



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Språkbarrieren under fødselen- Afrikanske kvinners opplevelse

Masterstudent: Franthresa Nyenetue

Veileder: Ingvild Aune

Ord: 13024

Masteroppgave i Jordmorfag, JMO-3008, mars 2023

Forord

Det har så lenge jeg kan huske vært en drøm og en dag kalle meg selv en jordmor. Høsten 2021 fikk jeg endelig muligheten til å begynne reisen til å oppfylle den drømmen. En to årlig reise som nå går mot slutten. Perioden har vært utfordrende, men også svært lærerikt og utrolig spennende. Jeg er takknemlig for den tiden jeg fikk studere ved UiT og for de herlige menneskene jeg har fått tilringt de to siste årene med. Både lærere og medstudenter.

Å skrive denne masteroppgaven har vært krevende. Det har vært en jobb er ikke har klart å gjennomføre alene. Jeg vil sende en stor takk til alle informantene som tok seg tid til å dele sine erfaringer rundt temaet. Forskning og litteratur bidrar til et godt kunnskapsgrunnlag, men deres erfaring har gitt mulighet for en mer helhetlig forståelse av tema. En stor takk til min veileder Ingvil Aune for god veiledning gjennom prosessen. Det har vært betryggende å ha en med god forskningserfaring ved min side.

Til mine venner og familie, Tusen hjertelig takk for den støtten dere har gitt meg gjennom denne perioden. Tålmodigheten, styrken og motivasjonen dere har gitt meg har vært grunnen til at jeg nå kan levere inn en masteroppgave jeg er stolt av. Det har vært en glede å gjennomføre en reise jeg vet dere er stolt av.

Tromsø, Mars, 2023

Abstrakt

Hensikt: Å utforske afrikanske kvinners erfaring med språkbarriere under fødsel.

Metode: Studien har anvendt kvalitativ metode. Datainnsamling ble gjennomført via semistrukturelle dybdeintervju av fem afrikanske kvinner. Dataanalyse ble utført ved hjelp av Malteruds systematiske tekstkondensering.

Funn: Funnene i studien presenteres gjennom 3 temaer: *Kommunikasjon og forståelse*, *Tidspress kan påvirke kommunikasjon og informasjon* og *Jordmors tilnærming til kvinnen*. Funnene beskrev at afrikanske kvinner har både positive og negative erfaringer med språkbarrierer under fødsel. Gode kommunikasjonsverktøy kan ha stor betydning for hvordan jordmødrene løser kommunikasjon og forståelses utfordringen under fødselsforløpet. Funnene viste at kvinnene erfarte å ikke bli tilbydd profesjonell tolk under fødsel, noe som førte til at viktig helseinformasjon til tider gikk tapt. Tidspress på jordmødrene hadde en negativ innvirkning på kommunikasjon og brukermedvirkning. Jordmors tilnærming til kvinnen ble også opplevd forskjellig. Følelsen av å bli stigmatisert og sett ned på satt fortsatt sterkt hos enkelte, mens andre opplevde jordmødre som forstod viktigheten av interkulturell omsorg under fødselen og møtte dem med forståelse og respekt.

Konklusjon: Studien konkluderer med at det er økt behov for kunnskap rundt hvordan jordmødrene skal møte afrikanske kvinner med begrenset norskkunnskap i fødselsomsorgen. Dette innebærer hvordan jordmor tilegner seg en interkulturell tilnærming i den omsorgen hun gir og hvilke kommunikasjonsverktøy hun kan benytte for å bedre språkbarrieren mellom dem. Dagens praksis etterlater noen av kvinnene med mye psykisk stress og utrygghet på grunn av en manglende forståelse om det som foregår på fødestuen. Det er derfor også behov for et bedre tolketjeneste tilbud til kvinnene under selve fødselen.

Nøkkelord: Språkbarriere, innvandrere/afrikanske kvinner, erfaringer, interkulturell omsorg,

Abstract

Objective: To explore African women's experience of language barriers during childbirth.

Method: The study has used qualitative methods. Data collection was conducted via semi structural in-depth interviews with five African women. Data analysis was performed using Malterud's systematic text condensation.

Findings: The findings of the study are presented through 3 themes: Communication and understanding, Time pressure can affect communication and information and the midwife's approach to the woman. They described how African women have both positive and negative experiences with the language barrier during childbirth. Good communication tools can have a major impact on how midwives solve the communication and understanding challenge during the birth process. The findings showed that the women experienced not being offered a professional interpreter during childbirth, which led to important health information being lost at times. Time pressure on midwives had a negative impact on communication and patient involvement. The midwife's approach to the woman was also perceived differently. The feeling of being stigmatized and looked down on was still strong for some, while others experienced midwives who understood the importance of intercultural care during childbirth and met them with understanding and respect.

Conclusion: The study concludes that there is an increased need for knowledge about how midwives should meet African women with limited Norwegian language skills in maternity care. This involves how the midwife acquires an intercultural approach in the care she provides, and what communication tools she can use to improve the language barrier between them. Today's practice leaves some of the women with a lot of mental stress and insecurity due to the lack of understanding about what goes on in the delivery room. There is therefore also a need for a better interpreting service for women during the actual birth.

Keywords: Language barrier, immigrant/African women, experiences, intercultural care,

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	6
1.1	Bakgrunn	6
1.1.1	Definisjoner.....	7
1.2	Tidligere forskning	7
1.3	Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål	10
1.4	Oppgavens oppbygging	10
2	Teoretisk rammeverk.....	11
2.1	A theory on intercultural caring in maternity care	11
2.2	Kommunikasjon.....	12
3	Metode.....	13
3.1	Design.....	13
3.2	Vitenskapeteoretisk perspektiv.....	14
3.3	Utvalg og rekruttering	14
3.4	Datainnsamling.....	15
3.4.1	Transkribering	16
3.5	Dataanalyse.....	17
3.5.1	Helhetsinntrykk	17
3.5.2	Meningsbærende enheter.....	18
3.5.3	Kondensering	18
3.5.4	Syntese	20
3.6	Forskningsetiske vurderinger	20
4	Resultater.....	22
4.1	Kommunikasjon og forståelse	22

4.2	Tidspress kan påvirke kommunikasjon og informasjon	25
4.3	Jordmors tilnærming til kvinnen.....	26
5	Diskusjon.....	28
5.1	Kommunikasjon og forståelse	28
5.1	Tidspress kan påvirke kommunikasjon og informasjon	31
5.2	Jordmors tilnærming til kvinnen.....	33
6	Metodisk drøfting	35
6.1	Diskusjon av datainnsamling, utvalg og rekruttering	35
6.2	Diskusjon av dataanalyse.....	37
6.3	Diskusjon av fenomenologisk perspektiv.....	38
6.4	Diskusjon av forskerrolle.....	38
6.5	Overførbarhet.....	39
7	Konklusjon	40
8	Referanseliste	43
	Vedlegg 1 Sikt Godkjenning	46
	Vedlegg 2 Informasjonskriv	50
	Vedlegg 3 Intervjuguide.....	54
	Vedlegg 4 Muntlig Samtykke	55
	Vedlegg 5 Datahåndteringsplan	56
	Vedlegg 6 Ros-analyse.....	58

1 Innledning

Valg av tema i denne masteroppgaven er basert på erfaringer i praksis og gjennom studiet. Som en flerspråklig jordmorstudent har jeg erfart utfordringer på fødestuen som har forekommet av at kvinnene ikke kan kommunisere på norsk eller at de har begrenset med norsk språkkunnskap. Dette vekket min interesse og lyst til å se på hvordan disse kvinnene erfarer det å gjennomgå en fødsel som krever veiledning og kommunikasjon med jordmor uten å beherske det norske språket. På bakgrunn av dette vil masteroppgaven ta for seg erfaringene til afrikanske kvinner rundt språkbarrieren i fødsel.

1.1 Bakgrunn

Statistisk sentralbyrå definerer innvandrere som personer som selv har innvandret til Norge fra et annet land, og som er født i utlandet av utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre (Statistisk sentralbyrå, 2019). I løpet av de siste årene har den norske befolkningen blitt mer kulturelt mangfoldig. Det ankommer flere og flere innvandrere, flertallet av de nyankomne innvandrerne er unge voksne. Flere av dem vil få sitt første møte med det norske helsevesenet i forbindelse med svangerskap og fødsel (Bakken & Asheim, 2017). Det er flere elementer som kan forstyrre kommunikasjonen når pasienten og helsepersonell har ulik kulturell bakgrunn. Forskjeller i kultur, nivå av helsekompetanse og språk kan gjøre det vanskelig for jordmor å nå fram med det hun ønsker å si (Kommunikasjon og bruk av tolk, 2022). God kommunikasjon mellom jordmor og fødekvinne er en forutsetning for god fødselshjelp. Det å ha en språkbarriere kan ha stor betydning for den helsehjelpen man får. Det kan medføre misforståelser, feilbehandling og økt risiko for feildiagnose. Det er også fare for redusert kvalitet på helsetjenesten og risiko for mindre pasienttilfredshet. Dersom det ikke er tilbud om tolk og informasjonen som gis blir uforståelig vil dette gå utover det samarbeidet som er essensielt mellom jordmor og fødekvinne under fødsel. Tilrettelagt kommunikasjon gjennom tolk kan derfor være helt nødvendig for å kunne gi likeverdig og forsvarlig helse- og omsorgstjenester for pasienter med begrenset norskkunnskap. Helsepersonell har plikt til å vurdere behovet og bestille kvalifisert tolk (Kommunikasjon og bruk av tolk, 2022). I pasient- og brukerrettighetsloven (2001) §3-5 er det nedfelt at informasjon skal være tilpasset

mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjon skal gis på en hensynsfull måte.

1.1.1 Definisjoner

Innvandrere: Det norske integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2022) definerer en innvandrere som «en person som har opphold og bor i Norge, men er født i utlandet av utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre». Dette begrepet har jeg valgt å benytte da den er mye brukt i medtatt forskning og i det teoretiske rammeverket masteroppgaven tar for seg. Med bakgrunn i denne definisjonen har jeg valgt å definere *innvandrerkvinner* som afrikanske kvinner som er født utenfor Norge og som ikke behersker det norske språket.

Språkbarriere: Den norske akademiske ordbok (2017) definerer språkbarriere som: Noe som er til hinder for forståelse av en (skriftlig eller muntligspråk) ytring.

1.2 Tidligere forskning

En studie fra 2022 (Sørbye et al.) viste at kvinner fra Asia og Afrika sør for Sahara hadde opptil to ganger så høy risiko for fødselsrifter enn kvinner med norsk opprinnelse. Den viste også at innvandrere med kort botid i Norge og de med utenlandsfødte partnere hadde høyere risiko for fødselsrift, noe som kan tyde på at noe av forskjellen i risiko skyldes sosiokulturelle faktorer (Sørbye et al., 2022). Den Norske legeforenings (2008) rapport *Likeverdig helsetjeneste?* som tar for seg helsetjenester til ikke vestlige innvandrere, presenterer noen medisinske utfordringer ved helsetilbudet til gravide ikke-vestlige innvandrerkvinner. Rapporten trekker frem at forekomsten av keisersnitt i Norge er markant høyere enn gjennomsnittet hos kvinner fra India, Sri Lanka, Filippinene, Somalia, Eritrea, Chile og Brasil. En studie av dødfødsler i Oslo og Akershus viser at kommunikasjonsproblemer er en betydelig risiko og kan føre til unødvendige komplikasjoner og dødfødsler. Studien konkluderte med at ikke-vestlige mødre utgjør en risikogruppe innen fødselsomsorgen (Saastad et al., 2007).

I en studie fra 2021 (Bains et al.) ble nyankommende innvandrerkvinner sine erfaringer rundt informasjonen de mottok gjennom svangerskaps og fødselsomsorgen beskrevet. Studien så på faktorer knyttet til kvinnenes forståelse av informasjon og hvilket tema som kvinnene hadde

fått utilstrekkelig dekning av. Utvalget bestod av 401 innvandrerkvinner som fødte i Oslo og ikke innvandret fra høyinntektsland. En tredjedel (33,4%) rapporterte en dårlig forståelse av informasjonen som ble gitt til dem gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Dårlige norskkunnskaper, flyktningsstatus, mangel på utdanning, arbeidsledighet og tolkebehov var forbundet med dårlig forståelse. Kvinner som hadde tolkebehov, men ikke ble tilbydd dette hadde høyest risiko for å ikke forstå informasjon gitt til dem (Bains et al., 2021 (c)).

En annen studie (Bains et al., 2021 (a)) hadde som hensikt å identifisere utfordringer og barrierer som nyankomne innvandrerkvinner sto ovenfor i fødselsomsorgen. Innvandrerkvinner har ifølge studien økt risiko for komplikasjoner knyttet til graviditet og fødsel, noe som kan skyldes utilstrekkelig tilgang på og utnyttelse av helsetjenester. Bruk av tolketjenester har vist å øke forståelsen av helseinformasjon blant innvandrerkvinner. Studien fant ut at selv når profesjonell tolk ble tatt i bruk, var det noen ganger fortsatt problemer med kommunikasjonen som et resultat av dialekten eller kjønnet til tolken. Helsepersonell må være oppmerksom på at det kan oppstå problemer med kommunikasjonen mellom tolk og den fødende samt være oppmerksom på behovet for hensiktsmessige tolketjenester (Bains et al., 2021 (a)).

En annen studie fra 2015 viste at enkelte innvandrerkvinner hadde stort sett positive erfaringer med norsk fødselsomsorg, mens noen av kvinnene hadde enkelte negative opplevelser der de ser rom for forbedring (Kojedal, 2015). Selv med den positive erfaringer som mange beskriver er det fortsatt en del innvandrerkvinner som følte at de ble behandlet annerledes på grunn av blant annet religion, språk og hudfarge (Bains et al., 2021(b)). En studie fra 2022 viste også at innvandrerkvinnene hadde alle forskjellige erfaringer i møte med den norske svangerskap og fødselsomsorgen (Mehrara et al.). Enkelte hadde en positiv erfaring rundt den oppfølgingen de fikk under svangerskapet og hvor dyktig de norske jordmødrene var i sitt arbeid. De fleste av kvinnene la derimot vekt på hvor stor utfordring det var med kommunikasjon. Enkelte opplevde at avgjørelse ble tatt uten deres medvirkning og samtykke. De hadde manglende ordforråd til å uttrykke det de ønsket og følte av dette bidro til en negativ opplevelse. Noen uttrykte at de hadde vansker med å skape en god relasjon til sin jordmor på grunn av kommunikasjonsproblemer (Mehrara et al., 2022). Det å skape tillit mellom pasient og jordmor kan til tider være vanskelig. Dette kombinert med kommunikasjonsproblemer kan føre til situasjoner der man

ikke kan forklare at handlingene man gjør er ment for å hjelpe og ikke skade. På bakgrunn av dette ble det gjort en studie som handlet om å forbedre vår forståelse av mangfold i helse og helsepraksis og tilrettelegge for ulike innvandrergrupper som trenger ekstra oppmerksomhet og tilrettelegging. Resultatet viste at svangerskapsomsorgen i dag må justeres for å bidra til å redusere forskjellene i risiko for uønskede fødselsutfall mellom mødre med forskjellig etnisk bakgrunn. Dette innebærer en investering i å utvikle velfungerende tolketjenester og styrking av jordmørtjenestene for å tilrettelegge en mer individtilpasset omsorg (Bakken, 2016). En studie fra 2013 (Balaam et al.) hadde som mål å utforske innvandrerkvinnens oppfatning av deres behov og erfaringer knyttet til graviditet og fødsel. Resultatet viste at innvandrerkvinnens tilgang til helsetjenester må forbedres for å bedre møte deres behov. Risikoen for misforståelser og følelsen av å bli stigmatisert økte når det oppsto problemer med kommunikasjon. Behovet for god kommunikasjon til jordmødrene var tydelig, og det er derfor alvorlig når studier rapporterer at innvandrerkvinner mangler selvtillit til å ytre sine bekymringer og er redde for å stille spørsmål til jordmødrene (Balaam et al., 2013).

Jordmødrenes erfaring i møte med innvandrerkvinner ble undersøkt i en studiet utført av Lauritzen (2015). Her ble det gjennomført intervjuer med forskjellige jordmødre der mye av de samme erfaringene og bekymringene var gjensidig blant dem. De fleste hadde positive erfaringer i form av tillit og takknemlighet fra kvinnene, mens negative områder var kommunikasjonsbarriere, forståelse av smerteuttrykk og negative holdninger. Holdninger som nedlatende uttalelser, ytringer og etiske dilemmaer blir håndtert forskjellig. Mange av jordmødrene følte at det var mangel på kompetanse på dette området og kunne tenke seg opplæring og mer kunnskap om hvordan de skal møte denne pasientgruppen. Noen av dem kunne tenke seg møteplasser og tid der de kunne drøfte og ta opp ulike temaer knyttet til minoritet pasienter (Lauritzen, 2015). DeMeester (2016) skriver i sin studie at dersom helsepersonell som i dette tilfellet er jordmødre skal kunne gi god omsorg, er det ikke bare forhold i pasient- behandlerrelasjonen som må tilrettelegges, men også strukturelle og organisatoriske faktorer. Dette krever at ledere og organisasjoner er villig til å prioritere tid og gode arbeidsforhold for jordmødrene.

1.3 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål

For å oppsummere viser tidligere studier at språk og kommunikasjonsbarrierer medfører økt risiko for en negativ fødselsopplevelse hos kvinnen og at dette er et område jordmødre føler de mangler kunnskaper på. De ønsker bedre redskaper for å best mulig håndtere denne pasientgruppen. Noen av kvinnene opplevde usikkerheter rundt hvordan de kunne uttrykke deres behov med begrensningen de hadde med språket og at jordmødrenes holdning kunne variere i møte med dem. Studiene viser også at innvandrerkvinner har en økt risiko og er mer utsatt for dårlige fødsel utfall og obstetriske komplikasjoner.

Hensikten med studien er derfor å utforske afrikanske kvinnes erfaring rundt språkbarrieren under fødsel. Erfarer de at de har mottatt optimal fødselshjelp som dekket deres behov under den sårbare tiden, eller erfarer de at dette manglet ettersom de ikke kunne uttrykke sine behov på sitt morsmål. Studien vil forske på om kvinnene klarte å kommunisere sitt behov og i så fall hvordan de klarte dette. Studien vil også se på hvordan relasjonen og samarbeidet var mellom kvinnene og jordmor, til tross for manglende språkkunnskap.

På bakgrunn av tidligere forskning og erfaring har jeg formulert en problemstilling:

Hva er afrikanske kvinnes erfaring med språkbarrieren under fødsel?

Forskningsspørsmål:

- 1. Hvordan opplevde kvinnen samarbeidet med jordmor?*
- 2. Hvilke erfaringer har afrikanske kvinner med å føde i Norge uten å beherske det norske språket?*

1.4 Oppgavens oppbygging

Masteroppgaven er delt inn i 7 kapitler. Studien innledes med tema, bakgrunn, problemstilling og forskningsmål i kapittel 1. Kapittel 2 tar for seg studiens teoretiske rammeverk. I kapittel 3 beskrives forskningsmetoden som er anvendt i studien. Dette innebærer design, gjennomføring av studien, håndtering av datamaterialet og analyseprosessen. Studiens resultater presenteres videre i kapittel 4. I kapittel 5 blir resultatene diskutert i lys av forskning

og teori. Oppgaven presenterer til slutt studiens konklusjon i kapittel 7. Referanseliste og vedlegg ligger sist.

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet av masteroppgaven skal det gjøres rede for det teoretiske rammeverket som er tatt i bruk som verktøy for å kunne reflektere og diskutere studiens funn. Det teoretiske fundamentet ble også brukt for å kunne knytte funnene til jordmorfaget i praksis. Oppgaven har tatt for seg Wikbergs (2021) A theory on intercultural caring in maternity care og teori om kommunikasjon da disse faller inn under det som oppgaven problemstilling ønsker å belyse.

2.1 A theory on intercultural caring in maternity care

For å beskrive det interkulturelle omsorgsforholdet mellom innvandrerkvinner og jordmor i svangerskapet, fødsel og barseltid har Wikberg utviklet den jordmorfaglige teorien «A theory on intercultural caring in maternity care». Teorien frembringes av tolkningen av tidligere studier og legger vekt på de forskjellige sidene av omsorgen som gis og hvordan den innvirker på kvinnens helse og velvære (Wikberg, 2021).

Wikberg har spesielt tatt for seg begrepene *omsorg, kultur og interkulturell* for å belyse viktigheten av omsorgen som jordmødrene gir til innvandrerkvinner. *Omsorg* i teorien er tilstedeværelse, respekt og evnen til å «ta vare». Dette er kjernen i jordmorutøvelsen. *Kultur* beskrives som «et mønster av det tillærte med dynamiske verdier og tro som gir mening til erfaring og påvirker tankene og handlinger av individer i en etnisk gruppe». *Interkulturell* beskrives som tilknytningen mellom to kulturer som er like sårbare. Kultur er ulik, men man kan ikke beskrive den ene som mer dominant over den andre (Wikberg, 2021). Interkulturell omsorg refererer til kjernen i jordmoromsorgen tatt i betraktning likhetene og forskjellene i bakgrunnen til de involverte. Både pasienter og alt helsepersonell skal kunne se kulturene de tilhører som like verdifulle. Målet er at omsorg skal kunne fremme helse og velvære til tross for forskjellig kulturell bakgrunn (Wikberg, 2021).

Denne teorien om interkulturell omsorg benyttes i jordmorfaget for å belyse barrierer eller muligheter for interkulturell omsorg. Jordmødrenes spesifikke egenskaper kan belyses av denne teorien og kan dermed gjøre de bevisst på den omsorgen de gir i møte med innvandrerkvinner. Omsorgen jordmor gir under en fødsel kan påvirke i en positiv eller negativ retning og kan ha en indirekte påvirkning på kvinnens helse og erfaring. Det er derfor viktig å inneha kulturell omsorg som en del av kjernen i sin jordmorutøvelse uavhengig av hvor man kommer fra og hvem man er (Wikberg, 2021).

Jeg har valgt denne teorien fordi den gir en god forståelse i det interkulturelle møtet mellom jordmor og innvandrerkvinnen gjennom hennes reise under svangerskap, fødsel og barseltid. Teorien tar ikke bare for seg jordmors perspektiv, men også kvinnens, noe som gav et mer helhetlig bilde av forståelsen av den interkulturelle omsorgen som er vesentlig for min problemstilling i dette prosjektet.

2.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon omhandler sosiale handlinger som å gjøre noe felles, gjøre noe kjent, dele og meddele. Dialog er den talesituasjonen vi er mest kjent med. Samtalen der to snakker sammen og henvender seg til hverandre. En samtale er en kollektiv prosess der man veksler mellom å snakke og lytte. Mening vokser fram ved at partene bygger på hverandres bidrag gjennom dialogen. For å kunne oppnå en god dialog kreves det aktive deltakere som setter seg i hverandres sted. Det som er medbestemmende for det vi diskuterer er forholdet vi har til den andre personen. Samtalens oppbygning er ofte basert på den forventningen vi har til hva den andre vil forstå. Tema, ord og uttrykksmåter velges bevisst eller ubevisst slik at den andre skal forstå ut fra sine forutsetninger. Det må alltid være eller etableres et minimum av felles forståelse dersom kommunikasjon skal få rimelige vilkår. Det kan derfor oppstå problemer i møte mellom mennesker som er svært forskjellige eller som kommer fra forskjellige kulturer. Skal en oppnå god kommunikasjon og samarbeid er det en forutsetning at alle parters kunnskap og erfaringer aktiveres. Fagutøvere har i helsefaglige sammenhenger et spesielt ansvar på grunn av partenes ulikhet i situasjon og kompetanse (Thornquist, 2011).

Helsepersonell er selv viktige instrumenter i sitt arbeid, de har derfor et spesielt ansvar for å stemme instrumentet. Følelser oppstår ikke i et vakuum, de er ofte knyttet til bestemte vaner, forestillingsverdener og væremåter. Dette vil kreve ærlighet ovenfor egne følelser noe som kan være en utfordring når det gjelder egen praksis og egen meningsverden. Hvert enkelt helsepersonell må selv finne ut av egne fordommer og forestillinger, kjenner etter hva som virker truende og hva man berøres av. Når dette er gjort skal de videre legge merke til hvordan man reagerer og handler. Har man denne tankegangen på plass og er dyktig til å ta i bruk den vil det være en avgjørende faktor i hvordan man møter og kommuniserer med en pasient (Thornquist, 2011).

3 Metode

Dette kapittelet presenterer studiens metode. Valg av studiens design og vitenskapelige metode presenteres først. Deretter kommer det en beskrivelse av hvordan utvalg og rekrutteringsprosessen gikk for seg. Kapittelet tar deretter for seg datainnsamling og transkribering prosessen før en beskrivelse av studiens analyseprosess. Til slutt beskrives de forskningsetiske vurderingene og refleksjoner som ble tatt under prosessen.

3.1 Design

En kvalitativ metode anvendes på bakgrunn av studiens problemstilling og hensikt. Kvalitative metoder er forskningsstrategier for fortolkning, beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper, eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. Vi kan bruke kvalitative metoder til å få kunnskap om menneskelige egenskaper som opplevelser, forventninger, tanker, holdninger, motiver og erfaringer. Vi kan dermed spørre etter betydninger, meninger og nyanser av hendelser og atferd (Malterud, 2017). Individuelle dybdeintervju er en godt egnet datainnsamlings metode for denne studien. Gjennom denne intervju formen får man muligheten til å få direkte kjennskap til menneskets erfaringer (Malterud, 2017).

3.2 Vitenskapeteoretisk perspektiv

Fenomenologi omfatter forståelse av menneskers subjektive erfaringer og bevissthet. En fenomenologisk forutsetning for forståelse er å sette tidligere kunnskap i parentes for å deretter rette kritisk oppmerksomhet mot den aktuelle subjektive erfaringer i lys av individets livsverden. Kroppserfaringer og persepsjon har en særlig plass i fenomenologien (Malterud, 2017). Thornquist (2018) beskriver fenomenologien som en erfaringsorientert tradisjon som opererer med kvalitativ oppfatning av erfaring og kunnskap. Her rettes oppmerksomheten ikke mot verden i seg selv uavhengig av personen som erfarer den, men mot verden slik den erfares av subjektet (Thornquist, 2018). Fenomenologien kalles ofte for en bevisstetsfilosofi eller en konstitusjonsfilosofi. Dette fordi den klarlegger og analyserer hvordan verden konstitueres av vår bevissthet. Bevisstheten er karakterisert ved en form for intensjonalitet i den forstand at den aldri er tom og er alltid rettet mot noe. Menneskets bevissthet er rettet mot noe og fra noen, og det er også alltid en bevissthet om noe (Thornquist, 2018).

Intervjupersonen innen fenomenologi skal ikke inkludere egne meninger og erfaringer slik at deres holdning påvirker resultatet. Man skal være bevisst over å ikke trekke konklusjoner fra hva andre har satt ord på og deres opplevelse av en situasjon. Det som kommer fram skal bli framstilt så presis som mulig uten at en setter sine preg på det (Kvale og Brinkmann, 2015).

3.3 Utvalg og rekruttering

Med bakgrunn i studiens hensikt ble et strategisk utvalg benyttet i rekruttering av kvinnene som deltok. Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra målet om at materialet kan belyse problemstillingen på best mulig måte (Malterud, 2017). Kvinnene ble derfor valgt ut ifra de inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene som ble satt for deltagelse i prosjektet og kvinnenenes ønske om å delta.

Inklusjonskriteriene var at kvinnen måtte være av afrikansk bakgrunn da problemstillingen fokuserte kun på denne kvinnegruppen. Det måtte være 5 år eller mindre siden den aktuelle fødselen. Dette for å sikre at data og informasjon som kom fra kvinnene var så ferske som mulig. For å kunne gjennomføre intervjuene var det viktig at et inklusjonskriterium var at

kvinnen nå måtte ha tilstrekkelige norsk språkkunnskap selv om hun ikke hadde det under fødsel, slik at vi kunne gjennomføre intervjuene på norsk. Dette var spesielt viktig for å sikre at kvinnene ikke ble misforstått eller feiltolket fordi jeg som forsker ikke forstod hva kvinnene fortalte eller at de ikke forstod spørsmålene som ble stilt.

Kvinnene ble rekruttert i første omgang via sosiale medier. Her møtte jeg utfordringer med å rekruttere da de som tok kontakt ikke oppfylte inklusjonskriteriene. Jeg måtte derfor diskutere med kvinner gjennom eget nettverk. Jacobsen (2000) beskrev dette som en *snøballmetode*. Metoden går ut på at en først kontakter noen mulige informanter som gir tips om andre informanter og disse igjen anbefaler andre informanter. På denne måten rullet snøballen videre til jeg fikk nok informanter.

Et informasjonsskriv (se vedlegg 2) om prosjektet ble sendt ut til kvinnene via mail. Skrivet beskrev kort prosjektets tema, hensikt og selve intervjuet. Informasjonsskrivet forklarte at informantene måtte gi sitt samtykke (se vedlegg 4) for at data som kom fram skulle bli brukt i prosjektet. De kunne også trekke sitt samtykke når som helst. Denne informasjonen ble gjentatt muntlig før intervjustart. Jeg endte til slutt med et antall på fem kvinner. Alle kommer fra forskjellige afrikanske land. Tre av damene hadde født to eller flere barn i Norge, mens de andre to informantene hadde kun født ett barn i Norge. Kvinnene hadde bodd alt fra 6 måneder til 3 år i Norge ved fødselstidspunktet. De passet dermed til kriteriene om å ha ingen eller begrenset språkkunnskap ved fødselen. Kvinnene var mellom 20 til 35 år og kom fra forskjellige fylker i landet. Informantene kom med tilstrekkelig og god data for å gjennomføre studien.

3.4 Datainnsamling

Med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene ble det gjennomført fem individuelle semistrukturerte dybdeintervju av afrikanske kvinner. Denne intervjuemetoden beskriver Malterud som en god metode å benytte i en situasjon der målet er å få direkte kjennskap til menneskets erfaringer (Malterud, 2017). Jeg endte med fem informanter da det ble utfordrende å rekruttere kvinner som møtte alle inklusjonskriteriene. Grunnet tidspress med

å komme i gang med datainnsamlings prosessen måtte jeg nøye meg med de fem informantene. Jeg synes allikevel at informasjonstyrken ble god og jeg mottok tilstrekkelig data.

Det ble utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg 3) med spørsmål som ble formet for å kunne bistå med å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. Hensikten med å ha en intervjuguide er for å hjelpe med å holde fokus i samtalen og imøtekomme studiens mål om å få kvinnenes erfaring rundt språkbarrieren under fødsel (Malterud, 2017). Spørsmålene ble under intervjuene tilpasset temaene kvinnene gikk inn på. Oppfølgingsspørsmål ble stilt og kvinnene ble spurt om å oppklare mer rundt visse tema som jeg syntes var relevante for problemstillingen. Spørsmålene i intervjuguiden bestod av åpne spørsmål slik at informantene ikke ble ledet til svaret.

Intervjuene ble gjennomført digitalt via zoom, teams og telefon. De ble tatt opp via applikasjonen Nettskjema Diktafon som ble oppbevart etter datahåndteringsplan (se vedlegg 5).

3.4.1 Transkribering

Ved ferdig gjennomføring av alle intervjuene satt jeg igjen med lydopptakene som nå måtte gjøres om fra tale til tekst. Få mennesker snakker slik at en direkte kan skriftliggjøre en samtale til å gi en gyldig gjengivelse av det som ble sagt. En stor del av transkriberingsprosessen er å oversette talespråket i lydopptakene til skriftspråk. Alle lyder og ord ble skrevet ned. Latter, gråt, naturlige pauser eller nøling ble også nedskrevet. Formålet med skriftliggjøringen av talespråket er å fange opp samtalen i en form som best mulig formidler det deltakeren ville formidle (Malterud, 2017).

Transkripsjon skal ivareta mest mulig det opprinnelige materialet slik deltagerens meninger og erfaringer ble oppfattet og formidlet under datainnsamlingen. Det var viktig at jeg som forsker under transkriberingen var forsiktig med tolkninger der grunnlaget i teksten ble vurdert som usikkert fordi dette kunne ha betydning for studiens funn (Malterud, 2017).

3.5 Dataanalyse

Analysemetoden som ble brukt for å analysere datamaterialet var Malteruds systematiske tekstkondensering. Denne analysemetoden har en induktiv tilnærming ettersom empiriske data benyttes for å belyse problemstillingen eller forskningsspørsmålet. Dette innebærer at man tar utgangspunkt i empirien og utvikler forståelse av temaer vi ønsker å få mer innsikt i (Malterud, 2017). Det kan beskrives slik at analysen skal bygge en bro mellom innsamlet data og resultater gjennom organisering av materialet, fortolkning av materialet og at materialet blir sammenfattet. Systematisk tekstkondensering egner seg godt for analyse av fenomener som kan bidra til utvikling av nye beskrivelser (Malterud, 2017). Analysemetoden gjennomføres i fire trinn.

1. Helhetsinntrykk- Fra villnis til foreløpige temaer
2. Meningsbærende enheter- Fra foreløpige temaer til koder og sortering
3. Kondensering- Fra kode til abstrahert meningsinnhold
4. Syntese- Fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater.

3.5.1 Helhetsinntrykk

I det første trinnet handlet det om å bli kjent med materialet. Man leser gjennom alle de transkriberte sidene for å få et helhetsbilde slik at man kan vurdere mulige temaer som representerer kvinnenens erfaringer (Malterud, 2017). I dette tilfellet ble materialet lest gjennom flere ganger. De ble lest gjennom med åpent sinn. Teoretisk referanseramme og egen forståelse ble lagt til siden slik at materialet ble forstått så konkret som kvinnene ønsket å formidle sine erfaringer. Dette gir en mulighet for nye beskrivelser og fenomener å komme fram.

Når alt var lest var det på tide å spørre hva foreløpige temaer i teksten kan fortelle om de viktigste delene av kvinnenens erfaring. Det ble satt opp 7 foreløpige tema som jeg ble oppmerksom på i teksten. 1. Kommunikasjonsproblemer, 2. Har liten tid, 3. Jordmors væremåte på fødestuen, 4. Tilpasset/Tilstrekkelig informasjon, 5. Mannen brukt som tolk, 6. Ikke kjent med Norges fødselsomsorg, 7. Følelsen av ivaretagelse.

3.5.2 Meningsbærende enheter

Trinn 2 av analyseprosessen innebærer å organisere den delen av materialet som skulle studeres nærmere og legge resten til side. Her skal man finne de meningsbærende enhetene i teksten og systematisere dem. Hele teksten anses ikke som meningsbærende enheter i systematisk tekst kondensering, det må derfor skilles mellom relevant og irrelevant tekst (Malterud, 2017). Intervjuene ble lest over med fokus på ett og ett tema med en kontinuerlig refleksjon over hvordan temaene og de meningsbærende enhetene kunne bidra med å belyse problemstillingen. Her ble de første temaene/betegnelse reformulert og ble samlet til fire reviderte temaer som la grunnlaget for kodegruppene. De meningsbærende enhetene ble sortert og identifisert ut ifra de kodegruppene som skulle brukes som sorteringsgrunnlag. Dette kaller Malterud for koding (Malterud, 2017).

3.5.3 Kondensering

Kondensering av innholdet i de meningsbærende enhetene er det tredje trinnet i analysen. Dette består av å systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som ble kodet sammen (Malterud, 2017). Relevant tekst som nå består av de meningsbærende enheter ble lagt i fire kodegrupper. Irrelevant tekst ble lagt bort.

Underveis i analysen ble det oppdaget at to av kodegruppene inneholdt mye av de samme meningsbærende enheter med like nyanser av samme sak, samtidig som den ene kodegruppen inneholdt for få meningsbærende enheter. Jeg valgte derfor å eliminere den ene kodegruppen og flytte enhetene opp til den kodegruppen den passet i. Jeg stod derfor igjen med tre kodegrupper. Ut ifra kodegruppene ble det utviklet subgrupper for hver kodegruppe. Hensikten med subgruppene er å skape rom for flere tolkninger og tilnærminger (Malterud, 2017).

Under i tabell 1 kan man se et eksempel på analyseprosessen. En illustrasjon av hvordan kodegruppene med tilhørende subgrupper blir analysert ved hjelp av de meningsbærende enhetene. En oversikt over de tre kodegruppene med tilhørende subgrupper kan ses i tabell 2.

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Subgruppe
------------------------	------------	-----------

«Hadde jeg kunne hatt mulighet til å ha tolk under fødsel kunne det ha bidratt til å gi meg en større forståelse av det som foregikk under fødselen.»	Kommunikasjon og forståelse	Bruk av kommunikasjonsverktøy
«Når jeg tenker tilbake på det så husker jeg at Jordmor brukte enkelt språk og forsøkte å tilpasse informasjon til mitt nivå slik at jeg kunne forstå hva hun forsøkte å si. Spesielt når hun skulle veilede ved trykking»		Tilpasset mengde informasjon

Tabell 1: En oversikt over meningsbærende enheter og subgrupper i kodegruppen.

Kodegrupper	Kommunikasjon og forståelse	Tidspress kan påvirke kommunikasjon og informasjon	Jordmors tilnærming til kvinnen
Subbgrupper	Bruk av kommunikasjonsverktøy	Lite rom for informert valg	En dømmende og avisende holdning
	Tilpasset mengde informasjon	Lite kontinuitet i Jordmor omsorg	Følelsen av å bli sett og hørt

Tabell 2: Oversikt over kodegruppene med tilhørende subgrupper

Det ble utarbeidet kunstige sitater til hver av subgruppene for å illustrere innholdet i dem. Malterud (2017) beskriver de kunstige sitatene som kondensater. Kondensatene ble skrevet i «jeg-form» og inneholdt deler av de meningsbærende enheter fra hver subgruppe. Kondensatenes hensikt var å sikre at analysen formidlet det kvinnene kom med i en kortfattet

tekst (Malterud, 2017). Et gullsitat til hver subgruppe ble valgt for å oppsummere innholdet i subgruppen.

3.5.4 Syntese

Det fjerde og siste trinnet består av en sammenfatning. Bitene ble i dette trinnet satt sammen og rekontekstualisert. Jeg fortolket deretter materialet, som la grunnlaget for nye beskrivelser og begreper. Det ble vurdert dersom resultatene fra de forrige trinn gav en gyldig beskrivelse av den sammenhengen de først stod i (Malterud, 2017). Med utgangspunkt i subgruppens kondensater og gullsitatene ble det laget en analytisk tekst til hver av subgruppene. Tekstene ble kvinnenens stemme. Dette trinnet skulle gi mulighet for å utvikle nye beskrivelse og begreper som foreligger fra teori og forståelse.

Deretter ble det utviklet resultatkategori for hver subgruppe. Denne skulle gjenspeile det informantene fortalte og var tett knyttet til rådataene.

3.6 Forskningsetiske vurderinger

Formålet med forskningsetikken er å bevisstgjøre samfunnet og spesielt forskerne om de etiske problemstillingene som kan oppstå som følge av deres forskning. Hvordan forskningen gjennomføres og hvordan resultatene blir formidlet vil gi økt tillit til forskningsresultatene. Dette krever god forskningsetisk praksis (Wifstad, 2020).

De internasjonale yrkesetiske retningslinjer for jordmødre ble tatt i bruk som en av kildene for å basere oppgavens etiske vurderinger på (International confederation of midwives, 2014). Den internasjonale forskningsetiske komiteen har utarbeidet forskningsetiske retningslinjer som setter prinsippene rettferdighet, integritet, respekt og gode konsekvenser som sentrale begreper innen forskning (De Nasjonale Forskningsetiske komiteene, 2014). Disse to retningslinjene sammen legger vekt på at all forskning skal vektlegge retten til frivillig deltagelse, informert samtykke, retten til å trekke sin deltagelse, viktigheten i anonymisering og nytteverdi.

Før jeg gikk i gang med rekruttering og datainnsamling ble et meldeskjema sendt til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) som etter denne prosessen har endret navn til Sikt-

kunnskapssektorens tjenesteleverandør. Godkjenning fra dem var nødvendig da det ble tatt i bruk lydopptak under intervjuprosessen (734571). Informasjonen som kom fram, kunne være personlig nok til å gjenkjenne informanten og bryte anonymiteten.

Det bli i forkant av studie start fylt ut en risiko og sårbarhetsanalyse (Se vedlegg 6) for å legge en plan på hvordan personvern sikres og hvilke tiltak som settes i gang dersom det blir brudd på personvern.

Informantene ble som nevnt tilsendt et informasjonsskriv (se vedlegg 2) i forkant av intervjuene. Skrivet inneholdt en beskrivelse av prosjektets hensikt, informasjon om samtykke og retten til å trekke samtykke dersom de ønsker det. Det var viktig for meg at kvinnene mottok og leste gjennom informasjonsskrivet før de møtte opp til intervjuet. Dette for å sørge for at de ikke deltok uten å virkelig forstå hva prosjektet dreiet seg om. Dette gav dem en mulighet til å tenke gjennom dersom de ønsket å dele sine erfaringer enten de var positive eller negative. Det å vite at de kunne trekke seg fra prosjektet dersom det som kom fram ble for personlig synes jeg var viktig i min etiske vurdering. De fikk muligheten til å ta et informert valg om sin deltagelse.

Jeg mottok en muntlig godkjenning til samtykke før intervjuets start. For å sikre personvern ble all data anonymisert slik at informantene ikke kunne gjenkjennes. Ifølge Malterud (2021) er det i en kvalitativ studie viktig at all empirisk data reflekterer kvinnes erfaring og meninger på best mulig måte. Dette var noe jeg hadde i baktankene gjennom mitt arbeid. Dette var spesielt viktig da jeg jobbet med kvinner som ikke var etnisk norske og ikke snakket det norske språket. Ett av kravene for å kunne delta i studien var at kvinnene måtte på tidspunktet av intervjuet kunne kommunisere og gjøre seg forstått på norsk. Selv om alle deltagere klarte å kommunisere og gjøre seg forstått på norsk, var det viktig for meg å huske at det ikke var deres morsmål. Jeg måtte under intervjuene sikre at de forstod de spørsmålene jeg stilte samtidig som jeg forstod hva de formidlet av sine erfaringer. Der jeg var usikker fikk jeg oppklaring ved å spørre om det som kom fram ble forstått riktig. Under analyseprosessen ble all data nøye reflektert over, og fokus ble lagt på formuleringer og sitater som kunne misforstås på grunn av språket.

Etiske problemstillinger som kunne oppstå i denne studien kommer av formulering og håndtering av intervju spørsmålene. Det var viktig at jeg tenkte over hvordan jeg stilte

spørsmålene. I en slik kvalitativt studie med en problemstilling som tilsvarer at kvinnene må fortelle om sin erfaring, kan man lett regne med at det kan oppstå følelser som både kan være positive og negative. Spørsmålene har potensiale til å vekke følelser hos kvinnene som kunne være vanskelig å håndtere. Jeg satt derfor av god tid til alle intervjuene slik at kvinnene fikk muligheten til å snakke fritt og dele sine følelser dersom de skulle ha behov for dette.

Det er viktig at opptakenes lagres trygt og slettes så fort studien er over. Konfidensialitet til den som skal intervjues skal beskyttes.

Datainnsamling fulgte UiTs anbefalinger om å anvende Nettskjema diktafon mobilapp for å lagre lydfilen. Dokumenter og transkriberte filer ble lagret via UiT's OneDrive-sharepoint. Primært ble UiT Microsoft Office 365 OneDrive- Sharepoint med tofaktor-autentisering brukt for deling av transkribert materiale og øvrige filer med materiale (analyser, fragmenter transkripsjon). Ved eventuell sending av masteroppgaven via intern e-post, ble det markert intern i e-posten.

4 Resultater

I dette kapittelet vil de endelige resultatkategoriene presenteres. Gjennom analyseprosessen av de fem intervjuene ble det utarbeidet tre resultat kategorier som beskriver innholdet i intervjuene og som best gjenspeiler informantenes stemme (Malterud, 2021). Kategoriene er følgende: 1. *Kommunikasjon og forståelse*, 2. *Tidspress kan påvirke kommunikasjon og informasjon*, 3. *Jordmors tilnærming til kvinnen*. Kategoriene blir nå presentert med analytisk tekst sammen med illustrerende sitater fra informantene. Resultatene vil i neste kapittel bli diskutert i forhold til forskning og teori.

4.1 Kommunikasjon og forståelse

En felles utfordring for kvinnene var kommunikasjon og forståelse. På grunn av den manglende eller begrenset norsk språkkunnskap opplevde alle kvinnene at de på flere tidspunkt hadde vansker med å forstå hva deres jordmor forsøkte å formidle under fødselen. Kvinnene hadde

likeledes problemer med å gjøre seg forstått grunnet begrenset eller mangel på norsk ordforråd. I Norge vet vi at helsepersonell har muligheten til å tilby pasienten tolk dersom de ikke mestrer språket. Dette for å sikre at nødvendig helseinformasjon blir forstått. Under intervjuene kom det fram at ingen av kvinnene fikk tilbud om å benytte tolk under fødselen. Enkelte av kvinnene visste ikke at det var en mulighet, mens andre visste om tilbudet, men ble ikke tilbudt muligheten. Om det var noe som alle kvinnene var enig om og fortalte, så var det at de skulle ønske de hadde tolk til stede på et tidspunkt under fødselen slik at jordmor kunne gi viktig informasjon til tolken.

Kommunikasjon ble veldig vanskelig. På grunn av dette var det mange ganger der jeg ikke følte meg forstått og slet med å kommunisere mine behov. Det å forstå det jordmor og sykepleier ønsket fra meg var også utfordrende. Jeg synes at jordmødrene i framtiden burde gi tilbud om tolk som kan bistå med å oversette til morsmålet til kvinnen slik at hun kan forstå mer. Hadde jeg kunne hatt mulighet til å ha tolk under fødsel kunne det ha bidratt til å gi meg en større forståelse av det som foregikk under fødselen (Sitat av informant)

Noen av kvinnene var førstegangsfødende og hadde dermed ikke tidligere født et barn i Norge. Dette medførte en stor mangel på forståelse av den norske fødselsomsorgen. Kvinnene beskrev dette som en utrygg faktor under fødselen da fødselsomsorgen fra deres hjemland var meget forskjellig fra det de opplevde i Norge. Noen beskrev at en tolk til stede kunne bidra til å hjelpe jordmor med å forklare stegene i fødselsprosessen og hva som var vanlig prosedyre i Norge.

Noe som var felles for alle kvinnene bortsett fra en informant var det at de hadde en mann som hadde noe mer norsk språkkunnskap enn dem selv. Kvinnene uttrykte at de alle mer eller mindre hadde perioder der jordmor henvendte seg til mannen under kommunikasjon. For noen av dem var dette greit, men for andre ble dette en utfordrende faktor. Noen beskrev at de følte seg litt satt til side mens kommunikasjonen foregikk. Mannen svarte ofte bare på spørsmål uten å dobbeltsjekke med dem.

Det mange av kvinnene beskrev som en positiv opplevelse med jordmødrene var deres evne til å benytte kommunikasjonsverktøy som bidro til å minske språkbarrieren mellom dem. Noen benyttet kommunikasjons app, andre benyttet seg av andre oversettelse verktøy på datamaskinen for å hjelpe kvinnene med å kommunisere sine behov og motta informasjon som

ble gitt til dem. Noen av kvinnene uttrykte at kommunikasjon via tegn og fysisk peking på gjenstander ble en del av kommunikasjonsmetoden benyttet under deres fødsel. Dette ble også forklart som en positiv opplevelse selv om det ble vanskelig under intense perioder av fødselen. Språklig kommunikasjon ble beskrevet av kvinnene som veldig variert. Noen av kvinnene hadde jordmødre som brukte «enkelt» språk når de kommuniserte med dem. De beskrev det slik at jordmor benyttet ord og setninger på norsk som var enkelt for dem å forstå. Dersom noe de forsøkte å kommunisere ikke ble forstått opplevde de at jordmor tok seg tid til å gjenta seg selv og forsøkte å forklare på en enklere måte. Dette opplevde kvinnene som betryggende. De forklarte dette som å ha en jordmor som forstod deres behov for tryggheten de fikk gjennom forståelse. Et par av kvinnene uttrykte at dette gav dem tryggheten til å kunne spørre jordmor fritt om å gjenta informasjon dersom de ikke forstod. De følte at informasjonen ble tilpasset deres forståelse og tryggheten som kom med dette gav dem muligheten til å kunne fokusere på den jobben de måtte gjøre under riene. De hadde tillit til at jordmoren ville kommunisere dersom noe unormalt skulle oppstå.

Kommunikasjon på engelsk var noe flere kvinner gikk innpå. Dette ble både en positiv og negativ opplevelse. Noen av kvinnene hadde litt engelsk språkkunnskap og syntes det var fint at jordmødrene benyttet seg både av norsk og engelsk for å forbedre kommunikasjonen. De forklarte derimot at det til tider ble en rotete måte å kommunisere på da man plutselig hadde to språk man bare kunne halvveis. Dette førte til at det ble vanskelig å få en helhet i samtalen. En av kvinnene forklarte at hun ikke hadde noen norsk språkkunnskap, men at hun snakket flytende engelsk. Hun fikk derimot en jordmor som ikke kunne noe engelsk. Men det hun syntes var fint med hennes jordmor var at hun var flink til å hente inn en kollega som kunne bistå henne med kommunikasjon. Hun følte at samarbeidet mellom henne og helseteamet var løst på en fin og oversiktlig måte.

De kvinnene som opplevde å ha en jordmor som de syntes var gode til å minske språkbarrieren gjennom gode kommunikasjonsverktøy, satt igjen med en følelse av å ha vært en delaktig medspiller i sin fødsel. De kunne uttrykke deres behov og få deres behov møtt med forståelse og empati.

Når jeg tenker tilbake på det så husker jeg at jordmor brukte enkelt språk og forsøkte å tilpasse informasjon til mitt nivå slik at jeg kunne forstå hva hun forsøkte å si. Spesielt når hun skulle veilede ved trykking. Jeg fikk en følelse av at det var min fødsel og min kropp som gikk gjennom dette. Jeg tror det er lett å føle seg noe overstyrt dersom man ikke forstår språket og kan kommunisere, men under fødselen følte jeg at ingenting ble gjort uten mitt samtykke eller at de informerte meg. (Sitat av informant)

4.2 Tidspress kan påvirke kommunikasjon og informasjon

Jordmødre opplever ofte en travle hverdag i avdelingen. Dette var noe flere av kvinnene kjente på under deres fødsel. Ut ifra funnene fra den første resultat kategorien var det tydelig at jordmødrene måtte bruke mye mer tid på kommunikasjon enn de ellers ville gjort til en norsktalende fødekvinne. Tid ble brukt på gjentakelse i situasjoner der man ikke klarte å gjøre seg forstått. Både jordmor og kvinnene brukte tid på å finne riktige ord og begreper som kunne minske språkbarrieren samt tilpasse informasjonen som ble gitt til kvinnene. Kvinnene opplevde at på grunn av den travle avdelingen ble de etterlatt mye til seg selv. Jordmor kom inn kun for å gjennomføre arbeidsoppgaven som stod for tur før hun forsvant ut dørene for å komme seg til neste rom. Det ble lite tid til å kunne kommunisere med jordmor. Mye skjedde uten at man fikk en god forklaring og når jordmor først var inne for å kommunisere ble dette gjort i korte trekk. Kvinnene opplevde mye utrygghet rundt dette. Å føde i et ukjent land var allerede en stress faktor som førte til utrygghet og dette ble ikke noe bedre av å ha en jordmor som ikke hadde tid til å forklare og informere dem om prosessen. Tryggheten som enkelte beskrev rundt det å kunne stille spørsmål gjentatte ganger dersom de ikke forstod var ikke til stede. Avgjørelser ble under disse fødselene tatt uten at kvinnen virkelig forstod omfanget av situasjonen. En av kvinnene forklarte at hun fikk mye av informasjon i etterkant av fødselen når jordmor hadde tid til å komme innom barselavdelingen.

Jeg opplevde at det var lite kommunikasjon under selve fødselen. Jordmor hadde det travelt tror jeg. Hun var mye inn og ut av rommet og ting skjedde uten at jeg forsto hva som foregikk. Hun snakket lite og gav meg korte forklaringer på det jeg spurte om. Jeg fikk en del informasjon i etterkant av fødsel noe jeg syntes var fint, men hadde satt mer pris på å få det under selve fødselen. (Sitat av informant)

Tidspresset førte til det som kan beskrives som lite kontinuitet i jordmor omsorgen. Enkelte av kvinnene opplevde at de fikk flere jordmødre inne hos seg gjennom fødselen da deres jordmor var utilgjengelig. Dette ble uoversiktlig og opplevdes som slitsomt. De fleste av fagpersonene som kom når de ringte for hjelp visste ikke om språk og kultur forskjellen. Det ble vanskelig å bli trygg på en person da man måtte jobbe med å finne en ny måte å kommunisere på hver gang det kom inn en ny jordmor. Noen av kvinnene forklarte at i en situasjon som fødsel der man har mye smerter og er sliten blir det en ekstra påkjenning å måtte bruke energi på å gjøre seg forstått til de forskjellige som kommer inn på rommet. Et par av kvinnene opplevde å få en ny jordmor etter vaktskiftet som kom inn uten å ha rukket å lese deres journal.

Når jeg først ringte på, kom det forskjellige mennesker inn og ikke alle hadde informasjon om pasienten de gikk inn til. De brukte mye tid på å stille meg spørsmål jeg hadde svart på fra tidligere. I en slik situasjon der jeg hadde mye smerte og var sliten ble det å forholde meg til mange forskjellige personal meget slitsomt. Spesielt med språkbarrieren. Jeg måtte bruke mye tid på å finne ord for å bli forstått. Dette gav meg en følelse av frustrasjon. (Sitat av informant)

4.3 Jordmors tilnærming til kvinnen

En viktig faktor for kvinnenes opplevelse var den relasjonen de hadde med sin jordmor. Det var en blandet erfaring mellom kvinnene. Enkelte hadde gode opplevelser og følte de fikk en jordmor som var veldig hjelpsom og forståelsesfull rundt språkproblemene, mens andre opplevde jordmødre som møtte dem med det de beskrev som en dømmende holdning.

De kvinnene som hadde en positiv erfaring, forklarte at det å kunne ha en jordmor som brydde seg om å hjelpe dem med å forstå mest mulig av fødselsprosessen til tross for språk og kulturforskjell, betydde mye for dem. De satt igjen med en følelse av takknemlighet og glede, dette ble merkbart i deres stemme og måten de snakket om erfaringen under intervjuene. Jordmors tålmodighet og ønske om å gi det lille ekstra når det var å trygge dem i det å føde i en ny og ukjent fødekultur bidro til å gi dem en følelse av å være en «normal» fødekvinne som ikke hadde ekstra behov som jordmor måtte ta hensyn til. Dette resulterte i en trygg og avslappende atmosfære i rommet. Noen beskrev at deres jordmor alltid snakket direkte til henne og ikke til mannen hennes selv om han forstod mer norsk. Hun følte at jordmor forsøkte å hele

tiden inkludere henne i samtalen og ikke bare pratet over henne fordi hun ikke forstod norsk. Dette var noe som ble satt stor pris på. Det gav en følelse av å bli sett og hørt under fødselen.

Jordmor så direkte på meg når hun kommuniserte, selv når jeg hadde vanskeligheter med å forstå henne. Hun hadde tålmodighet og fremsto som om hun forstod at vi begge var i en situasjon som var vanskelig på grunn av kommunikasjonsproblemer. Hun tok ingen avgjørelser uten å ha forsikret seg om at jeg forstod det som skulle skje. Dette gav meg en følelse av å bli sett og hørt selv uten et felles språk mellom oss. (Sitat av informant)

De andre kvinnene opplevde en blanding av negative og positive erfaringer i møtet med jordmor. Noen beskrev det som en følelse av å bli dømt og stigmatisert av noen som ikke kun så dem som en fødekvinne, men som en utenlandsk fødekvinne. De ble møtt med irritasjon dersom jordmor måtte gjenta seg selv fordi kvinnen og mannen ikke forstod det som ble formidlet til dem. Dette ble ikke uttrykt bare med ord, men også med deres kroppsspråk. Kvinnene erfarte at det kunne tolkes som om jordmødrene forventet at de skulle forstå hva som var normal prosedyre i Norge og det som skulle være allmennkunnskap. Det var lite forståelse for at dette var en ukjent fødekultur for kvinnen som kom med mange spørsmål og uvitenhet. Tålmodigheten til å sette seg ned og bruke tid på å hjelpe kvinnene var fraværende. Et par av dem uttrykte at de hadde lite lyst til å stille spørsmål og være delaktig i fødselen sin.

Noen uttrykte at måten jordmødrene snakket til dem på var noe nedlatende. Et eksempel som kom igjen gjennom et par av kvinnene var det å ikke bli trodd på når det ble uttrykt intense smerter under riene. De opplevde at det virket som om jordmor mente at de overdrev deres smerte noe som gav av en følelse av å bli stigmatisert. «*Det er ikke slik vi gjør det i Norge*», ble ofte uttrykt fra jordmødrene.

Måten hun snakket til meg og hennes væremåte gav meg en følelse av at hun trodde at jeg overdrev smertene mine. På et tidspunkt fikk jeg spørsmål om jeg ikke kunne ha klart å åpne vinduet selv uten å ringe etter henne. Jeg kunne i tillegg lese kroppsspråket hennes at hun ble irritert når jeg ikke forstod det hun forsøkte å si. Jeg har aldri født i Norge før, det var derfor mye jeg ikke forsto om fødselsprosessen. Jeg følte meg veldig sett ned på da jeg ikke forsto mye av det som nordmenn så på som vanlig. (Sitat av informant)

5 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres studiens funn i forhold til forskning og teori. Funnene diskuteres med utgangspunkt i studiens hensikt hvor målet var å besvare studiens problemstilling: «Hva er afrikanske kvinners erfaring med språkbarrieren under fødsel?». Forskningsspørsmålene «Hvordan opplevde kvinnene samarbeidet med jordmor?» og «Hvilke erfaringer har afrikanske kvinner med å føde i Norge uten å beherske det norske språket?», blir også sett i sammenheng med diskusjonen.

5.1 Kommunikasjon og forståelse

Teorien sier at det må alltid være eller etableres et minimum av felles forståelse dersom kommunikasjon skal få rimelige vilkår. Skal det oppnås god kommunikasjon og samarbeid er det en forutsetning at alle parterers kunnskap og erfaringer aktiveres (Thornquist, 2011).

En språkbarriere under fødsel mellom jordmor og fødekvinne har gjennom tidligere forskning vist seg å være en utfordring som kan bidra til uheldige utfall og kan ha stor betydning for helsehjelpen man får (Saastad, et al., 2007; Kommunikasjon og bruk av tolk, 2022). Kvinnene i denne studien hadde alle en utfordring med kommunikasjon og forståelse under fødsel. Opplevelsen var at med begrenset språkkunnskap kunne de ikke kommunisere sine behov like enkelt som de ville gjort dersom de kunne språket. Utfordringen gikk ikke bare utover deres evne til å uttrykke sine behov, men også utover deres evne til å forstå hva jordmødrene ønsket å formidle til dem.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) beskriver at alle pasienter har rett til informasjon og at denne skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som erfaring, kultur og språkbakgrunn. Dette innebærer derfor at jordmor under fødsel er pliktig til å sette i gang tiltak som kan hjelpe henne med å oppfylle dette kravet. Eksempler her kan være å ta i bruk profesjonell tolk, eller ta i bruk andre kommunikasjonsverktøy som kan bidra til å gi informasjon på en måte som blir forståelig for kvinnen. Det er gjort studier rundt bruk av

tolketjenesten under svangerskap og fødsel og hvordan tjenesten kan bidra til å hjelpe innvandrerkvinner og deres partner med å forstå viktig helseinformasjon. Noen av studiene viste at en stor prosent av kvinnene ikke ble tilbydd tolk under fødsel, men hadde fått dette tilbudet under svangerskapet og på barsel avdelingen (Bains et al., 2021(b), 2021(c)). Dette samsvarer med funnene i min studie. Ingen av kvinnene fikk tilbudet om å benytte en profesjonell tolk under fødselen. Noen av dem visste ikke at dette engang var en mulighet. De kom alle inn med manglene/ingen kunnskap om den norske fødselsomsorgen og hadde derfor et større behov for informasjon. En samtale med en profesjonell tolk på et tidspunkt av fødselen kunne bidratt til å hjelpe jordmor med å gjennomgå viktig informasjon om fødselsomsorgen og fødselsforløpet og forsikret seg at kvinnen mottok nødvendig helseinformasjon. Bruk av profesjonell tolk er ikke bare nyttig for å hjelpe jordmor med informasjonsformidling, men det er også en måte å gi kvinnen muligheten til å uttrykke sine behov og hva som er viktig for henne under fødselen. Funnene i studien viste at kvinnene mange ganger følte seg misforstått og slet med å kommunisere sine behov. Dette kan relateres til Wikbergs (2021) teori som beskriver at bruk av profesjonell tolk kan bidra til at kvinnene erfarer at jordmor har interesse for deres verdier og kultur. Han beskriver dette som en viktig dimensjon av kommunikasjon som kan minske risikoen for misforhold i føderommet og samtidig skape en felles forståelse mellom jordmor og kvinnen.

Selv om bruk av tolk gjennom studier har vist seg å være et viktig og nødvendig verktøy som kan benyttes for å minske kommunikasjonsproblemer mellom jordmor og innvandrere/afrikanske kvinner under fødsel, er det faktorer en burde vurdere før man benytter dette. En studie fant at selv når profesjonell tolk ble tatt i bruk, var det noen ganger fortsatt problemer med kommunikasjon som et resultat av dialekt eller kjønnet til tolken (Bains et al., 2021). Det er viktig at jordmor forsøker å forsikre seg om at det som blir formidlet tolkes riktig, noe som kan være en utfordring under en fødsel der ting skjer fort og jordmor ikke alltid har tid. I en diskusjon rundt tema om riktig tolkning av informasjon, kan vi se på bruken av mannen eller partner som tolk under fødsel. Studiens funn viste at nesten alle informantene hadde en partner som ble brukt som tolk. Noen syntes at dette var noe som fungerte greit, mens andre så dette som en anstrengelse for partneren. Helsedirektoratets (2021) veileder om kommunikasjon via tolk fraråder å bruke familiemedlemmer som tolk. De vektlegger at dette kan sette pårørende

i en vanskelig rolle. Å tolke er noe som innebærer et stort ansvar og krever bred kunnskap og ferdigheter. Dette ansvaret skal derfor ikke legges på familiemedlemmer. Veilederen beskriver videre at i tilfeller der pasienten gir uttrykk for et ønske om å benytte pårørende som tolk, kan dette være på grunn av mangel på informasjon om tolketjenestetilbudet. Dette stemte også i forhold til funnene i min studie. Det er derfor jordmors ansvar å informere om dette tilbudet. I situasjoner der familiemedlemmer/ partner benyttes som tolk i stedet for kvalifisert tolk kan viktig informasjon bli holdt tilbake og nødvendig helsehjelp blir derfor ikke mottatt. Dersom partner av en eller annen grunn blir brukt som tolk, er det viktig at jordmor på bakgrunn av veilederen stiller spørsmål om det partner formidler til kvinnen stemmer overens med det hun sier. Dette vil ikke alltid være tilfellet da partner i mange situasjoner ikke vil ha den faglige bakgrunnen eller ordforrådet til å videreformidle det jordmor sier. En kan også undre seg på om man tar i fra partnere muligheten til å bare være en del av fødselen uten å legge et ekstra ansvar på dem (Helsedirektoratet, 2011). Noen av kvinnene beskrev også denne erfaringen som negativ da mye av kommunikasjon ble gjennomført via partner og muligheten for å fungere som en aktiv deltagelse i kommunikasjonen ble tatt i fra dem. Denne utfordringen gjorde det vanskelig for kvinnene å skape en god flyt i relasjonen med jordmor og kunne til tider påvirke samarbeidet mellom dem.

Noen av de positive funnene som kom fram i min studie var jordmødrenes evne til å ta i bruk andre kommunikasjonsverktøy som oversettelsesapp og andre oversettelsesprogrammer på datamaskin, noe bidro til å minske språkbarrieren. Bruk av tegn, kroppsspråk og bruk av kollegaer var alle verktøy som kvinnene hadde positive erfaringer med. Det som ble best beskrevet som en vellykket metode for å minske språkbarrieren var hvordan jordmødrene forenklet deres språk under kommunikasjon og hvordan de tilpasset informasjonen slik at det ble forstått. I teorien beskriver Thornquist (2011) at oppbygningen på samtalen oftest baseres på forventningen vi har til hva den andre vil forstå og at tema, ord og uttrykksmåter velges bevisst eller ubevisst slik at den andre skal forstå. Kvinnene beskrev at noen av jordmødrene viste forståelse for at de hadde et behov for tilrettelegging for å kunne forstå informasjonen når de forenklet deres språk. Denne forståelsen fra jordmor gav kvinnene tryggheten til å stille spørsmål da de visste at jordmor ville forsøke å øke deres forståelse selv med språkbarrieren. Følelsen av trygghet og ivaretagelse økte hos dem.

Wikberg (2021) påpekte at selv om innvandrerkvinner mottok informasjon betydde ikke dette at de nødvendigvis forstod informasjonen på grunn av ulike forventninger de hadde til fødselen. Men det å ha en jordmor som jobbet med en interkulturell tilnærming ville bidra til å styrke hennes interesse for å gjøre det som skal til for å øke forståelse og minske språkbarrieren. Dette er en del av den gode helseomsorgen som beskrives så godt i Wikbergs (2021) teori.

5.1 Tidspress kan påvirke kommunikasjon og informasjon

De yrkesetiske retningslinjene for jordmødre påpeker at jordmor skal «jobbe med den enkelte kvinnen i et partnerskap der de deler relevant informasjon. Relasjonen mellom jordmor og kvinnen vektlegger brukermedvirkning, informert valg og informert samtykke» (International confederation of midwives, 2014, s. 2). Tidspress på jordmødrene er noe som har vist seg å være et hinder for gjennomføring av disse punktene ifølge funnene i denne studien. En del av kvinnene har opplevd å føde på en tid der jordmor hadde mye å gjøre og hadde dermed ikke like god tid til å gi den oppmerksomheten de hadde behov for. Forskning viser at når tidspresset øker som følge av høy arbeidsbelastning, er det behov for å undersøke hvordan omsorg i tråd med retningslinjer påvirkes for å ivareta pasientens sikkerhet. Tidspresset kan ha stor påvirkning på den omsorgen som gis. Dette kan bety begrenset mulighet for brukermedvirkning (Tsiga et al., 2013). En språkbarriere kommer med en del utfordringer som kan være meget tidskrevende for jordmor. Det å kunne kommunisere med språkbarriere betyr i mange tilfelle at jordmor må bruke tid på å finne riktig ord og begrep som vil være forståelig for kvinnen. Gjentakelse av informasjon som ikke blir forstått er noe som tar tid og krever tålmodighet fra alle parter involvert. Den norske legeforeningen (2008) skriver i en rapport at tid er en kritisk faktor under kommunikasjon med innvandrerkvinner. Her beskrives det at informasjonsutveksling tar lengre tid når jordmor og pasient ikke snakker samme språk. Dette er med eller uten tolk til stedet. Det er derfor viktig at det settes av tid til å kunne kommunisere og innhente tilstrekkelig og riktig informasjon fra pasienten. Deres anbefaling er at helsepersonell forbereder seg til konsultasjon på forhånd og sørger for at alt som er nødvendig for å få til god kommunikasjon under møte med pasienten, er på plass (Den Norske

Legefoeringen, 2008). Dette er noe som kan være utfordrende i jordmor omsorgen da man ikke alltid vet hvem som kommer inn til fødsel.

I en situasjon der det er et tidspress er det lett å ta avgjørelser uten kvinnens samtykke og dermed hindre muligheten til medvirkning og muligheten til å ta et informert valg. Kvinnene i denne studien beskrev nettopp dette. At avgjørelser blir tatt uten medvirkning og samtykke er funn fra en tidligere studie som omhandler innvandrerkvinner (Mehrara et al., 2022). Her kan man undre på om dette skjer på grunn av den tiden jordmor må bruke på å forklare og sikre at informasjon blir forstått eller om det er andre faktorer som påvirker avgjørelsen. En ting som var sikkert ut fra funnene i denne studien, var at mangelen på medvirkning og samtykke skapte en usikker og utrygg følelse hos kvinnene. Tid ble ikke brukt på å tilpasse informasjonen for kvinnene noe som virket å skyldes tidspresset som lå på jordmoren. De mottok heller informasjon i etterkant av fødselen dersom jordmor hadde anledning til å komme innom barselavdelingen. En studie gjort av DeMeester et al. (2016) viste at det ikke bare er forhold i pasient-behandlerrelasjonen som kan påvirke brukervedvirkningen, men også faktorer som strukturelle og organisatoriske faktorer kan fremme eller hemme brukervedvirkningen. Eksempler på dette er i hvilken grad ledelse og organisasjonen er villig til å prioritere brukervedvirkningen. Er det satt av tilstrekkelig tid for helsepersonell som i denne sammenheng er jordmor til å sette i gang brukervedvirkning? Denne studien hevder videre at skal en få til medvirkning med pasienter med innvandrerbakgrunn burde det prioriteres tid og frita helsepersonell/jordmor fra andre krevende oppgaver. DeMeesters et al. (2016) sin studie kan sees i sammenheng med funnene i min studie. Krevende arbeidsbelastning og tidspress virket å være faktorer som hindret brukervedvirkningen og dermed tok fra kvinnene deres rett til å medvirke i valgene som ble tatt under deres fødsel.

Wikbergs (2021) teori beskriver omsorg som et viktig begrep i jordmoromsorgen. I dette beskriver han at tilstedeværelse og evnen til å «ta vare» er kjernen i det interkulturelle møtet. Tidspresset på jordmødrene betydde mindre tid med jordmor på rommet. Noen beskrev at de ble mye etterlatt til seg selv og den tilstedeværelsen som Wikbergs (2021) legger vekt på ble dermed borte. Kommunikasjon skjedde i korte trekk og det ble derfor vanskelig å etablere en god relasjon til jordmor. Om dette var bare på grunn av tidspresset eller om språkbarrieren

hadde en innvirkning var vanskelig å si, men det var tydelig at tidspresset bidro til begrenset kommunikasjon. Følelsen av å ikke ønske å ringe for hjelp med mindre det var noe alvorlig var noe noen av kvinnene kjente på. Dette er i strid med den omsorgen jordmoren skal gi.

5.2 Jordmors tilnærming til kvinnen

Thornquist (2011) skriver i teorien at helsepersonell er viktige instrumenter i sitt arbeid og har derfor et spesielt ansvar for å «stemme» instrumentet. Følelsene våre er i mange tilfeller knyttet til bestemte vaner, væremåter og forestillingsverdener. Det er derfor viktig at jordmor i sin praksis er ærlig over følelsene hun har knyttet til de punktene. Denne bevisstheten kan bidra til å gjøre jordmor mer bevisst over hvordan hun møter mennesker i egen praksis.

Studien viste en blandet erfaring rundt kvinnenes opplevelse av jordmors tilnærming til dem. Enkelte av kvinnene opplevde å få jordmødre som var meget bevisst over sin væremåte ovenfor dem og viste god forståelse for deres kultur og behov for tilrettelegging for god kommunikasjon og forståelse. De beskrev at jordmødrene tok seg tid til å sikre informasjon selv om det krevde at de brukte forskjellige metoder og kommunikasjonsverktøy for å oppnå dette. Wikbergs (2021) skriver i sin teori at interkulturell omsorg er en del av kjernen i jordmoromsorgen og forskjeller og likheter i bakgrunnen til de involverte skal derfor tas i betraktning. Kultur er ulik, men en kultur kan som nevnt ikke beskrives som dominant over den andre. Jordmor må derfor i sitt møte med innvandrerkvinnen ha en forståelse for at hennes kultur og verdier kan være annerledes fra det som er normen i Norge. Dette vil gi jordmor muligheten til å se kvinnen på lik linje som seg selv og kan dermed promotere helse og velvære.

En studie fra 2015 (Lauritzen) viste at jordmødrenes erfaring bestod stort sett av positive møter med innvandrerkvinner. Det var også utfordringer som kommunikasjonsbarrierer, hvordan kvinnen uttrykte smerte og negative holdninger blant jordmødrene. Negative holdninger kunne være nedlatende uttalelser og ytringer, og hvordan etiske dilemmaer ble håndtert forskjellig (Lauritzen, 2015). Dette samsvarer med denne studiens funn. Noen av kvinnene opplevde å få jordmødre som hadde en svært dårlig tilnærming til dem. Frustrasjon over kommunikasjonsproblematikken ble vist gjennom tydelig irritasjon og negativt kroppsspråk.

Følelsen av å bli stigmatisert og blitt snakket nedlatende til var blant annet noe som satt igjen hos disse kvinnene. Andre studier bekrefter at opplevelsen av diskriminering ikke er en uvanlig følelse blant afrikanske kvinner. Forskningen (Braveman et al., 2017) viser at kvinner med minoritetsbakgrunn opplever stress, kronisk bekymring og uheldig fødselsutfall som et resultat av diskriminering under svangerskap/fødsel. Frykten for å oppleve stigmatisering og diskriminering ligger allerede hos mange av kvinnene før de kommer i fødsel. Noen av dem kommer derfor allerede inn med en redsel som kan enten betrygges eller forverres av jordmors tilnærming. Det kreves mer forskning rundt hvordan diskriminering påvirker fødselsutfall og kvinnens helse og hvilket tiltak som kan settes i gang for å eliminere dette. Det er i mellomtiden viktig at helsepersonell erkjenner de psykososiale effektene denne holdning har på denne pasientgruppe (Alhusen et al., 2016; Braveman et al., 2017). I innledning kapittel ble det presentert at det ligger en økt risiko for uheldige fødselsutfall hos innvandrerkvinner enn hos etnisk norske kvinner (Sørbye et al., 2022; Saastad et al., 2007). Bakken et al (2015) sin studie viste spesifikt at de afrikanske kvinnene hadde økt risiko for postterm fødsel, mekoniumfarget fostervann, episiotomi, operativ vaginal fødsel, akutt keisersnitt, postpartum blødning, lav apgar score og lav fødselsvekt. En litteratur studie fra 2016 (Alhusen et al.) viste at det er en signifikant forhold mellom rasediskriminering og ugunstig fødsel utfall. Min studie fant ikke en direkte sammenheng mellom ugunstig fødselutfall og diskriminering, men i det ene tilfellet der det var ugunstig utfall ble det fortalt at jordmor hadde en dårlig holdning over kvinnen. Veiledning ble gjennomført i korte trekk og jordmor var ikke opptatt av å sørge for at hennes instruksjoner til kvinnen ble forstått.

Lauritzens (2015) sin studie viste også at jordmødrene følte at de hadde manglende kompetanse rundt hvordan de skulle møte denne pasientgruppen. En kan derfor lure på om dette kan være en del av grunnen til hvorfor noen jordmødre ikke klarer å ta i bruk den interkulturelle omsorgen som Wikberg (2021) beskriver i sin teori. Denne negative måten å møte innvandrerkvinnene på har gjennom studiens funn vist seg å være en stress faktor som hindret samarbeidet og tilliten til jordmoren. Dette bidro til at kvinnene ble meget passive og lite delaktige under fødselen. Tryggheten til å vise sin usikkerhet og uttrykke sine behov ble tatt i fra dem. Noen beskrev at de manglet selvtillit til å ytre sine meninger da de var redd for måten dette ville bli mottatt av

jordmor. Dette er erfaringer som også en annen studie viser at innvandrerkvinner har (Balaam et al., 2013).

Denne studien viste at det er et tydelig behov for mer kunnskap og kompetanse blant jordmødrene når det gjelder møtet med innvandrerkvinner i fødsel. Forskjellen i hvordan jordmødrenes tilnærming ovenfor denne gruppen er stor og kan derfor bidra til store forskjeller mellom hvordan kvinnenes fødsels erfaring og fødselsutfallet blir. Det er tydelig at det finnes jordmødre som forstår viktigheten av interkulturell omsorg og bruker dette til å vise kvinnene forståelse for deres kultur og verdier og dermed skape følelsen av trygghet og tillit. Kvinnene beskrev dette som en følelse av å bli sett og hørt selv med språkbarrieren og kulturforskjellen. Både lovverket og teori forteller oss om viktigheten av brukermedvirkning, støtte og tillit under en fødsel (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001; Wikberg, 2021). Jordmor vil ikke klare å oppnå dette kun gjennom kommunikasjon, men også gjennom den relasjonen hun bygger med fødekvinnen. Det skal alltid fremmes en god relasjon og jordmor skal kunne skape et miljø på fødestuen som inviterer kvinnene til å være aktive deltagere under fødselen (Hawley & Morrie, 2017; DeMeester et al., 2016). Hennes holdning og tilnærming skal skape en omgivelse som gir rom for medvirkning og samarbeid (DeMeester et al., 2016).

6 Metodisk drøfting

I dette kapitlet blir svakheter og styrker diskutert og knyttet til metoden i prosjektet.

6.1 Diskusjon av datainnsamling, utvalg og rekruttering

Malterud (2021) skriver at all forskning burde stille spørsmål om metoden som er brukt representerer en logisk vei til kunnskap som belyser problemstillingen. Følger ikke forskningen en logisk vei, vil man ikke kunne forvente at resultatene gir tilstrekkelig gyldig svar. Validitet er et begrep som står sentralt i studiens vurdering av kvalitet. Det fungerer som et kvalitetskriterium for om resultatene svarer på det som forskes på. Validitet er også gyldigheten

til det studien forteller oss om. Validering skal avklare begrensninger, muligheter, konsistens og relevans for den verden vi befinner oss i.

Jeg har derfor gjennom studien utført en kontinuerlig validering. Jeg arbeidet først med å sikre at ordlyden i problemstillingen og forskningsspørsmålene gav grunnlag for det jeg faktisk ønsket å forske på. Dette ble sammen med veileder omformulert og endret flere ganger fram til vi landet på det vi syntes gav best innsikt i det jeg ønsket å forske på. Studien har i problemstillingen valgt å begrense utvalget til afrikanske kvinner. Det ble i første omgang vurdert om utvalget av kvinnene skulle bare bestå av innvandrerkvinner, men etter nøye vurdering kom jeg fram til at innvandrerkvinner kunne strekke seg til kvinner som kommer fra land som har lik fødeomsorg som Norge og et språk som lignet det norske språket. For å virkelig treffe på det problemstillingen ønsket å belyse, ble vurderingen at afrikanske kvinner var det utvalg som passet best for studien.

Individuelle dybdeintervju ble vurdert som den beste egnede metoden for datainnsamling for denne studien. Gjennom denne intervju formen får man muligheten til å få direkte kjennskap til menneskets erfaringer (Malterud, 2017).

Som beskrevet i kapittel 3.3, ble alle intervjuer gjennomført på norsk selv om vi jobbet med kvinner som ikke hadde lang oppholdstid i Norge. Rekrutterings prosessen ble noe utfordrende da mange av kvinnene som ønsket å delta ikke kunne kommunisere på norsk, men engelsk. Etter vurdering med veileder ble det bestemt at det beste for studien var å få informanter som kunne kommunisere på norsk. Dette for å sikre at data ikke ble misforstått eller feiltolket. Dersom jeg hadde gjennomført intervjuene på engelsk, hadde det vært en komplisert prosess med å oversette all data til norsk. Noe som kunne virke som en svakhet for oppgaven da det var større mulighet for feiltolkning.

Intervjuprosessen ble gjennomført i hovedsak via Zoom med unntak av ett som ble gjennomført via fysisk oppmøte. Digital gjennomføring av intervjuene kan anse som en svakhet da nonverbal kommunikasjon gikk tapt. Muligheten til å utvikle tillit gjennom fysisk tilstedeværelse ble også borte gjennom de digitale intervjuene. Dette ble spesielt synlig under det ene fysiske intervjuet. En styrke i denne oppgaven er at kvinnene deltok frivillig og hadde

alle en interesse for tema. De hadde alle forskjellige erfaringer og denne variasjonen gav et helhetlig bilde av problemstillingen. Det var et håp om at data som kom inn ikke bare skulle reflektere en side av problemstillingen, men gi et helhetlig syn.

En svakhet for datainnsamlingen kan være et begrenset utvalg og antall informanter. Utvalget kan også virke som en svakhet på overførbarheten av konteksten. På grunn av språkkriteriene ble det vanskelig å innhente mange informanter. Men ettersom overførbarheten av funn er knyttet til utvalget studien har, valgte jeg informanter som hadde forskjellig geografisk spenn og som beskrevet tidligere, hadde forskjellige erfaringer. Den eksterne validiteten av studien er dermed styrket.

6.2 Diskusjon av dataanalyse

«Den menneskelige faktor har stor betydning for datainnsamling og analyse, og senere i prosjektet når innsikten skal deles med andre» (Malterud, 2021, s.41). Begrepet *refleksivitet* er også et begrep som er svært relevant for analyseprosessen. Refleksivitet innebærer at den ansvarlige for studien viser evnen til å sette spørsmål på egne konklusjoner og ved egen framgangsmåte. Forskerens forståelse har en sentral rolle i denne prosessen og forskeren skal derfor være forsiktig med å la forforståelsen få for stor plass da dette kan hindre det empiriske materialet til å la ny kunnskap komme fram (Malterud, 2021). Med grunnlag i det Malterud (2021) skriver, ble det viktig at jeg benyttet en analyseprosess som bidro til at fortolkning av materialet og funn var relevant for problemstillingen. Det anses som en styrke at både intervju og transkripsjon ble gjennomført av meg. Dette ga muligheten for å bli godt kjent med materialet. Transkribering av data ble gjennomført kort tid etter intervjuene, noe som var en fordel for å kunne ha intervjuene fersk i minne. Jeg har gjennom analyseprosessen hatt som mål å følge trinnene slik den er beskrevet i teorien og holde meg til innhentet data. Min forforståelse ble lagt til side.

Analyseprosessen var både tids- og arbeidskrevende. Det har vært en prosess som har krevd mye refleksjon. Dette har innebært å hele tiden ha en kritisk holdning til min fortolkning og hvilken kontekst kunnskapen dannes i. Denne måten å jobbe på la et grunnlag for å kunne

revidere antall kodegrupper og resultatkategori underveis. Jeg har måtte sette meg inn i trinnene i analysemetoden for å kunne forstå hva informantene sa på best mulig måte (Malterud, 2021). Det ble viktig å strebe etter å ha en nærhet til rådataene med mål om at resultat presentasjonen og fortolkningen var det informantene hadde sakt.

Jeg har gjennom prosessen jobbet sammen med veileder som har bidratt til å hjelpe meg å lage riktige kodegrupper, subgrupper og resultat kategorier. Hennes erfaring med å jobbe med forskningsstudier har hjulpet meg med å unngå at min subjektivitet farget fortolkningen. Ifølge Malterud (2021) kan det være en fordel å gjennomføre analysen med en annen forsker for å skape et analytisk rom for flere nyanser. Slik har man mulighet for å se detaljer man ikke ser alene. Det at jeg er alene som forsker gjennom denne prosessen kan både virke som en svakhet og en styrke for oppgaven. En svakhet fordi jeg mister muligheten til å ha en annen forsker som kan oppdage nyanser jeg selv ikke oppdager, men og en styrke fordi jo flere forskere som deltar i analysen, desto mer omfattende blir den. Flere forskere er ikke en garanti for at resultatene blir bedre (Malterud, 2021).

6.3 Diskusjon av fenomenologisk perspektiv

Den vitenskapelige tilnærmingen som benyttes i studien kan være en svakhet. Malterud (2021) beskriver at en fenomenologisk tilnærming påkrevder at forskeren har bakgrunnskunnskaper fra den filosofiske litteraturen innenfor området. I forskningsprosessen har jeg forsøkt å kontinuerlig tilnærme meg arbeidet gjennom fenomenologien og samtidig arbeidet med åpenhet for å kunne forstå helheten i kvinnenes erfaringer knyttet opp til teorien og den praktiske gjennomføringen av jordmorfaget. Diskusjonen her er på hvilke nivå jeg som forsker har klart å oppnå en fenomenologisk tilnærming med min begrenset erfaring med filosofien.

6.4 Diskusjon av forskerrolle

Forskerens valg av tema og problemstilling påvirkes av dennes personlige erfaringer, motiver og faglige interesser. Hvilket perspektiv som velges, utvalg som anses som relevant, hvilken

metode og hvordan konklusjonene skal vektlegges og formidles påvirkes også av forskeren. Det vil derfor aldri være et spørsmål om forskeren vil påvirke prosessen, men hvordan (Malterud, 2021). Jeg som forsker kom inn med en del forkunnskap og engasjement for dette tema, noe jeg visste kunne påvirke hva jeg valgte å legge vekt på og hva jeg ønsket resultatene skulle vise. Etter å ha lest gjennom det Malterud (2021) skriver om forskerrollen, ble jeg mer bevisst på hvordan jeg gikk inn i denne prosessen. Spesielt under intervju og analyseprosessen. Den kvalitative studien skal ha empiriske data som best mulig reflekterer det informantene mener og erfarer. Det er derfor lite interessant for leserne å lese samtaler styrt av leddende spørsmål. Malterud (2021) skriver videre at det kan være gunstig å søke råd fra andre som kan hjelpe med å utvikle intervjueteknikken som benyttes under intervjuene og utvikle åpne spørsmål som gir deltageren rom til å dele sine erfaringer. Jeg gikk derfor gjennom intervjuguiden sammen med veileder flere ganger før intervjuene tok sted. Det var meget viktig at jeg satte meg selv i bakgrunnen og ikke stilte spørsmål som ledet kvinnene i en retning som passet den forkunnskapen og erfaringene jeg som forsker kom inn med. Styrken i denne oppgaven ble nettopp det at funnene kommer fra kvinnes erfaring. Ved å sette meg selv litt i bakgrunnen, fikk jeg muligheten til å oppleve og oppdage flere sider av kvinnes erfaringer. Dette ble spesielt viktig i analyseprosessen. Hvilke kodegrupper og resultat kategorier som ble valgt bestod ikke lenger av det jeg som forsker ønsket å belyse med min formening om tema, men hva som faktisk var relevant for problemstillingen.

6.5 Overførbarhet

Malterud (2021) skriver at begrepet generaliserbarhet kan gi assosiasjoner som er urealistisk for å gi en allmenngyldig overførbarhet. Forskning som kan gi resultater som representerer det globale samfunn er begrenset. Det kan derfor være mer hensiktsmessig å benytte begrepet overførbarhet. Dette innebærer hvordan man kan bruke studien i en annen kontekst enn hvor den først ble kartlagt (Malterud, 2021). Skal en kunne dele kunnskapen, er overførbarhet en forutsetning. En kunnskap som kan brukes i større områder enn et lokalt og privat geografisk spenn er i mange tilfelle mer interessant. Dersom det utvikles kunnskap som ingen andre kan bruke, blir overførbarheten begrenset. Når forskeren vurderer overførbarheten til studien, er det

viktig at man også ser på studiens *relevans*. Dette omhandler hvorvidt studien tilfører ny kunnskap i forhold til det som finnes på området fra før. Man burde også tenke seg om hvem studiens funn er relevant for. En studie som har god relevans, kan bidra til å styrke studiens overførbarhet (Malterud, 2021).

Funnene i denne studien gir en innsikt i afrikanske kvinners erfaringer med språkbarrieren under fødsel. Denne studien gir leseren mulighet til å se forskjellige synspunkter av problemstillingen og mulig tilegne seg kunnskap som leseren ikke hadde fra før. Med det innvandringstrykket som nå er i Norge, vil en slik studie kunne hjelpe jordmødre til en dypere innsikt i hvordan denne pasientgruppen erfarer en fødsel der språkbarriere er en faktor. Selv om denne studien fokuserer på afrikanske kvinners erfaring, kan den fortsatt benyttes i situasjoner der jordmor møter innvandrerkvinner fra andre land utenfor afrika.

7 Konklusjon

Denne oppgaven har hatt som mål å svare på problemstillingen; *Hva er afrikanske kvinners erfaring med språkbarrieren under fødsel*. Studien har i tillegg sett på forkninsspørsmålene; *Hvordan opplevde kvinnen samarbeidet med jordmor og Hvilke erfaringer har afrikanske kvinner med på føde i Norge uten å beherske det norske språket*. Funnene i studien viser at afrikanske kvinner har både positive og negative erfaringer med språkbarrieren under fødsel. Språkbarrieren påvirket kvinnenenes evne til god kommunikasjon og evnen til å uttrykke sine behov på en enkel og forståelig måte. Språkbarrieren påvirket også kvinnenenes forståelse for den helseinformasjonen som ble gitt og hvordan den ble gitt. Alle kunne si seg enig i at uansett hvordan kommunikasjon problematikken ble løst av jordmor og helseteamet rundt henne, var det fortsatt en utfordring å få god flyt i kommunikasjonen.

Studien viste at jordmødrene hadde forskjellige måter å minske språkbarrieren under fødselen. Verktøy som oversettelses programmer, gjentakelse av informasjon, forenkling av språket som ble brukt under kommunikasjonen og tilpasning av informasjon, var verktøy som kvinnene syntes fungerte godt. Disse gav dem muligheten til å forstå hva som ble formidlet til dem og samtidig muligheten til å kommunisere tilbake. Å bli møtt av en jordmor som engasjerte seg og

brukte tid på å ta i bruk metoder som bidro til å bedre kommunikasjonen med kvinnen ble satt stor pris på. Kvinnene så dette som et tegn på at jordmor så dem og respekterte deres behov for informasjon og forståelse. Dette viste også at de respekterte deres kulturelle bakgrunn og ønsket å hjelpe dem med å forstå hvordan den norske fødselsomsorgen fungerte. Riktig bruk av kommunikasjonsverktøy bidro til å bedre samarbeidet mellom kvinnen og jordmor og samtidig gjøre det enklere å bygge tillit.

Selv med mye positiv erfaring rundt hvordan språkbarrieren ble håndtert, er kvinnenes erfaring fortsatt at bruk av profesjonell tolk burde være noe som blir tilbudt under fødsel. Noen av kvinnene erfarte å bli tilbudt tolk på barselavdelingen og hadde positive erfaringer med tolketjenesten. Kommunikasjon og forståelse ble forenklet og dette gav en trygghet om at alt var som det skulle være og dersom noe skulle oppstå ville det bli kommunisert på en forståelig måte. Kvinnene forklarte at selv med bruk av andre kommunikasjonsmetoder under fødselen fikk de mer forståelse av føde- og barselomsorgen når de fikk kommunisere via en tolk som kunne kommunisere på deres morsmål. Funnene er derfor at det er et ønske om økt bruk av profesjonell tolk under fødsel.

Studien viste også at det er andre faktorer som påvirket kommunikasjonen, blant annet tidspress på jordmødrene. Kvinnene erfarte at noen av jordmødrene hadde en travel vakt og kunne derfor ikke tilbringe mye tid på rommet med dem. Dette betydde kommunikasjon i korte trekk og lite tid til å formidle informasjon. Informasjon ble gitt i etterkant av fødselen og ikke underveis. Jordmor omsorgen ble noe svekket da de ble mye etterlatt til seg selv og ikke følte de kunne uttrykke et større omsorgsbehov.

Funnene i studien viser at jordmors tilnærming til kvinnen spilte en stor rolle i hvordan den språklige og kulturelle forskjellen ble håndtert. Enkelte erfarte jordmødre som møtte dem med forståelse og respekt for deres kultur og verdier, noe som gav dem tryggheten til å kunne være en aktiv deltager i fødselen. Disse jordmødrene la inn mer innsats i å løse kommunikasjonsproblematikken og skapte en omgivelse som gav muligheten for å skape gode relasjoner, samarbeid og tillit. Andre opplevde derimot det motsatte. Disse erfarte jordmødre som viste lite forståelse for den ekstra omsorgen og kommunikasjonsbehovet som var nødvendig ved å arbeide med afrikanske kvinner som ikke snakket norsk under fødselen.

Følelsen av å bli stigmatisert og sett ned på var sterk hos enkelte kvinner. Dette bidro til å bryte ned selvtilliten som de trengte til å uttrykke sine behov og det ble derfor vanskelig å skape tillit til jordmoren.

Funnene i studien viste at alle de tre resultat kategoriene hadde en form av tilknytning til hverandre. De har bidratt til å gi økt forståelse rundt afrikanske kvinners erfaring med språkbarrieren i fødsel. Det har vist at språkbarrieren kan påvirke fenomener under fødselen som kan komme i strid med det retningslinjene forteller oss om retten til informasjon og interkulturell omsorg. Studien viser er det fortsatt er behov for forskning rundt afrikanske kvinners erfaring rundt språkproblemer. Dette for å videre redusere de negative erfaringene som forekommer i møte med jordmødre som ikke har kompetanse om interkulturell omsorg og behovsgrunnlaget som disse kvinnene har. Studien viser også et behov for videre forskning rundt hvilke verktøy og metoder jordmødre kan benytte for å bedre samarbeidet og styrke kommunikasjonen mellom henne og kvinnen. Dersom det ikke benyttes tolk for hvilken som helst grunn burde det være retningslinjer jordmødre kan følge for å optimalisere kvaliteten på kommunikasjonen og informasjonen som blir gitt.

8 Referanseliste

- Alhusen, J. L., Bower, K. M., Epstein, E., & Sharps, P. (2016). Racial discrimination and adverse birth outcomes: an integrative review. *Journal of midwifery & women's health*, 61(6), 707-720.
- Bains, S., Skråning, S., Sundby, J., Vangen, S., Sørbye, I. K., & Lindskog, B. V. (2021 (a)). Challenges and barriers to optimal maternity care for recently migrated women—a mixed-method study in Norway. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 1-14.
- Bains, S., Sundby, J., Lindskog, B. V., Vangen, S., Diep, L. M., Owe, K. M., & Sorbye, I. K. (2021 (b)). Satisfaction with maternity care among recent migrants: an interview questionnaire-based study. *BMJ open*, 11(7), e048077.
- Bains, S., Sundby, J., Lindskog, B. V., Vangen, S., & Sørbye, I. K. (2021 (c)). Newly arrived migrant women's experience of maternity health information: a face-to-face questionnaire study in Norway. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7523.
- Bakken, K. S., Skjeldal, O. H., & Stray - Pedersen, B. (2015). Higher risk for adverse obstetric outcomes among immigrants of African and Asian descent: a comparison study at a low - risk maternity hospital in Norway. *Birth*, 42(2), 132-140.
- Bakken, K. S., & Aasheim, V. (2017). Reproductiv helse blant innvandrerkvinner In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka* (pp. 101- 115).
- 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.
- Braveman, P., Heck, K., Egerter, S., Dominguez, T. P., Rinki, C., Marchi, K. S., & Curtis, M. (2017). Worry about racial discrimination: A missing piece of the puzzle of Black-White disparities in preterm birth? *PloS one*, 12(10), e0186151.
- DeMeester, R. H., Lopez, F. Y., Moore, J. E., Cook, S. C., & Chin, M. H. (2016). A model of organizational context and shared decision making: application to LGBT racial and ethnic minority patients. *Journal of general internal medicine*, 31, 651-662.

- Den Norske Legeforening. (2008). *Likeverdig helsetjeneste? - Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere*
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/505d2d9408884b85837eef477ef1bbfe/likeverdig-helsetjeneste-om-helsetjenester-til-ikke-vestlige-innvandrere-pdf.pdf>
- Det Norske Akademiske Ordbok. (2017). *Språkbarriere*.
<https://naob.no/ordbok/spr%C3%A5kbarriere>
- Felles Nettløsning For Spesialhelsetjenesten. (2022). *Kultursensitiv kommunikasjon og bruk av tolk*. <https://spesialisthelsetjenesten.no/lis/kultursensitiv-kommunikasjon>
- Hawley, S. T., & Morris, A. M. (2017). Cultural challenges to engaging patients in shared decision making. *Patient education and counseling*, 100(1), 18-24.
- Helsedirektoratet. (2011). Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. In: Veileder IS-1924). Hentet fra [https://helsedirektoratet.no/Lists](https://helsedirektoratet.no/Lists....)
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (2022). *Ord og begreper. Tall og fakta*.
<https://www.imdi.no/om-integrering-i-norge/ord-og-begreper/>
- International Confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*.
<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Jacobsen, D. I. (2000). *Hordan gjennomføre undersøkelser: en innføring i vitenskapelig metode*. Høgskoleforlaget AS- Norwegian Academic Press.
- Kojedal, K. R. (2015). *Innvandrerkvinnens møter med den norske svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen* NTNU].
- Kvale, S., & Birkeland, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.
- Larsen, B.-i. (2011). *Veileder for kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*.
- Lauritzen, N. (2015). *Hvordan oppleve og erfarer jordmødre møtet med kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn i en fødeseksjon i sykehus?*
- Malterud, K. (2021). *Kvalitative Forsknings- Metoder For Medisin Og Helsefag* (4 ed.). universitetforlag.

- Mehrara, L., Olaug Gjernes, T. K., & Young, S. (2022). Immigrant women's experiences with Norwegian maternal health services: implications for policy and practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 17(1), 2066256.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (2001, 2023). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* <http://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Statistisk Sentralbyrå. (2021). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldres fordeling på kommunenivå* <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/innvandrer-og-norskfodte-med-innvandrerforeldres-fordeling-pa-kommuneniva?fbclid=IwAR0L739yV1Jh7gy1m86K8N57o28kuksvKDsBbmqWWbH26rLbzLZvMk55gBQ>
- Sørbye, I., Bains, S., Vangen, S., Sundby, J., Lindskog, B., & Owe, K. M. (2022). Obstetric anal sphincter injury by maternal origin and length of residence: a nationwide cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(3), 423-431.
- Saastad, E., Vangen, S., & Frederik Frøen, J. (2007). Suboptimal care in stillbirths—a retrospective audit study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 86(4), 444-450.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og Vitenskapsteori for helsefag* (2 ed.). fagbokforlaget.
- Thronquist, E. (2011). *Kommunikasjon: Teoretisk perspektiver og helsetjenesten*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Torp, I. (2019). Generelle forskningsetiske retningslinjer. In: De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no>
- Tsiga, E., Panagopoulou, E., Sevdalis, N., Montgomery, A., & Benos, A. (2013). The influence of time pressure on adherence to guidelines in primary care: an experimental study. *BMJ open*, 3(4), e002700.
- UIT Norges arktiske universitet. (2022). *Informasjonssikkerhet og personvern ved UIT*. https://uit.no/om/informasjonsikkerhet#innhold_675089
- Wifstad, Å. (2020). *Helsefagenes etikk* (2. utg. ed). Universitetsforlaget.
- Wikberg, A. M. (2021). A theory on intercultural caring in maternity care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 442-456.

Vedlegg 1 Sikt Godkjenning

[Meldeskjema](#) / [Hva...](#) / [Vurdering](#)

Vurdering av behandling av personopplysninger

 Skriv ut  29.11.2022 ▾

Referansenummer
734571

Vurderingstype
Standard

Dato
29.11.2022

Prosjekttittel
Hva er afrikanske kvinners erfaring rundt
språkbarrieren i fødsel?

Behandlingsansvarlig institusjon
UiT Norges Arktiske Universitet / Det
helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse-
og omsorgsfag

Prosjektansvarlig
Ingvild Aune

Student
Franthresa Nyenetue

Prosjektperiode
19.09.2022 - 11.11.2023

Kategorier personopplysninger
Alminnelige
Særlige

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 11.11.2023.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester 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.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier om helse frem til 11.11.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de

registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

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. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyller-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos oss: Marianne H. Myhren

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2 Informasjonsskriv

**Vil du delta i forskningsprosjektet
"Språkbarrieren under fødselen- Afrikanske kvinners erfaring"?**

**Hei! Har du lyst å være med i et forskningsprosjekt?
Vi ønsker å finne ut**

1. Hvordan var samarbeidet mellom kvinnen og jordmor
2. Hvordan var det å føde i Norge uten å beherske det norske språket?



Formål

God kommunikasjon mellom jordmor og fødekvinnen er en forutsetning for god fødselshjelp. Dersom det er manglende språkkunnskap hos kvinnen kan dette påvirke hvordan kvinnen erfarer samarbeidet med sin jordmor.

I dette prosjektet vil jeg utforske afrikanske kvinners erfaring rundt språkbarrieren under fødsel. Erfarer kvinnene at de mottok optimal fødselshjelp som dekket deres behov under den sårbare tiden eller erfarer de at dette ble manglende da de ikke kunne uttrykke sine behov på sitt morsmål. Studien vil forske på om kvinnene klarte å kommunisere sine behov, og dersom de klarte dette, hvordan? Sitter kvinnene igjen med en følelse av å ha hatt en god relasjon og samarbeid med sin jordmor eller synes de at språkbarrieren stod i veien for dette.

Jeg har lyst å snakke med Kvinner med afrikansk bakgrunn som har født ett eller flere barn i Norge på en tid de hadde manglende språkkunnskap. Dette kan innebære at du enten ikke kunne kommunisere eller forstod det norske språket. Eller at kunne forstå og kommunisere, men dette var begrenset.

For å kunne delta i prosjektet er det ønskelig at kvinnen nå kan forstå og kommunisere på norsk da intervjuene vil foregå på norsk. Jeg ønsker å prate med kvinner som ønsker å dele sin erfaring rundt dette temaet slik at vi kan bidra til å tilrettelegge for den beste fødselsopplevelsen og yte god fødselshjelp til fødekvinner som skal føde i Norge som ikke beherske det norske språket. Både positive og

negative erfaringer ønskes å tas med i dette prosjektet. Jeg håper du vil være med!

Jeg vil for eksempel stille deg spørsmål som:

-Fikk du formidlet dine behov under fødsel? Beskriv hvordan

-Beskriv hvordan du ble veiledet av jordmor under fødselsforløpet.

- Hvordan du behersket det norske språket?

Dette prosjektet er et forskningsprosjekt fra Det helsevitenskapelige fakultet.

Hvem leder forskningsprosjektet?

Forskeren heter Franthresa Nyenetue

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi spør deg om å være med, fordi du er en kvinne som har født et barn i Norge på et tidspunkt der du ikke mestret det norske språket. Du sitter derfor igjen med en erfaring som kan være nyttig i vårt prosjekt som ved et senere tidspunkt kan resultere i å forbedre hvordan jordmødrer i Norge kan bedre sitt samarbeid med afrikanske fødekvinner som kommer med begrenset språk kunnskap i fødsel.

Hva betyr det for deg å delta?

Hvis du har lyst å delta i forskningsprosjektet, vil vi ha et intervju med deg. Et intervju er en samtale der vi stiller deg forskjellige spørsmål. Spørsmålene vil handle om dine erfaringer rundt språkbarrieren du hadde under fødsel.

Franthresa Nyenetue som er forsker vil være med under intervjuet, og vi vil gjøre lydopptak av intervjuet. Intervjuet vil ta ca. 45 minutter.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det betyr at du kan velge selv om du har lyst å være med eller ikke. Ingen andre kan velge dette for deg. Det er bare du som kan samtykke. Samtykke betyr at du sier at du synes noe er greit.



Hvis du vil delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Det betyr at det er lov å ombestemme seg, og det er helt i orden. All informasjon om deg vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller om du først sier «ja» og så «nei». Ingen vil bli sur eller lei seg, og det vil ikke ha noe å si for jobben din.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke informasjonen om deg til å finne ut Hva afrikanske kvinners erfaringer er rundt språkbarrieren i fødsel.

Vi vil ikke dele din informasjon med andre. Det er bare forsker Franthresa Nyenetue som har tilgang til informasjonen.

Vi passer på at ingen kan få tak i informasjonen som vi samler inn om deg.

Vi lagrer all informasjon på en sikker datamaskin.

Vi sletter lydopptak fra intervjuet når vi har skrevet ned alt som vi har snakket om.

Vi passer på at ingen kan kjenne deg igjen når vi skriver forskningsartikler. Vi vil for eksempel finne opp et annet navn når vi skriver om deg.

Vi følger loven om personvern.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Vi er ferdig med forskningsprosjektet 23.11.2023.

Da vil vi passe på at all informasjon om deg er slettet.

Dine rettigheter

Hvis det kommer frem opplysninger om deg i det som vi skriver, eller har i dokumentene våre, har du rett til å få se hvilken informasjon om deg som vi samler inn. Du kan også be om at informasjonen slettes slik at den ikke finnes lenger. Det som det er noen opplysninger som er feil kan du si ifra og be forskeren rette dem. Du kan også spørre om å få en kopi av informasjonen av oss. Du kan også klage til Datatilsynet dersom du synes at vi har behandlet opplysningene om deg på en uforsiktig måte eller på en måte som ikke er riktig.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler informasjon om deg bare hvis du sier at det er greit og du skriver under på samtykkeskjemaet.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål om studien, kan du ta kontakt med:

UiT Norges Arktiske Universitet, Det helsevitenskapelige fakultet.

Prosjektansvarlig: Ingvild Aune, professor. Epost:
ingvild.aune@ntnu.no

UiT Norges Arktiske Universitet, Det helsevitenskapelige fakultet
har bedt Personverntjenester se om prosjektet følger loven om
personvern. Personverntjenester har gjort dette, og mener at vi
følger loven.

Hvis du lurer på hvorfor Personverntjenester mener dette, kan du ta
kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller
på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen
Franthresa Nyenetue

Vedlegg 3 Intervjuguide

Intervjueguide

Alder?

Hvor kommer du fra?

- **1:** Hvor lenge bodde i du Norge før fødselen?

Bakgrunn spørsmål

Intervjue

- 2:** Til hvilken grad føler du at du mestrer det norske språket?

- 3:** Fikk du formidlet dine behov under fødsel? Beskriv hvordan

Beskriv hvordan du ble veiledet av jordmor under fødselsforløpet.

Hvordan var din opplevelse av ivaretagelse (trygghet og tillit)

Hvordan var samarbeidet mellom deg og jordmor.

Hvordan opplevde du relasjonen mellom deg og jordmor.

Vedlegg 4 Muntlig Samtykke

Muntlig samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt Språkbarriere under fødsel- Afrikanske kvinners opplevelse

Jeg....., samtykker til å delta i forskningsprosjektet og gir samtykke til å benytte data som kommer fram under intervjuet.

Jeg har lest informasjonsskrivet og er klar over at jeg kan trekke mitt samtykke når som helst fram til innleveringsfrist

Samtykke ble tatt opp muntlig før intervjustart

Vedlegg 5 Datahåndteringsplan



UiT Norges arktiske universitet

Datahåndteringsplan ved intervju i forbindelse med mastergradsoppgaven i jordmorfag

En datahåndteringsplan beskriver hvordan data skal håndteres i en prosjektperiode samt etter prosjektet slutt (Sikt). Bakgrunnen for datahåndteringsplanen er at forskningsdata skal håndteres på lovlig vis, på en strukturert og sikker måte. Data kan lagres, brukes om igjen og gi en forståelse for fremtiden (Sikt).

Datainnsamling

Data innsamling for denne studien vil foregå via individuelle intervju med varighet på ca 45 minutter ut ifra når en har tilstrekkelig data. Det er utviklet en intervjuguide i forkant av intervjuet som er tenkt å bli brukt som et utgangspunkt for spørsmålene som blir stilt under selve intervjuet. Spørsmålene er nøye gjennomtenkt for utdypning av tema. Der det blir uklarehet over informantenes svar, vil de bli kontaktet for klarering.

Fremgangsmåte for sikker kryptering, datalagring og sletting av data

Datainnsamling følges UiTs anbefalinger om å anvende Nettskjema diktafon mobilapp. Her blir lydfil lagret. Dokumenter og transkribert filer blir lagret via UiT's OneDrive-sharepoint.

Primært brukes UiT Microsoft Office 365 OneDrive-Sharepoint med tofaktor-autentisering for deling av transkribert materiale og øvrige filer med materiale (analyser, fragmenter transkripsjon). Ved eventuell sending av masteroppgaven via intern e-post, markeres det intern i e-posten.

Når oppgaven er levert inn og sensur foreligger vil man makulere den transkriberte teksten og lydopptakene som har blitt tatt opp, dette senest 30.november 2023. Materiale slettes fra skyen, her vil man følge universitetets retningslinjer for sletting av data. Studentene vil signere i forkant av intervjuene et dokument ved navn «Retningslinjer for studenter ved lydopptak av intervju i forbindelse med mastergradsoppgaven. Både studenter og veileder vil signere ved makulering av datamateriale.

Presentasjon og formidling av resultater

I masteroppgaven vil data analyse og tolkning bli presentert. En analyse av det transkriberte materialet blir gjennomført og presentert for veileder og medstudenter under seminardager som er satt opp under forskningsperioden. Oppgaven vil også bli presentert for kollega og veileder under siste praksisperiode. Masteroppgaven kan i slutten av perioden bli publisert i et relevant tidsskrift der de som har nytte og interesse for oppgaven

Vurderinger rundt risiko, personvern og etikk

Det inkluderes 5-8 afrikanske kvinner i studien alt etter antall kvinner som rekrutteres. Studien vil inkludere inklusjonskriterier som basere seg på særskilt erfaring innen studiens tema. Dette er en studie som basere seg kun på kvinnes erfaring.

Det vil bli utviklet et informasjonsskriv i forkant av intervjuene som sendes ut til informantene før oppmøte. Dette for å sikre at informantene er informert om deres rett til samtykke og at de når som helst trekke sitt samtykke fram til innleveringsfrist. Skrivet vil informere dem om studiens mål og hensikt slik at kvinnene kan møte forberedt til intervjuet. Informasjon som kommer fram under intervjuene skal anonymiseres. Det blir derfor ikke stilt personidentifiserende spørsmål. Taushetsplikten vil opprettholdes. Informantene vil også bli oppfordret til å opprettholde deres personvern og andres. Studenten forplikter seg til å følge retningslinjer for personvern ved å skrive under på dette. Brudd vil meldes til datatilsynet. All data vil behandles med konfidensialitet og respekt for hver enkelt informant. Studien vil fremlegges for personvernombudet for forskning, Sikt- kunnskapssektorens tjenesteleverandør.

Det bli i forkant av studie start fylt ut en risiko og sårbarhetsanalyse for å legge en plan på hvordan personvern sikres og hvilke tiltak som settes i gang dersom det blir brudd på personvern.

Ansvar

Sølvi Brendeford Anderssen

Epost: personvernombud@uit.no

Telefon: 776 46 153

Vedlegg 6 Ros-analyse

RISIKOTABELLER

Sannsynlighet				
Type	Lav (1)	Moderat (2)	Høy (3)	Svært høy (4)
Frekvens	En gang pr 5 år eller sjeldnere	En gang pr år eller sjeldnere	En gang pr måned eller sjeldnere	Skjer ukentlig
Bekymring	Jeg er ikke bekymret for...	Jeg er litt bekymret for...	Jeg er bekymret for...	Jeg er svært bekymret for...

Konsekvens				
Type	Lav (1)	Moderat (2)	Høy (3)	Svært høy (4)
Konfidensialitet	Ingen eller minimal eksponering av intern informasjon eller enkeltindividets personopplysninger	Eksponering av intern informasjon eller enkeltindividets personopplysninger	Eksponering av konfidensiell informasjon eller sensitive eller større mengder personopplysninger. <i>Eksempel: datamengder som tilsvarer det Tromsundersøkelsen har i sine databaser.</i>	Eksponering av svært konfidensiell informasjon eller større mengder særlig kategori personopplysninger. <i>Eksempel: datamengder som tilsvarer det Tromsundersøkelsen har i sine</i>



MAL FOR RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE AV STUDENTPROSJEKTER, HELSEFAK UIT

Om dette skjemaet:

Denne malen brukes for å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) av studentprosjekter ved Helsefak. Fyll ut informasjon om prosjektet under, og gå deretter i gang med å risikovurdere prosjektet ditt.

Hvilke punkter skal jeg fylle ut?

I skjemaet er det laget forslag til ulike risikoelementer som kan være felles for studentprosjekter, og du velger selv hvilke av disse som er aktuelle for deg. Du kan også føre opp egne risikoelementer nedover i skjemaet. Kolonnene "Hvordan kan det oppdages?" og "Hva kan gjøres" må du selv fylle ut på de punktene som er relevante for deg, og du må også sette poeng for sannsynlighet og konsekvens under "Risikonivå".

Hva regnes som høy risiko?

Ettervert som du fyller ut skjemaet og angir risikonivå under "Sannsynlighet" og "Konsekvens", vil dette summeres til et samlet risikonivå for prosjektet ditt. Risikonivået er delt inn i tre farger:

Grønn risiko = ikke nødvendig med tiltak

Gul risiko = vanligvis ikke nødvendig med tiltak. Dersom du for eksempel setter 1 på "Sannsynlighet" og 4 på "Konsekvens" vil det ikke i alle tilfeller være nødvendig eller mulig å lage tiltak.

Eksempel: dersom strømmen skulle gå den dagen du skal ha eksamen, og du dermed ikke har tilgang til datamaterialet ditt (eller PCL) vil dette ha store konsekvenser. Sannsynligheten for at det skal skje er likevel såpass lav - og det vil ikke være nødvendig å foreslå sikkerhetstiltak.

Rød risiko = her må du lage tiltak som kan ta ned risikoen i prosjektet ditt. Det er likevel slik at det noen ganger ikke vil være mulig å ta ned risikoen, til tross for at risikonivået er rødt.

Har du spørsmål til skjemaet, eller til gjennomføring av ROS-analyser ved Helsefak? Kontakt oss på e-post (klikk lenke under):

Prosjektinformasjon:

Prosjektnavn: Hva er afrikanske kvinner erfaring rundt språkbarrieren under fødsel

Studieretning og institutt: Master i Jordmorfag Det helsevitenskapelige fakultet

Student: Franthresa Nyenetue

Veileder(e): Ingvild Aune

Nr.	Hvem er dette aktuelt for?	Hva kan skje (risikoelement)?	Hvorfor kan dette skje (årsak)?	Hvordan kan denne hendelsen oppdages (eksisterende kontrolltiltak)?	Risikonivå			Hva kan gjøres for å unngå dette (tiltak)?	Ansvarlig for oppfølging	Dato
					Sannsynlighet (1-4)	Konsekvens (1-4)	Risiko			
Beskrivelse		<i>Hva kan skje?</i> Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår?	<i>Hvordan kan hendelsen skje?</i> Hvem eller hva initierer hendelsen? For overlagte hendelser: Hvilken kapasitet og motiv har trusselaktøren? Hvilken svakhet/fell kan utnyttes her?	<i>Hvordan kan man oppdage denne hendelsen?</i> Hvilke muligheter har dere per i dag for å kontrollere eller finne ut av om den uønskede hendelsen skjer?				<i>Hvilke sikkerhetstiltak kan gjøres?</i> Hvilke tiltak kan gjøres for å få ned risikoen? Beskriv hvilke spesifikke tiltak som gjennomføres i prosjektet. De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske sikringstiltak.	<i>Hvem skal følge opp tiltaket?</i> Navnet på personen som skal følge opp dette tiltaket føres opp her.	<i>Når skal tiltaket gjøres?</i> Data for når tiltaket skal gjøres føres opp her.
Eksempel	Alle	Forskningsdata blir tilgjengelig for uvedkommende. Dette kan medføre økonomiske tap, tap av tillit, brudd på personvern eller at forskningsprosjektet forsinkes eller må avsluttes.	Prosjektledere bruker privat utstyr for å lese/redigere data fra prosjektet. Prosjektdata blir ikke kategorisert korrekt som røde eller sorte data ved lagring (Kvare Protect-kategorisering) i godkjente områder. Sikkerhetsrutiner blir ikke fulgt, eller er ikke godt nok opplyst om.	Bruke "Spør endringer"-funksjonen i Office for å se om noen har endret på dokumenter.	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy			Navn Navnesen	1/1/2023
1	Alle	Rekruttering av Informanter og innsamling av data starter før prosjektet er meldt inn til NSD og eventuelt godkjent av REK.	Studenten har ikke fått tilstrekkelig opplæring i rutiner for forskningsprosjekt. Studenten har ikke satt seg tilstrekkelig inn i UITs retningslinjer for databehandling, forskningsetikk og personvern.	Det er noe som kan oppdages av veileder	1	1	2	En beskrivelse av prosessen for innsamling av data og hvilken godkjenninger som settes på plass før prosjekt start leveres i form av en prosjektskisse. Studenten setter seg inn i UITs retningslinjer for behandling av data, personvern og forskningsetikk		

2	Alle	Studenten innhenter ikke informert samtykke før intervjuet gjøres	Studenten glemmer å samle inn skriftlig samtykkeskjema før intervjuet. Studenten glemmer å spørre etter muntlig samtykke på bånd/video-opptak før intervjuet	Ved gjennomgang av sjekkliste som lages før prosjektstart. Kan oppdages under transkribering av data.	1	1	2	Informasjonsskrivet som lages skal inneholde eget punkt for samtykke som deltager mottar på forhånd. Sjekkliste for samtykke gjennomgås før intervjuet starter. Her innhentes samtykke. Dersom samtykke
3	Alle	Lyd/video-opptaker med intervju kan komme på avveie/mistes	Opptaker blir borte før data er overført og slettet	Dette blir oppdaget under transkribering. Eller ved gjennomgang av lydfilene	1	1	2	Diktatfon-app via nettskjema skal brukes for å lagre lydfilene. Risikoen for å miste lydfil via nettskjema er liten. Det skal benytte 2 enheter med diktatfon appen
4	Alle	Studenten bruker privat opptaksutstyr (egen mobil, nettbrett, datamaskin)	Studenten bruker ikke gjort kjent med at det ikke er lov til å bruke privat utstyr. Studenten har ikke fått opplæring/er ikke kjent med godkjente løsninger for opptak. Det oppstår tekniske utfordringer i opptaksituasjonen, som gjør at studenten må bruke privat utstyr for å få gjennomført intervjuet.	Gjennomføring av intervjuer til tross for mangel på riktig utstyr. Studenten velger å bruke privat utstyr of å svare tid.	1	1	2	Det skal ikke benyttes egen lagringsystem på privat data. All lydfil skal lagres på nettskjema.no. Benytte diktatfon app for opptak under intervjuene og ikke privat mobil. Følge datahåndteringsplanen som er laget på forhånd og være bevisst over datasikkerhet.
5	Alle	Personopplysninger kommer på avveie	Samtykkeerklæring oppbevares ikke forskriftsmessig. Forskningsdata skrives ut i papirform og kommer på avveie. Kontaktopplysninger oppbevares ikke forskriftsmessig. Personopplysninger anonymiseres ikke tilstrekkelig. Studentene bruker ikke godkjente prosedyrer når data flyttes mellom enheter. Prosedyrene for å sikre personopplysninger er for dårlig. Opplæringen om prosedyrene er for dårlig. Studenten lagrer data på ikke godkjente områder.	Gjennom hele prosjektet. Studenten eller veileder oppdager at data ikke er anonymisert.	1	1	2	Alle data lagres ved sikret, ekstern server ved UIT og UIO. To trinn autensisering for pålogging til studentenes område. Kun benytte nettskjema.no for datalagring av lydfiler og office 365/sharepoint/OneDrive for lagring og tekstfilarbeid og UIT mailkonto ved kontakt med deltager under rekrutteringsprosessen. Ingen data lagres ved privat enhet. Anonymiserer ID på deltagerne. Kun studenten kjenner informantens identitet. Lytting av transkripsjon skjer kun når studenten er alene.
6	Alle	Data er ikke tilgjengelig	Data er ikke tilgjengelig på grunn av manglende nettilgang, eller på grunn av teknisk svikt. Manglende lokal backup av data ved eksamen/viktige datoer/datoer der man ikke kan risikere nettedet.	Studenten kan oppdage manglende tilgang det skal arbeides med prosjektet. Enten ved lagring eller bearbeiding av filene.	1	1	2	All jobbing med transkripsjon og tekstfilarbeid gjøres via to trinn autensisering på eget område ved UIT i Office 365/Sharepoint/OneDrive/UIT mailkonto og via sikker server ved UIT og nettskjema.no UIO. Krever arbeid under nettilgang.
7	Alle	Data er slettet eller endret	Data har blitt endret/slettet ved en feil av student/prosjektleder. Student har ikke kjennskap til lagring av data, noe som fører til at eldre data blir brukt videre. Datainnbrudd der data har blitt slettet av uvedkommende.	Dette kan skje fra prosjekt start til slutt.	1	1	2	Være bevisst på å lagre siste endring for hver gang studenten arbeidet med filene. Arbeide i tråd med retningslinjen for datahåndtering gjennom prosjektet. Benytte "siste endring" for å spore opp tapte endringer i dokumentet
8	Studenter som lagrer data i Office 365	Lydopptak/data lagres ukryptert ved overføring til Office	Studenten laster ned data fra Nettskjema til et Office-område som ikke er kryptert eller godkjent.	Studenten lagrer data på egen datamaskin. Dette kan skje under transkribering av lydfiler eller bearbeiding av tekstfiler	1	1	2	Det blir kun benyttet office 365/sharepoint/onedrive UIT konto og via sikker server ved UIT. Det lastes ikke ned lydfiler fra nettskjema til privat maskin. Heller ingen opplasting av data fra transkripsjonen til privat maskin.
9	Studenter som lagrer data i Office 365	Data krypteres ikke med Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt) (AIP), og lagres derfor ikke på godkjent måte	Studenten bruker privat PC som ikke støtter Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studentene glemmer å klassifisere data med Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studentene får ikke åpnet filen i analyseprogrammet og dekrypterer filen av bekvemmelighetshensyn.	Studenten kan se dersom filene er beskyttet med tilgangskontroll ved å åpne filene for transkribering	1	1	2	Kun studenten og veileder skal ha tilgang til transkripsjonen. Kun benytte office 365 sharepoint under arbeid. Aktivt benytte retningslinjer for klassifisering og beskyttelse av materialet.
10	Studenter som lagrer data i Office 365	Data slettes ikke fra Office etter at databehandlingen er ferdig	Veileder har ikke tilgang til å slette data. Veileder vet ikke hvor data er lagret. Studenten glemmer å slette data.	feil informasjon om sletting av data til veileder. Sletting av data av data etter prosjekt slutt. Gjennomgå datahåndteringsplan til slutt	1	1	2	Nettskjema.no slette lydfile automatisk etter 6 måned. Student sørger også for å informere prosjektansvarlig om sletting av data etter siste sensur. Veileder melder da videre til NSD om prosjekt slutt.
11	Studenter som lagrer data i Office 365	Eksterne eller andre ansatte ved UIT kan få tilgang til forskningsdata	Forskningsdata lagres på feil sted i Office. Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt) brukes ikke	Data blir lagret utenom OneDrive eg	1	1	2	Alle data lagres ved sikret, ekstern server ved UIT. 2 trinn autensisering for pålogging til studentenes område. Benytt office 365/sharepoint/OneDrive for lagring og tekstfilarbeid begrenset til student og veileder. Ved arbeid i filer, ta en ekstra sjekk at de er lagret på korrekt sted. Merke filer med Internt og tilgangskontroll student og veileder spesielt for
12	Alle	Resultat i oppgaven er ikke anonymisert	Studenten presenterer nok informasjon om informantene til at de kan gjenkjennes.	Dette kan oppdages ved at studenten eller veileder under arbeid at deler av transkripsjonene kan identifisere deltagerne.	1	1	2	Studenten skal forsikre at intervjuviden ikke inneholder spørsmål som kan avsløre deltagerens identitet og at dersom det kommer fram data som kan gjenkjenne informantens at dette ikke blir med i transkriberingen eller resultat framvisning. Begrense bakgrunnvariabler til kun nødvendige opplysninger. Studenten jobber jevnt med veileder slik at det er 2 som kan passe på at personlig data ikke kommer fram.
13	Alle	Masteroppgavens kvalitet kan skape integritetsproblemer for institusjonen.	Studenten får ikke rekruttert et hensiktsmessig utvalg. Studiens design er ikke hensiktsmessig for å frembringe resultater som kan svare på problemstillingen. Studentene får ikke generert data som kan svare på problemstillingen. Studentene får ikke analysert data på adekvat måte som er tilstrekkelig for å kunne svare på problemstillingen. Fremstillingen av resultater bidrar ikke til å frembringe ny eller relevant kunnskap.	Studenten kan oppdage gjennom prosjektet at hun ikke har fulgt analysemoten i sin projektskisse. Kan også oppdages ved sensur.	1	1	2	Studenten jobber i tråd med prosjektskikken. Er aktivt i rekrutteringsprosessen. Lyd og tekstfiler blir kontrollert av veileder heleveien. Studiens design skal være hensiktsmessig for frambringning av resultatet av problemstillingen.

