslo, 2023). Selv om det var et nyttig og tidsbesparende hjelpemiddel, var det likevel nødvendig med manuell redigering. Det aller meste ble transkribert ordrett fra lydopptaket av det som ble sagt under intervjuet, med unntak av opplysninger som kunne være gjenkjennbare, for å ivareta personvernet i tilfelle dokumentet mot formodning kom på avveie. Eksempel på dette var stedsnavn eller institusjonstilknytning som ble nevnt. For å opprettholde personvernet ble alle intervjuene transkribert om til bokmål, fordi jordmødrene hadde ulike dialekter. Jordmødrene ble aidentifisert i de transkriberte intervjuene ved å kalle dem «jordmor 1», «jordmor 2» og så videre (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206-207). Til slutt endte det opp med 69 transkriberte sider.

Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse ble benyttet, fordi den ble vurdert som godt egnet for det datamaterialet som var blitt innhentet. Underveis i analyseprosessen ble datamaterialet dekontekstualisert og rekontekstualisert.

Dekontekstualisering handler om å ta ut enkelte deler av datamaterialet, og sette det i sammenheng med andre deler av datamaterialet som sier noe om det samme. Når det kommer til rekontekstualisering handler det derimot å sørge for at den delen av datamaterialet som er tatt ut, samsvarer med sammenhengen det egentlig kommer fra (Lindgren et al., 2020, s. 2). Det ble forsøkt å være så tekstnært som mulig, samtidig som det ved å dekontekstualisere ble forsøkt å opparbeide ny kunnskap.

Først ble de transkriberte intervjuene fordelt, og meningsbærende enheter ble identifisert individuelt. En *meningsbærende enhet* er en meningsbærende del av teksten. Det kan for

eksempel være ord, eller setninger som utgjør en mening. Slike meningsenheter danner grunnlaget for analysen (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107-109). Da denne prosessen var ferdig, var det blitt uthentet 685 meningsbærende enheter fra de transkriberte intervjuene.

Videre ble de meningsbærende enhetene kondensert, som vil si at de meningsbærende enhetene ble omgjort til kortere tekster. De *kondenserte meningsbærende enhetene* gjorde tekstene mer håndterbare, samtidig som meningen ble bevart. Deretter ble tekstene abstrahert til *koder*. Innholdet ble så forsøkt løftet til et høyere logisk nivå, ved å abstrahere. Kodene skulle ha sammenheng med både den meningsbærende enheten og den kondenserte teksten. En *kode* ble dannet ved å bruke ett eller noen få ord som kort beskrev de meningsbærende enhetene. Kodene ble brukt som et redskap til å se på innholdet på nytt, og om innholdet stemte overens med hensikten til prosjektet (Lundman & Graneheim, 2017, s. 224-225). I denne prosessen var det viktig å sørge for en felles forståelse av de meningsbærende enhetene og kodene som skulle jobbes med videre. Frem til kodene var dannet, ble det forsøkt å være så tekstnær som mulig, og prøvde å være bevisst på å unngå å tolke innholdet for tidlig.

Tabeller med meningsbærende enheter, kondenserte meningsbærende enheter og koder ble skrevet ut, og hver enkelt rad ble klippet ut. Videre ble kodene kategorisert i underkategorier ved å samle lapper som ble oppfattet til å ha lignende innhold. Det var viktig å lage gode underkategorier slik at ingen av kodene falt mellom to underkategorier (Graneheim et al., 2017, s. 32). Denne prosessen opplevdes som aller mest utfordrende og tidkrevende. Under hele prosessen var det fokus på hva innholdet egentlig handlet om, og sorterte etter det. Det ble hyppig diskutert datainnholdets mening, og det ble ofte gjort endringer i denne delen av prosessen. Kodene ble først sortert til flere mindre underkategorier, og underveis i prosessen ble de mindre underkategoriene samlet i større underkategorier før det til slutt endte opp med seks underkategorier.

Videre i analyseprosessen ble underkategoriene analysert og samlet i større kategorier, med fokus på lignende innhold. Under denne prosessen ble det brukt særlig lang tid på bestemme hvilke underkategorier som hørte sammen. Videre skulle disse navngis til noe som ga mening, og som samtidig rommet hele innholdet i kategorien (Graneheim et al., 2017, s.32). Ved analysens slutt var de seks underkategoriene fordelt i to kategorier.

Tabell 1:

Eksempel på fremgangsmåten for hele analysen, fra meningsbærende enheter til kategorier

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Underkategori	Kategori
«Jeg har det jo i bakhodet. Jeg har jo alltid de tankene på at det kan komme opp uforutsette ting som kan skje i fødselen som.. som kan være kanskje tidligere traumer»	Har i bakhodet at det kan komme opp uforutsette ting i fødsel som kan være tidligere traumer	Tidligere traumer	Møter som gir inntrykk	Å lære å kjenne kvinnen
«Det tenkte jeg på i ettertid. For jeg kjente... nettopp på det ubehaget å ikke kunne forklare henne hvorfor vi gjorde som vi gjorde»	Tenkte på i ettertid, kjente ubehag ved å ikke forklare hvorfor	Ubehag	Konsekvenser av å ikke forstå	Å håndtere språkbarrieren

3.5 Forskningsetiske vurderinger

Det stilles strenge krav til ivaretagelse av forskningsetikk gjennom hele forskningsprosjektet, både når det gjelder planlegging og gjennomføring (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97). For å kunne sikre etisk ivaretagelse var det flere faktorer som måtte bevisstgjøres. De etiske retningslinjene fra Helsinkideklarasjonen som omfatter etiske overveielser vedrørende forskning, ble tatt hensyn til i denne studien. Viktige prinsipper som deltakernes rett til personvern, informasjon, samtykke og medvirkning står sentralt i Helsinkideklarasjonen, noe som ble ivare tatt gjennom prosessen (World Medical Association, 2022).

Det har blitt innhentet personopplysninger om jordmødrene under intervjuene.

Personopplysninger innebærer den informasjonen som kan knyttes til en person. Det kan dreie seg om lydopptak, navn, e-post adresse og tekst som kan gjøre det mulig å identifisere den personen som opplysningene omhandlet (Personopplysningsloven, 2018, § 4-1). Universitetet i Stavanger har lokal retningslinje for behandling av personopplysninger i forbindelse med masteroppgaver. Retningslinjen sa at studenter som skulle behandle personopplysninger, var

pliktet til å undersøke om prosjektet var meldepliktig til SIKT, og at prosjektet ikke kunne starte før plan om behandling av personopplysninger var godkjent (Universitetet i Stavanger, 2023). SIKT er en personverntjeneste som skal sikre at personvern og etikk blir ivaretatt i forskningsprosjekter (SIKT, u.å). Prosjektet ble endelig vurdert den 23. juli 2023, med tilbakemelding om at SIKT hadde vurdert at det var lovlig grunnlag til å behandle personopplysninger i studien (Vedlegg 3).

I tillegg til at det er et etisk krav at personopplysninger behandles konfidensielt, har deltakerne også rettigheter gjennom *Lov om behandling av personvernopplysninger* som skal sørge for at personvernet blir bevart (Personopplysningsloven, 2018, §1). Som jordmorstudenter medfølger også en lovmessig plikt til å ivareta personvernet for deltakerne gjennom taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999, §21). Under intervjuene ble det benyttet «Nettskjema» som lydopptaker. Dette er en app som har et svært høyt sikkerhetsnivå når det gjelder innlogging og oppbevaring av personopplysninger, fordi intervjuene lagres sikkert på en kryptert elektronisk database (Nettskjema, u.å). Underveis i studien ble persondata og transkriberte intervju oppbevart på en trygg måte. De ble adskilt på ulike enheter, innelåst og utilgjengelig for andre. Alle filer og dokumenter som inneholder personopplysninger skal slettes eller makuleres ved prosjektets slutt, senest innen 01. juli 2024. Deltakerne fikk informasjon om hvordan personvernet ville bli håndtert underveis i studien (Vedlegg 2). Denne informasjonen fikk de både skriftlig gjennom informasjonsskriv, og muntlig før intervjuet startet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104-105). Anonymitet ble ivaretatt ved å unngå å stille spørsmål i intervjuene som kunne avdekke sensitive opplysninger om både jordmødrene og kvinnene de hadde hatt under fødsel. I tillegg ble jordmødrene minnet på deres taushetsplikt når det gjaldt eksempler fra fødselserfaringer (Helsepersonelloven, 1999, §21).

Rekrutteringsmåten ble basert på frivillig deltakelse, det vil si at jordmødrene stilte opp på eget initiativ og ønske. Det var viktig at jordmødrene ikke skulle føle press til å delta (Kjellerström, 2017, s. 69). Informert samtykke var avgjørende for å bevare deltakernes autonomi, noe som ble forsøkt ivaretatt under hele prosessen. For at jordmødrene skulle kunne ta et informert valg om de ønsket å delta, innebar det at de fikk god informasjon om prosjektet på forhånd, både muntlig og skriftlig. Jordmødrene ble informert om at samtykke ble innhentet ved at de frivillig meldte seg til å delta, og at de på eget initiativ møtte opp for deltakelse på intervju. Samtykkeavtalen kunne gjøres både muntlig, eller skriftlig gjennom

samtykkeskjema, alt etter hva som passet deltakeren best. I tillegg fikk de informasjon om at de hadde mulighet til å trekke seg fra studien. Tidsfristen for dette var frem til analysen skulle gjennomføres (Malterud, 2017, s. 214).

Det ble bevisst forsøkt å fremstille jordmødrene eller opplysningene deres på en respektfull måte (Malterud, 2017, s. 216-217). Et av hovedprinsippene i de Generelle forskningsetiske retningslinjer sier at deltakere eller personer som omtales i forskning skal behandles med respekt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Siden jordmødres erfaringer innebar hvordan de opplevde å ha kvinnene under fødsel, var det derfor viktig at også kvinnene ble omtalt på en respektfull måte.

4. Resultater

Tabell 2:

Resultatet presentert i kategorier og underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
Å lære å kjenne kvinnen	Møter som gir inntrykk Utforske likheter og ulikheter Det lille ekstra
Å håndtere språkbarrieren	Konsekvenser av å ikke forstå Bruk av tolk under fødsel Kommunikasjon uten ord

4.1 Å lære å kjenne kvinnen

4.1.1 Møter som gir inntrykk

Jordmødrene hadde flere refleksjoner rundt det å møte krigsrammede kvinner fra Ukraina i fødsel. Flere av dem hadde forventninger på forhånd, og var spente på om kvinnenes bakgrunn og livssituasjon som flyktninger kunne påvirke fødselsforløpet. Flere jordmødre trakk frem uforutsigbarheten i møte med kvinnene, og dersom det oppstod vanskeligheter eller problemer tok de det fortløpende. De fortalte at de var bevisst på at det var viktig hvordan de møtte kvinnene, og at de var opptatt av å møte kvinnene der de var, og ut fra de behovene de hadde. En påpekte at det var viktig å ta seg tid til å høre etter. En annen sa at hun alltid prøvde å danne et bilde av kvinnen hun hadde foran seg, og prøvde å finne ut av hvem hun var. En jordmor sa at det mest spennende med jordmoryrket var at hun aldri ble utlært og at ingen dager var like. Hun beskrev at de mellommenneskelige møtene var det mest utfordrende med å være jordmor, samtidig som det var det som gjorde det givende.

Flere jordmødre sa at de hadde mediebildet fra krigen i bakhodet. De var ekstra bevisst på at kvinner fra krigsherjede områder kunne ha opplevd traumer, og kanskje bar med seg mye vonde opplevelser fra krigen. Mange var klar over at tidligere traumer og redsel kunne

fremprovoseres i fødselssituasjoner. De var bevisst på at det kunne bli vanskeligere å tåle smerte hvis kvinnen bar med seg traumer. Dette var noe jordmødrene tenkte kunne komme til uttrykk på ulike måter i fødselsforløpet. En jordmor sa at hun var opptatt av å ikke trigge frem det som var vondt av tidligere traumer. En annen tenkte at hun ville være litt mer «pålogget» og observant hvis hun hadde en kvinne i fødsel som hadde flyktet fra krig. Hun forklarte at hun var på «vakt» dersom noe kunne bli krevende for kvinnen under fødselen. Flere sa at de var klar over at noen kvinner kunne ha blitt voldtatt som en del av krigshandlinger. En jordmor understreket at hun var bevisst på at noen var mer traumatiserte enn andre, og en annen reflekterte om krigstraumer kunne avhenge av hvor lenge de hadde oppholdt seg i det krigsherjede landet før de måtte flykte. Flere av jordmødrene mente at det må ha vært krevende for kvinnene å flykte fra krig, og ha en usikker fremtid i et fremmed land. Videre la de frem at de alltid var forberedt på at alle kvinner kunne være traumatiserte av andre årsaker, uavhengig av om de har opplevd krig eller ikke.

Flere jordmødre hadde opplevd noen av kvinnene som utrygge og redde under fødselen, og de hadde da reflektert over om det var noen andre bakenforliggende årsaker. Noen av jordmødrene satte ord på at de synes det var vanskelig å si hva redselen innebar. Et par jordmødre hadde lagt merke til at noen kvinner kunne ha vært traumatiserte og hadde psykiske utfordringer som følge av krigen. En jordmor hadde merket det ved at kvinnene fortalte mye om sine opplevelser. En annen hadde opplevd at en kvinne ble trigget av høye lyder som for eksempel et helikopter utenfor sykehuset. Flere kvinner hadde fortalt til jordmødrene at de hadde mistet familie og venner i krigen, og de var redde for gjenværende familie i Ukraina. Kvinnene var særlig redde for om det skulle skje noe med partner i krigen, hvis han fortsatt var i hjemlandet. En jordmor reflekterte over at menneskesinnet kan tåle mye traume og stress og likevel være sterke. Av de jordmødrene som ikke hadde opplevd kvinnene som traumatiserte fra krig, begrunnet dette i at de trolig ikke kjente fødekvinnen godt nok, eller fordi de opplevde henne som tilsynelatende trygg og rolig. En jordmor hadde forventet at kvinnen skulle være mer utrygg enn det kvinnen ga uttrykk for.

«Ja, de bærer jo med seg litt av hvert, selv om man ikke alltid ser det på dem»

(Jordmor 2)

Det å åpne opp for at kvinnene kunne snakke om opplevelser knyttet til krigen, var det noen av jordmødrene som fremhevet som viktig. Det ble sagt at jordmødre ikke burde være redde for å

stille de vanskelige spørsmålene. En jordmor sa at hun var opptatt av å vise at hun brydde seg ved å spørre etter tanker og opplevelser, og lot kvinnene fortelle hvis de hadde lyst. Noen jordmødre sa at de underveis i fødselen orienterte seg om livssituasjonen og nettverket til kvinnen. Det ble sagt at det var en fordel for dem å vite hva kvinnene hadde vært igjennom, for å kartlegge om det var faktorer som kunne bli vanskelig både i fødselsforløpet og tiden etter. Jordmødrene som ikke snakket med kvinnene om det de hadde flyktet fra, hadde i ettertid tenkt over at de kanskje burde spurt dem mer. Andre jordmødre hadde ikke hatt dette som samtaletema under fødselen fordi det var nok å fokusere på riene, særlig hvis de overtok kvinnen i slutten av fødselsforløpet. En jordmor sa at hun tenkte mest på det kvinnen skulle gjennom på fødestuen, og ikke så mye på det hun hadde bak seg.

På ulike måter satte jordmødrene ord på at de hadde stor medfølelse for kvinnene som hadde flyktet fra krig. Det ble sagt at de følte med dem, og forstod at det måtte ha vært krevende å flykte. Samtidig reflekterte en jordmor over at kvinnene var heldige som var i Norge, når hun tenkte på hva som kunne være alternativet. En jordmor fortalte at det gjorde inntrykk da kvinnene forklarte hvordan det hadde vært å flykte fra krigen.

«Man kjente jo veldig på den sårbarheten hun hadde» (Jordmor 6)

Samtidig var det vanskelig for jordmor å forstå hva kvinnen hadde vært igjennom. En jordmor reflekterte over hvordan det ville vært for henne selv å være i samme situasjon, og hun trodde hun selv hadde følt seg utrygg. Noen jordmødre forklarte at de kjente på takknemlighet for å ha møtt disse kvinnene. Det ble også sagt at de lærte mer om takknemlighet over å få leve i fred og trygghet i Norge. En jordmor synes det å være jordmor opplevdes som en særlig takknemlig jobb i møte med kvinnene som hadde flyktet fra krigen i Ukraina.

4.1.2 Utforske likheter og ulikheter

Det kom frem at flere jordmødre hadde opplevd kulturforskjeller i møte med kvinnene, selv om landet ligger forholdsvis nært Norge. Flere tenkte at kvinnens atferd under fødsel kunne være kulturelt betinget og at det kunne være store kulturelle forskjeller innad i Europa. Andre jordmødre sa at nettopp siden Ukraina ligger så nært Norge geografisk, la de ikke merke til noen forskjeller. En jordmor la vekt på at det var viktig å huske på at kvinnene fra Ukraina også var kvinner som skulle føde, på lik linje som alle andre.

De fleste jordmødrene hadde opplevd fødekvinnene som ressurssterke og høyt utdannede. Samtidig hadde en jordmor en oppfatning av at det kunne være store individuelle forskjeller innad i Ukraina når det kom til helsekunnskaper, på grunn av variasjon av utdanningsnivå. Det ble fortalt om konkrete kulturelle forskjeller de hadde opplevd i møte med kvinnene. En jordmor hadde en oppfattelse av at folk fra Øst-Europa generelt var mer kritiske til medisiner enn nordmenn. Andre fortalte at de opplevde at kvinnene forventet mer bruk av medisiner og mer intervensjoner under fødselen. Det ble fortalt at en jordmor opplevde kvinner fra Ukraina som ekstroverte, at de pratet mye og at de kunne være mer høylytte under fødselen. Andre hadde opplevd at kvinnene ikke ønsket å være til bry, for eksempel ved å ikke ringe på for hjelp. De var alle likevel enige om at de opplevde kvinnene som tillitsfulle og åpne til å ta imot hjelp. De brukte ord som sterke, åpne og tillitsfulle for å beskrive deres opplevelse av de ukrainske fødekvinnene. Samtidig la jordmødrene vekt på at de var usikre på om de enkelte eksemplene var individuelle eller om de var kulturelt betinget. Det ble også fremhevet at det kunne være like store individuelle forskjeller mellom kvinner fra Ukraina som det var mellom kvinner i andre land og kulturer verden over.

Flere jordmødre nevnte at de var bevisst på at det kunne være kulturelle forskjeller, og at jordmødrene ikke tok det som en selvfølge at kvinnene skjønte alt som skjedde på ei norsk fødestue. Alt var uansett helt nytt for førstegangsfødende mente en jordmor. Noen fortalte om deres oppfatning av helsevesenet i Ukraina, gjennom det kvinnene hadde fortalt dem. Et par av jordmødrene fortalte at noen av kvinnene hadde sagt, at kvinnene måtte ha med seg forbruksutstyr til sin egen fødsel på sykehus i Ukraina, og at personalet forventet å få gaver etter fødselen. Jordmødrene fortalte at de fleste kvinnene de hadde i fødsel uttrykte takknemlighet over å få føde i Norge. De fortalte at noen av kvinnene var overrasket over omsorgsnivået, og den gode oppfølgingen. Et par av jordmødrene tenkte at de selv ikke hadde hatt så mye tillit til helsevesenet i et ukjent land, som de opplevde kvinnene hadde. Enkelte av jordmødrene reflekterte rundt at det sannsynligvis kunne oppleves vanskelig og smertefullt for kvinnene å være i et ukjent miljø, føde i et fremmed land og ikke kjenne til det norske helsesystemet. Flere mente det var viktig å huske på at kvinnene ikke var i sin vanlige kontekst, og at følelser kunne bli forsterket, og at det dermed kunne bli en ekstra byrde for kvinnene.

Jordmødrene sa at de forsøkte å møte kvinnene med aksept for deres kultur på en respektfull måte. I møte med eventuelle ulikheter gjorde de sitt beste for å ikke latterliggjøre det som ble opplevd som annerledes fra hva jordmødrene selv kjente til. Samtidig prøvde de å imøtekomme det kvinnene opplevde som viktig av tradisjoner fra hjemlandet, som for eksempel å svøpe den nyfødte slik de selv var vant til. Dersom noen av de kulturelle tradisjonene ikke var i tråd med norske faglige anbefalinger, prøvde jordmoren på en respektfull måte å forklare hvorfor hun ikke anbefalte det til sine fødekvinne. I slike tilfeller opplevde jordmoren at kvinnene viste forståelse og aksepterte forklaringene.

«Men jeg tenker det er veldig viktig å gi de frihet til å gjøre ting på sin måte»

(Jordmor 7)

4.1.3 Det lille ekstra

På grunn av kvinnenens bakgrunn som flyktninger, ønsket flere av jordmødrene å vise ekstra omsorg for dem. Det ble viktig for jordmødrene å skape en god relasjon med fødekvinne. Det ble beskrevet viktigheten av å bry seg om, og være der for kvinnene. En jordmor ga eksempel på at ved å lese kvinnen kunne hun se hvordan kvinnen håndterte fødselssmertene. Hun valgte å gå nærmere, hvis hun opplevde kvinnen som utrygg, eller hvis hun så at smertene ble vanskelig å håndtere. Da kunne jordmoren for eksempel sette seg ved henne, og legge hånden på ryggen, stryke eller massere henne, hvis kvinnen syntes det var greit. Hvis jordmoren derimot kunne se at kvinnen håndterte fødselen bra og hadde et fint samspill med mannen, holdt hun seg mer i bakgrunnen.

Flere jordmødre hadde opplevd at kvinnene ikke hadde pårørende eller partner med under fødselen. De fortalte at noen av disse kvinnene var alene i Norge, fordi mennene var igjen i krigen, i Ukraina. Noen forestilte seg at det trolig kunne oppleves ekstra utrygt å være i fødsel alene på et sykehus og i et fremmed land. En jordmor opplevde at hun i disse situasjonene måtte fylle ledsager sin rolle som støttespiller under fødselen, i tillegg til å være jordmor.

«Jeg tror det kjentes ekstra.. det fraværet at han ikke var der» (Jordmor 6)

De gangene kvinnene var alene i fødsel, spurte ofte jordmødrene om kvinnen ønsket at de skulle tilrettelegge for kommunikasjon med partner selv om han ikke var fysisk til stede. Noen

tok kontakt med mannen gjennom telefon, FaceTime, Teams og andre sosiale medier i løpet av fødselsforløpet. En jordmor beskrev det som et rørende og sterkt øyeblikk da faren, som var i krig, fikk se det nyfødte barnet sitt på Teams.

Jordmødrene beskrev at de prioriterte å være til stede på fødestuen, store deler av fødselsforløpet. En jordmor hadde en opplevelse av at disse kvinnene trengte særlig mer tilstedeværelse. En annen jordmor opplevde at tilstedeværelsen hennes var nok for kvinnen. Hun beskrev at de ikke trengte så mange ord fordi hun opplevde at stillheten i rommet ble viktig og kjentes trygg ut. Hun fortalte at hun kunne oppleve trygghet gjennom tilstedeværelse hos norske kvinner også, men at hun følte det ekstra med denne kvinnen fordi de ikke hadde mulighet til å forstå hverandre språklig. En annen jordmor beskrev at det å bare *være*, var en mellommenneskelig faktor i de situasjonene når ord ikke strakk til.

«Jeg kjente på at hun var trygg bare fordi jeg var der i rommet» (Jordmor 6)

Flere jordmødre sa at de ønsket å skape en trygg atmosfære på fødestuen, ved å vise omsorg og godhet. Disse faktorene kunne være beroligende og smertelindrende i seg selv. En jordmor var alltid bevisst på å opptre rolig, fordi hennes atferd kunne ha positiv påvirkning på fødekvinnen. En annen jordmor var ekstra opptatt av å vise trygghet, for å fremme den naturlige fremgangen av fødselen. Det ble også beskrevet av noen som viktig og å hjelpe kvinnene til å hente ut deres indre styrke, slik at de lettere kunne få selvtillit på fødselsarbeidet.

De fleste jordmødre hadde reflektert over at kvinnene hadde behov for ekstra støtte. Dette på bakgrunn av situasjonen de var i, som flyktninger og nye i landet. Noen av jordmødrene snakket om at planlegging og oppfølging var spesielt viktig for kvinner som hadde vært på flukt, og at de tidvis måtte strekke seg lengre for å tilrettelegge. Jordmødrene sa at de ønsket å være litt mer på tilbudssiden enn vanlig, for disse kvinnene og kunne vise til situasjoner der de strakk seg lengre.

«Det slo meg liksom, at jeg må passe på hun her, litt ekstra» (Jordmor 4)

4.2 Å håndtere språkbarrieren

4.2.1 Konsekvenser av å ikke forstå

Siden flertallet av jordmødrene ikke snakket samme språk som fødekvinnene, ble språkbarrieren fremhevet som en stor utfordring. Det kom frem at flyktningene fra krigen i Ukraina hadde svært lite engelskkunnskaper og forstod heller ikke norsk. Det var kun en jordmor som opplevde at kvinnen hun hadde hatt i fødsel snakket tilstrekkelig engelsk. Noen jordmødre la frem at til tross for at kvinnene ga uttrykk for at de kunne engelsk, forsvant mye av kommunikasjonen. Jordmødrene så at det var utfordrende for kvinnene å forstå helheten av situasjoner, når mye av kommunikasjonen gikk tapt.

Jordmødrene hadde opplevd ulike konsekvenser ved at hun og fødekvinnen ikke forstod hverandre. De brukte mer tid og ressurser på å prøve å kommunisere. Flere av jordmødrene sa at trykkefasen var mest utfordrende, dette fordi denne fasen krevde spesielt god veiledning. De hadde erfart at det hadde oppstått flere misforståelser under denne fasen. Under trykkefasen kunne det også oppstå akutte hendelser. Det opplevdes ubehagelig for jordmor de gangene hun ikke kunne forklare hvorfor hun handlet som hun gjorde, i situasjoner der hun var nødt til å handle raskt.

«Bare det å sette en veneflon når du ikke kan forklare hvorfor du gjør det, (...) det kjennes ikke greit.» (Jordmor 6).

Noen jordmødre prøvde å forberede seg på ulike scenario som kunne oppstå. Et eksempel var en jordmor som under en fødsel hadde forberedt seg på et eventuelt akutt keisersnitt. Hun hadde reflektert over hvordan hun skulle løse det av hensyn til språkbarrieren. Samtidig fremhevet hun at i akutte situasjoner måtte uansett liv og helse prioriteres, og at det derfor ikke alltid var tid til å gi tilstrekkelig informasjon i øyeblikket. Da ble det ekstra viktig å gi informasjon i ettertid. Noen av jordmødrene fryktet at på grunn av språkbarrieren, ville ikke kvinnene få den samme informasjonen som en norsk kvinne hadde fått under fødsel. De tenkte at det kunne påvirke kvinnens rett til å ta informerte- valg og samtykke. De ga derfor uttrykk for at de syntes det var viktig at kvinnen fikk nok informasjon, og at informasjonen gjerne måtte gjentas flere ganger. En jordmor tenkte at konsekvensen av å ikke forstå hverandre under fødselen kunne føre til at kvinnen ikke fikk den behandlingen hun hadde krav på.

Det ble fremhevet at konsekvensen av misforståelser kunne være at hele situasjonen kunne bli feilvurdert. Noen av jordmødrene følte seg utrygge på om de forstod kvinnens ønsker på riktig måte. En jordmor fortalte at hun trodde og håpet at kvinnens behov ble ivaretatt. En annen reflekterte i ettertid over at hun skulle ønske hun hadde spurt kvinnen hvordan hun opplevde å ikke bli forstått. Flere jordmødre tenkte at det kunne føre til økt utrygghet hos kvinnen dersom hun opplevde å ikke bli forstått.

4.2.2 Bruken av tolk under fødsel

Flere av jordmødrene mente at det var viktig å bruke tolk for å sikre seg at kvinnen forstod dem. De syntes det var fint å sette av tid i åpningsfasen, og etter fødselen for å gi grundig informasjon om forløpet, og kartlegge kvinnens ønsker og behov. Flere av jordmødrene hadde snakket med kvinnene om uforutsigbare ting som kunne skje under fødselen, og som kunne bli vanskelig å forklare underveis. Samtidig sa noen at de var redd for å informere for mye, i frykt for å gjøre kvinnene mer bekymret.

Det ble imidlertid sagt at det var høy terskel for å bruke tolk under fødsel, og flere reflekterte over at tolk burde bli tilbudt oftere. Flertallet fortalte at de sjelden brukte tolk, men at de brukte telefontolk underveis hvis det var noe veldig spesielt. Noen la vekt på at de syntes det var utfordrende å bruke tolk under selve fødselen. Mange av jordmødrene fortalte at de fortløpende vurderte behovet for tolkesamtaler. En jordmor reflekterte over at det ikke burde vært vanskelig å få inn mer telefontolk på fødestuene med dagens teknologi, men at det enda var en lang vei å gå. En annen undret seg over om jordmødre var usikre på rutinene for bruk av tolk.

«Det er heldigvis en stigende kultur på å bruke telefontolk, men det har vært veldig høy terskel for å bestille tolk til fødende» (Jordmor 3)

De fleste jordmødrene hadde mest erfaring med telefontolk, og det var sjelden de hadde hatt oppmøtetolk med på fødestuen. De opplevde utfordringer knyttet til tolketjenestens tilgjengelighet, da de problematiserte at fødsler kunne skje til alle døgnets tider og at det ikke nødvendigvis var tilgjengelig tolk på natt og helg. Noen få jordmødre var bekymret over at de selv ikke hadde kontroll over hva tolken oversatte, og om de faktisk oversatte det som ble sagt.

En var redd for at mye informasjon kunne forsvinne ved bruk av tolk. Noen jordmødre la frem det økonomiske aspektet ved bruken av tolk. Samvittigheten overfor økonomien til avdelingen og sykehuset ble også trukket frem. En annen jordmor tenkte at konsekvensene av å ikke bruke tolk, kunne potensielt bli enda dyrere, dersom det førte til alvorlige misforståelser.

Flere av jordmødrene som hadde erfaring med å bruke telefontolk under fødselsforløpet sa at de opplevde tolken som et forstyrrende element under fødselen, og at det kunne skape uro. Noen undret seg over om noen jordmødre følte at de skjermet paret dersom de ikke brukte tolk, ved å ikke «ta inn» et ekstra menneske på fødestuen. En forklarte at en gang hun hadde brukt tolk under fødsel, ble det utfordrende fordi kvinnen var så preget av riene. En annen jordmor fortalte at hun i forkant av fødselen hadde avklart med kvinnen at de ikke skulle ha tolk under fødselsforløpet, fordi kvinnen selv ikke ønsket forstyrrelser.

Noen av jordmødrene fortalte at de opplevde at partneren eller pårørende til fødekvinnene fra Ukraina, ofte var bedre i engelsk, noe som gjorde at de brukte dem som tolk. Flere av jordmødrene valgte å ikke bestille tolk siden mannen var der og kunne oversette. De fleste ga uttrykk for at det fungerte fint, mens en jordmor opplevde det vanskelig å kommunisere med mannen fordi han var så stresset i situasjonen.

«Men vi skal jo på en måte ikke bruke pårørende som tolk, (...), men det tror jeg ofte kan bli gjort i situasjoner der mannen kanskje snakker bedre norsk enn damene»

(Jordmor 4)

Noen av jordmødrene som ble intervjuet, snakket et felles språk som fødekvinnene fra Ukraina. De fortalte av de ofte fikk ansvar for dem under fødselsforløpet, eller ble brukt som tolk. De belyste både positive og negative sider ved dette. Disse jordmødrene opplevde at kvinnene ofte var takknemlige for å kunne kommunisere på eget språk under fødselen. En jordmor fortalte at flere kvinner hadde stort behov for å dele sine opplevelser fra krig, og livet som flyktninger. Hun opplevde det som svært krevende å ta innover seg alt kvinnene fortalte av opplevelser relatert til krigen. Det ble en påkjenning for jordmoren, og hun tenkte at hun fremover måtte prøve å ta mer avstand for å beskytte seg selv. Hun forklarte at det var krevende for henne, fordi hun ofte fikk ansvar for flyktningene fra Ukraina. Selv om hun kunne opplevde dette som belastende, fikk hun god støtte fra kollegaer på avdelingen.

En av jordmødrene som ble intervjuet sa at hun kjente godt til Ukraina sin kultur og tenkemåte, og hun opplevde at hennes forforståelse kunne være til fordel for både henne og kvinnene. Hun formidlet at det kanskje kunne være enklere for henne å hjelpe kvinnene enn for sine norske jordmorkolleger. Dette fordi hun lettere kunne forklare eventuelle forskjeller innenfor kultur og system. En annen jordmor belyste at det ikke nødvendigvis alltid trengte å være utelukkende positivt for kvinnene å få en jordmor som snakket felles språk. Hun mente at det å møte andre som kommer fra både Ukraina og andre nærliggende land derimot kunne være triggende og vanskelig, av hensyn til krigen. Dette begrunnet hun i kjennskap til at Ukraina var en blandet folkegruppe, der det kunne være konfliktfylte relasjoner innad i det ukrainske miljøet, og for noen en sterk tilknytning til Russland.

4.2.3 Kommunikasjon uten ord

Jordmødrene måtte i møte med flyktningkvinnene fra Ukraina ofte bruke mer av seg selv for å kunne kommunisere under fødsel. Flere jordmødre forklarte at de måtte prøve å tolke kroppsspråket deres siden de ikke alltid kunne kommunisere verbalt. Jordmødrene prøvde etter beste evne å gjøre seg forstått gjennom kroppsspråk. En jordmor beskrev at det ble mye «armer og bein» i kommunikasjonen. En annen jordmor henviste til en fødsel hun hadde hatt der de klarte seg fint med nonverbal kommunikasjon, og at kvinnen klarte å gi uttrykk for når hun for eksempel var sulten eller måtte på toalettet. Flere jordmødre formidlet at den nonverbale kommunikasjonen ble viktig i disse situasjonene. Noen jordmødre ga eksempel på at blick, smil, nikk og berøring fikk større betydning, særlig hos de flyktningkvinnene som de opplevde som engstelige.

«Jeg tror at jordmødre har veldig god kompetanse på å vurdere kvinner sånn kroppsspråkmessig» (Jordmor 3)

En jordmor hadde et eksempel hvor kvinnen var smitteisolert, der jordmor måtte bruke munnbind. Munnbindet førte til at det ble enda vanskeligere å kommunisere fordi ble til hinder for ansiktsmimikk og nonverbal kommunikasjon. I denne sammenhengen ble det tydelig for jordmoren hvor stor betydning den nonverbale kommunikasjonen hadde.

5. Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Å være kjent med sin egen forestilling og posisjon i møte med det som skal studeres, er viktig for å kunne fremstille studien på en troverdig måte. Det handler om refleksivitet, som er en aktiv holdning som hele tiden må oppsøkes underveis i prosessen. Dette innebærer at egne fremgangsmåter og konklusjoner må stilles spørsmål til, samt at hypoteser og forventninger kan bli forkastet underveis i prosessen dersom resultatet viser noe annet (Malterud, 2017, s.19). Egen forforståelse påvirkes av vår egen bakgrunn, som består av erfaringer, faglig kunnskap, meninger, interesser og verdier (Malterud, 2017, s. 44-45). Vår interesse for flyktninger var en viktig årsak for valg av tema til studien. Vi var klar over at dette kunne påvirke vinklingen av studien (Malterud, 2017, s. 187). For å kunne evne å se nye aspekter av problemstillingen er det forsøkt å være nøytral og åpen for jordmødrenes erfaringer, for at resultatet skal kunne belyses på en rettfærdig og troverdig måte. Vi har derfor forsøkt å unngå å trekke forhastede konklusjoner (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 268). Som sykepleiere og jordmorstudenter er det klart at bakgrunnsforhold som erfaringer og forforståelse, kunne ha betydning når det kom til fortolkning av data. Det handlet om at vi tolket og forstod det som ble sagt med bakgrunn i vår egen forforståelse. Det har dermed vært bevissthet på at egne synspunkter kunne påvirke hvordan spørsmål ble stilt, eller hva det ble fokusert på. Vi var klar over at vi hadde makt i hvordan vi belyste og drøftet våre resultater. Vi har derfor etter beste evne forsøkt å ta avstand fra vår egen forforståelse for å motvirke at oppgaven ble preget av en ensidig vinkling av studien (Malterud, 2017, s. 42).

For å diskutere videre om studien er troverdig, er det blitt benyttet Graneheim og Lundman (2004) sine tre begreper «credibility», «dependability» og «transferability». «Credibility» som kan oversettes til kredibilitet handler om hvorvidt studiens hensikt samsvarer med metoden, fremgangsmåte, datamaterialet og analysen av oppgaven. «Dependability», eller pålitelighet på norsk, handler om datamaterialet er gjenkjennelig for deltakerne og om datamaterialet ble håndtert på riktig måte. «Transferability», eller overførbarhet, handler om studien kan relateres eller overføres til andre kontekster (Graneheim & Lundman, 2004, s. 109-110).

Intervjusituasjonen var ny for oss begge, noe som særlig preget de første intervjuene. På grunn av uerfarenhet i intervjurollen var det i starten vanskelig å innhente detaljert data, og dette kan trolig ha svekket kredibiliteten til studien. Sett i ettertid, burde intervjuguiden vært annerledes utformet med spørsmål som hadde mer direkte fokus på jordmødrenes følelser og tanker. Samtidig ble intervjuguiden bare brukt som inspirasjon, som derfor ga oss frihet til å basere oppfølgingsspørsmål ut fra hva jordmødrene fortalte. Det beskrives som en egen kunst å stille gode oppfølgende spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 170-171). Det ble imidlertid gjort noen erfaringer ved de første intervjuene som ble tatt lærdom av, og som ga et bedre grunnlag til de senere intervjuene når det kom til oppfølgingsspørsmål.

Individuelle intervju ble ansett som mest hensiktsmessig, fordi individuelle kontekster kan gi en god anledning til å gi uttrykk for egne erfaringer og følelser. Hvor mye deltakeren deler av informasjon avhenger også av intervjuerens evne til å skape en fortrolig situasjon, som gjør det lettere for deltakeren å dele av egne erfaringer (Malterud, 2017, s. 133). Derfor ble det forsøkt å tilrettelegge for en lett samtale før selve intervjuet startet, for å bli litt kjent og etablere en trygg arena for deltakeren. Imidlertid kan den korte introduksjonen og forsøket på å skape en trygg arena, trolig bidra til å påvirke resultatet dersom deltakeren svarte det hun trodde intervjuholderne ønsket å høre (Billhult, 2017, s. 280). I tillegg kan dette forsterkes av intervjuholdernes toneleie og kroppsspråk (Kvale & Brinkmann, 2015, s.126). Som intervjuholdere var dette viktige aspekter å ta i betraktning, for å unngå å påvirke deltakeren.

Intervjuene ble gjennomført via videosamtale og telefon, samt ett fysisk intervju. Det å ikke kunne se deltakeren på skjerm eller fysisk kan være en ulempe med telefonsamtalene, da det kan tenkes at aspekter ved nonverbal kommunikasjon kan gå tapt. Dette kan ha påvirket kredibiliteten til studien. Det kan også være nyanser av kroppsspråk som kan påvirkes eller gå tapt i digitale videosamtaler også. Det å møtes fysisk kan være positivt for å kunne skape en god relasjon med deltakeren. Samtidig har det etter flere år med pandemi gjort at det er blitt mer vanlig å møtes digitalt, og digitale samtaler trenger ikke nødvendigvis oppleves kunstig. Bruk av digitale intervju ga i tillegg mulighet for økt fleksibilitet, som gjorde det mer praktisk for begge parter. Å åpne opp for digitale intervju gjorde at det ble mulig å intervju deltakere fra hele landet, dette resulterte i at studien fikk en større geografisk spredning av deltakere, noe som kan styrke studiens kredibilitet.

Det beskrives som en utvalgsbias når det blir gjort et strategisk utvalg. Det vil si at det ble gjort en kalkulert risiko hvor kunnskapen i studien kommer fra og hva den påvirkes av. Det går an å redusere utvalgsbiasen ved å identifisere faktorer og forforståelse som kan påvirke dataen. Det kan dermed sies at egen refleksivitet er en viktig faktor når det kommer til utvalgsprosessen (Malterud, 2017, s. 68). Det kan være nærliggende å tenke at deltakere meldte seg fordi de hadde en spesiell interesse for temaet. Imidlertid opplevde vi at rekrutteringen ble noe utfordrende og langvarig, trolig på grunn av at problemstillingen var såpass avgrenset. Derfor ble det viktigste å innhente informasjon fra de jordmødrene som faktisk hadde den aktuelle erfaringen, og som meldte interesse. Deltakerne hadde en variert arbeidserfaring og kom fra ulike steder i landet. Ved å ha en geografisk spredning åpnet det opp for eventuelle lokale forskjeller som kunne være viktig å ta med i studien. I tillegg var dette viktig for å kunne ivareta taushetsplikt overfor både jordmødre og fødekvinnene de omtalte, på grunn av mindre fare for at de kunne bli gjenkjent. Det kan derfor sies at utvalget var strategisk og ga en bred variasjon av deltakere, noe som kan styrke studiens kredibilitet. I tillegg til en avgrenset problemstilling, kan det også tenkes at rekrutteringsprosessen ble noe krevende på grunn av en mulig tretthet blant jordmødre vedrørende deltakelse til masterprosjekter for jordmorstudenter.

De mest effektive rekrutteringsmetodene var å bruke eget nettverk og å kontakte avdelingsledere på fødeavdelinger. En ulempe ved dette kan være at deltakere kan ha følt lojalitetspress til å delta overfor de som rekrutterte. Samtidig var det en styrke at de deltok av eget ønske. Det har vært bevissthet knyttet til mulige ulemper ved rekrutteringsmetoden, samtidig som det var nyttig å rekruttere deltakere på denne måten.

At datamaterialet var rikt ble ansett som mer relevant enn antall deltakere i studien (Malterud, 2017, s. 63). Det ble avgjort å stoppe på åtte deltakere fordi datamaterialet da opplevdes som rikt nok til å besvare problemstillingen. Likevel kan det på en annen side tenkes at nye perspektiv kunne blitt belyst dersom det hadde blitt intervjuet flere. Samtidig hadde flere av deltakerne erfaring med opptil flere kvinner i fødsel fra krigen i Ukraina, som kan gi en ekstra tyngde i studien, når det gjaldt deltakernes erfaring.

Det å være transparent er et viktig kriterium innen forskning, fordi det skal være lettere for andre å forstå bakgrunnen av tolkningene og konklusjonene (Malterud, 2017, s. 43). For å øke

påliteligheten, har det derfor blitt forsøkt å la leseren få et detaljert innblikk i hele prosessen, som ved rekruttering, datainnsamlingen og analyseprosessen.

Det å jobbe med et datamateriale i lengre tid, kan svekke påliteligheten, da det kan tenkes at datamaterialet blir håndtert ukonsekvent beskriver Graneheim og Lundman (2004, s. 110). Under dekontekstualiserings- og rekontekstualiseringsprosessen kan trolig noe av meningene i datamaterialet ha gått tapt. Imidlertid er det så langt det har vært mulig, forsøkt å være tro til datamaterialet, til tross for en langvarig prosess. Samtidig kan det tenkes at vår uerfarenhet kan ha påvirket analyseprosessen i negativ grad, da mulig viktig data kan ha gått tapt i prosessen. Imidlertid har vi forsøkt å styrke påliteligheten for å ved å jobbe så tekstnært som mulig. Dette for å fremstille datamaterialet på en mest troverdig måte, slik at det også er gjenkjennbart for deltakerne i studien.

Det kan stilles spørsmål til om denne studien er overførbar. Fordi denne kvalitative studien har innhentet data fra et lite utvalg fra populasjonen, kan ikke disse funnene være generaliserbare overfor en større befolkning (Malterud, 2017, s. 24). Det kan likevel tenkes at erfaringer som er belyst i studien på noen områder kan være overførbare til lignende kontekster der jordmødre møter flyktninger fra krigen i Ukraina. I tillegg kan det tenkes at jordmødrenes erfaringer som blir belyst i studien kan ha overføringsverdi til sammenhenger der jordmødre møter kvinner i fødsel som er flyktninger fra andre land.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Å lære å kjenne kvinnen

Mellommenneskelige møter var ifølge jordmødrene våre både spennende og krevende. En studie fra Norge viser at jordmødre er engasjerte i jobben sin og opplever jordmoryrket som meningsfylt (Henriksen & Lukasse, 2016, s. 46). Å møte flyktninger fra krigen i Ukraina gjorde inntrykk på flere av jordmødrene i studien, og satte i sving refleksjoner og følelser. Det ble sagt at det var sterkt og rørende å høre historiene kvinnene fortalte, og flere jordmødre ble bevisst på egen takknemlighet for å leve i fred. Av dette kan vi lære at mellommenneskelige møter med flyktninger på en fødestue kan gjøre inntrykk.

Det var delte meninger blant jordmødrene i studien om de opplevde at det var kulturforskjeller eller ikke. Noen mente det ikke var store forskjeller fordi Ukraina ligger i Europa, forholdsvis nær Norge, sammenlignet med andre krigsrammede land. Selv om de kan betegnes som vestlige flyktninger, vil de likevel kunne møte kulturelle forskjeller i Norge. De kjenner heller ikke til det norske helsevesenet (Hanssen, 2019, s. 30-31). Uansett er kvinnen i en ukjent kulturell kontekst, og omsorgen kan dermed oppleves annerledes. Jordmor sin rolle blir da å forsøke å møte kvinnen ut fra hennes ståsted. Dette påpekes som et viktig punkt under rammeplan for jordmorutdanningen, som sier at jordmødre skal ha forståelse og kompetanse i møte med ulike kulturelle bakgrunner (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Culture Care Theory bygger på jordmor sine mellommenneskelige ferdigheter som kulturelt kongruent, for at kvinnen kan oppleve best mulig omsorg. Det beskrives også at jordmor sin kompetanse og villighet for å møte kvinnen og hennes bakgrunn er avgjørende for møtet, og samarbeidet dem i mellom (Leininger, 2006, s. 1). Dette samsvarer med forskning som viser at dersom jordmor utøver kultursensitiv omsorg, møter kvinnene med respekt og forsiktighet, opplever de seg godt ivaretatt (Fair et al., 2020, s. 18). Leininger (2006) deler opp teorien i tre kategorier som omhandler ulike tilnærminger for helsepersonell i møte med pasienten fra en annen kultur; kulturelle behov, kulturelle forhandlinger og kulturelle mønster (Leininger, 2006, s. 8). Det handler om at jordmor må kunne identifisere forskjellene og imøtekomme pasientens behov og ønsker. Kulturelle forhandlinger og mønster handler om å imøtekomme så godt som mulig, men veilede ved behov for endring, dersom det fødekvinnen ønsker er i strid med hva jordmoren mener er forsvarlig (Leininger, 2006, s. 8). Imidlertid

beskriver noen studier blant sine funn at råd fra jordmor tidvis kan stå i konflikt med kulturelle og familiære råd og tradisjoner (Bains et al., 2021, s. 9; Fair et al. 2020, s. 12). Samtidig presenterer jordmødrene i denne studien at de var villige til å prøve å imøtekomme kvinnens behov og ønsker. I tillegg ønsket de å møte dem med aksept og respekt for deres kultur og deres kulturelle tradisjoner. Deres holdninger er i tråd med International Code of Ethics for Midwives, der det forventes at jordmor skal vise respekt for kulturelle ulikheter, samtidig som skadelige kulturelle praksiser bør utelates (International Confederation of Midwives, 2008, s. 2) I denne studien kom det imidlertid frem at dersom jordmor oppdaget en praksis som hun ikke opplevde som hensiktsmessig, prøvde hun på en respektfull måte å forklare hvorfor hun ikke anbefalte det, eller prøvde å forklare hvorfor det burde bli praktisert annerledes.

Under fødselen, fikk flere av jordmødrene en følelse av at de måtte ta ekstra vare på flyktningene fra krigen i Ukraina. De opplevde at de på noen områder strakk seg litt lengre for flyktningene enn hva de pleide å gjøre med de som var fra Norge. Dette begrunnet de i at kvinnene både var flyktninger, var nye i landet, og hadde lite nettverk, og derfor trengte ekstra støtte. Dette kom til uttrykk gjennom å være ekstra på tilbudssiden og tilrettelegge mer. Dette kan samsvare med nasjonal veileder, som sier at jordmødre bør være klar over at flyktningkvinner kan ha behov for mer omsorg og tid, og at jordmødre bør gi individuell tilpasset oppfølging (Helsedirektoratet, 2022). Flyktninger er ifølge forskning sårbare og med unike behov sammenlignet med de som ikke har flyktet fra krig (Frank et al., 2021, s. 537). Det kreves mer av jordmødre å gi omsorg til flyktninger i fødsel, fordi flyktninger trenger ekstra støtte, og jordmødre legger ofte inn en større arbeidsmengde for å hjelpe dem (Verschuuren et al., 2023, s. 815). Nasjonal helse- og samhandlingsplan sier at alle kvinner i fødselsomsorgen skal få likeverdige helsetjenester. Det vil si at tjenester tilrettelegges ut fra den enkeltes behov. Det spesifiseres at det skal rettes særlig oppmerksomhet mot gravide som for eksempel er innvandrere, eller flyktninger som har psykiske plager, eller har opplevd vold (Meld.St.9 (2023-2024), s. 105). Dette støttes også av International Confederation of Midwives, ICM, som jobber for at alle kvinner skal få likeverdige helsetjenester (International Confederation of Midwives, 2008, s.1). Ut fra funn fra både egen studie, forskning, norsk- og internasjonal veileder kan det derfor tenkes at kvinner i fødsel som tidligere har flyktet fra krigen i Ukraina har behov for å få tilrettelagt ekstra oppfølging og omsorg. Jordmor ga omsorg under fødsel på ulike måter, disse ville videre bli diskutert i lys av MiMo-modellens tre indre komponenter som er; jordmors kunnskap og tidligere erfaringer, og et gjensidig

forhold mellom jordmor og fødekvinne, og tilrettelegge for en trygg fødselsatmosfære (Berg et al., 2012, s.80-85).

Jordmor sine tidligere kunnskaper og erfaringer, kan ifølge MiMo-modellen bidra til å møte kvinnens individuelle behov i fødselssituasjonen (Berg et al., 2012, s. 84-85). I den nasjonale veilederen for Helsetjenester for flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente, blir det beskrevet at jordmor bør gi individuelt tilpasset oppfølging til flyktningkvinner (Helsedirektoratet, 2022). Flere av jordmødrene i studien fortalte at deres tidligere erfaringer med flyktninger fra andre kulturer var overførbart til møtene med fødekvinne fra Ukraina. De beskrev at de på ulike måter jobbet for å bli kjent med den enkelte kvinnen, og prøvde å møte henne der hun var for å kunne utøve tilpasset omsorg. Funnene i denne studien samsvarer med rammeplanen for det som forventes av jordmors kompetanseområder, nemlig at jordmor skal kunne evne å utøve omsorg ut fra kvinnens ønsker og behov (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 5-6). MiMo-modellen beskriver at jordmors tidligere erfaringer preges av hennes innebygde intuisjoner, og hvordan hun anvender dette i møte med fødekvinne (Berg et al., 2012, s. 85). Det kan med andre ord sies at jordmor kan bruke sansene sine som verktøy for å kunne gi individuelt tilpasset omsorg til kvinnen under fødsel.

Jordmødrene hadde tidligere erfaring og kunnskap om at fødselssituasjonen kunne være triggende for tidligere traumer. De var derfor ekstra oppmerksomme på dette, i tilfelle flyktningene var traumatiserte fra krig eller flukt. Dette stemmer overens med forskning som viser at fødselssituasjonen kan trigge tidligere traumer. Traumer eller vonde minner kan ha vært fortrent, men kan bli retraumatisert i svangerskapet og ved uforutsigbare hendelser, som fødsel. Under fødsel kan tidligere traumer bli mer synlige gjennom for eksempel «flashbacks» som kan oppleves overveldende å håndtere (Robertson, 2014, s. 62-64). Annen forskning viser også at flyktninger i fødselsomsorgen ofte har dårligere psykisk helse som følge av traumer og opplevelser fra krig, som for eksempel vold, tortur eller redsel under flukt. Dette kan resultere i at kvinner opplever angst, stress og dårlig selvtillit. I tillegg kan den usikre livssituasjonen som flyktninger være et stort stressmoment (McKnight et al., 2019, s. 20). Samtidig beskriver en annen studie at kvinner som har opplevd traumer har økt behov for omsorg og støtte fra jordmor under fødselsforløpet (Robertson, 2014, s. 62-64). Forskning viser imidlertid at dersom helsepersonellet ikke anerkjenner traumene flyktningene bærer med seg, kan det føre til økt stress (Frank et al., 2021, s.535).

Selv om det kan se ut som det er store variasjoner i grad av krigstraumer hos flyktninger fra krigen i Ukraina, kan resultatene fra både vår studie og annen forskning tyde på at flyktningkvinner i fødsel trenger ekstra omsorg særlig hvis de bærer med seg traumer fra krig. Dette samsvarer også med ICM sine retningslinjer som sier at jordmødre skal møte kvinnenes psykiske og emosjonelle behov (International Confederation of Midwives, 2008, s. 1). Siden tidligere traumer kan påvirke fødselen på ulike måter, som å bli traumatisert på nytt, bør jordmor ha fokus på dette slik at hun vet hvordan hun skal møte disse symptomene (Sperlich et al., 2017, s. 665). Å være traumebevisst møte med flyktninger, kan derfor være verdifull kunnskap for jordmor å ta med seg, i møte med flyktningkvinnene fra Ukraina.

Det blir beskrevet i MiMo-modellen at det er viktig for jordmor å skape en god og gjensidig relasjon med fødekvinne (Berg et al, 2012, s. 80). For at jordmoren skal kunne skape en god relasjon og bli kjent med kvinnen kreves det at jordmor er til stede på fødestua. Forskning viser at viktige faktorer for at kvinnen skulle skal føle seg ivaretatt er at jordmoren tar seg tid til kvinnen (Fair et al., 2020, s. 14). Det hevdes at tilstedeværelse fra jordmor under fødsel er avgjørende for å skape en god relasjon med kvinnene, og at det skaper tillit (Frank et al., 2021, s. 536). Imidlertid kommer det frem i annen forskning at flyktninger som har opplevd å bli forfulgt og torturert under krigen, kan oppleve det vanskelig å ha tillit til andre mennesker, og lettere kan bli mistenksomme til blant annet jordmødrene som skal hjelpe dem (Fair et al., 2020, s. 15; McKnight et al., 2019, s.20). Dette står imidlertid i motsetning til jordmødrene i denne studien, som uttrykker at de opplevde kvinnene som svært tillitsfulle. Jordmødrene prioriterte å være mye på fødestuen, og de opplevde at kvinnen følte seg trygge i deres nærvær.

Jordmødrene fra studien erfarte at noen av de ukrainske kvinnene var alene under fødsel fordi mennene var igjen i krigen i Ukraina. Dette bekrefter Verdens Helseorganisasjon som sier at mange unge mødre og barn har måttet flykte mens fedre og menn er igjen i Ukraina for å kjempe for landet sitt (World Health Organization, 2022b). Norsk forskning viser at 25 % av flyktninger fra krigen i Ukraina har partnere som er gjenværende i krig, og at 60 % har et mangelfullt sosialt og familiært nettverk som støtte i Norge (Hernes et al., 2022, s. 37). Jordmødrene i denne studien reflekterte over at det måtte være krevende å skulle føde alene som flyktning i et nytt land. Flere av jordmødrene var løsningsorienterte og kreative ved å inkludere partner under fødsel gjennom å benytte videosamtale, som trolig kan tenkes å ha betydning for både kvinnen og partneren. Dette står i tråd med retningslinjene «NICE-

guidelines» som sier at jordmor bør tilstrebe å involvere partner da det kan være betydningsfullt for kvinnen i fødsel (National Institute of Health and Care Excellence, 2021, s. 9). Likevel merket jordmødrene fraværet av partneren under fødselen. Flere av kvinnene var bekymret og redde for partneren som var igjen i krigen, og for andre familiemedlemmer. Dette går igjen i forskning som sier at flyktninger ofte har et stort indre stress knyttet til bekymring for gjenværende familiemedlemmer i hjemlandet, og kjenner på ensomhet i det nye landet, og at dette kommer tydelig frem under fødsel (Bains et al., 2021, s. 8; Frank et al., 2021, s.535-536.). Annen forskning viser også at flyktningkvinner som føder alene uten partner kan oppleve et ekstra stort stressnivå under fødsel (Fair et al., 2020, s.15-16 ; Lephard & Haith-Cooper, 2016, s.133). På en annen side sier forskning at jordmors tilstedeværelse kan veie opp for ensomhetsfølelsen som noen av kvinnene kjenner på, ved å være alene under fødsel (Frank et al., 2021, s. 535-536; McKnight et al., 2019, s. 20). Dette samsvarer med følelsen en av jordmødre fra studien fikk da hun følte hun måtte fylle partner sin rolle i tillegg, da kvinnen var uten ledsager i fødsel. For å få til dette kan det tenkes at relasjonen mellom jordmor og fødekvinne var av betydning. Dette kan belyse hvor stor betydning jordmor sin tilstedeværelse kan ha på kvinnens fødselsopplevelse.

Forskning fremhever at jordmors tilstedeværelse på fødestuen kan ha en fødselsfremmende effekt og bidra til en positiv fødselsopplevelse (Dahlberg & Aune, 2013, s. 414; Robertson, 2014, s.64). Jordmødrene fra denne studien så viktigheten av å være til stede og tilgjengelig for kvinnene i fødsel, som faglige retningslinjer understøtter. I de nasjonale retningslinjene for fødselsomsorg står det at kvinnene har krav på at jordmor er kontinuerlig til stede når kvinnen er i aktiv fødsel (Helsedirektoratet, 2024). Når vi vet hvor viktig tilstedeværelse fra jordmor er for kvinnene, burde det være et område som prioriteres å imøtekomme. Imidlertid har vi erfart som jordmorstudenter at arbeidshverdagen tidvis kan være travel, og at tilstedeværelse og en-til-en-omsorg nødvendigvis ikke alltid er like lett å få til i praksis. En artikkel som bekrefter dette, beskriver ressursmangel på norske fødeavdelinger, noe som gjør det utfordrende å gi adekvat omsorg på grunn av stort arbeidspress og tidvis mangelfull bemanning (Lukasse & Henriksen, 2019, s. 4-5). Av dette kan vi forstå at det kan være utfordrende for norske jordmødre å gi den omsorgen som de ser behov for, og ønsker å gi. Dette belyser viktigheten av at fødeavdelinger bør sørge for god nok bemanning.

MiMo-modellen belyser viktigheten av at kvinnen blir sett og opplever støtte fra jordmor. Jordmor kan utstråle trygghet, og overføre tro på at kvinnen klarer å føde. Modellen sier også

at jordmødre kan hjelpe kvinnene til å hente frem- og bruke sine egne ressurser (Berg et al., 2012, s.84). Flere av jordmødrene fra denne studien forteller at de prøvde å styrke kvinnen underveis, og hjalp henne til å bruke sine egne ressurser under fødselen. Dette bekreftes av forskning som viser at jordmors motiverende rolle kunne hjelpe kvinnen å finne uante krefter i seg selv (Frank et al., 2021, s. 536; Robertson, 2014, s. 63). For å underbygge dette, viser derimot annen forskning at dersom jordmor ikke klarer å motivere og skape en god relasjon til kvinnen, får det kvinnen til å tvile på egne ferdigheter (Fair et al., 2020, s. 14). Jordmødrene fra studien satte ord på at de jobbet for å hente frem styrken i kvinnene og å hjelpe dem til å ha tro på og klare fødselsarbeidet.

MiMo-modellen beskriver at jordmødre etter beste evne skal forsøke å legge til rette for en trygg atmosfære på fødestuen (Berg et al. 2012, s. 83). Dette var noe jordmødrene i studien vår etterstrebet å ivareta. De beskrev at de forsøkte å skape trygghet ved å opptre rolig, og at de tenkte dette var ekstra viktig for kvinner som hadde opplevd krig. Flere la vekt på at de var klar over at deres rolige oppførsel kunne ha positiv effekt på fremgang og utfall i fødselen. Noen ganger handlet det bare om å være i rommet uten å snakke, og at kvinnen på den måten kunne føle seg ivaretatt. Trygghet var en viktig faktor når det kom til å fremme den normale fødselen ifølge forskning. (Frank et al., 2021, s. 536). I tillegg viser annen forskning at jordmors godhet og omsorg hadde stor betydning for flyktningene som bar med seg frykt og usikkerhet (Frank et al., 2021, s. 536). Dette samsvarer med hva jordmødrene i denne studien sa, da de hevdet at deres væremåte kunne bidra til å være beroligende, ved å vise godhet og omsorg. MiMo-modellen beskriver også dette, ved at jordmors trygge væremåte kunne ha positiv påvirkning på kvinnen (Berg et al., 2012, s. 83-84).

5.2.2 Å håndtere språkbarrieren

Til tross for at flere ukrainere er ressurssterke og høyt utdannede, viser forskning at kun 11 % kan engelsk (Hernes et al., 2022, s. 8). Derfor kan det tenkes at jordmødre i Norge kan oppleve utfordringer knyttet til kommunikasjon i møte med disse flyktningene. Dette bekreftet jordmødrene i studien også, gjennom at de hadde erfart at det var vanskelig å kommunisere, fordi engelsk- eller norsk kunnskapene til flyktningene fra Ukraina var utilstrekkelige. Flere studier beskriver språkbarrieren som en stor utfordring for jordmødre i møte med flyktninger (McKnight et al., 2019, s.18; Verschuuren et al., 2023, s. 820). Noen av jordmødrene opplevde at de kunne kommunisere med de fødekvinnene som behersket noe engelsk. Samtidig lurte de på om kvinnene kunne godt *nok* engelsk. Faktisk viser en studie at flyktnings engelskkunnskaper ofte blir overvurdert av jordmødre (Frank et al., 2021, s.535). Det samme støtter også andre studier, som fremhever gapet mellom hverdagslig engelsk og medisinske uttrykk på engelsk (Bains et al., 2021, s.7). Redusert engelskkunnskap kan dermed føre til at medisinske uttrykk ikke blir oppfattet, og som kan føre til både misforståelser og tapt informasjon. På grunn av dette kan det tenkes at det i noen situasjoner kan det være behov for tolk, selv om kvinnene snakker litt engelsk.

Jordmødrene opplevde det som ubehagelig da kvinnene ikke forstod dem underveis i fødselsforløpet. De fremhevet utdrivingsfasen og akutte hendelser der jordmor måtte handle raskt som det mest utfordrende. Særlig når det kom til formidling av informasjon. Forskning viser at jordmødre føler seg mislykket og hjelpeløse i situasjoner der de ikke kan formidle nødvendig informasjon. De synes det er ubehagelig å ikke gjøre jobben som de ønsker. Dette kan over tid føre til en psykisk belastning for jordmor (Abdulle et al. 2023, s.1140-1141). Annen forskning belyser at det er stressende for jordmor å balansere mellom å forsøke å gjøre seg forstått, samtidig som hun ikke strekker til på grunn av språkbarrieren. Den samme forskningen utforsker også kvinnenes perspektiv, hvor det fremkommer at kvinner kan føle seg overkjørt dersom prosedyrer og intervensjoner ikke blir ordentlig forklart, og at det kan føre til bekymring og redsel (Origlia Ikhilor, et al., 2019, s. 2205-2208). Det kan dermed sies at det oppleves ubehagelig for jordmor å ikke gjøre seg forstått, i tillegg til at det kan ha negativ påvirkning på kvinnens autonomi og fødselsopplevelse.

Jordmødrene fra studien uttrykte bekymring over at kvinnene ikke fikk like mye informasjon som en norsk kvinne ville fått under fødsel. Det fremkommer i forskning at språkbarrierer i

fødsel kan føre til at fødekvinne ikke får den informasjonen de trenger, og at de ikke får ytret bekymringer eller spørsmål til jordmor. Dette er faktorer som kan forårsake utrygghet i fødsel (Balaam et al., 2013, s.1923). En konsekvens av å ikke gi tilstrekkelig informasjon kan ifølge forskning være at kvinner får reduserte muligheter til medbestemmelse (Abdulle et al., 2023, s.1139). Det inngår i jordmors kompetanseområde å støtte den enkelte kvinnes rettigheter til å ta informerte valg (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 5).

Noen av jordmødrene i denne studien mente at en konsekvens av språkbarrieren kunne være at kvinnene ikke fikk den behandlingen de hadde krav på. Dette samsvarer med forskning som hevder at språkbarrieren kan hindre både innvandrerkvinner og flyktninger i å få tilgang til, eller mangelfull helsehjelp (Balaam et al, 2013, s.1923-1927; De Freitas et al., 2020, s. 12-15; McKnight et al., 2019, s. 20-21). Dessuten viser andre studier at flyktninger får fødselsomsorg av lavere kvalitet enn den øvrige befolkningen (McKnight et al., 2019, s. 20-21; Verschuuren et al., 2023, s. 817). En norsk studie fastslår at jordmødre mener innvandrerkvinner er i risiko for forskjellsbehandling under fødsel, og at deres rettigheter ikke ivaretas på grunn av språkbarrieren. I den samme studien erfarte jordmødre at kvinner hadde økt risiko for komplikasjoner og intervensjoner under fødselen, på grunn utilstrekkelig kommunikasjon (Abdulle et al., 2023, s.1140). Med bakgrunn i jordmødrenes erfaringer, både fra denne studien og annen forskning, kan det derfor antas at dette er en reell utfordring på fødeavdelinger. At språkbarrieren hindrer flyktningkvinner i å få behandling de har rett på, er et alvorlig funn. Det viser behovet for å jobbe aktivt med å minimere språkbarrieren for å ivareta kvinners rettigheter under fødsel, og der kan tolketjenesten være et viktig hjelpemiddel. Ved å bruke tolk kan jordmor sikre kvinnens rettigheter i fødsel. Da får jordmor mulighet til å gi informasjon og ivareta kvinnens rett til informert samtykke og medvirkning (Helsedirektoratet, 2011, s. 2).

Ifølge flere studier er bruk av profesjonell tolk løsningen på hvordan man best mulig kan møte språkbarrieren, og redusere negative konsekvenser som følge av språkbarrieren (De Freitas et al., 2020, s. 13; Origlia Ikhilor et al, 2019, s. 2208). Kun én av tre ukrainske flyktninger i Norge opplever å få tilbud om tolk av offentlige tjenester når de trenger det (Hernes et al., 2022, s. 90). Til tross for at flere av jordmødrene i studien påpekte at det var stigende kultur for bruk av tolk, særlig før og etter fødsel, kom det likevel frem at de fleste vanligvis ikke brukte tolk underveis i fødsel. Dette bekrefter en norsk studie, som viser til varierende bruk av tolk, og at noen jordmødre aldri bruker det i fødsel (Abdulle et al., 2023, s. 1139). Dette er

interessante funn, når tolkeloven fastslår en plikt til å bruke tolk i situasjoner hvor det er nødvendig for at helsepersonell skal kunne yte forsvarlig hjelp og tjeneste. Ifølge loven skal offentlige organ bruke tolk i møte med alle personer som ikke kan kommunisere på norsk (Tolkeloven, 2021, §6). I tillegg til tolkelovens regulering mot offentlige organer, har også helsepersonell plikt til å gi informasjon til pasienter (Helsepersonelloven, 1999, §10). Kvinnen i fødsel har også rett til å få informasjon på et språk hun forstår, samt at personellet skal sørge for at hun har forstått innholdet og betydningen av det (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Med bakgrunn i dette er jordmødre pliktet å bruke tolk i situasjoner der de skal gi nødvendig informasjon underveis i fødselen, der kvinnen ikke forstår norsk. Oppsummert er dette nødvendig for å kunne gi forsvarlig hjelp, ifølge lovverket. Selv om lovverket fastslår jordmors plikt og kvinnes rettigheter, er det samtidig ikke alltid like lett å imøtekomme dette i praksis. Norske fødeavdelinger kan i dag være preget av både stort arbeidspress, og mangelfulle ressurser. Underbemanning kan føre til at det blir travelt og stressende for jordmødre på vakt. På grunn av disse faktorene opplever flere norske jordmødre at det er vanskelig å utføre arbeidet på den måten som de ønsker (Henriksen & Lukasse, 2016, s. 5). Selv om dette ikke kom frem som funn i vår studie, kan det likevel tenkes at dette trolig kan være en medvirkende årsak til at jordmødre kan oppleve å havne i knipe overfor å imøtekomme lovverket.

Samtidig som jordmødrene fra studien sjelden brukte tolk underveis i fødsel, reflekterte flere over at de burde brukt tolk mer. Dette støttes av forskning som konkluderer med at det i Norge, er et stort forbedringspotensial knyttet til bruk av profesjonell tolk (Bains et al., 2021, s. 12). Internasjonal forskning viser også at det blir brukt for lite tolk i fødselsomsorgen, og at det er behov for å bruke det mer (Balaam et al., 2013, s. 1925 ; Fair et al., 2020, s. 19). Det er dermed stor enighet knyttet til forbedringspotensialet for av bruk av tolk. En av jordmødrene i studien påpekte at det ikke burde være problem med dagens teknologi å bruke mer telefontolk på fødestuene, og dette kan være noe å undre seg over. Imidlertid kan det antas at teknologien blir mer inkludert på fødestuene i tiden fremover. Det er uansett sykehusets plikt å sørge for tilfredsstillende tekniske løsninger, i forbindelse med fjerntolkning, i tillegg til at ansatte får tilstrekkelig med opplæring (Tolkeloven, 2021, §8).

Jordmødrene i studien beskrev ulike grunner til at de ikke brukte tolk underveis i fødselen. Noen av disse årsakene vil bli diskutert videre. En av årsakene til at de ikke brukte tolk var at de opplevde telefontolken som et forstyrrende element på fødestuen. Det ble hevdet at

kvinnene hadde nok med å fokusere på riene og fødselsarbeidet. Noen hadde også opplevd at kvinnene synes det var utfordrende å kommunisere via tolk når de hadde smerter.

Jordmødrene følte derfor at de skjermet kvinnene ved å ikke bruke tolk. Dette funnet bekreftes av en studie hvor jordmødre ikke brukte tolk under fødsel, fordi de mente det kunne forstyrre harmonien på fødestuen (Abdulle et al., 2023, s. 1139). På en annen side kan vi stille oss undrende til om det kan være desto mer forstyrrende for harmonien å ikke bruke tolk under fødsel. Dette med bakgrunn i at mangel på tilstrekkelig informasjon kan forårsake økt usikkerhet og frykt hos kvinnen. Samme studie mente imidlertid at latensfasen var en bedre tid for bruk av tolk enn underveis i fødselsforløpet (Abdulle et al., 2023, s. 1139). Dette kan samsvare med funnene i denne studien, der jordmødre foretrakk å bruke tolk i latensfasen og etter fødsel, og hadde god erfaring med bruk av tolk i disse situasjonene.

Noen av jordmødrene oppga det økonomiske aspektet som et mulig hinder for bruk av tolk. Forskning styrker disse funnene ved å si at jordmødre ofte peker på kostnad som en faktor for at de ikke bruker tolk. Det blir en økt kostnad fordi det krever mer ressurser og er mer tidkrevende (Bains et al., 2021, s. 7; Verschuuren et al., 2023, s. 820). Når jordmødrene i studien snakket om det økonomiske aspektet, kjente de på samvittighet overfor økonomien til sykehuset. Til sammenligning problematiserte en annen av jordmødrene at misforståelser kunne føre til mer kostnader, dersom tolk ikke ble brukt. Forskning viser at flyktninger fra Ukraina, har opplevd misforståelser på grunn av mangelfull informasjon (Hernes et al., 2022, s. 58). Misforståelser og språkbarrierer kan føre til alvorlige konsekvenser som feilbehandling, komplikasjoner og økt liggetid på sykehus (NOU 2014: 8, s. 44). Flere jordmødre fra denne studien var også enig om at kommunikasjonsutfordringene kunne føre til misforståelser og feilvurderinger. Studier bekrefter at språkutfordringer under fødsel kan føre til misforståelser (Balaam et al., 2013, s. 1923; McKnight et al., 2019, s. 18). Det kan dermed være forebyggende og lønnsomt å bruke tolk, siden konsekvenser av misforståelser kan bli dyre. Dette, kombinert med lovverkets føringer bør derfor veie tyngre enn å tenke kostnadsbesparelser ved bruk av tolk. Det er positivt at jordmødre er lojale til sykehuset, med tanke på økonomistyring. Likevel burde det kanskje blitt formidlet tydeligere av sykehusene at pasientsikkerhet betyr mer enn sparing.

Noen av jordmødrene problematiserte tolketjenestens tilgjengelighet som en årsak til å ikke bruke tolk under fødsel. Siden fødsler skjer til alle døgnet tider, ble særlig tilgjengeligheten på natt og helg problematisert. Norske sykehus har i dag en felles nasjonal rammeavtale som

varer frem til 2025, som sikrer rask tilgang på tolk ved akutte tolkebehov. Fødeavdelinger skal ha tilgang på tolk innen maksimum 20 minutter (Sykehusinnkjøp, 2023). Dersom jordmødre opplever at dette ikke stemmer i praksis, er det viktig å skrive avviksmeldinger for å sørge for forbedringer. Selv om jordmødre skal ha god tilgang til akutt tolketjeneste, kan det erfaringsvis i fødselssituasjoner oppstå akutte hendelser der 20 minutter å vente på tolk er for lenge. Nettopp fordi situasjoner kan utvikle seg raskt underveis i fødsel, kan det da stilles spørsmål til om fødeavdelinger også burde ha samme tilgang til akutt tolk som ambulansen har. De har nemlig tilgang på telefontolk innen tre minutter (Sykehusinnkjøp, 2023).

Imidlertid kan det være at jordmor av praktiske årsaker ikke får tid eller mulighet til å bestille tolk mens hun står på fødestuen. Samtidig kan det i nødssituasjoner og akutte situasjoner i fødsel, være viktigere at jordmor handler for å ivareta liv og helse. I slike situasjoner bør det heller bli prioritert å forklare med tolk i ettertid. Dette samsvarer med funnene fra denne studien, der en jordmor fortalte at liv og helse blir prioritert over tolk i akutte situasjoner. Dette støttes av tolkeloven som sier at kravet om å bruke kvalifisert tolk fravikes i de tilfellene hvor det ikke er forsvarlig å vente (Tolkeloven, 2021, §7). En av jordmødrene fra studien undret seg over om ikke alle jordmødre kjente til tolkerutinene ved sitt sykehus. Forskning viser nemlig at ikke alle norske sykehus har gode og tydelige rutiner for bruk av tolk (PROBA, 2023: 9, s. 1-5). Det kan derfor tenkes at noen jordmødre mangler kjennskap til rutinene for bruk av tolk, og at det kan være en potensiell årsak for at de ikke opplevde tolketjenesten som tilgjengelig. Da er det sykehusets ansvar å sørge for tydeligere retningslinjer for bruk av tolk (Tolkeloven, 2021, §9).

En annen årsak til at jordmødrene ikke bestilte tolk, var fordi de brukte pårørende som tolk. Ofte opplevde jordmødrene at partneren snakket bedre engelsk enn kvinnen og brukte han til å oversette. Det går igjen i flere forskningsartikler at partnere eller andre pårørende ofte blir brukt som tolk, både før, under og etter fødsel (Balaam et al., 2013, s.1925; De Freitas et al., 2020, s. 13). Forskning viser imidlertid at pårørende ikke har de riktige kvalifikasjonene for å tolke, særlig når det gjelder å forstå medisinske begreper (Fair et al., 2020, s.12). Når pårørende blir brukt som tolk, kan det føre til utfordringer som brudd på taushetsplikt, misforståelser og tap av kvinnens autonomi (De Freitas et al., 2020, s. 12-13). Jordmødrene opplever at viktig informasjon ikke blir formidlet til kvinnene fordi jordmødrene ofte overvurderer mannens engelskkunnskaper (McKnight et al., 2019, s.18). Dette støttes også av forskning, som sier at jordmødre uttrykker bekymring knyttet til at det er vanskelig å vite om

informasjonen gjennom pårørende er tolket riktig. I tillegg opplever jordmødrene det utfordrende å bruke pårørende som tolk når det gjelder sensitive tema (Bains et al., 2021, s.7). Dette kan derfor tenkes å være særlig aktuelt under fødsel, som kan oppleves som en intim og sårbar situasjon for kvinnen. Det kan være nærliggende å tenke at jordmødre opplever det som en praktisk løsning å bruke pårørende som tolk, og gjør det med god hensikt. Likevel er det viktig å huske på at jordmødre er pliktet å bruke kvalifisert tolk (Tolkeloven, 2021, §7). Dette betyr at pårørende egentlig ikke burde bli brukt til å oversette.

Det kom frem i studien at jordmødre som snakket felles språk som kvinnene, fikk ansvaret for dem under fødselen. Det ukrainske språket er nært beslektet med språk fra andre nærliggende land, som betyr at mennesker fra flere nærliggende land kan kommunisere (Bjorsnes, 2022). 90 % av flyktingene fra krigen i Ukraina som er bosatt i Norge, snakker både ukrainsk og russisk (Hernes et al., 2022, s. 90). Forskning viser til god erfaring med at flerspråklige jordmødre som snakker samme språk som fødekvinnene, får ansvar for dem under fødselsforløpet. Dette er i følge forskningen særlig nyttig i situasjoner hvor det er vanskelig å få tak i tolk (Bains et al., 2021, s. 7). Flere jordmødre fra denne studien, var enige i dette. De beskrev det som positivt for både jordmor og kvinnene, fordi språket ikke ble et hinder, og de lettere kunne snakke sammen. Samtidig kan dette også føre med seg enkelte utfordringer. Blant annet belyser nasjonal veileder for bruk av tolk, at helsepersonell som hovedregel ikke bør brukes som tolk, fordi det kan medføre en uklar rolle. Helsepersonell som behersker det aktuelle språket har likevel ikke de nødvendige kvalifikasjonene som tolk, når de må stå i to ulike roller når de både skal være helsepersonell og tolk (Helsedirektoratet, 2011, s. 7). Dersom avdelingene bruker jordmor som tolk, kan det kamuflere et behov for å bruke kvalifisert tolk. Forskning belyser viktigheten av å bruke profesjonell tolk (Bains et al., 2021, s. 12). Samtidig presiseres det fra nasjonal veileder at helseinstitusjoner kan bruke helsepersonell med flerspråklig kompetanse i krevende og akutte situasjoner der kvalifisert tolk ikke rekker å oppdrives (Helsedirektoratet, 2011, s. 7). Dette kan være aktuelt i fødsel da det kan oppstå akutte situasjoner. Ut fra disse opplysningene kan det forstås at ansatte som hovedregel ikke bør brukes som tolk, men at det i noen tilfeller kan være en nyttig løsning.

Dessuten opplevdes det belastende for jordmoren å stadig få ansvaret for disse kvinnene under fødselsforløpet, fordi hun snakket et felles språk. Sammenlignet med jordmødre som ikke snakket språket, fikk jordmoren pratet mer med kvinnene om opplevelser fra krig og flukt. Jordmoren opplevde det tungt å ta innover seg det vonde som ble fortalt fra krigen, og hadde

medfølelse. Det ble en psykisk påkjenning for jordmoren. Dette kan samsvare med forskning som viser at det gir en økt emosjonell belastning for jordmødre å ha ansvar for flyktninger i fødsel (Verschuuren et al., 2023, s. 823). Imidlertid belyste jordmoren at det hadde stor betydning med kollegial støtte. Av dette kan vi lære om viktigheten av å ivareta sine kollegaer. For å unngå eventuell slitasje av jordmødre, kan det noen ganger være behov for å skjerme jordmødre som ofte står i disse emosjonelt krevende fødselssituasjonene. I tillegg kan økt bruk av tolk på fødeavdelinger bidra til at det blir mulig å fordele ansvaret for flyktningkvinnene under fødsel, mellom alle jordmødre, uavhengig av språk.

En av jordmødrene som snakket samme språk som kvinnene fra Ukraina, tenkte at hun på noen områder kunne hjelpe kvinnene bedre enn hennes norske kollegaer. Dette fordi hun kjente til både språk og kultur. Dette støttes av forskning som viser at flyktningkvinner verdsetter helsepersonell med samme språklige- og kulturelle bakgrunn fordi de opplever det trygt med en jordmor som forstår deres behov (Rogers et al., 2020, s. 1360). I motsetning problematiserte en annen jordmor at det ikke nødvendigvis trengte å være utelukkende positivt for kvinnene å møte noen som var fra omtrent samme område. Hun begrunnet dette i at det kunne ha motsatt effekt ved å være triggende av hensyn til krigssituasjonen. Hun mente at siden Ukraina var en blandet folkegruppe, kunne det derfor være konfliktfylte relasjoner innad i det Ukrainske miljøet, og fordi noen kunne ha et vanskelig forhold til russere. Dette belyses også av norsk forskning på flyktninger fra Ukraina, der det hevdes at noen ukrainere kan oppleve det vanskelig å møte mennesker fra Russland, eller å bruke det russiske språket. Dette fordi det kan assosieres med krigen, og dermed oppstå vanskelige følelser. På en annen side, sier samme forskning at flere ukrainere også mener at dette ikke er et problem (Hernes et al., 2022, s. 90-93). Av dette kan vi forstå at det kan være store individuelle forskjeller. Likevel er dette interessante funn fordi fødeavdelinger av praktiske årsaker ofte setter de jordmødrene som kan kommunisere med kvinnene, til å ha ansvar for dem i fødsel. Dette gjøres med god hensikt, men som funn fra denne studien antyder, behøver det ikke alltid være utelukkende positivt. Da handler det mye om at den ansatte har et ansvar for å vurdere situasjonen, og klarer å sette grenser. Oppsummert bør norske fødeavdelinger være klar over at bruk av flerspråklige jordmødre i møte med flyktninger fra krigen i Ukraina, kan oppleves triggende av politiske og personlige årsaker for noen (Hernes et al., 2022, s. 90-93).

Flere av jordmødrene fra studien forklarte at det ble ekstra viktig å lese- og benytte kroppsspråk i de situasjonene de ikke kunne gjøre seg forstått verbalt. De måtte bruke mer av

seg selv for å kunne kommunisere med kvinnene, og at den nonverbale kommunikasjonen ble desto viktigere. En studie bekrefter også dette, der det belyses at på grunn av språkbarrieren må jordmor bruke mye tid og krefter på å prøve å gjøre seg forstått på andre måter (Abdulle et al., 2023, s. 1138). Annen forskning viser at jordmødre ofte forsøker å bruke kroppsspråk som et verktøy for å overkomme kommunikasjonsutfordringene under fødsel (McKnight et al., 2019, s. 20; Yanikkerem & Selçuk, 2023, s. 4-5). Det fremkommer også at nonverbal kommunikasjon som god øyekontakt kan ha en positiv påvirkning på kvinnen (Robertson, 2015, s. 63). Imidlertid kommer det frem at jordmødre som bruker kroppsspråk alene som kommunikasjon under fødsel, ikke opplever å lykkes (Abdulle et al., 2023, s. 1138). Oppsummert kan det derfor tenkes at jordmødre etter beste evne forsøker å gjøre seg forstått, men at kroppsspråk alene ikke blir en tilfredsstillende måte å kommunisere på.

6. Konklusjon

Denne studien har undersøkt jordmødres erfaringer med kvinner i fødsel, som tidligere har flyktet fra krigen i Ukraina. Jordmødrene opplevde flyktningkvinnene som sårbare, samt at kvinnene hadde behov for ekstra støtte og omsorg under fødselen. Jordmødrene erfarte viktigheten av å bli kjent med kvinnens bakgrunn og hennes behov, for å kunne gi individuelt tilpasset omsorg. Noen av jordmødrene erfarte at flere flyktningkvinner kunne bære med seg traumatiske opplevelser fra krig og flukt, og at dette kunne påvirke fødselen. Jordmødrene var bevisst på å skape trygghet ved å være til stede, og det kunne tenkes at dette ble særlig viktig for de kvinnene som fødte uten partner til stede. Jordmødrene viste stor forståelse for at fødekvinnene var i en ukjent kulturell kontekst, og de var villige til å møte eventuelle kulturelle ulikheter på en respektfull måte. Erfaringene fra studien kan ha overføringsverdi til praksis, gjennom bevisstgjøring av at jordmor har en unik posisjon til å skape fødselsfremmende trygghet for alle fødekvinner.

Språkbarrieren ble opplevd som svært krevende under fødselsforløpet. Jordmødrene erfarte at språket kunne være til hinder for jordmødrene i å utøve den omsorgen de ønsket, noe som opplevdes ubehagelig for dem. Konsekvenser av språkbarrieren kunne være at kvinnene fikk mindre informasjon under fødsel, noe som har potensiale til å forårsake alvorlige konsekvenser. Samtidig kommer det frem av jordmødrenes erfaringer at tolk sjelden ble brukt under fødsel, til tross for kvinnenes rettigheter- og jordmødrenes plikt til å bruke tolk. Jordmødrene belyser utfordringer ved bruk av tolk, og flere årsaker til at det blir lite brukt under fødsel. Grunner til dette kunne være at jordmødrene overvurderte språkkompetansen til kvinnene, eller at pårørende eller ansatte ble brukt som tolk. Det ble også belyst utfordringer knyttet til økonomi, samt tolketjenestens tilgjengelighet. Studien belyser et behov for økt fokus av språkbarrierens konsekvenser i fødsel. Implikasjon for praksis kan derfor være å bruke mer kvalifisert tolk under fødselsforløpet, for å ivareta flyktningkvinnens rettigheter, unngå misforståelser og unødig slitasje på flerspråklige ansatte.

Denne studien har undersøkt åtte jordmødres subjektive erfaringer i møte med kvinner fra krigen i Ukraina. Det kunne vært interessant å utforske fødekvinnenes perspektiv, for å belyse en ny side, og eventuelt å bekrefte eller avkrefte funn fra denne studien. Det kom også opp ulike perspektiver ved bruk av jordmor som tolk, så det kunne vært av interesse å undersøke hvordan jordmødre- og fødekvinner med andre kulturer og språk opplever en slik dobbel rolle

hos jordmor. I tillegg kunne det også vært interessant å se på både jordmødre- og disse kvinnenenes erfaringer innen svangerskap- og barseltid, fordi denne studien er avgrenset til fødselsfasen.

7. Referanser

- Abdulle, A. A., Borrego, N., & Lundgren, I. (2023). Midwives' experiences of encountering immigrant women during labour and birth who do not master the host country's language. A lifeworld hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(4), 1136-1144. <https://doi.org/10.1111/scs.13187>
- Andreassen, K. (2024, 20. februar). *10 år med Russlands krig mot Ukraina*. Universitetet i Bergen, uib.no. Hentet 07. april 2024 fra <https://www.uib.no/aktuelt/168628/10-%C3%A5r-med-russlands-krig-mot-ukraina>
- Balaam, M.-C., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A.-M., Ensel, A., Gouni, O. & Severinsson, E. (2013). A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 1919-1930. <https://doi.org/10.1111/jan.12139>
- Bains, S., Skraning, S., Sundby, J., Vangen, S., Sorbye, I. K. & Lindskog, B. (2021). Challenges and barriers to optimal maternity care for recently migrated women—a mixed-method study in Norway. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(1), 686-686. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04131-7>
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, Ó., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Billhult, A. (2017). Analytisk statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé til examination inom omvårdnad*. (2 utgave, s. 275-283). Studentlitteratur.
- Bjorsnes, S. (2022, 14. mars). *Språk og utdanningssystem i Ukraina*. Nasjonalt senter for flerkulturell opplæring, OSLOMET. Hentet 07. april 2024 fra <https://nafo.oslomet.no/sprak-og-utdanningssystem-i-ukraina/>
- Blackmore, R., Gray, K. M., Melvin, G. A., Newman, L., Boyle, J. A., & Gibson-Helm, M. (2022). Identifying post-traumatic stress disorder in women of refugee background at a public antenatal clinic. *Archives of Womens Mental Health*, 25(1), 191-198. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01167-8>
- Briscoe, L., & Lavender, T. (2009). Exploring maternity care for asylum seekers and refugees. *British journal of midwifery*, 17(1), 17-23. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.1.37649>
- Dahlberg, U. & Aune, I. (2013). The woman's birth experience—The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29(4), 407-415. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>
- De Freitas, C., Massag, J., Amorim, M., & Fraga, S. (2020). Involvement in maternal care by migrants and ethnic minorities: a narrative review. *Public Health Reviews*, 41(1), 5-5. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00121-w>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 10. februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>

Evans, M., Plows, J., McCarthy, R., McConville, B., & Haith-Cooper, M. (2022). What refugee women want from maternity care: a qualitative study. *British journal of midwifery*, 30(9), 502-511. <https://doi.org/10.12968/bjom.2022.30.9.502>

Fair, F., Raben, L., Watson, H., Vivilaki, V., van den Muijsenbergh, M., & Soltani, H. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PLOS ONE*, 15(2), e0228378-e0228378.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>

Frank, G. D., Fox, D., Njue, C. & Dawson, A. (2021). The maternity experiences of women seeking asylum in high-income countries: a meta-ethnography. *Women and Birth*, 34(6), 531-539. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.12.012>

FN-sambandet. (2023, 15. juni). *Mennesker på flukt*. FN.no. Hentet 7. april 2024 fra <https://fn.no/tema/flyktninger/mennesker-paa-flukt>

Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Hanssen, I. (2019) *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (4. Utg). Gyldendal Norsk Forlag.

Helsedirektoratet (2022, 05. september). *Helsetjenester for flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente: oppfølging av gravide*. Hentet 07. april 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/helsetjenester-for-flyktninger-asylsokere-og-familiegjenforente#oppfolging-av-gravide>

Helsedirektoratet (2024, 4. mars). Nasjonal faglig rutine - Fødselsomsorgen: *Rutiner for bemanning av jordmødre i fødeinstitusjoner*. Hentet 10. april 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/fodselsomsorgen/rutiner-for-bemanning-av-jordmodre-i-fodeinstitusjoner#fodeinstitusjonene-bor-ha-rutiner-for-jordmorbemanning>

Helsedirektoratet (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. (IS-1924). [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf/) /attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:295d3d83c0e4403f2e3de5afb133dc1f1f66a961/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om Helsepersonell m.v* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64>

Henriksen, L. & Lukasse, M. (2016). Burnout among Norwegian midwives and the contribution of personal and work-related factors: A cross-sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 9, 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.08.001>

Hernes, V., Deineko, O., Myhre, M. H., Liodden, T. & Staver, A. B. (2022). *Ukrainian refugees – experiences from the first phase in Norway*. (NIBR REPORT 2022:11) Oslo Metropolitan University. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/3029151/2022-11.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

International Confederation of Midwives, ICM. (2008). *International Code of Ethics for Midwives*. Hentet 10. April 2024 fra <https://internationalmidwives.org/resources/international-code-of-ethics-for-midwives/>

Kasper, A., Mohwinkel, L.-M., Nowak, A. C., & Kolip, P. (2022). Maternal health care for refugee women - A qualitative review. *Midwifery*, 104, 103157-103157. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103157>

Kjellerström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vitenskaplig teori och metod* (2. utg., s. 57-80). Studentlitteratur.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.

Leininger M.M. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*, 13(3), 189–201. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>

Leininger, M. M. (2006). Culture Care Diversity and Universality Theory and Evolution of the Ethnonursing Method. I Leininger M.M & McFarland M. R. (Red), *Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory* (2. Utg, s.1-39). Jones and Barlett Publishers, Inc.

Lephard, E., & Haith-Cooper, M. (2016). Pregnant and seeking asylum: Exploring women's experiences 'from booking to baby'. *British journal of midwifery*, 24(2), 130-136. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.2.130>

Lindgren, B.-M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108, 103632-103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>

Lukasse, M., & Henriksen, L. (2019). Norwegian midwives' perceptions of their practice environment: A mixed Methods study. *Nursing Open*. 2019;00:1–12. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/nop2.358>

Lundgren, I., Dencker, A., Berg, M., Nilsson, C., Bergqvist, L., & Ólafsdóttir, Ó. Á. (2022). Implementation of a midwifery model of woman-centered care in practice: Impact on oxytocin use and childbirth experiences. *European journal of midwifery*, 6, 16. <https://doi.org/10.18332/ejm/146084>

Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Nilsen, B. H. & Granskär, M. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3. opplag, kapittel 11, s. 219 – 234). Studentlitteratur.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg). Universitetsforlaget.

Maputle, M.S. & Hiss D., (2013) ‘Woman-centred care in childbirth: A concept analysis (Part1)’, *Curationis* 36(1), Art. #49, 8 sider. <http://dx.doi.org/10.4102/curationis.v36i1.49>

McKnight, P., Goodwin, L., & Kenyon, S. (2019). A systematic review of asylum-seeking women's views and experiences of UK maternity care. *Midwifery*, 77, 16-23. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.06.007>

Meld. St. 9 (2023-2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf>

Menneskerettsloven. (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett* (LOV-1999-05-21-30). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-05-21-30>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2022, 5. mai). *Flyktninger fra krigen i Ukraina: psykososiale konsekvenser, behov og tiltak den første tiden i Norge - voksne og eldre (Avrop 12)*. Helsedirektoratet. <https://www.nkvts.no/content/uploads/2022/05/FlyktningerUkrainaPsykososialeKonsekvenserBehovTiltak-VoksneEldre.pdf?fbclid=IwAR0ApIK5cMGrq9nb2V9mBpFwieqKMF7LtZjui4o97Fa3getBdTr1XtosUnQ>

National Institute for Health and Care Excellence (2021, 19. August) *Antenatal Care: NICE guideline*. (s.1-63) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/resources/antenatal-care-pdf-66143709695941>

Nettskjema. (u.å). *Nettskjema*. Hentet 14.06.2023 fra <https://nettskjema.no/>

- NOU 2014: 8. (2014). *Tolking i offentlig sektor– et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. <https://www.regjeringen.no/contentassets/a47e34bc4d7344a18192e28ce8b95b7b/no/pdfs/nou201420140008000dddpdfs.pdf>
- Origlia Ikhilor, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Asefaw, F., Pehlke-Milde, J., & Cignacco, E. (2019). Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *Journal of Advanced Nursing*, 75(10), 2200-2210. <https://doi.org/10.1111/jan.14093>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-2
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger*. (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar : grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 utg., s.25-42) Studentlitteratur.
- PROBA 2023: 9. (2023). *Kartlegging av retningslinjer og erfaringer med bestilling og bruk av tolk i helse- og omsorgssektoren*. Helsedirektoratet. <https://proba.no/wp-content/uploads/Rapport-2023-9-Kartlegging-av-retningslinjer-og-erfaringer-med-bruk-av-tolk-i-helse-og-omsorgssektoren.pdf>
- Robertson, E. K. (2014). “To be taken seriously” : women's reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(2), 59-65. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.09.002>
- Rogers, H. J., Hogan, L., Coates, D., Homer, C. S. E., & Henry, A. (2020). Responding to the health needs of women from migrant and refugee backgrounds—Models of maternity and postpartum care in high-income countries: A systematic scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 28(5), 1343-1365. <https://doi.org/10.1111/hsc.12950>
- Sanitetskvinnene. (2022, 29. mars). *Iryna skal bistå gravide flyktninger*. Hentet 07. april 2024 fra <https://sanitetskvinnene.no/nyheter/iryna-skal-bista-gravide-flyktninger>
- SIKT. (u.å). *Personverntjenester for forskning*. Hentet 09. juni 2023 fra <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning>
- Sperlich, M., Seng, J. S., Li, Y., Taylor, J. & Brandbury-Jones, C. (2017). Integrating Trauma- Informed Care Into Maternity Care Practice; Conceptual and Practical Issues. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(6), 661-672. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12674>
- Statistisk sentralbyrå, (2023a, 6. Mars). *Krigen i Ukraina ga historisk innvandrervekst*. Hentet 07. april 2024 fra <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre/artikler/krig-ga-innvandringsvekst>

Statistisk sentralbyrå, (2023b, 05. juli). *Personer med flyktningbakgrunn*. Hentet 07. april 2024 fra <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/personer-med-flyktningbakgrunn>

Sykehusinnkjøp. (2023, 19. april). *Tolketjenester – akutt*. Sykehusinnkjøp.no. <https://www.sykehusinnkjop.no/nasjonale-avtaler/tolketjenester---akutt/#dokumenter>

Tolkeloven. (2021). *Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk*. (LOV-2021-06-11-79). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-11-79?q=tolkeloven>

Universitetet i Oslo (2023). *Automatisk transkribering av opptak med Nettskjema-diktafon*. <https://www.uio.no/tjenester/it/aktuelt/om-it/2023/transkribert.html>

Universitetet i Stavanger (2023, 19.januar). *Personvern og sikker lagring i bachelor- og masteroppgaver ved UiS*. Hentet 18.april 2024 fra [https://www.uis.no/nb/aktuelt/personvern-og-sikker-lagring-i-bachelor-og-masteroppgaver-ved-uis#/
/](https://www.uis.no/nb/aktuelt/personvern-og-sikker-lagring-i-bachelor-og-masteroppgaver-ved-uis#/)

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005, 01. desember). *Rammeplan med forskrift for Jordmorutdanning*. Regjeringen. Hentet 07. april 2024 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269373-rammeplan_for_jordmorutdanning_05.pdf

Utlendingsdirektoratet (2024, 05. januar). *72 000 flyktninger fra Ukraina har søkt beskyttelse i Norge*. Hentet 07. april 2024 fra <https://www.udi.no/aktuelt/72-000-fra-ukraina/>

Verschuuren, A. E. H., Tankink, J. B., Franx, A., van der Lans, P. J. A., Erwich, J. J. H. M., Feijen-de Jong, E. I., & de Graaf, J. P. (2023). Community midwives' perspectives on perinatal care for asylum seekers and refugees in the Netherlands: A survey study. *Birth*, 50(4), 815-826. <https://doi.org/10.1111/birt.12727>

World Health Organization. (2022a, 02. mai). *Refugee and migrant health*. World Health Organization. Hentet 07. April 2024 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>

World Health Organization. (2022b, 10. november). *WHO promotes action on urgent mental health needs of Ukrainian refugee*. Hentet 07. April 2024 fra <https://www.who.int/europe/news/item/10-11-2022-who-promotes-action-on-urgent-mental-health-needs-of-ukrainian-refugees>

World Medical Association. (2022, 06. September). *WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yanikkerem, E., & Selçuk, A. K. (2023). Difficulties of nurses and midwives in caring for refugee mothers: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 37, 100885-100885. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100885>

Vedlegg

Vedlegg 1: Plakat



Har du hatt en kvinne i fødsel som har flyktet fra krigen i Ukraina?

Vi er to jordmorstudenter ved Universitetet i Stavanger som skriver masteroppgave.

Vi er nysgjerrige på hvordan jordmødre kan møte flyktninger i fødsel. Vi vil gjerne intervjuer deg som har erfaring med å ha denne gruppen kvinner i fødsel.



Scann QR-koden eller send mail til mariasalte@hotmail.com / ida.malde@lyse.net for mer informasjon

Ta kontakt dersom du ønsker å delta!
Håper å høre fra deg!

Maria Lovik Salte & Ida Malde

Vedlegg 2: Informasjons og samtykkeskjema



Vil du delta i forskningsprosjektet "Hvilke erfaringer har jordmødre med kvinner i fødsel som har flyktet fra krigen i Ukraina"?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske hvilke erfaringer jordmødre har med flyktninger i fødsel. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

I denne masteroppgaven ønsker vi å se på hvilke erfaringer jordmødre har med flyktninger fra krigen i Ukraina i fødsel. Dette vil være en kvalitativ studie med individuelle dybdeintervju. Vi vil etter intervjuene finne hoved-essensen av meningene til intervjuobjektene, og bruke disse funnene i vår masteroppgave. Det kan bli aktuelt på et senere tidspunkt å skrive og publisere artikkel med utgangspunkt i masteroppgaven, og bli forsøkt publisert.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for innsamling, oppbevaring og sletting av datamateriale som samles inn ved den aktuelle institusjonen.

Prosjektansvarlig er førsteamanuensis Gun Ingela Jobe ved Universitetet i Stavanger.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Gjennom denne studien ønsker vi å intervju jordmødre som jobber ved fødeinstitusjoner i Norge. Vi ønsker å spørre deg som jordmor til å delta i studien dersom du har erfaring med å ha en eller flere kvinner som har flyktet fra krigen i Ukraina.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du ønsker å delta i prosjektet vårt innebærer det at du stiller opp på intervju med lydopptak. Intervjuet blir gjennomført på dine preferanser, enten fysisk eller digitalt, og et tidspunkt som passer. Vi setter av ca. 45-60 minutt til intervjuene. Intervjuene vil bli

transkribert av oss, eller av Nettskjema sin transkripsjonstjeneste via diktafon. Du som informant kan ikke bli gjenkjent gjennom datamaterialet vi skal bruke.

Det er ønskelig at vi har mulighet til å kontakte deg ved eventuelle spørsmål i ettertid av intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det er ikke mulig å trekke samtykket etter at data er anonymisert, når analysene er gjennomført.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opplysningene du oppgir vil kun være tilgjengelig for jordmorstudentene som utfører studien, samt veileder for oppgaven. Vi vil ta opp intervjuene ved hjelp av en lydopptakersom heter "Nettskjema" som er en mobilapp utarbeidet av Universitet i Oslo, og har et svært høyt sikkerhetsnivå når det kommer til innlogging, og oppbevaring av strengt fortrolige data. Opptaket lagres sikkert på en kryptert elektronisk database. Vi skal oppbevare persondata om deltakerne, lydopptak og transkribering adskilt på ulike enheter. Opptakene vil bli slettet ved prosjektets slutt, senest innen 01.07.2024

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes innen 01.07.2024, og opptakene og kontaktinformasjon blir slettet innen prosjektets slutt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Veileder:

- Gun Ingela Jobe e-post: Tlf:

Jordmorstudenter:

- Maria Løvik Salte e-post: Tlf:
- Ida Kristine Neema Malde e-post: Tlf:

Vårt personvernombud ved Universitet i Stavanger:

- Rolf Jegervatn e-post: ... Tlf:

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40

Med vennlig hilsen

Gun Ingela Jobe, Maria Løvik Salte og Ida Kristine Neema Malde
(Forsker/veileder) (Jordmorstudenter)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Vurdering fra SIKT

07.03.2024, 13:36

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
530192

Vurderingstype
Standard

Dato
23.07.2023

Tittel
Masteroppgave i jordmorfag

Behandlingsansvarlig institusjon
Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig
Gun Ingela Jobe

Student
Maria Løvik Salte og Ida Kristine Neema Malde

Prosjektperiode
01.07.2023 - 01.07.2024

Kategorier personopplysninger
Alminnelige

Lovlig grunnlag
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.07.2024.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

SIKT har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.)

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4: Intervjuguide

Innledende åpent spørsmål:

“Hvilke erfaringer har du med kvinner i fødsel som har flyktet fra krigen i Ukraina?”

Hjelpes spørsmål ut fra tema jordmoren kan komme inn på «se vedlegg..»

Beholde dette?

Jordmors erfaringer	<ul style="list-style-type: none">• Hvilke forventninger hadde du i forkant av møtet disse kvinnene i fødsel?-stemte tankene du hadde gjort deg opp på forhånd?• Hvordan opplevde du fødslene?• Møtte du på noen utfordringer?• Positive erfaringer?
Kommunikasjon	<ul style="list-style-type: none">• Hvordan kommuniserte du med kvinnene i fødsel?• Hvordan opplevde du kommunikasjonen?• Brukte du tolk eller oversettelsesverktøy i forbindelse med fødselen?• Brukte du pårørende som tolk?• Har du noen tanker om tilgjengelighet av tolk, eller avdelingens rutiner rundt dette?
Kultur	<ul style="list-style-type: none">• Opplevde du noen kulturforskjeller?
Psykisk helse	<ul style="list-style-type: none">• Fikk du informasjon om, eller inntrykk av kvinnens psykiske helse?• Snakket dere om krigen i Ukraina i fødsel?• Hadde det faktum at kvinnen var krigsflyktning, påvirkning på fødselen?-var det påvirkning av fødselsfremgang og den normale fødsel?• Var partner eller pårørende tilstede?• Dersom partner var i Ukraina, brukte dere noen måte å inkludere han på i fødselen (bilder/videosamtale e.l)?-i så fall, hvilken betydning tror du dette hadde?
Sosialt	<ul style="list-style-type: none">• Hvilken bosituasjon hadde kvinnen/paret?• Hvordan opplevde du samarbeid med kommunejordmor? (Fødebrev/helsekort)
Forslag til forbedringer	<ul style="list-style-type: none">• Hvilke råd ville du gitt til en jordmorkollega som skulle ha en ukrainsk flyktning i fødsel?• Ville du gjort noe annerledes til neste gang?
Avslutning	<ul style="list-style-type: none">• Er det noe du har tenkt på under intervjuet som viktig, som du nå ønsker å legge til?• Hvordan opplevde du det å bli intervjuet? <p>Takke jordmoren for at hun brukte av sin tid og delte av erfaringene sine</p>