

Transkulturelle Betreuung unter der Geburt

Ein Praxisimplementierungsprojekt

Bachelorthesis

Casty Gioia

Heiniger Priska

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Hebamme

Bern, August 2011

INHALTSVERZEICHNIS

1	Abstract	3
2	Einleitung	4
3	Theoretischer Bezugsrahmen	8
	3.1 Transkulturelle Kompetenz.....	8
	3.2 Pflegeanamnese und Kommunikation im transkulturellen Kontext	12
	3.3 Prozess der Hebammenarbeit.....	14
4	Methoden	16
	4.1 Erfassung von wirksamen Massnahmen für die transkulturelle Geburtsbegleitung	17
	4.2 Erfassung der aktuellen Praxissituation.....	18
5	Ergebnisse	21
	5.1 Wirksame Massnahmen aus der Literatur	21
	5.2 Aktuelle Situation in der Praxis.....	26
	5.3 Vergleich der aktuellen Situation in der Praxis mit der Evidenz aus der Literatur	33
6	Diskussion	35
	6.1 Stärken und Schwächen der Arbeit	35
	6.2 Diskussion der Ergebnisse	36
	6.3 Empfehlung zur Implementierung der Massnahmen	42
7	Schlussfolgerung	45
8	Literaturverzeichnis	46
9	Anhang	49
	9.1 Beispiel einer Projektplanung	49

1 ABSTRACT

Einleitung: MigrantInnen gehören zu den verletzlichsten Menschen der Gesellschaft und sind Gesundheitsrisiken besonders ausgesetzt. Dies ist auch in der Geburtshilfe ersichtlich. So wurde in mehreren Studien belegt, dass bei MitgrantInnen die perinatale Sterblichkeitsrate erhöht ist und Komplikationen unter der Geburt vermehrt auftreten. Der Kontakt mit Familien ausländischer Abstammung beeinflusst die Arbeit der Hebamme, weshalb diese vermehrt über transkulturelle Kompetenzen verfügen muss.

Das Ziel dieser Arbeit soll sein, die aktuelle Situation bezüglich dieser Kompetenzen in der Praxis zu erfassen, mit theoretischen Grundlagen und aktueller Forschung zu vergleichen um anschliessend herauszufinden wie die transkulturelle Geburtsbetreuung durch die Hebamme professionell gestaltet werden kann.

Methode: Um die aktuelle Praxissituation zu erheben wurden Interviews mit Hebammen durchgeführt. Eine ausführliche Literaturrecherche diente anschliessend zum Beschreiben von wirksamen Massnahmen. Daraus wurden Empfehlungen für die Praxis abgeleitet.

Ergebnisse: Die nationalen Standards für kulturell und sprachlich angemessene Dienstleistungen im Gesundheitswesen (CLAS) sowie die NICE-Guideline zu Schwangerschaft und komplexe Soziale Faktoren nennen wertvolle Empfehlungen zur transkulturellen Arbeit. Die Praxisbefragung bestätigt die regelmässigen Begegnungen mit MigrantInnen und macht in der Praxis vorhandene Hindernisse und Schwierigkeiten ersichtlich.

Diskussion: Diskrepanzen zwischen Literaturempfehlungen und aktueller Vorgehensweise in der Praxis wurden festgestellt. Diese betreffen einerseits das Vermeiden von Kommunikationsbarrieren, wie den Einsatz von Übersetzungsmöglichkeiten und Hilfsmitteln, und andererseits Beziehungsgestaltung zwischen den MigrantInnen und Hebammen, durch die in der Praxis späte Kontaktaufnahme und zu geringe Erfassung der Migrantin und ihrer Lebenswelt.

Schlussfolgerung: Ein Veränderungsbedarf in der Praxis konnte klar aufgezeigt werden. Es wird empfohlen themenspezifische Weiterbildungen durchzuführen, professionelle Übersetzungsdienste und einfache anwendungsfreundliche Hilfsmittel zu nutzen, sowie eine Anamnese mit soziokulturellen Aspekten durchzuführen.

Schlüsselbegriffe: Transkulturelle Kompetenz, Geburtsbetreuung, Migration.

2 EINLEITUNG

Aufgrund politischer Instabilitäten und zunehmender Globalisierung hat sich die Migrationsbewegung in den letzten Jahren verstärkt und wurde weltweit zu einem sehr wichtigen Thema (BFM, 2010). Die Globalisierung ermöglicht mehr Mobilität und beschleunigt die Migration, wodurch die europäische Bevölkerung immer vielfältiger wird (BFM, 2010). Das zeichnet sich auch in der Schweiz ab, denn von 7,7 Mio. in der Schweiz lebenden Menschen sind 1,7 Mio. ausländischer Staatsangehörigkeit (BFS, 2009). Dies ist innerhalb Europas mit über 22% einer der höchsten Ausländeranteile der Gesamtbevölkerung (BFM, 2010).

Der Bevölkerungsanteil der MigrantInnen gehört unter anderen zu den verletzlichsten der Gesellschaft und ist Gesundheitsrisiken am stärksten ausgeliefert (Robinson, zitiert in Domenig 2007). Denn es ist bekannt, dass der Gesundheitszustand von MigrantInnen grösseren Belastungen ausgesetzt ist als derjenige der Einheimischen (Loncarevic, 2007). Bollini (zitiert in Hälg, Wallimann, Salis Gross & Wick Markoli, 2004) weist darauf hin, dass die Belastung der Migration selbst, der Bruch mit früheren sozialen Netzwerken, der unzureichende Zugang zu Gesundheitsdiensten und Diskriminierung innerhalb des Gesundheitssystems jene Hauptfaktoren sind, die MigrantInnen in eine ungünstigere, vulnerablere Lage bringen.

Eine Befragung des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit, bei welcher MigrantInnen grundsätzlich ein schlechteres gesundheitliches Befinden angegeben haben als der Rest der schweizerischen Bevölkerung, bestätigt die missliche Lage von EinwanderInnen (BAG, 2007). Dabei ist auffallend, dass sich Frauen generell weniger gesund fühlen als Männer (BAG, 2007). Körperliche Symptome wie zum Beispiel Rückenschmerzen, Schlafstörungen und Durchfall kommen bei SchweizerInnen sowie bei den in der Schweiz lebenden Deutschen, ÖsterreicherInnen und FranzosInnen eindeutig weniger vor als bei der restlichen Migrationsbevölkerung (BAG, 2007). Hinzu kommt, dass Verständigungsschwierigkeiten die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund enorm beeinflussen, da Anliegen oder Probleme gegenüber dem Fachpersonal oftmals nicht klar mitgeteilt werden können (BAG, 2007). Um eine an migrationspezifische Situationen angepasste Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und die oben genannten gesundheitlichen Unterschiede zu minimieren, erarbeitete das Bundesamt für Gesundheit die Strategie „Migration und Gesundheit 2002-2006“ (Hälg et al., 2004).

Um diese Strategie auch in der Geburtshilfe zu etablieren, muss der Arbeit mit MigrantInnen vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden. Denn zwischen Migrant-

Innen und Schweizerinnen konnten eindeutig Unterschiede im Verlauf der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbetts aufgezeigt werden (Weiss, 2003). So wurden bei Frauen einzelner Migrationsgruppen häufiger Probleme unter der Geburt festgestellt als bei einheimischer Bevölkerung (Widmer, zitiert in Hälg et al., 2004). Des Weiteren stellten sowohl Lehman et al. wie auch Wanner et al. (zitiert in Hälg et al., 2004) fest, dass in der Schweiz die Säuglings- wie auch die perinatale Sterblichkeit bei Migrantinnen durchschnittlich höher ist als bei Einheimischen. Bollini (zitiert in Hälg et al., 2004) konnte zusätzlich aufzeigen, dass im Vergleich zu den SchweizerInnen die Totgeburtssrate bei Kindern von MigrantInnen in der Schweiz statistisch signifikant erhöht ist.

Bollini (zitiert in Hälg et al., 2004) sieht einen Zusammenhang zwischen diesen schlechteren Perinataldaten und den sozioökonomischen Daten. Sie zeigte auf, dass Migrantinnen einen schlechteren sozialen Status und einen niedrigeren Bildungsstand aufweisen als Schweizer Frauen und dadurch häufiger eine ungenügende oder gar keine Versorgung vor der Geburt erhalten (Bollini, zitiert in Hälg et al., 2004). Aufgrund dessen ist es von grosser Bedeutung, der Geburtsbetreuung von Familien mit Migrationshintergrund vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken.

Im Jahr 2009 haben 20'081 Frauen ausländischer Herkunft in der Schweiz ein Kind geboren, was rund einen Viertel aller Lebendgeburten der Schweiz ausmacht (BFS, 2009). Dies zeigt, dass Hebammen während ihrer Arbeit in Kontakt mit Familien ausländischer Abstammung kommen. Eine Fachperson kann dabei die soziale Praxis, Wertvorstellungen und Handlungskonzepte der MigrantInnen als für sie fremd empfinden und sich infolgedessen verunsichert fühlen (Domenig, 2007). Eigenes und daher Bekanntes kann laut Domenig (2007) in Frage gestellt werden und Routinehandlungen entwickeln sich zu einer neuen Herausforderung. Alternative Herangehensweisen können durch Zeitnot, Arbeitsbelastung und mangelnde transkulturelle Kenntnisse erschwert bis verunmöglicht werden (Domenig, 2007). Dadurch besteht die Gefahr zur Flucht in eine distanzierte Haltung und die Reduktion auf eine minimale Behandlung, die nur noch das Notwendigste beinhaltet (Domenig, 2007).

Domenig (2007) nennt des Weiteren vier Kernprobleme, die von Pflegenden im Umgang mit MigrantInnen häufig genannt werden. Das sind die Sprachbarrieren, das differente Frau-Mann-Verhältnis, die Ausdrucksformen für Schmerz und der „viele Besuch“. Dabei fällt auf, dass diese Problematiken primär die Fachpersonen und deren Arbeit betreffen, wie aber die MigrantInnen den Spitalaufenthalt erleben, deren Sicht-

weise, emotionales Befinden und Bedürfnisse werden jedoch kaum erwähnt (Domenig, 2007).

In der Praxis wurden Situationen beobachtet, die durch soziokulturelle Barrieren und migrationsspezifische Hindernisse beeinflusst wurden. Es wurden Frauen unter der Geburt betreut, die zuvor noch keinen Kontakt mit dem schweizerischen Gesundheitssystem hatten und sich sprachlich nicht mit den Hebammen verständigen konnten. Deshalb gestaltete sich die Kontaktaufnahme, der Beziehungsaufbau zur Frau und das Einschätzen der Situation erschwert, was die Betreuung und den Geburtsverlauf beeinflusste.

Wenn eine qualitativ hochstehende Betreuung von Frauen jeglicher Abstammung gewährleistet werden soll, so gilt es im Bereich der reproduktiven Gesundheit, insbesondere auch unter der Geburt, eine verbesserte Versorgung von MigrantInnen anzustreben. Denn die Geburt ist ein lebensveränderndes Ereignis und die Betreuung, die eine Frau während der Geburt erfährt, hat das Potenzial sie sowohl kurz- als auch längerfristig, körperlich und emotional zu beeinflussen (NICE, 2010).

Zielsetzung

In dieser Arbeit sollen theoretische Grundlagen erfasst werden, damit die transkulturelle Arbeit der Hebamme unter der Geburt professionell gestaltet werden kann. Es wird die aktuelle Situation im ausgewählten Spital erhoben und allfällige Schwierigkeiten werden genannt. Diskrepanzen zwischen den theoretischen Ansätzen und der Umsetzung in der Praxis sollen festgestellt werden. Bei vorhandenem Veränderungsbedarf werden Massnahmen zur Verbesserung der transkulturellen Geburtsbetreuung formuliert. Empfehlungen für die Implementierung der Massnahmen in die Praxis werden beschrieben.

Fragestellung

Aus der Zielsetzung lassen sich die folgenden drei Fragestellungen ableiten:

1. Wie kann transkulturelle Arbeit unter der Geburt durch die Hebamme professionell gestaltet werden?
2. Wie sieht die transkulturelle Geburtsbegleitung im ausgewählten Spital aus? Treten dabei Probleme auf?
3. Wie kann die transkulturelle Betreuung unter der Geburt im ausgewählten Spital optimiert werden?

Eingrenzung des Themas

Der Fokus soll konkret auf die transkulturelle Arbeit und Handlungen der Hebammen unter der Geburt gelegt werden. Es wird nur Bezug aufs klinische Setting genommen, die freischaffenden Hebammen werden nicht mit einbezogen.

Auf die Betreuung und Pflege in der Schwangerschaft, im Wochenbett oder in Notfallsituationen wird nicht spezifisch eingegangen.

Die Arbeit richtet sich nicht nach einem vorbestimmten Migrationshintergrund aus, sondern es werden Klientinnen jeglicher kulturellen Abstammung berücksichtigt.

Als Migrantinnen und Migranten werden jene Personen bezeichnet, „die entweder, aus einem anderen Land in die Schweiz gekommen sind (externe Migration), oder einen direkten familiären Migrationshintergrund besitzen (Nachkommen von Migrantinnen und Migranten) (BAG,2007).

3 THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN

Das Konzept der transkulturellen Kompetenz ist für Hebammen eine grosse Hilfe zur Betreuung von Familien mit Migrationshintergrund. Zusätzlich sind Kenntnisse über die Pflegeanamnese und die Kommunikation im transkulturellen Kontext nötig, um eine KlientInnen spezifische Betreuung gestalten zu können (Domenig, 2007). Der Prozess der Hebammenarbeit stellt ein grundlegendes Hilfsmittel für die Geburtsbetreuung dar und sollte gerade während der Arbeit mit MigrantInnen bewusst durchgeführt werden, damit eine vollumfängliche Betreuung angeboten werden kann.

Diese Konzepte sind nötig, um anschliessend in Kapitel 6 die Evidenz diskutieren zu können und daraus Empfehlungen abzuleiten.

3.1 Transkulturelle Kompetenz

Um die Thematik der transkulturellen Kompetenz ganzheitlich verstehen zu können, werden einleitend der klassische Kulturbegriff und die Transkulturalität erläutert und anschliessend die transkulturelle Kompetenz nach Domenig (2007) aufgezeigt.

Der klassische Kulturbegriff der Ethnologie stützt sich auf die Definition von Tylor (1871, zitiert in Domenig, 2007), welcher die Kultur oder die Zivilisation als komplexes Ganzes beschreibt. Er zeigt auf, dass man als Mitglied einer solchen Gesellschaft Eigenschaften wie Glaubensvorstellungen, Kunst, Gesetze und Bräuche gleichermaßen vermittelt bekommt. Herder (1744-1803, zitiert in D. Domenig, 2007) stellt die Kulturen bildlich dar indem er sie als aufeinanderstossende Kugeln oder autonome Inseln darlegt. Dieser klassische Kulturbegriff mit seinem Ursprung aus dem 18. und 19. Jahrhundert ist heute überholt. Er hat an Bedeutung verloren, da es durch die Globalisierung keine völlig abgrenzbaren Gruppen mehr gibt. Diese beeinflussen sich heutzutage in allen Bereichen (Domenig, 2007). Die neue Struktur der Kulturen, welche durch solche Vermischungen und Grenzüberschreitungen der Kulturen entstanden ist bezeichnet Welsch (1999, zitiert in D. Domenig, 2007) als transkulturell.

Transkulturalität steht für das Gemeinsame und für das Verbindende von Gesellschaften (Domenig, 2007). Laut Domenig (2007) ergibt sich daraus, dass zwischen den verschiedenen Lebenswelten nach Gemeinsamkeiten und nicht ausschliesslich nach Unterschieden gesucht werden soll. Dies soll ermöglichen, dass Menschen aufeinander zugehen und sich gegenseitig zu verstehen lernen, so dass Ausgrenzungen vermieden werden.

Da bei der Arbeit mit Migrationsfamilien oft Verunsicherungen auftreten und dies Pflegepersonen vor eine besondere Herausforderung stellt, sind klare Modelle nötig,

um eventuell entstandene Schwierigkeiten zu meistern oder sie von Beginn an zu vermeiden. Das Modell „Transkulturelle Kompetenz“ konzentriert sich nicht auf die verschiedenen Kulturen, sondern auf die Interaktion zwischen Fachperson und Migrantinnen (Domenig, 2007). Dieses Konzept wird in den kommenden Abschnitten auf der Grundlage von Domenig (2007) genauer beschrieben.

Pflegepersonen mit transkultureller Kompetenz können Menschen und ihre Lebenswelten in verschiedenen Situationen erfassen, verstehen und daraus entsprechende Handlungen ableiten. Zusätzlich meiden transkulturell kompetente Fachpersonen Stereotypisierungen und Kulturalisierungen.

Transkulturelle Kompetenz bedeutet, dass eine transkulturelle Interaktion zwischen Fachpersonen und KlientInnen entsteht, welche durch die drei Säulen der Selbstreflexion, dem Hintergrundwissen und der narrativen Empathie (Abb.1) geprägt wird. Auf diese drei Aspekte wird weiter unten noch näher eingegangen. In Verbindung miteinander ermöglichen diese drei Teilbereiche eine erweiterte Anamnese. Dies hat zur Folge, dass die Prozesse der Diagnose, Prognose und Therapie professioneller und angepasster ablaufen können.

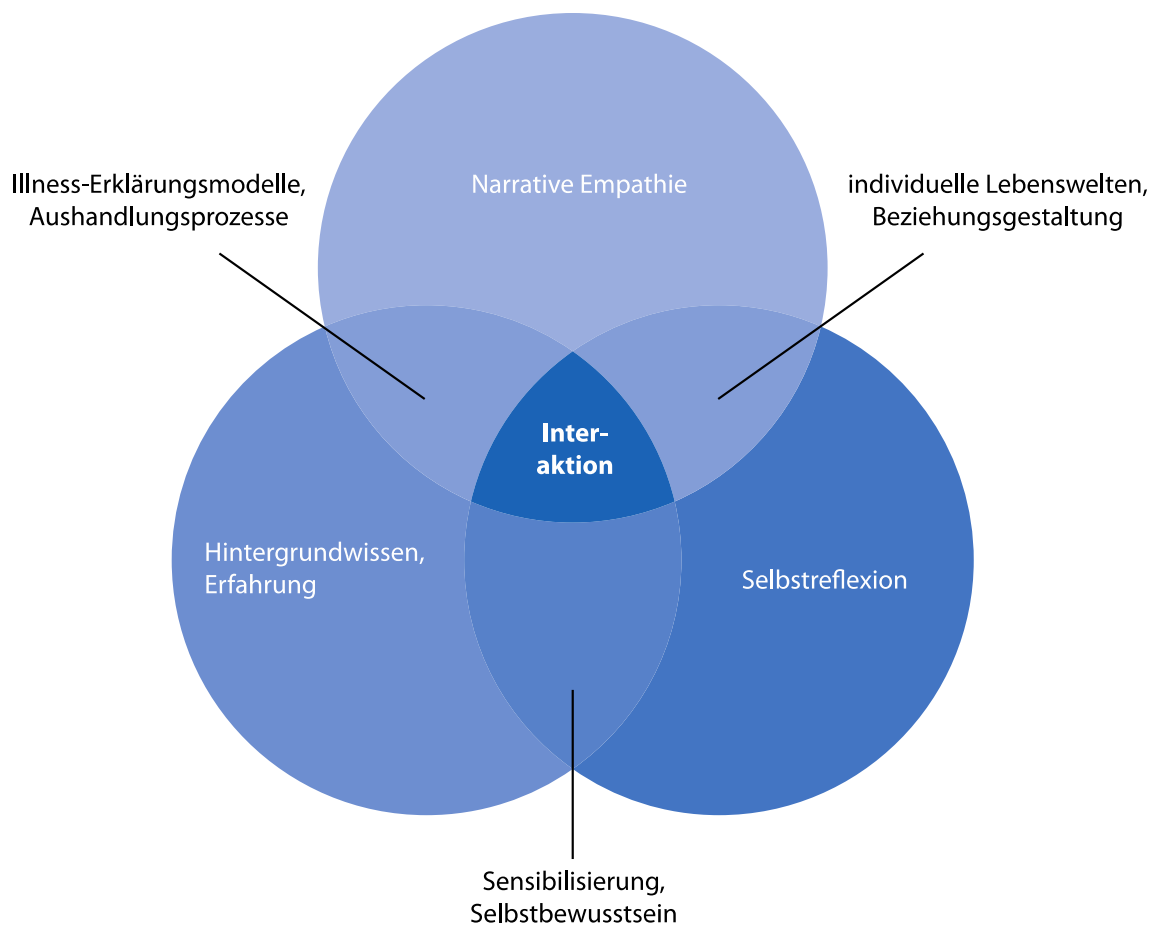


Abb. 1: Transkulturelle Kompetenz, (Domenig, 2007)

Selbstreflexivität

Jeder Mensch wird in eine Lebenswelt hineingeboren, welche die Grundlage bildet für alles was im Leben geschieht. Man hinterfragt sie nur selten und sieht sie als selbstverständlich an (Schütz & Luckmann, 2003, zitiert in Domenig, 2007). Auch MigrantInnen bringen ihre eigene Lebenswelt mit und interpretieren sie auf ihre Weise. Sowohl ihre als auch unsere Interpretationen beruhen auf Erfahrungen, die eine Basis bilden auf der alles gespiegelt, interpretiert und daraus Handlungen abgeleitet werden. Machen wir nun eine neue Erfahrung, welche nicht in die von uns interpretierte Lebenswelt passt, so entstehen Spannungen. In der transkulturellen Kompetenz geht es darum mit solchen Spannungen konstruktiv umgehen zu können. Dies ist nur möglich, wenn man sich über die eigene Lebenswelt und die des Gegenübers bewusst wird und sie hinterfragt. Es sollte dazu dienen, sich die Lebenswelt der MigrantInnen aus ihrer Perspektive etwas besser vorstellen zu können. Dafür ist es von grosser Bedeutung zu unterscheiden, aus welcher Gesellschaft die Person stammt. Die soziozentrierte Gesellschaft, in welcher das Individuum als abhängiges Glied von einer Gruppe gesehen wird, ist weltweit am meisten verbreitet. Wohingegen die individuumzentrierte Gesellschaft nur in den westlichen Breitengraden vorherrschend ist.

Laut Banning (1995, zitiert in Domenig, 2007) geht es nun in der Interaktion zwischen Fachpersonen und MigrantInnen darum, sich durch Reflexionen über die eigene Lebenswelt bewusst zu werden und anschliessend die Lebenswelt der KlientInnen mit Migrationshintergrund zu erfassen. Dadurch kann die Situation ganzheitlich beurteilt, Handlungen daraus abgeleitet und somit eine passende Betreuung gewährleistet werden.

Hintergrundwissen und Erfahrung

Unter Hintergrundwissen versteht man in diesem Kontext nicht kulturspezifische Themen, sondern Konzepte aller Art, welche bei allen MigrantInnengruppen gleich anwendbar sind. Dazu gehören unter anderem folgende Punkte (Domenig, 2007, S. 177):

- Das theoretische Wissen über Migration, Kultur, Integration, Grundrechte und Menschenrechte.
- Kenntnisse über migrationsspezifische Lebenswelten, wie Lebensbedingungen, integrationsfördernde und integrationshindernde Faktoren und der Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit .
- Hintergrundwissen über Rassismus, Diskriminierung und Gewalt.

- Kenntnisse über frauenspezifische Themen im Migrationskontext.
- Ein Grundwissen über psychische Erkrankungen, da MigrantInnen oft durch ihre Vergangenheitsgeschichte psychisch belastet sind.
- Das Wissen über eine angepasste Kommunikation im Migrationskontext.
- Kenntnisse über die Unterschiede in der sozialen Organisation, wie die soziozentrierte und individuumsorientierte Gesellschaft.

Hintergrundwissen wird durch persönliche Erfahrungen immer wieder erweitert. Fachpersonen haben bei der regelmässigen Arbeit mit KlientInnen ausländischer Abstammung viele Möglichkeiten solche Erfahrungen zu sammeln. Leider nutzen Pflegepersonen diese Chancen zu wenig, da die Arbeit mit MigrantInnen im Berufsalltag eher als störend und belastend empfunden wird. Dies führt oft dazu, dass Fachpersonen den MigrantInnen zu selten die Fragen stellen, die sie gerne beantwortet hätten und erhoffen die Antworten irgendwo anders zu erhalten. Dies ist jedoch oft nicht der Fall und es bleibt eine unvorteilhafte Distanz zwischen KlientInnen und Fachpersonen bestehen.

Narrative Empathie

Die Narrative Empathie ist die dritte Fähigkeit, welche Fachpersonen beherrschen müssen, um transkulturell kompetent zu sein.

„Als Empathie bezeichnet man die Fähigkeit eines Menschen, sich kognitiv in einen anderen Menschen hineinzusetzen, seine Gefühle zu teilen und sich damit über sein Verstehen und Handeln klar zu werden“ (Domenig, 2007, S. 178).

Das Ziel dabei ist, den Patienten näher zu kommen, indem man Engagement und Interesse für sie zeigt. Eine zu grosse Distanz zu den KlientInnen sollte vermieden werden. Deshalb ist es gerade im transkulturellen Kontext von grosser Bedeutung auf die KlientInnen empathisch zu wirken. Durch Empathie kann man Neues entdecken und Informationen von seinem Gegenüber erhalten, welche einem sonst verborgen bleiben.

Um solche Informationen überhaupt zu erhalten, ist eine individuelle Anamnese nötig. Es ist zu betonen, dass eine Anamnese, unter Berücksichtigung der Ansichten von KlientInnen, die Empathie fördert (Ridley et al., 1996, zit. in Domenig, 2007). Laut Ridley et al. (1996, zit. in Domenig, 2007) besteht somit die Möglichkeit Erfahrungen und Ansichten von MigrantInnen besser zu verstehen.

Ein Gespräch soll mittels geeigneter Selbstpräsentation und passenden Fragen so gestaltet werden, dass der Gesprächspartner gewillt ist die Wahrheit zu erzählen. Nur

wenn die KlientInnen die Wahrheit aussprechen und sich der Fachperson öffnen, kann eine passende Betreuung erfolgen. Somit ist narrative Empathie nicht nur das Mitfühlen mit dem Gegenüber, sondern auch die Anwendung narrativer Techniken, um den KlientInnen näher zu kommen.

Erzählungen von Patientinnen (Narrationen) sind in einem Heilungsprozess sehr wichtig. Durch Narrationen können PatientInnen ihrer Krankheit eine Geschichte verleihen und selbst wieder in den Mittelpunkt gelangen. So können die PatientInnen als einzigartig betrachtet werden, was eine individuelle Gestaltung der Betreuung von KlientInnen ermöglicht.

3.2 Pflegeanamnese und Kommunikation im transkulturellen Kontext

Pflegeanamnese

Eine vollständige Anamnese ist die Grundlage für einen erfolgreichen Pflegeprozess, weshalb hier die Bedeutung der Anamnese im Migrationskontext nach Domenig, Stauffer & Georg (2007) erläutert wird.

Eine ausführliche Anamnese zu Beginn des Aufenthaltes einer Klientin ist nötig, um einen Überblick über deren aktuellen Gesundheitszustand, Ressourcen und gesundheitliche Probleme zu erhalten. Zusätzlich wird während einem Assessment die Beziehung zwischen PatientIn und Fachperson aufgebaut, welche die Grundlage für einen erfolgreichen Genesungsprozess darstellt. Gerade bei MigrantInnen ist die Pflegeanamnese aufgrund sprachlicher Barrieren und mangelnder transkultureller Kompetenz erschwert, was eine unvollständige Informationssammlung und einen ungenügenden Beziehungsaufbau zur Folge haben kann. Doch gerade bei KlientInnen ausländischer Abstammung ist eine vertrauensvolle Beziehung von grosser Bedeutung, da es für sie oft schwierig ist, sich gegenüber Fachpersonen zu öffnen. Der Hauptgrund dafür ist häufig das für sie fremde Gesundheitssystem. Um trotzdem eine gute Beziehung zu MigrantInnen aufzubauen, müssen Fachpersonen ihnen gegenüber vermehrt Interesse und Empathie zeigen. „Fachpersonen können ihr Interesse zeigen, indem sie über alltägliche Fragen in das Gespräch einsteigen, Fragen zum Herkunftsland stellen oder über eigene Erfahrungen sprechen und so eine alltägliche, familiäre Ebene zulassen“ (Domenig et al., 2007, S. 303). Bei MigrantInnen aus familienzentrierten Gesellschaften ist es oft von Vorteil eine eher familiäre Beziehung aufzubauen im Gegensatz zu einer rein professionellen. Zusätzlich, um den Beziehungsaufbau zu erleichtern und alle nötigen Informationen zu erhalten, sollten

sich Fachpersonen nicht davor fürchten gewisse Fragen zu stellen oder Unsicherheiten anzusprechen. Eine ausführliche transkulturelle Pflegeanamnese benötigt viel Zeit, erleichtert jedoch anschliessend die Betreuung, womit wieder Zeit eingespart werden kann.

Kommunikation

Wie schon erwähnt, ist die Kommunikation mit Frauen ausländischer Abstammung häufig erschwert. Um eine vollständige und umfangreiche Anamnese durchführen zu können, ist jedoch eine verbale Verständigung nötig. Ist eine verbale Kommunikation nicht möglich, so können die Bedürfnisse und Informationen nicht eingeholt werden, um eine gute Betreuung zu ermöglichen (Bühlmann & Stauffer, 2007). Wie man mit dieser Thematik in der Praxis umgehen kann, wird in diesem Abschnitt auf der Grundlage von Stuker (2009) aufgezeigt.

Sind sprachliche Barrieren vorhanden, wird die Kommunikation meist auf ein Minimum reduziert, was die Qualität der Betreuung enorm verschlechtert. Es gibt verschiedene in der Praxis angewendete Lösungsstrategien, wovon stets die Richtige für die jeweilige Situation ausgewählt werden sollte. Bei einfachen Anleitungen und Mitteilungen reicht der Körper, wie auch die Zeichensprache oder andere Hilfsmittel als Kommunikationsmittel aus. Bühlmann & Stauffer (2007) nennen Möglichkeiten wie das Zeigen und Demonstrieren von Handlungen, Bildertafeln mit kleinen Zeichnungen, Bild- und Wörterbücher, das Spitalwörterbuch St. Gallen und Schmerzskaalen. Jedoch sollten Bilder, Symboltafeln oder medizinische Sprachführer wirklich nur als Hilfsmittel dienen und nicht als Alternative zur eigentlichen Unterhaltung. Der Austausch wird sonst stark eingeschränkt.

Sobald der fremdsprachigen Person mehr als nur eine einfache Mitteilung vermittelt werden soll, wie zum Beispiel bei einer Anamnese, sollten professionelle ÜbersetzerInnen hinzugezogen werden. Ein solches Gespräch muss vorbereitet sein, das heisst, ein Termin für das Gespräch muss festgelegt, der Ablauf und Inhalt vorgängig besprochen und abschliessend der Verlauf der übersetzten Unterhaltung nachbearbeitet werden. Familienmitglieder oder nicht ausgebildetes Klinikpersonal sollten zur Übersetzung vermieden werden. Dies ist jedoch nicht immer zu umgehen, da professionelle DolmetscherInnen den Fachpersonen nicht 24 Stunden zur Verfügung stehen (Bühlmann & Stauffer, 2007). Bühlmann & Stauffer (2007) weisen klar darauf hin, dass Angehörige oder Bekannte nur zur Übersetzung von Alltagsfragen eingesetzt werden sollen. Geht die Unterhaltung über alltägliche Informationen hinaus und steht kein professioneller Übersetzungsdienst zur Verfügung, so müssen genaue

Informationen eingeholt werden, in welcher Beziehung sich KlientIn und die als ÜbersetzerIn gewählte Person stehen (Bühlmann & Stauffer, 2007). Werden Spitalangestellte als ÜbersetzerInnen hinzugezogen muss sicher gestellt sein, dass sie über die nötigen medizinischen und pflegerischen Kenntnisse verfügen und dass ihre reguläre Arbeit trotzdem in gegebener Zeit verrichten können (Bühlmann & Stauffer, 2007). Die KlientInnen sollten immer in das Gespräch mit einbezogen werden, die Übersetzerinnen dienen dabei nur als Hilfsmittel zur Kommunikation (Bühlmann & Stauffer, 2007).

Die Fachpersonen müssen sich bewusst sein, dass ihr Auftreten die Zusammenarbeit mit der Schwangeren und ihrem Partner beeinflussen kann. Denn wenn die verbale Kommunikation nicht mehr funktioniert, wird zunehmend auf das Nonverbale geachtet (Bühlmann und Stauffer, 2009). Folgende Aspekte zur nonverbalen Kommunikation werden von Wingchen (2006) genannt.

Bei der Betreuung von KlientInnen sollte den Fachpersonen immer bewusst sein, dass ihr nonverbales Verhalten einen enormen Einfluss auf die Betreuung und den Beziehungsaufbau hat. Nonverbale Zeichen werden durch vier Kanäle ausgestrahlt, welche sich durch verschiedene Faktoren äussern.

- Visuelle Kommunikation / Körpersprache: Mimik, Gestik, Haltung, Redeweise und Abstand zur Person.
- Taktile Kommunikation: Berührungen
- Stimmliche nichtverbale Kommunikation: Redeweise und Lautstärke
- Olfaktorisch-gustatorische Kommunikation: Gerüche und Geschmäcker

Diese Kanäle sollten immer nur zusammenhängend betrachtet werden, da sie sich alle gegenseitig beeinflussen. Bei der Arbeit im transkulturellen Kontext ist anzumerken, dass das Verständnis von nonverbalen und verbalen Zeichen in unterschiedlichen Gesellschaften nicht gleich ist (Altorfer & Käsermann, 2007).

3.3 Prozess der Hebammenarbeit

Nebst dem Konzept der transkulturellen Kompetenz, welches man sich als Fachperson aneignet, stellt der Prozess der Hebammenarbeit ein hilfreiches Arbeitsinstrument dar. Der Prozess der Hebammenarbeit nutzen Hebammen, um bei Frauen und ihren Familien ein vollständiges Assessment durchzuführen und sie folglich klientInnen- und ressourcenorientiert zu betreuen (Cignacco & Georg, 2006). Dies ist gerade bei der Arbeit mit MigrantInnen wichtig, damit ihr soziokultureller Hintergrund während der

Betreuung berücksichtigt wird (Domenig, 2007). Im folgenden Abschnitt wird dieser Prozess nach Cignacco & Georg (2006) erläutert, sowie in Abb. 2 aufgezeigt.

Das Hebammenassessment ist die Grundlage für eine erfolgreiche Betreuung von Frauen während der Mutterschaft. Dabei beobachten, befragen und untersuchen Hebammen die Frauen und ihre Neugeborenen, um die Situation ganzheitlich einzuschätzen. Daraus resultierend wird von der Hebamme eine Diagnose gestellt. Diese Hebammendiagnose bildet die Ausgangslage, um mit der Frau oder Familie ein gemeinsames Ziel zu benennen und zu besprechen, wie sie betreut und beraten werden möchte. Die Hebamme erstellt einen Plan und legt Hebammeninterventionen fest, indem sie die Wünsche und Ressourcen der Frau sowie Einfluss- und Risikofaktoren berücksichtigt. Im Rahmen der Hebammenintervention werden einerseits Massnahmen durchgeführt und Ressourcen genutzt, um die Gesundheit der Frau und ihrer Familie zu fördern. Andererseits wird der Gesundheitszustand der Betroffenen fortlaufend neu eingeschätzt. Abschliessend wird im Schritt der Hebammenevaluation eingeschätzt, ob das Hebammenassessment vollständig erhoben, die genannten Ziele erreicht und die Interventionen korrekt gewählt und ausgeführt wurden.

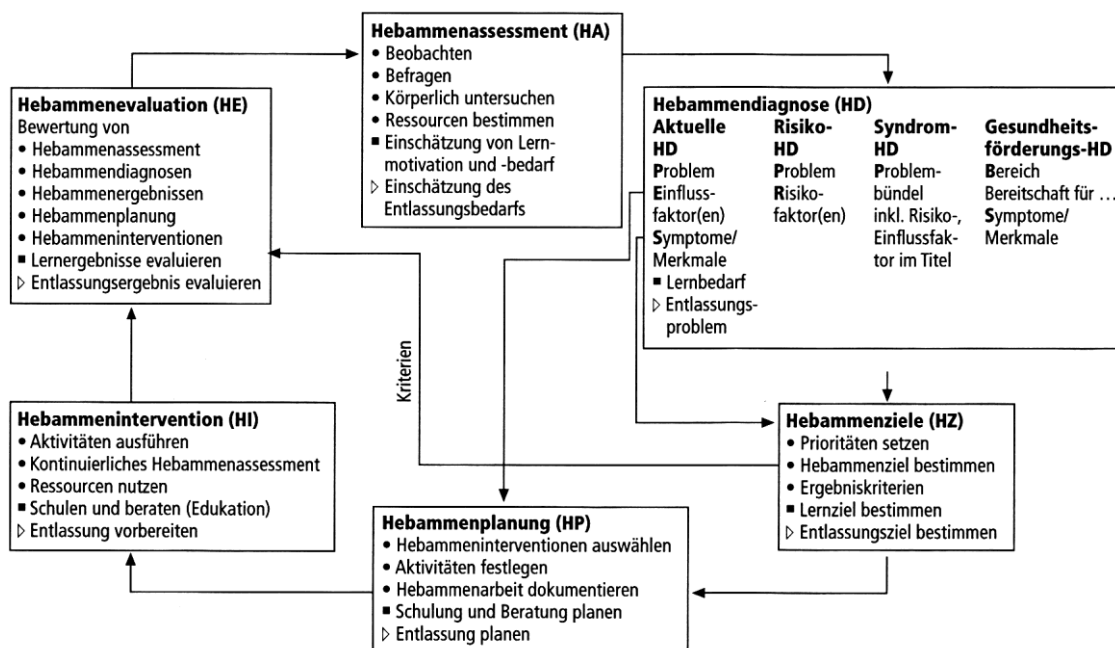


Abb. 2: Prozess der Hebammenarbeit (Cignacco & Georg, 2006, S.262)

4 METHODEN

Die folgenden Erläuterungen sollen die verschiedenen Methoden aufzeigen, damit nachvollzogen werden kann, wie beim Verfassen dieser Thesis vorgegangen wurde.

So werden die Methoden zur Literatursuche und deren Analyse beschrieben und das Vorgehen zur Erhebung und Auswertung der momentanen Praxissituation aufgezeigt.

Anhand der erhobenen Daten in den Interviews, sowie der gefundenen Massnahmen zur Förderung der transkulturellen Arbeit im Gebärsaal, werden im Kapitel Diskussion Praxisempfehlungen formuliert.

Ob die Implementierung der resultierenden Praxisempfehlungen gelingt, hängt laut Rycroft-Malone (2009) vor allem davon ab, ob auf den Ebenen Individuum, Team und Organisation eine Verhaltensveränderung erreicht werden kann. Zudem nennt Rycroft-Malone (2009) die Evidenz, den Kontext, sowie die Begleitung als wichtige Einflussfaktoren. Diese werden in den folgenden Abschnitten auf der Grundlage von Rycroft-Malone (2009) weiter aufgeführt.

Evidenz: Um wirksame Massnahmen für die transkulturelle Betreuung unter der Geburt zu erarbeiten, müssen die beiden Komponente Forschung und klinische Erfahrung berücksichtigt werden. Dazu wurde eine Literaturrecherche vollzogen, ein theoretischer Bezugsrahmen erarbeitet und Interviews in der Praxis durchgeführt.

Kontext: Der Kontext setzt sich aus der Kultur des Betriebs, der Führung und der Evaluation in der Organisation zusammen. In einer starken Kultur sollte die Lernfähigkeit der Organisation gefördert und die MitarbeiterInnen und KlientInnen geachtet werden. Eine gute Führung zeichnet sich durch einen transformationalen Leitungsstil aus und fördert eine effektive Teamarbeit, indem sie Entscheidungsprozesse demokratisch angeht. Kontinuierliches Feedback über die Arbeitsleistung des Teams prägt eine starke Evaluation. Im Kapitel „Informationen über die Praxisorganisation“ werden die Rahmenbedingungen genauer beschrieben.

Begleitung: Die Begleitung dient zur Unterstützung eines Implementierungsprojekts. Ihre Charakteristik sollte von Respekt, Empathie und Authentizität geprägt, ihre Aufgabe möglichst klar definiert und der Stil adäquat sein. Sie sollen die gesamte Implementierung der Empfehlungen in die Praxis erleichtern und evaluieren.

4.1 Erfassung von wirksamen Massnahmen für die transkulturelle Geburtsbegleitung

Um schlussendlich Empfehlungen formulieren zu können, musste Literatur zu wirksamen Massnahmen für die transkulturelle Betreuung unter der Geburt gefunden werden. Studien und Literaturreviews wurden im Zeitraum vom 6.2.11 bis 12.2.11 und vom 1.5.11 bis 10.6.11 in den Datenbanken von Pubmed, Cinahl und Cochrane gesucht. Zusätzlich wurde die NICE Plattform nach passenden Leitlinien durchsucht. Es wurden in verschiedenen Kombinationen mit folgenden Schlüsselwörtern gesucht: Birth, labour, midwife, cultural, emigration, migrant, foreign, transcultural, nurse, care. Es wurde ausschliesslich nach Publikationen der letzten zehn Jahre in deutscher oder englischer Sprache gesucht.

Während primäre Studien dazu dienen Evidenzen für eine aktuelle Vorgehensweise in der Praxis zu ermitteln, und Literaturreviews systematische Übersichtsarbeiten sind, die verschiedene Studien vergleichen und beurteilen, um neue Erkenntnisse zu gewinnen, sind Leitlinien bereits systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über angemessene Vorgehensweisen bei speziellen diagnostischen und therapeutischen Problemstellungen (Deutsche Ärztekammer, 1998, zitiert in Behrens & Langer, 2006). Leitlinien und Standards sind Instrumente zur Implementierung externer Evidenz in die Praxis und werden in der Regel mit dem Ziel verfasst, die Qualität der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern und die Ergebnisse der Behandlung mit einem Optimum für den Pflegebedürftigen als Ziel zu definieren (Behrens & Langer, 2006).

Die Autorinnen werden die gefundenen Literaturquellen, auf ihre Aussagekraft bezüglich der Beantwortung der konzipierten Fragestellung prüfen. Um die Qualität der gefundenen Literatur zu bestimmen, wird das Niveau von primären Studien und Literaturreviews nach Levels of Evidenz (AWMF) beschrieben.

Leitlinien und Standards werden nach dem deutschen Instrument zur methodischen Leitlinienüberprüfung (DELBI) beurteilt. Das DELBI ist als Hilfestellung für Anwender von medizinischen Leitlinien generiert und dient zur Beurteilung deren methodologischer Qualität (AWMF & ÄZQ, 2008). Dabei werden der Geltungsbereich und Zweck, die Beteiligung von Interessengruppen, die Exaktheit der Leitlinienentwicklung, die Klarheit und Gestaltung, die generelle Anwendbarkeit, die redaktionelle Unabhängigkeit, sowie die Anwendbarkeit im aktuellen Gesundheitssystem begutachtet.

Zusätzlich werden die Autorinnen in einem Analyseraster nach Polit, Beck und Hungler (2004) die aussagekräftigen recherchierten Literaturquellen detailliert kritisch würdigen und im Kapitel Ergebnisse wiedergeben.

4.2 Erfassung der aktuellen Praxissituation

Um die durch die Literatursuche gefundenen Empfehlungen in der Praxis einzuführen, muss zuerst die aktuelle Situation in der Praxis erhoben werden. Eine erfolgreiche Implementierung wird laut Rycroft-Malone (2009) vor allem durch das Individuum, das Team und die Organisation beeinflusst. Um eine erfolgreiche Praxisimplementierung erreichen zu können, müssen diese drei Ebenen veränderungsbereit sein. Um dieses Ziel zu erreichen ist der Einbezug deren Bedürfnisse und Erfahrungen sowie den umgebenden Bedingungen äusserst wichtig. Folgend werden also die methodischen Aspekte zur Erfassung der aktuellen Praxissituation beschrieben.

Bedingungen der Organisation

Um die aktuelle Situation in der Praxis beschreiben zu können, mussten die Rahmenbedingungen und die Umgebungsfaktoren erfasst werden. Um die oben genannten Aspekte zu ermitteln, leiten sich folgende Kriterien ab, welche erfasst werden müssen (Rycroft-Malone, 2009).

- Set (Rahmenbedingungen der Spitalabteilung): Anzahl MitarbeiterInnen, Berufsgruppen, Berufserfahrung, Leitungsorganisation und Leitungsstil, Arbeitsklima und Arbeitsbelastung.
- Setting (relevante Umgebungsfaktoren): Art und Leitbild des Spitals, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, vorhandene Abteilungen, Werthaltung, Ziele, Betriebskultur, Leitungsstil und Personalzufriedenheit.

Die Informationen wurden von den Autorinnen einerseits von der Internetseite des Spitals und durch Befragung der Abteilungsleitung erhoben.

Datenerhebung zur Beschreibung der aktuellen Situation in der Praxis

Um Kontakt mit den Hebammen der Abteilung zu erhalten und diese über das Projekt zu informieren, stellten die Verfasserinnen das Thema der Arbeit in einer Teamsitzung vor.

Anschliessend wurden acht Hebammen zu ihrer Arbeit mit MigrantInnen befragt, um die Situation in der Praxis beschreiben zu können. Dazu wurden strukturiert Daten mithilfe eines Interviewfragebogens (siehe Anhang) erhoben. Diese Methodik eignete sich, da die Autorinnen im vornherein schon wussten, was sie von den Befragten erfahren möchten (Polit, et al., 2004). Laut Polit et al. (2004) übertreffen die Vorteile eines Interviews die Stärken einer schriftlichen Befragung. Denn bei einem Interview kann die Reaktion des Gegenübers auf eine bestimmte Frage wahrgenommen und interpretiert werden (Polit et al., 2004). Diese Interpretationen liefern zusätzliche

Anhaltspunkte über die Kooperationsbereitschaft, das Verständnisniveau und paraverbale Aspekte (Polit et al., 2004). Aus diesem Grund wurden persönliche oder telefonische Interviews durchgeführt. Gemäss Polit et al. (2004) gelten die positiven Aspekte eines persönlichen Interviews auch für Telefonbefragungen.

Der Fragebogen besteht mehrheitlich aus offenen Fragen. Daraus können laut Polit et al. (2004) reichhaltigere und umfangreichere Informationen resultieren, als bei geschlossenen Fragen. Bei den Befragungen werden die gegebenen Antworten durch die Interviewerinnen laufend paraphrasiert notiert und die interviewte Person gefragt, ob sie richtig verstanden wurde.

In dem genannten Spital besteht noch keine Statistik bezüglich der transkulturellen Arbeit und auch im Geburtenbuch ist keine Ethnizität beschrieben. Es wurde versucht diese quantitativen Daten von anderen Statistiken zusammenzutragen. So konnte erhoben werden, wie viele Migrantinnen auf der Gebärabteilung betreut wurden.

Analyse der erhobenen Daten

Für einige Fragen des Interviews wurde eine Operationalisierung erarbeitet, um quantitative Daten zu erhalten. Quantitative Daten erleichtern gemäss Polit et al. (2004) die Analyse und der Vergleich der Daten.

Um diese quantitativen Daten zu beschreiben, wurde ein deskriptiv statistisches Verfahren angewendet (Polit et al., 2004). Da die Teilnehmerzahl überschaubar war, wurden die analysierten Daten in Häufigkeiten angegeben und nach Möglichkeit anhand von Tabellen oder Diagrammen abgebildet. Dadurch sollen die Daten übersichtlich dargestellt werden (Polit et al., 2004).

Um die qualitativen Daten systematisch auszuwerten wurde nach der Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) gearbeitet. Durch Analyseschritte und Analyseregeln sollen die erhobenen qualitativen Bestandteile systematisiert und überprüfbar werden. Mayring (2003) beschreibt drei Schritte um den erhobenen Textinhalt zu reduzieren und somit die Daten miteinander vergleichen zu können. Als erstes findet die Paraphrasierung des Textes statt, worauf in einem zweiten Schritt diese Paraphrasen generalisiert werden (Mayring, 2003). Als dritter Schritt nennt Mayring (2003) die Reduktion, welche in zwei Phasen unterteilt ist. Abschliessend werden Hauptkategorien gebildet, in welchen Kategorien mit ähnlichem Inhalt zusammengefasst werden.

Ethische Gedanken

Ein grundlegendes ethisches Prinzip in der Forschung ist das des Nutzens, oder zumindest des Nicht-Schadens. Deshalb wurden beim Erstellen der Fragebögen und

der anschliessenden Erhebung und Auswertung folgende ethische Aspekte beachtet, die nach Polit et al.(2004) im Kapitel „*Die Ethik der Pflegeforschung verstehen*“ fest gehalten sind: Die Verfasserinnen haben die InterviewteilnehmerInnen vor der Befragung sowohl mündlich als auch schriftlich darüber informiert, wie die Vorgehensweise der Datenerhebung und Analyse abläuft und dass die Teilnahme auf freiwilliger Basis und nach informierter Zustimmung stattfindet. Dies bedeutet auch, dass die Interviewteilnehmerinnen jederzeit die Möglichkeit hatten eine Frage zu stellen oder eine Antwort zu verweigern. Des Weiteren wurden die Fragebogen und die erhobenen Daten anonymisiert und vertraulich behandelt, um so das Recht auf Privatsphäre und auf eine faire Behandlung sicherzustellen. Ausserdem erfolgte eine Absprache mit der verantwortlichen Stationsleitung, welche über den Inhalt der Arbeit informiert wurde und bewilligt hat die Interviews durchzuführen.

5 ERGEBNISSE

Folgend werden die erarbeiteten Empfehlungen aus der Literatursuche und die Rahmenbedingungen der Institution aufgezeigt. Des Weiteren werden die Ergebnisse der Interviews zur aktuellen Situation in der Praxis beschrieben, welche sich aus der qualitativen Datenanalyse nach Mayring (2003) ergeben haben. Die Rahmenbedingungen des Arbeitsorts und die Ergebnisse der Interviews bilden den Istzustand, welcher mit dem Sollzustand (Wirksame Massnahmen aus der Literatur) verglichen wird.

5.1 Wirksame Massnahmen aus der Literatur

Wie im Kapitel Methoden beschrieben, wurde im Zeitraum vom 6.2.11 bis 12.2.11 und vom 1.5.11 bis 10.6.11 auf verschiedenen Datenbanken Literatur bezüglich Empfehlungen für die transkulturelle Geburtsbegleitung gesucht. Dabei wurden verschiedene Kombinationen der genannten Schlüsselwörter angewandt. Es wurden insgesamt 216 Reviews und Primärstudien gefunden, 181 mussten schon aufgrund ihres Titels ausgeschlossen werden. 35 Abstracts wurden berücksichtigt, aus denen sich eine Auswahl von zehn Studien und vier Literaturreviews ergab, welche detailliert gelesen wurden. Acht Literaturquellen mussten ausgeschlossen werden, da sie Ethnizität spezifisch waren und fünf dienten nicht zur Beantwortung der Fragestellung. Zwei gefundene Leitlinien dienen nun als Grundlage zur Beschreibung der Evidenz aus der Literatur. Ergänzt werden diese durch ein themenrelevantes Review.

Nationale Standards für kulturell und sprachlich angemessene Dienstleistungen im Gesundheitswesen (CLAS)

Die „National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care“ (CLAS) (2001) wurden durch das U.S. Department of Health and Human Services, OPHS, Office of Minority Health konzipiert. Die CLAS dienen als Instrument um die bestehenden Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung zu beheben und vermehrt Dienstleistungen den individuellen Bedürfnissen der KlientInnen anzupassen (OPHS, 2001). Die Empfehlungen sind in drei Hauptthemen unterteilt: Kompetente Behandlung und Pflege, Abbau von Sprachbarrieren und Transkulturelle Organisationsentwicklung. Die drei Hauptthemen beinhalten insgesamt 14 Standards, welche jeweils auch ausführlich diskutiert werden. Domenig (2007) beschreibt die CLAS als nützliches Instrument für die Implementierung transkultureller Pflege im Gesundheitsbereich und hält fest, dass die Empfehlungen, obwohl für die USA entwickelt, vermehrt auch international Anerkennung erhalten und als Grundlage diverser Projekte in

Kanada und Australien dienen. Die CLAS-Standards wurden professionell ausgearbeitet und werden nach dem deutschen Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) auf der Stufe 4 als sehr gut eingestuft: Ihr Zweck und Geltungsbereich ist klar formuliert, ihre Entwicklung ist detailliert erläutert und verschiedene Interessengruppen wurden mit einbezogen und die meisten Punkte sind generell anwendbar.

Folgend werden die CLAS 2001, unterteilt in Hauptthemen, zusammengefasst aufgeführt. Eine vollständige Ausgabe der Standards ist im Anhang zu finden.

Kompetente Behandlung und Pflege (Standard 1-3):

Gesundheitsinstitutionen sollen gewährleisten, dass Fachpersonen KlientInnen respektvoll und verständlich behandeln und eine wirkungsvolle Pflege erhalten. Sozio-kulturelle Gesundheitsvorstellungen sowie die Muttersprache der Migrantinnen sollten in der Behandlung und Pflege berücksichtigt werden. Des Weiteren beschreiben die CLAS, dass die Gesundheitsinstitutionen Strategien implementieren sollen, mit dem Ziel, dass die Mitarbeitenden der Institution die lokale demografische Zusammensetzung repräsentieren. Auch sollten Gesundheitsinstitutionen ihrem Personal Weiterbildungen in transkultureller Kompetenz ermöglichen und empfehlen.

Abbau von Sprachbarrieren (Standard 4-7):

Die Gesundheitsinstitutionen müssen die PatientInnen in ihrer bevorzugten Sprache mündlich und schriftlich über ihr Recht auf Übersetzung informieren. KlientInnen müssen rechtzeitig einen möglichen Zugang zu einer kostenlosen Übersetzung angeboten bekommen. Die Übersetzung kann durch professionelle Übersetzungsdienste oder durch mehrsprachige Mitarbeitende erfolgen. In beiden Fällen müssen die Gesundheitsinstitutionen die Professionalität der Übersetzenden sicherstellen. Ausser auf ausdrücklichen Wunsch der KlientInnen sollten keine Familienangehörige zur Übersetzung beigezogen werden. Ausserdem müssen die Gesundheitsinstitutionen einfaches und gut verständliches Informationsmaterial in den häufigsten Sprachen der im Einzugsgebiet vertretenen KlientInnen anbieten. Auch die Orientierungshilfen und Hinweisschilder einer Institution sollten einfach verstehbar und übersetzt zur Verfügung gestellt werden.

Transkulturelle Organisationsentwicklung (Standard 8-14):

Gesundheitsorganisationen sollten die Entwicklung und Umsetzung eines schriftlichen Strategieplans fördern, der klare Ziele, Taktiken, Operationalisierungspläne sowie Verantwortungspersonen und Kontrollinstanzen skizziert, um kulturell und sprachlich angemessene Dienstleistungen sicherzustellen. Die CLAS-bezogenen Aktivitäten sollen durch die Gesundheitsinstitutionen laufend reflektiert werden. Das Personal soll des Weiteren dazu ermutigt werden, die getroffenen transkulturellen Massnahmen durch Patientenzufriedenheitsumfragen und interne Fallbesprechungen punktuell zu evaluieren. Gesundheitsinstitutionen sollten Daten über Herkunft, Ethnizität sowie über die gesprochenen und geschriebenen Sprachfertigkeiten in den Patientenakten sammeln, in die Informationssysteme des Managements integrieren und periodisch aktualisieren.

Gesundheitsinstitutionen sollten eine Bedarfsanalyse sowie ein aktuelles demografisches, kulturelles und epidemiologisches Profil des Einzugsgebietes erheben. Dies soll helfen die transkulturellen Dienstleistungen optimal zu planen und umzusetzen, um auf die kulturellen und sprachlichen Gegebenheiten der Migrationsbevölkerung adäquat reagieren zu können.

Die Institutionen sollen sicherstellen, dass konfliktreiche und schwierige Lösungsprozesse transkulturell rücksichtsvoll ablaufen. Das Personal sollte fähig sein transkulturelle Konflikte oder Klagen von PatientInnen zu identifizieren und möglichst zu verhindern oder zu lösen.

Die Öffentlichkeit soll regelmässig über die Prozesse und erfolgreichen Innovationen der Institution bezüglich der Implementierung der CLAS-Standards informiert werden.

NICE-Guideline: Schwangerschaft und komplexe soziale Faktoren

Das britische *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* hat 2010 Leitlinien zum Umgang mit schwangeren Frauen mit komplexen sozialen Faktoren herausgegeben. Entwickelt wurden diese Leitlinien durch das *National Collaborating Centre for Women`s and Children`s Health*. Die NICE-Guideline besitzt ein hohes Evidenzniveau (1a, nach AWMF, 2001).

Die Leitlinien sollen den Fachpersonen aufzeigen, dass Frauen mit komplexen sozialen Faktoren zusätzlich spezielle Bedürfnisse haben können und dienen dazu dem Gesundheitspersonal den Umgang mit den Schwangeren zu erleichtern. Die Leitlinie spezifiziert vier Untergruppen: Schwangere Frauen mit Alkohol- oder Drogenabusus,

schwängere Frauen unter 20 Jahren, schwängere Frauen die von häuslicher Gewalt betroffen sind, sowie schwängere Frauen mit Migrationshintergrund.

Die folgenden Empfehlungen sind aus den NICE-Leitlinien Schwangerschaft und komplexe soziale Faktoren (2010) entnommen:

Generell empfiehlt die Leitlinie, dass Frauen immer mit Freundlichkeit, Respekt und Würde behandelt werden sollten. Die Ansichten, Überzeugungen und Werte der Frau bezüglich ihrer Pflege und die von ihrem Kind sollten immer ermittelt und respektiert werden.

Schwängere Frauen mit Migrationshintergrund nehmen möglicherweise nicht in vollem Umfang die Dienstleistungen in Anspruch, die sie während ihrer Schwangerenvorsorge nutzen könnten. Dies kann einerseits an der mangelnden Vertrautheit mit dem Gesundheitswesen, andererseits an der als erschwert empfundenen Kommunikation mit dem medizinischen Personal liegen.

Eine gute Kommunikation zwischen medizinischem Personal und KlientInnen ist deshalb wesentlich. Durch evidenzbasierte, schriftliche personenzentrierte Informationen, welche sich an den Bedürfnissen des Paares orientieren, sollten die KlientInnen unterstützt werden. Sowohl Behandlung und Betreuung, wie auch Informationen an die KlientInnen, sollten kulturell angemessen sein. Diese sollten auch für Frauen mit zusätzlichen Anforderungen wie physischer, sensorischer oder geistiger Behinderung und für Frauen, die fremdsprachig sind, zugänglich sein. Denn es ist wichtig, dass Frauen in Absprache mit ihrer medizinischen Fachperson die Möglichkeit zur informierten Entscheidungsfindung haben. Die Unterstützung der Frauen durch die Fachpersonen soll wie folgt aussehen:

- Es soll eine Vielzahl von verschiedenen Kommunikationswegen angewandt werden.
- Die Frauen sollen über die Schwangerenvorsorge und deren Zugang informiert werden.
- Fachpersonen sollen Schulungen bezüglich den spezifischen Bedürfnissen der Frauen besuchen.
- Die Gesundheitsorganisationen sollten sicherstellen, dass sie immer aktuelle Informationen bezüglich Wohnort und Wohnsituation der Frau haben. Dies kann in Zusammenarbeit mit lokalen Anlaufstellen für MigrantInnen geschehen.
- Annahmen über eine Frau aufgrund ihrer Kultur, ethnischen Herkunft oder religiösen Überzeugung sollten vermieden werden.

- Um eine adäquate professionelle Übersetzung gewährleisten zu können, sollten die Verantwortlichen der Schwangerenvorsorge flexibel bezüglich Anzahl und Länge der Konsultationen sein.
- Informationen bezüglich Schwangerschaft und vorgeburtlichen Dienstleistungen einschliesslich deren Nutzen und Zugang sollten in diversen Sprachen und folgenden Variationen erhältlich sein:
 - Medien, wie Plakate, Anzeigen, Broschüren, Fotografien, Zeichnungen / Grafiken, Online-Video Clips, Audio Clips und DVDs
 - Settings, unter anderem Apotheken, Gemeindezentren, Glaubensgemeinschaften und Zentren, Arztpraxen, Kliniken Familienplanungsstellen, Kinder-Zentren, Auffanglager und Asylheimen
- Medizinisches Personal sollte in folgenden Bereichen Schulungen erhalten:
 - Spezifische gesundheitliche Bedürfnisse von MigrantInnen, AsylbewerberInnen oder Flüchtlingen. (Wie zum Beispiel solche, die sich aus Genitalverstümmelungen oder aus HIV ergeben.)
 - Spezifische soziale, religiöse und psychologische Bedürfnisse der Frauen und ihren Verwandten.
 - Politik der Regierung bezüglich dem Zugang und dem Anspruch auf Betreuung für MigrantInnen, Asylsuchende und Flüchtlinge.

Bei Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund sprachlicher Barrieren sollte der Frau die Möglichkeit eines professionellen Übersetzungsdienst angeboten werden. Es sollte in solch einem Fall bei der Frau auch immer nachgefragt werden, was ihr erzählt wurde, um sicher zu stellen was sie verstanden hat.

Literaturreview: Verbessern professionelle Dolmetscherinnen die klinische Versorgung von Patientinnen mit eingeschränkten Englischkenntnissen?

Karliner et al. (2007) untersuchten in einem systematischen Literaturreview, inwiefern professionelle Übersetzer die Betreuung von Patienten mit eingeschränkten Englischkenntnissen verbessern können.

Sie schlossen 28 qualitative und quantitative Studien mit unterschiedlich grossen Teilnehmerzahlen ein. Das Review mit dem Evidenzniveau 1b (AWMF, 2001) zeigt ganz klar auf, dass professionelle Übersetzer zur Qualitätsverbesserung der Betreuung von PatientInnen mit sprachlichen Barrieren beitragen (Karliner et al., 2007). Bezüglich der Geburtshilfe wurde in einer Studie herausgefunden, dass die Übersetzung einen signifikanten Einfluss auf die Kaiserschnitttrate hat (Small et al., 1999 zit. in Karliner et

al.,2007). Small et al. (1999 zit. in Karliner et al.,2007) entdeckten, dass bei Frauen mit sprachlichen Barrieren ohne Übersetzung eine fast doppelt so grosse Gefahr besteht, einen Kaiserschnitt zu erhalten, im Vergleich zu den Frauen, bei denen jemand übersetzte.

5.2 Aktuelle Situation in der Praxis

Informationen über die Praxisinstitution

Die gewählte Praxisinstitution ist ein Regionalspital, welches eine Medizinische Klinik, eine Klinik für Chirurgie, Orthopädie und Traumatologie, eine Frauenklinik, eine Anästhesiologie sowie eine Radiologie und ein psychiatrischer Dienst beinhaltet.

Das Leitbild des Spitals stellt die Qualität der Leistungen und die Zufriedenheit der PatientInnen in den Mittelpunkt. In allen Bereichen wird nach dem grösstmöglichen Nutzen für PatientInnen gesucht und die allgemeine Gesundheitsversorgung in der Region gefördert. Den Mitarbeitenden wird ein Arbeits- und Ausbildungsumfeld geboten, in welchem ganzheitliches Denken und Handeln gefördert wird. Um die gewünschte Qualität zu erreichen, werden Prozesse regelmässig überprüft und verbessert.

Das Ziel des Betriebes ist eine nachhaltige Qualitätsentwicklung mit Schwerpunkt auf der kontinuierlichen Verbesserung. Um dies zu erreichen wird systematisches und gezieltes Qualitäts- und Riskmanagement angewendet und alle Mitarbeitenden werden in die Qualitätsverantwortung und Qualitätsentwicklung einbezogen.

Die Frauenklinik des Betriebes verfügt nebst der gynäkologischen Abteilung über einen Gebärsaal mit vier Gebärzimmern, einem Überwachungsraum und einem Aufnahmezimmer. Zusätzlich ist eine Wochenbettabteilung vorhanden, auf welcher 24 Stunden Rooming-In und mehrheitlich Zweibettzimmer angeboten werden. Im Jahr 2010 hatte die Geburtenabteilung 918 Geburten zu verzeichnen, welche im Vergleich zum Vorjahr erneut angestiegen ist. Laut der Stillstatistik wurden in den drei Monaten von Januar bis März 2011 auf der Station 33 Frauen mit ausländischer Abstammung betreut, was 20 Prozent von allen betreuten Frauen während diesen drei Monaten ausmacht.

Im Gebärsaal sind 13 Hebammen mit unterschiedlichem Beschäftigungsgrad und Alter angestellt. Diese arbeiten eng mit dem ärztlichen Team zusammen, welches aus einem Chefarzt, einem Oberarzt, vier leitenden Ärzten und sechs Assistenzärzten besteht. Zusätzlich gibt es zehn Belegärzte und zwei Beleghebammen, die sich an die Weisungen und Richtlinien des Hauses halten müssen. Die Stationsleitung, welche seit zehn Jahren als solche im Betrieb tätig ist vertritt einen transformationalen Führungsstil

und ist sehr offen für neue Ideen und Veränderungsvorschläge. Die Arbeitsbelastung wird von ihr als „komfortabel, sehr hoch“ und das Arbeitsklima als „sehr gut und freundschaftlich“ beschrieben. Das Team habe eine hohe Sozialkompetenz.

Alle zwei Monate finden intern Weiterbildungen zu geburtsspezifischen Themen statt, an welchen auch die freiberuflichen Hebammen der Region teilnehmen dürfen. Zusätzlich wird einmal im Jahr eine Fortbildung für das ganze Team der Station angeboten. Nehmen Hebammen an externen Weiterbildungen teil, werden diese teilweise finanziert. Eine Weiterbildung zum Thema der transkulturellen Kompetenz wurde im Betrieb noch nicht durchgeführt. Reflexions- und Austauschmöglichkeiten haben die angestellten Hebammen an den Teamsitzungen und den monatlichen obligatorischen Fallbesprechungen. Ausserdem findet dreimal jährlich ein Qualitätsforum statt, an welchem auch Ärzte anwesend sind.

Die Angebote der Geburtenabteilung sind sehr vielfältig. Während der Schwangerschaft werden ein Informationsabend, ein Hebammengespräch, geburtsvorbereitende Akupunktur und ein Stillvorbereitungskurs angeboten. Jede Frau kommt zu mindestens einer Schwangerschaftskontrolle am Geburtstermin. Die vorherige Schwangerenbetreuung wird ausschliesslich durch den Gynäkologen der Frau durchgeführt. Bei der Betreuung unter der Geburt steht das individuelle Eingehen auf die Bedürfnisse des Paares im Zentrum. Dazu werden verschiedenste Möglichkeiten genutzt. Von der konventionellen Schmerztherapie über verschiedenste Geburtspositionen bis hin zur Homöopathie und Akupunktur bietet der Gebärsaal ein breites Spektrum zur Geburtsunterstützung der Frau.

Um die unterschiedlichen Bedürfnisse der Frauen zu erheben, wird in der Schwangerschaftskontrolle oder zu Beginn der Geburt eine Anamnese durchgeführt. Da Vorgaben für die Erhebung des soziokulturellen Hintergrundes der Frau und ihrer Familie fehlen, wird dieser sehr individuell erhoben. Hilfsmittel spezifisch für MigrantInnen sind ausser englisch- und französischsprachigen Unterlagen nicht vorhanden. Als zusätzliche Hilfe wird von der Stationsleitung das sehr multikulturell geprägte Team genannt, wobei keine Hebamme einen Migrationshintergrund aufweist.

Um bei Sprachbarrieren jemanden zur Übersetzung beizuziehen, gibt es eine Dolmetscherliste von internen Fachpersonen. Ein professioneller Übersetzungsdienst wird vom Sozialdienst der Region angeboten und von diesem finanziert.

Ergebnisse der Interviews

Die Interviews wurden zwischen dem 11.04.2011 und dem 30.04.2011 durchgeführt. Interviewt wurden acht im Gebärsaal tätige Hebammen. Sie waren zwischen 23 und 53 Jahre alt und verfügten über eine Berufserfahrung von 2 bis 15 Jahren.

Fünf Interviews fanden telefonisch während der Arbeitszeit der Hebammen statt. Ausserhalb ihrer Arbeitszeit wurden zwei Hebammen telefonisch und eine Hebamme persönlich befragt.

Keine der Hebammen hat angegeben eine themenspezifische Weiterbildung zur transkulturellen Kompetenz besucht zu haben. Alle befragten Hebammen sprechen Schweizerdeutsch, verfügen über sehr gute Deutschkenntnisse und über Kenntnisse in Englisch und Französisch. Drei Hebammen gaben an des Weiteren etwas Spanisch zu sprechen und vier Hebammen sprechen etwas Italienisch.

Die Ergebnisse der Interviewauswertung werden in sieben Kategorien (K) mit spezifischen Aspekten eingeteilt. Diese Kategorien sollen einen Überblick über die transkulturelle Arbeit im ausgewählten Spital ermöglichen. Sie beinhalten vorhandene Probleme, Einflussfaktoren, verwendete Hilfsmittel bei der Geburtsbegleitung von MigrantInnen sowie Angaben zu Häufigkeit und Herkunft der AusländerInnen, Gefühle der Hebammen und gewünschter Veränderungsbedarf bezüglich der transkulturellen Betreuung.

Tab. 1: Kategorien und deren Aspekte des analysierten Interviews.

Kategorien	Aspekte
K1: Von den Hebammen genannte Häufigkeit und Herkunft der Migrantinnen.	<ul style="list-style-type: none"> - Geschätzte Häufigkeiten der Geburtsbetreuung ausländischer Frauen. - Abstammung der Migrantinnen laut den Hebammen.
K2: Wie die Hebammen die Geburtsbegleitung von Migrantinnen erleben.	<ul style="list-style-type: none"> - Emotionen der Hebamme während der Geburtsbegleitung eines ausländischen Paares. - Herausforderungen für die Hebamme bei der Betreuung eines ausländischen Paares. - Unterschiede in der Geburtsbetreuung zwischen Schweizerinnen und Migrantinnen. - Unterschied zwischen den. - Positive Aspekte in der Geburtsbegleitung von Migrantinnen.
K3: Probleme, welche sich bei der Geburtsbetreuung eines ausländischen Paares ergeben.	<ul style="list-style-type: none"> - mangelndes Hintergrundwissen - Begleitpersonen - Vermehrte Angst der Frau - Kommunikation als Problem
K4: Einflussfaktoren, welche die Geburtsbetreuung von	<ul style="list-style-type: none"> - Einflussfaktoren, welche die Geburtsbegleitung von Migrantinnen prägen.

Migrantinnen prägen.	- Andere Faktoren, welche die Hebamme bei der Geburtsbegleitung eines ausländischen Paares prägen.
K5: Äusserungen der Hebammen zum Thema Schmerz.	- Unterschiede im Schmerzausdruck werden genannt. - Unterschiede im Schmerzmanagement
K6: Gewünschter Veränderungsbedarf der befragten Hebammen.	- Gewünschter Veränderungsbedarf bezüglich der Arbeit mit MigrantInnen.
K7: Verwendete Hilfsmittel während der Geburtsbegleitung von Migrantinnen.	- Verwendete Hilfsmittel bei MigrantInnen - Zusätzlich gewünschte Hilfsmittel für die Geburt für MigrantInnen

K1: Von den Hebammen genannte Häufigkeit und Herkunft der Migrantinnen.

Alle befragten Hebammen haben angegeben, dass sie in ihrem Arbeitsalltag oft Migrantinnen begegnen. Fünf der Befragten haben das Gefühl, dass 20-30 % der von ihnen betreuten Frauen ausländischer Herkunft sind. Drei sagen dass die Migrantinnen sogar 50 % ausmachen. Bezüglich der Herkunft der Migrantinnen wird ganz klar eine Region am meisten genannt. So geben alle Hebammen häufige Begegnungen mit Migrantinnen aus dem südosteuropäischen Raum an. Nur die Hälfte der Interviewten haben vereinzelt noch andere Abstammungsnationen angegeben, wobei keine wiederholten Nennungen aufgetreten sind.

K2: Wie die Hebammen die Geburtsbegleitung von Migrantinnen erleben.

Die Mehrheit der interviewten Hebammen empfindet die Betreuung von Frauen ausländischer Abstammung als positive Herausforderung. Eine Hebamme betont jedoch, dass sich die Geburtsbegleitung erschwert, je negativer sich eine pathologische Situation während einer Geburt entwickelt. Die erlebten Gefühle der Hebammen variieren, von Mitleid mit den Frauen, über Unsicherheit bezüglich der eigenen Arbeitsweise, bis zu Wohlgefühl in der Arbeit mit Migrantinnen.

Unterschiede im Verhalten der Frauen mit verschiedenen Abstammungen werden von sechs Hebammen genannt.

Man spürt die verschiedenen kulturellen Hintergründe (3.6.3)

Desweiteren deuten fünf Aussagen auf Stereotypisierung der Migrantinnen hin, wie zum Beispiel:

Kosovarovinnen sind härter im nehmen und Deutsche wollen sofort eine Lösung (6.5.2)

Unterschiede bezüglich der Betreuungsart zwischen Migrantinnen und Schweizerinnen werden jedoch kaum erwähnt.

Als positive Aspekte in der Geburtsbegleitung von Migrantinnen beschreiben die befragten Hebammen die grosse Dankbarkeit, das Vertrauen und die Freude der ganzen Familie.

K3: Probleme, welche sich bei der Geburtsbetreuung eines ausländischen Paares ergeben.

Während der Analyse der Interviews haben sich vier Hauptproblematiken herauskristallisiert. So werden das mangelnde Hintergrundwissen, die vermehrte Angst der Frau, die Begleitpersonen sowie die Kommunikation als Probleme eingestuft.

Einige Hebammen stellten beidseitig kulturelle Barrieren wegen fehlendem Hintergrundwissen fest. So wird zum Beispiel ein Mangel an gegenseitigem Verständnis und Akzeptanz beschrieben.

Sechs Hebammen erzählen, im Vergleich zu einheimischen Gebärenden, vermehrt Angst bei ausländischen Frauen zu beobachten. Dies führen sie auf die fremde Umgebung, fehlende Aufklärung und dem schon oben genannten Mangel an Verständnis zurück.

Das Verhalten der Begleitpersonen von Migrantinnen wird im Vergleich zur Begleitung von Schweizerinnen von vier befragten Hebammen als fremd empfunden. So wird beschrieben, dass oft viele Familienangehörige im Gebärsaal anwesend sind und die Arbeit der Hebammen beeinträchtigen, da die Vorstellungen der Familie manchmal nicht den Schweizer Gegebenheiten entsprechen. Auch erwähnen die Hebammen, dass die Rolle des Mannes einer Migrantin erschwert sein kann.

Ausländische Männer sind häufiger überfordert als Schweizer Männer, da sie im Heimatland nicht diese Rolle einnehmen müssen.
(8.7.2.)

Von allen Hebammen wird die Kommunikation mit fremdsprachigen Frauen als grosse Problematik angegeben. Sprachliche Barrieren beeinflussen das Geburtsgeschehen und stellen manchmal unüberwindbare Hindernisse dar.

Die Hebammen beschreiben zwei verschiedene Strategien um sich mit der fremdsprachigen Frau zu verständigen. Einerseits werden Personen zur Übersetzung beigezogen und andererseits wird auf die nonverbale Kommunikation vertraut.

Als übersetzende Personen nennen zwei der befragten Hebammen eine professionelle Übersetzung selten beizuziehen, weitere zwei sagen internes Personal zur

Übersetzung hinzu zu holen und alle Hebammen verwenden Familienangehörige als Übersetzungshilfe. Einige Hebammen erwähnen, dass es bei der Übersetzung durch Familienmitglieder zu zusätzlichen Problemen kommen kann:

Ich sehe Schwierigkeiten in der Kommunikation, wenn der Mann nicht richtig übersetzt. (4.5.1)

Wie oben erwähnt beschreiben alle Hebammen die nonverbale Kommunikation als weiteren Lösungsweg bei erschwerter Verständigung. Des Weiteren nannten die Hebammen verschiedene Mittel, um die sprachlichen Barrieren zu überwinden. Diese Mittel werden in Abb.3 dargestellt.

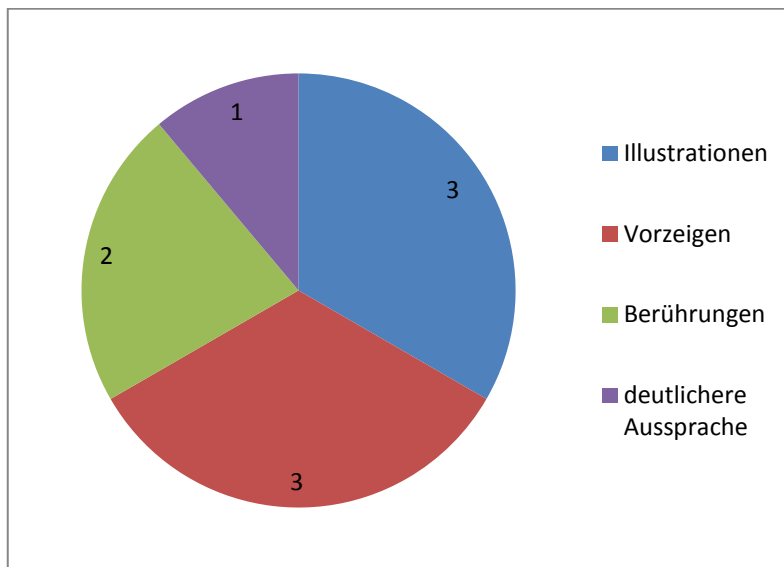


Abb. 3: Angewendete Hilfsmittel zur Erleichterung der Kommunikation. (n=8)

K4: Einflussfaktoren bei der Geburtsbetreuung von Migrantinnen.

Die Hebammen nannten verschiedene Einflussfaktoren. Hauptsächlich wurden zwei Faktoren mehrmals genannt. Einerseits die Individualität aller Frauen und andererseits differente Rollenverhältnisse zwischen Mann und Frau.

Vereinzelt wurden weitere Punkte genannt, wie die erschwerte Anamnese, der Migrationshintergrund und die Fähigkeit der Hebamme sich auf die Situation einzulassen.

K 5: Äußerungen der Hebammen zum Thema Schmerz.

Mehrheitlich benennen die befragten Hebammen Unterschiede im Schmerzausdruck von Frauen ausländischer Abstammung. Die Unterschiede konnten durch die Hebammen nicht klar spezifiziert werden, so sind auch einige gegensätzliche Aussagen gemacht worden. Zum Beispiel sagte eine Hebamme, dass Migrantinnen

vermehrt Analgetika benutzen und eine andere Befragte sagte genau das Gegenteil aus.

K6: Verwendete Hilfsmittel während der Geburtsbegleitung von Migrantinnen.

In Abb.4 werden die verschiedenen Hilfsmittel aufgezeigt, welche von den Hebammen während der Geburtsbegleitung einer Migrantin verwendet werden können.

Um den Geburtsprozess zu erklären greifen die meisten zum Geburtsatlas, zwei Hebammen sagen, dass sie manchmal auch ein Becken und eine Puppe zur Hilfe nehmen.

Auch unter der Geburt werden Hilfsmittel zur Kommunikation, wie übersetzte Broschüren, eine interne Person zur Übersetzung, Zeichnungen oder Bücher benutzt.

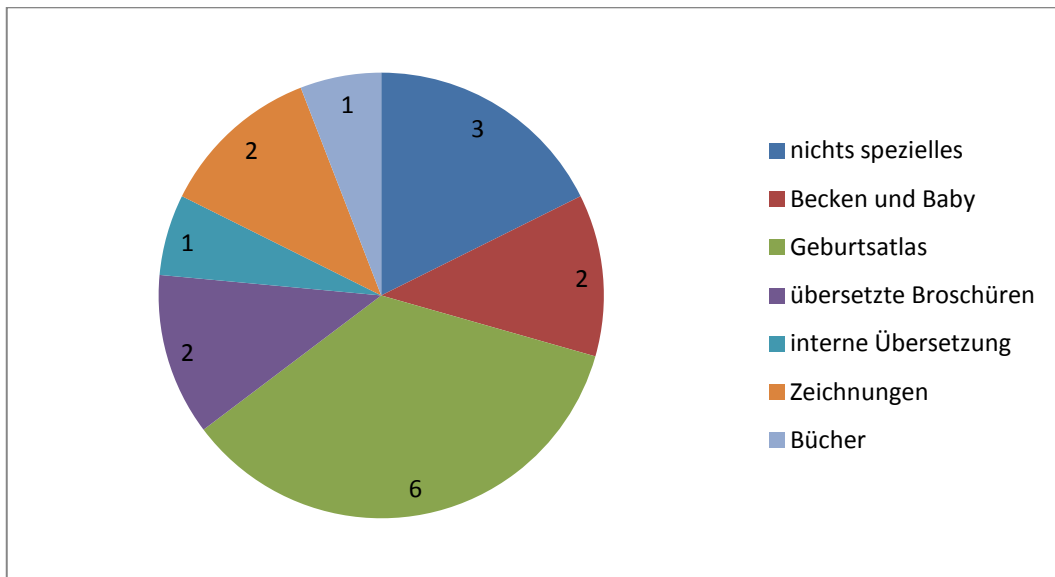


Abb. 4: Verwendete Hilfsmittel für die Geburtsbegleitung von Migrantinnen. (n=8)

K7: Gewünschter Veränderungsbedarf der befragten Hebammen.

Jede befragte Hebamme hat einen erwünschten Veränderungsbedarf angegeben. Es wurden mehrere Hilfsmittel zum Überwinden der Sprachbarrieren gewünscht: Drei Hebammen wünschen sich vermehrt übersetzte Unterlagen in unterschiedlichen Sprachen, je zwei wünschen sich eine bessere Möglichkeit professionelle Übersetzung beizuziehen und mehr Anschauungsmaterial als Hilfsquellen zur Verfügung zu haben. Vereinzelt wurden Wünsche aufgeführt wie migrationsspezifische Geburtsvorbereitungskurse, vermehrte Informationen und Aufklärung für MigrantInnen, und mehr eigenes kulturelles Hintergrundwissen sowie die Sensibilisierung der Hebammen für das Thema.

5.3 Vergleich der aktuellen Situation in der Praxis mit der Evidenz aus der Literatur

Tab. 2: Vergleich der Evidenz aus der Literatur und der Aktuellen Situation in der Praxis.

Evidenz aus der Literatur	Aktuelle Situation in der Praxis	Veränderungsbedarf
MigrantInnen sollten durch das Fachpersonal respektvoll und verständlich behandelt werden. ^{1) / 2)} Annahmen aufgrund Kultur, ethnischer Herkunft oder religiösen Überzeugungen sollten vermieden werden. ²⁾	Ein Mangel an gegenseitigem Verständnis und Akzeptanz, ausgelöst durch kulturelle Barrieren, wurde beschrieben.	Kulturelle Barrieren werden minimiert und gegenseitiges Verständnis und Akzeptanz ist vorhanden
Soziokulturelle Gesundheitsvorstellungen sollten bei der Betreuung berücksichtigt werden. ¹⁾	Soziokulturelle Informationen werden im Anamneseinstrument nicht berücksichtigt.	Soziokulturelle Informationen sind vorhanden.
Mitarbeitende sollen so angestellt sein, dass sie der lokalen demografischen Zusammensetzung entsprechen. ¹⁾	Alle Hebammen verfügen über gute Deutsch- und einige Fremdsprachenkenntnisse	Die Zusammensetzung der Belegschaft entspricht den lokalen demografischen Gegebenheiten.
Das Personal soll Weiterbildungen zum Thema transkultureller Kompetenz erhalten. ^{1) / 2)}	Keine themaspezifischen Weiterbildungen wurden besucht oder angeboten. Hebammen äusserten mangelndes kulturelles Hintergrundwissen zu haben.	Themaspezifische Weiterbildungen werden angeboten und besucht.
Es soll eine mündliche und schriftliche Information über das Recht auf Übersetzung durchgeführt werden. ¹⁾	Frauen mit Sprachbarrieren werden teilweise über die Möglichkeit einer Übersetzung informiert.	MigrantInnen werden über die Möglichkeit einer Übersetzung informiert.
Übersetzung soll durch einen professionellen Übersetzungsdienst oder durch geschultes bilinguales Personal erfolgen. ^{1) / 2) / 3)}	Vor allem bei komplizierten Fällen wird eine Übersetzerin im Haus organisiert. Professionelle Übersetzer werden sehr selten hinzugezogen.	Jeder Frau steht auf Wunsch ein professioneller Übersetzungsdienst zur Verfügung.
Nur auf ausdrücklichen Wunsch der Klientin sollen Familienangehörige zur Übersetzung beigezogen werden. ¹⁾	Familienangehörige dienen mehrheitlich als Übersetzer.	Zur Übersetzung werden weniger Familienmitglieder hinzugezogen. Das Angebot von professionellen Übersetzern wird bevorzugt.
Einfaches, gut verständliches Informationsmaterial und Hilfsmittel sollen angeboten und genutzt werden. ¹⁾ Zum Beispiel Plakate, Broschüren, Fotos, Zeichnungen etc. Diese sind in unterschiedlichen Sprachen vorhanden. ²⁾	Nur wenige Hebammen benutzen solches Informationsmaterial. Während der Geburt wird als Hilfsmittel vorwiegend der Geburtsatlas angewendet.	Gutes, einfach verständliches Informationsmaterial und Hilfsmittel sind vorhanden und werden genutzt.
Ein Strategieplan zur Förderung der Transkulturalität im Betrieb soll vorhanden sein. ¹⁾	Es sind kein Strategieplan oder Projekte im Betrieb vorhanden	Ein Strategieplan ist vorhanden.
Es sollen fortlaufende Reflexionen und Evaluationen der transkulturellen Arbeit stattfinden. ¹⁾	Reflexionen finden im Team fortlaufend, jedoch nicht spezifisch über ihre transkulturelle Arbeit statt.	Das Team evaluiert und reflektiert ihre transkulturellen Erfahrungen regelmässig.
Die Organisation sollte ausführliche	Im Spital/der Region sind keine	Regionale Informationen über

<p>Informationen über Migrationsgruppen des Einzugsgebietes erheben. ¹⁾</p>	<p>genauen Angaben über die Migrationsgruppen zum Einzugsgebiet erhältlich.</p> <p>Es sind jedoch nationale Daten über das Bundesamt für Gesundheit erhältlich.</p>	<p>Migrationsgruppen sind vorhanden.</p>
--	---	--

1) Clas (2001) 2) NICE (2010) 3) Karliner et al. (2007)

6 DISKUSSION

In diesem Kapitel werden der theoretische Hintergrund, die erarbeitete Evidenz aus der Literatur und die aktuelle Situation in der Praxis miteinander diskutiert und verglichen. Dies soll dazu dienen, eine gesundheitsfördernde Begleitung von Migrantinnen zu begünstigen und Massnahmen zur Verbesserung der aktuellen Praxis zu formulieren.

Des Weiteren werden Empfehlungen zur Implementierung der erarbeiteten Massnahmen in die Praxis beschrieben. Dies soll der Praxis ein mögliches Vorgehen zur Einführung der Massnahmen aufzeigen und die Implementierung erleichtern.

Um eine objektive Diskussion führen zu können, muss die bisherige Arbeit zuerst kritisch hinterfragt und deren Stärken und Schwächen erfasst werden.

6.1 Stärken und Schwächen der Arbeit

Die angewendeten Leitlinien sind verständlich gegliedert und verfügen nach AWMF über eine hohe Evidenz. Jedoch wurde keine spezifische Guideline für die Betreuung von MigrantInnen unter der Geburt gefunden. Die CLAS wie auch die NICE Guideline sind für das Schweizer Setting nicht vollständig übertragbar, da diese für andere Betreuungssysteme konzipiert wurden.

Trotz intensiver Suche konnten keine relevanten Studien zur Beantwortung der Fragestellung gefunden werden.

Obwohl die Anzahl der Teilnehmerinnen des Interviews eher klein ist, konnten die gestellten Fragen aus Hebammensicht facettenreich beantwortet und einen guten Überblick über die aktuelle Praxissituation eingefangen werden. Die Hebammen waren bei der Anfrage motiviert an der Umfrage teilzunehmen und uns zu unterstützen. Trotzdem gestaltete es sich schwierig einen Zeitpunkt für die Befragungen zu finden. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung während der geplanten Befragungstage, welche den Hebammen mitgeteilt waren, konnte nur ein Interview im Spital durchgeführt werden. In Folge dessen erfolgten sieben Interviews telefonisch. Die persönliche Befragung vor Ort war umfangreicher im Vergleich zu den Telefongesprächen, weshalb es von Vorteil gewesen wäre etwas mehr Umfragen vor Ort durchführen zu können. Um die Qualität der aktuellen Situation bezüglich der transkulturellen Geburtsbegleitung noch besser und ganzheitlicher zu beschreiben, hätten noch andere beteiligte Berufsgruppen, wie beispielsweise die Ärzteschaft, befragt werden müssen. Denn obwohl die Hebamme unter der Geburt die Hauptansprechperson für MigrantInnen ist, spielt der Arzt oder die Ärztin eine einflussnehmende Rolle für das Geburtsgeschehen.

Die Interviews hätten einerseits die Sicht der Ärzteschaft aufgezeigt und diese andererseits für das Thema der transkulturellen Betreuung sensibilisiert.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

Wie kann nun also die transkulturelle Arbeit unter der Geburt durch die Hebamme professionell gestaltet werden?

Die Häufigkeit des Vorkommens von Gebärenden mit Migrationshintergrund, wurde durch die befragten Hebammen, im Vergleich zu statistischen Werten, als relativ hoch eingeschätzt. Interessanterweise nannten fast alle befragten Hebammen MigrantInnen aus dem osteuropäischen Raum als häufigste KlientInnen mit ausländischer Abstammung. Konkrete statistische Daten für die Bevölkerungszusammensetzung des Einzugsgebiets des Spitals konnten nicht gefunden werden, schweizweit sind aber Personen deutscher und italienischer Nationalität die grössten Migrationsgruppen. Es muss also hinterfragt werden, ob die nationalen Daten für das Einzugsgebiet nicht repräsentativ sind, ob südosteuropäische Frauen mehr Kinder gebären oder ob Frauen dieser Abstammung auffälliger sind.

Obwohl die meisten der befragten Hebammen erwähnten, dass die Geburtsbegleitung, egal ob MigrantIn oder nicht, sehr individuell ist, wurden vermehrt auch Aussagen bezüglich Frauen aus dem osteuropäischen Raum gemacht. Dies führt zur Vermutung, dass doch auch in Stereotypen gedenkt wird. Annahmen über eine Person aufgrund ihrer Kultur, ethnischer Herkunft oder religiösen Überzeugungen sollten aber vermieden werden (NICE, 2010).

Keine der befragten Hebammen besuchte bisher eine themenspezifische Weiterbildung zur transkulturellen Kompetenz, dies liegt einerseits wohl an der mangelnden Sensibilisierung der Hebammen, andererseits auch daran, dass zu wenige Weiterbildungen zum Thema angeboten werden. Trotz der Aktualität der Migration, wurden lange Zeit hauptsächlich kulturspezifische Weiterbildungen angeboten. Domenig (2007) empfiehlt aber klar, dass Weiterbildungen durchgeführt werden sollen, die nicht auf der Verschiedenheit der Kulturen, sondern auf der Interaktion zwischen Pflegenden und MigrantInnen beruhen. Sowohl die NICE-Guidelines (2010) als auch die CLAS-Standards (OPHS, 2001) empfehlen Schulungen zum Thema. Daraus lässt sich ableiten, dass es auch für die befragte Praxisinstitution ratsam wäre themenspezifische Weiterbildungen für Hebammen und GynäkologInnen anzubieten.

Eine oft genannte Problematik der interviewten Hebammen sind kulturelle Barrieren aufgrund von mangelndem Hintergrundwissen, wobei die Befragten dies als fehlendes

Wissen über die einzelnen Kulturen definieren. Auch Domenig (2007) erwähnt die Wichtigkeit eines adäquaten Hintergrundwissens, benennt aber als relevante Themen Gemeinsamkeiten statt Unterschiede (vgl. Kapitel „Theoretischer Hintergrund, Hintergrundwissen und Erfahrung“). Da eine allfällige Weiterbildung die Erhöhung der transkulturellen Kompetenz zum Ziel haben soll, ist zu beachten, dass in dieser Weiterbildung nicht nur das Hintergrundwissen im Zentrum steht, sondern auch die Fähigkeit zur Selbstreflexion und die Empathie im Umgang mit MigrantInnen thematisiert wird.

Die in der Praxis erhobenen Hauptproblematiken entsprechen nur teilweise den von Domenig (2007) genannten Hindernissen in der transkulturellen Pflege. Interessant ist, dass Domenig die unterschiedlichen Ausdrucksformen des Schmerzes anspricht, die befragten Hebammen dies aber nicht als problematisch betrachten, sondern sowieso auf die Individualität des Schmerzumgangs in der Geburtshilfe hinweisen. Somit ist in diesem Zusammenhang keine Veränderung notwendig. Vielmehr benennen die Hebammen die vermehrten Ängste der Migrantinnen, sie versuchen sich in diese Frauen hinein zu versetzen und machen sich Gedanken darüber wie die Klientinnen die Situation erleben, was auf eine hohe Sozialkompetenz unter den Hebammen schliessen lässt.

Auch wenn alle der befragten Hebammen multilingual sind, definieren sie die erschwerte Kommunikation als prägender Faktor für die Begleitung der Frauen mit Migrationshintergrund. Sprachliche Barrieren sind unter der Geburt nur sehr schwer vermeidbar. Wie aber ist es möglich trotzdem adäquat mit einem Paar unter der Geburt kommunizieren zu können? In der Literatur ist die transkulturelle Geburtsbegleitung bis anhin wenig beschrieben und konkrete Strategien sind keine vorhanden. Die befragten Hebammen nennen aber zwei Vorgehensweisen, wie sie die Betreuung unter der Geburt bei erschwelter Kommunikation managen: Sie benötigen vermehrt Hilfsmittel und setzen auf nonverbale Kommunikationstechniken. Wobei hier angefügt werden muss, dass auf genauere Befragung hin, die Hebammen vor allem die bewusst ausgeführte Körpersprache, also vorzeigen und berühren, als nonverbal definieren. Auch Uzarewicz,(2007) beschreibt die Sprache der Leiblichkeit als transkulturell, transnational und transhistorisch. Im Umgang mit MigrantInnen bietet die Körpersprache eine Möglichkeit der Verständigung, die weitere Handlungsstrategien ermöglichen soll. Nonverbale Handlungen wie Berührungen, Streicheln, leises Sprechen und angepasste Haltung können der Frau Geborgenheit und Sicherheit vermitteln, was zu einer vermehrten Entspannung führt und Ängste reduzieren kann.

Wingchen (2006) betont jedoch die Wichtigkeit, die nonverbale Kommunikation als multifaktoriell anzusehen. Einzelne Signale müssen im Kontext mit visueller, taktiler, paraverbaler und olfaktorisch-gustatorischer Kommunikation interpretiert werden um eine adäquate Einschätzung des Gegenübers zu erlangen und um selbst authentisch zu wirken.

Die befragten Hebammen geben an vermehrt Illustrationen und Hilfsmittel zu benutzen um die Kommunikation zu erleichtern. Vor allem der Geburtsatlas kommt häufig zum Einsatz. Es muss also die Überlegung erfolgen, ob der Geburtsatlas ein geeignetes Instrument zur Arbeit mit MigrantInnen unter der Geburt ist oder ob er einfach das einzig vorhandene Hilfsmittel ist.

Sowohl die NICE-Guidelines (2010) als auch die CLAS (OPHS, 2001) und Domenig (2007) empfehlen den Gebrauch einer Variation von universellen einfach verständlichen Hilfsmitteln. Der Geburtsatlas ist ein illustrativ schön gestaltetes doch relativ komplexes Hilfsmittel, das vor allem zum Beschreiben des Geburtsvorgangs dient und zu dessen Verstehen verbale Erläuterungen benötigt werden. Der Geburtsatlas erleichtert es der Frau nicht, die Begründung der Abläufe im Gebärsaal zu verstehen und trägt nicht dazu bei, der Frau eine informierte Entscheidung zu ermöglichen. Im internationalen Kompetenzprofil der Hebammen wird jedoch aufgeführt, dass die Hebamme die Aufgabe hat durch evidenzbasierte Information eine gemeinsame Entscheidung zu ermöglichen und die Autonomie und Selbstbestimmung der Frau zu stärken. Dazu wendet die Hebamme Kommunikationstechniken und didaktische Hilfsmittel situationsgemäss an (Rektorenkonferenz der Fachhochschulen in der Schweiz, 2007).

Um in der aktuellen Praxis eine transkulturell adäquate Begleitung zu gewährleisten, sollten Hilfsmittel zweier Arten konzipiert und angewendet werden. Einerseits sind dies Anschauungsmaterialien und andererseits übersetzte Unterlagen.

Die Anschauungsmaterialien sollten ansprechend und einfach sowie zu geburts-hilflichen Themen gestaltet werden. Im Handel zu erwerbende Bildertafeln sind meistens zu abstrakt und nicht geburtsrelevant.

Die gängigsten Unterlagen im Spital, wie zum Beispiel die Geburtsanmeldung, sollten in den häufigsten Sprachen der Region angeboten werden. Nationale Information zum Thema Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft existieren bereits in unterschiedlichsten Sprachen. Diese sollten aber auch an die MigrantInnen in der von ihnen gewünschten Sprache abgegeben werden.

Als weiterer Lösungsansatz bei erschwelter Verständigung wird sowohl von den befragten Hebammen, als auch in der Literatur (NICE, 2010; OPHS, 2001; Domenig, 2007) das Einbeziehen einer Übersetzung beschrieben. Small et al. (1999) beschreiben einen signifikanten Einfluss der Übersetzung in der Geburtshilfe auf die Kaiserschnittsrate der Migrantinnen. Allerdings wurde bei dieser Studie kein Unterschied zwischen einer professionellen Übersetzung und einer Übersetzung durch Familienangehörige gemacht. Eine professionelle Übersetzung führt aber zu einer Verbesserung der Qualität der Betreuung von Patienten mit sprachlichen Barrieren (Karlner et al., 2007).

Bei schwieriger sprachlicher Verständigung empfehlen sowohl die CLAS (OPHS, 2001) als auch die NICE- Guidelines (2010) eine professionelle Übersetzung. In den Interviews wurde ersichtlich, dass im ausgewählten Spital unter der Geburt keine professionelle Übersetzung beigezogen wird. Dies ist möglicherweise darauf zurück zu führen, dass sprachliche Barrieren unter der Geburt als kaum vermeidbar gelten, da das Hinzuholen einer professionellen Übersetzung der grossen Intimität und der akuten unplanbaren Situation der Geburt als eher ungeeignet angesehen wird. Um eine optimale professionelle Übersetzung zu gewährleisten, müssten einige Veränderungen arrangiert werden. So wäre es denkbar aufgrund, dass jede Migrantin ihre eigene Dolmetscherin hat, die sie optimalerweise auch schon in der Schwangerschaft unterstützt und durch staatliche Institutionen finanziert wäre. Die DolmetscherInnen hätten dann auch Pikettdienst für die ihnen zu geteilten Paare ausländischer Abstammung.

Momentan ist das schweizerische Gesundheitssystem aber noch nicht soweit. In der aktuellen Praxissituation werden hauptsächlich Familienangehörige zur Übersetzung beigezogen. Jedoch beschreibt Stuker (2007) eine Vielzahl von Problematiken, die bei einer Übersetzung durch Familienangehörige auftreten können. Damit nicht nur Familienangehörige übersetzen müssen, würde im Spital eine Liste von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund, wie auch die Option der professionellen Übersetzung bestehen. So stellt sich die Frage, weshalb diese Angebote nicht genutzt werden? Dies könnte einerseits an einer mangelnden Sensibilisierung der Hebammen, als auch an einem ungenügenden Bewusstsein der Problematik und Information über die verschiedenen Möglichkeiten liegen.

Die CLAS gehen deshalb sogar so weit, dass sie eine Anstellung des Personals auf allen Ebenen eines Spitals empfehlen, die den demografischen Daten und Ethnizitäten des jeweiligen Einzugsgebiets entspricht. Eine Auslese nach Nationalität ist in der Schweiz schon aufgrund der Verfügbarkeit des Personals nicht möglich, eine Schulung

des medizinischen Personals mit Migrationshintergrund bezüglich Professionalität der Übersetzung, wie sie die CLAS beschreiben, ist aber empfehlenswert.

Der Prozess der Hebammenarbeit, welcher von Cignacco (2010) entwickelt wurde, ist ein Modell für die Hebamme zur Professionalisierung ihrer Arbeit. Er dient zur kontinuierlichen ganzheitlichen Einschätzung der Situation und soll eine optimale Betreuung ermöglichen. Viele Hebammen agieren und arbeiten unbewusst nach Strukturen anlehnend an den Prozess der Hebammenarbeit. Bewusst ausgeführt kann der Hebammentätigkeitsprozess zu einem wertvollen Hilfsmittel für die transkulturelle Betreuung unter der Geburt werden. Der Hebammentätigkeitsprozess ermöglicht ein strategisches Vorgehen, erhöht die Qualität der Betreuung und baut auf einem ressourcenorientierten partnerschaftlichen Verhältnis zwischen Hebamme und Frau auf. Die Hebamme evaluiert kontinuierlich die Qualität der durchgeführten Massnahmen unter Einbezug der Perspektive der Frau und der Familie, eine Fähigkeit die auch im Internationalen Kompetenzprofil der Hebamme aufgeführt wird (Rektorenkonferenz der Fachhochschulen in der Schweiz, 2007).

KlientInnen sollten stets respektvoll und verständlich behandelt werden und eine wirkungsvolle Pflege erhalten (OPHS, 2001). Die interviewten Hebammen benannten kaum Unterschiede in der Geburtsbegleitung zwischen Migrantinnen und Schweizerinnen. Sie erwähnten aber auch, dass jede Geburtsbegleitung individuell sei und personenzentriert gestaltet werde. Um diesem Anspruch gerecht zu werden müssen die individuellen Bedürfnisse der KlientInnen erfasst werden. Dazu ist die Anwendung des Prozesses der Hebammenarbeit grundlegend, welcher eine ausführliche Anamnese unumgänglich macht. Diese sollte nicht nur persönliche Angaben und Gesundheitsdaten erheben, sondern auch soziokulturelle und migrationsspezifische Aspekte enthalten (OPHS, 2001). Interessant ist, dass die befragten Hebammen nicht angaben zusätzliche Punkte bei der Betreuung von MigrantInnen zu erfragen. In der Literatur werden immer wieder Hemmungen vor solchen Fragen erwähnt (Domenig, 2007). Es stellt sich die Frage, ob auch die interviewten Hebammen Berührungspunkte vor der Befragung haben und wenn ja, warum. So beschreibt Domenig (2007) eine positive Reaktion der KlientInnen auf eine transkulturell adäquate Anamnese. Die narrative Empathie stellt eine der drei Basissäulen der transkulturellen Kompetenz dar und eine gute Anamnese dient als Baustein dieser Säule.

Um also die Betreuung von MigrantInnen im ausgewählten Spital verbessern zu können, sollte die Anamnese, die durch die Hebammen erhoben wird, durch soziokulturelle Aspekte erweitert werden. Themen zu Religion, Spiritualität, Aufenthaltsstatus, Migrationsgeschichte, sozialem Netz, Lebensgeschichte und frauenspezifischen

Fragen sollten angesprochen werden. Um die Anamnese adäquat bearbeiten zu können, ist dieser Arbeit ein Hilfsmittel von Domenig (2007) angehängt.

Eine gute Kommunikation zwischen medizinischem Personal und KlientInnen ist für die Anamneseerhebung wesentlich (NICE, 2010). Da aber Sprachbarrieren bei der Betreuung von Migrantinnen in der aktuellen Praxis Alltag sind und eine professionelle Übersetzung während der Geburt als eher fehl am Platz empfunden wird, dient als Lösungsvorschlag eine Anamnese zu einem früheren Zeitpunkt. Damit verbunden wäre auch ein vermehrtes Einbeziehen der Hebamme in der Schwangerschaftsbegleitung.

So wird ermöglicht, dass bei Verständigungsschwierigkeiten zwischen Hebamme und Paar eine Übersetzung beigezogen werden kann. Dies kann eine spitalinterne Angestellte sein, die über einen medizinischen Hintergrund verfügt und deren Übersetzungskompetenz sichergestellt ist. Kann betriebsintern dafür niemand gefunden werden, empfiehlt es sich eine externe Dolmetscherin zu organisieren.

Auch den vermehrten Ängsten der Migrantinnen, die von den befragten Hebammen erwähnt wurden, könnte durch die frühen übersetzten Schwangerschaftskonsultationen bei den Hebammen entgegen gewirkt werden. Relevante Informationen bezüglich Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft sollten bei dieser Gelegenheit mit den MigrantInnen ausführlich besprochen werden. Somit müsste unter der Geburt der Geburtsprozess nicht mehr erläutert werden. Dies verhindert, dass die Frau aus dem parasympathischen Prozess geholt wird, was positiv auf den Geburtsverlauf wirken kann.

Zusätzliche Vorteile werden in einer in der Schweiz durchgeführten Studie von Bischoff (2006) aufgezeigt, welcher eine Reduktion der Gesundheitskosten durch eine gute Information der PatientInnen, durch Behebung von Sprachbarrieren und durch eine transkulturelle Begleitung von MigrantInnen belegen konnte. Um dies realisieren zu können, ist einerseits die Mitarbeit der ganzen Organisation erforderlich und andererseits ein partnerschaftlicher Umgang zwischen Hebammen und GynäkologInnen grundlegend. Die Ärzteschaft sollte schwangere Frauen ausländischer Abstammung auf die Möglichkeit dieser Begleitung durch Hebammen hinweisen. Optimalerweise werden die schwangeren Migrantinnen von den GynäkologInnen einige Wochen vor dem Geburtstermin zu den Hebammen ins Spital verwiesen.

6.3 Empfehlung zur Implementierung der Massnahmen

In der Diskussion konnten verschiedene Massnahmen genannt, welche in der Praxis implementiert zu einer Verbesserung der transkulturellen Betreuung unter der Geburt führen können.

- **Weiterbildung:** Es wird empfohlen den Hebammen eine themenspezifische Weiterbildung anzubieten. Dabei ist zu beachten, dass in dieser Weiterbildung nicht nur das Hintergrundwissen im Zentrum steht, sondern auch die Fähigkeit zur Selbstreflexion und Empathie im Umgang mit MigrantInnen thematisiert werden. Beispiele für detaillierte Inhalte sind im Kapitel 3.1 der transkulturellen Kompetenz ersichtlich. Weiterbildungen zur transkulturellen Kompetenz werden zum Beispiel vom Schweizerischen Roten Kreuz oder Caritas organisiert.
- **Hilfsmittel:** Es sollten Hilfsmittel zweier Arten entwickelt und genutzt werden. Dies sind Anschauungsmaterialien und übersetzte Unterlagen, welche ansprechend und einfach, sowie zu geburtshilflichen Themen gestaltet sein sollten.

Beim schweizerischen Hebammenverband sind Broschüren mit Informationen zum Thema Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft in verschiedensten Sprachen erhältlich, welche routinemässig an die MigrantInnen in der von ihnen gewünschten Sprache abgegeben werden sollen.

- **Anamnese:** Die Anamnese sollte durch soziokulturelle Aspekte, wie zum Beispiel Spiritualität und Aufenthaltsstatus erweitert werden. Um die Inhalte der Anamnese adäquat bearbeiten zu können, ist in dieser Arbeit ein Hilfsmittel von Domenig angehängt.

Es empfiehlt sich die Anamnese bei einer Schwangerschaftskontrolle durch die Hebamme zu erheben. Bei Bedarf muss eine übersetzende Person hinzugezogen werden.

Um die Einführung der empfohlenen Massnahmen in der Praxis zu fördern, wird das Team in einer Teamsitzung über die Ergebnisse der Interviews informiert und die Empfehlungen aus der Literatur werden aufgezeigt. Zusätzlich wird der Veränderungsbedarf und die empfohlenen Massnahmen präsentiert.

Die Hebammen der Organisation können dann selbst entscheiden, ob und zu welchem Zeitpunkt sie eine dieser Massnahmen in die Praxis einführen möchten. Denn um eine Veränderung erfolgreich in die Praxis implementieren zu können, muss eine Verände-

rungsbereitschaft sichergestellt werden (Rycroft-Malone, 2009). Dies kann durch eine aktive Mitbestimmung der Beteiligten erreicht werden (Rycroft-Malone, 2009).

Um die Einführung von Massnahmen zu erleichtern wird empfohlen eine Projektgruppe zu gründen, welche interdisziplinär aus Hebammen und ÄrztInnen zusammengestellt wird. Diese sollte ein Budget und einen Projektplan erstellen sowie eine Bewilligung für das Projekt bei den zuständigen Vorgesetzten einholen. Auch entscheidet sie, wie die verschiedenen Massnahmen in der Praxis genau umgesetzt werden sollen, wobei sie die Möglichkeiten in der Institution berücksichtigt.

Es wird empfohlen während des Projektes verschiedene Sitzungen einzuplanen:

- Es sollte eine Informationsveranstaltung durchgeführt werden, an welcher Hebammen und ÄrztInnen anwesend sind. Auch Beleghebammen und BelegärztInnen würden zu diesem Anlass eingeladen werden. Der Projektplan, die erarbeiteten Massnahmen und das weitere Vorgehen sollten vorgestellt werden.
- Einige Zeit nachdem die Massnahmen in der Praxis durchgeführt werden, könnte eine Teamsitzung stattfinden. Die Hebammen sollen die Möglichkeit erhalten ihre Erfahrungen und Meinungen über die neuen Massnahmen zu äussern.
- Nachdem eventuelle Evaluationen über die Einführung der Massnahmen durchgeführt wurden, sollten dessen Ergebnisse dem Team präsentiert werden. Anschliessend wird entschieden, ob die eingeführten Massnahmen beibehalten werden.
- Die Projektleitung wird regelmässige Sitzungen abhalten müssen, um den Verlauf des Projektes zu besprechen.

Für die Umsetzung des Projektes sind diverse Chancen und Risiken vorhanden. Einer der Hauptvorteile des Projektes ist die zunehmende Aktualität des Themas, was in der Praxis auch bekannt ist. Dies könnte, nebst dem Anliegen der Frau das Bestmögliche zu bieten, die Hebammen zusätzlich motivieren die vorgeschlagenen Massnahmen anzuwenden. Weitere Chancen sind der im Team geäusserte Wunsch nach zusätzlichen Hilfsmitteln für die transkulturelle Geburtsbetreuung und das vorhandene Interesse am Thema. Ein Hindernis für die Implementierung könnte der zusätzliche Arbeitsaufwand sein, welcher von der Projektgruppe geleistet werden müsste. Auch könnte es sein, dass sich nebst der anspruchsvollen Arbeit im Gebärsaal nicht

genügend Personen für die Projektgruppe zur Verfügung stellen. Ein weiteres Risiko stellt die nicht interviewte Ärzteschaft dar, da diese nicht wie die Hebammen auf das Thema sensibilisiert wurden. Was dazu folgen kann, dass diese nicht genügend motiviert ist für die Einführung der Massnahmen. Zur erfolgreichen Implementierung müsste auch die Institution das Projekt befürworten und unterstützen.

7 SCHLUSSFOLGERUNG

Migration ist aktuell. Chancengleichheit ist ein nobles, wenn auch zu weilen utopische Ziel unseres Gesundheitssystems. Nach wie vor ist eine Benachteiligung der sozial schwächer Gestellten im Gesundheitssektor alltäglich.

Allgemeine Literatur zum Thema transkulturelle Kompetenz ist vorhanden. Forschungsarbeiten dazu waren aber nur wenige zu finden. Es gibt Leitlinien und Standards zur allgemeinen Geburtshilfe und Migration, konkret zur transkulturellen Betreuung unter der Geburt existiert bisweilen kaum Forschung. Jedoch nimmt die transkulturelle Geburtsbetreuung eine zentrale Stellung ein, da Hebammen regelmäßig Frauen verschiedener Ethnizitäten begegnen. Deshalb ist dringend ein weiterer Forschungsbedarf im Bereich der transkulturellen Geburtsbegleitung nötig.

Diese Arbeit zeigt auf, dass eine transkulturell adäquate Betreuung unter der Geburt sichergestellt werden muss, um den MigrantInnen einen optimalen Start in die Elternschaft zu ermöglichen. Damit die Hebamme diesen Auftrag erfüllen kann, verdeutlicht diese Thesis, dass es einer Sensibilisierung zur Thematik und einer kontinuierlichen Reflexion und Evaluation der Arbeit bedarf.

Es konnte ein konkreter Veränderungsbedarf für die ausgewählte Praxisinstitution aufgezeigt werden. Um eine Verbesserung der Geburtsbegleitung von MigrantInnen zu erreichen, wurden verschiedene Massnahmen formuliert:

- Es wird empfohlen den Hebammen eine themenspezifische Weiterbildung anzubieten. Deren Ziel soll die Erhöhung der transkulturellen Kompetenz sein.
- Die Kommunikation soll einerseits durch Hilfsmittel, wie adäquate Anschauungsmaterialien und übersetzte Unterlagen, erleichtert werden, andererseits sollten vermehrt Übersetzungsmöglichkeiten genutzt werden.
- Eine ausführliche Anamnese mit soziokulturellen Aspekten sollte entwickelt und eingeführt werden. Optimaler Weise sollte die Anamnese einige Wochen vor dem Geburtstermin durch die Hebamme erhoben werden. Nach Bedarf wird dazu eine professionelle Übersetzung hinzugezogen.

Eine transkulturelle Betreuung, die auch soziokulturelle Aspekte berücksichtigt, ermöglicht es, MigrantInnen und ihre Angehörigen in der Geburtshilfe nicht einfach auf das „andere“ zu reduzieren, sondern sie in ihrer Lebenswelt und mit ihren eigenen Vorstellungen und Überzeugungen zur reproduktiven Gesundheit wahrzunehmen.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Altorfer, A. & Käsermann, M. (2007). Die Bedeutung des Nonverbalen in der Kommunikation. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz* (S. 237-257). 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- AWMF & ÄZQ (2005). Systematische Evidenzrecherche. Retrieved 14 June 2011 from: <https://studium.wgs.bfh.ch/studiengaenge09-10/10004/395/Materialien/AWMF%202005%20systematische%20Evidenz-Recherche.pdf>
- AWMF & ÄZQ (2008). *Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinienbewertung (DELBI)* Retrieved 14 June 2011 from: <http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinienbewertung/delbi>
- Baumgartner Bicer, J. (2007). Religiöse Hintergründe und soziale Praktiken. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz* (S. 67-85). 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Behrens, J., & Langer, G. (2006) Veränderungen in der Pflegepraxis. In *Evidence-based Nursing and Caring* (S. 259-283). Bern: Verlag Hans Huber.
- Bischoff, A. & Denhaeryck, K. (2010) What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Services Research*.
- Borde, T., & David, M. (2007) Migrantinnen in der Geburtshilfe. In D. Dagmar *Transkulturelle Kompetenz* (S. 425-439). 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bühlmann, R. & Stauffer, Y. (2007) Bedeutung der Kommunikation in der transkulturellen Pflege. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz* (S. 275-285). 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bundesamt für Gesundheit Schweiz, BAG (2007). Wie gesund sind Migranten und Migrantinnen? Die wichtigsten Ergebnisse des „Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung“. Bern.
- Bundesamt für Migration Schweiz, BFM (2010). Monitor Zuwanderung: Ausgewählte Entwicklungen und Trends in den Bereichen Zuwanderung und Einbürgerung. Bern.
- Bundesamt für Migration Schweiz, BFM (2010). Migrationsbericht 2010. Bern.
- Bundesamt für Statistik Schweiz, BFS (2009). Lebendgeburten in der Schweiz nach Staatsangehörigkeit, Geschlecht und Zivilstand der Mutter, Schweizer Eidgenossenschaft, Bern.

- Bundesamt für Statistik Schweiz (2009). Wohnbevölkerung nach detaillierter Staatsangehörigkeit, Schweizer Eidgenossenschaft, Bern.
- Cignacco, E. & Georg J. (2006). Hebammendiagnosen und deren Bedeutung für Professionalisierung des Hebammenberufes. In E. Cignacco (Hrsg.), *Hebammenarbeit* (S. 255-272). Bern: Hans Huber Verlag.
- Domenig D. (2007). Behandlung und Pflege in soziozentrierten Kontexten. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz* (S. 205-219). 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Domenig, D. (2007). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz* (S.165-189). 2. Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.
- Domenig, D., Georg, J. & Stauffer, Y. (2007) Transkulturelle Pflegeanamnese. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz* (S. 301-310). 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hälg, R., & Wallimann, G., & Salis Gross, C., & Wick Marcoli, M. (2004) *Migration und reproduktive Gesundheit* Bern: Universität Bern.
- Karliner, L.S., Jacobs, E. A., HmChen, A. & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited english proficiency? A systematic review of the literature. Retrieved 10 June 2011 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955368/pdf/hesr0042-0727.pdf>
- Kuntner, L., (2007) Schwangerschaft und Geburt im Migrationskontext. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz* (S. 439-456). 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber .
- Loncarevic, M. (2007) Migration und Gesundheit. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz* (S. 139-161). 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mayring, P. (2003). Techniken qualitativer Inhaltsanalyse. In P. Mayring, *Qualitative Inhaltsanalyse* (S.42-77). 8. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). *Intrapartum care*.10 June. Retrieved February 2011,from <http://guidance.nice.org.uk/CG55/NICEGuidance/pdf/English>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). *Pregnancy and complex social factors*. Retrieved 10. June 2011,from <http://guidance.nice.org.uk/CG110/NICEGuidance/pdf/English>

- Polit, D., Beck C. & Hungler B. (2004). Analyse quantitativer Daten. In D. Polit, C. Beck & B. Hungler, *Lehrbuch Pflegeforschung* (S. 315-359). Bern: Hans Huber Verlag.
- Polit, D., Beck C. & Hungler B. (2004). Kritische Betrachtung von Datenerhebungsmethoden. In D. Polit, C. Beck & B. Hungler, *Lehrbuch Pflegeforschung* (S.257-292). Bern: Hans Huber Verlag.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B., (2004) Kritische Würdigung und Anwendung von Pflegeforschung. In D. Polit, C. Beck & B. Hungler, *Lehrbuch Pflegeforschung* (S. 381-402). Bern. Verlag Hans Huber.
- Rektorenkonferenz der Fachhochschulen Schweiz, KFH(2007) *Kompetenzprofil Hebamme BSc*. Bern:BFH Gesundheit.
- Rycroft-Malone, J. (2009). Implementation von Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Untersuchungen: Evidenz, Kontext und Begleitung - der PARIHS-Bezugsrahmen. In B. McCoramck, K. Manley & R. Garbett (Hrsg.), *Praxisentwicklung in der Pflege* (S.105-124). Bern: Hans Huber Verlag.
- Stuker, R. (2007) Professionelles Übersetzen. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz* (S. 221-235). 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- U.S. Departement of Health and Human Services (OPHS), Office of Minority Health(2001) *Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care*. Retrieved 10 June 2011 from <http://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf>
- Uzarewicz, C. (2007) Die Bedeutung der leiblichen Kommunikation im Kontext transkultureller Pflege. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz* (S. 259-273). 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Weiss, R. (2003) *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo-Verlag.
- Wingchen, J. (2006). Nonverbale Kommunikation. In J. Wingchen (Hrsg.), *Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe* (S. 147-178). 2. Auflage. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.

9 ANHANG

9.1 Beispiel einer Projektplanung

Um die oben beschriebenen Massnahmen in die Praxis einzuführen wird ein Projektplan erstellt. Zu Beginn wird dazu eine Projektgruppe festgelegt, welche aus einer Pflegeexpertin, drei Hebammen, ein Oberarzt und ein Assistenzarzt. In dieser Gruppe wird eine verantwortliche Person, die Projektleitung, gewählt, welche während der ganzen Zeit für die Einführung der Massnahmen und die Evaluation verantwortlich ist. Die erste Aufgabe der Projektgruppe ist es, eine Budgetierung für das Projekt aufzustellen und anschliessend die Bewilligung bei der Spitalleitung einzuholen.

Als nächstes sollte die Projektgruppe mit der Planung und dem Erstellen der oben empfohlenen Massnahmen beginnen. Verschiedene Angebote über themaspezifische Weiterbildungen sollten gesucht oder bei genügend Fachkompetenz selbst eine zusammengestellt werden. Die Anamnese wird unter Berücksichtigung von allen, oben schon genannten, Aspekten überarbeitet werden. Dabei sollten aus dem aktuellen Anamnesebogen, wichtige Punkte nicht verloren gehen. Am meisten Zeit beansprucht das Erstellen der Hilfsmittel, wofür die Projektgruppe bei Bedarf noch zusätzliche Hilfe, wie zum Beispiel einen Graphiker oder Informatiker, organisieren muss.

Um die Kommunikation zwischen der Projektgruppe und den restlichen Beteiligten zu fördern und sie einzubeziehen, müssen diese über das Projekt informiert werden. Einerseits wird ein Informationsbrief an die freiberuflichen Hebammen und die GynäkologInnen der Region versendet. Sie sollen über die Veränderungen in der Praxis aufgeklärt werden, da sie ebenfalls Ansprechpersonen von Frauen sind, welche anschliessend im Spital gebären werden. Die freischaffenden Hebammen sollen zusätzlich über das Angebot der Weiterbildung informiert werden. Gleichzeitig werden den angestellten Hebammen, Pflegefachfrauen und Ärzten der Geburtsstation die neuen Massnahmen und das Prozedere dessen Einführung in einer Teamsitzung erklärt. Um den Austausch und die Erfahrungen bezüglich der implementierten Massnahmen stets zu ermöglichen, soll dafür in den jeweiligen Teamsitzungen etwas Zeit einberechnet werden.

Um die Motivation der Hebammen zu fördern soll die Projektleiterin regelmässig Feedbacks an das Team geben und mit den Beteiligten diskutieren, wie es ihnen mit den Veränderungen geht. Ausserdem soll auf die persönliche Erfahrung jeder Hebamme eingegangen und ihre Stärken gelobt werden. Als zusätzliche Motivation soll ein Artikel in der schweizerischen Hebammenzeitschrift und der Lokalzeitung

erscheinen. Auch soll den Hebammen immer wieder der Nutzen und die Vorteile für die Frauen und Familien aufgezeigt werden, wenn die Massnahmen in der Praxis umgesetzt werden.

Als Erleichterung dienen einerseits die oben erwähnte Information zu Beginn des Projektes und die Austauschmöglichkeiten in den Teamsitzungen. Andererseits soll den Hebammen ermöglicht werden, dass sie sich jederzeit per Mail an die Projektgruppe wenden kann, falls Fragen oder Unsicherheiten auftreten. Die Fallbesprechungen, welche im Betrieb schon durchgeführt werden, sollten während der Implementierungsphase die transkulturelle Betreuung berücksichtigen.

Auch erleichtern gewisse Ressourcen und Stakeholder die Einführung der Massnahmen und sind eine wichtige Grundlage um ein Projekt zu verwirklichen. Folgend werden diese aufgelistet.

Ressourcen: Teamsitzungen, Fallbesprechungen, Möglichkeit für Austausch während der Arbeitszeit, Erfahrung und Motivation bezüglich Veränderungen im Betrieb, Projektleitung/Projektgruppe, Stationsleitung, Teammitglieder, persönliche Erfahrungen der einzelnen Hebammen, die Angebote des Betriebes (Räumlichkeiten, EDV).

Stakeholder: freiberufliche Hebammen, Ärzte und Ärztinnen, Bundesamt für Migration, schweizerischer Hebammenverband, BAG, informationsstelle für Migrantinnen, Familien mit Migrationshintergrund, Lokalzeitung, Informatiker, Graphiker.

Für die Einführung der Massnahmen sind in die Praxis finanzielle Ausgaben sowie Arbeitsaufwand der Projektgruppe zusätzlich zu planen. Jedes Mitglied wird ca. einen Tag pro Woche plus alle zwei Wochen drei bis vier Stunden für eine Sitzung der Projektgruppe einplanen müssen, was ihnen selbstverständlich vergütet wird. Die Hebammen dürfen die Teamsitzungen, die Besprechungen bezüglich des Projektes und die Weiterbildung als Überzeit deklarieren. Die weiteren finanziellen Investitionen bestehen aus Ausgaben für Büromaterialien, Informatik, das Material für das Erstellen der Hilfsmittel, Kosten für Graphiker/Informatiker, Entlohnung der Projektleitung und der Weiterbildnerin.

Um den Ablauf und Erfolg des Projektes zu überprüfen, werden während und nach der Einführung der Massnahmen Evaluationen durchgeführt. Während der Implementierung werden die Hebammen zweimal während einer Teamsitzung konkret zu ihrem Befinden, ihrer Zufriedenheit und weiteren Bedürfnissen bezüglich des

Projektes gefragt. Es soll eine offene Diskussion entstehen, deren Inhalte von einer Protokollantin notiert werden. Nach dem Prozess der Einführung wird eine Evaluation durchgeführt, indem die Hebammen auf der Station erneut zum Thema der transkulturellen Betreuung unter der Geburt befragt werden und erneut die Situation in der Praxis erhoben wird. Die Fragen werden ähnlich ausfallen wie diejenigen des schon verwendeten Fragebogens für die Erhebung der Praxissituation vor der Empfehlung der Massnahmen. Des Weiteren sollten noch Fragen zu der Zufriedenheit der Implementierung, der empfundenen Wirkung der Massnahmen und zum Veränderungsprozess gestellt werden. Zusätzlich sollten auch Klientinnen befragt werden, um zu erheben welchen Einfluss die eingeführten Massnahmen auf diese hatten und wie sie die Betreuung durch die Fachpersonen empfunden hat. Abschliessend sollten die Ergebnisse der Evaluationen in einer Teamsitzung vorgestellt und falls nötig das weitere Prozedere beschrieben werden.

Es sind verschiedenste Risiken und Chancen für die Umsetzung des Implementierungsprojektes vorhanden. Einer der Hauptvorteile des Projektes ist, wie in der Einleitung beschrieben, die zunehmende Aktualität des Themas, was in der Praxis auch bekannt ist. Nebst dem Wunsch für das beste Wohl der Frau, könnte dies die Hebammen zusätzlich motivieren die vorgeschlagenen Massnahmen anzuwenden. Weitere Chancen ist der geäusserte Wunsch nach weiteren Hilfsmittel für die transkulturelle Geburtsbetreuung und das Interesse am Thema, welches im Team und bei der Abteilungsleitung vorhanden war. Ein Hindernis für die Implementierung könnte der zusätzliche Arbeitsaufwand sein, welcher von der Projektgruppe geleistet werden müssen. Es könnte sein dass sich nebst der anspruchsvollen Arbeit im Gebärsaal nicht genügend Personen für die Projektgruppe zur Verfügung stellen. Ein weiteres Risiko stellt die nicht interviewte Ärzteschaft dar, da diese nicht gleich den Hebammen auf das Thema sensibilisiert wurden und als Folge vielleicht nicht genügend motiviert sind für die Einführung der Massnahmen.

Tab.3: Projektplan

Woche	Zeit	Handlung
1	4 Wochen	Projektgruppe festlegen, Budgetierung aufstellen und Bewilligung der Spitalleitung einholen.
2	12 Wochen	Anpassung Anamnese, Planung Weiterbildung, Erstellen von Hilfsmitteln.
2	2 Wochen	Kurze Information im Team über Projektstart.

14	2 Wochen	Informationsschreiben an freiberufliche Hebammen und externe GynäkologInnen. Ausführliche Information an die Angestellten in einer Teamsitzung.
16	1 Woche	Interne Weiterbildung Montag und Donnerstag.
17	8 Wochen	Arbeit mit neuem Anamneseinstrument und den Hilfsmitteln.
25	1 Woche	1. Evaluation: Diskussion in der Teamsitzung.
26	2 Wochen	Eventuelle Anpassungen vornehmen.
26	12 Wochen	Weiteres Arbeiten mit neuem Anamneseinstrument und den Hilfsmitteln.
32		Artikel in der schweizerischen Hebammenzeitschrift und der Lokalzeitung.
38	4 Wochen	2. Evaluation: Befragung der Hebammen und Klientinnen.
42	4 Wochen	Auswertung der Umfragen.
46	2 Woche	Rückmeldung der Ergebnisse in einer Teamsitzung. Entscheid ob Beibehalten der eingeführten Massnahmen. Falls notwendig neue Anpassungen.