

Krevende kommunikasjon om svangerskap og fødsel

En studie av møtet mellom jordmødre og innvandrerkvinner på en norsk
helsestasjon

Marte E. S. Haaland



Masteroppgave
Institutt for sosialantropologi
Universitetet i Bergen
Våren 2015

Forord

Det er en lang rekke personer som har bidratt til arbeidet med denne oppgaven. Først og fremst vil jeg takke alle kvinnene som har latt meg få et innblikk i deres mest intime sfære. Ved å la meg være tilstede under svangerskapskontroller, eller ved å fortelle meg om fødsler, familieforhold, flukt og forhold til helsevesenet, har de gitt meg en verdifull innsikt som danner grunnlag for denne oppgaven. Det er dette som har gjort oppgaven mulig.

Jeg må også rette en stor takk til jordmødrene som lot meg observere deres arbeid. Jeg setter stor pris på denne muligheten. Deres åpenhet og vilje til å svare på spørsmål har vært helt nødvendig for at denne oppgaven skulle bli til. En stor takk rettes også til Introduksjonssenteret for flyktninger som slapp meg til i deres mor-barngruppe og til asylmottaket som satte meg i kontakt med beboere som nylig var blitt mødre.

Fra prosjektbeskrivelse til ferdig oppgave, har jeg fått uvurderlig hjelp fra min veileder Anne Karen Bjelland. Ditt store engasjement har vært inspirerende og uten dine gode innspill og støttende ord hadde arbeidet stoppet opp flere ganger. Jeg kommer til å savne de gode diskusjonene og de kjappe kommentarene.

Tusen takk til KUN senter for kunnskap og likestilling. Oppholdet hos dere i Steigen og deres engasjement for oppgavens tematikk ga meg ny giv når jeg trengte det mest. En spesiell takk Lindis Sloan og Helga Eggebø for å ha lest og kommentert på utkast. Takk også til Susanne og familien som åpnet både husrom og hjerterom for en masterstudent på skriveopphold.

Jeg vil også takke mine medstudenter i 8. etasje for samhold og fine pauser. Tusen takk til Kajsa for ditt kritiske blikk og sprudlende humør. Det har løftet teksten min på flere områder. En spesiell takk til Oda for kontinuerlig støtte gjennom hele skriveprosessen. Du har reddet meg enn en gang.

Heiagjengen min i Oslo som visste at dette prosjektet var noe jeg måtte gjøre lenge før jeg visste det selv fortjener også å bli takket. Det er fint å vite at dere aldri er lenger enn en telefonsamtale unna. Her i Bergen fortjener Ana og Andrea takk for å dra meg ut i solen med jevne mellomrom, og for grafisk assistanse.

Til slutt vil jeg takke familien min for hjelp til logistikk og språkvask, men mest av alt for alltid å være der.

Tusen takk!

Innholdsfortegnelse

FORORD	I
INNHALDSFORTEGNELSE	II
1 – INNLEDNING OG BAKGRUNN	1
MOTIVASJON	1
SIKTEMÅL	2
HELSE, LIKEVERD OG INNVANDRING	2
<i>Et tilpasset helsetilbud</i>	2
<i>Helsestasjonen</i>	3
<i>Jordmor som profesjonsutøver</i>	4
<i>Asyl, retur og familiegjenforening</i>	5
TEORETISK RAMMEVERK	6
SENTRALE BEGREPER	9
<i>Ikke-vestlig</i>	9
<i>Innvandrerkvinner</i>	9
KOMPARASJON	10
OPPGAVENS OPPBYGGING	11
2 - FELT, METODE OG ETIKK	13
FELTET	13
TILGANG	15
<i>Helsestasjoner</i>	15
<i>Mor-barngruppe og asylmottak</i>	16
<i>Mangel på tilgang</i>	16
METODE OG METODOLOGISKE UTFORDRINGER	17
<i>Deltakende observasjon</i>	17
<i>Intervju</i>	18
<i>Språk</i>	19
<i>Feltnotater og lydopptak</i>	19
POSISJON OG ROLLER I FELTET	19
<i>Kjønn og alder</i>	20
<i>Roller</i>	20
EPISTEMOLOGISKE FØLGER	22
ETIKK	22
<i>Dilemma</i>	22
<i>Anonymisering</i>	23
3 – HISTORIER OM FLUKT, FØDSEL OG FAMILIE	25
INNLEDNING	25
FREWINI	25
HEWIT	27
ALBA	30
OPPLEVELSEN AV FØDSEL OG KEISERSNITT	31
PERSONLIGE OG KULTURELLE MODELLER	32
<i>Gamle og nye modeller</i>	32
<i>Ukjente kulturelle modeller</i>	35
OPPSUMMERING	35
4 – UTFORDRENDE SVANGERSKAPSKONTROLLER	37
INNLEDNING	37
LILA	37
OM LILAS SITUASJON	40

LIKHEIT OG LIKEVERD.....	40
<i>Likhet og avstand på svangerskapskontroll</i>	41
STIGMATISERING.....	44
<i>Å håndtere stigmatisering</i>	45
KOGNITIVE MODELLER I SVANGERSKAPSKONTROLLEN	47
LIKEVERDIG TJENESTE – ULIK BEHANDLING	49
OPPSUMMERING	51
5 – MEDVIRKNING OG SELEKSJON.....	52
INNLEDNING	52
KALILAS FØDSELSFORBEREDELSE	52
OM VALG AV FØDEAVDELING	54
MEDVIRKNING OG SELEKSJON	55
EN JORDMORS SYN PÅ VALG AV FØDEAVDELING.....	56
EKSPERTISE OG TILLIT PÅ SVANGERSKAPSKONTROLLEN	57
<i>Ekspertise, tillit og veiledning når familien ikke er til stede</i>	59
<i>Norske venner - norske eksperter?</i>	60
KUNNSKAP OG DELTE VIRKELIGHETER.....	63
<i>Delte virkeligheter, delte modeller?</i>	65
OPPSUMMERING	66
6 – KOMMUNIKASJON - TOLKING OG FORTOLKING.....	67
INNLEDNING	67
TOLKING.....	67
<i>Johanne, Nadira og telefontolken</i>	67
<i>Om bruk av tolk i det norske helsevesenet</i>	69
SPRÅK OG KOMMUNIKASJON	70
<i>Mor-barngruppe for flyktninger</i>	70
<i>Kommunikasjon på tvers av språk og kultur</i>	72
<i>Det som står på spill</i>	73
DEN TVETYDIGE KOMMUNIKASJONEN	73
<i>Forventinger og kognitive modeller</i>	75
<i>Felles fortolkningsramme</i>	76
<i>Fellestrekk og forskjeller i antropologien og på helsestasjonen</i>	77
OPPSUMMERING	78
7 – KREVENDE KOMMUNIKASJON – VIDERE DRØFTING OG REFLEKSJON.....	79
INNLEDNING	79
KREVENDE KOMMUNIKASJON – EN OPPSUMMERING	79
REFLEKSJONER OM SVANGERSKAPSOMSORGEN	80
<i>Økt kunnskap om innvandring i Norge</i>	80
<i>Den paradoksale likheten</i>	81
<i>Den tvetydige jordmorrollen</i>	83
KJØNN OG LIKESTILLING.....	85
SKJULT BAK PERSONLIGE OG KULTURELLE MODELLER.....	87
DET FELLES MENNESKELIGE	88
OPPSUMMERING OG MULIGHETER FOR VIDERE FORSKNING	91
SLUTTORD	93
LITTERATUR.....	95

Det kan være litt annerledes å få barn i Norge. Barnet kommer jo ut som det gjør uansett. Men det kan være noe med systemet som er forskjellig. Det trenger ikke å bli en annen fødsel her enn der, men hvordan folk informerer om det kan være forskjellig.

1 – INNLEDNING OG BAKGRUNN

Motivasjon

Feltarbeidet som danner grunnlaget for denne oppgaven ble gjort på det norske Vestlandet hvor jeg selv er vokst opp. Motivasjonen er likevel hentet fra erfaringer fra et helt annet kontinent. Etter å ha bodd i Argentina i til sammen seks år perfektionerte jeg etter hvert språket og behersket sosiale normer. Med noen få unntak, følte jeg meg hjemme på de fleste sosiale arenaer. Ett av disse unntakene var i kontakt med helsevesenet. De gangene jeg måtte til legen, fysioterapeut eller til og med optiker, følte jeg en enorm usikkerhet. For det første var jeg ikke kjent med terminologien som ble brukt. Diagnosene var nesten alltid fremmedord og organer ble ofte referert til med latinske navn som jeg ikke var kjent med. Enkle spørsmål om hvor jeg hadde vondt måtte reformuleres flere ganger før jeg forsto dem. Dette gjorde mye med min egen selvtillit i disse situasjonene. I tillegg kom usikkerheten jeg gjerne følte ved å skulle snakke om personlige og sensitive tema, som ofte er formålet med et legebesøk. Selv etter å ha bodd mange år i Argentina, fikk et legebesøk meg til å føle meg like usikker som da jeg nettopp hadde kommet.

I august 2013 la den daværende regjeringen frem strategidokumentet *Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle - Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017* hvor det fremkommer at kvinner med ikke-vestlig bakgrunn har økt risiko for dødfødsler og svikt i fødselsomsorgen:

Veiledningstilbud og svangerskapsomsorg tar ikke nok høyde for innvandrerkvinnens særskilte behov. (...) Forskning viser at kvinner er særlig mottakelige for informasjon og livsstilsendring når de er gravide. Svangerskapskontrollene er derfor en viktig arena for å ta opp, diskutere og veilede kvinner med tanke på kosthold og fysisk aktivitet og familieplanlegging (Helse- og omsorgsdepartementet 2013:17).

Her erkjennes det at helsevesenet ikke har lyktes med å følge opp innvandrerkvinner på en tilfredsstillende måte. Svangerskapet vektlegges som en spesiell periode i kvinners liv da de er mer mottagelig for veiledning.

I lys av min egen erfaring fra tiden i Argentina, fikk denne rapporten meg til å stille noen spørsmål. Hvordan er det for innvandrerkvinner å vente barn i Norge, og hvordan er det for jordmødre å veilede og følge opp disse kvinnene på svangerskapskontroller? Kan disse

kontrollene fortelle oss noe om hvorfor ikke-vestlige kvinner i Norge har mer risikable fødsler enn andre? Dette vekket min interesse for å se nærmere på møtet mellom innvandrerkvinner og jordmødre i svangerskapsomsorgen på en helsestasjon i Norge.

Siktemål

I denne oppgaven vil jeg belyse møtet mellom norske jordmødre og ikke-vestlige innvandrerkvinner som kommer til svangerskapskontroll. Jeg vil se på hva som foregår både i og rundt selve kontrollene. I dette inkluderer jeg hvordan jordmødrene og innvandrerkvinnene opplever møtet, hvordan de kommuniserer, hvilke livssituasjoner innvandrerkvinnene kan finne i, hvordan jordmødrene veileder kvinnene og hvordan idealet om et helsetilbud tilpasset den enkeltes forutsetninger og behov etterleves i et system som legger begrensninger på jordmødrenes handlingsrom.

For å belyse dette har jeg valgt ut de empiriske eksemplene fra mitt materiale som best får frem sentrale aspekter ved dette møtet. Disse er hentet både fra min samhandling med jordmødre og innvandrerkvinner, og fra selve svangerskapskontrollene. Noen av eksemplene vil også referere til forhold som ligger utenfor helsestasjonen, men som har direkte eller indirekte innvirkning på svangerskapskontrollen. Jeg vil i oppgaven bevege meg mellom ulike sosiale dimensjoner ved kontrollene. Slik blir mer overordnede analyser om kognisjon, modernitet og kunnskap like relevante som mer spesifikke teorier om samhandlingsstrategier i bestemte kontekster. På denne måten håper jeg å kunne gi et innblikk i en kompleks samhandling mellom jordmødre og innvandrerkvinner på svangerskapskontroll.

Helse, likeverd og innvandring

For ikke å ta fokus bort fra det empiriske materialet har jeg valgt å flette informasjon om bakgrunn og kontekst inn i kapitlene slik at de står nært de empiriske eksemplene. Her vil jeg presentere noen grunnleggende tema som skaper en ramme for selve samhandlingen mellom innvandrerkvinnene og jordmødrene.

Et tilpasset helsetilbud

I *Helse- og omsorgstjenesteloven* som regulerer den kommunale helsetjenesten står det i § 1-1 punkt 4 at loven skal «sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud»(2011). På samme måte er det nedfelt i *Pasient- og brukerrettighetsloven* §3-5 at:

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en

hensynsfull måte (2001).

Retten til et helsetilbud tilpasset den enkeltes forutsetninger og behov nedfelt i flere deler av lovverket. Det er likevel ikke alltid samsvar mellom lov og praksis. Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse publiserte i 2012 en kartlegging av undervisning om migrasjon og helse på sykepleierstudiet (Magelssen 2012). Rapporten viser blant annet til at sykepleierstudenten får begrenset med teoretisk undervisning om emnet, og ingen ferdighetstrening. Grunnlaget for å kunne tilby en tilpasset helsetjeneste er derfor svakt.

Den norske legeforenings rapport *Likeverdig helsetjeneste? – om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere* presenterer noen medisinske utfordringer ved helsetilbudet til gravide ikke-vestlige innvandrerkvinner (Abraham et al.2008:33). 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).

Helsestasjonen

Helsestasjonene i Norge oppsto tidlig på 1900-tallet i regi av menigheter eller Norske Kvinners Sanitetsforening. Den gang var det behovet for et tilbud til fattige og vanskeligstilte mødre som sto i sentrum. Bekjempelse av spedbarnsdødelighet, tuberkulose, dårlige hygieniske forhold og underernæring var de viktigste oppgavene. På 70-tallet overtok staten ansvaret for alle helsestasjoner, og kollektiv folkehelse tok over for tidligere fokus på enkeltmennesker og enkeltgrupper (Statens helsetilsyn 1998:4). I dag er helsestasjonene et kommunalt tilbud om forebyggende helsetjenester til barn og unge samt deres foreldre. Alle norske kommuner er pålagt å ha helsestasjoner gjennom *Helse- og omsorgstjenesteloven* (2011). Gravide kvinner går til jevnlig svangerskapskontroller hos jordmor på en helsestasjon, men kan også velge at disse skal utføres av en lege.

I 2013 hadde 26 % av barn som kom til verden på norske sykehus en mor som var født i utlandet (Moster og Askeland 2014). Dette betyr at jordmødrene på helsestasjonene tar imot gravide med bakgrunn fra en rekke ulike land. Samtidig viser undersøkelser fra SSB at innvandrere henvender seg sjeldnere til fastlege enn den generelle befolkningen i Norge (Lunde og Kjølvig 2012). Helsestasjonen blir derfor en svært viktig arena for å kunne gi

kontinuerlig helsemessig oppfølging over tid. I *Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten* blir det vektlagt at:

(t)jenestetilbudet må også være tilrettelagt for barn og ungdom med flerkulturell bakgrunn. Foreldre med innvandrerbakgrunn bør få veiledning i utfordringer ved å oppdra barn i Norge, og hva det innebærer å vokse opp med flerkulturell bakgrunn i Norge” (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjeneste 2003).

Jordmor som profesjonsutøver

For å bli jordmor i Norge må man ha fullført en treårig sykepleierutdanning og ha minst ett års arbeidserfaring som sykepleier før man kan starte på en toårig videreutdanning (eller noen steder masterutdanning) i jordmorfaget (jordmorforeningen.no). Jordmødrene arbeider i skjæringspunktet mellom medisinsk faglig kunnskap som er nødvendig for å sikre liv og helse og en mer erfaringsnær kunnskap som tar hver enkelt kvinnes behov og forventninger med i betraktning. Slike forventninger er ofte kulturelt konstituerte (Johansen 2011:167). Jordmødre definerer ofte seg selv i et motsetningsforhold til legene (Fjell 1998, Ravn 2004:89). Jordmor og filosof Gunhild Blåka Sandvik (1997) hevder at de to profesjonene er en del av to ulike diskurser om fødsel; den fødselsvitenskapelige og den jordmorfaglige. Hun hevder at legene anvender et vitenskapelig språk, mens jordmødrene anvender et språk hentet fra kvinnenens egen livsverden (ibid. 1997:85).

Sandvik viser til at den fødselsvitenskapelige diskursen har sin opprinnelse i engelsk gynekologi på 1800-tallet hvor kvinnekroppen ble forstått som en maskin. Sosialantropolog Emily Martin viser i *The Woman in the Body* (1989) hvordan kvinners reproduktive prosesser beskrives med metaforer om materiell produksjon i den medisinske litteraturen. Hun peker blant annet på at livmoren beskrives som en ufrivillig muskel, noe som diskursivt reduserer fødselen til noe som skjer med kvinnen. I en slik analogi kan kvinnen sees på som en maskin og helsepersonellet som operatører som kontrollerer maskinene og produserer et produkt som er barnet (ibid. 1989:54-67). Denne diskursen har utviklet seg med tiden, men har ifølge Sandvik hatt monopol på produksjon av kunnskap og diskurs om fødsel. Samtidig hevder Sandvik at den jordmorfaglige diskursen har røtter tilbake til de tradisjonelle fødekonene som arbeidet i folks hjem. I dag befinner den jordmorfaglige diskursen seg i et krysningspunkt mellom det vitenskapelige og det mer erfaringsnære og hverdagslige (Sandvik 1997:60-61).

Sosialantropolog Tove I. Fjell har vist at moderne jordmødre innehar en tvetydig rolle. På den ene siden preges yrkesgruppen av motsetningsforholdet til legene, et mål om avmedikalisering av svangerskap og fødsel og et fokus på de naturlige prosessene i kvinnekroppen. Samtidig har jordmødrene status som medisinsk helsepersonell, og deres relasjon til de gravide kvinnene og den veiledning de tilbyr foregår innenfor et medisinsk rammeverk. Samtaler om tema som familieforhold, arbeidsliv og kjønnsroller blir trukket inn i en medisinsk kontekst. Dette kan, ifølge Fjell, sees på som en ytterlige medikalisering av svangerskapet (Fjell 1998).

Jordmødre kan jobbe på fødeavdelinger eller fødestuer hvor de bistår kvinner under fødsel og gir ammeveiledning, eller i svangerskapsomsorgen på kommunale helsestasjoner. Noen jordmødre jobber også i privat sektor (Jordmorforeningen.no). Jordmødrene i denne oppgaven jobber alle på en kommunal helsestasjon. Der gir de veiledning og oppfølging til gravide kvinner gjennom svangerskapet og forbereder henne og familien på den forestående fødselen. Ingen av jordmødrene jeg observerte har selv innvandrerbakgrunn.

Asyl, retur og familiegjenforening

De aller fleste av informantene jeg ble kjent med var kvinner som var kommet til Norge som asylsøkere. Dette er grunnen til at jeg her konsentrerer meg om asylprosessen og asylsøkere og flyktningers rettigheter. Flere av mine informanter har vært alene om barnet sitt. Dette må sees i sammenheng med behandlingstid og søknadsprosessen for å få innvilget asyl eller familieinnvandring. Når en person som ønsker å søke asyl kommer til Norge må han eller hun først registrere seg som asylsøker hos Politiets Utlendingsenhet som har ansvar for å registrere asylsøknaden, ta imot id-dokumenter fra søkeren, ta fingeravtrykk av søkeren og gjennomføre et kort intervju. Søkeren vil med en gang bli sendt til transittmottaket hvor han eller hun venter på å gjennomføre selve asylintervjuet som danner grunnlag for vurderingen av søknaden. Deretter blir søkeren sendt til et ordinært asylmottak. Behandlingstiden for en asylsøknad varierer i stor grad. I 2010 var gjennomsnittlig behandlingstid for en asylsøknad fjorten måneder. Utlendingsdirektoratet (UDI) oppgir ikke lenger gjennomsnittlig behandlingstid på sine nettsider (Øien og Sønsterudbråten 2011:22).

Hvis en asylsøker får avslag på søknaden sin fra UDI, vil han eller hun få tildelt en advokat til å bistå med en anke. Anken må sendes til UDI innen tre uker. Dersom UDI ikke omgjør sitt avslagsvedtak blir saken sendt videre til Utlendingsnemnda (UNE). I 2010 var

gjennomsnittlig behandlingstid for en anke var på fem måneder. Får søkeren avslag fra UNE er dette å anse som et endelig avslag, og søkeren har utreiseplikt fra Norge innen tre uker. Søkeren kan likevel sende inn en anmodning om omgjøring med nye saksopplysninger eller ta saken til retten. Dette fører sjelden frem. Den avviste søkeren kan forlate Norge på tre måter; på eget initiativ, assistert retur og tvangsretur. Når fristen på tre uker har løpt ut, er den avviste søkeren å anse som en irregulær innvandrer i Norge. Avviste asylsøkere kan velge å bli boende på asylmottaket etter avslag mens de venter på assistert retur eller tvangsretur. Det månedlige tilskuddet han eller hun får fra UDI til å leve for blir kraftig redusert (Øien og Sønsterudbråten 2011:24).

Dersom man får innvilget asyl eller opphold på humanitært grunnlag har man mulighet til å søke familiegjening med ektefeller, samboer eller barn slik at de kan komme til Norge. Om man søker om dette innen ett år etter innvilget asylsøknad trenger man ikke å oppfylle kravet om å kunne forsørge personen man søker familiegjening med¹ (Utlendingsnemda 2012).

Teoretisk rammeverk

Siden jeg ønsker å la det empiriske materialet stå i sentrum, tar jeg i bruk et stort spenn av teoretiske og analytiske perspektiver. Disse er valgt ut i fra det jeg har funnet hensiktsmessig for å analysere de mest sentrale delene av empirien. For å gjøre analysen så empirinær som mulig vil jeg presentere de ulike perspektivene etter hvert som jeg anvender dem.

Her vil jeg presentere det som fungerer som et teoretisk bakteppe for denne oppgaven; sosialantropolog Bradd Shores teori om personlige og kulturelle modeller. Jeg benytter meg av Shores perspektiv i kapittel 3 hvor jeg analyserer historiene til tre innvandrerkvinner som nylig har fått barn. Videre vil jeg trekke inn dette perspektivet i de andre kapitlene. I det siste kapitlet ser jeg nærmere på hvordan bruk av denne teorien har fått frem noen elementer i mitt empiriske materiale og til dels dekket over andre. Shore går langt i å argumentere for at

¹ Denne regelen er nå under endring etter at den nåværende regjering inngikk en avtale med Venstre og Kristelig Folkeparti om at barnefamilier som ble feilaktig utsendt i perioden 1. juli 2014 til 18.mars 2015 skal få prøve saken etter nytt regelverk. Denne avtalen innebærer en innstramning av flyktnings mulighet til å søke om familiegjening uten å oppfylle kravet om fast inntekt (Castello 2015). Etter den nye avtalen må man søke om familiegjening i løpet av seks måneder etter å ha fått innvilget asyl. Dette har skapt reaksjoner hos støtteorganisasjoner for asylsøkere.

kultur og kognisjon er to sider av samme sak ved inngående å beskrive ulike måter kognitive modeller oppstår. Jeg vil ikke komme inn på slike detaljerte prosesser her, men kort gjøre rede for teoriens hovedelement før jeg begrunner valget av akkurat dette som teoretisk bakteppe for denne oppgaven.

I *Culture in Mind: Cognition, culture and the problem of meaning* foreslår Shore å snakke om kultur på som noe som befinner seg i sinnet til hver enkelt person. Han tenker på kultur som: «(...) *a very large and heterogeneous collection of models or what psychologists sometimes call schemas*» (Shore 1996:44). Videre hevder han at en fordel med å forstå kultur slik er at:

(...)the very notion of model provides a bridge between the empiricist concept of culture as «objects» and the cognitive concept of culture as forms of knowledge (or more pretentiously mental representations) (Shore 1996:44).

Shore tilhører en gren av kognitiv antropologi som er inspirert av lingvistikkens skjemateori (blant annet Lakoff og Johnson 1980) og mener at kognisjon er bygget opp av et lite antall prototyper eller elementære meninger som legger føringer for hvordan vi organiserer tanker og minner (Eriksen og Nielsen 2002:238). Han hevder at alle mennesker danner seg kognitive modeller for å forstå og orientere seg i virkeligheten. Et mentalt kart over eget nabolag, kan være et eksempel på en enkel kognitiv modell. Slik blir virkeligheten forenklet og mer oversiktlig og meningsfull for den enkelte (Shore 1996:46).

Noen modeller er delte mellom mennesker i et samfunn. Disse kaller Shore for kulturelle modeller. Han viser til at han, når han er i USA, vil sprette opp og hilse dersom han får gjester. Dette er et uttrykk for en kulturell modell om høflighet. Medlemmer av et samfunn tilegner seg kulturelle modeller gjennom sosialisering og internalisering. Dette er en prosess som kan være mer eller mindre ubevisst. Slik eksisterer kulturelle modeller både som delte kognitive modeller og som konkrete projeksjoner eller uttrykk for disse i det sosiale rom:

As external and public forms, cultural models point to a great variety of human institutions that are projections of conventional understandings of reality set in time and space (Shore 1996:44).

Shore hevder med andre ord at en persons kognitive modeller oppstår via to mekanismer; gjennom en forenkling og kartlegging av egne erfaringer (som kartet over nabolaget) eller gjennom sosialisering og tilpassing til et samfunn (som høflighetskode) (Shore 1996:46-52).

Jeg vil i denne oppgaven bruke begrepet personlige modeller om førstnevnte og kulturelle modeller om sistnevnte. I noen tilfeller er det ikke mulig å vite om en modell er personlig eller kulturell. Da vil jeg bruke kognitive modeller som en fellesbetegnelse.

Både personlige og kulturelle modeller brukes til å tolke erfaringer og hendelser for å skape mening. Når flere personer har tilegnet seg de samme kulturelle modellene, tolker de erfaringer og hendelser på en lignende måte. Dette betyr ikke at personer som deler modellene tolker erfaringer helt likt, men at enkeltpersoners kognitive modeller overlapper i mye større grad enn hvis alle modeller var personlige modeller (Shore 1996:47-48). I nye sosiale kontekster hvor de kulturelle modeller man tidligere har tilegnet seg ikke lenger skaper mening, kan man justere dem, eller tilegne seg nye. Shore mener at det å tilpasse seg et samfunn og tilegne seg en kulturell modell er en prosess som settes i gang av en aktiv, bevisst og kreativ² intelligens (ibid. 1996:371-372).

Denne teorien om personlige og kulturelle modeller åpner for filosofiske diskusjoner om mennesket som jeg ikke vil gå inn på her. Det som gjør den relevant for denne oppgaven er at den muliggjør en prosess av aktiv dannelse og tilegnelse av nye modeller. Dette er ikke Shores hovedbudskap. Han fokuserer på å vise hvordan kultur og kognisjon er to sider av samme sak og at kulturelle modeller produseres og reproduseres gjennom en dynamisk prosess av internalisering og eksternalisering. Det er teoriens aktive, bevisste og kreative intelligenser (Shore 1996:372) som produserer nye personlige modeller og tilegner seg nye kulturelle modeller, som er det jeg velger å fokusere på i denne oppgaven.

Dersom forskjellene blir for store mellom innvandrerkvinnenes og jordmødrenes kulturelle modeller vil dette kunne skape rom for misforståelser. Shore sitt perspektiv åpner for noen interessante spørsmål. Kan de erfaringer kvinnene har gjort seg i Norge og på vei hit ført at de har dannet og tilegnet seg nye modeller? Er ikke disse like relevante som de modellene de

² Jeg har valgt å oversette Shores ord «*active, intentional, and opportunistic intelligence*» (1996, s. 372) med *aktiv, bevisst og kreativ intelligens*. Grunnen til at jeg bruker *kreativ* i stedet for den mer direkte oversettelsen *opportunistisk*, er at det norske ordet er negativ ladet. Opportunistisk har synonymer som falsk, illojal og ikke til å stole på. På engelsk derimot, har *opportunistic* også positive synonymer som clever, capable and gracious. Ved å bruke ordet *kreativ* i stedet for *opportunistisk*, fremhever jeg menneskesinnets skapende kraft.

tilegnet seg i sine hjemland? Hvis dette er tilfellet, er avstanden mellom jordmor og innvandrerkvinnen liten og det vil være mulig å legge til rette for en bedre kommunikasjon. Mitt feltarbeid har bare gitt meg begrenset innsikt i kulturelle praksiser i de samfunnene informantene kommer fra. Med sin teori om personlige og kulturelle modeller tilbyr Shore et teoretisk perspektiv som tillater meg å se nærmere på hvordan personlige erfaringer og kulturell bakgrunn, forstått som en samling kulturelle modeller som stadig justeres og tilpasses, virker inn på møte mellom innvandrerkvinner og jordmødre på en helsestasjon.

Sentrale begreper

Ikke-vestlig

Med begrepet *ikke-vestlig* har jeg tatt utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås tidligere definisjon (SSB 2008a) som henviser til personer som har kommet til Norge fra land i Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenfor Australia og New Zealand og Europa utenfor EU/EØS. Denne avgrensingen er problematisk, spesielt fordi den ikke på noen måter omfavner en homogen gruppe. Begrepet har også etter hvert blitt preget av et normativt og verdiladet innhold. Dette er grunnen til at SSB i dag har byttet begrepet ut med referanser til det geografiske området en person har sitt opphav fra (SSB 2008b). Et flertall av innvandrerkvinnene jeg ble kjent med i løpet av feltarbeidet kommer fra land på Afrikas horn, men jeg har også informanter fra asiatiske og latinamerikanske land. I motsetning til SSBs tidligere definisjon som omfavnet barn av utenlandsfødte foreldre, har alle mine informanter innvandret til Norge i løpet av de siste seks årene. Ettersom begrepet ikke-vestlig innvandrer, med unntak av jordmødrene, favner alle mine informanter og brukes i sentrale dokument som for eksempel regjeringens strategidokument *Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle - Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017* (Helse- og omsorgsdepartementet 2013), har jeg av pragmatiske hensyn valgt å bruke dette begrepet. Gjennom oppgaven vil jeg flere steder bruke bare *innvandrerkvinner* uten å spesifisere at de ikke-vestlige. Derfor presiserer jeg her at alle informantene i denne oppgaven, med unntak av jordmødrene, er fra land utenfor USA, Australia eller Europa.

Innvandrerkvinner

Også begrepet *innvandrerkvinner* kan være problematisk. Benevnelsen *innvandrer* kan være verdiladet og kan skape negative assosiasjoner. Det er samtidig et ord som beskriver en konkret handling; å vandre inn til Norge. Et av problemene med dette begrepet er at det i dagligtalen ofte blir brukt om personer som har foreldre eller besteforeldre som kom til Norge

fra andre land, men som selv er født her og har sin identitet knyttet til Norge. I slike tilfeller blir begrepet svært unøyaktig og kan oppleves som belastende for dem som blir omtalt med det. Et annet problem med begrepet innvandrere er at det i norske medier ofte brukes som et totaliserende og altoverskyggende begrep (Gullestad 2001).

Som et alternativ til *innvandrere* kunne jeg ha benyttet meg av begrepet *minoritet*. Jeg valgte ikke å gjøre dette. Begrepet *minoritet* omfavner mennesker som har vært i Norge hele sitt liv og har historiske røtter i det norske samfunnet. Det er derfor lite dekkende for mine informanter som relativt nylig har kommet til Norge.

Det er viktig å presisere at innvandrerbefolkning ikke er homogen og preges av like mange forskjeller i for eksempel, utdanning, religion, kjønn og alder som resten av befolkningen i Norge. Også innen en innvandrergruppe med samme opprinnelsesland, er det store forskjeller. Jeg har valgt ikke å legge stor vekt på informantenes opprinnelsesland. Dette er fordi det sjeldent er relevant for min analyse. I rapporten *Familiepraksis og likestilling i innvandrede familier* poengterer forfatterne at å bruke landbakgrunn som ordnende element i analyser har liten praktisk nytteverdi for samfunnsplanleggere. Det er politisk umulig å forme politikk og tjenestetilbud etter personers opprinnelsesland (Kavli og Nadim 2009). Derfor kan en samlebetegnelse *innvandrere*, til tross for å kunne være generaliserende, være nyttig i noen sammenhenger.

Den andre delen av ordet *innvandrerkvinner*, poengterer at denne oppgaven dreier seg nettopp om kvinner. Alle mine informanter, både innvandrerkvinnene og jordmødrene, er kvinner. Kjønn er en viktig kategori for å forstå innvandrerkvinnenes livssituasjon og ulikheter i kjønnsroller og forventninger til kvinner er en av flere sosiale forskjeller kvinnene jeg fulgte under feltarbeidet selv fremhevet. Svangerskapskontrollen er på alle måter kjønnset. Det er kvinners kropp og psyke som er tema for disse kontrollene. Jeg vil i siste kapittel fremheve kjønnsdimensjonen i oppgavens empiriske materiale.

Komparasjon

Gjennom oppgaven benytter jeg meg av komparasjon på ulike nivå til å bygge opp under og til å problematisere empirien. På det mest empirinære nivået, sammenligner jeg empiriske eksempler fra eget materiale med hverandre for å få frem sammenhengene og forskjellene mellom dem (se spesielt kapittel 4 og kapittel 6). Ved å abstrahere materialet noe,

sammenligner jeg også mitt eget empiriske materiale med andre relevante studier om lignende tema (se spesielt kapittel 4, 5 og 6). Jeg anvender komparasjon på et enda mer abstrakt nivå ved å sammenligne teoretiske perspektiv jeg benytter meg av for å få frem hvordan de belyser materialet på ulikt vis (se spesielt kapittel 5 og kapittel 7). På denne måten håper jeg å bygge opp under empirien og analysen i denne oppgaven og å fremheve noen sentrale aspekt ved møtet mellom norske jordmødre og gravide innvandrerkvinner på svangerskapskontroll.

Oppgavens oppbygging

Jeg vil i denne oppgaven gjengi direkte utsagn fra informanter i *kursiv*. Disse utsagnene er som oftest parafrasert for å gjøre teksten lettere å lese. Parafraseringen endrer aldri på innholdet i utsagnet, men tar bort muntlige fyllord som ikke er meningsbærende. Noen ganger endres setningsoppbyggingen slik at innholdet blir mer forståelig. Jeg vil markere empiriske eksempler med innrykkede avsnitt.

I dette kapitlet har jeg gitt en introduksjon til oppgaven ved å presentere motivasjon og bakgrunn for valg av tema. Jeg har presentert siktemål og gjort rede for sentrale deler av konteksten for oppgavens tematikk. Jeg har også introdusert deler av det teoretiske rammeverket og avklart noen sentrale begreper jeg har valgt å bruke.

I kapittel 2 ser jeg nærmere på min opplevelse av *feltet* som danner det empiriske grunnlaget for denne oppgaven. Jeg tar også for meg metodologiske utfordringer og gjør rede for de epistemologiske føringer dette har lagt for arbeidet med oppgaven. Til slutt kommer jeg inn på noen forskningsetiske dilemma i forbindelse med feltarbeid og skrivning.

I kapittel 3 tegner jeg et utfyllende bilde av tre innvandrerkvinner som nylig har fått barn og deres livssituasjon. Jeg ser på likhetstrekk ved deres erfaringer og kontekstualisere disse. Videre bruker jeg Shores (1996) teori om personlige og kulturelle modeller til å belyse kvinnenens historie. Jeg bruker dette som bakgrunn for å forstå de utfordringene som oppstår i samhandlingen mellom innvandrerkvinnene og jordmødrene.

I kapittel 4 tar jeg for meg svangerskapskontrollene med den etiopiske kvinnen Lila som empirisk eksempel. Lilas situasjon setter svangerskapskontrollens kompleksitet på spissen og fremhever både utfordringer og velfungerende tiltak og virkemidler. Jeg ser nærmere på sosialantropolog Marianne Gullestad (1989) sitt likhetsbegrep og sosiolog Erving Goffmans

(1963) teori om stigmatisering, og forsøker å analysere Lilas svangerskapskontroller fra disse to teoretiske perspektivene. Til slutt viser jeg hvordan både utenforliggende faktorer og personlige erfaringer påvirker samhandlingen mellom Lila og jordmor.

I kapittel 5 ser jeg nærmere på jordmors rolle som både autoritet og veileder, og belyser de empiriske eksemplene med teorier om tillit og ekspertise i moderne samfunn. Videre ser jeg på hvordan innvandrerkvinnens mangel på egen familie i Norge forsterker jordmors rolle som autoritet. Til sist belyser jeg hvordan tilgang til kunnskap og tiltro til egen kunnskap virker inn på innvandrerkvinnens barrierer for å søke helsehjelp.

I kapittel 6 presenterer jeg noen empiriske eksempler fra mitt feltarbeid som viser hvordan kommunikasjon på tvers av språklige barrierer kan gå for seg. Jeg ser på bruk av tolk på helsestasjonen og presenterer et eksempel på kommunikasjon mellom deltakerne i mor-barngruppen. Jeg argumenterer for at å delta i samtalen på like premisser med hensyn til status og rang og å referere til en delt fortolkningsramme som kommunikasjonen kan forstås innen, er viktige utgangspunkt for kommunikasjon både i mor-barngruppen og på helsestasjonen.

I det siste kapittelet kommer jeg tilbake til siktemålet ved kort å oppsummere oppgavens empiri og analyse. På bakgrunn av dette trekker jeg frem noen observasjoner og gjør meg noen refleksjoner om svangerskapsomsorgen. Videre peker jeg på kjønnsdimensjonen i det empiriske materialet og viser noen problemområder i krysningpunktet mellom likestillings- og integreringspolitikk. I siste del av kapittelet drøfter jeg teorien om personlige og kulturelle modeller som jeg har kommet tilbake til gjennom hele oppgaven før jeg utdyper og problematisere perspektiver på kommunikasjon og det felles menneskelige som avsluttet kapittel 6. Jeg avslutter kapittelet med å komme med noen ideer til videre forskning på oppgavens tematikk.

2 - FELT, METODE OG ETIKK

Alba ringer meg en ettermiddag. Hun vil at jeg skal gå til politistasjonen med henne for å være tolk. Hun forteller at hun har prøvd å søke om reisedokument til sønnen Bekele. Jeg forklarer at jeg ikke kan være med som tolk til et språk jeg ikke snakker, og at jeg ikke kan noe om temaet. Hun insisterer likevel på at det er bedre om jeg er med, at de da vil forstå hva hun snakker om. Jeg gjentar at jeg ikke tror at det vil ha noen effekt, men går etter en stund med på å bli med henne.

Telefonsamtalen med Alba illustrerer noen av utfordringene jeg kom over under feltarbeidet som danner grunnlaget for denne oppgaven. Den viser hvordan feltarbeid noen ganger finner sted på uventede arenaer, som for eksempel på politistasjonen. Samtidig belyser den hvordan jeg spilte ulike roller i min relasjon til informantene og hvordan dette påvirket deres forventninger til meg. Den er også et eksempel på hvordan jeg underveis i feltarbeidet ble stilt ovenfor noen etiske dilemma jeg måtte ta stilling til.

Jeg vil i dette kapittelet gjøre rede for metode og forskningsetikk. Jeg vil se nærmere på hvordan fremgangsmåte og metode har spilt inn på det empiriske materialet jeg har samlet og reflektere over hva som er feltet mitt. Jeg vil også vise til noen etiske dilemma jeg ble stilt ovenfor under feltarbeidet.

Feltet

Utgangspunktet for feltarbeidet mitt var å undersøke hva som foregår i og rundt møtet mellom norske jordmødre og ikke-vestlige innvandrerkvinner som kommer til svangerskapskontroll.

Dette er et tema som krever en spesifikk form for tilgang. Sosialantropolog Sawa Kurotani beskriver i sin artikkel *Multi sited Transnational Ethnography and the Shifting Construction of Fieldwork* (2004) vanskeligheter knyttet til at bylandskapet ikke er en del av feltet.

Kurotani gjorde feltarbeid i ulike byer for å studere samvær mellom medfølgende koner til japanske forretningsmenn. Hun beskriver at hun måtte oppsøke feltet sitt aktivt. Ettersom konenes ettermiddager og kvelder var forbeholdt familielivet, var feltet også tidsbegrenset.

Jeg opplevde også at jeg nesten bare fikk tilgang til relevant informasjon i den grad jeg aktivt

oppsøkte det. Dette krevde en større bevissthet og innsats fra min side. Feltet mitt kunne ofte oppleves som smalt både i tid og sted.

Antropologene Akhil Gupta og James Ferguson (1997) har problematisert begrepet *felt* i antropologien og viser til hvordan det stilles få spørsmål til hva det antropologiske feltet er. Selv hadde jeg en ambivalent opplevelse av feltet. På den ene siden var det et svært begrenset område ettersom det kunne reduseres til innvandrerkvinner som var gravide eller nylig hadde fått barn og deres samhandling og erfaring med jordmødre på en helsestasjon. For å kunne samle materiale gjennom deltakende observasjon var jeg avhengig av tilgang til en helsestasjon hvor slik samhandling fant sted. På den andre siden opplevde jeg at feltet stadig utvidet seg underveis i feltarbeidet. Etter hvert som jeg ble bedre kjent med informantene fikk jeg delta i flere sfærer av deres dagligliv. Jeg ble også observant på at de utfordringer og vanskeligheter informantene var opptatt av, var mulig å observere i mitt eget dagligliv. Det dukket til stadighet opp medieoppslag om innvandreres helse, om kvinneklinikken hvor informantene skulle føde eller om bruk av tolk i helsesektoren. Disse medieoppslagene er også en del av mitt empiriske materiale³.

Feltarbeidet foregikk på tre arenaer. Den første av disse var helsestasjonen hvor jeg fikk komme og observere og snakke både med jordmødre og kvinnene som kom til kontroller. Arena nummer to var mor-barngruppen arrangert av Introduksjonscenteret for flyktninger i Bergen kommune. Gruppen møttes annenhver uke og var et tilbud for deltakere i introduksjonsprogrammet for flyktninger⁴ som var i fødselspermisjon. De hadde derfor alle fått barn i løpet av det siste året og kom på treffene sammen med barna sine. Den siste av de tre hovedarenaene for feltarbeidet mitt var møter med informanter som var bodde på et asylmottak. Det var totalt tre kvinner jeg traff jevnlig og gjorde ulike aktiviteter med. Alle tre hadde fått barn i løpet av det siste året og hadde ulike erfaringer med det. Jeg var opptatt av å snakke med dem om det som opptok dem, ikke bare om barna deres og om forholdet til

³ Noen eksempler: *De må leve i bokstavmørket* (Yusuf 2013), *Flyktninger får ikke med pasientjournalen* (Damsgård og Rosenvinge 2015) og *Høye aborttall blant innvandrere* (Castello 2014).

⁴ Introduksjonsprogrammet for flyktninger er et obligatorisk opplæringsprogram for personer som bosetter seg i Norge som kvoteflyktninger eller som får innvilget sin søknad om asyl. Programmet består av opplæring i norsk og samfunnskunnskap samt tiltak som forbereder til videre opplæring eller tilknytning til arbeidslivet (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet 2011)

helsestasjonen. De inviterte meg inn i deres dagligliv og fortalte meg mye om hvordan det var for dem å komme til Norge som unge kvinner om å få barn her. De reflekterte også over det å skulle oppdra i det norske samfunnet.

Tilgang

Helsestasjoner

Arbeidet med å få tilgang til ulike feltarenaer begynte måneder før feltarbeidets planlagte start. Jeg hadde på forhånd sett for meg at dette kunne bli krevende å få tilgang til helsestasjoner og valgte derfor å bruke ulike måter å kontakte dem på. Mange helsestasjoner insisterte på at de ikke hadde myndighet til å svare på henvendelsen min og at jeg derfor burde gå gjennom kommunen. Dette fulgte jeg opp med først e-post og så mange telefonhenvendelser til kommunen som i sin tur sendte henvendelsen min videre til helsestasjonene. Også dette forsøket på å få tilgang til en helsestasjon slo feil. Etter lang tid fikk jeg en e-post med avslag. Denne e-posten inneholdt kopier av responsen til flere jordmødre som hadde mottatt min forespørsel fra sine ledere. De aller fleste av disse svarene bar preg av en negativ holdning til at en student som ikke tilhørte en helseutdanning skulle observere dem i deres arbeid. Det ble gitt uttrykk for en presset situasjon med lite ekstra kapasitet for jordmødrene så vel som skepsis til at denne type forskning skulle gjøres på akkurat deres arbeidsplass. Mange uttrykte også mistillit til om prosjektet mitt var etisk forsvarlig:

Jeg er helt enig med Mari og Ingrid i at dette blir for omfattende og for krevende. Oppfatter det heller ikke som helt etisk forsvarlig at en masterstudent skal overvære alle konsultasjoner med norske og ikke-vestlige over flere dager i flere måneder.

Denne e-posten ga meg et godt innblikk både i hvordan min henvendelse ble oppfattet av dem som mottok den og av hvordan et utvalg jordmødre reflekterte rundt det å ta del i et forskningsprosjekt om deres arbeidsfelt.

Til tross for at det tok mye lenger tid enn forventet, fikk jeg til slutt tilgang til en helsestasjon hvor jeg jevnlig fikk være med på svangerskapskontrollene med innvandrerkvinner fra ikke-vestlige land. Selv om det var en vanskelig prosess å gå gjennom, preget av usikkerhet på om jeg i det hele tatt kom til å få empirisk materiale, anser jeg i dag selve prosessen med å få tilgang som en rik kilde til informasjon.

Mor-barngruppe og asylmottak

I prosessen med å kontakte helsestasjoner ble jeg tipset om Introduksjonssenteret for flyktninger sin mor-barngruppe for innvandrerkvinner i fødselspermisjon. Jeg tok kontakt med senteret som kalte meg inn til et møte. Det var på dette tidspunktet uklart om tilbudet skulle fortsette. Introduksjonssenteret hadde lite budsjett til dette og dersom de ville fortsette ville det blitt drevet av kun én ansatt. Denne ene ansatte stilte seg positiv til min deltakelse. I tillegg til at hun fant prosjektet mitt interessant, hadde hun behov for en ekstra person som kunne være med å organisere treffene. Da det ble bestemt at tilbudet skulle fortsette, ble jeg derfor invitert til å delta både i planleggingen og i gjennomførelsen av mor-barntreffene.

De tre informantene som var beboere på asylmottak, kom jeg i kontakt med etter å ha hatt et møte med asylmottakets ledelse. Mottaket henvendte seg til de beboerne de hadde som hadde fått barn i løpet av det siste året og spurte om de var interessert i å treffe meg. De organiserte så et møte mellom meg og de beboerne som takket ja til dette. Videre hadde min samhandling med disse informantene ingenting med selve mottaket å gjøre.

Mangel på tilgang

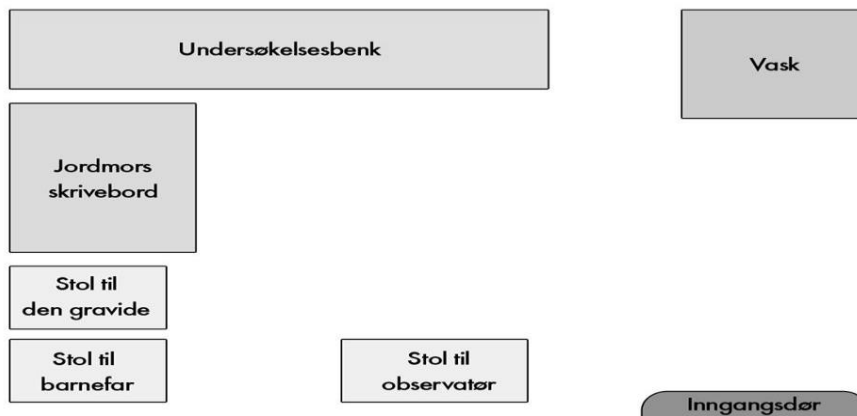
Det tok meg lang tid å få tilgang til feltet. Tillatelse til å komme til en helsestasjon kom nesten samtidig som beskjeden om at jeg kunne delta i mor-barngruppen og at jeg begynte å ha kontakt med beboerne på asylmottaket. Før det hadde hver dag i over to måneder gått med til å kontakte helsestasjoner, frivillige organisasjoner, enkeltpersoner og kommunale enheter, stort sett uten hell. Jeg prøvde formelle brev, telefonsamtaler, oppmøte på kontorer så vel som eget nettverk av venner og kjente for å få tilgang. Jeg forsøkte å få tilgang både ovenfra og ned, gjennom kommunens administrasjon, og nedenfra og opp ved å snakke med enkeltpersoner med tilknytning til helsestasjonene eller andre arenaer som var aktuelle. Jeg forsøkte flere ganger å endre måten jeg presenterte meg selv og mitt prosjekt. Etter to måneder følte alle strategier like unyttige, helt til jeg endelig fikk tillatelse til å komme til en helsestasjon. Jeg er overbevist om at det var åpenhet og interesse for feltarbeidets tema hos jordmødrene på denne helsestasjonen som var utslagsgivende for at jeg fikk tilgang. Dette står for meg som et vendepunkt i feltarbeidet.

Metode og metodologiske utfordringer

Deltakende observasjon

Jeg hadde på forhånd valgt meg deltakende observasjon som min viktigste metode. Underveis i feltarbeidet lurte jeg likevel på hvorvidt metoden min ikke var mer observerende enn deltakende. Grunnen dette er at jeg på flere områder følte at jeg måtte gå på akkord med graden av deltakelse for å få tilgang på det materialet jeg ønsket. Da jeg endelig fikk tillatelse til være med på svangerskapskontroller med innvandrerkvinner, var helsestasjonen opptatt av at min tilstedeværelse i minst mulig grad skulle påvirke selve kontrollene. Med tanke på vanskelighetene jeg hadde hatt med å få tilgang, stilte jeg meg ydmyk til deres ønsker og godtok de premisser som ble satt for min tilstedeværelse. Derfor spurte jeg blant annet ikke om også å få observere svangerskapskontroller med norske kvinner, noe som ville åpnet opp for en komparativ analyse. Tatt i betraktning min mangel på helsefaglig bakgrunn og det faktum at jeg selv aldri har gått gjennom den prosessen de gravide kvinnene går gjennom, var min mulighet til å delta aktivt under disse kontrollene svært begrenset. Min rolle som observatør var i høy grad gitt av situasjonen i seg selv, noe som ble tydelig ved min plassering i rommet:

Figur 1 - Figuren viser hvordan jeg som observatør var plassert i rommet



Ofte ble det hentet inn en stol spesielt til meg slik at jeg kunne sitte i en posisjon som minst mulig forstyrret samhandlingen mellom jordmor, den gravide kvinnen og barnefaren eller andre ledsagere. Med noen unntak, hvor jordmor spurte meg om et ord på engelsk, eller på annen måte refererte til meg under selve kontrollen, var jeg dermed en svært passiv observatør under svangerskapskontrollene.

Unni Wikan har beskrevet hvordan deltakende observasjon på mange måter er et ideal det er vanskelig å oppnå:

Slik er antropologens virke: full av dilemmaer mellom ideal og virkelighet, om å gjøre det forskeren "bør" og det folk selv vil, mellom å strebe etter full deltakelse og å inngå kompromiss pga. situasjonelle eller menneskelige begrensninger (Wikan 1996:185).

Dette dilemmaet er noe jeg kjenner igjen fra egen erfaring, og kontroll hos jordmor kan på mange måter beskrives som en situasjonell begrensning for deltakende observasjon. Jeg benyttet ventetiden før selve kontrollen og tidsrommet rett etter kontrollen til å snakke med den gravide kvinnen eller med jordmor. Disse samtalene representerer min deltakelse. Det å kunne snakke med dem i konteksten av en svangerskapskontroll i stedet for i et intervju hvor de er tatt ut av denne konteksten, tror jeg har gitt meg tilgang på et rikt materiale.

I mor-barngruppen var deltakelse lettere. Disse treffene gikk hovedsakelig ut på å sitte og prate på et stort teppe på gulvet med spedbarna liggende i midten. Treffene varte i fire timer om gangen, hvorav en til to timer var satt av til en aktivitet som for eksempel besøk i en barnehage, yoga, eller musikk for spedbarn. Alle disse aktivitetene lå til rette for min deltakelse på lik linje med de andre. Det at jeg selv ikke hadde et spedbarn å ta vare på viste seg å ha svært lite å si for selve deltakelsen ettersom jeg raskt ble bedt om å holde, hjelpe eller leke med andres barn.

Den delen av feltarbeidet som foregikk utenfor helsestasjonen og utenfor mor-barngruppen representerer den delen av feltarbeidet mitt hvor jeg i minst grad føler jeg måtte gå på akkord med prinsippet om deltakelse. Jeg traff informantene jevnlig, og jeg fikk i stadig større grad delta i deres dagligliv. De første treffene med beboerne på asylmottaket artet seg mest som besøk og bar tydelig preg av et vertinne-gjest-forhold. Etter hvert som jeg ble bedre kjent med dem fikk jeg være med dem på sosiale arrangement, gjøre andre aktiviteter som for eksempel å lage mat, og ble invitert i selskap hvor jeg ikke lenger var eneste gjest.

Intervju

Noen av samtalene jeg hadde i løpet av feltarbeidet kan best beskrives som ustrukturerte intervju (Bernard 1994:208-220). Flere av samtalene med jordmødrene på helsestasjonen bar preg av at jeg hadde konkrete tema jeg ledet dem inn på. Observasjoner fra selve svangerskapskontrollene gjorde meg ofte nysgjerrig på jordmødrene synspunkt på tema som for eksempel barseltid, bruk av tolk eller valg av fødeavdeling. Jordmødrene styrte svarene

sine fritt og kom ofte inn på andre temaer. Dersom de hadde tid til rådighet, var også jordmødrene glade for å kunne svare på spørsmålene mine og så ut til å forvente en intervjusituasjon mer enn en løselig samtale. Derfor vil jeg inkludere ustrukturerte intervju som en av metodene jeg anvendte.

Språk

Kvinnene jeg ble kjent med hadde svært varierende norsk- og engelsknivå. De fleste av samtalerne mine med dem foregikk på en blanding av disse to språkene. At vi delte lite språk kunne resultere i samtaler hvor vi snakket forbi hverandre, eller hvor vi brukte lang tid på å komme frem til et ord vi begge forsto. De gangene jeg ble invitert på besøk til noen sammen med andre, gikk jeg glipp av store deler av samtalen som ofte fløt over på språk jeg ikke behersker. Likevel var ikke språkproblemene større enn at de var overkommelige. Jeg vil hevde at å overkomme denne utfordringen har vært med på å gi meg informasjon om kommunikasjon på tvers av språklige barrierer som har vært nyttig for å forstå kommunikasjonen på svangerskapskontrollene.

Feltnotater og lydopptak

Jeg skrev detaljerte feltnotater gjennom hele feltarbeidsperioden. Dette gjør at jeg i dag sitter med et rikt nedskrevet feltmateriale. I første del av feltarbeidet brukte jeg kun disse feltnotatene for å dokumentere det jeg observerte. Etter at en av jordmødrene oppfordret meg til å bruke diktafon, da hun mente det var uproblematisk, brukte jeg dette ved noen av kontrollene dersom alle parter var komfortable med det. For å delta i mor-barngruppen var det et krav fra Introduksjonssenteret at jeg samlet inn skriftlig samtykke fra deltakerne. I samtykkeskrivet sto det blant annet at jeg kunne komme til å be dem om å få ta opp noen samtaler med diktafon. Flere av deltakerne uttrykte at jeg gjerne kunne få skrive om dem, men at de ikke ville at samtalerne våre skulle tas opp. Jeg forsikret dem derfor om at det ikke var nødvendig. Jeg tok derfor ikke opp noen av samtalerne mine med kvinnene i mor-barngruppen.

Posisjon og roller i feltet

Under feltarbeidet opplevde jeg flere ganger å befinne meg i en gråsoner mellom min rolle som antropolog og andre roller som for eksempel venn, støttespiller, tolk, representant for Introduksjonssenteret for flyktninger eller representant for helsestasjonen jeg besøkte. Dette kunne noen ganger medføre bekymring for hvorvidt informantene virkelig hadde forstått at jeg kom til å skrive om dem og for om den rollen de tilskrev meg kunne virke begrensende for

hvilken informasjon jeg fikk tilgang til. Andre ganger førte min posisjon vis-a-vis dem og de roller de tilskrev meg til at jeg fikk tilgang på informasjon jeg ikke ellers ville fått.

Kjønn og alder

Min posisjon vis-a-vis informantene er et produkt både av faktorer jeg delvis kunne styre selv og av faktorer som lå utenfor min kontroll. Det at jeg er kvinne og at jeg er en ung voksen er to faktorer som flere ganger var avgjørende for at innvandrerkvinnene, de fleste unge selv, delte informasjon med meg. Jeg var opptatt av at de skulle vite at jeg holdt på med et forskningsprosjekt og at den informasjon de delte med meg ville bli skrevet ned og brukt i en oppgave. Likevel utspilte mitt forhold til informantene seg ofte som forhold mellom venninner på samme alder. Noen av informantene, som for eksempel Alba, uttrykte flere ganger at de var glad for å ha meg som venn og spurte meg like iherdig om mitt liv og min historie som jeg om hennes. Om sitt feltarbeid i Kairo skriver Wikan at:

Og som kvinne blant (vanlige) kvinner blir min forskerstatus ganske irrelevant. Den har ingen verdi eller mening for dem; jeg er hustru, mor, datter, venninne osv. – og det er på det plan vi kan møtes (Wikan 1996:188).

Dette finner jeg beskrivende for min egen opplevelse under feltarbeidet. Informantene mine hadde ikke problemer med å forstå at jeg ville skrive om dem, men det var ikke det som gjorde at de delte sine liv med meg. Mer avgjørende, tror jeg, var det at de kunne identifisere seg med meg som kvinne og som ung voksen. Til tross for at min situasjon ofte var svært ulik deres, førte dette til at vi delte noen referanserammer som gjorde at samtalen ofte gikk lettere. Dette førte også til noen metodologiske utfordringer. Til tross for at vi delte en tilværelse som ung kvinne i Norge, var min egen situasjon og historie også radikalt forskjellig fra informantenes. Noen ganger kunne dette føre til misforståelser og vanskeliggjøre kommunikasjonen mellom oss.

Roller

Hvordan jeg oppnådde tilgang til en feltarena fikk mye å si for hvilken rolle jeg spilte i samhandlingen med informantene. Et klart eksempel på dette er erfaringene mine fra mor-barngruppen. Et premiss for min deltakelse i gruppen var at jeg bidro til planleggingen og gjennomføringen av mor-barntreffene. Dette førte til at kvinnene som kom til mor-barngruppen i stor grad så meg som representant for Introduksjonssenteret. Jeg opplevde for eksempel at de ringte til meg for å forhøre seg om hvordan kommunen kunne hjelpe dem med barnehageplass eller for informasjon om når de skulle starte opp med den obligatoriske norskundervisningen igjen. Jeg brukte god tid til å snakke med hver enkelt deltaker om at jeg

var student og at jeg ville skrive om dem. Samtykkeskrivet hvor jeg beskrev prosjektet mitt ble av Introduksjonssenteret oversatt til alle deltakernes språk. Alle deltakerne skrev under på skjemaet og forsto at jeg ville snakke med dem og skrive om samtalene senere. Det tok imidlertid lang tid før de forsto at jeg ikke var ansatt i kommunen.

Inngangsporten inn i gruppen førte dermed med seg en rolle og et sett med forventninger deltakerne stilte til meg. I *The presentation of self* (1969) hevder Goffman at to personer som samhandler vil forsøke å innhente så mye informasjon som mulig om sin samhandlingspartner på forhånd for å kunne definere samhandlingen og dens vilkår (ibid. 1969:15). Informasjonen man innehar om en bestemt samhandlingspartner vil etter hvert modifieres, men man vil langt på vei unngå å modifisere informasjonen så mye at definisjonen og vilkårene satt for samhandlingen brytes (ibid. 1969:22). Rollen som representant for Introduksjonssenteret satte visse vilkår for samhandlingen som til dels ble opprettholdt gjennom alle mor-barntreffene. Fordelen med å ha en slik rolle var at jeg raskere kunne delta i samhandlingen. Premissene ved samhandlingen var gitt på forhånd. Ingen stilte spørsmål ved hvorfor jeg var til stede. Det å være med å planlegge treffene ga meg også verdifull innsikt i hvordan Introduksjonssenteret for flyktninger jobbet med dette prosjektet og hva de tenkte om brukerne av tilbudet om mor-barngruppe. Dette er informasjon jeg ikke hadde fått tilgang til dersom jeg skulle ha vært deltaker på lik linje med resten av kvinnene.

På den andre siden var det også noen ulemper ved denne rollen. Den informasjonen kvinnene i mor-barngruppen delte med meg var kun den informasjon de også delte med Introduksjonssenteret. Dette ble veldig tydelig etter hvert som jeg ble bedre kjent med Alba og begynte å treffe henne i andre sammenhenger enn på treffene:

På et av de første treffene forteller Alba meg at hun er 24 år gammel og at hun har bodd i Norge i fire år. Da jeg noen måneder senere spiser middag hjemme hos henne snakker vi om familien som fremdeles bor i hjemlandet og hun ikke har mulighet til å ha kontakt med. Om moren sier hun:

Tenk om min mor hadde visst at jeg hadde en sønn. Jeg har så lyst til å snakke med henne. Eller tenk om hun hadde visst alt det som har skjedd med meg.

Hvis hun hadde hørt at de sier jeg er 24 år hadde hun begynt å le, eller kanskje å gråte.

Jeg forstår ikke hva Alba mener med dette. Hun forteller at hun kom til Norge uten identitetspapirer da hun var 16 år. Hun oppga alderen sin til politiet som plasserte

henne i et hjem for mindreårige asylsøkere. UDI brukte lang tid på å behandle søknaden hennes, mye på grunn av problemer med å bekrefte alderen hennes. Til slutt ble det tatt røntgenbilde av tennene hennes. Det ble fastslått at Alba var fire år eldre enn hva hun selv hevder. Saken hennes ble derfor behandlet som en asylsøknad fra en voksen person. Alba forteller at hun lenge protesterte mot at dette var hennes alder, men kom etter hvert frem til at det ikke var verdt bryet. I følge henne selv står det nå i alle id-dokumentene hennes at hun er 24 år, selv om hun bare er 20. I all interaksjon med det offentlige presenterer hun seg derfor som om hun er 24 år.

Ettersom jeg etter hvert hadde mye kontakt med Alba utenfor mor-barngruppen fikk jeg anledning til å justere på de forventninger hun hadde til meg og gikk etter hvert over til å spille en rolle som venn og støttespiller. Eksempelet viser at jeg da fikk tilgang på en annen informasjon. Jeg fikk ikke den samme muligheten med mange av de andre kvinnene i mor-barngruppen som jeg bare møtte på de organiserte treffene.

Epistemologiske følger

Min posisjon vis-a-vis informantene, har etter alt å dømme gitt meg tilgang til mye informasjon. Samtidig virker det på uttalelsene fra jordmødrene som var skeptiske til mitt feltarbeid at alder sammen med manglende helsefaglig bakgrunn kan ha medvirket til at tilgang på en helsestasjon ble vanskelig. Eksempelet fra mor-barngruppen viser hvordan inngangen til feltet, og de roller og forventninger den medførte, påvirket hvilken informasjon som var tilgjengelig for meg. Jeg opplevde at den beste måten å motvirke denne effekten på var å tilbringe mer tid sammen med informantene. Informantene jeg kom i kontakt med gjennom asylmottaket tilbrakte jeg mye tid sammen med. I begynnelsen merket jeg at de veide sine ord mer før de snakket med meg enn mot slutten av feltarbeidet. Da de etter hvert begynte å fortelle meg mer om forholdet deres til selve asylmottaket følte jeg meg trygg på at de ikke lenger assosierte meg med mottaket.

Etikk

Dilemma

Både før, under og etter feltarbeidet har jeg reflektert over hvordan jeg på best mulig måte kan ivareta informantenes interesser og beskytte deres informasjonssikkerhet og personlige integritet. Ettersom store deler av feltarbeidet skulle finne sted på en helsestasjon var jeg i planleggingsfasen usikker på om jeg måtte søke om godkjenning fra *Regional Komite for*

Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk REK Vest (REK). Jeg tok tidlig kontakt med dem og ba om en vurdering av hvorvidt jeg måtte søke om etiske klarering fra dem. Hvis dette var nødvendig ville det medføre en mer omfattende søknadsprosess og en vurdering utført av en komite med liten kjennskap til etnografisk metode (Øye og Bjelland 2012:145). Jeg fikk rask tilbakemelding om at prosjektet ikke var fremleggingspliktig for REK ettersom: «*Prosjektet faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde siden formålet med prosjektet ikke primært er å skaffe tilveie ny kunnskap om sykdom og helse*» (REK Vest 2013).

Denne prosessen gjorde meg spesielt observant på hvilken type informasjon jeg fikk tilgang til. Jeg forsøkte å balansere ulike hensyn opp mot hverandre. I utgangspunktet ønsket jeg ikke å registrere detaljer om kvinnenes helsemessige situasjon, som for eksempel blodtrykk og hjertefrekvens hos fosteret. Jeg anså denne informasjonen som irrelevant for det jeg var kommet for å se på. Etter hvert oppdaget jeg at det ikke alltid var lett å bestemme i en gitt situasjon om informasjonen var irrelevant eller ikke. Et eksempel på dette er en kvinne (se kapittel 4) som stadig tok opp at hun var plaget av kløe på kroppen, noe som i utgangspunktet ikke var relevant for mitt ønske om å se på møtet mellom jordmor og kvinnene som kom til kontroll. Jordmor ba kvinnen om å gå til legen om det ble verre, noe kvinnen aldri gjorde selv om det stadig ble verre. Dermed ble denne kløen et eksempel på hvordan ulike definisjoner om hva som er «verre» og ulike terskler for å kontakte legen kan føre til misforståelser som potensielt kan få alvorlige konsekvenser. Med ett var kvinnens helsesituasjon likevel relevant for meg. I slike situasjoner veide jeg informasjonens relevans for oppgavens tematikk opp mot faren for at den ville avsløre kvinnens identitet eller utlevere personlige forhold i for stor grad.

Historien om hvordan jeg ble med Alba til politiet representerer også en type etisk dilemma jeg møtte på under feltarbeidet. Jeg ønsket selvfølgelig å hjelpe Alba dersom det var mulig, og det å være med henne til politiet var også en god kilde til informasjon om hennes samhandling med representanter for offentlige instanser. Samtidig var jeg først i tvil om jeg kunne være med i det hele tatt. Jeg hadde liten tro på at min tilstedeværelse hos politiet ville ha noe å si for Albas sak, og jeg hadde jo ingen mulighet til å fungere som tolk. Jeg forsikret meg derfor grundig om at hun hadde forstått dette før jeg ble med.

Anonymisering

I artikkelen *Is anonymity possible* (1993) tar Mary Carol Hopkins opp noen utfordringer knyttet til anonymisering av informanter i etnografiske tekster. Hun viser til at i små samfunn

kan anonymisering av informantene gå på bekostning av det mange hevder er antropologiens viktigste bidrag, nemlig en omfattende kontekstualisering av mennesker og hendelser som Geertz har kalt for «thick description» (Hopkins 1993:123). Hopkins skriver om et samfunn av flyktninger i en amerikansk by som er så lite at hvis hun avslører hvor de kommer fra vil hun samtidig avsløre individenes identitet. For å løse dette problemet skriver Hopkins en tekst hvor personen hun skriver om er satt sammen av egenskaper og hendelser hentet fra flere ulike personer i samfunnet hun studerte. Hun stiller seg selv tvilende til denne metoden og spør seg om ikke en slik etnografi kan kalles vitenskap eller ikke (Hopkins 1993:129).

Dilemmaet Hopkins beskriver er et jeg kjenner meg igjen i. Mitt eget feltarbeid har foregått i og rundt Bergen, og ofte er det lite informasjon som skal til for å kunne identifisere personene jeg beskriver. I min beskrivelse av enkelte informanter har jeg ønsket å være så tro mot virkeligheten som mulig og å gi en rik beskrivelse av den konteksten de lever og handler innenfor uten at det på noen måte skal være til skade for informantene. Etersom de har valgt å dele sine fortellinger og sitt dagligliv med meg, syntes jeg det er et viktig prinsipp å være så tro mot dette som mulig. Det er likevel enda viktigere at deres sikkerhet og personlige integritet ivaretas. Derfor har jeg noen ganger valgt å utelate informasjon som for eksempel opprinnelsesland eller oppholdstid i Norge. I noen tilfeller har jeg valgt å sette inn feilaktig informasjon som ikke har meningsbærende konsekvenser for å forsterke anonymiseringen. På den måten kan man hevde at jeg til en viss grad tar i bruk metoden for anonymisering som Hopkins forslår. Jeg har, gjennom hele oppgaven, forsøkt å finne et balansepunkt mellom to viktige etiske prinsipp, beskyttelse av informantenes identitet og troskap mot virkeligheten.

3 – HISTORIER OM FLUKT, FØDSEL OG FAMILIE

Innledning

I dette kapittelet vil jeg fortelle en utfyllende historie tre innvandrerkvinner som nylig har fått barn. Slik vil jeg gi tre mer helhetlige eksempler på hvilken livssituasjon mange av innvandrerkvinnene som kommer til svangerskapskontroll hos jordmor befinner seg i. De tre kvinnene jeg beskriver her har alle til felles at de kom som unge jenter til Norge fra Afrikas horn, og de har alle fått barn her i løpet av det siste året. Historiene vitner om tre kvinner i konstant forhandling med sin sosiale omverden. I denne forhandlingen inngår elementer fra bakgrunnen i deres respektive hjemland, elementer fra erfaringene deres med flukten til Norge og opphold på asylmottak, så vel som ønske om at både barna og dem selv skal trives i sin norske tilværelse. Jeg vil se historiene i lys av Bradd Shores (1996) teori om personlige og kulturelle modeller, og sammenligne noen elementer med sosialantropolog John. Chr. Knudsens (1990) studier av vietnamesiske flyktningers kognitive modeller. Jeg vil bruke dette som bakgrunn for å forstå de utfordringene som oppstår i samhandlingen mellom innvandrerkvinner og jordmødrene.

Frewini

Frewini er 23 år gammel og kommer fra Etiopia. Hun kom til Norge alene for fem år siden. Her har hun giftet seg med Noad. De bor sammen på et asylmottak, og har datteren Lana på ett år. Familie deler et lite rom på ca. tolv kvadratmeter. Her har de plass til en seng som ekteparet deler, og en barneseng som også fungerer som lekegrind. De har også et lite bord og to stoler. Kjøkken og bad deler de med resten av beboerne i huset som leies av asylmottaket. Når Frewini inviterer på middagsbesøk kan det være opptil seks voksne mennesker i rommet. Da brukes sengen som sitteplass. Familien fikk innvilget asyl i Norge for over et år siden. De venter nå på å få tildelt en kommune å bosette seg i. I mellomtiden foregår livene deres på tolv kvadratmeter.

Da jeg spør om Frewinis familie i hjemlandet, svarer hun at hun ikke har noen familie der. Hun forteller at hun er fra en mellomstor by og at hun har gått ni år på skole. Hun nevner noen ganger familiemedlemmer når hun forteller om Etiopia, men hun sier aldri noe om hvor de er i dag. Ettersom Frewini ikke har nødvendige id-dokumenter fra sitt hjemland, har hun ikke fått reisedokument her i Norge og kan ikke reise ut av

landet. Frewini forteller at hun flyktet til Norge fordi hun i hjemlandet ble forfulgt på grunn av sin religiøse overbevisning. Hun ønsker ikke å fortelle om detaljene rundt dette.

Lana ble født for ett år siden ved hjelp av akutt keisersnitt. Frewini tror det var fordi hun lå i seteleie, men hun vet ikke: *«Hver gang jeg gikk til legen etter dette spurte jeg hvorfor dette skjedde. Jeg vet fremdeles ikke helt hvorfor.»* Frewini forteller at hun og Noad dro til sykehuset da hun fikk rier og ble værende der i mange timer uten at noe skjedde. Under en av riene kastet hun opp og plutselig var det fullt av mennesker rundt henne som trillet henne bort. Det var ingen tolk til stede for å oversette helsepersonellets beskjeder: *«Jeg visste ikke hva som skulle skje før de skar i meg. Jeg var veldig redd og i dag tenker jeg aldri mer!»*

Frewini skulle ønske hun hadde forstått helsepersonellets beskjeder under fødselen, og ville gjerne hatt en tolk til stede. Likevel foretrekker hun ikke å bruke tolk når hun går til legen eller til kontroll på helsestasjonen med Lana. Om dette sier hun at hun har varierende erfaring med bruk av tolk. Noen ganger har det fungert godt, men mange ganger fungerer det dårlig. Siden hun ikke på forhånd kan vite om tolken som kommer er god, foretrekker hun ikke å bruke tolk.

Ved flere anledninger forteller Frewini at det i Etiopia er vanlig at en kvinne som får barn forblir sengeliggende i minst en måned etter fødselen. Andre kvinner i familien og kvinnelige naboer vil ta seg av barnet og de praktiske gjøremålene i hjemmet under denne perioden. I Norge var ikke dette mulig da Frewini ikke hadde tilstrekkelig med medhjelpere.

Frewini sier at hun har det bra i Norge og at hun er glad for at datteren får vokse opp her. Hun er opptatt av at datteren skal lære språket hennes godt, slik at hun ikke bare snakker norsk. Derfor vil hun helst ikke at Lana skal begynne i barnehage før det er helt nødvendig. Det Frewini ønsker seg mest av alt er å få tildelt en kommune å bosette seg i. Da vil de kunne flytte inn i en leilighet for seg selv, og vil slippe å leve så trangt som nå. Det er gjennom asylmottaket hun skal få informasjon om dette. De forteller henne at hun må vente, at de ikke vet når de vil få tildelt en kommune. Det eneste hun kan gjøre er å vente. Frewini forteller at Lana ikke får sove når alle

sammen er inne på samme rom, og at hun ikke får lekt ordentlig når hun er våken på grunn av den dårlige plassen:

Frewini: Derfor har jeg spurt. Jeg har til og med spurt på Introduksjonssenteret for flyktninger, men de sier at jeg må få tildelt denne kommunen som [bosettings]kommune før jeg kan begynne der. Jeg har også spurt på boligkontoret [om å få bolig]. De kan heller ikke hjelpe. De sier at det er fullt. De tar ikke imot flere.

Marte: Hvis dere får tilbud om å flytte langt bort til en fremmed kommune i morgen, gjør dere det da?

Frewini: Ja, det gjør vi. Vi vil bare flytte et sted og begynne der.

Så snart de blir bosatt i en kommune har Frewini lyst til å begynne på skole igjen. Først vil hun lære seg norsk gjennom introduksjonsprogrammet for flyktninger. Hun har lyst til å bli advokat, men vet ikke om hun kommer til å få det til. Hvis ikke vil hun ta en annen utdanning.

Mot slutten av feltarbeidsperioden forteller Frewini at hun og familien har fått et ekstra rom på asylmottaket. Nå slipper de å bo så trangt som før. Hun er veldig glad for at mottaket så hvordan de levde, og kunne gjøre noe med saken. Hun vet fremdeles ikke noe om når de kan flytte for å bosette seg i en kommune.

Hewit

Hewit er fra Eritrea, og har bodd i Norge i fem år. Da hun kom til Norge var hun 17 år gammel. Datteren hennes Zuhan er ett år. Hewit og Zuhan bor i et hus hvor det bor tre familier til. Hver familie har ett rom og beboerne deler et lite kjøkken og et fellesområde som lukter av røyk. Zuhans far er også fra Eritrea, og har allerede oppholdstillatelse i Norge. Han jobber mye. De helgene han har fri, drar Hewit og Zuhan på besøk til ham.

Hewit går jevnlig til kontroll på helsestasjonen med Zuhan. Noen ganger får Zuhan vaksine, og noen ganger er det bare måling og veiing. I månedene etter fødselen var det hyppige kontroller, nå er de noe sjeldnere. Hewit er overrasket over noen av rådene hun får fra helsestasjonen. Spesielt rart synes hun det er at datteren ikke skulle drikke

kumelk før hun var fylt ett år. I Eritrea er det helt vanlig. Likevel hører Hewit på rådene fra helsestasjonen, og følger dem.

Mest av alt ønsker Hewit å kunne leve sammen med familien. Så snart hun får klarsignal fra asylmottaket om at det er greit, vil hun og datteren flytte inn med Zuhans far. Han bor i en blokkleilighet i utkanten av Bergen. Hun forteller at det bor mange barn i blokken som ofte leker sammen. Det er dette hun ønsker for datteren, at hun skal kunne leke ute sammen med andre barn. Hun forteller at: *«Søsknene mine pleide å leke sammen ute der jeg vokste opp. Noen ganger lekte de med nabobarna også. Jeg vil at Zuhan skal kunne gjøre det samme.»* Mot slutten av feltarbeidsperioden forteller Hewit meg at hun har fått signaler fra asylmottaket om at hun snart kan flytte til Zuhans far. Dette gjør henne svært glad. Hun forteller at hun er glad for at de endelig skal *«være en familie»*. Etter at moren døde da hun var åtte år og faren reiste bort synes hun ikke at hun har hatt noen ordentlig familie. Bare bestemoren og småsøsknene. Nå vil hun endelig få det.

Også Hewit flyktet fra hjemlandet sitt fordi hun ble forfulgt på grunn av sin religiøse overbevisning. Hun forteller at hun kom seg fra Eritrea til Nairobi, hvor hun kom i kontakt med en mann som hjalp henne med å komme seg til Norge. Hun visste ikke noe om Norge før hun kom: *«Jeg hadde hørt om Addis Abeba og om Kenya, men aldri om Norge»*.

Zuhan ble også født ved hjelp av et akutt keisersnitt. Hewit ble innlagt på sykehuset med rier, og da det viste seg at fosteret hadde snudd seg siden sist kontroll, ble et akutt keisersnitt utført. Hewit syntes det var vanskelig å forstå:

Jeg var veldig redd. Det var veldig skummelt. Jeg ville helst føde vanlig for jeg var redd for operasjonen. Men etterpå, når jeg lå med babyen i armene og det hele var over var jeg glad for at det ble sånn. Det var mye raskere enn vanlig fødsel.

Hewit tror at datteren vil få det mye bedre i Norge enn i Eritrea. Men det er noen ting hun ikke liker så godt. For eksempel har hun tenkt mye på at datteren skal vokse opp i en annen kultur enn henne selv:

For eksempel, her i Norge kan en mann gifte seg med en mann. Hva heter det? Homofili? Ja. Jeg er redd for at Zuhan skal se det og spørre meg om hva det er for noe. Da vet jeg ikke hva jeg skal si. Jeg vet ikke hvordan forklare det. Det syntes jeg er vanskelig.

Jeg spør henne om det ikke er homofile i Eritrea og hun svarer at det er det ikke.

Det at Zuhan kan treffe andre barn fra samme land og snakke tigrinja med dem er en veldig viktig grunn til at Hewit går i kirken. Jeg spør om Hewit traff sin mann i kirken, men det er ikke tilfelle. De traff hverandre da han kom på besøk til en mann på hennes asylmottak. Hun forteller at de så hverandre, og det var «*love at first sight*».

Hewit har fått oppholdstillatelse i Norge. En ettermiddag forteller hun meg at hun har forsøkt å kontakte asylmottaket for at de skal hjelpe henne med å rette på oppholdskortet hennes. På kortet står det nemlig at hun er født på 50-tallet, 40 år før hennes egentlige fødselsdato. Dette er basert på en feil i et datasystem. Hun tror selv at feilen stammer fra det første intervjuet hos politiet. I en samtale med henne og Frewini forteller hun at tolken oversatte feil:

Hewit: Det var på det første intervjuet med politiet, jeg var redd.

Frewini: Ja, man er redd da. Spesielt fordi politiet i Norge ikke er som politiet andre steder. Hjemme... vi var redd for politiet, vi ville ikke snakke med dem og hvis vi snakket med dem gjorde vi det så kort som mulig.

Hewit: Ja. Og på det første intervjuet vet man ikke at politiet i Norge ikke er som dem. Det samme med tolken. Jeg så på tolken som sjef.

Marte: Sjef?

Hewit: Ja, som en del av politiet. Som en person som kan bestemme over meg. Jeg var ikke sikker på at han hadde sagt rett, men jeg ville ikke si noe. På slutten av intervjuet fikk jeg et ark med den informasjonen jeg hadde gitt. Der sto det at jeg var født i 1952. Jeg så at det var feil, men jeg ville bare bli ferdig og komme meg bort fra politiet. Etterpå så jeg ikke på arket på veldig lenge.

Oppholdskortet er Hewits viktigste identitetsdokument, og det er svært upraktisk for henne at fødselsdatoen ikke er korrekt. Noe så enkelt som å skaffe seg et lånekort på biblioteket er en utfordring ettersom hun på ingen måte ser ut til å ha passert 60 år.

Derfor har hun henvendt seg flere ganger både til folkeregisteret og til politiet for å få rettet dette opp. Begge kontorer henviser henne til det andre.

Alba

Jeg traff Alba gjennom mor-barngruppen for flyktninger. Hun kom dit sammen med sønnen Bekele, som var tre måneder da jeg ble kjent med dem. Hun bor alene sammen med sønnen og kom til Norge for fire år siden. Hun uttrykker ofte at hun føler seg alene. Spesielt omsorgen for sønnen er vanskelig når hun «*bare har seg selv*». Hun sier at:

Det er vanskelig å være alene med Bekele. Jeg må gjøre alt selv. Av Norge får jeg penger og det er fint. I hjemlandet hadde jeg ikke fått penger men der hadde jeg hatt folk rundt meg til å hjelpe meg. Norge gir meg hjelp med penger, men ikke folk.

Bekeles far bor på et asylmottak i Bergensområdet. Han har fått avslag på både asylsøknad og anke, og venter på å bli sendt tilbake til Etiopia. Når han har mulighet til det, besøker han dem i leiligheten Alba leier, men han må bo på asylmottaket for å motta en begrenset stønad en gang i måneden. Alba får en skygge av redsel i ansiktet når hun snakker om at kjæresten kan bli sendt tilbake til hjemlandet. Hun håper fremdeles at han skal få bli i Norge.

Ved et besøk hjemme hos Alba forteller hun meg at hun har rømt fra familien i Etiopia for å slippe å gifte seg. Faren hadde fortalt henne at hun skulle gifte seg med en eldre mann som hadde fire barn i tenårene fra før. Hun visste ikke hvordan hun skulle få slippe, og dro derfor hjemmefra en søndag når resten av familien var i kirken. Hun hadde ingen destinasjon for øye da hun dro, men fikk etter hvert reisefølge med en gruppe som tok henne til Sudan. «*De var ikke gode mennesker*» forteller hun om dem. I Sudan oppsøkte hun sin mors bror, som hun aldri før hadde møtt. Han fortalte henne at hun ikke kunne bli hos ham, men at han kunne hjelpe henne å komme bort fra Afrika. Onkelen betalte så en mann for å ta henne med seg til Norge. Alba hadde ingen papirer med seg. Mannen forlot henne uten forvarsel på en kafe i Oslo, samme dag som de kom til Norge. Alba beskriver dette øyeblikket som det verste med hele flukten. Mannen hadde tidligere sagt at hun måtte gå til politiet for å få lov til å bli i

Norge. Derfor spurte hun seg frem etter en politistasjon på stotrende engelsk. Hos politiet fikk hun registrert seg som asylsøker, og ble sendt til et mottak.

Alba forteller at fødselen varte i nesten tre døgn, og endte med keisersnitt. Hun har fremdeles smerter etter operasjonen.

Alba: Når jeg har gått gjennom det tenker jeg nå mye på min mor. Jeg hadde aldri før tenkt på at hun også har gått gjennom fødsler. At hun gikk gjennom det for å få meg. Jeg ser på henne med mye mer respekt nå. Men det kan jeg ikke si til henne.

Marte: Du er jo veldig sterk som har klart dette.

Alba: Ja, jeg var sterk. Jeg vil aldri gjøre det [føde] igjen. Mange sa at jeg vil glemme det når jeg får min sønn, men jeg kan ikke glemme det. Hver dag husker jeg på det. Jeg vil aldri gjøre det igjen. Etter så mye smerte og skriking fikk jeg ham. Nå har jeg endelig familie igjen.

Alba har fått innvilget asyl i Norge, men ettersom Bekelses far har fått avslag på sin asylsøknad to ganger, hevder politiets utlendingsenhet at sønnen ikke vil få permanent oppholdstillatelse slik som Alba har. Han kan heller ikke få reisedokument, og kan derfor ikke forlate Norge. Alba har gått til politiet fire ganger for å spørre om dette virkelig er tilfelle. Alle gangene får hun samme svar. Hun velger likevel å gå igjen. Det er ett av disse besøkene hun ønsker at jeg skal bli med. Hun hevder at «*De forstår ikke hva jeg sier, derfor sier de bare det samme. Hvis du forklarer forstår de hva du sier. Da sier de kanskje noe annet.*»

Opplevelsen av fødsel og keisersnitt

Disse tre kvinnene har ulike historier og ulike perspektiv på hvordan det er å komme til Norge og få barn her. Historiene deres har flere fellestrekk. Et av disse er at alle tre fikk barna sine ved hjelp av et akutt keisersnitt. Også flere av kvinnene jeg ble kjent med i mor-barngruppen fødte barnet sitt på denne måten. Kvinnene har ulike erfaringer med dette, og enkeltes opplevelser ser ut til å være mer negative enn andres. Psykolog Nora Ahlberg og obstetriker Siri Vangen viser i artikkelen *Svangenskap og fødsel i et flerkulturelt Norge* (2005) at sammenlignet med landsgjennomsnittet var forekomsten av keisersnitt ca. dobbelt så høy hos kvinner fra Filipinene, Afrikas Horn, Chile/Brasil og Sri Lanka/India. Det finnes flere årsaker til dette. Av disse ser trangt bekken ut til å være den viktigste, men også andre årsaker som

langvarig fødsel og dårlig fosterlyd peker seg ut som årsaker. Forfatterne viser også til at «*ukjente faktorer*» ofte er oppgitt som en årsak til keisersnitt, spesielt hos kvinner fra Afrikas Horn, hvor både Frewini, Hewit og Alba kommer fra (Ahlberg og Vangen 2005:587).

I Den norske legeforenings rapport (Abraham et al.2008) om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere, utdypes det at fødselen for innvandrerkvinner kan representere en potensiell kilde til psykososialt stress. I denne situasjonen møter kvinnene et ukjent miljø og vil kunne oppleve et krysspess mellom tradisjoner, forventet praksis og råd som gis av helsepersonell. Forfatterne hevder også at selve fødselen, for denne gruppen, kan oppleves som en eksistensiell krise og at kommunikasjonsproblemer og misforståelser kan vanskeliggjøre omsorgen (Abraham et al.2008:32-34). Rapportens påstander stemmer langt på vei overens med mine informanters erfaringer. Frewinis uttalelser om mangel på informasjon under fødselen vitner om at fødeavdelingen for henne var et nytt miljø hvor kommunikasjonsproblemer og misforståelser gjorde seg gjeldende. Albas tanker om fødselen har gitt henne et nytt perspektiv på sin egen mor og et ønske om å kunne kommunisere dette til henne vitner om at fødselen for henne har hatt noen eksistensielle konsekvenser. Krysspesset mellom tradisjoner og råd fra helsepersonellet er også noe som resonnerer med mine informanters fortellinger. Hewits undring over ikke å kunne gi kumelk til datteren, og Frewinis undring over den korte hvileperioden etter fødsel er begge deler uttrykk for dette.

Personlige og kulturelle modeller

De tre historiene vitner om tre kvinner i kontinuerlig forhandling med sin sosiale omverden. I denne forhandlingen inngår elementer fra bakgrunnen i sine respektive hjemland, elementer fra erfaringer fra flukten til Norge og opphold på asylmottak, så vel som ønske om at både barna og de selv skal trives med tilværelsen i Norge. For å bedre kunne forstå hvordan denne forhandlingen foregår og vise hvilke utfordringer og muligheter den kan by på, vil jeg benytte meg av Shores (1996) teori om personlige og kulturelle modeller og trekke inn elementer fra Knudsens (1990) studie av kognitive modeller blant vietnamesiske flyktninger.

Gamle og nye modeller

Frewini forteller meg flere ganger at barselkvinner i Etiopia hviler i en måned, og at de får mye hjelp av familien. Hewit vektlegger familie når hun snakker om sin egen situasjon, og trekker frem ønsket om endelig å kunne leve som en familie. Alba forteller at hun i Etiopia hadde fått hjelp av familien både under barseltiden og med barneoppdragelsen. Familie og familiens rolle i forbindelse med fødsel og barseltid, men også opp gjennom barnets oppvekst,

ser ut til å være en del av de kulturelle modellene alle disse kvinnene har tilegnet seg. Praksisen med å være sengeliggende i en måned etter fødsel, slik Frewini beskriver, kan sies å være uttrykk for en kulturell modell om barseltiden hvor familien spiller en sentral støttende rolle. Dette ser ut til å gå igjen i mine tre informanternes kulturelle modeller omkring fødsel og barneoppdragelse generelt.

Ønsket om å danne familie kan også tolkes som uttrykk for et behov for å ta kontroll over egen fremtid. Etter å ha ventet i flere år for å få svar på asylsøknad kan det å få barn være en mulighet kvinnene har til å ta aktive valg om eget liv. I Frewinis og Hewits tilfelle forsterkes dette av fortsatt venting på tildeling av bosettingskommune, som er startskuddet for det nye livet i Norge. Hewit og Frewini får ikke begynne på skole eller begynne å jobbe slik de gjerne ønsker, de får heller ikke bo der de selv vil. Alba har selv måttet vente lenge på det samme, og nå håper hun på at kjæresten skal få lov å starte livet sitt i Norge sammen med henne. Ved å gifte seg, slik som Frewini og Noad, og ved å velge å få barn, tar de aktive valg om egne liv.

I Cognitive Models in Life Histories (1990) ser Knudsen på hvordan fortid, nåtid og fremtid rangeres og spiller sammen i vietnamesiske flyktningers kognitive modeller, og viser til at dette endrer seg på ulike stadier av asylprosessen. Selve asylsystemet kan føre til at flyktingene blir fortidsorientert siden oppholdstillatelse avhenger av en fortelling om hendelser i fortiden, som forfølgelse eller stor nød. Endringer i fortellingene om egen fortid kan skape mistro og medføre avslag på asylsøknader, og mange vil derfor fokusere på den fortidsfortellingen de har valgt. Samtidig er håp om en bedre fremtid en viktig kilde til motivasjon gjennom hele prosessen fra flukt, via venting i leirer eller på mottak og til tilpassing til det nye samfunnet. Knudsen hevder at troen på en bedre fremtid blekner etter hvert som flyktinger tilbringer lang tid i leirer eller på mottak, eller når de møter en vanskelig virkelighet etter å ha fått oppholdstillatelse. Likevel mener han at fremtid fortsetter å spille en sentral rolle i de kognitive modellene til mange flyktinger. Mange overfører sine fremtidshåp til barna, og dermed til familien som en sosial enhet. Dette kan sees på som en mestringsstrategi for takle en vanskelig situasjon. Slik hevder Knudsen at hvordan fortid, nåtid eller fremtid rangeres i flyktningers kognitive modeller har sammenheng med hvilket stadium av asylprosessen de befinner seg i, men er mest av alt et resultat av personlige strategiske valg (ibid. 1990).

I lys av dette blir kvinnenens aktive valg om å få barn, ikke bare et uttrykk for kulturelle modeller som stiller familien i sentrum. Å velge å få barn kan signalisere en orientering mot fremtiden som er et resultat av bevisste og strategiske valg for bedre å kunne mestre de utfordringene den lange ventetiden medfører. At kognitive modeller endres underveis i asylprosessen fordi flyktninger strategisk tilpasser seg situasjonen for å håndtere den på best mulig måte (Knudsen 1990:127) resonnerer med Shore aktive, bevisste og kreative intelligens som tilegner seg nye kulturelle modeller (Shore 1996:371-372). Fra Shores perspektiv kan kvinnenens valg sees på som et tegn på evne til å tilpasse seg ved å fortsette å tilegne seg og å justere kulturelle modeller, og ved å danne seg nye personlige modeller.

Et eksempel på dette ser man i Hewits fortelling om rådene hun fikk på helsestasjonen. At datteren ikke skulle kunne drikke kumelk strider t mot en kulturell modell hvor dette er helt vanlig. Hewit velger likevel å følge helsesøsters råd om ikke å gi datteren kumelk. Hun får med andre ord tilgang til en ny kulturell modell på helsestasjonen, og tilpasser seg denne. Eksempelet vitner om en evne til å se bort fra, eller bygge videre på, allerede tilegnede modeller etter hvert som nye situasjoner oppstår. Hewit biter seg merke i konflikten mellom den modellen hun fra før hadde tilegnet seg, og den kunnskapen hun får tilgang til på helsestasjonen. Selv om hun tilpasser seg stusser hun nok over denne diskrepansen til å huske den og fortelle meg om den.

Hewit og Frewinis oppfatning av politiet er et tydelig eksempel på hvordan kognitive modeller, kan skape misforståelser. Hewit forklarer at hun var redd for politiet på bakgrunn av den oppfatning hun hadde av politiet fra Eritrea. Denne modellen om politiet gjorde at Hewit ikke turte å korrigere verken tolken eller saksbehandleren som intervjuet henne, til tross for at hun forsto at tolken gjorde en feil da han oversatte alderen hennes. Knudsen (1990) peker på at flyktninger ofte underkommuniserer problemer i nåtiden. Dette gjelder spesielt i samhandling med personer som kan ha innflytelse over deres søknad om asyl. Det kan forklares med at de ikke vil bli oppfattet som problematiske eller med at nåtidens problemer uansett er minimale i forhold til den fortid de har flyktet fra, eller det psykiske presset de er utsatt for (ibid. 1990:124-126). I tillegg til frykt for politiet generelt, kan Hewits manglende reaksjon på tolkens oversetting ha bakgrunn i dette.

Eksempelet forteller oss noe om maktforholdet mellom politiet og Hewit. Ved å se på dette eksempelet i lys av Shores teori om personlige og kulturelle modeller kan vi skimte konturene

av dette. Det er først ved å supplere dette med Knudsens studier av flyktningers kognitive modeller at dette blir tydelig.

Ukjente kulturelle modeller

For å forstå hvordan misforståelser og komplikasjoner kan oppstå mellom jordmødre og kvinnene som kommer til svangerskapskontroll, er det ikke nok å se på hvilke kulturelle modeller kvinnene har tilegnet seg. Det er også nødvendig å forstå hvilke kulturelle modeller de møter som er ukjente for dem. Historiene om Frewini, Hewit og Alba gir også noen indikasjoner på dette.

Hewit forteller at hun i Eritrea ikke er vant til å se homofile par på gaten eller å omgås personer med en annen seksuell legning enn henne selv. En sterk heterofil norm kan se ut til å være en del av en kulturell modell om seksualitet hun har tilegnet seg. Hun ser det derfor som utfordrende å skulle oppdra datteren i et samfunn hvor denne normen i mye mindre grad er en del av den kulturelle modellen. I dette tilfellet er Hewit selv svært bevisst på at hennes egen kulturelle modell (selv om hun selv bruker andre termer for dette) ikke stemmer overens med den modellen som er delt og mest utbredt i Norge. Det er ikke sikkert at en slik grad av bevissthet er tilfellet hver gang ulike kulturelle modeller settes opp mot hverandre i kvinnes hverdagsliv i Norge.

Hewits fortelling om intervjuet hos politiet kan sees på et eksempel på at kulturelle modeller kan komme i konflikt med hverandre uten at partene i særlig grad er klar over at dette er tilfellet. Hewit og Frewini forteller i ettetid at de ikke visste, da de kom til Norge, at politiet her oppførte seg annerledes enn det politiet de kjente fra sine respektive hjemland. De hadde ikke erfaring med norsk politi og hadde ikke tilgang til informasjon eller kulturelle modeller om politiet i Norge. Frykten de hadde med seg fra sine hjemland, ble forsterket av at personen som intervjuet henne hadde innflytelse over hennes mulighet til å få opphold i Norge. Hewits tilbakeholdenhet da hun oppdaget en feil i fødselsdatoen vitner om at hun stolte på sin egen oppfatning om politiet. Hvorvidt politimannen som intervjuet henne og tolken han hadde med seg var bevisste på at Hewit sannsynligvis fryktet politiet er et annet spørsmål.

Oppsummering

Historiene om Frewini, Hewit og Alba er utfyllende eksempler på unge innvandrerkvinner som får barn i Norge. De viser hvilke erfaringer de har med seg fra hjemlandene sine og fra reisen til Norge og hvilke erfaringer de gjør seg i sine liv her. Et av fellestrekkene mellom de

tre er at de fikk sine barn ved hjelp av et akutt keisersnitt. Flere studier fra Norge viser at bruk av akutt keisersnitt er mer utbredt hos innvandrerkvinner enn hos norske kvinner. Noen av disse studiene oppgir «ukjente årsaker» som årsaken til dette hos kvinner fra Afrikas horn, mens andre studier viser til psykososialt stress grunnet møte med ukjente miljø og krysspress mellom tradisjoner og råd fra helsepersonell. Ved å se nærmere på Shores teori om personlige og kulturelle modeller (1996) har jeg forsøkt å belyse hvordan kvinnes historier og bakgrunn kan føre til misforståelser og komme i konflikt med budskap og kommunikasjon fra jordmødrene eller andre representanter for offentlige instanser i Norge. Samtidig har jeg med dette perspektivet, og med støtte fra Knudsens (1990) studie av vietnamesiske flyktninger, fremhevet kvinnes evne til å danne og å tilegne seg nye kognitive modeller. Jeg vil i de neste kapitlene se nærmere på konkret samhandling mellom innvandrerkvinner som kommer til svangerskapskontroll og jordmødrene på en helsestasjon.

4 – UTFORDRENDE SVANGERSKAPSKONTROLLER

Innledning

Jeg vil i dette kapitlet ta utgangspunkt i Lilas svangerskapskontroller på helsestasjonen, og samtaler med henne og jordmødrene før og etter disse. Lila befinner seg i en spesielt vanskelig situasjon, noe som gjør svangerskapskontrollene hennes mer utfordrende enn de fleste andres. Dette gjør at jordmødrene må ta i bruk et stort spekter av virkemidler. Jeg vil trekke inn sosialantropolog Marianne Gullestads (1989) tanker om en norsk samhandlingsstrategi som fremhever likhet, og sosiolog Erving Goffmans (1963) teori om stigmatisering til bedre å forstå samhandlingen mellom jordmødrene og Lila. Mot slutten av kapitlet vil jeg se på hvordan personlige erfaringer og faktorer som ligger utenfor selve helsestasjonen påvirker samhandlingen mellom innvandrerkvinnene og jordmødrene de møter i svangerskapsomsorgen. Avslutningsvis vil jeg peke på et paradoks knyttet til idealet om likeverdige helse- og omsorgstjenester.

Lila

Dette er Lilas andre svangerskap. Hun er 35 år gammel, og har en tretten år gammel sønn fra før som bor igjen i Etiopia. Hun husker ingenting fra forrige fødsel, bare at det skjedde hjemme og at hennes mor var til stede. Da jeg blir kjent med henne hadde hun allerede vært til flere kontroller på helsestasjonen. Jordmor Toril sier følgende om Lila:

Lila klarer seg egentlig veldig godt. Hun har en fast jobb og har bodd selvstendig i egen leilighet over lang tid. Etter at de [huseierne] solgte og hun måtte flytte har det blitt tungt for henne. Hun stiller veldig svakt på boligmarkedet og kommunen her er ikke som Bergen, den har nesten ikke sosialboliger. Lila er veldig fornuftig. Hun sender penger hjem til sønnen i hjemlandet hver måned. Hun setter opp et budsjett som hun følger hver måned for å se hvor mye hun kan bruke på å kjøpe utstyr til babyen.

Siden hun måtte flytte fra leiligheten hun leide har Lila bodd sammen med en venninne i Bergen. Hver dag reiser hun over en time med buss for å fortsette å jobbe. Om boligsituasjonen sier Lila: «Det er ingen som vil leie ut til meg. Jeg ser mange annonser, men når jeg ringer så legger de bare på. De hører at jeg snakker dårlig norsk og så legger de på.» Hun sier videre at hun helst vil fortsette å bo i

utkantkommunen. Her har hun jobben sin og her har hun det bra. Hun liker ikke Bergen.

Til tross for den lange reiseveien vil Lila fortsette å jobbe. Da hun mot slutten av svangerskapet blir sykmeldt, sier hun at ikke å jobbe har gjort henne sykere. Hun foretrekker å jobbe for å føle seg bedre, men det er helt umulig nå som hun er høygravid. Lila arbeider som renholder i et privat selskap. Før hun fikk denne jobben tok hun vikaroppdrag som renholder i kommunen. Der hadde de ikke mulighet til å gi henne fast stilling. Hun syntes derfor det er bra å jobbe for det private, men sier at hun noen ganger opplever at de prøver å lure henne: *«De tenker at utlendinger ikke vet hvordan ting er. Jeg sier ingenting til dem, for jeg liker jo jobben»*.

Lila har bodd fem år i Norge, to av dem på asylmottak. Hun er alene om barnet. Barnets far måtte dra tilbake til Etiopia for noen måneder siden, da han hadde fått endelig avslag på sin asylsøknad. Gutten hun venter har allerede fått navn. Når jeg spør henne om hva navnet blir, sier hun *«noe som betyr alt blir bra»*.

En av kontrollene jeg fikk være tilstede under tar mye lenger tid enn den halve timen som er satt av. Da kontrollen nærmer seg slutten og er tjue minutter på overtid spør jordmor Unni om ikke Lila har noen spørsmål. Lila trekker da opp en bunke med brev som hun viser frem og sier at hun ikke forstår. Det er ulike brev Lila har fått fra offentlige instanser. Et av dem handler om selvangivelsen, men de fleste er brev fra kommunen om Lilas boligsituasjon. Unni tar seg tid til å lese og forklare.

Under den siste kontrollen snakker Lila og jordmor Toril om fødselen. Samtalen går delvis direkte mellom de to, og delvis via en tolk som er med over telefonen. Toril bruker flere visuelle virkemidler. Hun henter frem et stort hefte som ligner en kalender og viser illustrasjoner av hvordan et foster ligger under fødselen. Etterpå tar hun Lila med på en virtuell omvisning av Kvinneklinikken på Haukeland sykehus for at hun skal bli kjent med stedet hun skal føde.

Toril: *Skal du ha med deg noen på fødselen?*

Tolken: *Hva sa du?*

Toril: *Er det noen som skal være med henne på fødselen?*

Lila: *Jeg har ikke noen.*

Toril: *Nei? Ikke noen venninner eller barnefaren?*

Lila: *Jeg har, men de er på jobb.*

Toril: *Har du kontakt med barnefaren fortsatt?*

Lila: *Han bor ikke i Norge, han bor i hjemlandet.*

Toril: *Men har han ikke mulighet til å komme på turistvisum her? Til fødselen?*

Lila: *Han kan ikke komme.* (Lila virker opprørt i stemmen).

Da Lila senere ligger på undersøkelsesbenken sier Toril at det er veldig dumt at barnefaren ikke kan være med under fødselen. Hun foreslår igjen at han kan komme til Norge på turistvisum. Til dette svarer Lila ingenting.

Lila klager over kløe i hendene og på kroppen. Første gang hun nevner dette spør Toril om hvor omfattende det er, og om hun smører noe på kroppen. Lila forteller at hun smører kokos på de stedene hun klør. Toril ber henne om å følge med på kløen og sier at: «*Hvis det blir verre må du kontakte legen*». Ved neste kontroll forteller Lila at kløen har spredt seg til en større del av kroppen, og at den er mer plagsom enn tidligere. Toril forsøker da å kontakte Lilas lege for å be om en time. Da hun ikke får svar på telefonen ber hun Lila om å ta direkte kontakt med kvinneklinikken dersom det skulle bli verre. Hun forklarer at dette kan være symptom på en tilstand som kalles svangerskapskløe som ofte er ufarlig, men som potensielt kan være skadelig. Hun gjentar derfor at det er viktig å kontakte kvinneklinikken om situasjonen skulle bli verre.

Jordmor Toril er fortvilt over Lilas boligsituasjon. Mellom kontrollene ringer hun selv til kommunens boligetat for å høre om noe kan gjøres. Hun bruker også mye tid på å se på brevene fra boligkontoret Lila har med. Under en av kontrollene finner følgende samtale sted:

Toril: *Jeg er bekymret for dette med bolig. Det vi kan gjøre er å sende et brev sammen med fastlegen din til barnevernet. Vi kan si at du ikke har et egnet sted til å ta vare på barnet, og da kan de kanskje hjelpe oss med å legge press på kommunen. Hva syns du om det?*

Lila: *Ja.*

Toril: *Har du noen tanker om det?*

Lila: *Vet ikke.*

Saken til Lila blir til slutt sendt til en tverrfaglig nemnd i kommunen. Denne er opprettet for at kommunens etater kan samles og gi en mer helhetlig løsning på vanskelige situasjoner ved å samarbeide. Omtrent samtidig som saken skulle tas opp, føder Lila en gutt. I en e-post fra jordmor Toril får jeg følgende beskjed: «*Lila har født og dessverre ser jeg henne ikke igjen. Slik situasjonen er i dag tilhører hun Bergen. Mvh Toril*»

Om Lilas situasjon

Lilas boligsituasjon er ikke bare en belastning for henne selv, den utgjør også en stor utfordring for jordmødrene. På kommunens nettsider finner man en setning som går igjen på mange kommunale nettsider: «*Kommunen har plikt til å opprette ordninger som skal hjelpe vanskelegstilte med å få tak i bustad, men kvar og ein har ikkje noko krav på å få ein bustad*» (referanse utelatt av anonymiseringshensyn). Kommunene i Norge har ingen lovfestet plikt til å sørge for at alle innbyggerne har en forsvarlig bolig (Kjellebold 2011). Forfatterne av rapporten *Bostedsløse i Norge 2008: En kartlegging* viser at personer født utenfor Norge er overrepresentert blant bostedsløse i Norge (Dyb og Johannessen 2009:82). I denne gruppen av bostedsløse, er personer født i land utenfor Europa, Nord-Amerika og Australia overrepresentert (ibid. 2009). Lilas vanskeligheter med å finne bolig er et vanlig problem for ikke-vestlige innvandrere i Norge.

Ifølge Lila bodde barnefaren på samme asylmottak som Lila selv før hun fikk innvilget asyl. I sin årsrapport for 2013 opplyser UDI at halvparten av kvinnene som fikk innvilget asyl i 2013 var i aldersgruppen 18 til 29 år (Utlendingsdirektoratet 2014). UDI oppgir ingen tilsvarende aldersgruppe for menn, men det er nærliggende å tro at det på norske asylmottak befinner seg en overvekt av unge voksne i den fasen av livet hvor det er vanlig å stifte familie. Lilas situasjon er et eksempel på akkurat dette. Å stifte familie vil ikke ha påvirkning på asylsøknaden, og hver søknad vil bli behandlet for seg. Når utfallet for asylsøknadene er ulikt, kan det føre til at den ene parten blir sittende med eneansvar for et barn⁵.

Likhet og likeverd

I *Likhetens paradokser: antropologiske undersøkelser i det moderne Norge* (Vike et al.2001)

⁵ Et tydelig eksempel på at det å stifte familie ikke har innvirkning på asylsøknaden kan ble presentert i avisartikkelen *Ein dårleg rygg splittar familien* (Røssum 2015) i Bergens Tidene 6. mai 2015.

viser forfatterne til at likhet er en sentral verdi i det norske samfunnet, men at selve ordet på norsk er et tvetydig begrep. Likhet har en konnotasjon som er nær ordet likeverd eller equality på engelsk, samtidig som det også refererer til det å ligne eller å være like noe, sameness på engelsk (Vike et al.2001:16). Det ambivalente forholdet mellom likhet som en grunnleggende verdi på den ene siden, og de virkelige sosiale forskjellene på den andre siden, har vært et sentralt tema i flere antropologiske studier i Norge (Barnes 1954, Gullestad 1989, Gullestad 2002). Sosialantropolog Marianne Gullestad argumenterer i *Kultur og hverdagsliv: på sporet av det moderne Norge* (1989) for at likeverd forstått som likhet er et sentralt trekk ved det norske samfunnet. Hun hevder at når personer samhandler i det norske samfunnet benyttes en samhandlingsstrategi hvor likhetstrekk mellom samhandlingspartene fremheves og forskjeller underkommuniseres. Dette trenger ikke å bety at partene faktisk er like hverandre. Hvis forskjellene oppleves som for store vil partene trekke seg unna hverandre, noe Gullestad kaller avstandsskaping. Siden hun peker på «fred og ro» som en annen sentral verdi i det norske samfunnet, vil det å konfrontere ulikhet som oftest unngås (ibid. 1989:117). For Gullestad er det forestillingen om likhet, i betydning å ligne noe (sameness) som kjennetegner samhandlingskodene i Norge (Vike et al.2001:17). På den måten blir likhet også et uttrykk for forskjell. I det man trekker seg tilbake fra samhandlingen fordi forskjellene oppleves som for store, vil man skape en forsterket segregering eller ulikhet. Riktignok nevner Gullestad at dette gjelder i noen mindre grad i byråkratiske og profesjonelle sammenhenger, men jeg tror likevel at Gullestads tanker om fremhevelsen av likhet som samhandlingsstrategi kan kaste lys over noen aspekter ved samhandlingen mellom Lila og jordmødrene.

Likhet og avstand på svangerskapskontroll

Jordmødrene strekker seg langt for å gi Lila den hjelpen hun trenger. De tilpasser kommunikasjonen for at den skal være lett å forstå og de hjelper henne med å lese offentlige brev som ikke har med hennes helsetilstand å gjøre. De hjelper henne også med å henvende seg til andre etater i kommunen. Likevel finnes det noen problematiske punkt i samhandlingen mellom jordmødrene og Lila.

Samtalen om hvem som skal være med Lila under fødselen fremsto for meg som spent. Lila trakk seg tydelig tilbake, og svarte mot slutten med opprørt stemme. Det finnes antagelig gode faglige grunner til å anbefale kvinner å ha med seg en ledsager under fødselen som forklarer hvorfor jordmor Toril insisterer på dette tema. Likevel fører Torils fokus på at barnefaren burde være med til at Lila trekker seg tilbake. Her kan Gullestads tanker om en

samhandlingsstrategi som fremhever likhet belyse samhandlingen mellom de to.

Det er i Norge svært vanlig at barnefaren er med som ledsager under fødselen. I avhandlingen *Blikket vendes: Fødsel i endring (1996)* som er basert på feltarbeid på en fødestue, viser Fjell at på de få tiårene det har vært lov til å ha med seg en ledsager under fødselen i Norge, har det å ha barnefar med, blitt et sosialt krav. Hun forteller blant annet om at informanter møtte henne med overraskende blikk da hun spurte dem om hvorvidt barnefaren skulle være med under fødselen, da dette ble ansett som selvsagt (ibid. 1996:118-124). At barnefar skal være med under fødselen kan dermed anses som normen for fødsler i Norge.

Da Lila svarer at barnefaren ikke kan være med, foreslår Toril at en venninne er med i istedenfor. Slik tilpasser hun samtalen til Lilas situasjon. Da heller ikke dette ser ut til å være en mulighet spør hun igjen om ikke barnefaren kan bli med. Forslaget om at han kan reise til Norge på turistvisum kan, i lys av Gullestad, forstås som en samhandlingsstrategi som fremhever likhet. Lilas situasjon er ulik det som er normen for fødsler i det norske samfunnet, og Toril forsøker å gjøre den likere denne normen som hun antar Lila vil leve opp til. Dette forsterkes av at Toril kanskje ikke har nok kunnskap om asylsøkere som har fått avslag sine muligheter til å reise ut og inn av Norge. Lilas opprørte stemme kan vitne om at barnefarens retur til hjemlandet er et sårt tema for henne.

Hvorvidt Lila hadde ønsket å ha med seg barnefaren under fødselen hvis han hadde hatt mulighet til det, er ikke sikkert. Lege og antropolog Cecil Helman viser til at menn, i de fleste samfunn, er ekskludert fra selve fødselssituasjonen (1994:176). Dette betyr ikke at fedre ikke kan spille en viktig og aktiv rolle. Sosialantropolog Harald Kristian Heggenhougen (1980) har vist at fedre, i de fleste samfunn har en viktig sosial funksjon i forhold til fødselen. I mange samfunn går fedrene gjennom ritualer for å sikre mor og barns liv og helse mens fødselen pågår. Det er likevel sjelden at de er tilstede i selve fødselssituasjonen. I samtalen mellom Lila og jordmor Toril, er fokus på barnefarens fysiske tilstedeværelse i selve fødselssituasjonen. Dette kan sees på som et element av etnosentrisme.

Et annet problematisk punkt i samhandlingen mellom jordmor Toril og Lila er samtalen om Lilas kløe. Også her kan Gullestads tanker om en samhandlingsstrategi som fremhever likhet belyse Torils ord og handlinger. Det problematiske er at Toril ber Lila kontakte først legen og siden kvinneklinikken dersom kløen blir verre. En forutsetning for dette er at Lila og Toril

deler en opplevelse om hva som er verre, noe som er et spørsmål om sensasjon av kløe og toleranse for ubehag. At Lila skal følge Torils råd forutsetter for det andre at de to har en lik oppfatning om når, hvordan og hvorfor man kontakter lege i Norge. Min personlige erfaring fra min tid i Argentina har vist meg at å kontakte lege krever kunnskap om normer og sosiale koder og mangel på slik kunnskap kan oppleves som svært ubehagelig. Videre i dette kapitlet og i neste argumenterer jeg for at mange innvandrerkvinner vegrer seg for å ta kontakt med lege og ser ut til å ha en høy terskel for å gjøre dette. Det at Lila ikke kontakter lege mellom kontrollene tyder på at de to forutsetningene (lik opplevelse av hva som er verre og lik oppfatning om når, hvordan og hvorfor man kontakter lege) ikke er til stede. Toril ser ut til å handle ut i fra en ide om at hun og Lila er like nok til at disse forutsetningene er til stede. Fremhevelsen av likhet ser med andre ord ut til å prege jordmor Torils samhandling med Lila.

Det at Toril forsøker å kontakte Lilas lege for henne når hun ser at Lila ikke gjør dette selv, viser at hun i andre omgang innser at de to ikke er like når det kommer til terskel for å kontakte lege. I motsetning til hva Gullestad beskriver, trekker ikke Toril seg unna samhandlingen, men prøver å forklare hvorfor det er viktig at hun kontakter kvinneklinikken om det skulle bli verre.

I løpet av feltarbeidet observerte jeg flere tilfeller hvor det ser det ut til at en felles forståelse blir lagt til grunn for samhandlingen. I en kontroll hos jordmor Johanne med en kvinne som venter tvillinger og har fire barn fra før forgikk følgende samtale:

Mia: Jeg har et spørsmål. Hvis jeg har fått barn. Kan jeg få... jeg vet ikke hva det heter på norsk...

Johanne: Si det på engelsk du. Vaksine?

Mia: Nei, sånn for ikke å bli gravid som man setter inn.

Johanne: Prevensjon. Ja, selvfølgelig. Men det er veldig forskjellig om du ammer eller ikke(...)

Mia: Nei, jeg mener ligation...tube ligation.

Johanne forstår ikke hva dette er og ber Mia om å skrive det ned slik at hun kan undersøke dette til neste gang. Før hun legger tema bort ser Johanne på meg og spør meg om jeg vet hva Mia mener. Jeg svarer at jeg tror hun mener at hun ønsker at egglederne skal kuttes. Samtalen fortsetter rundt spørsmålet om sterilisering.

I dette eksempelet ser vi at da Johanne var usikker på hva Mia refererte til, antok hun at det måtte være prevensjon og ikke sterilisering. Sosialantropologene Halvard Vike, Hilde Lidén og Marianne Lien trekker på Gullestads ideer og sier at den norske fremhevingen av likhet og underkommunisering av forskjeller fører til personers referanseramme blir: «*smalere og mer homogen enn faktisk kulturell og sosial variasjon skulle tilsi*» (Vike et al.2001:18). Å bruke ulike former for prevensjon er mye vanligere enn sterilisering i Norge. Som fagperson har Johanne god kunnskap om sterilisering, og når hun forstår hva Mia sikter til informerer hun om hvordan dette kan gjøres i Norge. Siden det ikke er en veldig vanlig forespørsel er det mulig at sterilisering lå utenfor den nære referanserammen Johanne tolket Mias utsagn innenfor. På denne måten kan fremhevelse av likhet med hensyn til normer og kunnskap og underkommunisering av forskjell påvirke kommunikasjonen mellom jordmødre og innvandrerkvinner som kommer til kontroll.

Fremhevelse av likhet er på langt nær det eneste som påvirker kommunikasjonen på svangerskapskontrollene. Andre faktorer spiller ofte en mer fremtredende rolle. Jordmors faglige kompetanse og hennes rolle som veileder legger viktige rammer for situasjonen. Dette kommer godt frem når Jordmor Toril forklarer Lila at kløen kan være symptom på en tilstand som kalles svangerskapskløe. Hun forsøker slik å dele sin faglige kompetanse med Lila for at hun skal være i stand til å handle informert og ringe til kvinneklinikken dersom kløen skulle øke.

Ettersom verken jeg eller Toril så Lila igjen vet jeg ikke hvorvidt Lila faktisk fulgte Torils instruksjoner etter å ha fått dem for andre gang. Jeg vil videre se på en mulig forklaring på hvorfor hun i første omgang ikke gjorde dette.

Stigmatisering

Strategier for å håndtere stigmatisering, slik de beskrives av sosiolog Erving Goffman (1963), kan brukes som et analytisk redskap for å se nærmere på Lilas samhandling med jordmødrene på kontroll. Om stigma skriver Goffman at:

...an individual who might have been received easily in ordinary social intercourse possesses a trait that can obtrude itself upon attention and turn those of us whom he meets away from him, breaking the claim that his other attributes have on us. He possesses a stigma, an undesired differentness from what we had anticipated. We and

those who do not depart negatively from the particular expectations at issue I shall call the normals (1963:69).

Goffman beskriver hvordan personer som på ulike vis avviker fra normalen av andre plasseres i kategorier som det er knyttet spesielle negative forventninger til. Disse forventningene, som for eksempel at en innvandrer er en person som utnytter velferdsstaten uten å bidra til den, tilskrives den stigmatiserte uten at de trenger å stemme overens med virkeligheten og med den stigmatisertes selvopplevelse og identitet. Stigmatisering skaper dermed et gap mellom det Goffman kaller den tilsynelatende sosiale identiteten og den faktiske sosiale identiteten (Goffman 1963:15). Dette gapet gjør sosial samhandling med ukjente svært ubehagelig for den stigmatiserte.

Goffman beskriver ulike strategier for å håndtere stigmatisering, avhengig av hvor mye informasjon den «normale» har om den stigmatiserte. Ettersom en kontroll hos jordmor er en situasjon hvor kvinnene har liten mulighet til ikke å utlevere informasjon om seg selv, er ikke disse strategiene de mest egnede for å forstå Lilas samhandling med jordmødrene. Det som derimot er egnet er skillet mellom normer og avvik. Goffman hevder at når en person opplever å avvike fra en etablert norm er en vanlig løsning å legitimere normen og å akseptere at man selv ikke passer inn i den, og på den måten godta det å bli stigmatisert. En annen vanlig løsning er å ta avstand fra samfunnet som reproducerer normen eller unngå å knytte seg til dette samfunnet (Goffman 1963:12). Jeg bruker dette perspektivet til å se nærmere på Lilas samhandling med jordmødrene.

Lilas boligsituasjon er et klart eksempel på hvordan stigmatisering får store innvirkninger på livene til den som stigmatiseres. Hun beskriver selv hvordan huseiere med publiserte annonser om bolig til leie legger på i det de hører at hun ikke er norsk. Hvis man skal omtale dette i termer av norm og avvik, er normen på leiemarkedet å leie ut til norske leietakere. Å være innvandrer på jakt etter bolig er et avvik fra denne normen. Ettersom Lila nå forsøker å gå gjennom kommunen for å sikre seg bolig, har hun trukket seg tilbake fra samhandling med huseierne som så tydelig stigmatiserer henne.

Å håndtere stigmatisering

Lila velger ikke å svare på om barnefaren kan komme til Norge på turistvisum. Sett med Goffmans øyne, er strategien som Lila benytter den å trekke seg tilbake. Lila har ikke

mulighet til å passe inn i normen for fødsler i Norge (jeg kan ikke vite om hun ønsker å leve opp til den) og avviker fra den. Hun håndterer situasjonen med å trekke seg tilbake fra samhandlingen.

Samtalen mellom Toril og Lila om involvering av barnevernet for å øke utsiktene til å få en bolig kan sees som et uttrykk for samme strategi. Når Toril foreslår dette, får hun ingen reaksjoner fra Lila. På direkte spørsmål om hva hun synes og hvilke tanker hun gjør seg svarer hun bare «Ja» og «vet ikke». En mulig forklaring på at Lila reagerer med apati kan være at innkobling av barnevernet i boligsaken kan oppleves som problematisk for henne. Hun opplever å bli stigmatisert når det gjelder tilgang til bolig og hennes apatiske holdning til Torils spørsmål kan derfor forklares som en strategi for å håndtere dette. I denne situasjonen ser det dermed ut til at Lila tar i bruk den avstandsskapende strategien som et forsvar mot noe som ligger utenfor selve samhandlingssituasjonen på helsestasjonen.

Under en kontroll med en annen kvinne, Hana, bestiller Toril legetime til henne for å måle glukosenivået. Mens Toril forklarer hvordan testen fungerer, og hva Hana skal spise og drikke før testen, spør Hana:

Hana: *Glukose, er det vanlig? Andre mennesker bruker dette eller?*

Toril: *Ja, så da møter du på legekantoret også tar de en blodprøve. Så skal du kjøpe 75 gram druesukker, og blande i vann. (...)*

Hana: *Men alle mennesker bruker sånn ...*

Toril: *Tar en sånn prøve?...eh, nei. Du tar den fordi du fikk et veldig stort barn sist sånn at vi ser at det ikke er svangerskapsdiabetes. For da kan vi passe på deg litt bedre.*

Hana: *Ja*

Hana virker mest opptatt av om måling av glukosenivået var noe alle kvinner måtte gjennom, eller om det var spesielt for henne. Dette kan sees i sammenheng med at det finnes noen tester er spesielt for kvinner med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Alle innvandrerkvinner med land som har høy forekomst av hepatitt B blir bedt om å teste seg for denne sykdommen før de føder. Tester de positivt vil det utløse et sett av prosedyrer under og etter fødselen (Blystad 2010). Hepatitt B-testen skiller altså klart mellom norske kvinner og innvandrerkvinner. Hanas gjentatte spørsmål om glukosetesten er noe alle må ta, kan dermed tolkes som en overfølsomhet for situasjoner som skiller henne fra normen. Da hun til slutt fikk forklaring på

hvorfor hun måtte ta denne testen ble hun mer opptatt av testen i seg selv og hvordan hun skulle gå frem.

Kognitive modeller i svangerskapskontrollen

Jeg har så langt sett nærmere på noen elementer i samhandlingen mellom jordmødrene og Lila, og pekt på noen faktorer som påvirker denne. Jeg har vist at jordmødrene gjør mye for å tilrettelegge for Lila. Lilas opplevelse av å bli stigmatisert ligger i hendelser og faktorer utenfor selve helsestasjonen. På samme måte kan man hevde at jordmødrenes fremhevelse av likhet og underkommunisering av forskjell har med deres bakgrunn i det norske samfunnet å gjøre. Dette er også uavhengig av selve svangerskapskontrollene. En mer nyansert forståelse er derfor nødvendig for å se på hvordan slike utenforliggende faktorer påvirker hva som foregår i samhandlingen mellom jordmødre og innvandrerkvinner som kommer til svangerskapskontroll.

Shores(1996) teori kan bidra til en slik forklaring. Han hevder at kognitive modeller kan oppstå på to måter; gjennom en forenkling og kartlegging av egne erfaringer som blir personlige modeller og ved å tilegne seg kulturelle modeller gjennom sosialisering og tilpassing til et samfunn (Shore 1996:46-52). På den måten åpner teorien for å inkludere informantenes egne opplevelser og erfaringer fra det sosiale rom de beveger seg i. I tillegg tar den høyde for at politiske og andre utenforliggende faktorer samt kulturell bakgrunn også er med på å påvirke samhandlingen mellom jordmødrene og Lila på helsestasjonen. For å benytte dette perspektivet på samhandlingen jeg observerte mellom jordmødre som Toril, Unni og Johanne og kvinner som Lila, Mia og Hana, er det nødvendig å se både på hvordan de opplever og erfarer samhandlingen, men også hvilken ramme de handler innenfor og hvordan denne har påvirket deres måte å tenke på.

Både Lila og Hana kom til Norge som asylsøkere fra Afrikas horn. De ble plassert i asylmottak mens de ventet på å få sine søknader behandlet. Deres virkelighet ble underlagt et politisk system som skilte dem fra resten av befolkningen i Norge og som regulerte deres liv og mulighet til bevegelse på bakgrunn av deres opprinnelsesland og juridiske status. Sosiolog Marko Valenta (2012) har studert asylsøkeres opplevelse og mestring av stigmatisering i Norge. Han har funnet at i samhandling med personer utenfor asylmottaket, er stigmatisering og følelsen av ikke å være akseptert det som plaget asylsøkere mest (ibid. 2012:126). Denne

opplevelsen gjennomsyrrer store deler av asylsøkernes samhandling med nordmenn, noe som kommer frem i denne uttalelsen til en av Valentas informanter:

Jeg må hele tiden tenke på hvordan jeg oppfører meg. Uansett hva jeg gjør, kan det forklares med min kultur. Av og til er denne følelsen så intens at jeg velger å sette meg så fort som mulig bare for å unngå å gå gjennom hele bussen, mens alle stirrer på meg (asylsøker fra Irak) (Valenta 2012:130).

Valenta hevder at opplevelsen av å bli stigmatisert ofte fortsetter etter innvilgelse av asyl og bosetting i en kommune. Dette medfører at få flyktninger klarer å utvikle nære vennskapsforhold med nordmenn (Valenta 2012:130). Lilas historie bekrefter dette, og viser hvordan stigmatisering får stor innvirkning på hennes liv. Stigmatisering legger føringer for hvor hun kan bo og hvordan hun oppfører seg på arbeidsplassen. Hana ser ut til å være spesielt var for å bli skilt ut fra majoriteten når hun gjentatte ganger spør om glukosetesten er noe alle gravide kvinner må ta. Opplevelsen av å bli stigmatisert ser ut til å ha formet hennes tankesett. Slik kan politikk (asylprosessen) og samfunnsliv (stigmatisering på arbeidsplassen og på boligmarkedet) stille kvinnene ovenfor en ekskluderingsprosess som etter flerfoldige gjentakelser internaliseres. Kvinnene danner seg dermed personlige modeller av virkeligheten preget av denne eksklusjonen fra majoriteten.

I samhandling med jordmødrene kan Lila se ut å operere med en slik modell, noe som medfører de atferdsmønstre beskrevet ovenfor i avsnittet om stigmatisering. Hun trekker seg tilbake fra samhandlingen når det blir tydelig at hun skiller seg fra normen om å ha barnefaren med seg under fødselen. At opplevelsen av stigmatisering finnes på de fleste samfunnsarenaer og har blitt en del av en personlig modell, gjør at dette skjer selv om ikke jordmødrenes samhandling med Lila er stigmatiserende. En personlig modell om det norske samfunnet preget av eksklusjon og stigmatisering kan dermed være med å forklare hvorfor Lila ser ut til ha en høy terskel for å kontakte lege når kløen blir verre. (Jeg vil i neste kapittel komme tilbake til andre mulige grunner til dette.) At Lila tar opp temaet på kontrollen med Toril kan være et tegn på at en relativ høy grad av tillit er opparbeidet.

Ved å se svangerskapskontrollene til Lila i sammenheng med Knudsens studier av vietnamesiske flyktninger (Knudsen 1990, Knudsen 1995), tegner det seg en annen mulig forklaring. Knudsen viser til at en medisinsk setting, slik som helsestasjonen, kan gi assosiasjoner til den mistillit flyktninger har opplevd ved å gå gjennom en asylprosess hvor

det stilles spørsmålstegn ved deres livshistorier og motiv. Det å skulle snakke om personlige temaer med helsepersonell, kan for dem oppfattes som nok et tilfelle hvor deres liv skal evalueres for at et passende tiltak skal iverksettes. Selve samtalen om sensitive tema er farlig, ettersom den åpner opp for å gi informasjon som setter egne rettigheter på spill. Å trekke seg unna er dermed et naturlig og strategisk valg (Knudsen 1990:130-131). Slik kan Lilas tilbaketrekking fra samtaler om barnefaren og involvering av barnevernet sees på som en taktikk for å håndtere situasjonen på en strategisk måte.

Som beskrevet i introduksjonskapittelet er jordmødrene underlagt en rekke lover og retningslinjer som regulerer den veiledningen de skal gi til innvandrerkvinnene. Utover dette er de også underlagt retningslinjer som gjelder for alle svangerskapskontroller. De befinner seg i et hierarkisk system hvor de er satt til å utføre politiske og administrative bestemmelser de selv har liten kontroll over og de arbeiderer innenfor en profesjon med en utpreget profesjonsidentitet som medfører forventinger. De utøver rollen som faglig veileder gjennom hele arbeidsdagen. Det er grunn til å tro at den stadige repetisjonen av denne rollen innebærer en internalisering av de forventinger og krav som stilles til dem som former en personlig modell om jordmorrollen.

Jordmødrene er også aktive deltakere i det norske samfunn. Avsnittene om likhet ovenfor viser at sentrale verdier og samhandlingsformer som er typisk for det norske samfunnet også er å finne igjen i jordmor Torils atferdsmønster. Det å benytte seg av en samhandlingsstrategi som fremhever likhet og underkommuniserer forskjell er, ifølge Gullestad (1989), et trekk ved det norske samfunnet og dermed noe som jordmødrene, som er oppvokst i Norge, har observert og tilegnet seg over lang tid. Med Shores terminologi kan vi snakke om en kulturell modell hvor likhet spiller en sentral rolle for sosiale koder og samhandlingsstrategier.

Likeverdige tjenester – ulik behandling

Jordmor Toril viser gjennom samhandlingen med Lila at hun tilpasser informasjonen og kommunikasjonen til hennes situasjon. Hun benytter seg av visuelle virkemidler for å forsikre seg om at informasjonen når frem. Hun kaller inn tolk og hun bruker kontrollene til å snakke om de temaene som er viktigst for Lila selv, som for eksempel boligsituasjonen hennes. Toril har med andre ord plassert Lila i en annen kategori enn andre kvinner som kommer til kontroll hos henne for å kunne hjelpe henne på best mulig vis, og å tilpasse veiledningen til hennes behov, slik retningslinjene krever. De noe ubehagelige samtalene om barnefarens

tilstedeværelse under fødselen vitner likevel om en vanskelig håndtering av de forskjellene som skiller Lila fra norske kvinnene som kommer til kontroll. Samtidig anser Toril Lila som lik nok til å gå ut i fra at barnefarens deltakelse både er ønskelig for Lila selv, samt mulig å oppnå slik som det er for de fleste norske kvinner. På samme måte ser hun ut til å anta at Lila vil kontakte lege eller kvinneklinikken dersom kløen på kroppen skulle forverres. Til tross for å ha kategorisert Lila som ulik, i den forstand at hun trenger ekstra tett oppfølging og et tilpasset helsetilbud, fortsetter Toril å overkommunisere en likhet som står i kontrast til denne kategoriseringen.

Torils kategorisering av Lila peker på et kjent paradoks. For å kunne oppfylle kravet om å tilby et likeverdig helsetilbud, er det nødvendig med ulik behandling. I *Stortingsmelding nr. 20 (2006-2007)* slås det fast at «*Helse- og omsorgstjenestene skal være likeverdige med hensyn til både tilgjengelighet, bruk og resultat*» (St. meld. nr. 20 (2006-2007):57). Nettopp det at resultat er inkludert i denne målsettingen, gjør at ulik behandling er nødvendig. For å oppnå et likeverdig resultat, som for eksempel et trygt svangerskap og en trygg fødsel og barseltid for alle, er det nødvendig å behandle de som benytter seg av tjenesten ulikt for slik å legge til rette for individuelle forutsetninger og behov. Jordmødrene som møter Lila på svangerskapskontroll gjør nettopp dette. De behandler Lila ulikt andre gravide som kommer til kontroll fordi de ser at hun har andre behov og er bevisste sitt ansvar om å yte helse- og omsorgstjenester tilpasset den enkeltes forutsetninger og behov.

Gullestad mener at likeverd i Norge ofte operasjonaliseres som likhet. Hun sier blant annet at: «*Hos oss er likeverd mer eller mindre synonymt med likhet. Dette betyr at det i mange sosiale situasjoner kan være problematisk å håndtere forskjeller*» (1989:116). For nettopp å håndtere forskjeller og legge til rette for individuelle forutsetninger og behov, er det nødvendig med god kunnskap om kvinnen som kommer til kontroll. Når det gjelder boligsituasjon og språkbeherskelse har jordmødrene slik kunnskap om Lila og tilpasser dermed svangerskapskontrollen deretter. De gangene samhandlingen mellom jordmødrene og Lila er mer problematisk, har jordmødrene mindre informasjon tilgjengelig. Toril ser ikke ut til å ha nok informasjon om barnefarens reelle mulighet til å komme til Norge for å være til stede under fødselen. På samme måte kan hun se ut til ikke å ha nok informasjon om Lilas terskel for å ta kontakt med lege. For å kunne tilpasse svangerskapskontrollen til Lilas behov og forutsetninger, er god informasjon og kommunikasjon med Lila helt nødvendig.

Oppsummering

Jeg har i dette kapitlet tatt utgangspunkt i historien om Lila og de observasjoner jeg gjorde da jeg var til stede på hennes svangerskapskontroller hos jordmor. Jeg har vist hvordan jordmødrene tilpasser kommunikasjonen til innvandrerkvinnenes behov, men også pekt på situasjoner hvor samhandlingene mellom Lila og jordmødrene er mer problematisk. Jeg har sett nærmere på noen elementer ved å trekke inn Gullestads (1989) tanker om en samhandlingsstrategi som fremhever likhet i det norske samfunnet og Goffmans (1963) ideer om strategier for å håndtere stigmatisering. Til sist har jeg forsøkt å vise hvordan kulturelle og personlige modeller (Shore 1996) kan brukes som et teoretisk rammeverk for å se på hvordan politiske faktorer så vel som personlige erfaringer påvirker adferdsmønstre og samhandling. Gjennom denne analysen har det blitt tydelig at likeverdige tjenester krever ulik behandling. Dette er et paradoks som noen ganger kan være vanskelig å håndtere.

5 – MEDVIRKNING OG SELEKSJON

Innledning

Dette kapittelet innledes med et eksempel fra en svangerskapskontroll hvor fødsel er tema. Med dette som utgangspunkt vil jeg se nærmere på jordmors rolle som veileder og fokusere på råd om valg av fødeavdeling. Videre vil jeg argumentere for at innvandrerkvinner ofte befinner seg i en særstilling når det gjelder veiledning fra jordmor ettersom de kan være uten familie og sosialt nettverk med relevant kunnskap i Norge. Jeg vil se nærmere på hvordan tillit til eksperter, og mangel på tiltro til egen kunnskap spiller inn på veiledningssituasjonen. Til sist vil jeg se på hvordan innvandrerkvinnenes mangel på tiltro til egne vurderinger kan ha sitt utspring i en erfaring av ikke å dele nok kunnskap med andre deltakere i det norske samfunnet.

Kalilas fødselsforberedelse

Kalila har to barn fra før på ti og tolv år. De ble begge født på et privat sykehus i Palestina. Da jordmor Unni spør hvor lang tid fødselen tok svarer Kalila at den første fødselen tok en natt og en dag. Hun forteller at vannet gikk da hun skulle legge seg en kveld, og at hun dro da til sykehuset. Med henne på sykehuset var en svigerinne som arbeidet med salg av legemidler og derfor var en person som kunne hjelpe henne å få rett behandling. På sykehuset ble barnet født først klokken åtte om kvelden dagen etter vannet hadde gått. Noen timer før dette hadde Kalila fått en sprøyte for å sette i gang fødselen. Jordmor Unni spør Kalila om når selve fødselen begynte og Kalila virker usikker. Hun gjentar at vannet gikk da hun skulle legge seg en kveld.

Unni forklarer at det hun mener er starten på en fødsel er å få jevnlig rier. Hun forklarer videre at når det er mellom syv og ti minutter mellom riene må Kalila ringe til Kvinneklinikken. Kalila svarer at hun ikke vet hva rier er og derfor ikke hvordan hun skal måle tiden mellom dem. Dette ble ikke gjort ved hennes tidligere fødsler. Unni forklarer derfor hva det er og hvorfor og hvordan man skal måle tiden mellom dem. I denne forklaringen flettes også informasjon om når man skal ringe til kvinneklinikken og hvordan man bør ordlegge seg når man snakker med dem på telefonen.

Unni går så videre til å forklare forskjellen mellom avdelingene på kvinneklinikken ved Haukeland Sykehus: Storken og Føden. Storken beskrives som et sted for friske kvinner, for kvinner slik som Kalila som ikke har hatt komplikasjoner under svangerskapet. Hun bruker lang tid på å beskrive Storken og forklarer at der er det badekar man kan ligge i mens man har rier, og dobbeltsenger man kan føde i. Rommet er koseligere enn på Føden. Unni forteller at på Storken kan man ikke få smertelindring i form av epidural og spinal, men man kan få alternative typer smertelindring, som akupunktur. Hun forteller også at på Storken har de hjelpemidler, som for eksempel sakkosekker, slik at man kan føde i forskjellige stillinger. Kalila ser litt rart på Unni og Unni forstår at dette med fødestillinger ikke var helt som forventet. Da dobbeltsengen blir nevnt sperrer Kalila opp øynene. Jordmor Unni går derfor over til å beskrive ulike stillinger å føde i. Kalila virker forbløffet når hun forstår at det ikke er uvanlig å føde i knestående lent over en sakkosekk. Hun sier ingenting, men fra Kalilas ansiktsuttrykk virker det betryggende å høre at dette er helt frivillig.

For å følge opp dette tema begynner Unni å snakke mer spesifikt om hvordan barnet beveger seg under fødselen. Hun forklarer hvordan ulike fødestillinger hjelper barnet ut og gjør fødselen lettere. Hun finner frem et stort hefte som ligner en kalender. Hftet inneholder plakater med bilder av hvordan fosteret ligger i ulike stadier av svangerskapet og fødselen. Kalila virker veldig interessert i å få vite mer om dette og jordmor viser henne da alle plakatene.

Unni spør så om smertelindring. Dette virker som et uventet spørsmål for Kalila. Hun tror ikke hun fikk smertelindring ved sine tidligere fødsler, men hun vet egentlig ikke. Hun forteller at svigerinnen som var med under fødselen og tok alle bestemmelsene for henne underveis:

I mitt hjemland er alt veldig annerledes. Der er det ikke så vanlig at den som føder vet så mye. Det er andre som bestemmer. Jeg tror at her er det mer vanlig den som føder må få informasjon. I mitt hjemland kan man enten føde hjemme, på et offentlig sykehus eller på et privat sykehus. Jeg fødte på et privat sykehus. Der får man ikke vite så mye. Det er andre som bestemmer. Jeg bare fødte.

Jordmor fortsetter så å fortelle om smertelindring. Hun legger tydelig vekt på de alternative formene for smertelindring som blir tilbudt på Storken. Hun kaller disse for naturlig smertelindring. Hun informerer også om bruk av bedøvelser som epidural og spinal som er tilgjengelig på Føden. Hun sier blant annet at dersom man får epidural kan man ikke spise underveis.

Kontrollen avsluttes med følgende samtale:

Unni: *Skal din mann være med deg under fødselen?*

Kalila: *Nei. Jeg skal ha med en venninne i stedet. Min mann tåler ikke å være med. I mitt hjemland er det ikke vanlig at menn blir med under fødselen. Jeg vil ikke ha ham med for han tåler det ikke. Det er bedre å ha med min venninne.*

Om valg av fødeavdeling

I Norge er fødetilbudet delt inn i tre nivåer: kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue. Disse tre nivåene er rangert etter grad av tilgjengelig kompetanse og medisinsk beredskap hvor fødestuen er rangert lavest og kvinneklinikken høyest (Helsenorge 2014). Kalila skulle føde på kvinneklinikken ved Haukeland sykehus i Bergen. Denne kvinneklinikken har en fødeseksjon som er delt inn i tre: Føde 1 og Føde 2 er vanlige fødeavdelinger og blir på folkemunne omtalt med fellesbetegnelsen «Føden». Storken er en jordmorstyrt fødeseksjon hvor medisinsk utstyr er ryddet bort og forholdene lagt til rette for at fødselen skal bli så «naturlig» som mulig. På Storkens nettsider står det at:

Storken er eit tilbod til friske fødande med ukompliserte svangerskap. Under fødselen vil du bli tatt vare på av jordmødre som støttar deg og har fokus på å fremje den normale fødselsprosessen (Helse Bergen Haukeland Universitetssjukehus 2015a).

På Storken er det ikke mulig å få medisinsk smertelindring. Rommene på selve fødestuen har egne bad med badekar hvor fødekvinnen kan ligge under åpningsfasen. Den tradisjonelle sykehussengen er byttet ut med en dobbeltseng og hjelpemidler som sakkosekk og prekestol er tilgjengelige. Ettersom fødekvinnen ikke er bundet til sengen av tekniske apparater for å overvåke mor og barn, er hun fri til å bevege seg og endre stilling underveis. Man kan bare føde på Storken dersom det ikke finnes mistanker om at komplikasjoner kan oppstå under fødselen.

Dersom det finnes slike mistanker blir man på Haukeland sykehus henvist til Føde 1 eller Føde 2. På nettsidene skriver Føde 1 at:

Vi gir fødselshjelp ved ukompliserte fødsler og ved fødsler som krev ekstra oppfølging, overvaking og behandling.(...). Derfor er vi utstyrt, organisert og bemanna til å ta vare på deg som skal gjennom ein fødsel med auka risiko. Fødeavdelinga har ei eiga operasjonsstove på avdelinga. I tillegg har vi åtte fødestover med avansert medisinsk-teknisk utstyr (Helse Bergen Haukeland Universitetssjukehus 2015b).

Føde 1 og Føde 2 er like med hensyn til bruk av teknologi og tilgang til smertelindring. Dersom svangerskapet har vært normalt, står fødekvinnen i utgangspunktet fri til å bestemme om hun vil føde på Storken eller Føden (Føde 1 og Føde 2). Når hun får rier og ringer til kvinneklinikken for å si ifra om at hun kommer inn, skal hun be om å få komme til den avdelingen hun ønsker. Dersom det er kapasitet, skal hun få ønsket sitt oppfylt. Det er i forbindelse med dette valget at Unni veileder Kalila.

Medvirkning og seleksjon

At den gravide kvinnen skal inkluderes i beslutningsprosesser er et av Verdens helseorganisasjons (WHO) ti verdier og prinsipper for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet 2005a) I Helsedirektoratets *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen* fremheves jordmor og leges rolle som veileder for gravide kvinner:

Svangerskapskontrollen er ikke prinsipielt forskjellig fra andre konsultasjoner i primærhelsetjenesten. Men kontrollene – særlig det første møtet – har noen særpreget som er utfordrende for jordmor eller lege: Du [jordmor eller lege] skal gi en masse informasjon, blant annet slik at kvinnen kan treffe en rekke informerte beslutninger om prøver og undersøkelser (Helsedirektoratet 2005a:13).

Det samme dokumentet gir retningslinjer om hvordan jordmødre skal utføre det som kalles en *seleksjon*. Dette begrepet benyttes for å beskrive en risikovurdering av den gravide og fosteret for å sørge for at fødselen finner sted på et sted med nødvendig medisinsk utstyr, kompetanse og beredskap. I rapporten *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten* sier helsedirektoratet at: «Svangerskapsomsorgen i kommunehelsetjenesten er i første rekke ansvarlig for seleksjon til det differensierte fødetilbudet» (2005b:46). Bruken av begrepet seleksjon i stedet for alternativer som veiledning eller rådgivning står i kontrast til prinsippet om kvinnes deltakelse i beslutningsprosessen. Denne formuleringen gjør det klart at det er helsepersonellens, og ikke den gravide kvinnens, ansvar å sørge for at fødselen foregår på en avdeling med tilstrekkelig utstyr og kompetanse. Det er bare når det ikke finnes forhold som tilsier at en kvinne burde

føde på et fødested med spesiell kompetanse, at kvinnen kan velge fritt. Situasjonen hvor Unni veileder Kalilas om hvilken fødeavdeling hun bør føde på, befinner seg i skjæringspunktet mellom disse; kvinnens rett til medbestemmelse på den ene siden, og jordmors ansvar for fødested på den andre.

En jordmors syn på valg av fødeavdeling

Etter en svangerskapskontroll hvor valg av fødeavdeling hadde vært tema fikk jeg anledning til å snakke med jordmor Johanne om hennes tanker rundt denne veiledningen:

Johanne: Grunnlaget kvinnene eller familiene har for å ta et valg om hva de foretrekker er jo mindre hos disse kvinnene enn hos norske kvinner. Men samtidig stiller disse kvinnen uten fordommer og skrekkehistorier fra mediene som de norske kvinnene ofte stiller med. Vi er veldig klar over at hva vi forteller kvinnene om de to avdelingene i veldig stor grad, eller kanskje alltid, påvirker det valget de tar. Det er noe vi må ha i tankene hele tiden slik at ikke bare våre egne tanker om stedene virker inn. Det er en skjønnsvurdering. Hvis en kvinne er frisk eller jeg ikke ser noen faresignal i det hele tatt vil jeg fortelle henne om begge avdelinger [Storken og Føden (Føde 1 og Føde 2)], men jeg anbefaler henne å velge Storken. Som oftest vil kvinnen høre på min anbefaling og be om å få komme til Storken når hun ringer til KK. Men selv om jeg liker Storken og deres måte å arbeide på, er det ikke slik at jeg alltid henviser folk til Storken. Det er alltid en skjønnsvurdering.

Jeg kan ta et eksempel. For noen år siden hadde jeg en tyrkisk kvinne til kontroll. Hun var 40 pluss år og veldig liten og tynn. Hun var gift med en stor og kraftig norsk mann. Sjansen er stor for at barnet er så stort at det ikke kan komme gjennom kvinnens bekken. I tillegg til dette merket jeg på undersøkelsen at hodet til barnet ikke hadde festet seg. Det var det vi kaller høyt og bevegelig. Dette er ting de [ansatte på kvinneklinikken] ikke spør om før de plasserer en kvinne enten på Føden eller Storken. Jeg sa til kvinnen at hun måtte si til dem at hun absolutt ville på Føden når hun ringte til KK. Andre hadde kanskje gjort en annen vurdering, men jeg syns det var viktig. Spesielt siden jeg vet at kvinnen sannsynligvis gjør det jeg anbefaler henne å gjøre.

Johanne forklarer videre at det ikke er en direkte kommunikasjon mellom jordmødrene og kvinneklinikken om hvor en kvinne bør føde. All kommunikasjon med kvinneklinikken skal

gå gjennom meldeskjema for gravide som kvinnen alltid har med seg til kontroll og som hun skal ha med seg til KK når hun skal føde:

Vi har dessverre ikke alltid nok tid til å bli godt nok kjent med kvinnen til å kunne si med sikkerhet hvilken avdeling hun burde legges inn på når hun føder. Det er heller ikke alltid at våre vurderinger som vi skriver ned på meldeskjema blir tillagt nok vekt.

Intervjuet med jordmor Johanne viser en høy grad av bevissthet rundt veiledning av innvandrerkvinner. Johanne viser også at hun tar sitt faglige ansvar på alvor og ønsker at kvinnene skal føde på et forsvarlig og sikkert fødested. På den måten kombinerer hun rollen som veileder og tilrettelegger for kvinnenens medvirkning, samtidig som hun foretar en seleksjon av kvinner som har større risiko for komplikasjoner. Med utsagnet «Jeg sa til kvinnen at hun måtte si til dem at hun absolutt ville på Føden når hun ringte til KK» viser Johanne at det faglige ansvaret kan veie sterkere enn rollen som veileder. Men når det ikke finnes tegn til risikofaktorer og kvinnen i utgangspunktet fritt skal kunne ta et informert valg om fødeavdeling, er jordmor tydelig i sin anbefaling om å velge Storken. Jeg vil videre argumentere for hvorfor en anbefaling kan virke enda sterkere for innvandrerkvinner som kommer til svangerskapskontroll enn for norske kvinner.

Ekspertise og tillit på svangerskapskontrollen

Uavhengig av hvor mye kvinnenens rett til medbestemmelse og jordmors rolle som veileder fremheves, vil samhandlingen alltid være preget av en ulikhet i autoritet, rang og kunnskap. Sosiolog Anthony Giddens hevder i *Modernitetens konsekvenser* at et moderne samfunn blant annet kjennetegnes av at sosial handling løftes ut av lokale sammenhenger (1994:51). Samhandlingen mellom jordmor og en gravid kvinne kan betraktes som et eksempel på dette. Til tross for at de to partene ved første konsultasjon ikke har truffet hverandre før, foregår samtalen om personlige og intime temaer som vanligvis vil finne sted blant nære venner eller familiemedlemmer. På den måten er den løftet ut av det Giddens kaller en lokal sammenheng og satt inn i helsestasjonen som en del av det han kaller et abstrakt system eller et ekspertsystem. Han spør seg videre hvorfor mennesker har tillitt til disse systemene. Setter vi dette spørsmålet inn i svangerskapskontrollen som kontekst, kan vi spørre oss om hvorfor kvinner forteller om seg selv og følger jordmødrenes råd, til tross for at de befinner seg i en ukjent situasjon og har lite egen kunnskap om tema som diskuteres. Antropolog og psykiater Arthur Kleinman peker på at helsevesenet i moderne samfunn, ser ut til å ta over for andre system, som familien eller religionen på mange områder (1980:40). At samtaler om

seksualitet, fertilitet, svangerskap og familie finner sted på en helsestasjon med autorisert helsepersonell i stedet for å finne sted i hjemmet, er eksempler på dette.

Jordmors rolle som autorisert helsepersonell gir henne i samhandling med gravide kvinner status som ekspert. Giddens skriver at:

Videnskapen har således længe opretholdt et billede af viden som pålidelig, hvilket har ført til en respekt for næsten alle former for teknisk specialviden. Samtidig har almindelige mennesker dog typisk en ambivalent indstilling til videnskab og teknisk viden generelt. Denne ambivalensen er central i alle tillidsrelationer, hvad enten det drejer sig om tillid til abstrakte systemer eller til individer. Tillid er nemlig kun påkrævet i situationer, hvor der eksisterer uvidenhed – i forhold til enten de tekniske eksperteres viden, eller tanker og intentioner hos nære venner, som man stoler på (Giddens 1994:80).

Giddens poengterer at jo mindre man vet om et tema, jo større tillit til eksperter er man tilbøyelig til å ha. Jordmor, med sin helsefaglige utdanning og autorisasjon, er i høyeste grad å anse som en ekspert i samhandling med gravide kvinner. Kvinnenes manglende kunnskap om de ulike fødeavdelingene vil gjøre henne mer tilbøyelig til å ha tillit til jordmor og følge hennes råd. Dette gjelder både råd om fødested og om andre aspekter knyttet til svangerskapet som for eksempel kosthold og mosjon. Fra Giddens ståsted kan man si at en førstegangsfødende, vil ha mer tillit til jordmor, og det er dermed større sannsynlighet for at de vil følge hennes råd.

Kunnskap er sosialt distribuert og kan tilegnes på flere måter. Kvinneklinikken på Haukeland sykehus blir jevnlig omtalt i media⁶. Dersom kvinnene har fulgt med i det lokale mediebildet en stund, vil de allerede ha en del kunnskap om hvilke fødesteder som er aktuelle. Den viktigste kilden til informasjon om forskjellen på de ulike fødestedene på sykehuset er venner og kjente som har fått barn i Norge. Giddens hevder at tillit til eksperter avtar dersom man har kunnskap om nære venners tanker og intensjoner om et tema. Av dette følger det at jo lenger en kvinne har bodd i Bergensområdet og jo flere kvinner hun kjenner som også har fått barn her, jo mindre behov har hun for å lytte til jordmors råd om valg av fødeavdeling. For slike

⁶ Noen eksempler: "Nå tror hun KK er på rett vei" (Aarøy 2014), "Gi oss en bedre journalistikk" (Lund 2014).

kvinner blir jordmors råd noe som kan vurderes opp imot sin egen kunnskap for deretter å ta et valg. For kvinner som ikke har bodd lenge i Bergensområdet, som ikke har fulgt med i lokale media og som ikke har mange venner eller kjente som har fått barn i Norge, blir jordmor en ekspert de må ha tillit til. Sjansen er større for at de følger jordmors råd uten i samme grad å vurdere og å sammenligne med annen informasjon.

Mange innvandrerkvinner i Norge er i denne posisjonen. Kalila har født to barn i et helsesystem som i liten grad ligner det norske. Hennes informasjonsgrunnlag for å velge fødeavdeling kan dermed ikke basere seg på erfaringer fra tidligere fødsler. Det spørrende ansiktsuttrykket når jordmor Unni forteller om fødetilbudet tyder på at hun heller ikke har tilegnet seg informasjon om Storken fra venner og kjente som har fått barn der tidligere. Følger man Giddens sin argumentasjon vil Kalilas manglende erfaring og kunnskap omkring fødsler i Norge gjøre henne mer tilbøyelig til å følge Unnis råd.

Ekspertise, tillit og veiledning når familien ikke er til stede

De fleste kvinnene jeg fulgte gjennom feltarbeidet var kommet til Norge uten familie. Mange løftet selv dette frem som det vanskeligste med å få barn her. Savnet etter familie, og spesielt etter mor, kom ofte frem i samtaler. Flere kvinner uttrykte at det å ha familien rundt seg ikke bare var et emosjonelt ønske, men også et praktisk behov. De av informantene som var alene om barnet sitt savnet å kunne dele ansvaret for barnet med flere voksne mennesker, og de fleste uttrykte et behov for å ha noen spørre om råd om hvordan ta vare på barnet.

Som nevnt i kapittel 3 er det flere ting Hewit synes er overraskende med informasjonen hun får på helsestasjonen. For eksempel synes hun det var veldig rart da hun ble frarådet å gi datteren sin kumelk. Hun sier at:

I hjemlandet mitt drikker barna kumelk fra de er veldig små. Noen ganger, hvis mammaen ikke har melk får barnet bare kumelk fra det er nyfødt. De er friske barn.

Her er det ikke lov med kumelk før barnet er minst ett år.

Likevel hører Hewit på rådene fra helsestasjonen og følger dem. Hun stoler på at det de forteller henne er korrekt, selv om det strider imot det hun er vant med fra egen oppvekst. Dette har blant annet sammenheng med at Hewit ikke har mange andre å diskutere slike ting med:

Når jeg lurer på noe om Zuhan spør jeg Frewini [den etiopiske venninnen på samme asylmottak] men hvis hun ikke vet spør jeg helsestasjonen. De vet. Hvis ikke vet jeg ikke hvem jeg skal spørre.

Det er tydelig at Hewit etterlyser kilder til informasjon. Hun benytter seg av sitt eget nettverk i Norge når hun lurer på noe om datteren. Det at hun spør Frewini om råd vitner om dette. Men i mangel på nær familie å spørre om råd, får helsestasjonen en svært viktig rolle i Hewits opplevelse av og erfaringer med å bli mor. Giddens mener at tillit til et abstrakt system, som for eksempel helsevesenet, eller til eksperter, som for eksempel jordmor, er nødvendig når man i utgangspunktet har mangel på kunnskap. Det å bli mor er i seg selv en situasjon preget av usikkerhet, og i mangel på andre kilder til kunnskap, viser derfor Hewit stor tillit til helsestasjonen.

Sosialantropolog Berit Viken gjorde i 2004 en undersøkelse blant flyktninger med små barn for å se på hvordan det er å være mødre i et nytt land. Også hennes informanter uttrykte fraværet av egen familie som problematisk. I tillegg til dette savnet de et sosialt nettverk utover egen familie. En av informantene til Viken uttrykte at: «*I Vietnam, når du har fire barn er det alltid noen som passer dem, bestemor, tanter og andre. Her i Norge er det bare foreldrene*» (Viken 2004:26). I en av samtalene mine med Alba uttrykte hun at dette var den største forskjellen på å få barn i Norge og å få barn i Etiopia:

I Norge blir barnet født med mange rettigheter, helsepersonellet vet hva som er bra for barnet og jeg får de pengene jeg trenger. Slik er det ikke i Etiopia. Der har man kanskje ingen penger, men det er mange mennesker som hjelper til med barnet og med alt det andre. Derfor får folk i Etiopia mange barn, selv om de ikke har noen penger.

Mangelen på et sosialt nettverk, med den emosjonelle så vel som praktiske trygghet det medfører, ser med andre ord ut til å være vanlig blant innvandrerkvinner som får barn i Norge.

Norske venner - norske eksperter?

Viken fant i sin studie at det var svært få av mødrene som hadde norske venner. Som antydnet i forrige kapittel kan dette ha sammenheng med opplevelsen av å bli stigmatisert (Valenta 2012). Flere av mødrene Viken intervjuet uttrykte at de gjerne skulle hatt norske venner. En av informantene hennes fortalte at: «*Det er vanskelig å bli kjent med nordmenn. Det er veldig forskjellig fra mitt land. Der snakker vi med alle. Vi er mer åpne. Når jeg gikk på jobben*

hjemme, hilste jeg på alle» (Viken 2004:27). Flere av mine egne informanter delte dette synet. Noen av dem uttrykte at grunnen til at de hadde takket ja til å snakke med meg var at de gjerne ville bli kjent med flere nordmenn.

Mangel på norske venner og bekjente kan føre til et ekstra usikkerhetsmoment for kvinnene som venter barn eller nylig har blitt mødre. Det å inngå i et nettverk har en viktig sosialiserende og inkluderende dimensjon, og noen av informantene virket bevisste på dette. Noen ganger opplevde jeg at informantene tillå mine ord særlig vekt fordi jeg var norsk. Under en middag hos Hewit hvor flere amharisktalende personer var til stede fortalte Frewini meg at datteren hadde fått utslett. Jeg spurte om det var allergi, noe Lana hadde hatt før, men hun forklarte at det var vannkopper. Samtalen skled fort over på amharisk. Men, etter en stund så Hewit på meg og sa:

Hewit: *Er det ikke farlig?*

Marte: *Jeg tror ikke vannkopper er farlig, men det er veldig ubehagelig. Jeg tror vannkopper bare er farlig hvis man får det som voksen. Spesielt hvis man er gravid. Men jeg vet ikke så mye om dette.*

Hewit: *Ok.*

Marte til Frewini: *Har dere vært til legen med Lana?*

Frewini: *Nei*

Samtalen fløt så over på amharisk igjen. Frewini pekte oppover armene sine som for å vise hvor vannkoppene var. Shana, som var den av kvinnene som snakket best norsk, vendte seg mot meg:

Shana: *Synes du de bør gå til legen?* (Resten ble stille som for å høre hva jeg svarte)

Marte: *Jeg vet ikke. Jeg tror ikke du kan få medisiner mot vannkopper, men jeg tror du for eksempel kan få noe mot feber eller lignende.*

Shana: *Ja. For hun spiser nesten ingenting nå når hun er syk. Hun har ikke lyst på mat.*

Marte: *Jeg vet egentlig ikke... Kanskje de kan gå til legen, om ikke annet for at legen skal se henne og skrive ned hvordan hun har det. Hvis hun om noen dager ikke er bedre kan legen se at det har vart en stund og hvis hun fremdeles ikke spiser kan han gjøre noe med det. For eksempel legge henne inn på sykehus.*

Shana: *Ja*

At førstegangsmødre opplever usikkerhet når barna deres blir syke er ikke uvanlig. Det bemerkelsesverdige i denne situasjonen er at kvinnene spør meg til råds om hva Frewini burde gjøre med sin syke datter. Jeg ble etter hvert godt kjent med Frewini og hun visste godt at jeg verken hadde barn eller helsefaglig bakgrunn. I spørsmål om hvordan ta vare på et barn, var hun langt mer erfaren enn meg. Likevel spurte hun via venninnene sine med stor interesse om hvordan jeg mente at hun burde handle.

En mulig forklaring på dette er at kvinnene er usikre på normene og de sosiale kodene knyttet til det å gå til legen i Norge. Avgjørelsen om å kontakte lege påvirkes av langt flere faktorer enn biologiske symptom eller plager (Helman 1994:132-134). Sosiologen Irving K. Zola (1973) har vist at det å kontakte lege blant annet avhenger av at en tolker et symptom som indikasjon på sykdom. Dersom symptomet er svært utbredt i en sosial gruppe, er sannsynligheten mindre for at de oppfattes som unormale, selv om de er ubehagelig eller smertefulle. En annen grunn til at noen ikke oppsøker lege er, ifølge Zola, usikkerhet om hvorvidt det en opplever som et symptom på sykdom også oppfattes slik av resten av samfunnet. Dersom dette ikke er tilfellet, vil man ikke oppnå sympati på legekantoret, og behandling blir kanskje ikke iverksatt, noe som kan gjøre legebesøket både ubehagelig og meningsløst (ibid. 1973). Det trenger med andre ord ikke å dreie seg om usikkerhet knyttet til selve symptomene, men heller en usikkerhet knyttet til hvilke reaksjoner man vil bli møtt med hos legen. Frewini er allerede klar over at det er vannkopper datteren har. Hun er med andre ord ikke usikker på symptomene. Spørsmålet om hun bør gå til legen kan tolkes som et spørsmål om hvorvidt dette er noe man går til legen med i Norge, altså om hvilke reaksjoner hun vil bli møtt med på legekantoret.

I forrige kapittel beskrev jeg hvordan Toril og Lila ser ut til å ha ulik oppfatning om hva det vil si at en tilstand forverres slik at man skal kontakte legen. Spørsmålet om Frewini burde gå til legen med datteren kan tolkes som et eksempel på det samme. Fra et slikt perspektiv rettes spørsmålet om legebesøk til meg som nordmann, som person med kunnskap om sosiale koder og normer som Frewini ikke selv mener hun har. Det er min kjennskap til det norske samfunnet Frewini er interessert i, ikke mine (manglende) helsefaglige kunnskaper.

Dette eksempelet viser at innvandrerkvinner noen ganger sitter med en dobbel usikkerhet. I tillegg til den tvil alle førstegangsførelde går gjennom når det gjelder barns helse og velvære,

er innvandrerkvinner også usikre på sin kunnskap om det norske samfunnet. Dette gjør dem mer mottakelige for påvirkning fra jordmødre, som både er helsefaglige eksperter, og eksperter på det norske samfunnet. Jeg vil i det følgende se nærmere på hvor denne usikkerheten kommer fra.

Kunnskap og delte virkeligheter

I *The social construction of reality* (Berger og Luckmann 1971) viser forfatterne hvordan den sosiale virkeligheten skapes ved at medlemmer i et samfunn deler en viss mengde kunnskap. Gjennom sosialisering får man kunnskap og erfaringer som gjør at man blir i stand til å kategorisere og typifisere mennesker og handlinger. Dette påvirker igjen hvordan man selv handler innenfor den felles konstruerte virkeligheten. Berger og Luckmann skriver at:

Participation in the social stock of knowledge thus permits the "location" of individuals in society and the "handling of them" in the appropriate manner. This is not possible for one who does not participate in this knowledge, such as a foreigner (...)(ibid. 1971:56).

Berger og Luckmann hevder med andre ord at det kan være vanskelig å vite hvordan man skal forholde seg til andre mennesker hvis man ikke deler en stor nok del av en felles kunnskap om sosiale posisjoner, relasjoner og koder for samhandling. Denne felles kunnskapen danner det Berger og Luckmann kaller en sosialt konstruert virkelighet. Hvis dette er tilfellet for Frewini, kan hennes spørsmål om hvorvidt datteren burde undersøkes av en lege tolkes som et uttrykk for mangel på tilgang til den delte kunnskapen om når det forventes at man kontakter lege. Også helsevesenet kan sees på som en sosialt konstruert virkelighet med definerte sosiale roller og spilleregler hvor forhandlinger om status og posisjon finner sted (Kleinman 1980:35-36). Dersom Frewini ikke har tilgang til den delte kunnskapen som danner grunnlag for den sosialt konstruerte virkeligheten, står hun på utsiden av den.

Dette får frem et viktig aspekt ved kunnskap; den er sosialt distribuert og bærer meg seg et maktaspekt. Dersom man har tilgang til felles kunnskap har man alle muligheter åpne til å handle innenfor den sosialt konstruerte virkeligheten ut i fra et godt informasjonsgrunnlag. Dersom man ikke har tilgang til denne kunnskapen, er man prisgitt råd fra og tillit til andre som er det. Likevel vil jeg hevde at Frewini ikke mangler den nødvendige kunnskapen. Hun har bodd flere år i Norge og har hatt jevnlig kontakt med både lege og helsestasjon gjennom svangerskap og i småbarnsperioden. Det finnes liten grunn til å tro at hun ikke har nok kunnskap om det norske helsevesenet til å kunne danne seg et bilde av hvilke reaksjoner hun

vil bli møtt med hos legen hvis hun tar med datteren sin dit. Etter å ha gått gjennom et svangerskap, en fødsel som endte i keisersnitt og lang oppfølging knyttet til komplikasjoner med keisersnittsåret, har Frewini trolig et stort erfaringsgrunnlag hva gjelder kontakt med norske leger. Det er mer nærliggende å tenke at det kan dreie seg om mangel på tiltro til egen kunnskap som er grunnen til tvil om dette spørsmålet.

I kapittel 3 ble en mer utfyllende historie om Frewini fortalt og jeg argumenterte for at erfaringer er med på å forme og å danne personlige modeller. Frewinis akutte keisersnitt med påfølgende komplikasjoner har gitt henne negative erfaringer med helsevesenet. Hun nevner også flere ganger at hun føler at hun ikke får tilstrekkelig informasjon. Dette kan påvirke hennes terskel for å kontakte helsevesenet på flere måter. For det første kan det skape en eksplisitt mistillit til hvorvidt helsevesenet kan/vil hjelpe henne i det hele tatt. For det andre kan de negative erfaringene ha formet personlige modeller på en slik måte at de påvirker måten hun forholder seg til helsevesenet. Denne forklaringen kan også utvides til å inkludere alle hennes møter med offentlige instanser i Norge. Frewini har ved flere anledninger forsøkt å henvende seg til ulike offentlige instanser for å forbedre sin boligsituasjon. Gjentatte ganger har henvendelsene blitt avslått med beskjed om å vente på å få tildelt en bosettingskommune. Slike gjentatte avvisninger kan også ha formet de personlige modeller Frewini har dannet seg om offentlige instanser i Norge og blitt internalisert som dårlig selvttillit og mangel på tiltro til egen kunnskap i forhold til disse.

I tillegg til å være med på å gjøre terskelen for å kontakte lege høyere, kan negative erfaringer med offentlige instanser gjøre innvandrerkvinner mindre tilbøyelig til å ta imot råd fra jordmødre eller helsesøstre. Tilliten til helsevesenets representanter kan være svekket. Dette vil for mange av kvinnene veies opp mot det faktum at helsestasjonen er en av få kilder til informasjon, noe som reflekteres i Hewits utsagn «*Hvis ikke vet jeg ikke hvem jeg skal spørre*». Det kan med andre ord være mangel på andre kilder til informasjon, mer enn direkte tillit, som gir jordmødrene en forsterket ekspertstatus ovenfor kvinnene.

Berger og Luckmann sier videre at:

The social distribution of knowledge thus begins with the simple fact that I do not know everything known to my fellowmen, and vice versa, and culminates in exceedingly complex and esoteric systems of expertise. Knowledge of how the socially

available stock of knowledge is distributed, at least in outline, is an important element of that same stock of knowledge (Berger og Luckmann 1971:60).

Kunnskap er sosialt distribuert og kunnskap om hvem som innehar kunnskap er for Berger og Luckmann like viktig som kunnskapen i seg selv. Det er ikke mulig å vite alt om alt. Det å henvende seg til personer man forventer at har større kunnskap om et tema enn seg selv, er ikke uvanlig. Sett i lys av dette, blir Frewinis spørsmål om legebesøk simpelthen en mulighet til å vurdere sin egen avgjørelse om datterens helsesituasjon opp mot meningen til en person som har levd lenger i Norge og sannsynligvis har mer kunnskap om når det er vanlig å oppsøke lege. Hun søker på den måten tilgang til den delte kunnskapen om helsevesenet som er en liten del av den kunnskap som danner grunnlag for en sosialt konstruert virkelighet.

Delte virkeligheter, delte modeller?

Det finnes flere fellestrekk mellom Shores (1996) kulturelle modeller og Berger og Luckmanns konsept om delt kunnskap som gir inngang i en sosialt konstruert virkelighet (Berger og Luckmann 1971:56). For begge teorier er kunnskap og tilgang til relevant kunnskap sentrale elementer. Shore hevder at kognitive modeller kan være både personlige og delt mellom flere. Det er når modellene deles mellom flere at de kan bli kulturelle modeller. Dersom man ikke har tilgang til de delte modellene har man heller ikke tilgang til de normer og koder som råder innenfor fellesskapet. På samme måte hevder Berger og Luckmann at samfunnet eksisterer både som en subjektiv og en objektiv virkelighet: «*Since society exists as both subjective and objective reality, any adequate theoretical understanding of it must comprehend both these aspects*» (ibid. 1971:149). Kunnskap står sentralt hos alle tre. Forskjellene er at Shore legger større vekt på det kognitive aspektet. På den måten går han noe lenger enn Berger og Luckmann, ved å vise til hvordan kunnskap oppstår. En teori om kognitive modeller er en teori om hvordan vi tenker og hvordan tankene våre systematiseres og forenkles. På den måten argumenterer han for at det ikke bare er selve kunnskapen som deles mellom flere, men også hvordan kunnskapen forenkles og organiseres på samme måte og danner modeller av den delte virkeligheten som ligner hverandre.

Shores teori om personlige og kulturelle modeller bidrar altså til dypere forklaring. Det er ved å se på eksemplene fra dette perspektivet at Frewinis tidligere erfaringer med helsevesenet og andre offentlige instanser blir gjort relevante. Likevel, er ikke denne teorien i seg selv nok til å få frem alle faktorene. Ved å se på eksempelet i lys Berger og Luckmanns ideer om sosialt konstruerte virkeligheter med deres fokus på tilgang til relevant kunnskap, ble Frewinis

mangel på tiltro til egen kunnskap, og søken etter tilgang på relevant kunnskap fremhevet. Dette er et aspekt Shores teori ikke alene får frem. Berger og Luckmann belyser i større grad maktaspektet som ligger i kunnskap ved å poengtere at kunnskap er ulikt sosialt distribuert og at delt kunnskap kan skape en sosialt konstruert virkelighet man kan befinne seg enten på innsiden eller utsiden av (1971:60). Ved å supplere Shores teori med andre teoretiske perspektiver, har jeg belyst de empiriske eksemplene presentert i dette kapittelet og fått frem hvordan innvandrerkvinnens mangel på familie og nettverk, usikkerhet og tidligere negative erfaringer med offentlige instanser påvirker veiledningssituasjonen på svangerskapskontrollene.

Oppsummering

I dette kapittelet har jeg sett på forholdet mellom jordmor som veileder og innvandrerkvinner som venter barn. Jeg har gitt eksempler på hvordan veiledning om valg av fødeavdeling foregår og jeg har presentert ulike typer fødested det er mulig å velge mellom. Jeg har også vist til hvordan jordmødrene oppfordres til å selektene kvinner til de ulike fødestedene, samtidig som at de skal legge til rette for kvinnenens egen medvirkning til bestemmelsen. Videre har jeg argumentert for at innvandrerkvinner ofte befinner seg i en særstilling når det gjelder veiledning fra jordmor ettersom de ofte mangler familie og sosialt nettverk med relevant kunnskap i Norge. Jeg har brukt Giddens` (1994) perspektiver på ekspertenes rolle i det moderne samfunn til å vise hvorfor innvandrerkvinnene ser ut til å være sårbare i denne situasjonen, og jeg har sammenlignet utsagn og observasjoner fra egne informanter med Vikens (2004) funn fra hennes studie om innvandrerkvinner som får barn i Norge. Denne komparasjonen ledet meg videre inn på hvordan et lite eller fraværende norsk nettverk kan gjøre innvandrerkvinnene enda mer usikre, og desto mer mottakelige fra ekspertråd fra fagpersoner. Til sist har jeg sett på hvordan innvandrerkvinnens usikkerhet kan ha sitt utspring i opplevelsen av ikke å dele nok kunnskap med andre deltakere i det norske samfunnet til å ha tiltro til egne vurderinger. Dette har jeg sett i lys av Berger og Luckmanns(1971) tanker om hvordan kunnskap er sosialt distribuert og hvordan tilgang på relevant delt kunnskap skaper grunnlag for en fullverdig deltakelse i samfunnet. På denne måten håper jeg å ha kastet lys over veiledningsforholdet mellom jordmor og innvandrerkvinner på kontroll og ha vist på hvilken måte innvandrerkvinner kan være spesielt usikre og åpne for veiledning og påvirkning fra fagpersoner eller andre de anser som eksperter.

6 – KOMMUNIKASJON - TOLKING OG FORTOLKING

Innledning

I dette kapitlet vil jeg presentere noen eksempler fra mitt feltarbeid som viser hvordan kommunikasjon mellom personer med ulike språk og ulik sosial bakgrunn kan gå for seg. Jeg vil først se nærmere på bruk av tolk på helsestasjonen. Dette vil jeg sette i sammenheng med bruk av tolk i det norske helsevesenet generelt. Jeg vil så presentere et eksempel på kommunikasjon mellom deltakerne i mor-barngruppen. Ved å sammenligne eksemplene vil jeg forsøke å antyde noen elementer som ser ut til å muliggjøre kommunikasjon på tvers av språklige barrierer. For bedre å få frem disse elementene vil jeg se dem i lys av språkfilosof Donald Davidsons teorier om kommunikasjon slik de blir brukt av sosialantropologene Unni Wikan (1992) og João de Pina-Cabral (2009). Jeg vil hevde at å delta i samtalen på like premisser gjør kommunikasjon lettere. Ved å trekke paralleller til en fagdiskusjon om det felles menneskelige vil jeg argumentere for at en delt fortolkningsramme å forstå kommunikasjonen innenfor er et viktig utgangspunkt for kommunikasjon både i mor-barngruppen og på helsestasjonen.

Tolking

Johanne, Nadira og telefontolken

Nadira snakker ganske godt norsk, men jordmor Johanne har likevel bedt om en arabisk tolk: «*sånn at du kan stille alle spørsmålene du vil*». Johanne tror at tolken vil møte opp, men det viser å være telefontolking som er bestilt. Hun ringer nummeret til tolken og snakker først på telefonen uten høyttaler på. Hun henvender seg så til Nadira: «*tolken er en mann, er det greit?*». Nadira trekker på skuldrene og svarer: «*ja, det er greit*». For at tolken skal høre hva som blir sagt, må Nadira flytte seg så nær telefonapparatet som mulig. Dette gjør at jordmor og Nadira sitter ved siden av hverandre, litt tett, i stedet for mot hverandre slik det egentlig var meningen.

Dette er første kontroll hos jordmor i dette svangerskapet, men jordmor kjenner Nadira fra forrige svangerskap. Nadira har nylig vært hos fastlege til kontroll og til ultralyd og er 25 uker på vei.

Jordmor ønsker å snakke om Nadiras arbeidssituasjon. Nadira har en full stilling som renholdsarbeider. Hun begynte å jobbe igjen etter forrige svangerskap for ni måneder

siden. Det tok en del tid å komme frem til denne informasjonen ettersom Nadira ikke forstår spørsmålet som stilles gjennom tolken:

Johanne: *Hvor mye jobber du nå?*

Tolken oversetter til arabisk

Nadira (på norsk): *Ja jeg jobber*

Johanne: *Du jobber ja, jobber du fullt?*

Tolken oversetter til arabisk

Nadira svarer på arabisk til tolken.

Tolken: *Jeg jobber 50 %.*

Johanne: *Er det fordi du er sykmeldt i 50 %*

Tolken oversetter til arabisk

Nadira på norsk: *Jeg jobber 50 %*

Johanne: *Har du vært til legen og fått sykmelding for 50 %?*

Tolken oversetter til arabisk.

Nadira på norsk: *Ja, jeg jobber 50 %*

Til sist virker det som om Johanne konkluderer med at hun må ha blitt sykmeldt i 50 % og hun spør Nadira om hun ønsker en tilretteleggingssamtale med arbeidsgiver. Nadira takker ja.

Når Nadira forlater kontoret får jeg anledning til å spørre Johanne om hva hun synes om bruk av tolk. Hun sier at hun finner det betryggende. Hun føler at med tolk er det større sannsynlighet for at kvinnene forstår det viktigste i informasjonen som blir gitt. Samtidig ser hun at det noen ganger kan være problematisk og sier at:

Det er klart at noen ganger kan det være et problem at det er en mannlig tolk.

Vi vet jo ikke hva de oversetter. Og vi snakker jo om alt, både pupper og alt nedentil, og kanskje det ikke er lett å oversette. Kanskje mannlige tolker ikke en gang vet hva det heter.

Mannlige tolker er en av flere grunner til at mange av kvinnene ikke ønsker å bruke tolk selv om de kunne hatt nytte av det. Noen av kvinnene, som for eksempel Lila som ble presentert i kapittel 4, forholder seg likegyldig til spørsmålet om tolk. Ayat, en av kvinnene fra morbarnegruppen forteller at hun aldri ber om tolk hos legen. Hun begrunnet dette med at:

Det er vanskelig uten tolk, men det er vanskelig med tolk også. Noen ganger er ikke tolken god. Jeg snakker på engelsk til legen og han snakker på engelsk til meg. Noen

ganger forstår jeg ikke alt, men jeg syntes det er bedre enn å bruke tolk. Jeg vet ikke på forhånd hvem som er tolken. Noen ganger er det bra med tolk, men noen ganger er det dårlig. Derfor er det vanskelig.

Det er tydelig at for flere av kvinnene er det ikke likegyldig hvem som tolker. Dette kan ha med kjønn å gjøre, men Johanne nevner også andre faktorer. Noen ganger er det også et problem at diasporagrupper har spente relasjoner innad eller til hverandre. Det betyr at helsestasjonen kan få en tolk og en pasient som ikke er komfortable med hverandre, og da stiller ikke kvinnene de spørsmålene de måtte ha. Dette kan prege hele konsultasjonen. «Vi vet jo ikke hvem vi får på forhånd. Så vi kan ikke kontrollere det» sier Johanne.

Om bruk av tolk i det norske helsevesenet

Regjeringen la i 2014 frem en utredning om tolking i offentlig sektor. Denne viser til et underforbruk av tolker som i verste fall kan gå ut over rettsikkerheten eller kvaliteten på helsetjenestene. Det går også frem at bruken av underkvalifiserte tolker er et problem: «*Utvalgets arbeid bekrefter dette bildet. Underforbruk og manglende kvalitetskrav fører til at rettsikkerhet og likeverd er truet og undergraves*» (NOU 2014:8:13).

Ettersom det er kommunene som er ansvarlig for å tilby primærhelsetjenester til sine innbyggere, er det også kommunene som er økonomisk ansvarlig for utgifter til tolk. De instanser som har behov for å bruke tolk må stå for utgiftene (NOU 2014:8:55). Det at utgiftene til tolk blir trukket fra samme budsjett som helsestasjonenes andre utgifter, kan være utfordrende. Et tydelig eksempel på dette så jeg en gang jordmor Toril hadde bestilt en tolk til en av Lilas kontroller. Toril hadde planlagt å snakke om fødsel og ville derfor forsikre seg om at viktig informasjon ble forstått av Lila og at hun kunne stille alle de spørsmål hun ønsket. Lila møtte ikke opp til denne kontrollen og Toril sendte tolken hjem igjen. Neste gang Lila skulle til kontroll var ingen tolk bestilt. Da jeg spurte Toril om grunnen til dette svarte hun at: «*Jeg vet ikke om Lila faktisk kommer. Det er dyrt med tolk, og hvis hun ikke kommer må vi likevel betale tolkeutgiftene*».

På helsestasjonen er det opp til jordmødrene å vurdere hvorvidt det er nødvendig å bestille tolk til konsultasjoner med minoritetsspråklige kvinner. Ut ifra samtalene med jordmødre om dette, ser faktorer som kjønn, for tette bånd mellom tolken og de gravide kvinnene og økonomi til å tale mot bestilling av tolk. Trygghet for at viktige beskjeder kommer frem og at

kvinnen skal kunne stille spørsmål er faktorer som taler for bestilling av tolk. Jordmor Toril reflekterer slik over valget om å bestille tolk:

Det er en skjønnsvurdering. Ofte er miljøene som disse kvinnene beveger seg i så små at de kjenner tolken. Det kan være veldig problematisk. Tolkene skal jo oppføre seg profesjonelt, men likevel...Noen ganger merker man at de [innvandrerkvinnene] ikke forteller noe. Samtidig så ser vi ofte at noen virkelig trenger tolk. Noen fordi de ikke forstår i det hele tatt. Andre sier at de har forstått, men hvis vi spør noen kontrollspørsmål viser det seg at de ikke har forstått i det hele tatt.

Toril refererer til at tolkene ikke alltid oppfører seg profesjonelt og at det er spesielt problematisk når den gravide kvinnen og tolken tilhører samme sosiale miljø. Dette vitner om manglende kvalifikasjoner hos tolkene, noe som stemmer godt overens med regjeringens utredning om bruk av tolk i offentlig sektor. Videre sier Toril at hun som oftest bestiller tolk til den første svangerskapskontrollen med en minoritetspråklig kvinne:

(...) og så ser jeg an situasjonen og norskkunnskaper. Ofte er det forstyrrende å bruke tolk også. Jeg foretrekker egentlig å bruke telefontolk, da blir ikke tolken så dominerende i samtalen, og hvis det er noe jeg foretrekker å snakke om uten tolk bare tar vi det etterpå [når telefonsamtalen med tolk er over].

Eksempelet med Johanne, Nadira og telefontolken viser at selv når tolking brukes aktivt som et hjelpemiddel på helsestasjonene, fungerer ikke kommunikasjonen alltid optimalt. Ifølge en kartlegging av tolkebruk i kommunehelsetjenesten gjort på oppdrag av Helsedirektoratet mener bare en av fire kommuner at helsepersonellens kompetanse er god nok (Helsedirektoratet 2013:9). I samtalen mellom jordmor Johanne og Nadira ser vi at Nadira veksler mellom å svare via tolk og å svare direkte på norsk. Dette kan være med å skape forvirring og komplisere kommunikasjonen, spesielt fordi tolken har plikt til å oversette alt som blir sagt. Videre ser vi at tolkens deltakelse i samtalen ikke gjør det lettere å konkludere i spørsmålet om hvorfor Nadira bare jobber 50 %.

Språk og kommunikasjon

Mor-barngruppe for flyktninger

Mødrene i mor-barngruppen snakker som oftest med dem de sitter nærmest. Noen ganger danner det seg grupper basert på felles språk, men ofte går samtalen på tvers av språkbarrierer. Kvinnene har svært ulik grad av norskkunnskaper. Et av formålene

med treffene er at kvinnene skal praktisere sine norskkunnskaper i permisjonstiden. Andre formål er å introdusere kvinnene til aktiviteter og miljøer som var relevante for dem som småbarnsforeldre i Norge.

Før hvert treff fordeler Gro fra Introduksjonssenteret kvinnenes telefonnumre mellom oss. Vi ringer til kvinnene for å minne dem på treffet da vi ser at dette fører til større oppmøte. Disse telefonsamtalene er mange ganger veldig vanskelige, som denne samtalen med Saara:

Marte: *Hei, dette er Marte som ringer.*

Saara: *Hei.*

Marte: *Hvordan går det med deg og barnet ditt?*

Saara: *Sorry?*

Marte: *Går det bra?*

Saara: *Ja. Bra.*

Marte: *Jeg ringer for å minne deg på mor-barn treffet på onsdag. Har du tenkt å komme?*

Saara: *Sorry*

Marte: *I'm calling about the mother-baby group that will meet this Wednesday? Do you think you will come?*

Saara: *Jeg forstår ikke.*

Marte: *På onsdag klokken 10 er det mor-barngruppe på Introduksjonssenteret for flyktninger. Tar du med deg babyen din og kommer?*

Saara: *Mor-barn?*

Marte: *Ja, slik som forrige gang. Da du kom med babyen til Introduksjonssenteret. Husker du det?*

Saara: *Ja. Jeg husker.*

Marte: *Kommer du?*

Saara: *Ja. Kanskje.*

Da Saara to dager senere kommer til treffet sammen med sønnen Lukas snakker hun en god stund med Hawat. Saara er gravid med sitt andre barn, og følgende samtale finner sted mellom de to på stotrende norsk og med gestikulering og kroppsspråk:

Hawat: (peker på magen til Saara) *Hvordan går det?*

Saara: *Det går fint.*

Hawat: *Så bra at alt er bra!*

Saara: *Ja, men jeg er ikke helt bra. Jeg kaster opp.* (Saara viser med bevegelser at hun kaster opp).

Hawat: *Det er ikke bra. Jeg kastet også opp før når jeg var gravid* (Hawat peker på sønnen sin og siden på sin egen mage)

Saara; *Ja. Det er ikke bra.*

Jeg ser at de to kvinnene fortsetter å snakke sammen gjennom treffet, men jeg har ikke mulighet til å høre hva de sier.

Kontrasten mellom den vanskelige telefonsamtalen med Saara og flyten i samtalen mellom Saara og Hawat overrasker meg. I likhet med telefonsamtalen er mine samtaler med Saara på selve treffene også preget av stotring og misforståelser. Saara er fra Syria og har arabisk som morsmål, mens Hawat er fra Etiopia og snakker amharisk. Ingen av de to snakker godt norsk.

Det vanligste samtaleemnet kvinnene imellom er barna. Spørsmål som hvor gammel barnet er, hva han eller hun heter, om barnet har søsken og hvor mye det veier, går igjen. Noen ganger begynner kvinnene å snakke om selve fødselen. Da dreier det seg om hvorvidt de tok keisersnitt, hvorvidt barnet ble født før termin eller lignende tema. Andre ganger snakker de om hvor de bor og hvor lenge de har bodd i Norge. Disse samtalen foregår ofte på en blanding av norsk, engelsk, kroppsspråk og tegning med hendene.

Kommunikasjon på tvers av språk og kultur

Unni Wikans essay *Beyond the Words: the Power of Resonance* (1992) tar for seg spørsmålet om hvordan kommunikasjon er mulig også på tvers av språklige og kulturelle barrierer. Wikan viser til et konkret empirisk eksempel for å belyse dette. Hun forteller om en muslimsk venninne på Bali som gikk gjennom en vanskelig tid. Wikan overtalte henne til å gå til hinduistisk healer som brukte begreper og forklaringsmodeller hentet fra sin egen religion for å snakke om kvinnens problemer. Hun angret på å ha tatt med venninnen dit. Det viste deg til Wikans overraskelse at kvinnen selv var svært fornøyd med besøket. På vei hjem uttalte hun at: «*He says karma pala, I say taqdir – it's all the same!*» (ibid. 1992:462). Det hinduistiske konseptet *karma pala* og det muslimske konseptet *taqdir* kan på ingen måte sies å være det samme om man ser på det fra et teologisk perspektiv. Mens *karma pala* er doktrinen om reinkarnasjon hvor ens skjebne i dette livet bestemmes av handlinger i tidligere liv, er *taqdir* vissheten om Guds allmektighet til å bestemme over hva som skjer med en i det ene livet man

har (ibid. 1992:462). Med dette eksempelet viser Wikan at kommunikasjon og forståelse mellom mennesker kan være mulig til tross for at ord og begreper ikke alltid kan oversettes eller har samme betydning. På samme måte hevder hun i essayet at kommunikasjon er mulig selv mellom to personer som ikke deler mye språk. Wikan kaller dette for resonans.

Det som står på spill

Wikan utdyper begrepet resonans ved å poengtere at en gjensidig respekt og ønske om forståelse fra begge parter er nødvendig. Det som likevel best forklarer hvorfor den hinduistiske healeren nådde frem og ble tatt godt imot av Wikans muslimske venninne var at healeren, til tross for at han brukte en annen terminologi, forsto og tok innover seg kvinnens problemer. Wikan sier at han forsto hva som sto på spill for kvinnen og klarte å overbevise henne om dette (Wikan 1992).

En slik forklaring kan belyse eksempelet fra mor-barngruppen. En mulig grunn til at kommunikasjon mellom Hawat og Saara går så mye bedre enn min samtale med Saara på telefon, er at de begge har tiltro til at samtalepartneren forstår hva som står på spill. De to er likestilte parter med hensyn til status og rang i mor-barngruppen og møtes i en kontekst hvor fellestrekk mellom dem, som det å nylig ha blitt mor, det å ha kommet til Norge og det å være deltaker i introduksjonsprogrammet for flyktninger, er selve premisset for at de befinner seg på mor-barntreffet. Saara har ikke grunn til å tenke det samme om meg. Hvis hun betrakter meg som en representant for Introduksjonscenteret, anser hun meg kanskje ikke som en likestilt partner på samme måte som Hawat. Tema for samtalen, svangerskap og svangerskapskvalme, er et tema både Saara og Hawat hadde nær erfaring med. De har begge fått barn i løpet av det siste året og de har begge opplevd svangerskapskvalme og andre ubehag som kan følge med. De hadde dermed et delt erfaringsgrunnlag og en delt referanseramme, som gjorde at de bedre tolket hverandres utsagn og fant frem til deres mening.

Den tvetydige kommunikasjonen

I artikkelen *The All-or-Nothing Syndrome and the Human Condition* (2009) viser João de Pina-Cabral til at kommunikasjon alltid er tvetydig. Ved å vise til språkfilosofen Donald Davidson hevder han at all mening og alle tanker henger sammen med et sett av andre assosiasjoner og tanker som varierer ut i fra personers erfaringer. Derfor kan ingen ord bety helt det samme for hver person. Likevel er kommunikasjon mulig. Davidson går så langt som å si at kommunikasjon er mulig nettopp på grunn av denne tvetydigheten (Davidson i Pina-

Cabral 2009:165-166). Kommunikasjon er mulig fordi man tolker det andre kommuniserer ut fra noen felles referanser som ikke trenger å bestå av mer enn å dele en felles verden eller en felles menneskelig kropp. Dersom all mening var utvetydig ville det aldri finnes rom for tolkning, og kommunikasjon ville være umulig (ibid. 2009:166-168).

Også Wikan refererer til Davidsons ideer når hun utdyper hva hun mener med resonans. Hun trekker frem at en viktig grunn til at kommunikasjon er mulig er det Davidson kaller en «passing theory». Med dette menes det at to personer som skal kommunisere med hverandre alltid har opparbeidet seg et sett med forventninger om hva den andre personen kommer til å si eller gjøre og vil selv handle ut i fra disse forventningene. Dersom ens samtalepartner handler på en måte som ikke svarer til denne teorien, modifiseres teorien og danner nytt grunnlag for den videre samtalen. Kommunikasjon blir best når begge parter teorier om hverandre stadig tilpasses, i motsetning til å være rigide og lite fleksible. Dersom teoriene samsvarer lite med virkeligheten og partene ikke klarer å justere dem, vil kommunikasjonen bli svært vanskelig, selv om samtalepartnerne snakker samme språk (Wikan 1992:468).

I lys av dette kan vi på nytt se på hvorfor kommunikasjonen mellom Saara og Hawat, og mellom mange av deltakerne i mor-barngruppen fungerer overraskende godt. Saara og Hawat kan umulig ha en identisk oppfatning av hva det vil si å være gravid eller å oppleve svangerskapskvalme. Det er heller ikke nødvendig for at de to skal kunne kommunisere om dette. Det faktum at Saara kan referere til svangerskapskvalme, og forstå at dette for Hawat skaper assosiasjoner til egne erfaringer med en lignende tilstand, gjør at kommunikasjonen flyter lett mellom de to. Dersom det var nødvendig at svangerskapskvalme skulle bety nøyaktig det samme for begge parter, ville samtalen, ifølge Davidson, gått i stå, eller være meningsløs.

Videre har de to sannsynligvis en tilnærmet lik «passing theory» om hverandre. Likhetstrekkene mellom dem som nybakte mødre i et nytt land, deltakere i introduksjonsprogrammet for flyktninger, deltakere i mor-barngruppen og at de er unge kvinner, gjør at det trolig er forholdvis lett å sette seg inn i hverandres situasjon. De forventninger de har til hva den andre vil si og gjøre stemmer sannsynligvis godt overens med virkeligheten. Derfor er det ikke nødvendig med særlig mye tilpassing mellom disse to teoriene for at kommunikasjonen skal fungere. Saaras «passing theory» om meg, og min om henne, krever trolig en større grad av tilpassing. Dersom Saara anser meg som en del av

Introduksjonssenteret kan hun ikke gå ut i fra at jeg deler de erfaringene hun deler med Hawat. Det er også krevende for meg å fullt ut forstå hennes tilværelse som nybakt mor i et nytt land. Våre forventninger til hverandre om hva vi vil si og hvordan vi vil reagere, må dermed stadig tilpasse seg de observasjoner vi gjør oss i samhandlingen. Dette kan belyse hvorfor det virker som om det for Saara er tyngre å kommunisere med meg enn med Hawat.

Forventinger og kognitive modeller

Eksemplene i dette kapittelet står på mange måter som motsetninger til hverandre. Eksempelet om Johanne, Nadira og telefontolken viser hvordan kommunikasjon, selv med tolk, kan være svært utfordrende når samtalepartnerne i liten grad deler språk. Eksempelet fra mor-barngruppen viser på den andre siden hvordan kommunikasjon likevel er mulig mellom samtalepartnere som deler svært lite språk.

Davidsons tanker om tvetydig kommunikasjon og «passing theory» kan også benyttes til å se nærmere på eksempelet fra helsestasjonen. Det fremkommer tydelig av eksempelet at Nadira forstår store deler av hva Johanne sier. Hun svarer uten tolk flere ganger og ser ut til å være kjent med det vokabularet Johanne bruker. Likevel, selv etter å ha mottatt budskapet også på arabisk, ser hun ut til å svare på det hun tror Johanne har spurt henne om, i stedet for hva som faktisk ble spurt. En god forklaring på dette er selvfølgelig manglende språklig forståelse hos Nadira, hos tolken eller hos begge. En annen mulig forklaring er at Nadira, i tråd med den «passing theory» hun har dannet seg om jordmor, har visse forventninger til hva jordmor vil spørre om. Disse forventningene, kombinert med svakere språklig forståelse, kan føre til misforståelser.

Spørsmålet om forventninger til samtalepartner og samhandlingssituasjonene ser derfor ut til å være sentralt for at kommunikasjonen skal fungere. På mange måter stemmer dette godt over ens med Shores teori om personlige og kulturelle modeller. Saara og Hawat kommer ikke fra samme land, og har ikke tilegnet seg de samme kulturelle modellene i barndommen. Likevel har de, sannsynligvis, gått gjennom en rekke prosesser som ligner hverandre. Begge har flyktet fra sine hjemland og kommet til Norge. De har begge gått gjennom den samme prosessen med søknad om asyl og lang ventetid på asylmottak. I tillegg kommer fellestrekkene ved å være deltakere i introduksjonsprogrammet, og å ha fått sitt første barn i Norge. Disse erfaringene danner grunnlag for kognitive modeller som etter alt å dømme ikke er så ulike hverandre. Fra dette perspektivet er det med andre ord ikke rart at Saaras og

Hawats forventinger til, eller «*passing theory*» om hverandre, er tilnærmet lik. På helsestasjonen derimot, deler Johanne og Nadira færre erfaringer som kan danne grunnlag for dannelsen av lignende kognitive modeller eller lignende «*passing theories*» om hverandre.

Felles fortolkningsramme

Pina-Cabral kritiserer antropologiens fokus på kulturers særegenhet på bekostning av fokus på det felles menneskelige (2009:163). Han hevder antropologien lider av det han kaller et alt-eller-ingenting-syndrom. Etter fagets selvkritiske og reflekterende fase på 80-tallet har det faktisk at antropologer ikke kan komme frem til den fulle forklarende sannhet om et fenomen, gjort at faget ikke ser ut til en gang å ville forklare deler av sannheten.

Pina-Cabral vektlegger at alle mennesker deler en hel del kunnskap. Det at alle mennesker lever i én og samme verden gjør at vi allerede besitter mye kunnskap om hverandre og deler en serie av referanser: «*Sharing a world is an essential condition, not only for thinking and speaking, but also for interpreting, and thus it is an unavoidable condition for the ethnographic exercise*» (Pina-Cabral 2009:166). Selve antropologien er nemlig et eksempel på at menneskene har mye til felles, noe som gjør kommunikasjon på tvers av språk og sosiale forskjeller mulig. Dersom slik kommunikasjon ikke var mulig ville det heller ikke være mulig å drive med antropologi. Hvis menneskene som studeres er grunnleggende ulike antropologen selv, og det ikke finnes en felles referanseramme å tolke kommunikasjon innenfor, vil det ikke bare være umulig å representere menneskene i en tekst, det vil også være umulig å lære noe om dem i det hele tatt (ibid. 2009:165-166).

Delt kunnskap om en felles verden og om dynamikk og oppbygging av sosiale kontekster, gir oss de nødvendige redskapene for å fortolke andres utsagn. Han hevder dermed at forståelse oppstår i et samspill mellom tre faktorer «*1) the thinker, 2) his or her others, and 3) the world that surrounds them and gives sense to what they do*» (Pina-Cabral 2009:170-171). Denne felles verdenen danner en fortolkningsramme som deles av alle mennesker og som er nødvendig for å forstå kommunikasjon. Det er dette Pina-Cabral mener forsvinner hvis antropologien bare fokuserer på det som skiller samfunn fra hverandre. Han mener at å studere slike ulikheter kan være viktig, men at «*To study socio-cultural difference is to study **relevant** socio-cultural difference **and** similarity*» (ibid. 2009:168). Jeg vil i neste kapittel komme tilbake til en faglig diskusjon om dette temaet.

Bruker man Pina-Cabrals perspektiver til å se nærmere på eksempelet fra mor-barngruppen kan den lett flytende kommunikasjonen mellom Saara og Hawat forklares nettopp med at de to spilte på elementer fra sin delte verden og sin felles menneskelighet⁷. Det å få barn er noe de fleste kvinner i alle verdens samfunn deler. Gjennom eksemplene presentert i denne oppgaven er det tydelig at forventninger til svangerskap, fødsel og det å være foreldre kan være svært ulik og at dette noen ganger kan føre til misforståelser og komplikasjoner under svangerskapskontrollen. Likevel er det ikke til å komme bort fra at prosessene kvinner går gjennom i denne fasen av livet, har langt flere fellestrekk enn forskjeller. Disse fellestrekkene ser ut til å danne en delt fortolkningsramme og legge til rette for kommunikasjon mellom kvinnene på mor-barntreffene.

Fellestrekk og forskjeller i antropologien og på helsestasjonen

Til tross for vanskeligheter er det mye kommunikasjon på helsestasjonen som når frem både med og uten tolk. En mulig grunn til dette er at jordmødrene også henter referanser fra det felles menneskelige i kommunikasjonen med innvandrerkvinnene. De benytter seg for eksempel av grafiske fremstillinger av menneskekroppen⁸. Observasjonene mine fra mor-barngruppen viser at samtalen ser ut til å flyte lett, spesielt når kvinnene snakker om egne opplevelser med svangerskap, fødsler, foreldrerollen eller egne barns utvikling. Dette kan være fordi disse nettopp er tema som kvinnene er opptatt av uavhengig av bakgrunn. Det er samtaler som dreier seg om det som står på spill for kvinnene.

At fokus på det felles menneskelige, altså likhetene alle mennesker har seg i mellom, ser ut til å legge til rette for kommunikasjon på tvers av språklige og kulturelle barrierer, kan ved første øyekast se ut til å stride imot argumentasjonen i kapittel 4. Der viser jeg hvordan en likhetstankegang hos jordmor Toril ser ut til å gjøre samhandlingen mellom henne og den

⁷ Pina-Cabral bruker begrepet «*the human condition*» som han foretrekker fremfor «*the human nature*» (2009:168). Jeg velger å oversette dette med det *felles menneskelige*. Slik unngår jeg den vanskelige oversettelse av begrepet *condition* som på norsk betyr både vilkår og tilstand. At jeg skriver begrepet i to ord er et bevisst valg jeg har tatt for å fremheve at det er likhetstrekkene mellom mennesker jeg sikter til.

⁸ Antropologene Margareth Lock og Vihn-Kim Nguyen har argumentert at også den biologiske menneskekroppen varierer fra samfunn til samfunn (Lock og Nguyen 2010). Likevel er det langt flere fellestrekk enn forskjeller menneskekropper i mellom.

gravide kvinnen Lila vanskeligere. Jeg vil i neste kapittel komme tilbake til denne tvetydigheten.

Oppsummering

I dette kapitlet har jeg presentere noen eksempler fra mitt feltarbeid som viser hvordan kommunikasjon mellom personer med ulike språk og ulik sosial bakgrunn kan gå for seg. Jeg har sett på bruk av tolk på helsesjonen og satt dette i sammenheng med regelverk og informasjon om bruk av tolk i helsevesenet generelt. Ved å sammenligne eksempelet fra helsestasjonen med et eksempel fra mor-barngruppen og ved å se dem i lys av Davidsons teori om kommunikasjon (Davidson i Pina-Cabral 2009, Davidson i Wikan 1992) har jeg antydnet noen elementer som ser ut til å være viktige for at kommunikasjon på tvers av språklige og kulturelle barrierer skal være mulig. Jeg har argumentert for at det å delta i en samtale på like premisser med hensyn til status og rang bidrar til at kommunikasjonen flyter bedre. Jeg har også trukket en parallell til en fagdiskusjon om det felles menneskelige og slik argumentert for at en delt fortolkningsramme å forstå kommunikasjonen innenfor er et viktig utgangspunkt for kommunikasjon både i mor-barngruppen og på helsestasjonen.

7 – KREVENDE KOMMUNIKASJON – VIDERE DRØFTING OG REFLEKSJON

Innledning

På bakgrunn av empirien og analysen jeg har presentert i løpet av oppgaven, vil jeg i dette kapitlet løfte frem noen elementer som åpner for videre drøfting og refleksjon. Noen av disse er spørsmål som reiser seg i kjølvannet av oppgavens analyse. Andre igjen, er sider ved empirien og analysen jeg ikke fullt ut har kunnet utforske i denne oppgaven, men som jeg håper at fremtidige arbeider vil kunne se nærmere på. Kapitlet strekker derfor over et vidt spekter, fra teoretiske drøftinger til observasjoner og refleksjoner om den norske svangerskapsomsorgen. Jeg vil underveis peke tilbake til de tidligere kapitlenes empiriske eksempler, men jeg vil også introdusere noe ny empiri for å bidra til en bredere drøfting og refleksjon. Slik håper jeg å gi et innblikk i elementer som er relevante for oppgavens siktemål, men som også strekker seg utover selve møtet mellom jordmødre og innvandrerkvinner på svangerskapskontroll.

Jeg vil i første del av kapitlet komme tilbake til siktemålet ved kort å oppsummere oppgavens empiri og analyse, og antyde noen sammenhenger. På bakgrunn av dette vil jeg trekke frem noen observasjoner og gjøre meg noen refleksjoner om svangerskapsomsorgen på norske helsestasjoner. Jeg vil videre peke på mitt empiriske materiales tydelige kjønnsdimensjon og vise til noen problemområder i krysningpunktet mellom likestillings- og integreringspolitikk. I siste del av kapitlet vil jeg drøfte teorien om personlige og kulturelle modeller, som jeg på ulike måter har benyttet meg av gjennom oppgaven, og komme tilbake til diskusjonen om det felles menneskelige som avsluttet forrige kapittel. Til slutt vil jeg oppsummere kapitlet og komme med noen ideer til videre forskning på dette feltet.

Krevende kommunikasjon – en oppsummering

Å belyse møtet mellom norske jordmødre og ikke-vestlige innvandrerkvinner som kommer til svangerskapskontroll, har vært denne oppgavens siktemål. Jeg håper at jeg i løpet av oppgaven har klart å gi et innblikk i nettopp dette. Jeg har sett at dette møtet i stor grad er preget av jordmødrenes helsefaglige ansvar for å følge opp og veilede den gravide. Jeg har også sett at det å tilby en helsetjeneste tilpasset den enkeltes forutsetninger og behov er svært krevende. Svangerskapskontrollen er en kompleks samhandlingssituasjon mellom to parter

som innehar ulik status. Den er påvirket av mange faktorer som ligger utenfor selve kontrollen. Innvandrerkvinnenes personlige og kulturelle modeller, som er formet både av deres sosialisering i et annet land, deres reise til Norge og deres erfaringer og tilpasninger etter at de kom hit, kan føre til atferds- og holdningsmønstre som kan være utfordrende å forstå for jordmødrene. På samme måte kan jordmødrenes personlige og kulturelle modeller, preget av sosialisering i det norske samfunnet med sine særegne samhandlingsstrategier, og deres daglige utøvelse av rollen som veileder i en profesjon som det stilles en rekke motstridende krav til, påvirke samhandlingen med innvandrerkvinnene. Dette er faktorer som gjør kommunikasjonen mellom jordmødre og innvandrerkvinner krevende.

Mangel på familie i nærheten, mangel på norske bekjente og alternative kilder til informasjon er andre utenforliggende faktorer som spiller inn på møtet mellom jordmødrene og innvandrerkvinnene. Disse faktorene bidrar til usikkerhet og mangel på tiltro til egen kunnskap, og gir jordmødrene en forsterket ekspertstatus. Kommunikasjon på tvers av språklige barrierer er en stor utfordring på svangerskapskontrollen, selv ved bruk av tolk. Likevel er slik kommunikasjon, spesielt om tema som svangerskap og fødsel, mulig. Dette åpner for en bedre dialog om disse temaene på helsestasjonen.

Refleksjoner om svangerskapsomsorgen

Økt kunnskap om innvandring i Norge

Jeg har gjennom oppgaven vist at ulike personlige og kulturelle modeller kan føre til misforståelser mellom innvandrerkvinnene og jordmødrene. For å bøte på dette er det nærliggende å tenke at informasjon om praksiser rundt svangerskap og fødsel i ulike kulturer vil være nyttig for jordmødrene. Dette medfører en rekke utfordringer ettersom innvandrerbefolkningen er heterogen, stadig i endring og kommer fra samfunn med svært varierende praksiser. Jeg vil hevde at økt kunnskap om kulturelle praksiser heller ikke er nok. I kapittelet som forteller historiene om Frewini, Hewit og Alba viser jeg hvordan kvinnenes kognitive modeller påvirkes av den sosialisering de har med seg fra sine hjemland, men vel så mye av de prosesser de går gjennom etter de forlater hjemlandet og kommer til Norge. I lys av dette, er det mye å hente på å øke kunnskapen om norsk innvandringspolitikk, og innvandreres ulike juridiske statuser og rettigheter knyttet til disse. Dette kan bidra til at jordmødrene lettere kan sette seg inn i innvandrerkvinnenes livssituasjon og forstå de vanskeligheter de møter. Jordmor Torils forslag om at faren til Lilas barn kan reise til Norge på turistvisum er et eksempel på en uheldig situasjon som kunne ha vært unngått på denne

måten. Økt kunnskap om hvilke støtteordninger som er tilgjengelige for innvandrerkvinner avhengig av oppholdstillatelse og juridisk status kunne ha hjulpet jordmødrene til å gi bedre veiledning.

Under en kontroll med en kvinne fra Equador som er gift med en norsk mann blir dette svært tydelig:

Unni: Har dere søkt om foreldrepenger hos NAV?

Stian: Vi har undersøkt og funnet ut at vi ikke har rett på foreldrepenger.

Unni: Er du sikker på det? Kanskje dere skulle ha snakket med en veileder på NAV?

Stian: Vi har prøvd det flere ganger, men vi får ofte litt forskjellige svar. Jeg stoler ikke helt på dem. De sier at Maya ikke har jobbet nok de siste månedene til å ha rett på foreldrepenger.

Unni: Hmm...Hva med at du (retter seg mot Maya) begynner å studere før fødselen, kanskje du da har rett på foreldrepenger?

Maya: Jeg har prøvd...men min skole fra Equador blir ikke godkjent i Norge før om minst seks måneder. Det tar lang tid fordi jeg ikke er fra Europa.

Unni: Jeg hadde undersøkt en gang til. Jeg mener at det gjelder andre regler for utlendinger som er gift med nordmenn.

Unni viser at hun ikke er godt kjent med regelverket. NOKUT, som er den offentlige instansen som godkjenner utdanning fra utlandet, opererer med de samme reglene for denne innvandrergruppen som for andre (NOKUT).

Den paradoksale likheten

Eksemplene fra mor-barngruppen viser at likhet, forstått som fellestrekk i erfaringer og like premisser for deltakelse i samtalen hva gjelder status og rang, ser ut til å være viktig for å muliggjøre kommunikasjon på tvers av språklige barrierer. Dette står i kontrast til analysen i kapittelet om utfordrende svangerskapskontroller. I eksemplene i dette kapittelet kan det se ut som om jordmor Torils fremhevelse av likhet og underkommunisering av forskjeller med Lila kompliserer kommunikasjonen. Paradoksalt nok virker det dermed som om analysen i denne oppgaven ser på det å vektlegge likhet som noe som både fremmer og hindrer god kommunikasjon mellom jordmødre og ikke-vestlige innvandrerkvinner.

Dette paradokset bunnar i den doble betydningen likhet har i det norske språk og samfunn. Ordet kan referere både til likeverd (equality/equity) og det å ligne noe (sameness). Når

jordmor Toril gjentar spørsmålet om barnefarens tilstedeværelse under fødselen, har hun lite kunnskap om hvorvidt Lila ønsker dette og om det er en reell mulighet. Hun ser ut til å ta for gitt at Lila er lik (same) seg selv på dette området og ser ut til å operere med et likhetsbegrep som forstår likeverd (equality/equity) som likhet (sameness). I dialogene i mor-barngruppen derimot, er det mer passende å snakke om det motsatte. Kvinnenes premisser for å delta i samtaler med hverandre, som likestilte partnere med hensyn til status og rang, ser ut til å gi en bedre kommunikasjon enn i samtaler med meg som i konteksten av mor-barngruppen er tilskrevet en rolle som representant for Introduksjonssenteret. Jeg argumenterer derfor for at likhet, forstått som likeverd (equality/equity), danner et bedre grunnlag for kommunikasjon på tvers av språklige barrierer enn likhet forstått som å ligne hverandre (sameness). Samtidig, argumenter jeg for at de fellestrekk som finnes mellom alle mennesker, uavhengig av språk og kultur, danner grunnlag for en felles fortolkningsramme som kan være med å muliggjøre kommunikasjon.

I kapittel 5 viste jeg til at jordmødrene, som helsepersonell, innehar en ekspertstatus i samhandlingen på helsestasjonen. Jeg har også vist hvordan flere av innvandrerkvinnene så ut til å oppleve usikkerhet i forhold til kontakt med helsevesenet. Selve svangerskapskontrollen er med andre ord en kontekst hvor det aldri er to likestilte partnere som møtes. Dette utgjør en ekstra utfordring for jordmødrene i dialog med innvandrerkvinner som har manglende norskkunnskaper. I lys av dette vil jeg hevde at det er desto viktigere at kommunikasjonen mellom jordmødrene og innvandrerkvinnene på svangerskapskontroll refererer til den felles fortolkningsramme de to partene deler. På sitt mest grunnleggende består denne av de fellestrekk som finnes mellom alle mennesker, som for eksempel en biologisk menneskekropp, som er grunnleggende lik. Etter hvert som jordmødrene og innvandrerkvinnene får mer informasjon om hverandre, kan fortolkningsrammen utvides til også å inkludere andre tema.

Gullestads likhetsbegrep er omdiskutert. Marianne Lien (2001) har blant annet argumentert for at Gullestads tese, som baserer seg på observasjoner fra feltarbeider i den sørlige delen av Norge, ikke nødvendigvis kan generaliseres til å gjelde hele landet. Vike (2013) mener at likhetstankens sentrale plass i det norske samfunn ikke har sitt opphav i det private slik Gullestad hevder, men i det offentlige rom hvor individer strategisk har inngått, som likeverdige (på engelsk equal) medlemmer, i et fellesskap for å sammen fremme egne interesser (Vike 2013). Til tross for kritikk har Gullestads tese om likhet og likeverd i denne

oppgaven vært nyttig som et analytisk redskap. Ved å se de empiriske eksemplene i dette perspektivet, har jeg fått frem noen viktige elementer i samhandlingen mellom jordmødrene og innvandrerkvinnene på svangerskapskontroll.

Den tvetydige jordmorrollen

Jordmødre er i Norge helsepersonell med statlig autorisasjon. Det er dermed ikke uventet at forholdet mellom jordmødre og innvandrerkvinner som kommer til svangerskapskontroll preges av autoritetsforskjeller. Slike forskjeller står samtidig i kontrast til jordmødrenes profesjonsidentitet og yrkesidealer. I Universitetet i Tromsøs Fagplan for jordmorutdanningen fremgår det blant annet at deres jordmorutdanning bygger på en «*partnerskap-filosofi*» og at jordmor i tråd med denne bør «*innta en antiautoritær, fleksibel, kreativ og støttende rolle i forhold til gravide og fødende kvinner og deres familie...*» (Universitetet i Tromsø 2013:2).

Jeg har i oppgaven vist at det knytter seg motstridende forventninger til jordmorrollen. På den ene siden er de faglige autoriteter med ansvar for å selektene kvinner til rett fødetilbud basert på deres medisinske tilstand. På den andre siden er de antiautoritære, støttende og fleksible partnere for den gravide som skal veilede henne til å ta egne informerte valg. Disse rollene kan være vanskelig å kombinere. Sosiolog og kriminolog Cecilie Neuman har gjort studier av helsesøstre og pekt på lignende motstridene forventninger som de jeg beskriver for jordmødrene (Neumann 2011:224). Hun hevder at denne tvetydigheten medfører at helsesøstrenes kunnskap blir åpen for stadige forhandlinger mellom de ulike forventningene. De motstridende forventningene gjør både jordmor- og helsesøsterrollen krevende.

I tillegg preges jordmødrenes profesjonsidentitet også av et ønske om å avmedikalisere svangerskap og fødsel. Å fremheve det naturlige og kvinnelige ved svangerskap og fødsel ser ut til å stå i sentrum av jordmoridentiteten. Under mitt feltarbeid kom dette helst til uttrykk gjennom jordmødrenes veiledning om valg av fødeavdeling og smertelindring. Sosialantropolog Elise B. Johannsen beskriver i *Smertefulle møter mellom jordmødre og somaliske fødekvinner* (2011) at diskursen om den naturlige fødsel medfører at fødselssmerten idealiseres. Hun fant i sin studie at litteratur og informasjon som blir gitt til gravide beskriver fødselssmerte, som er en av de mest intense smertene et menneske kan oppleve, som «*en unik, kreativ, kvinnelig smerte og en kilde til selvutvikling*» samt «*som en mulighet til å komme i kontakt med urkvinne i seg*» og «*til å komme i kontakt med en naturlig, indre og dyp kvinnelig essens*» (ibid. 2011:172). Johannsen beskriver videre hvordan denne diskursen, i kombinasjon

med en utbredt vestlig forestilling av afrikanere som «naturlig ville» påvirket omsorgen. Jordmødrene hun observerte uttrykte at somaliske kvinner både ønsket og trengte mindre smertelindring enn etnisk norske kvinner, til tross for at flere somaliske kvinner som er infibulerte⁹ går gjennom ytterligere intense fødselssmerter. At somaliske kvinner ikke ønsket smertelindring sto i sterk kontrast til hva Johansens informanter selv uttrykte i intervjuer (ibid. 2011).

Jordmødrene jeg ble kjent med under feltarbeidet reproducerer diskursen om den naturlige fødselen på en mer måteholden måte enn den Johansen beskriver. I en samtale med jordmor Johanne sier hun følgende om sitt syn på svangerskap og fødsel:

Men det er to måter å se på dette. Enten kan man jobbe for å se det friske mennesket og forebygge komplikasjoner. Da må man selvfølgelig sjekke at det ikke forekommer symptomer som kan være farlige. Men inntil vi finner slike symptomer anser vi kvinnen for frisk og ser ikke behovet for å følge opp med ultralyd eller andre mer teknologiske undersøkelser hele tiden. Det er liksom en måte å sykelliggjøre den gravide kvinnen. Jeg tilhører den typen jordmor som ser den friske kvinnen. Den andre måten å se det på er å nesten gå ut i fra at noe kommer til å gå galt. Hele tiden lete etter hva det kan være som kan gå galt. Da blir all denne teknologien mer relevant. De ser den gravide som en syk kvinne. Vår jobb er å sørge for at vi oppdager eventuelle faresignaler slik at de kvinnene som faktisk trenger det blir fulgt opp av leger som har et slikt perspektiv.

Jordmorrollen er kompleks, og preges av flere utfordringer enn de jeg har kunnet utdype i denne oppgaven. I tillegg til de til dels motstridende rollene som veileder og som faglig autoritet, som representant for en moderne biomedisinsk vitenskap og for en lang tradisjon av mer erfaringsnære og hverdagslige fødselshjelpere, er jordmødrene også en del av velferdsstatens førstelinje. De er en del av et større helsesystem og spiller roller både som velferdsstatens voktere og arbeidere med liten innflytelse på egen situasjon. Jordmødrenes yrkesidentitet, deres forhandling mellom ulike kunnskapssystem og ulike forventninger og

⁹ Infibulasjon er den mest omfattende formen for kjønnslemlestelse hvor vev fra klitoris og de indre kjønnslepper fjernes. De ytre kjønnslepper skrapes eller skjæres slik at det dannes sårflater som gror sammen når de festes mot hverandre. Kun en liten åpning ved skjeden gir rom for passasje av urin og menstruasjonsblod (Johansen 2011:166).

krav, og deres handlingsrom er et felt som kan utforskes ytterligere og diskuteres i lengden. I denne oppgaven har jeg belyst hvordan den komplekse jordmorrollen påvirker møtet mellom jordmødre og innvandrerkvinner på en norsk helsestasjon.

Kjønn og likestilling

Svangerskapskontrollen, som står i sentrum for denne oppgaven, har en tydelig kjønnsdimensjon. Selv om ikke dette har vært en del av den eksplisitte analysen i oppgavens tidligere kapitler, ligger kjønnsdimensjonen som et implisitt fundament i alle de empiriske eksemplene. Svangerskapskontrollene handler om kvinner, kvinners kropp og kvinners psyke. Jordmødrene er, som i de fleste omsorgsykker, kvinner (Haukelien 2013), og profesjonen er en av få som har beholdt et kjønns spesifikt ord i tittelen. Alle informantene som har delt av sin hverdag med meg i forbindelse med denne oppgaven er kvinner. Kjønnroller og forventninger til kvinner var et tema som ofte kom opp i samtaler med både innvandrerkvinnene og jordmødrene. Spesielt ble ulik praksis rundt kvinnens status i barseltiden ofte trukket frem. De empiriske eksemplene fra kapittelet om kommunikasjon viste hvordan kjønn kan være en begrensende faktor for bruk av tolk da mannlige tolker oppleves som et problem. Seksualitet og reproduksjon er sentrale temaer i den norske likestillingsdebatten. Jordmødrenes arbeidsfelt kan dermed betraktes som praktiske uttrykk for kjønn- og likestillingspolitikk. Diskursen om en naturlig fødsel som preger jordmoridentiteten, er et eksempel på dette. I den offentlige debatten har det blitt diskutert hvorfor det forventes at kvinner skal tåle sterke smerter under fødselen mens andre naturlige smertefulle tilstander, som også menn opplever, bedøves.¹⁰ Svangerskapskontrollen kan sees på som en samhandlingssituasjon hvor sosialt og biologisk kjønn møtes.

¹⁰ Under skriveprosessen med denne oppgaven blusset diskusjonen om smertelindring under fødsler opp i den offentlige debatten i Norge. En professor i anestesi ved Oslo universitetssykehus uttalte blant annet at den informasjon om smertelindring som blir gitt til gravide er utdatert. Han stiller også spørsmålstegn ved hvorfor smerte under fødsler er akseptert, mens smertelindring ved andre naturlige fenomen, som for eksempel nyrestein, blir tatt for gitt. (Roald et al., 2015) Utspillet ble besvart med en kronikk av Ellen Blix og Trine Schauer Eri, henholdsvis professor og førsteamanuensis i jordmorfaget. De argumenterte med at «*smerten appellerer til støtte og omsorg fra omgivelsene, og det å klare smerten gir en følelse av mestring*» (Blix og Eri, 2015). Kronikken skapte videre reaksjoner hos mødre som selv hadde valgt å føde med medisinsk smertelindring.

I løpet av feltarbeidet fikk jeg tilgang til informasjon om innvandrerkvinnens rettigheter og situasjon også utenfor helsestasjonen. Kvinnene som deltar i mor-barngruppen er deltakere i introduksjonsprogrammet for flyktninger som er i morspermisjon. Personer mellom 18 og 55 år som har fått innvilget asyl har både rett og plikt til å delta i introduksjonsprogrammet fra det øyeblikket de har fått tildelt en kommune å bosette seg i. De får utbetalt introduksjonsstønad som i dag tilsvarer 176 000 kr (1,5G) i året (Introduksjonsloven 2003) og har rett til inntil tre år med norskopplæring. Ved fødsel kan de ta opp til ti måneders permisjon uten stønad (Forskrift til Introduksjonsloven 2003). Ettersom de ikke er i arbeid har de ikke krav på foreldrepenger¹¹, men kan motta engangsstønad på 44 190 kr (Nav.no 2015). Dette vil si at deres økonomiske uavhengighet svekkes betraktelig i det de får barn.

Dersom de tar ut permisjon ved fødsel, har kvinnene rett til den norskopplæringen de går glipp av i perioden, men retten til norskopplæring har en absolutt grense på fem år etter bosetting i en kommune (Likestillings- og diskrimineringsombudet 2014). Flere av kvinnene i mor-barngruppen som var i permisjon med et barn født i løpet av de siste ti månedene var igjen gravide. Disse kvinnene har ikke en reell mulighet til å fullt benytte seg av retten til norskopplæring. Sett i sammenheng med at den undervisningen de får stykkes opp av permisjonstiden, er forutsetningene for å lære norsk dårligere for denne gruppen enn for de mannlige deltakerne i introduksjonsprogrammet. Likestillings- og diskrimineringsombudet (2014) har konkludert med at femårsfristen for rett til norskopplæring strider i mot likestillingsloven.

Jeg har gjennom oppgaven vist at språk er en betydelig utfordring for innvandrerkvinnens tilgang til god helsehjelp. Situasjoner, som den Frewini beskriver om at hun ikke visste at datteren skulle fødes ved keisersnitt før de skar i henne, kunne ha vært unngått hvis hennes språkopplæring var bedre. I Den norske legeförenings rapport om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere (Abraham et al.2008) vises det til at mangelfull kommunikasjon mellom innvandrere og helsepersonell utgjør en konstant risiko for feilbehandling. Den absolutte femårsfristen for norskopplæring svekker mødres mulighet til å lære seg norsk og gjør dette

¹¹ Foreldrepenger er den økonomiske støtten man får når man tar permisjon fra arbeid for å være hjemme med spedbarn. For å ha rett på dette må man ha hatt pensjonsgivende inntekt eller vært fulltidsstudent i seks av de siste ti månedene før fødsel. Hvis mor ikke har rett til foreldrepenger, har heller ikke far det, selv om han er i fullt arbeid (Nav.no 2013).

på bakgrunn av at de nettopp er mødre. Dette kan få store helsemessige konsekvenser for kvinnene og påvirke deres liv i Norge på de fleste arenaer. Selv om språklige barrierer ikke er det eneste som gjør kommunikasjonen mellom jordmødrene og innvandrerkvinnene krevende, er det ingen tvil om at bedre norskkunnskaper hos innvandrerkvinnene vil forbedre den oppfølging og veiledning de får.

Sosialantropolog og sosionom Marianne Rugkåsa (2011) har studert arbeidskvalifiserende tiltak rettet mot minoritetskvinner i Norge. Hun viser til at norsk integreringspolitikk vektlegger innvandrerkvinnens yrkesdeltakelse spesielt som et «*virkemiddel for integrasjon av den generelle innvandrerbefolkning, for fattigdomsbekjempelse og for å oppfylle politiske mål om kjønnslikestilling*» (ibid. 2011:231). Det finnes med andre ord et politisk ideal om å sørge for like rettigheter for innvandrerkvinner. Femårsfristen for rett til norskopplæring står i kontrast til dette. Denne kontrasten mellom politiske ideal og praksis som oppstår i skjæringspunktet mellom norsk likestillings- og integreringspolitikk er et tema som åpner for diskusjon. Hvilke konsekvenser dette får for innvandrerkvinnens helse, sikkerhet og mulighet til å delta i samfunnet er spørsmål jeg håper videre studier vil se nærmere på.

Skjult bak personlige og kulturelle modeller

Jeg har gjennom oppgaven kommet tilbake til Shores teori om personlige og kulturelle modeller (1996). Som beskrevet innledningsvis, egner den seg godt til å se på møtet mellom jordmor og innvandrerkvinner som kommer til kontroll. Grunnen til dette er at hans perspektiv på kultur som «*(...) a very large and heterogeneous collection of models or what psychologists sometimes call schemas*» (Shore 1996:44), er svært fleksibelt. Mennesker forenkler kontinuerlig virkeligheten gjennom å gjøre den om til modeller. Det er dermed fullt mulig å lage seg nye modeller som enten forblir personlige, eller deles med andre gjennom sosialisering og delte erfaringer. Det er også mulig å tilegne seg nye kulturelle modeller som allerede er delte i et samfunn (ibid. 1996). Om dette er resultat av bevisste valg er Shore uklar på, selv om han poengterer at evnen til å danne eller tilegne seg nye modeller krever en åpen, kreativ og bevisst intelligens (ibid. 1996:372). Teoriens fleksibilitet gjør at den kan belyse en hel rekke av empiriske eksempler og at den egner seg til å se på både god kommunikasjon og misforståelser på svangerskapskontrollen, men den har også en pris. Shore sier at: «*(...)the idea of a cultural model is also imprecise, serving as a catchall phrase for many different kinds of cultural knowledge*» (ibid. 1996:45). Denne upresise fleksibiliteten gjør at teorien ikke får frem alle aspektene ved de eksemplene den belyser.

I kapittelet om kommunikasjon argumenterer jeg for at kommunikasjon fungerer bedre dersom samtalepartnerne har realistiske forventninger til hva motparten vil si. Jeg bruker Shore sin teori til å vise hvordan personer danner eller tilegne seg lignende kognitive modeller. Dette bidrar til å gi dem realistiske forventninger til hverandre. Teorien forteller oss ingenting om hva disse modellene, eller forventningene handler om. For å sette det på spissen, kan man si at teorien om personlige og kulturelle modeller er en teori om tankenes form, ikke tankenes innhold. Selv om Shores teori i mange tilfeller kan være med å gi et bilde også av tankenes innhold, beskriver den først og fremst hvordan innholdet har blitt til. Det er dette som gjør at den alene ikke får frem alle relevante aspekter i en situasjon.

Et godt eksempel på dette finner vi i kapittelet om veiledning på svangerskapskontroll hvor jeg tyr til Berger og Luckmanns (1971) tanker om delt kunnskap for å få frem flere aspekter ved innvandrerkvinnenes terskel for å søke helsehjelp. Selve konseptet delt kunnskap er ikke ulikt Shores egne tanker om delte kulturelle modeller. Shore presiserer også at: «*Cultural models are socially distributed in that not all members of a community will share all models*» (Shore 1996:312). Hans teori får likevel ikke tydelig frem hvordan kunnskap eller modeller er sosialt distribuert og at det med distribusjon av kunnskap følger en distribusjon av makt.

Shores teori får heller ikke frem maktaspektet ved Lilas svangerskapskontroller. Det er først når jeg supplerer denne med Knudsens studie av kognitive modeller hos vietnamesiske flyktninger at dette kommer frem (1990, 1995). Knudsen peker på flyktninger ofte justerer kognitive modeller blant annet for strategisk å tilpasse seg en situasjon hvor andre personer har innflytelse over deres rettigheter og juridiske status. Slike kognitive modeller kan være med å påvirke samhandling med helsepersonell, selv om deres juridiske status ikke lenger står på spill. Teorien om personlige og kulturelle modeller bidrar til å forklare både innvandrerkvinnenes og jordmødrenes atferds- og holdningsmønstre. Ved å supplere denne med andre teoretiske perspektiv har jeg fått frem flere aspekter ved mine empiriske eksempler.

Det felles menneskelige

For å bedre forstå kommunikasjon på tvers av språklige barrierer har jeg i denne oppgaven brukt Pina-Cabral's (2009) perspektiver på det felles menneskelige. Jeg har pekt på at referanser til grunnleggende fellestrekk mellom mennesker som en menneskelig kropp og en

felles verden, ser ut til å muliggjøre kommunikasjon på tvers av språklige barrierer. Dette ståstedet er ikke uproblematisk. Antropologifaget har dokumentert de enorme sosiale variasjonene som finnes mellom mennesker, og Pina-Cabrals tro på at en felles verden og en felles kropp kan muliggjøre kommunikasjon kan sees på som en forenkling av virkeligheten. Jeg vil her problematisere og utdype Pina-Cabrals synspunkter ved vise hvordan han argumenterer for dem innen for rammen av en faglig debatt. Slik håper jeg å bygge opp under analysen om kommunikasjon på helsestasjonen og i mor-barngruppen i forrige kapittel.

Etter fagets representativitetskrise på 80-tallet, hvor antropologien kritiserte seg selv for å sette vestlig rasjonalitet og kunnskap over andres, har det kommet frem en retning som «*i stedet for å studere folks kunnskap om verden har begynt å ta folks verdener på alvor og heller studere hvordan de frembringer sine verdener*» (Remme 2013:8). Sosialantropolog Jon Henrik Ziegler Remme (2013) har gitt en oversikt over det som har blitt kalt den ontologiske vendingen i faget. Han peker blant annet på et viktig spørsmål den utbredte bruken av ontologibegrepet medfører: «*Finnes det mange ulike syn på en felles grunnleggende virkelighet, eller finnes det snarere mange ulike virkeligheter?*» (ibid. 2013:8). Et slikt spørsmål visker ut en hierarkisk forskjell mellom vestlig og annen rasjonalitet. Samtidig kan det hevdes at en diskusjon om hvorvidt det finnes flere virkeligheter fremhever forskjeller mellom mennesker, og løfter disse opp på et nytt nivå hvor forskjellen overskygger det felles menneskelige. Det er dette Pina-Cabral refererer til når han hevder at antropologien lider av et alt-eller-ingenting-syndrom. Han mener at selv om man ikke fullt ut kan representere andres verdensbilde, er det mulig å si noe om fellestrekkene mellom mennesker (Pina-Cabral 2009).

Sosialantropolog Roger M. Keesing har i *Culture Revisited* (1994) også kritisert antropologien for å definere de vi studerer som radikalt forskjellige. Når det gjelder bruk av en felles verden og en menneskelig kropp som felles referanseramme, har han et mer nyansert syn enn Shore:

Culturally constructed bodies and bodily images unquestionably vary in different times and places. Yet anthropology's theoretical predilections and disciplinary interests run in this direction and make us prone both to overstate the case and miss or underestimate a reverse phenomenon (ibid. 1994:305).

Keesing stiller spørsmålsteget ved hvorvidt det er mulig å hevde at mennesker opplever verden gjennom kroppen på en grunnleggende lik måte. Hvis dette ikke er tilfellet blir

argumentet om at menneskekroppen er en felles fortolkningsramme som muliggjør kommunikasjon, svekket. Samtidig kritiserer Keesing antropologene for å overse likheten mellom de ulike variasjonene av sosialt konstruerte kropper fordi de vektlegger variasjonene i for stor grad, noe som langt på vei resonerer med Pina-Cabrals syn på faget. At også menneskekropper er sosial konstruerte, betyr ikke at de ikke har noen grunnleggende fellestrekk.

Til tross for Keesings mer nyanserte syn på menneskekroppen, står Pina-Cabrals overordnede poeng støtt etter en sammenligning med Keesing. Ved å fokusere også på det mennesker har til felles, kan man finne en felles referanseramme som kommunikasjon kan tolkes innenfor. Om denne referanserammen er menneskekroppen, den felles verden, felles kognitive prosesser eller noe helt annet, er noe man finner ut først ved å inkludere likhetstrekk, i tillegg til variasjon, i de antropologiske analysene.

Eksempelene fra helsestasjonen viser at kommunikasjon på tvers av språk er vanskelig, selv med hjelp av tolk. I tillegg til språkbarrieren kommer ulike sosial bakgrunn og ulike personlige og kulturelle modeller som påvirker jordmødrenes og innvandrerkvinnenes atferds- og holdningsmønstre på ulikt vis, og bidrar til misforståelser. Dette antyder at det finnes noen tungtveiende relevante forskjeller mellom mennesker som kan skygge over for fellestrekkene og gjøre samhandling og kommunikasjon vanskelig. Samtidig taler eksempelet fra mor-barngruppen for at mennesker, uavhengig av språk og sosial bakgrunn, har langt flere fellestrekk enn ulikheter, og at dette er noe som muliggjør kommunikasjon. Evnen til å danne seg nye personlige modeller og tilegne seg nye kulturelle modeller kommer blant annet frem gjennom historiene om Frewini, Hewit og Alba. Disse historiene vitner om at mennesker, til tross for sosial variasjon, er grunnleggende like hverandre. Disse eksemplene støtter opp under Pina-Cabrals ide om at mennesker deler en felles referanseramme ved å dele en verden, en kropp og noen grunnleggende sosiale fellestrekk.

Ved å sammenligne de empiriske eksemplene fra mor-barngruppen og helsestasjonen, som jeg gjorde i forrige kapittel, og ved å se dette i sammenheng om den faglige debatten presentert her, argumenterer jeg for at en felles menneskelighet danner et viktig fundament for kommunikasjon på tvers av språklige barrierer. En sentral del av denne felles menneskeligheten er en kropp, som kan være sosialt konstruert på ulikt vis, men som har en lang rekke grunnleggende fellestrekk. Svangerskapskontrollen viktigste samtaletemaer,

svangerskap og fødsel, åpner for å referere til disse fellestrekkene i stor grad. Ved å fokusere på dette, tror jeg mye ligger til rette for ytterligere å forbedre kommunikasjonen mellom jordmødre og innvandrerkvinner på svangerskapskontroll.

Oppsummering og muligheter for videre forskning

Jeg har i dette kapitlet oppsummert oppgavens empiri og analyse og pekt på at innvandrerkvinner svangerskapskontroller er komplekse samhandlingssituasjoner hvor kommunikasjon er krevende. På bakgrunn av dette har jeg argumentert for at økt kunnskap om innvandreres rettigheter og situasjon i Norge kunne ha gjort denne kommunikasjonen noe lettere. Videre har jeg reflektert over det paradoksale likhetsbegrepet og pekt på hvordan dette skaper utfordringer for jordmødrenes samhandling med innvandrerkvinnene. Jeg har også reflektert over jordmødrenes yrkesidentitet og pekt på deres forhandling mellom rollen som faglig autoriteter og rollen som antiautoritære støttespillere for den gravide. Ved å se nærmere på kjønnsdimensjonen i det empiriske materialet har jeg påpekt en kontrast mellom politiske mål og praksis som stiller innvandrerkvinner i en svak posisjon, blant annet med hensyn til språkopplæring. Jeg har satt dette i sammenheng med svangerskapskontrollene ved å antyde hvilke helsemessige konsekvenser det kan ha for kvinner ikke å beherske norsk. I kapitlets siste del har jeg drøftet Shores (1996) teori om personlige og kulturelle modeller, og diskutert dens styrker og svakheter i forhold til oppgavens empiri. Til slutt har jeg problematisert og utdypet Pina-Cabrals (2009) perspektiver på det felles menneskelige ved å vise til fagdebatten han retter seg mot. Ved å se de empiriske eksemplene i denne oppgaven i sammenheng med hverandre i lys av denne debatten, står jeg fast ved å hevde at referanser til en delt verden og en felles menneskelig kropp, danner et godt utgangspunkt for kommunikasjon på tvers av språklige barrierer også på helsestasjonen.

I løpet av kapitlet har jeg antydnet noen områder hvor det finnes betydelige muligheter for videre studier. Jeg avslutter dette siste kapitlet med å komme med en begynnende ide til en mer omfattende studie som bygger videre på denne oppgavens tematikk. Å sammenligne det materialet jeg samlet inn i forbindelse med denne oppgaven, med norske kvinners møte med jordmødre, tror jeg vil kunne bidra til en dypere innsikt i den norske svangerskapsomsorgen. Det vil også være interessant å inkludere jordmødre som selv er innvandrere i denne komparasjonen. I en slik studie ville det være nødvendig å se nærmere på jordmødrenes reelle handlingsrom. For bedre å forstå deres mulighet til å tilpasse svangerskapsomsorgen til hver

enkelt kvinne, er det nødvendig å studere rammene som er satt for deres yrkesutøvelse. Dette inkluderer blant annet økonomiske forhold og plassering i et byråkratisk hierarki med bestemte spilleregler. Ved å granske disse rammene vil det også være mulig å se nærmere på hvordan jordmødrene manøvrerer dem i den praktiske og hverdagslige samhandlingen med gravide kvinner. Jeg tror at en slik studie vil kunne bidra til en diskusjon om den norske velferdsstatens evne til å etterleve sine idealer og tilby en trygg og tilpasset helsetjeneste til alle landets innbyggere.

SLUTTORD

I innspurten av skriveprosessen ble stortingsmeldingen *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* lagt frem (St. mel. nr. 26 (2014-2015)). Den nevner svangerskapsomsorgen som særlig utfordrende for noen innvandrergupper og etterspør kunnskap om de barrierer innvandrere opplever når det gjelder tilgang til tjenester. Kommunikasjon på tvers av språkbarrierer blir løftet frem som et område med stort forbedringspotensial (ibid.:150-151). Det empiriske materialet og analysen jeg har presentert i denne oppgaven belyser både barrierer for tilgang til helsetjenester og kommunikasjon på tvers av språkbarrierer. Det har vært mitt ønske at min analyse av disse observasjonene skal kunne bidra til en forklaring på hvorfor ikke-vestlige innvandrerkvinneres fødsler er mer risikable enn andres og jeg håper at fremtidig forskning vil ser nærmere på dette.

Jeg vil avslutte denne oppgaven med å komme tilbake til noen forhold jeg har blitt oppmerksom på hvor det er min mening at en politisk endring må til. Den første av disse er at kunnskap om innvandringspolitikk, innvandreres ulike juridiske statuser, og rettigheter knyttet til disse burde inkluderes i læreplanen på jordmorutdanningen. Allerede utdannede jordmødre burde tilbys jevnlig kurs på feltet for å få og vedlikeholde den relevante kunnskapen på området. Dette kan bidra til at jordmødrene lettere kan sette seg inn i innvandrerkvinnerens livssituasjon og forstå de utfordringer de møter. I tillegg burde helsestasjonene tildeles midler øremerket bestilling av kvalifiserte tolker. Så lenge disse utgiftene blir trukket fra samme budsjett som helsestasjonens øvrige utgifter, er jordmødre tvunget til å sette økonomiske hensyn opp mot behovet for tolk. Å gjennomføre disse endringene krever en politisk vilje til å investere nødvendige midler på lokalt og nasjonalt nivå. Slik vil gravide innvandrerkvinner få tilgang til helsetjenester tilpasset den enkeltes forutsetninger og behov, slik lovverket krever.

Et annet forhold jeg vil peke på her er innvandrerkvinneres økonomiske og sosiale rettigheter i forbindelse med svangerskap og fødsel. Foreldrepengeordningen i Norge, som gir kvinner inntekter når de tar permisjon etter en fødsel, har vært viktig for norske kvinners økonomiske uavhengighet. Innvandrerkvinner som er deltakere i introduksjonsprogrammet burde få tilsvarende rettigheter når de tar permisjon etter fødsel. Dette vil bidra til at deres økonomiske stilling ikke blir svekket av at de får barn. På samme måte mener jeg at femårsfristen for rett

til norskopplæring må fjernes, slik at kvinner kan få de samme mulighetene til å lære seg norsk som menn.

Til sist vil jeg rette meg mot den norske asylpolitikken. Mitt empiriske materiale er fullt av eksempler på det jeg vil kalle uverdige behandling av mennesker. Jeg har i oppgaven vist til flere familier som splittes, vist til at barn vokser opp i kummerlige og uverdige forhold og vist hvordan menneskers liv settes på vent i uutholdelig lang tid, selv etter at de har fått innvilget asyl. Jeg tror det er behov for store omveltninger i det politiske og byråkratiske systemet som regulerer innvandring til Norge. Her vil jeg peke på noen få konkrete tiltak jeg anser som nødvendige. For det første må de personer som har fått innvilget asyl få tildelt en bosettingskommune raskere. For at dette skal kunne skje, må kommunene få øremerkede bevilgninger fra staten til formålet, samtidig som de pålegges å ta i mot et bestemt antall personer. I dag er dette opp til hver enkelt kommune å bestemme, og kommuneøkonomien legger begrensninger på hvor mange som bosettes. Videre mener jeg at medlemmer av familier som formes under den lange ventetiden på svar på asylsøknader, bør få sine søknader behandlet i sammenheng med hverandre. Historier som Lilas og Albas, som jeg har fortalt i denne oppgaven, hvor kvinner sitter med et tung eneansvar for et barn fordi barnets far har fått avslag på sin asylsøknad, kunne på denne måten ha vært unngått. Dette er noen konkrete endringer jeg mener vil gjøre den norske asylpolitikken mer human.

Slik håper jeg at innvandrerkvinner ikke bare kan ha tilgang til en god og tilpasset svangerskapsomsorg som jordmødrene i dag strekker seg langt for å tilby, men også kan leve et tryggere liv i det norske samfunnet.

LITTERATUR

Aarøy, Torunn A (2014) *Nå tror hun KK er på rett vei - Bergens Tidende* Tilgjengelig fra http://www.bt.no/share/article-3132564.html?product_id=HD&duration=01 (lest 13. november 2014)

Abraham, Ruth, Sletnes, Terje og Shuja, Anjam Latif A. Nissen-Meyer Matias (2008) *Likeverdig helsetjeneste?: om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere*, Oslo, Den norske legeforening.

Ahlberg, Nora og Vangen, Siri (2005) Svangerskap og fødsel i et flerkulturelt Norge. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 125 (5), s. 586-588.

Barnes, J. A. (1954) *Class and committees in a Norwegian island parish*, London.

Berger, Peter L. og Luckmann, Thomas (1971) *The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge*, Harmondsworth, Penguin.

Bernard, H. Russell (1994) *Research methods in anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches.*, London, Sage Publications.

Blystad, Hans (2010) *Hepatitt B - veileder for helsepersonell - Folkehelseinstituttet* Tilgjengelig fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=82749> (lest 8. april 2015)

Castello, Claudio (2015) *Forvirring om asylbarnavtale* Tilgjengelig fra <http://www.utrop.no/Nyheter/Innenriks/28776> (lest 16. april 2015)

Castello, Claudio (2014) *Høye aborttall blant innvandrere* Tilgjengelig fra <http://www.utrop.no/Nyheter/Innenriks/28142> (lest 4. desember 2014)

Damsgård, Eirik og Rosenvinge, Morten (2015) *Flyktninger får ikke med pasientjournalen* Tilgjengelig fra <http://www.nrk.no/sorlandet/1.12251082> (lest 15. april 2015)

Dyb, Evelyn og Johannessen, Katja (2009) *Bostedsløse i Norge 2008: en kartlegging*, Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning.

Eriksen, Thomas Hylland og Nielsen, Finn Sivert (2002) *Til verdens ende og tilbake : antropologiens historie*, Bergen, Fagbokforlaget.

Fjell, Tove Ingebjørg (1998) *Fødselens gjenfødelse: fra teknologi til natur på fødearenaen*, Kristiansand, Høyskoleforlaget

Fjell, Tove Ingebjørg. (1996) *Blikket vendes: fødsel i endring*. Doktoravhandling, Universitetet i Bergen..

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjeneste (2003) *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/forskrift/2003-04-03-450>

Forskrift til Introduksjonsloven (2003) *Forskrift om fravær og permisjon ved nyankomne innvandreres deltakelse i introduksjonsordning*. Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/forskrift/2003-07-18-973>

Giddens, Anthony (1994) *Modernitetens konsekvenser*, København, Hans Reitzels Forlag.

Goffman, Erving (1969) *The presentation of self in everyday life*, London, Penguin.

Goffman, Erving (1963) *Stigma: notes on the management of spoiled identity*, New York, Simon & Schuster.

Gullestad, Marianne (2002) Invisible Fences: Egalitarianism, Nationalism and Racism. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 8 (1), s. 45-63.

Gullestad, Marianne (2001) Likhetens grenser. I Vike, Halvard, Lidén, Hilde og Lien, Marianne (red.) *Likhetens paradokser: antropologiske undersøkelser i det moderne Norge*. Oslo, Universitetsforlaget, s. 32-67.

Gullestad, Marianne (1989) *Kultur og hverdagsliv: på sporet av det moderne Norge*, Oslo, Universitetsforlaget.

Gupta, Akhil og Ferguson, James (1997) Discipline and Practice: The Field as Site, Method and Location in Anthropology. I Akhil, Gupta og James, Ferguson (red.) *Anthropological Locations: Boundaries and Grounds of a Field Science*. Berkeley, University of California Press, s. 1-46.

Haukelien, Heidi (2013) Omsorgsykker, hierarki og kjønn: Historiske linjer. *Norsk antropologisk tidsskrift*, 24 (03-04).

Heggenhougen, H. K. (1980) Father and childbirth: An anthropological perspective. *Journal of Nurse-Midwifery*, 25 (6), s. 21-26.

Helman, Cecil G. (1994) *Culture, health and illness : an introduction for health professionals*, Oxford, Butterworth-Heinemann.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle - Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*, Oslo, Helsedepartementet.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helse Bergen Haukeland Universitetssjukehus (2015a) *Storken* Tilgjengelig fra <http://www.helsebergen.no/no/OmOss/Avdelinger/Kvinneklinikken/fodeseksjonen/Sider/storken.aspx> (lest 2. april 2015)

Helse Bergen Haukeland Universitetssjukehus (2015b) *Føde 1* Tilgjengelig fra <http://www.helsebergen.no/no/OmOss/Avdelinger/Kvinneklinikken/fodeseksjonen/Sider/fode1.aspx> (lest 14. april 2015)

Helsedirektoratet (2013) *Kartlegging av tolkebruk i kommunehelsetjenesten*, Oslo, Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2005a) *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*, Oslo, Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2005b) *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet.*, Oslo, Helsedirektoratet.

Helsenorge (2014) *Fødested* Tilgjengelig fra <https://helsenorge.no/fodsel/fodested> (lest 3. april 2015)

Hopkins, Mary Carol (1993) Is anonymity possible? Writing about refugees in the United States. *When they read what we write: The politics of ethnography*, s. 121-129.

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2011) *IMDi | Introprogram* Tilgjengelig fra <http://www.imdi.no/Introduksjonsordningen/introduksjonsprogram/> (lest 15. mars 2015)

Introduksjonsloven (2003) *Lov om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere (introduksjonsloven)* Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/lov/2003-07-04-80>

Johansen, Elise B. (2011) Smertefulle møter mellom jordmødre og somaliske fødekvinne i Norge. I Leseth, Anne og Solbrække, Kari Nyheim (red.) *Profesjon, kjønn og etnisitet*. Oslo, Cappelen Akademisk.

Jordmorforeningen.no *Hva gjør en jordmor* Tilgjengelig fra <http://www.jordmorforeningen.no/Hjem/Utdanning/Hva-gjoer-en-jordmor> (lest 16. mai 2015)

Jordmorforeningen.no *Fakta om jordmorutdanning i Norge* Tilgjengelig fra <http://www.jordmorforeningen.no/Hjem/Utdanning> (lest 6. april 2015)

Kavli, Hanne Cecilie og Nadim, Marjan (2009) *Familiepraksis og likestilling i innvandrede familier*, Oslo, Fafo.

Keesing, Roger M. (1994) Theories of Culture Revisited. I Borofsky, Robert (red.) *Assessing Cultural Anthropology*. New York, McGraw-Hill, s. 301-312.

Kjellehold, Alice (2011) *Retten til bolig og oppfølgingstjenester - En utredning for Kommunal og regionaldepartementet/Boligutvalget*, Stavanger, Universitetet i Stavanger.

Kleinman, Arthur (1980) *Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, Berkeley, University of California Press.

Knudsen, John Chr. (1995) When trust is on trial: Negotiating Refugee Narratives. I Daniel, E. Valentine og Knudsen, John Chr (red.) *Mistrusting refugees*. Berkeley, University of California Press.

Knudsen, John Chr. (1990) Cognitive Models in Life Histories. *Anthropological Quarterly*, 63 (3), s. 122-133.

Kurotani, Sawa (2004) Multi-sited Transnational Ethnography and the Shifting Construction Fieldwork". I Hume, Lynne og Mulock, Janet (red.) *Anthropologists in the Field: Cases in Participant Observation*. New York, Columbia University Press, s. 201-215.

Lakoff, George og Johnson, Mark (1980) *Metaphors we live by*, Chicago, University of Chicago Press.

Lien, Marianne (2001) Likhhet og likeverd: Gavebytter og integrasjon i Båtsfjord. I Vike, Halvard, Lidén, Hilde og Lien, Marianne (red.) *Likhetens paradokser: antropologiske undersøkelser i det moderne Norge*. Oslo, Universitetsforlaget, s. 86-109.

Likestillings- og diskrimineringsombudet (2014) *12/2423 Kjønnsdiskriminering med en absolutt femårsfrist for rett til norskopplæring* Tilgjengelig fra <http://www.ldo.no/nyheter-og-fag/klagesaker/2014/122423-Kjonnsdiskriminering-med-en-absolutt-femarsfrist-for-rett-til-norskopplaring/> (lest 11. mai 2015)

Lock, Margaret M. og Nguyen, Vinh-Kim (2010) *An anthropology of biomedicine*, Chichester, Wiley-Blackwell.

Lund, Agnethe (2014) *Gi oss bedre journalistikk! - Bergens Tidende* Tilgjengelig fra <http://www.bt.no/share/article3203921.ece> (lest 13. november 2014)

Lunde, Elin Skretting og Kjølvig, Julie (2012) *Bruk av fastlegetjenesten, halvparten av innvandrerne til fastlegen* Tilgjengelig fra <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/halvparten-av-innvandrerne-til-fastlege> (lest 5. februar 2014)

Magelssen, Ragnhild (2012) *Hva lærer fremtidige sykepleiere om Migrasjon & helse: En kartlegging av bachelorstudiet i sykepleie i Helse Sør-Øst*, Oslo, Nakmi.

Marianne Rugkåsa (2011) Mellom omsorg og politikk: Profesjonsutøveres dilemmaer. I Leseth, Anne og Solbrække, Kari Nyheim (red.) *Profesjon, kjønn og identitet*. Oslo, Cappelen Akademisk.

Martin, Emily (1989) *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*, Milton Keynes, Open University Press.

Moster, Dag og Askeland, Olaug (2014) Mors fødeland. *Fødselsnytt*, 2, s. 3.

Nav.no (2015) *Engangsstønad ved fødsel og adopsjon* Tilgjengelig fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kontakt+NAV/Utbetalinger/Snarveier/Satser.380089.cms?kap=380099> (lest 10. april 2015)

Nav.no (2013) *Spesielt om foreldrepenger til far* - www.nav.no Tilgjengelig fra <https://www.nav.no/no/Person/Familie/Venter+du+barn/Spesielt+om+foreldrepenger+til+far.347656.cms> (lest 4. april 2015)

Neumann, Cecilie Basberg (2011) Det profesjonelle blikket: Om betydningen av etnisitet, klasse og kjønn i helsesøstres tolkningsarbeid. I Leseth, Anne og Solbrække, Kari Nyheim (red.) *Profesjon, kjønn og etnisitet*. Oslo, Cappelen Akademisk.

NOKUT *Utdanning fra utlandet - NOKUT* Tilgjengelig fra <http://www.nokut.no/no/Utdanning-fra-utlandet> (lest 4. april 2015)

NOU 2014:8 (2014) *Tolking i offentlig sektor: et spørsmål om rettssikkerhet og likverd*, NOU 2014:8:Oslo, Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet,.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Pina-Cabral, João de (2009) The All-or-Nothing Syndrome and the Human Condition. *Social Analysis*, 53 (2), s. 163-176.

Ravn, Malin Noem. (2004) *En kropp: to liv: svangerskapet, fosteret og den gravide kroppen - en antropologisk analyse*. 2004:72 Doktoravhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

REK *Regionale etiske komiteer for medisinsk forskning helsefaglig forskningsetikk* Tilgjengelig fra <https://helseforskning.etikkom.no> (lest 12. november 2014)

REK Vest. 1.12.2013. *Fremleggingsvurdering*. (e-post til e-post til Marte E. S. Haaland.)

Remme, Jon Henrik Ziegler (2013) Den ontologiske vendingen i antropologien. *Norsk antropologisk tidsskrift*, 24 (01).

Røssum, Eystein (2015) *Ein dårleg rygg splittar familien* Tilgjengelig fra <http://www.bt.no/share/article-3354239.html> (lest 6. mai 2015)

Saastad, Eli, Vangen, Siri og Frederik Frøen, J. (2007) Suboptimal care in stillbirths – a retrospective audit study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86 (4), s. 444-450.

Sandvik, Gunnhild Blåka (1997) *Moderskap og fødselsarbeid: diskurser i reproduktivt arbeid*, Bergen-Sandviken, Fagbokforl.

Shore, Bradd (1996) *Culture in mind: cognition, culture, and the problem of meaning*, New York, Oxford University Press.

SSB (2008a) *Ny innvandrerguppering - SSB* Tilgjengelig fra <http://www.ssb.no/omssb/om-oss/nyheter-om-ssb/ny-innvandrerguppering> (lest 16. februar 2015)

SSB (2008b) *Hva skal «innvandreren» hete? - SSB* Tilgjengelig fra <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/hva-skal-innvandreren-hete> (lest 16. februar 2015)

St. mel. nr. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*, Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet,.

St. meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*, Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet,.

Statens helsetilsyn (1998) *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, Oslo, Statens helsetilsyn.

Universitetet i Tromsø (2013) *Fagplan for jordmorutdanning* Tilgjengelig fra <http://uit.no/Content/342767/Fagplan%20Jordmorutdanning%20sist%20endret%2024.06.2013.pdf> (lest 5. april 2015)

Utlendingsdirektoratet (2014) *Årsrapport 2013: Hvem fikk beskyttelse? - UDI* Tilgjengelig fra <http://www.udi.no/statistikk-og-analyse/arsrapporter/arsrapport-2013/hvem-fikk-beskyttelse> (lest 12. oktober 2014)

Utlendingsnemnda (2012) *Familieinnvandring - Utlendingsnemnda* Tilgjengelig fra <http://www.une.no/sakstyper/Familieinnvandring/> (lest 12. oktober 2014)

Valenta, Marko (2012) Asylsøkeres opplevelse og mestring av stigma i hverdagen. *Asylsøkere i velferdsstatens venterom*. Oslo, Universitetsforl.

Vike, Halvard (2013) Egalitarianisme og byråkratisk individualisme. *Norsk antropologisk tidsskrift*, 24 (03-04).

Vike, Halvard, Lidén, Hilde og Lien, Marianne (2001) *Likhetens paradokser: antropologiske undersøkelser i det moderne Norge*, Oslo, Universitetsforlaget.

Viken, Berit (2004) *Mødre i et nytt land: en studie av flyktninger som er småbarnsmødre*, Tønsberg, Høgskolen i Vestfold.

Wikan, Unni (1996) Fattigdom som opplevelse og livskontekst: innsikt fra deltakende observasjon. Oslo, Ad notam Gyldendal, s. s. 181-202.

Wikan, Unni (1992) Beyond the words: the power of resonance. *American Ethnologist*, 19 (3), s. 460-482.

Yusuf, Kadra (2013) *De må leve i bokstavmørket* Tilgjengelig fra <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/De-ma-leve-i-bokstavmorket-7302251.html> (lest 10. februar 2015)

Zola, Irving Kenneth (1973) Pathways to the doctor—From person to patient. *Social Science & Medicine* (1967), 7 (9), s. 677-689.

Øien, Cecilie og Sønsterudbråten, Silje (2011) *No way in, no way out?: a study of living conditions of irregular migrants in Norway*, Oslo, Forskningsstiftelsen FAFO.

Øye, Christine og Bjelland, Anne Karen (2012) Deltagende observasjon i fare? - En vurdering av noen forskningsetiske retningslinjer og godkjenningsprosedyrer. *Norsk antropologisk tidsskrift*, 23 (02).