



Når vi føler oss trygge hos dem, gir vi tryggheten videre til barna våre

**Minoritetsforeldres opplevelser i møte med
den norske helsestasjonen**

Ingrid Marie Hodne

VID vitenskapelige høyskole

Stavanger

Masteroppgave

Master i Interkulturelt arbeid

Antall ord: [26.465]

13.05.2022

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven. Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Denne masteroppgaven i Interkulturelt arbeid er en kvalitativ studie, som undersøker hvordan 10 minoritetsforeldre med flyktningbakgrunn opplever møtet med den norske helsestasjonen. Helsestasjonen skal være et lett tilgjengelig lavterskeltilbud som tilbyr målrettede og likeverdige helsetjenester. Utgangspunktet for enhver konsultasjon på helsestasjonen skal være barnet og familiens behov. Økende kulturelt mangfold, krever økt kompetanse om ulike foreldreperspektiv for å være i stand til å oppfylle helsestasjonens mål. Foreldre som opplever mestring i foreldrerollen, kan etablere trygge oppvekstvilkår og gode helsebetingelser for barna sine. Helsedirektoratet anbefaler at helseveiledningen til minoritetsfamilier skal tilpasses deres behov og det skal vises kultursensitivitet. Målet med studien har derfor vært å oppnå økt forståelse, kompetanse og kvalitet knyttet til helsetjenester til målgruppen. Det vitenskapelige grunnlaget for undersøkelsen er inspirert av hermeneutikk og sosialkonstruktivisme. Resultater fra studien viser at minoritetsforeldrene betraktet helsestasjonen som en viktig arena for veiledning og støtte i foreldrerollen. Det brede faglige innholdet i helsestasjonsprogrammet kan bidra til integreringen, ved å tilby individuell informasjon og veiledning om oppvekst i det norske samfunnet. Helsepersonellens relasjonskompetanse er verdsatt, og av betydning for foreldrenes opplevelse av støtte og mestring. Dette kommer spesielt til syne i de individuelle konsultasjonene. Gruppekonsultasjonene kan bli opplevd som en kilde til sosialt fellesskap. Denne undersøkelsen viser at helsestasjonens gruppekonsultasjoner ikke alltid representerer et lavterskeltilbud for minoritetsforeldre. Her viste funnene en utfordring knyttet til å tilby et likeverdig gruppetilbud til denne målgruppen. Funn knyttet til språkbarrierer og bruk av tolk, indikerer gode rutiner for bestilling av tolk. Imidlertid antyder funnene i denne undersøkelsen, behov for å øke kvaliteten i tjenesten, både med tanke på bruk av tolk og tolkens faglige nivå. Undersøkelsen konkluderer med at foreldre stort sett opplever høy grad av tilfredshet med innholdet i helsestasjonstilbudet. Det er behov for å utvikle kvaliteten i bruken av tolk, og utvikle gruppetilbudet i retning av å representere et lavterskeltilbud som imøtekommer minoritetsforeldre sitt behov for sosiale møteplasser i den nye tilværelsen som foreldre i et nytt land.

Abstract

This master's thesis in Intercultural work is a qualitative study, which examines how 10 minority parents with a refugee background examines how minority parents experience the encounter with the Norwegian public health clinic. The health clinic should be an easily accessible low-threshold service that offers targeted and equal health service for all. The basis for any consultation at the health clinic must always be to take care of the child and the family's needs. The increased cultural diversity in Norway, requires an increase in knowledge of the different perspectives of the parent role. Parents with good parenting skills are more able to establish a safe environment and good health outcomes for their children. The recommendations of the Norwegian Directorate of Health regarding the health of minority families emphasizes the importance of adapting to their needs and at the same time show an sensitivity towards their culture. The aim of this study has therefore been to achieve increased understanding, competence and quality related to health services for the target group. The scientific basis for this study is built upon the theories of hermeneutics and social constructivism. Results from the study show that the minority parents considered the public health clinic as an important arena for guidance and support in the parental role. The broad academic content of the public health program, as offered, can contribute to the integration, by offering information and guidance on growing up in Norwegian society. The health professional's ability to create relationships is valued, and of importance for the parents' experience with support and coping mechanisms. This is particularly evident in the individual consultations. The group consultations can be experienced as an important arena for social gatherings. However, the survey shows that the public health clinic's group consultations do not always represent a low-threshold service for minority parents. It is a strong recommendation from the Norwegian Directorate of Health that the public health clinic should offer all parents the opportunity to participate in group consultations. This study may indicate that the public health clinic has a difficult challenge ahead with regard to being able to offer equal services to this target group. Findings related to language barriers and the use of interpreters indicate good practices for engaging an interpreter. However, the findings may indicate a need to increase the quality of the service, both in terms of the use of the interpreter and the interpreter's professional level. The survey concludes that parents generally experience a high degree of satisfaction with the service provided at the health center. There is to improve the quality of the service relating to the use of interpreters in

terms of threshold and outcomes. There is also a need to further develop the group consultation practice such that it represents a readily available and low threshold service that meets the needs of minority parents as a social meeting place as they endeavor to establish themselves in a new land.

Forord

Å skrive masteroppgave er ikke problemfritt, men desto mer lærerikt. Dette har vært interessant og krevende, men også til tider en fantastisk opplevelse med prøving og feiling, noe som også kan beskrive migranters tilværelse i et nytt land.

Tusen takk for støtten fra:

Den enestående og bunnsolide familien min: Andreas og Helene som alltid heier på mutter'n. Ove, ditt vennskap er uvurderlig. Takk til den gode arbeidsplassen min med Lene i spissen, som har vist den rausheten og fleksibiliteten som skulle til for å komme i havn. Takk til resten av buketten fargerike, kloke og dyktige kollegaer som har fått meg til å kjenne på mestring. Hanne Guro – gode venn og kollega, du har et genuint talent for korrekturlesing, møte stress og komme med kloke innspill. Kjærkomne Annika med mann og Rosie som språkvasket min rustne engelsk. Elisabeth, min fantastiske partner in crime gjennom alle tre årene: vi kommer til å savne det litt. Og videre: en stor heiagjeng av uvurderlige venninner som heier på meg og aldri kommer til å lese dette. Dere har alle gitt meg muligheten til å sette forstørrelsesglasset på et viktig område. Takk til veileder Memory Jane Tembo for din smittende, positive energi og til NSF for stipend. Det blir lenge til jeg søker igjen.

Til sist men ikke minst: Informantene mine, som alle bidro med sine unike og lærerike fortellinger – dette er betydningsfulle menneskemøter jeg kommer til å ta godt vare på.

Med dette takker jeg for denne gang med denne universelle læresetningen:

Det viktigste for en innvandrер er god energi. God positiv energi

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Presentasjon av tema	1
1.2	Forskningsspørsmål	2
1.3	Mål.....	3
1.4	Avgrensninger	3
1.5	Oppbygningen av oppgaven	4
2	Kontekst for undersøkelsen.....	5
2.1	Flyktninger i Norge	5
2.2	Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	5
3	Tidligere forskning.....	9
3.1	Migrasjon og helse.....	9
3.2	Foreldreskap og migrasjon	10
4	Teori	13
4.1	Stress og mestring.....	13
4.2	Sosial konstruksjon og identitet.....	16
4.3	Kulturbegrepet	17
4.4	Foreldreskap, flukt og migrasjon.....	21
5	Metode.....	27
5.1	Forskningsdesign	27
5.2	Utvelgelse av informanter	28
5.3	Fremgangsmåte for rekruttering av informanter	29
5.4	Forskningsintervjuet	30
5.5	Transkribering	32
5.6	Analyseprosessen.....	33
5.7	Undersøkelsens reliabilitet og validitet	33
5.8	Metodologiske avveininger	36
5.9	Forskningsetiske vurderinger	38
6	Analyse og diskusjon	40
6.1	Forhold som fremmer en god relasjon.....	40
6.1.1	Opplevelse av trygghet.....	40
6.1.2	Hovedfokus på barna.....	44
6.2	Hvordan opplever foreldrene at helsestasjonstilbudet møter deres behov?	48
6.2.1	De individuelle konsultasjonene	49
6.3	Gruppetilbudet	59
6.3.1	Språkbarrierer og behov for tolk	62

6.4	Hva opplever foreldrene som utfordrende i møte med helsestasjonen?	68
6.4.1	Negativ kommunikasjon	68
6.4.2	Å ikke få hjelp	71
7	Avslutning	76
7.1	En god opplevelse på helsestasjonen	76
7.2	Hvordan tilbud møter behov	77
7.3	Studiens begrensninger	79
7.4	Forslag til videre forskning.....	80
7.5	Implikasjoner for praksis	81
	Litteraturliste	82
	Vedlegg 1: Intervjuguide.....	88
	Vedlegg 2: Intervjuguide, forenklet	90
	Vedlegg 3: Tabell over informanter	91
	Vedlegg 4a: Invitasjon med samtykke	92
	Vedlegg 4b: invitasjon med samtykke	93
	Vedlegg 5a: Godkjenning NSD.....	94
	Vedlegg 5b: Godkjenning NSD	95

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Denne masteroppgaven i interkulturelt arbeid, undersøker hvordan minoritetsforeldre med flyktningbakgrunn opplever møtet med den norske helsestasjonen. I studien blir helsestasjonen, som premissleverandør av helsetjenester, sett i et kulturperspektiv via en kvalitativ undersøkelse av det flerkulturelle foreldreperspektivet. Inspirasjon til å gjennomføre undersøkelsen skriver seg fra kunnskap om den komplekse konteksten foreldre med flyktningbakgrunn befinner seg i, stilt overfor tilpasning til en ny virkelighet, i et nytt samfunn, både når det gjelder mestring av omsorgsrollen for barn og mestring av egen helse. Den faglige anbefalingen fra helsedirektoratets om at helsestasjonen bør tilpasse veiledningen til minoritetsforeldre støtter behovet for mer forståelse og kunnskap.

I følge FN, var det ved inngangen til 2021, 82 millioner mennesker på flukt i verden. Det er det høyeste antallet siden andre verdenskrig. Et flertall av menneskene er på flukt i eget hjemland (Odden, 2018, s. 25), mens 34 millioner har flyktet ut av landet sitt (FN, 2021). Retten til best mulig helsehjelp er forankret i FNs barnekonvensjon artikkel nr. 24. Her står det at norske helsemyndigheter er ansvarlige for å tilby best mulig helsehjelp til barn, samt foreldreveiledning og undervisning, via en godt utviklet primærhelsetjeneste (FN, 2022). Det innebærer å utvikle tjenestene i takt med stadige endringer i samfunnet. Kunnskap om hva foreldrene selv vektlegger i møtet med helsestasjonen, kan danne grunnlag for veiledning som styrker deres mulighet til å gi barna en god helse, noe som er et premiss for en trygg og god oppvekst.

Å bli foreldre er for mange det aller største man kan oppleve i løpet av et liv. Foreldre flest ønsker barnas beste, noe som innebærer å videreføre verdier, tradisjoner, kunnskap og holdninger til barna sine. Idealene og foreldrepraksisene er i stadig endring. Krysskulturelle møter er blitt en del av hverdagen på helsestasjonen. Globaliseringen har gjort verden mindre og likere, samtidig som økt mangfold skaper krysskulturelle møter som bevisstgjør oss våre særegenheter (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020, s. 73). Nyere forskning viser at stress og belastninger knyttet til det nye livet i Norge, i snitt bidrar til å redusere helsen til

flyktninger mer enn hos den øvrige befolkningen (Aambø, 2021, s. 101). Dette gir viktig incitament for å tilby tilpassede, forebyggende helsetjenester på en måte som imøtekommer en kulturelt mangfoldig foreldregruppe.

Bakgrunnen for valg av tema for denne masteroppgaven, er egen profesjonsbakgrunn som helsesykepleier. Gjennom flere år har jeg hatt kontakt med familier i målgruppen for denne studien. Dette har gitt meg en dyp respekt for det mangfoldet av ressurser de er i besittelse av, men også enorm respekt for de utfordringene tvungen migrasjon og møte med et fremmed land, innebærer. Jeg hadde imidlertid begrenset erfaring med helsestasjonen for sped- og småbarn som kontekst for det interkulturelle møtet, og ønsket å se nærmere på denne arenaen. I takt med det økende mangfoldet, må profesjonelle aktører være bevisste på at større ulikheter i kulturbakgrunn krever økt kunnskap, sensitivitet og oppmerksomhet i møtene, for å sikre et felles forståelsesgrunnlag. Helsedirektoratets veileder for helsestasjonsarbeidet legger føringer for at helseveiledningen til minoritetsfamilier skal tilpasses deres behov, og det skal vises kultursensitivitet. Hvilke behov dette kan handle om, blir her utforsket ved å snakke med målgruppen selv, som er i den beste posisjonen til å belyse spørsmålet.

1.2 Forskningsspørsmål

En forutsetning for å oppleve tilhørighet til et nytt land er at man føler seg velkommen og inkludert. Kunnskap og bevissthet om hvilke forhold målgruppa selv vektlegger i møtet med helsestasjonen, kan sette helsestasjonen bedre i stand til å gi mer målrettet støtte til mestring av foreldrerollen. Undersøkelsens teoretiske utgangspunkt er helsedirektoratets anbefaling om at helsestasjonen bør tilpasse veiledningen til minoritetsforeldre. Funnene i studien kan bidra til å kalibrere helsepersonellens oppmerksomhet omkring foreldrenes behov og i hvilken grad helsestasjonen er en bidragsyter i integreringen av minoritetsfamilier.

Følgende forskningsspørsmål ble formulert:

- 1) Hva bidrar til at det opprettes en god relasjon i møte med helsestasjonen?
- 2) Hvordan opplever foreldrene at helsestasjonstilbudet møter deres behov?

3) Hva opplever foreldrene som utfordrende i møte med helsestasjonen?

1.3 Mål

Minoritetsforeldre med fluktbakgrunn kan oppleve komplekse utfordringer som kan påvirke helsen i hele familien. Et godt lavterskeltilbud på helsestasjonen vil, ifølge forskning, redusere risiko for helseplager for barn, og effekten ses størst i familier med sosioøkonomiske utfordringer, der blant annet innvandrerfamilier er betydelig representert den første tiden i Norge (Helsedirektoratet, 2021). Helsedirektoratet anbefaler derfor å tilpasse helseveiledningen til å møte behovene hos sårbare grupper, slik at tiltakene kan imøtekomme behovene på en målrettet måte (Aambø, 2021, ss. 127-128). Denne studien er derfor et forsøk på å oppnå en dypere forståelse for hvilke behov foreldre kan ha. Kunnskap om ulike kulturelle foreldreperspektiv og modeller for barneomsorg, kan sette helsepersonell i stand til å tilpasse tilbudet, identifisere god omsorg og gi foreldrene anerkjennelse i deres eget foreldreskap. Dette er også i tråd med myndighetenes mål om økt brukermedvirkning og likeverdige helsetjenester. Foreldre som opplever trygghet og mestring i foreldrerollen, kan etablere trygge oppvekstvilkår og gode helsebetingelser for barna sine.

Kulturkompetanse hos helsepersonell kan trygge helsepersonell i yrkesutøvelsen. Gjennom krysskulturelle møter får helsepersonell speilet sine egne normer (Salole & Holme, 2016, s. 174). Evnen til kritisk å se sin egen kultur utenfra, er en viktig egenskap i interkulturelt arbeid. Det er også et mål å ha et kritisk blikk på egen metode og egne tankebaner gjennom denne forskningsprosessen, med mål om å utvikle kunnskap jeg som representant for en majoritetskultur og profesjonell praksis ellers kan ha blinde flekker for.

1.4 Avgrensninger

Etttersom dette er et studie i interkulturelt arbeid, vil teori og empiri omhandle nybosatte foreldre med flyktningbakgrunn med en botid i Norge fra 1-5 år i møte med helsestasjon for spe- og småbarn. Hjemmebesøket er en viktig del av tjenesten, som rammene for undersøkelsen satte begrensninger for å inkludere. Det har vært viktig å undersøke de

individuelle opplevelsene i sammenheng med den konteksten familiene befinner seg i som foreldre i et nytt land langt fra hjemlandet. Avgrensningene har derfor ekskludert en del generell teori og forskning knyttet til foreldreopplevelser av helsestasjonen, og fokusert på det spesielle i kulturmøtet. Det kan likevel ikke komme tydelig nok frem at forskers utgangspunkt for undersøkelsen er at mennesker har mer til felles, enn det som skiller de fra hverandre. Funnene i denne oppgaven understreker nettopp denne opplevelsen.

1.5 Oppbygningen av oppgaven

Etter innledningen, følger kapittel 2, som presenterer konteksten for undersøkelsen. Kapittel 3 tar for seg tidligere forskning, og kapittel 4 inneholder det teoretiske referansegrunnlaget for undersøkelsen. Kapittel 5 redegjør for metode og metodologiske grep som ble benyttet for å besvare problemstillingen. Kapittel 6 presenterer funn og drøfter resultatene i lys av litteratur og forskning. Kapittel 7 består av konklusjoner og foreslår implikasjoner for det forebyggende og helsefremmende arbeidet i helsestasjonstjenesten og forslag til videre studier.

2 Kontekst for undersøkelsen

2.1 Flyktninger i Norge

For å få status som flyktning har FNs flyktningkonvensjon utarbeidet følgende definisjon:

En flyktning er en person som har flyktet fra sitt hjemland og med rette frykter for forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller tilhørighet til en bestemt sosial gruppe» (FN, 2021). FN lister opp krig, konflikt forfølgelse og brudd på menneskerettigheter som de viktigste årsakene til at mennesker flykter fra hjemmene sine (FN, 2021).

For å få status som flyktning i Norge, må personen oppfylle FNs flyktningkonvensjon, og være utsatt for dødsstraff, tortur eller annen umenneskelig behandling dersom personen returneres til hjemlandet (FN, 2021). I 2021 har 4,5% av Norges befolkning flyktningbakgrunn, og utgjør til sammen 240 239 personer ifølge SSB (2021). Den største andelen kommer fra Asia med Tyrkia, deretter Afrika og Øst-Europa. I denne studien kommer alle informantene fra disse områdene. De omtales her som *flyktninger, migranter og foreldre med flerkulturell bakgrunn*.

2.2 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Kapittelet beskriver helsestasjonen og helsestasjonens mandat og retningslinjer, som er grunnlaget for konsultasjonen foreldre møter på helsestasjonen.

Helsestasjonen utgjør en hjørnesteinen i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid, og skal gi målrettede og kunnskapsbaserte helsetjenester til barn og familier i kommunen (Helsedirektoratet, 2021). Den er en av de offentlige arenaene i velferdsstaten som nærmest alle foreldre med flyktningbakgrunn møter og anvender regelmessig i Norge. Det gjør helsestasjonen til en viktig arena for foreldrestøtte. Hvordan de opplever møtet med helsestasjonen og den helsefaglige veiledningen de mottar der, kan derfor ha stor betydning for hvordan de erfarer støtte til å mestre foreldrerollen i det nye landet.

Tilbudet på helsestasjonen omfatter gravide, nyfødte, barselkvinner og deres partnere og barn 0-5 år, og skal omfatte helseveiledning individuelt og i grupper, helseundersøkelser, oppfølging og videre henvisning ved behov, opplysningsvirksomhet samt hjemmebesøk (Helsedirektoratet, 2021). Om lag 98% av barnefamilier i Norge benytter helsestasjonstilbudet (SSB, referert i Helsedirektoratet, 2021).

Formål

Tjenesten skal bidra til å fremme en trygg oppvekst for barn og ungdom, blant annet gjennom å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen (Helsedirektoratet, 2021). Foreldrenes psykiske helse, trivsel og opplevelse av å mestre foreldrerollen kan påvirke omsorgsevnen, noe som er grunnleggende viktig i barnets utvikling (Bowlby, 1997, Stern 2003, referert i Lindberg & Hvatum, 2019, s. 289).

Helsestasjonsprogrammet

Nasjonal faglig retningslinje anbefaler at tilbudet i helsestasjonen følger et standardisert program som inneholder 14 konsultasjoner, fordelt på individuelle og gruppekonsultasjoner for barn 0-5 år. Programmet inkluderer også et hjemmebesøk til nyfødte (Helsedirektoratet, 2022). Helsestasjonsprogrammet skal utgjøre et universelt tilbud til alle familier, og bidra til god kvalitet i tjenesten, tilpassede tjenester, god samhandling og hindre uønsket variasjon (Helsedirektoratet, 2022). I graviditeten møter foreldrene jordmor, og etter fødselen møter foreldrene oftest helsesekretær og helsesykepleier, noen ganger lege, fysioterapeut, ergoterapeut og psykolog på helsestasjonen. I denne studien blir disse yrkesgruppene omtalt som *helsepersonell* der hvor det ikke er yrkestittelen som er i fokus.

Den individuelle konsultasjonen

De individuelle konsultasjonene utgjør flesteparten av de 14 helsekonsultasjonene fra fødsel til barnet er 5 år. Konsultasjonen har en todelt funksjon. Helsesamtalen skal både kartlegge ressurser og behov i familien, samt gi individuell veiledning og informasjon som følger barnets utviklingstrinn, og som skal hjelpe og støtte foreldrene i å foreta gode valg (Misvær

& Lagerløv, 2018, s. 75). Den profesjonelle kommunikasjonen i helsekonsultasjonen skal bidra til endring i helse, livskvalitet eller kunnskapsnivå (Misvær, 2019, s. 69).

Gruppekonsultasjonen

Det er en sterk faglig anbefaling at helsestasjonen bør gi alle foreldre mulighet til å delta på gruppekonsultasjoner. Programmet foreslår gruppekonsultasjoner ved minst 3 av de 14 standardkonsultasjonene, ved 4 uker, 4 måneder og 17-18 måneders alder (Helsedirektoratet, 2019). Helsestasjonen kan også legge til rette for barselgrupper, nettverksgrupper og fedregrupper (Helsedirektoratet, 2019).

Formålet med gruppekonsultasjoner er å bidra til at foreldre med barn kan oppleve støtte og mestring i foreldrerollen, gjennom å utveksle erfaringer og lære av hverandre.

Gruppevirksomhet kan bidra til økt brukermedvirkning og danne sosialt nettverk (Helsedirektoratet, 2019). En kvalitativ studie fra 2014, viser at foreldregrupper organisert via helsestasjonen gir foreldre mulighet til å utveksle informasjon og erfaring, og danne sosiale nettverk, forutsatt at helsestasjonen sørger for struktur og kontinuitet i gruppen (Hjälmhult et al., 2014). Nytilflyttede, førstegangsfødende og aleneforeldre er grupper som kan dra spesielt god nytte av slik gruppevirksomhet (Helsedirektoratet, 2019).

Satsingsområder

I 2013 lanserte Helse- og omsorgsdepartementet en nasjonal strategi for å tilrettelegge for *gode og likeverdige* helsetjenester til innvandrerbefolkningen i perioden 2013-2017 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Målet var å redusere sosiale forskjeller i helse ved å stimulere til økt kunnskap hos helsepersonell, god kommunikasjon og utvikling av kvalitet i helsetjenestene. Bakgrunnen for dette er målgruppens ulike muligheter til innflytelse og medbestemmelse i møte med de ulike helsetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Målet med likeverdige helsetjenester er at innvandrere opplever: like god kvalitet i helsetjenestene, lett tilgjengelige tjenester og at tjenestene gir resultatlikhet. Begrepet innebærer erkjennelsen av at det å tilby like helsetjenester ikke alltid resulterer i likt resultat, noe som betyr at helsetjenesten må tilrettelegge for den enkelte ut ifra individets særskilte behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I 2019 ble det opprettet nytt fagråd for

innvandreres helse og likeverdige helse- og omsorgstjenester som også skal omfatte folkehelse og forebygging, og bidra til å videreutvikle gode og likeverdige helsetilbud til innvandrerbefolkningen (Helsedirektoratet, 2019).

Helsekompetanse

Regjeringen har som et av sine strategiske mål for perioden 2019-2023 å øke befolkningens helsekompetanse (helsedirektoratet, 2019). Individets helsekompetanse påvirkes av livssituasjon og erfaringer, men også av måten helseinformasjon formidles på av profesjonelle aktører (Aambø, 2021). I følge Aambø (2021) må helsepersonell være bevisst på at innvandrere kan ha ulike forutsetninger for å oppleve tillit til de nye helsesystemene de møter. Individene har ulik kunnskap om egen helse og derfor tilpasset veiledning for å forstå nytten av helsehjelpen velferdsstaten tilbyr. Mangel på forståelse kan gi liten tillit og utrygghet i helsekonsultasjonen. Dette kan medføre at pasienten ikke klarer å nyttiggjøre seg helsehjelpen som blir gitt. Helsehjelpen blir da generell, ikke målrettet og tilpasset det enkelte individet. Helsepersonell må derfor vurdere pasientens helsekompetanse under informasjon og veiledning (Aambø, 2021, s. 196)

Brukermedvirkning

Utgangspunktet for enhver konsultasjon på helsestasjonen skal alltid være «barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår» (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 26). Barns rett til helsekontroller er nedfelt i pasient og brukerrettighetsloven § 6-1 (Lovdata, 2021).

Brukermedvirkning forstås her som den enkeltes mulighet til å ha innflytelse over forhold knyttet til egen helse og behandling (Vågan & Sandvin Olsson, 2018, referert i Dybdahl Jakobsen & Storstein Spilker, 2020, s.12).

3 Tidligere forskning

Undersøkelser i befolkningen generelt har vist høy grad av tilfredshet og tillit til helsestasjonstjenesten. En anerkjent, men eldre svensk kvantitativ randomisert studie fra 1998, som konkluderte med at faktorer som ivaretagelse, kompetanse, tid, støtte, mulighet til hjemmebesøk, samt et individuelt og helhetlig syn, var viktige kvalitetsindikatorer for helsestasjonstjenesten (Jansson & Isacson, 1998, s. 203).

Det er begrenset mengde nyere *nasjonal* forskning å finne rundt det flerkulturelle foreldreperspektivet i møte med helsestasjonstjenesten. *Internasjonal forskning* som tar for seg det møtet mellom målgruppen og forebyggende helsetjeneste, er brukt med forsiktighet av hensyn til overførbarhet. Myndighetene organiserer det forebyggende arbeidet ulikt i ulike land, og selv studier fra vestlige land kan være vanskelig overførbare til norske forhold, da kontekstene for studien skiller seg fra den norske helsestasjonen. Forskning knyttet til møtet mellom flerkulturelle foreldre og vestlige lands velferdssamfunn blir presentert i det følgende, som et grunnlag for teoretisk forståelse av konteksten nye minoritetsforeldre kan oppleve.

3.1 Migrasjon og helse

Forskning viser at flyktninger generelt har god helse ved ankomst til Norge (Aambø, 2021, s. 103). I gjennomsnitt viser statistikk at gruppen på det tidspunktet har 20% lavere dødsrisiko enn øvrig befolkning. De har derfor i snitt et godt utgangspunkt for livskvalitet og helse, kalt *healthy migrant effekt*. Imidlertid jevner dette seg ut ettersom årene går. Helsen forringes, og det fører til tidlig aldring, sykdom og død, *exhausted migrant effekt* (Aambø, 2021, s. 103). Dette tilskrives slitasje på kroppens organer som følge av langvarig stress (Aambø, 2021, s. 106). Stresset forårsakes av den komplekse livssituasjonen flyktninger stilles overfor ved tilpasning til et nytt samfunn (Aambø, 2021, s. 110). Den totale belastningen beskrives som *akkulturasjonsstress* eller *migrasjonsstress* (Salole & Holme, 2016, s. 183).

Undersøkelseskommissjonens (UKOM) *Rapport etter drukningsdøden i Tromsø i 2019*, viser risiko for at det ikke rettes tilstrekkelig oppmerksomhet omkring sammenhengen mellom

hvordan samfunnet møter flyktninger og utviklingen av helseplager over tid (UKOM, 2021, s. 26). Det er ikke kun den bagasjen flyktninger har med seg i form av tap og traumer som påvirker helsetilstanden, men også forhold som økonomi, arbeidsløshet, lite nettverk, livsstil, negativ oppmerksomhet, utenforskap og diskriminering (Hjelde, 2020, s. 73; UKOM, 2021, s. 26). Funn i SSBs levekårsundersøkelse viser for eksempel at 7% av innvandrere som hadde vært i kontakt med helsetjenesten, hadde opplevd diskriminering (Aambø, 2021, s. 137). Fattigdom er sterkt korrelert til psykisk helse (Salole & Holme, 2016, s. 183).

3.2 Foreldreskap og migrasjon

Norge har utviklet et stadig mer omfattende/bredere velferdstilbud i barneomsorgen siden 70-tallet, og det har gjort oppvekst i Norge til et økende offentlig ansvar (Smette & Rosten, 2019). Parallelt produseres det omfattende kunnskap om barn og unges oppvekst som benyttes av offentlige tjenester rettet mot foreldre og barn. Dette har resultert i økt profesjonalisering og vitenskapeliggjøring i forståelsen av barn og barneoppdragelse, noe som gjenspeiles i den profesjonelle foreldreveiledningen (Smette & Rosten, 2019).

FAFO-rapporten *Migrasjon og sosial kontroll* (2019), redegjør for foreldreopplevelser knyttet til møtet med velferdsstaten Norge. Sammenliknet med andre land går Norge omfattende til verks i å veilede omkring familielivet (Friberg & Bjørnset, 2019, s. 95). Dette kan være overveldende for nye minoritetsforeldre, særlig foreldre fra ikke-vestlige kulturer, der barneoppdragelse ofte anses som et internt familieanliggende, samtidig som en barnefokuseret velferdsstat nærmest er ikke-eksisterende (Friberg & Bjørnset, 2019, s. 96). Faf-rapporten (2019, s. 95), viser at mange innvandrerforeldre savner den tradisjonelle, uformelle støtten fra storfamilien og lokalsamfunnet i hjemlandet. Dette gjaldt spesielt ved innvandring til vestlige land, der de sosiale normene er annerledes enn det de er vant med fra hjemlandet sitt. Flere undersøkelser har gjort liknende funn, og anbefaler at myndighetene er pådrivere for å opprette arenaer der majoritetsforeldre og minoritetsforeldre kan dele erfaringer omkring omsorgsrollen (Smette & Rosten, 2019; UKOM, 2021).

Artikkelen *Defining Good Enough Parenting*, av I. Studsrød og M. J Tembo-Pankuku (2022), drøfter, med støtte i tidligere forskning, ulike sider ved den økte profesjonaliseringen av

barns oppvekst i den norske velferdsstaten, og hvilke utfordringer spesielt ikke-vestlige innvandrereldre kan oppleve i dette møtet. Denne profesjonaliseringen, omtalt som et *standardisert, vitenskapelig foreldreskap*, kan legge føringer for en foreldrestandard som innvandrereldre kan føle seg fremmedgjort overfor (Tembo-Pankuku & Studsrød, 2022, s. 8). Ønsket om å videreføre sine etnoteorier fra hjemlandet, kombinert med opplevelsen av å skulle imøtekomme en vestlig homogen foreldrestandard, kan sette flerkulturelle foreldre i en krevende spagat i forsøket på balansere oppdragelse og omsorg i tråd med hjemlandets kultur og vertslandets kultur. Ved å bli møtt med forventninger om tilpasning til vestlige idealer, kan foreldre oppleve det vanskelig å få anerkjennelse og støtte for sin posisjon som minoritetsforeldre i Norge. Et interessant funn i denne sammenheng, viser at terskelen foreldrene har for å kontakte hjelpeapparatet, ikke bare har med holdningene til tjenestene å gjøre, men også har sammenheng med foreldrenes opplevelse av trygghet og tillit til seg selv som kompetente omsorgsutøvere (Smette & Rosten, 2019, ss. 9,92). For å fremme mestring og trygghet, anbefaler forskningen derfor at helsemyndighetene bruker universelle begrep som beskriver utøvelse av foreldrerollen, begreper som foreldrene kan forstå og kjenne seg igjen i. Silke universelle begrep kan eksempelvis være foreldrekjærlighet, autoritet og grensesetting (Smette & Rosten, 2019, s. 111).

Jennifer Drummond Johansen peker, i sin doktoravhandling om barn av traumatiserte flyktninger, på at foreldre med flyktningbakgrunn har en overhyppighet av psykiske plager som påvirker deres evne til omsorg for barna (Drummond & Varvin, 2019). Gjennom dette studiet har hun synliggjort at det offentlige hjelpeapparatet har behov for økt kunnskap om den komplekse livssituasjonen hos foreldre med flyktningbakgrunn og hvordan postmigrasjonsvansker påvirker omsorgen for barna som vokser opp. Foreldre med flyktningbakgrunn kan slite med postmigrasjonsvansker, tap av egen identitet og PTSD-relaterte plager. Forskningen viste at det i gjennomsnitt tok 10 år før de fikk hjelp i helsevesenet (Drummond & Varvin, 2019).

En kvalitativ undersøkelse av Bidmead et al. (2016a), viser at gode kommunikasjonsferdigheter er en forutsetning for at foreldre opplever å kunne være åpne og ærlige i møte med helsesykepleier. Bidmead et al. (2016b), viste også at kunnskap og erfaring hos helsesykepleier bidro til at foreldrene opplevde tillitt. Respekt og interesse bidro til å øke foreldrenes selvfølelse, og i denne sammenheng var det særlig viktig å rose

foreldrene for deres omsorg for barnet. Foreldrene tolket dette som tillit til deres foreldreskap. Videre ble egenskaper som ro, mildhet og vennlighet verdsatt og ga tillitt. Undersøkelsen viser at både faglighet og interesse for den enkelte familie er en forutsetning for at det skal etableres et positivt foreldre-helsesykepleierforhold (Bidmead et al. 2016b, referert i Misvær, 2019).

Rapporten *Innvandrere og brukermedvirkning i helse- og sosialomsorgen* (Dybdahl Jakobsen & Storstein Spilker, 2020), definerer flere ulike barrierer som kan være til hinder for brukermedvirkning. Her finner vi blant annet språkutfordringer, lav helsekompetanse, liten tillit til helsevesenet, ulike syn på sykdom mellom helsepersonell og innvandrere, strukturelle forhold, ulike rolleforventninger, gjensidige fordommer, negative opplevelser med helsevesenet og at helsepersonell kan ha lite kunnskap om personens bakgrunn (Dybdahl Jakobsen & Storstein Spilker, 2020, s.33). Rapporten konkluderer blant annet med at helsepersonell må jobbe med å oppnå tillit og gode relasjoner, bruke empatisk kommunikasjon, formidle trygghet, tilrettelegge for informasjon på eget språk, nok tid, og skape et fysisk miljø som gjør at ulike grupper føler seg inkludert (Dybdahl Jakobsen & Storstein Spilker, 2020, s. 39). Rapporten anbefaler større oppmerksomhet omkring språkbarrierer, mer tilpasset helseinformasjon og at profesjonelle aktører benytter kommunikasjon som formidler trygghet og empati i konsultasjonen (Dybdahl Jakobsen & Storstein Spilker, 2020, s. 67).

4 Teori

Teorikapittelet utgjør de teoretiske «brillene» forskeren har i forskningsprosessen, og fungerer som verktøy for å analysere funnene (Bush, 2019, s. 21). For å forstå den komplekse dimensjonen det interkulturelle møtet innebærer, har undersøkelsen benyttet teori om sosial konstruksjon som kan gi forståelse av individet på gruppenivå. Lazarus' og Folkmans (1984) teorier om stress og mestring benyttes for å ivareta det individuelle perspektivet. På hver sin måte gir de et fundament for å forstå det interkulturelle perspektivet i studien. Konteksten for oppgaven krever i tillegg teoretisk kunnskap om målgruppen og deres kontekst, noe som presenteres i slutten av teorikapittelet

4.1 Stress og mestring

De amerikanske professorene Richard S. Lazarus og Susan Folkman (1984), forsket på de grunnleggende sammenhengene mellom stress, følelser og mestring. De viste hvordan stress var en uunngåelig side av livet og at det avgjørende for menneskers fungering var hvordan man vurderte og mestret stressende opplevelser (Lazarus & Folkman, 1984, s. 21).

Psykologisk stress oppstår når mennesker opplever å mangle mestringsstrategier for å takle vanskelige situasjoner. Begrepene stress, mestring og følelser utgjør en enhet, der følelsesbegrepet er overordnet ettersom det rommer både stress og mestring (Lazarus, 2006, s. 55).

I følge Lazarus og Folkman (1984, s.21) kan *stress* defineres som tilstanden som oppstår mellom individet og miljøet, når individet opplever mangel på samsvar mellom krav fra omgivelsene og egne ressurser til å møte disse. Stress oppstår dermed i en dynamisk prosess, i samspill mellom individ og samfunn som en stimulus - responsreaksjon når individet vurderer at noe verdifullt er belastende, truende eller i fare (Samdal, et.al, 2017, s. 5), (Lazarus, 2006, s. 49). I følge denne forståelsen kan stress reduseres på to måter. Enten ved at individet får hjelp til å justere vurderingen av egne ressurser i henhold til situasjonen, for eksempel via hjelp og støtte fra omgivelsene, eller mentalt ved å justere meningsinnholdet som de ytre kravene fra omgivelsene representerer (Samdal, et.al, 2017, s.5).

Lazarus og Folkman beskriver mestring som tanker, handlinger og strategier som kontinuerlig bestreber seg på å takle plagsomme eller overveldende ytre/og eller indre krav og konflikter (Lazarus, 2006, s. 139; Lazarus & Folkman, 1984, s. 141).

Mestring dreier seg om hvorledes individer takler stressende hendelser. Stress og mestring er i gjensidig påvirkning, der vellykket mestring gir lavt stressnivå, og manglende mestring øker stressnivået. Her det viktig å være oppmerksom på at et høyt mestringsnivå også kan innebære et høyt stressnivå, dersom høy grad av mestring innebærer at man legger stort press på seg selv (Lazarus, 2006, s. 129).

For å identifisere hensiktsmessige mestringsmetoder, mener forskerne at hjelpere må forsøke å forstå hvordan den enkelte vurderer meningsinnholdet i utfordrende situasjoner, ettersom denne vurderingen er nøkkelen til å forstå hvilke mestringsmuligheter individet opplever å ha (Lazarus & Folkman, 1984, s. 180). Lazarus og Folkman utviklet en modell som illustrerer stadiene i mestringsprosessen. Stilt overfor en utfordring foregår en kognitiv *primærvurdering* av meningsinnholdet i situasjonen basert på selve situasjonen og tidligere erfaringer. Dersom situasjonen oppleves utfordrende, for eksempel i møte med en ny og ukjent situasjon, eller risiko for tap, utløses stress (Lazarus R. S., 2006, s. 98). Etter den kognitive vurderingen, utløses den emosjonelle reaksjonen. Omtrent samtidig skjer *sekundærvurderingen*, der individet vurderer hvilke mestringsstrategier som er til rådighet, ut ifra tidligere erfaringer og tilgjengelige ressurser (Lazarus & Folkman, 1984, s. 99). Dersom individet vurderer å mestre situasjonen fører det til en revurdering. Under revurderingen går den truende situasjonen fra å være en trussel til å bli en utfordring som kan mestres. Hvorvidt individet opplever situasjonen som en trussel eller utfordring, eller noe midt imellom, har sammenheng med personenes selvtillit, en egenskap som varierer fra person til person (Lazarus R. S., 2006, s. 100). Disse vurderingene kan skje både bevisst og ubevisst. Raske, umiddelbare vurderinger som fremkaller stress og følelser er vanlig i voksenlivet, ettersom de fleste situasjoner er gjentakelser av tidligere opplevelser i livet (Lazarus R. S., 2006, s. 107).

Mestring kan operere via to hovedfunksjoner som virker stressreducerende (Lazarus, 2006, s. 145). Problemfokustert mestring handler om å løse utfordringer som oppstår mellom individ og miljø. Følelsesmessig mestring handler om å regulere de følelsesmessige

utfordringene knyttet til situasjonen. Generelt er dette en strategi som benyttes dersom det ikke vurderes som mulig å løse utfordringen, men strategiene er i gjensidig påvirkning i møte med en stressende situasjon (Lazarus & Folkman, 1984, s. 150). Følelsesfokustert mestring handler om å regulere følelser, og reguleringen kan skje på flere måter. En hensiktsmessig måte å regulere følelser på, stilt overfor en krevende situasjon, kan være å revurdere situasjonen, og gi den en ny mening (Lazarus R. S., 2006, s. 145). Dette kan endre hvilket meningsinnhold man tillegger relasjoner eller situasjoner (Lazarus, 2006, s. 146). Når begreper som *valg av mestringsstrategi* blir benyttet i denne teksten, menes både individets planlagte, ønskede valg, men også strategivalg som kan oppleves tvunget.

Stress kan ramme både på gruppenivå og individnivå. På sosiokulturelt nivå kan stressreaksjoner utløses av ytre påvirkninger, som for eksempel av krig, sult, migrasjon og diskriminering, og det rammer ulikt avhengig av hvilket sosiokulturelt nivå enkeltindividet befinner seg på (Lazarus, 2006, s. 56). Verdier, holdningene og selvbildet dannes i oppveksten, og legger føringer for hvordan man vurderer og reagerer på stress senere i livet (Lazarus, 2006, s. 58). I sammenheng med flukt, migrasjon og tilpasning til ny kultur, refererer Lazarus til Berry (1997), som vektlegger at store deler av *akkulturasjonsprosessen* handler om mestring av psykologiske, sosiokulturelle og økonomiske forandringer som utløser stress hos mennesker i bestrebelsene med å møte både egne og samfunnets forventninger. Tvungen migrasjon kan derfor være en betydelig kilde til stress, ettersom det innebærer belastninger før, under og etter migrasjon (Lazarus, 2006, s. 226).

Lazarus har kritisert teorier som ser mestring i et kulturelt perspektiv, for å legge for lite vekt på det individuelle perspektivet i valg av mestringsstrategi. Dette begrunner Lazarus med at på tross av at individer blir sosialisert inn en kulturelle kontekst som vil påvirke selvet og hvordan stress og mestring håndteres, vil den individuelle psykologiske opplevelsen av stress variere og være situasjonsbetinget (Lazarus R. S., 2006, s. 58). Lazarus mener derfor at det kan være uheldig å fokusere på gruppenivå, når man skal analysere opplevelser på individnivå. På individnivå er stress, følelser og mestring tett forbundet med relasjoner i omgivelsene. Kultur blir derfor bare en av variablene som påvirker mestring (Fandrem, 2019, s. 127). Dette er en viktig betraktning å ta med til neste kapittel, som tar for seg gruppenivået, og en sosialkonstruktivistisk forklaringsmodell som utgangspunkt for å forstå sammenhenger mellom sosiokulturelle ulikheter og krevende tilpasningsprosesser.

4.2 Sosial konstruksjon og identitet

Kapittelet tar for seg hvordan identiteten består av både individuelle og kollektive dimensjoner, hvordan disse kan henge sammen og hvordan dimensjonene er i gjensidig påvirkning. Sosial konstruksjon handler om den menneskeskapte virkelighet. I henhold til denne vitenskapen ser vi verden gjennom våre tolkninger av den. Språket er en viktig faktor i denne sammenheng, ettersom språket setter mennesker i stand til å konstruere begreper som gir virkeligheten mening og dermed oppnå en felles forståelse (Rasborg, 2013, s. 403). Berger og Luckmann (2000) introduserte teorier om sosial konstruksjon i sin bok, *Den samfunnsskapte virkelighet* fra 1966. De hevdet at mennesker har en medfødt evne til sosialisering. Virkeligheten blir til via gjensidig påvirkning mellom individ og samfunn (Berger & Luckman, 2000, s. 40). Dette skjer ved at mennesker fødes inn i sosiale strukturer som forstås ved at virkeligheten filtreres gjennom de nærmeste omsorgspersonene og deres perspektiver og plassering i samfunnet. Denne primærsosialiseringen kan beskrives som barnets sosiale arv (Berger & Luckman, 2000, s. 136-137). Mennesker tolker det objektive samfunnet subjektivt og denne tolkningen utgjør deres helhetlige oppfatning av verden (Berger & Luckman, 2000, s. 135). Via internaliseringsprosesser blir det skapt en subjektiv forståelse av virkeligheten, ved at individet legger mening til opplevelser og erfaringer og dermed kan ta del i hverandres verdener (Berger & Luckman, 2000, s. 135).

Primærsosialiseringen utvikler seg via emosjonelle bånd til nære omsorgspersoner, og blir forankret dypt i menneskets bevissthet. Innholdet i primærsosialiseringen varierer fra samfunn til samfunn, (Berger & Luckman, 2000, s. 140). Gjennom primær og sekundær sosialisering, blir vi derfor utsatt for en *kulturell programmering* (Salole, 2018, s. 76). Ulike samfunn har ulike *kulturelle skripter*, tolkninger av virkeligheten og hvordan man skal oppføre seg i henhold til tolkningen (Jørgensen, 2011, referert i Salole, 2018 s. 75). Identiteten blir derfor utviklet og videreutviklet gjennom sosial kontakt, og forandres gjennom påvirkning av tid og ulike kontekster (Fandrem, 2019, s. 105).

Ettersom denne felles kunnskapen påvirker hvordan man handler, kreves en viss kjennskap til de sosiale normene, rollene og kodene i et samfunn for å kunne vite hvordan man skal forholde seg til andre mennesker (Berger & Luckman, 2000, s. 43). I en interkulturell

kontekst på helsestasjonen møtes ulike forståelseshorisonter av foreldrerollen, noe som kan påvirke samhandlingen. Neste kapittel ser derfor nærmere på begrepet kultur.

4.3 Kulturbegrepet

Det moderne synet på kultur vokste frem utover mot 1900-tallet med en økende vitenskapelig interesse for å studere ulike samfunn og folkeslag og sammenligne disse. Kultur ble betraktet som en viktig egenskap ved ethvert samfunn (Illman & Nynäs, 2017, ss. 18-21).

Kultur i samfunnsvitenskapelig sammenheng kan defineres som:

Kultur, eller sivilisasjon, er den komplekse helhet som består av kunnskaper, trosformer, kunst, moral, jus og skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn. (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020, s. 35)

Denne kjente definisjonen av Edward Tylor fra 1871, gjengitt blant annet av Hylland Eriksen og Arntsen Sajjad (2020), peker på at ulikhetene mellom folkeslag ikke skyldes medfødte egenskaper, men er et resultat av påvirkning i det samfunnet og den naturen man levde i (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020, s. 35). Kulturen i et samfunn kan betraktes som en kompleks enhet av kunnskap, vaner, idealer og normer som på et kollektivt nivå skiller seg fra andre kulturer, og disse ferdighetene overføres fra generasjon til generasjon (Salole, 2018, s. 65). For å forstå denne kompleksiteten i kulturen, kan vi sammenligne den med et isfjell. Den synlige delen representerer menneskenes adferd. Den største og usynlige delen, inneholder årsakene til adferden, nemlig de grunnleggende fundamentene av verdenssyn, tro og verdisystemer (Salole, 2018, s. 67).

En kultur er aldri en konstant størrelse, men dynamisk og i endring som følge av mangfoldet i samfunnet (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020). Med økende mangfold kommer økende behov for tilpasning. Tilpasning går begge veier, mellom majoritet og minoritet. Det er ikke slik at minoriteten kun tilpasses og integreres i en majoritet. Den gjensidige påvirkningen medfører at kulturen er i stadig endring (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020). Hvert menneskemøte endrer og tilfører individet noe nytt. I tillegg til endring i vår forståelse,

oppstår det en ny relasjon som igjen endrer vår forståelse av hverandre. En viktig distinksjon å være oppmerksom på, er at mennesket ikke er sin kultur, selv om det tilhører en. Til tross for at mennesker kan sies å være produkter av sin kulturelle bakgrunn, er man like fullt selvstendige individer med egne handlinger som ikke nødvendigvis er styrt av kultur. Forskjeller mellom mennesker kan like gjerne handle om ulikheter i sosiale forhold, utdanning, økonomisk status og klasse (Salole, 2018, s. 65).

Kulturell identitet

Kulturell identitet kan beskrives som en subjektiv følelse av å være kulturelt lik andre fra samme kultur (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020, s. 73). Globaliseringen har gjort verden mindre og forenklet kommunikasjonen og forståelse på tvers av kulturer og landegrenser. Utviklingen av en mer homogen verden, har på en annen side bidratt til å tydeliggjøre skillelinjer mellom kulturer og skape økt bevissthet omkring kulturelle særpreg og identiteter. Det er i møtet med andre kulturer vi mennesker blir oppmerksomme på sider og særpreg ved vår egen kultur (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020, s. 74). Bevissthet omkring nasjonalitet og etnisitet kan med andre ord betraktes som et resultat av økt mangfold i samfunnet. Når behovet for å styrke egen identitet øker og kan det føre til at gruppens grenser og samhold styrkes (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020, s. 74). Kulturell identitet kan også forstås som dynamisk og kontekstavhengig. Når mennesker befinner seg på ulike arenaer, kan ulike identiteter tas i bruk og tildeles i samspill med andre. Mennesker kan også oppleve å få tildelt identiteter på bakgrunn av ytre trekk (Dahl, 2013, s. 200). Hvordan man betrakter hverandre kan komme til syne i kommunikasjonssituasjonen, som vi skal se i neste kapittel.

Kulturperspektiv

Hvilket syn mennesker fra ulike kulturer betrakter hverandre med, har betydning for måten minoritetsforeldrene og profesjonelle aktører opplever konsultasjonen på helsestasjonen.

Hvis vi bruker egen kultur som målestokk og ideal, og antar at andres kultur har mindre verdi i forhold til denne, kalles det etnosentrisme (Dahl, 2013, s. 73). Det motsatte, kulturell relativisme, har vi når vi relativiserer handlinger og unnlater å ta stilling til dem,

ettersom de er uttrykk for personens kultur (Fandrem, 2019, s. 158). En handling kan ifølge dette synet ikke vurderes objektivt, men må forstås i sammenheng med kulturell kontekst (Dahl, 2013, s. 74). Ingen av ytterpunktene er nyttig i praksis. Hvis vi ser hverandre som speilbilder av oss selv, undergraver vi kulturens betydning. Dersom vi unnskylder handlinger med kultur, blir vi handlingslammet (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020).

Empati handler kognitiv og emosjonell evne til innlevelse i den andres situasjon (Dahl, 2013, ss. 74,262). Dersom vi betrakter menneskene i den konteksten de tilhører, og bruker empati og innlevelse, er vi i stand til å forstå hverandre uten nødvendigvis å være enig (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020, s. 48). Vi utøver interkulturell empati når vi ser verden gjennom den andres kulturelle briller (Dahl, 2013, s. 262). Når man forstår den andres ståsted, kan vi således utøve målrettet veiledning tilpasset den enkelte. «Det burde [derfor] være et krav at man forstår et fremmed kulturelt fenomen i sin fulle kontekst før man eventuelt fordømmer det. Når man har forstått det fremmede, står man i sin fulle rett til å mene noe om det og eventuelt ta avstand fra det, men ikke før» (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020, s. 49).

Kultursensitivitet

Selv om møter mellom mennesker ikke er møter mellom kulturer, kan ulik kulturell bakgrunn bidra til kommunikasjonsutfordringer og misforståelser i profesjonell sammenheng. Derfor er kultursensitivitet en viktig tilnærming. Kultursensitivitet innebærer bevissthet omkring eget kulturelt ståsted (Fandrem, 2019, s. 159). Bevisstheten åpner for å sette seg inn i den andres verden for å unngå å trekke slutninger ut ifra eget kulturelt ståsted, og dermed risikere å underkjenne den andres kompetanse (Salole & Holme, 2016, s. 175).

Interkulturell kommunikasjon

Nøkkelen til å forstå hverandre handler om evne og ønske om å møte hverandre, bli kjent og godta hverandres ulikheter i språk og adferd (Dahl, 2013, s. 271). Dersom vi betrakter kultur som et dynamisk fenomen, kan vi se på den interkulturelle kommunikasjonen som noe deltagerne skaper i fellesskap (Dahl, 2013, s. 88). Kapittelet tar for seg ulike

kommunikasjonsstiler som varierer mellom kulturer, og som kan påvirke interkulturell kommunikasjon og bidra til at misforståelser kan oppstå.

Interkulturell kommunikasjon forstås som kommunikasjonsprosessen mellom mennesker med ulik kulturell bakgrunn, og der kulturforskjellene er av en viss størrelse som kan påvirke kommunikasjonen (Dahl, 2013, s. 85). Hva som anses som god kommunikasjon er ikke bare knyttet til en felles språkforståelse, men er også kulturelt forankret (Salole & Holme, 2016, s. 178). Litt forenklet kan kommunikasjonen i mange arabiske, afrikanske og asiatiske land beskrives som *høykontekstuell*. Dette er en indirekte kommunikasjonsform, der ordene forstås ut ifra konteksten de blir uttalt i (Dahl, 2013, s. 160). Kommunikasjonsformen kan oppfattes som ikke-konfronterende, ettersom budskap ofte formidles via metaforer og anekdoter, for å ivareta relasjonen og gjensidig ære (Salole & Holme, 2016, s. 178).

I vestlige land, som Nord-Europa og Amerika, praktiseres en direkte kommunikasjonsform, også kalt *lavkontekstkommunikasjon*. Her er direkte, presist og faktaorientert språk viktig. Det etterstrebes åpen og ærlig kommunikasjon uten bilder og digresjoner (Dahl, 2013, s. 159). Det kan for eksempel virke invaderende for en person fra en kultur som praktiserer høykontekstuell kommunikasjon og med lite kjennskap til velferdsstatens offentlige omsorgsoppgaver, å få direkte spørsmål fra ukjente ansatte i helsevesenet omkring intime anliggender (Salole & Holme, 2016, s. 177).

Nonverbal kommunikasjon kan beskrives som kommunikasjon uten ord (Dahl, 2013, s. 176). Ansiktet uttrykker sterkest det nonverbale kroppsspråket og viser følelser og sinnsstemninger. Smil og blick er eksempler på følelsesuttrykk som kan understreke eller motsi verbale utsagn, og er derfor viktige funksjoner å være oppmerksom på under kommunikasjonen. Dersom det ikke er overensstemmelse mellom det verbale språket og det nonverbale språket, tyder mye på at det er det nonverbale kroppsspråket som vektlegges mest. Nonverbale kroppsuttrykk er en ferdighet som kan oppøves. Som profesjonell aktør er det viktig å kjenne til konteksten den hjelpetrequende befinner seg i for å utøve god helsehjelp. Neste kapittel vil derfor ta for seg konteksten målgruppa for undersøkelsen befinner seg i, for å få en økt forståelse av hva som kan påvirke kommunikasjonen i møtet med helsestasjonen.

4.4 Foreldreskap, flukt og migrasjon

Minoriteter og majoriteter

Foreldre med flyktningbakgrunn er ikke en homogen gruppe, men består av mennesker fra ulike land med stor diversitet i etnisitet og kulturbakgrunn. Felles for dem er at de utgjør minoriteter i landet de flykter til. Når vi snakker om etniske minoriteter, betegner det ulike etniske grupper som lever i sameksistens med storsamfunnet over tid, og har mindre makt og innflytelse i samfunnet enn majoriteten (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020, s. 77).

I innvandringsammenheng kan det være verdt å bemerke seg at benevnelsene minoritet og majoritet er relative størrelser som avhenger av hvor man befinner seg (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020, s. 78). Majoriteten i det nye samfunnet definerer standarden og hva som er vanlig adferd (Harnischfeger, 2020, s. 18). Ved å gå fra majoritet til minoritet, endres identiteten og individet opplever å ha andre handlingsrom. Harnischfeger (2020, s. 19) illustrerer videre hvordan majoritetsforståelsen også kan påvirke selvforståelsen og identitet hos medlemmer av minoritetsgrupper ved at man defineres inn i dikotomiske grupper som for eksempel norsk-ikke norsk, muslim-kristen, nordmann-utlending. For å bli innlemmet i et samfunn, må minoriteter underkaste seg majoritetssamfunnets psykologiske definisjonsmakt over hva som er vanlig praksis i majoritetskulturen (Harnischfeger, 2020, s. 21). Konsekvensen av dette kan være utrygghet rundt egen identitet og selvforståelse.

Maktaspektet er sentralt i migranttilværelsen. «Makt er evnen til å kontrollere hva som skjer, får ting til å skje og blokkere ting som ikke skal skje» (Dahl, 2013, s. 125). Som beskrevet innledningsvis er kulturer i stadig forandring som følge av økt mangfold. Likevel er det majoritetskulturen i mottagerlandet som kan sies å sette premissene for kontakten mellom mennesker, og kontakten mellom en nordmann og en innvandrер hviler dermed på en skjev maktfordeling. I helsestasjonskonsultasjonen har helsepersonell en dobbel makt, både som profesjonell og representant for majoriteten overfor den hjelpetrengende minoritetsforelder. Dette er noe helsepersonell må være bevisst på i enhver profesjonell samhandling. Neste kapittel redegjør for ulike tilpasningsstrategier i mottagerlandet.

Migrasjonsprosesser

Akkulturasjon er et begrep som beskriver alle prosessene innvandrere gjennomgår ved migrasjon fra en kultur til en annen (Fandrem, 2019, s. 51). J.W Berry, kanadisk professor i psykologi, har forsket på ulike migrasjonsstrategier (Fandrem, 2019, s. 69). Han definerer fire ulike hovedstrategier for tilpassing som både brukes som individuelle strategier, og som statlig politikk: integrering, assimilering, segregering og marginalisering (Berry, 2002, referert i Salole, 2019, s.125; Berry, 1997, referert i Fandrem, 2019, s. 69). Minoriteter tar selv i bruk disse strategiene, bevisst og ubevisst, i akkulturasjonsprosessen. De ulike tilpasningsstrategiene medfører ulik grad av deltagelse i samfunnet (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020, s. 80).

Segregering innebærer at minoriteten holdes fysisk adskilt fra majoriteten, for å unngå å blande kulturer, og såkalte parallellsamfunn kan utvikle seg. Assimilasjon som strategi fører til at den etniske gruppens kultur utviskes. Gruppen smelter sammen med ,og blir lik majoritetskulturen (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020, s. 79), eksempelvis fornorskingspolitikken samene ble utsatt for (Fandrem, 2019, s. 72). Et fenomen ved et slikt smeltedigelkonsept er at man allikevel blir betraktet som annerledes av majoritetsbefolkningen, og dermed er best tjent med å velge en annen strategi (Lazarus, 2006, s. 229).

Den tredje strategien, integrering, er vanligvis er den ønskede strategien i europeiske land. Integrering innebærer at minoritetens opprinnelseskultur og særpreg ivaretas, samtidig med deltagelse i samfunnets institusjoner (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020, s. 80) (Fandrem, 2019, s. 70). Selv om integrering anses som et politisk mål, blir det hevdet at hensynet til å ivareta minoriteters kulturelle særtrekk, underkommuniseres i dagens politikk, institusjoner og samfunnsliv (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020, s. 80). Det hevdes videre at den norske integreringspolitikken, med sitt fokus på norsk språk og verdier, nærmer seg mer en assimileringstrategi (Fandrem, 2019, s. 73) (Salole, 2018, s. 125).

Når jeg i denne oppgaven bruker ordet integrering i forbindelse med det interkulturelle møtet på helsestasjonen, vil det imidlertid være i den opprinnelige betydningen av ordet, der minoriteter kan navigere mellom sin opprinnelseskultur og den nye kulturen. I følge Salole (2018, s. 123) viser forskning at integrering som tilpasningsstrategi, er assosiert med god fysisk og psykisk helse og identitetsfølelse. Marginalisering er en fjerde strategi, og

inntreer når individet hverken knytter identiteten sin til opprinnelseskulturen, eller vertslandets kultur (Fandrem, 2019, s. 72).

Det er flere forhold som påvirker hvilken tilpasningsstrategi individet følger i migrasjonsprosessen. En av de viktigste faktorene for valget, er graden av ulikhet mellom opprinnelseslandets kultur og den nye kulturen (Berry, 2002, referert i Salole, 2018, s.126). Andre medvirkende faktorer er utdanning, kjønn, tid og sosiale ulikheter. Det viser seg også at migranter er mest sårbare for segregering og marginalisering i den første perioden i nytt land (Salole, 2018, s. 126).

Verdier og verdiskalaer

Normer og verdier omkring barneoppdragelse varierer og vektlegges som vi har sett, ulikt i ulike samfunn. Et verktøy for å forstå ulike verdisyn og verdensbilder, er verdiskalaer (Salole & Holme, 2016, s. 176). Verdiskalaer beskriver generelle tendenser i de ulike samfunnene. Det er derfor viktig å unngå generalisering og ta høyde for individuelle variasjoner i oppfatninger, verdier og holdninger internt i kulturer. Hvordan foreldre tolker ulike situasjoner, kan ikke kun knyttes til kulturelle skripter, men også til hvilke ulike situasjoner man befinner seg i (Salole & Holme, 2016, s. 178).

Verdiskalaen vurderer ikke kvalitetene på kulturene eller rangerer de i forhold til hverandre (Salole, 2018, s. 69). Teorier rundt verdsett og syn på familie og oppvekst er nyttige for profesjonelle å kjenne til, for å forstå kulturforskjellene minoritetsforeldre fra ikke-vestlige land kan oppleve i møte med synet på barn og barneoppdragelse, både i det norske samfunnet, og i møte med veiledning på helsestasjonen. Å vise forståelse for disse verdiene, uten å rangere de, vil kunne forebygge formidling av etnosentriske holdninger i helsekonsultasjonen. En del østlige land i Asia, Midtøsten og Afrika, samt England, Belgia og Frankrike, har høy maktavstand i samfunnet, knyttet til klasse, kjønn, alder og posisjon (Salole & Holme, 2016, s. 176). I disse samfunnene er det viktig å vise respekt for autoriteter. I Norge fordeles makten vanligvis mer likt mellom samfunnsborgere, familiemedlemmer og kolleger, uavhengig av kjønn og alder. Et annet forhold i denne sammenheng, er rolleforventninger mellom foreldre og helsepersonell. Foreldre fra kulturer med høy maktavstand, kan forvente at helsepersonell i egenskap av ekspertrollen, skal komme med

konkrete, tydelige svar på foreldrenes spørsmål. Helsepersonell på sin side tilrettelegger for brukermedvirkning ved en åpen dialog, og forsøker å utjevne maktforholdet ved å stille åpne spørsmål om foreldreperspektivet. Den gode samtalen tilstrebes, og her anses tillit og likeverdighet som viktige verdier (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 76). Dersom eksperten legger opp til en slik refleksjonssamtale, kan foreldrene oppfatte dette som usikkerhet hos den profesjonelle, og misforståelser oppstår. Oppmerksomhet rundt disse mekanismene kan sette helsepersonell i stand til å justere kommunikasjonen, for eksempel ved å etterspørre forventninger i starten av møtet (Salole & Holme, 2016, s. 176). For foreldre som kommer fra samfunn der kvinnene har en sterk posisjon i hjemmet og mødre tar hovedansvaret for barna, kan det for eksempel virke fremmed og truende å skulle overlate ansvaret for barn til andre, for eksempel barnefar eller barnehage. Kunnskap om disse ulikhetene fordrer at helsepersonell tilnærmer seg temaet på en kultursensitiv måte (Salole & Holme, 2016, s. 177).

Den nederlandske professoren Geert Hofstede utviklet blant annet verdidimensjonene kollektivism-individualisme. Denne verdiskalaen kan være nyttig for å forstå ulike kulturelle syn på familie, barn og samfunn (Hofstede et al, 2010, s. 91). Individualistisk orienterte kulturer er vanlig i mange vestlige land, og består ofte av små kjernefamilier, der enkeltindividet har en sterk, selvstendig posisjon. Velferdssamfunnet tilrettelegger for frihet og selvstendighet, og kan ses som en forutsetning for denne autonomiværdien (Larsen & van der Weele, 2020, s. 176). Innbakt i denne omsorgspraksisen, som har røtter i vestlig psykologisk praksis, ligger blant annet verbal omsorg, emosjonell inntoning og sensitivitet overfor barnets egenart. En konsekvens av disse idealene, er en mer komplisert omsorgspraksis, som krever stadig mer veiledning og ekspertise (Larsen & van der Weele, 2020, s. 177).

Kollektivistisk-orienterte kulturer kan beskrives som «vi-kulturer». Familiens kollektive behov, seire og nederlag, anses som viktigere enn enkeltindividets (Larsen & van der Weele, 2020, s. 177). Barn oppdras derfor til lojalitet og i tråd med forpliktelser overfor fellesskapets behov. I denne familiestrukturen dannes livslange avhengighetsbånd, både praktiske og emosjonelle, og autonomiperspektivet er nedtonet (Hofstede et al., 2010, s.91). Økonomiske og materielle verdier tilhører fellesskapet mer enn det enkelte individ (Larsen & van der

Weele, 2020, s. 177). Denne kulturen er vanlig i latinamerikanske land, Midtøsten, Afrika og en del asiatiske land (Salole, 2018, s. 72).

Både foreldre og barns kulturelle skripter er resultat av en sosialiseringssprosess, både innad i familien og ute i samfunnet (Salole, 2018, s. 183). Neste kapittel vil ta nærmere for seg disse prosessene.

Foreldreskap

Begrepet foreldreskap beskriver prosessen der foreldre eller andre omsorgspersoner engasjerer seg i barnet og møter de emosjonelle og fysiske behovene for omsorg, beskyttelse og næring det har, tilpasset alder og utviklingsnivå (Killèn, 2013, s. 31).

Foreldreskap og foreldrestiler varierer over hele verden, og formes av faktorer som kulturelle normer, religion, sosioøkonomiske forhold og vitenskap (Salole, 2018, s. 140; Tembo-Pankuku & Studsrød, 2022, s. 2). Foreldre organiserer oppdragelsen slik at barna utrustes til å klare seg i det samfunnet, den konteksten, de vokser opp i (Salole, 2018, s. 140). Foreldre ønsker det beste for barnet sitt, og synet på hva dette innebærer, er være påvirket av tradisjoner, verdier og holdninger i den kulturen man lever i. Foreldres forståelse av hva som er god omsorg, foreldrestil og barneoppdragelse kalles for etnoteorier (Salole, 2018, s. 141). For nyttilflyttede minoritetsfamilier kan derfor idealene for barneoppdragelse være annerledes enn de normer og forventninger de møter i det nye samfunnet (Salole, 2018, s. 141).

Normene og verdiene i det nye landet, møter foreldrene blant annet på helsestasjonen. Ettersom offentlig instanser aldri er helt verdinøytrale, representerer de vanligvis landets kulturelle normer og verdier (Tembo-Pankuku & Studsrød, 2022). Det er derfor viktig at den som skal anerkjenne og vurdere omsorgen hos foreldre, er i stand til å gjenkjenne andre oppdragelsesmåter enn det som er vanlig i majoritetssamfunnet (Larsen & van der Weele, 2020, s. 176). Evne til å analysere det som er kulturelt annerledes i lys av effekten av foreldrepraksisen og bevissthet omkring egen kulturell forankring, vil være viktig i møte med flerkulturelle foreldre (Larsen & van der Weele, 2020, s. 195). Dersom foreldrene inviteres til dialog rundt disse ulikhetene i kulturelle modeller for organisering av familien og

barneoppdragelsen, uten formaninger og moralisering, kan refleksjon bidra til økt forståelse av hvordan de kan møte behov og utfordringer i det norske samfunnet (Salole, 2018, s. 282).

5 Metode

Kapittelet gjør rede for undersøkelsens metodiske tilnærming. Begrepet metode betyr i forskningssammenheng, verktøyet som benyttes for vitenskapelig å løse problemer og produsere ny kunnskap (Furuset & Everett, 2020, s. 137). Metoden beskriver hva forsker gjør for å finne svar på forskningsspørsmålet.

5.1 Forskningsdesign

I denne studien ble et kvalitativt forskningsdesign valgt for å besvare problemstillingen. Dette er en fortolkende vitenskap, og studien benytter en hermeneutisk vitenskapstradisjon som søker å forstå den subjektive virkeligheten (Bush, 2019, s. 51).

Studien av møtet mellom foreldre med flyktningbakgrunn og helsestasjonen, er basert på kvalitative dybdeintervjuer av 10 nybosatte foreldre med flyktningbakgrunn. Prosjektet satte søkelyset på det interkulturelle møtet med helsetjenestene på helsestasjonen.

Kvalitative dybdeintervjuer innebærer nær kontakt mellom forsker og informant. Frivillighet, tillit og gjensidig respekt er viktige forutsetninger når vi ønsker å oppnå fyldige beskrivelser av de fenomenene vi ønsker å studere (Thomassen, 2018, s. 79). «Kvalitative metoder studerer livet fra innsiden og retter oppmerksomheten mot måten vi lever vårt liv» (Thagaard, 2018, s. 12). Forsker benyttet et relativt lite antall informanter i datainnsamlinga, og kunne dermed bruke tid til å gå i dybden for å få frem detaljrikdom i foreldres ulike opplevelser i møte med helsestasjonen.

Forskningsdesignet har en abduktiv tilnærming, som muliggjør en pendling mellom teori og empiri gjennom forskningsprosessen (Bush, 2019, s. 51). Vitenskapelig virksomhet innebærer at teorier og erfaringer utgjør den *forventningshorisonten*, som forsker møter empirien med (Thomassen, 2018, s. 79). Undersøkelsen har derfor krevd refleksjon underveis, over hvilken betydning teorier og egen erfaringskunnskap har for fortolkningen av dataene. Dette fører til at analysen beskriver hvordan forsker tolker data som utvikles i feltet, sammen med den teoretiske bakgrunnen (Furuset & Everett, 2020, s. 159).

Den metodiske tilnærmingen kan knyttes til en hermeneutisk vitenskapsfilosofi.

Hermeneutikk er en lære om hvordan vi oppnår forståelse. Den moderne hermeneutikken som omtales i forståelsesprosessen mellom mennesker, ble utviklet av den tyske filosofen H. Gadamer (Thomassen, 2018, s. 86). Hermeneutikken søker å forstå den menneskelige erfaringsverden i lys av den historiske, kulturelle og sosiale konteksten vi er en del av. Data som utledes i den empiriske undersøkelsen bygger på deltagerens egen forståelse og den felles forståelseshorizonten som dannes i intervju samtalen. Hermeneutikk er derfor godt egnet til å undersøke fenomener der ulike kulturer møtes, ettersom man da kan anta at mennesker besitter ulike sosiale, kulturelle og historiske erfaringer (Thomassen, 2018, ss. 85-88). Teorien beskriver hvordan fordommer kan være en nøkkel til økt forståelse i menneskemøter. I denne studien påvirket for eksempel oppmerksomheten omkring egen forforståelse hvilke spørsmål og oppfølgingsspørsmål som ble stilt i intervjuet. Svarene ga en utvidet forståelse av meningsinnholdet i de ulike opplevelsene. Korrigering av forskers forforståelse skjedde derfor i det Gadamer kaller en relasjonell prosess (Gadamer 1960, referert i Thomassen, 2018, s. 89).

Undersøkelsen forsker på meningsinnhold i relasjonelle prosesser. En *sosialkonstruktivistisk* synsvinkel viser hvordan virkeligheten kan arte seg ulikt fra menneske til menneske, og mellom ulike etniske og kulturelle grupper, uten å søke den *ene felles riktige* virkeligheten. Den hermeneutiske tilnærmingen kan bli benyttet sammen med sosialkonstruktivisme, ettersom den oppfordrer til oppmerksomhet omkring ulikheter i forforståelsen hos individene som møtes.

5.2 Utvelgelse av informanter

I studien ville jeg undersøke hvordan en minoritetsforeldre med flyktningbakgrunn opplever helsestasjonskonsultasjonene. I følge I. Jensen er det passende antallet informanter nådd når det ikke lenger fremkommer ny informasjon av betydning i intervjuene (Jensen, 2021, s. 217). Kvalitativ metode søker dybdekunnskap, derfor ble det planlagt å rekruttere mellom 8 og 10 informanter. Det var ønskelig at utvalget representerte ulike land og etnisiteter for å utvikle et bredt og variert datamateriale. Det var viktig å rekruttere et solid utvalg informanter for å ta høyde for ulike resultater. Kvaliteten på intervjuene kunne tenkes å

varierte, blant annet fordi foreldrene kunne ha utfordringer med språk, som påvirket intervju kvaliteten. Om flere informanter hadde gitt en større datamengde, kan det allikevel tenkes at det eksisterer begrensninger for hva som er relevant og passende å si innenfor de sosiale rammene i en slik intervjusituasjon, som et større antall informanter ikke nødvendigvis hadde kompensert for. For eksempel kan det være vanskelig for intervju personene å kritisere helsestasjonen. Som innvandrer ønsker man kanskje å trå varsomt med hensyn til hvordan man omtaler offentlige tjenester i det nye landet overfor en etnisk norsk fagperson som representerer stat og myndighet. Dette gjelder også motsatt vei. Det finnes klare begrensninger for hva forsker kan spørre informant om. For å unngå å styre intervjusamtalen er det derfor viktig for intervjuer å gå varsomt til verks når intervjuguide utarbeides og i selve intervjuet.

For å forebygge dette i størst grad, var jeg derfor nøye med å skille mellom min rolle som helsesykepleier og forsker. Jeg formidlet hensikten med studiet og understreket at studien ønsker å forstå foreldrenes erfaringer med, og behov for helsetjenester. Til dette var informantene viktig for å speile helsestasjonen fra sine perspektiv gjennom deres verdifulle erfaringer og opplevelser. Det ble informert om hvilken høgskole studiet var tilknyttet og at arbeidsforholdet mitt for øvrig var i en annen kommune enn den informantene tilhørte.

Et annet kriterium for utvelgelse var hvor informanten befant seg i akkulturasjonsprosessen. Det var ønskelig å intervju foreldre med kort botid, 0-5 år. Det er naturlig å tro at behovet for tilpassede helsetjenester kjennes viktig og er stort i denne perioden. Man har fremdeles minner fra hjemlandet, og sammenligner livet i Norge med livet i hjemlandet. Etter hvert som man blir kjent i det norske helsevesenet, vil man ofte kunne benytte tjenestene på lik linje med øvrig befolkning og i mindre grad ha behov for tilpassede helsetjenester.

5.3 Fremgangsmåte for rekruttering av informanter

For å sikre at deltagelse skjedde på frivillig grunnlag og for å unngå bindinger til forsker som kunne tenkes å påvirke svarene til informantene, ble informantene rekruttert via tredjepart i en annen kommune enn den forsker har arbeidsforholdet sitt i. Dette var i tråd med NSD sine krav for godkjenning av prosjektet. Godkjenningen forutsatte at informantene ble rekruttert fra en annen kommune for å unngå uheldig sammenblanding av min rolle som

forsker og helsearbeider. Dette kunne fått uheldige konsekvenser for kvaliteten på datamaterialet, da det kan være vanskelig for informanten å snakke fritt. Informanten kan føle seg forpliktet til å justere svarene sine eller det kan oppstå usikkerhet på om svarene kan gi uheldige konsekvenser for senere helsehjelp.

For å sikre deltagelse på frivillig grunnlag, ble det derfor tatt kontakt med ledere i aktuelle etater i nabokommunen med forespørsel om hjelp til rekruttering av deltagere til prosjektet. Å rekruttere på denne måten bidro til at informantene ikke ble utsatt for direkte press fra forsker om å delta. Rekrutterer hadde heller ingen egeninteresse eller kopling til prosjektet eller helsestasjonen.

Rekrutterer fikk tilsendt skriftlig informasjon med inklusjonskriterier for deltagelse i prosjektet og invitasjon til deltagere med samtykkeskjema. Ut ifra dette ble det foretatt et strategisk utvalg av informanter. Inklusjonskriterier var foreldre med fluktbakgrunn, relativt kort botid i Norge, og som hadde barn i helsestasjonsalder. Deretter hadde jeg som forsker ingen kontroll over hvilke informanter som ble rekruttert, rekrutterer fulgte her sin egen intuisjon. Ved spørsmål om utvelgelsesprosessen, fortalte de at utover de rene inklusjonskriteriene, forespurte de personer som kunne tenkes å bidra med erfaringer omkring temaet, og hadde ønske om å stille opp.

Rekrutteringen viste seg å ta noe tid, ettersom den foregikk via en tredjepart som selv måtte finne tid og anledning. Det ble rekruttert 8 familier, til sammen 10 personer. Deltagerne kom fra Midtøsten, Vest-Asia og Nord-Afrika og var mellom 25 og 40 år. Alle med unntak av en familie hadde bodd i Norge 1-5 år. Den siste hadde bodd i Norge i 8 år. De fikk selv velge om de ville intervjues sammen eller alene. To foreldrepar ville stille til intervju sammen. To fedre og fire mødre stilte alene til intervju.

5.4 Forskningsintervjuet

Informantene fikk grundig informasjon om prosjektet i forkant av intervjuet, både skriftlig og muntlig. Det var viktig å informere om min rolle som forsker og hvilken utdanningsinstitusjon jeg var tilknyttet i denne sammenheng, for å skille tydelig mellom rollen som forsker og rollen som helseaktør. Det ble også formidlet tydelig at jeg ikke hadde mitt arbeidsforhold

knyttet til bostedskommunen intervjuene ble foretatt i. Informantene ble alltid gitt mulighet til å stille spørsmål om prosjektet før vi avsluttet intervjuet.

Informanten som ønsket tolk, fikk anledning til å godkjenne tolken i forkant av intervjuet. Tolken var håndplukket på forhånd på bakgrunn av lang ansiennitet og autorisert tolkeutdanning. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra alle informantene og gitt klar beskjed om retten til å trekke sin deltagelse på et hvilket som helst tidspunkt i prosjektet, uten fare for negative konsekvenser for informanten.

Innledningsvis ble det informert om at studiet ønsket å se helsestasjonen gjennom de nybosatte sine øyne, og det ble snakket om erfaringer i hjemlandet, likheter og ulikheter. Ikke alle hadde erfaring med tilsvarende helsetjeneste i hjemlandet. De hadde kanskje fått første barnet i Norge eller helsevesenet var organisert på en annen måte der de kom fra. Det ble derfor viktig å forsikre seg at vi hadde felles forståelse av at det var helsestasjonstjenesten i kommunen vi omtalte.

Intervjusamtalen ble tatt opp på diktafon som var innkjøpt for anledningen. Minimalt med notatskriving gjorde det enklere å konsentrere seg om innholdet i intervjusamtalen.

Til intervjuene ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide, en til hver av målgruppene, der intervjupersonen fikk anledning til å snakke fritt uten avbrytelser. Intervjuguide inneholdt hovedspørsmål og underspørsmål, men var fleksibel og tillot forsker å følge informantens initiativ, slik at forsker kunne få fylldige svar. Guiden var også en god støtte der informanten ga korte svar. Intervjuguiden til foreldregruppa ble utformet i to versjoner, der den ene hadde forenklete setninger. Denne ble utarbeidet etter at en av informantene ønsket å lese spørsmålene selv for å føle seg sikrere på å ikke misforstå spørsmålene som ble stilt. Det ga også anledning til å forklare og utdype begreper intervjupersonen følte seg usikker på.

Alle med unntak av én informant, valgte å snakke uten tolk, noe som var et valg jeg som intervjuer måtte akseptere. Informantene benyttet åpenbart kortere og enklere setninger enn de ville gjort på morsmålet. For å forstå dybden og meningsinnholdet i det som ble formidlet, måtte jeg som intervjuer styre intervjuet og spørre mer enn det jeg hadde planlagt på forhånd. Dette hadde både med forståelse av det språklige og forståelse av

organiseringen av helsevesenet å gjøre. Eksempelvis kunne jeg oppleve at det forekom sammenblanding av helsesykepleier og jordmor sine roller. Ved å spørre om igjen og gjenta det informant hadde formidlet, ble det forsøkt oppnådd gjensidig forståelse. Når informanten lette etter riktig ord, kunne jeg foreslå synonymer som hjalp de å nyansere uttalelsene, men det ga også risiko for misforståelser og påvirkning av data. Det var derfor en krevende balansegang å stille språklig enkle og konkrete spørsmål uten at spørsmålene ble ledende for den meningen informanten ønsket å uttrykke. Hvert intervju ble rundet av med en oppsummering av dialogen for å sikre rett forståelse og eventuelt fange opp flere erfaringer.

Før intervjuet ble avsluttet ble også informantene forespurt om deres opplevelse av intervjusituasjonen. Her kom det frem at flere synes det var fint å tenke tilbake og fortelle om opplevelsene sine. Ingen uttrykket misnøye med intervjuformen eller intervju spørsmålene. Informanten som brukte tolk, kjente tolken fra tidligere oppdrag og virket avslappet i situasjonen. Informanten og intervjuer er kjent og har lang erfaring med å foreta tolkesamtaler sammen. Samtlige uttrykte at de synes det var hyggelig å kunne bidra. Flere unnskyldte seg når de opplevde å komme til kort språklig, noe som ble kompensert ved å gi anerkjennelse og vise tålmodighet for at det kan være vanskelig å finne de rette ordene på det man ønsker å uttrykke. I to av intervjuene ønsket begge foreldrene å bli intervjuet. Foreldrepårene hjalp hverandre da med å finne riktige ord underveis og fylte ut hverandres oppfatninger, oppfatninger som ikke alltid var helt sammenfallende og ga interessante vinklinger. To av foreldrepårene som ble intervjuet hjemme ble ofte avbrutt av barna sine. Det utfordret kontinuitet og konsentrasjon i samtalen, og det bidro til at intervjuene tok lengre tid enn forespeilt. Intervjusamtalene varte fra 40 -150 minutter.

5.5 Transkribering

Lyddoptakene ble avspilt kort tid etter intervjuene. Intervjuene ble deretter transkribert ordrett fra diktafonen av forsker selv. Refleksjonene ved gjennomlytting åpnet for nye tanker og ga mulighet til å justere formuleringer i intervjuguiden for å møte forskningsspørsmålene bedre før neste intervju. Det ga også mulighet til å gjenoppleve intervjuene og skapte god innsikt i informantenes erfaringer. Et viktig funn her, var at

lydopptakene gjorde det mulig å avdekke noen gjensidige språklige misforståelser underveis i intervjuet. Denne oppmerksomheten sikret samsvar mellom spørsmål og svar i dialogen og bidro dermed til å dataenes pålitelighet. I intervjuet som benyttet tolk, ble tolkens oversettelse ordrett nedskrevet.

5.6 Analyseprosessen

Analyseprosessen er inspirert av tematisk analyse, som gir mulighet til å identifisere mønstre og temaer uten å innordne funnene spesifikke teorier (Furuset & Everett, 2020).

Analyseprosessen startet under transkriberingen, da sentrale tema ble identifisert fortløpende og ført inn i en tabell, der informantene var listet opp etter nummer i intervjurekkefølgen. Slik ble det tidlig i prosessen dannet et tverrbilde av sammenfallende temaer som informantene tok opp og som belyste forskningsspørsmålene. Etter at transkriberingen var utført, ble datamaterialet lest grundig igjennom flere ganger, for å oppnå en dypere forståelse av informantens mening. En hermeneutisk bevissthet omkring egne erfaringer var viktig for å la informantens egne opplevelser tre frem. Metoden var hensiktsmessig for å oppdage nyanser som ellers kunne føyd seg inn i et kjent mønster.

Etter flere gjennomlesninger ble meningsenheter ble identifisert og kodet. Kodene ble sortert under induktivt baserte temaer som igjen belyste temaet for undersøkelsen. Det ble deretter foretatt en utvelgelse av overordnede tema som ble sortert under forskningsspørsmålene. Dette var et krevende steg i prosessen, da det åpenbarte seg erfaringer og perspektiver som kunne være interessante å forske videre på, men som ikke direkte kunne relateres til temaet for undersøkelsen.

Det komprimerte intervjumaterialet ble deretter ble lest på nytt for å sikre at meningsinnholdet ble tolket i den sammenhengen det ble formidlet i av informanten. Det ble valgt sitater som på best mulig illustrerte de ulike temaene. Funnene blir presentert og drøftet i analysedelen der temaene er sortert under forskningsspørsmålene.

5.7 Undersøkelsens reliabilitet og validitet

Reliabilitet

Begrepene reliabilitet benyttes for å evaluere forskningsprosessen i kvalitative intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 229). Reliabilitet handler om påliteligheten til intervjusamtalen, resultatenes troverdighet. Ettersom kvalitative intervjuer baseres på fortolkning og således er lite etterprøvbare, vil dette kapittelet redegjøre for intervjuprosessen for å styrke påliteligheten i funnene.

Interkulturelt arbeid krever en sensitivitet for kulturdimensjonen som eksisterer i kommunikasjon og samhandling mellom mennesker fra ulike kulturer. Charles L. Briggs skriver i sin bok *Learning how to ask* (1986), om hvordan konteksten i det kvalitative intervjuet har betydning for resultatene. Både forsker og intervjuperson påvirker samtalen, og dermed dataene som utvikles. Forsker har derfor forsøkt å være bevisst rollen sin i intervjuet, hvordan spørsmålene stilles, og vurdere resultatene i lys av denne konteksten (Briggs, 1986, s. 113). Begrepet kontekst forstås i denne sammenheng som både de fysiske og psykososiale rammene informant og forsker befinner seg i. Inkludert i dette er interpersonlige forhold som påvirker dialogen, for eksempel maktbalanse, måten intervjuet organiseres på, spørsmålsformulering og non-verbal kommunikasjon.

For å sikre påliteligheten i funnene var det viktig at forsker sørget for at informanten var trygge på forskers rolle og konfidensialitet, slik at refleksjoner, erfaringer og meninger kunne deles åpent. Dette ble gjort ved både skriftlig og muntlig informasjon.

Forsker har ansvaret for å tilrettelegge konteksten for intervjusamtalen i samsvar med informantens ønsker og premisser, slik at svarene gis åpent og utvunget i en trygg atmosfære. Intervjupersonene valgte derfor selv hvor intervjuet skulle foregå. Tre valgte sitt eget hjem, tre ble intervjuet ved sine respektive skoler, en på kafé og en på det lokale biblioteket. I intervjusamtalen var det viktig å lytte og stille åpne spørsmål, unngå ledende spørsmål og oppfordre deltager til å snakke mest mulig uavbrutt.

En åpenbar svakhet var faren for språklige misforståelser og unøyaktigheter.

Språkkompetansen var ikke helt optimal hos deltagerne, grunnet kort botid. Som forsker spurte jeg derfor ofte om igjen og utsagn ble gjentatt, for å unngå feiltolkninger.

Informantene kunne bruke tid på å finne riktige ord. Parene diskuterte seg imellom og hjalp

hverandre med å finne riktige ord og forklare meningene bak utsagnene. Noen dobbeltsjekk med elektronisk oversetter underveis i intervjuet. Tanker, opplevelser og erfaringer kunne blitt mer nyansert beskrevet dersom de hadde brukt sitt morsmål eller hatt lengre botid i Norge. Et eksempel her er at flere av informantene beskrev helsesykepleier som «snill» i ulike sammenhenger under intervjuet. Et rikere ordforråd hadde kanskje gitt flere synonymmer. På en annen side bidro den gjentakende bruken av ordet på tvers av det samlede datamaterialet, til å styrke og konkretisere at nettopp denne egenskapen ble verdsatt, og på den måten kunne styrke reliabiliteten.

Forsker avsluttet alle intervjuene med et resyme av det som hadde blitt sagt for å kvalitetssikre innholdet. Dette fikk ofte informantene til å utdype svarene, presisere og av og til legge til nye betraktninger. Lydopptakene var en god kvalitativ støtte ettersom det ga mulighet til å lytte nøye flere ganger knyttet til uklare utsagn. Funn som dannet grunnlag for uklare tolkninger, kunne være resultat av utilsiktede, men ledende spørsmål, eller hadde forstyrrende bakgrunnsstøy, ble utelatt i den tematiske analysen.

Et annet forhold som kan tas i betraktning er fenomenet bias der felles meninger har tendens til å befeste sannheter. Fire av informantene kom fra samme land, bodde i samme bydel og hadde barn på omtrent samme alder. Det kom frem i intervjusamtalene at disse sannsynligvis dannet et sosial fellesskap på fritiden. Det øker sjansene for at man snakker sammen om inntrykk og hendelser. Det kan skape et økt fokus på bestemte fenomener, men det kan også senke terskel for å dele de opplevelsene man erfarer, ettersom man ikke er alene om dem.

Validitet

For å omtale gyldigheten, validiteten, til et studie, brukes begrepene intern og ekstern validitet. Intern validitet undersøker om den valgte metoden har vært egnet til å besvare problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 276).

I denne studien var en kvalitativ tilnærming godt egnet til å få fylldige beskrivelser av minoritetsforeldrenes opplevelser og erfaringer. Kvantitative undersøkelser benytter ofte skjema som krever gode leseferdigheter, noe som kan føre til at målgruppen kan være krevende å nå frem til.

Flere variabler påvirker validiteten i det kvalitative intervjuet. Forskers erfaring og kompetanse i intervjusituasjonen vil påvirke hvilke data som utvikles. Her antok jeg at lang arbeidserfaring med å justere kommunikasjon i møte med mennesker med begrenset ordforråd, kunne gi meg en fordel i intervjusituasjonen. Det viste seg at det likevel var krevende å formulere spørsmålene tydelig nok for å sikre felles forståelse.

Resultatene i kvalitativ forskning som denne, kan ikke generaliseres til å beskrive sannheten om fenomenet som undersøkes. Undersøkelsen er derimot godt egnet til å gi en fylldig beskrivelse av forståelseshorizonten hos dette begrensede utvalget, og tilføre forskningen nye perspektiver innenfor temaet i undersøkelsen. Ekstern validitet handler om hvorvidt resultatene fra egen studie er overførbare og relevante i relasjon til andre, sammenlignbare studier (Thagaard, 2018, s. 192).

Et perspektiv som kan diskuteres, er om intervjuene fullt ut møter kravet til kvalitative dybdeintervju, siden de norske språkferdighetene til informantene på langt nær var på linje med morsmålet. På en annen side er det brukt tid på å sikre en felles forståelse ved hjelp av gjentakelser og bekreftelser kombinert med det nonverbale kroppsspråket, noe som bidro til å stadfeste meningsinnholdet i intervjuet. Det at informantene hadde et begrenset ordforråd, kan også ha bidratt til at det å lete etter riktig ord fikk understreket betydningen av utsagnet. Det ble lite utenomsnakk i intervjusamtalen på grunn av fokus på å forme riktige setninger. Flere av informantene fortalte at de hadde forberedt seg på forhånd, etter å ha satt seg inn i informasjonsskrivet. Informantene som ble intervjuet alene hadde snakket med ektefellene sine om temaet forut for intervjuet, noe som var økte datamengden. Det at flere funn gjentok seg på tvers av et relativt stort utvalg bestående av 8 intervjuer med 10 informanter i foreldregruppen, kan og styrke validitet.

5.8 Metodologiske avveininger

I forkant av intervjuet fikk informanten grundig informasjon om prosjektet, konfidensialitet og hvordan intervjusamtalen var tenkt å forløpe. Dette var krevende i alle steg, ettersom jeg ikke ønsket å ta unødvendig tid fra informanten, og behov for informasjon måtte veies opp mot respekten for informantens tid. Jeg ville og sette av tid til en rolig start med uformelle

spørsmål før jeg beveget meg inn på tema. På den andre siden hadde jeg forespeilet deltagerne at intervjuet ville vare cirka en time.

Det å utpeke deltagerne fra østlige kulturer som tradisjonelt og geografisk har avstand fra den norske kulturen, kan oppleves stigmatiserende for deltagerne. De kan oppleve seg som en representant for en gruppe, snarere enn en person med egne individuelle tanker og erfaringer. En slik selvforståelse vil i sin tur kunne begrense samtalen og hindre informantene i å snakke åpent, slik at svarene kanskje justeres og begrenses mer enn det som ellers ville vært naturlig. Forsker på sin side, må være åpen for det som kommuniseres og unngå å falle inn i en essensialistisk eller en orientalistisk tankegang, der informantene betraktes som representative for en tradisjonell kollektivistisk tradisjon med tilhørende normer og verdsett. Det kan styre intervjuet i retninger som opprettholder gamle fordommer og hindre bevegelse mot en felles forståelseshorisont, noe som er det motsatte av hva som er intensjonen, i det kvalitative dybdeintervjuet.

Med henblikk på at jeg som forsker og profesjonell var påvirket av erfaring og tidligere forskningsteori omkring målgruppa, var det viktig å ikke la dette styre intervjusamtalen, men være det bevisst, slik at forforståelsen kunne åpne for å utvikle nyanser i forståelsen. I forskning og litteratur blir for eksempel minoritetsgrupper ofte omtalt som sårbare grupper, og denne gruppetenkningen ønsket jeg å utfordre på jakt etter variasjon og kontraster.

Det var viktig å invitere både mor og far til intervju, da flere studier ofte henvender seg kun til mødre med flyktningbakgrunn. Det er en nasjonal målsetning at flere fedre deltar i konsultasjonene på helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2021). I denne undersøkelsen førte dette til helt konkrete funn som skilte seg fra funnene hos mødrene. Fedrene som deltok, snakket mer åpent omkring negative opplevelser på helsestasjonen. Dette genererte funn som kan ellers kanskje kunne blitt underkommunisert. Der far eller mor ikke kunne stille, ble også deres mening etterspurt. Flere av deltagerne fortalte at de hadde diskutert helsestasjonen og forberedt seg sammen før intervjuet.

Informantene som hadde takket nei til tilbudet tolk, ble forespurt en ekstra gang rundt dette. Flere uttrykte at de ikke ønsket tolk og at noe av motivasjonen for å delta var muligheten til å praktisere språket. Begrenset språkkompetanse hos informantene med kort botid, kunne også øke faren for misforståelse og påvirke kvaliteten på data. Forholdet skapte

behov for hyppige forsikringer om at forsker hadde forstått rett. Repetisjon og gjentakelse av utsagn ble utført underveis i intervjuet, for i størst mulig grad forebygge misforståelser og feiltolkninger av utsagn som kunne gi svakheter i studiets reliabilitet.

Under analysen av datamaterialet var de digitale opptakene til god støtte for å sikre korrekte gjengivelser. Datamateriale som var uklart og kunne være kilde til feiltolkning ble forkastet. Å lytte og lese gjentatte ganger gjennom intervjusamtalene skapte i noen tilfeller bedre forståelse av meningssammenhengen i historiene som ble fortalt, ettersom det ga mulighet til å utelukke misforståelser grunnet stedvis uklar uttale av ord.

5.9 Forskningsetiske vurderinger

Delkapittelet diskuterer etiske vurderinger omkring forskning som inkluderer sårbare grupper. «Etikk dreier seg om prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering av om handlinger er riktige eller gale» (Johannesen & Tufte, 2016, s. 83).

I forkant av forskningsprosjektet var det viktig å vurdere om behovet for kunnskap kan komme til å gå på kompromiss med etisk forsvarlighet (Thagaard, 2018, s. 61). «I kvalitative intervjuer er det viktig å ivareta integriteten til de personene som intervjues både under selve intervjuet og i etterkant, når resultatene skal presenteres og fortolkes» (NESH, 2022).

NESH, den nasjonale forskningsetiske komité har vedtatt etiske retningslinjer som forsker må ta hensyn til. Tre forhold kan fremheves som spesielt viktige i forskningsprosessen: Informanten har krav på autonomi og selvbestemmelse, forsker har plikt til å respektere privatlivet til informanten og forebygge skade (Nerdrum, 1998, referert i Johannesen & Tufte, 2016, s. 85).

Maktaspektet i intervjukonteksten er et viktig forhold å vurdere, der forsker representerer majoritet og profesjonell helseaktør og informant minoritet og foreldre. Informanten kan tilpasse svarene sine til det den tror forsker ønsker å høre eller unnlate å fortelle om noe negativt. For å utjevne den ubalansen som uunngåelig eksisterer i denne konstellasjonen, ble det viktig å rekruttere ukjente informanter og foreta intervjuene i en kontekst informantene selv valgte. Disse rammene for intervjusamtalen gjorde det også enklere å gå ut av rollen som helseaktør og inn i rollen som student og forsker. Intervjuundersøkelsens fokus på

minoritetsforeldre som betydningsfull meningsbærer kunne også fremme opplevelse av egenverd hos informantene, ettersom deres opplevelser ble utpekt som interessante og viktige.

Å intervju minoritetsforeldre med flyktningbakgrunn innebærer å peke ut en sårbar gruppe som spesielt interessant. Forsker må derfor være oppmerksom på at informantene kan vegre seg for å delta i frykt for stigmatisering og negative konsekvenser (NESH, 2022). Personer med flyktningstatus har per definisjon rett på beskyttelse. Det kan tenkes at noen kan ha en sårbarhet som gjør en intervju prosess ekstra krevende. I en kvalitativ intervju samtale vil refleksjoner føre til endringer i virkelighetsforståelsen hos alle parter. Intervjupersonen kan få en positiv opplevelse av at tema som angår ens hverdag får oppmerksomhet, men det kan påføre bekymring dersom samtalen berører vanskelige tema. Eksempelvis har flertallet vært igjennom en lang asylprosess, ofte med lange intervjuer, både før og etter ankomst til Norge, der svarene de ga var avgjørende for å oppnå beskyttelse. En ny intervjusituasjon kan hente frem minner og assosiasjoner man helst vil glemme.

Mot disse betraktningene kan man spørre om det er etisk riktig å foreta individuelle intervjuer. På en annen side kan det å unngå berøre et viktig tema, føre til at kunnskap om flerkulturelle erfaringer og opplevelser i møte med offentlige helsetjenester ikke belyses. Å få frem et mangfold av betraktninger av personer som ikke er vokst opp med velferdsstaten, kan få frem perspektiver som aktører i majoritetskulturen ikke fanger opp.

Et annet etisk dilemma relatert til intervjumaterialet er at deltagerne samtykker i *forkant* av intervjuet, men ikke ved det ferdige produktet. Selv om data anonymiseres, vil deltager kunne være i stand til å gjenkjenne egne sitater og historier. Ettersom meningsinnholdet har blitt tolket og bearbeidet, kan informanten oppleve uoverensstemmelse mellom det subjektive meningsinnholdet, og forskers tolkning av de samme dataene. Dette kan oppleves som et tillitsbrudd. Tolkningen av funnene i et kvalitativt studie vil være en interaksjon mellom det analyserte materialet, forskers faglige forankring og teoretiske tema i studiet (Thagaard, 2018, ss. 147-148). Forsker har vært bevisst på dette underveis i analyseprosessen, slik at behandling av data og sitater reflekterer konteksten de ble uttalt i, og samtidig belyser studiets tema.

6 Analyse og diskusjon

Kapittelet presenterer funnene fra intervjuene sortert og analysert tematisk. De blir her presentert i henhold til forskningsspørsmålene. Funnene blir belyst av relevante sitater fra intervjuene. Deretter blir funnene tolket og diskutert.

6.1 Forhold som fremmer en god relasjon

Dette kapittelet inneholder funn knyttet til positive opplevelser i møtet med helsestasjonen. Foreldrene i studien ble spurt spesielt om hva de opplevde som positivt ved de første møtene med helsestasjonen. Formålet med spørsmålet var å utforske hvilke faktorer informantene mente bidro til å skape god relasjon til helsestasjonen. Helsepersonellens trygghetsskapende væremåte og kompetanse om barn var viktige forhold.

6.1.1 Opplevelse av trygghet

Informantene formidlet at det var viktig å føle seg trygge for en positiv opplevelse på helsestasjonen. Det gjorde at de følte seg støttet og ivaretatt, og det bidro til åpenhet i dialogen. Forhold som bidro til trygghet var: forståelse, vennlighet, anerkjennelse, tålmodighet, kroppsspråk, tid og tilgjengelighet.

.. helsesykepleier prøver å støtte meg. Det er veldig bra. Når jeg er på helsestasjonen føler jeg meg veldig bra, fordi de snakker positivt og prøver å støtte meg -fordi hun sier alltid: du er en flink mamma.

Da informantene ble spurt om hva de husket fra det første møtet på helsestasjonen, var alle opptatt av hvordan de var blitt møtt av helsepersonellet. Både den verbale og den nonverbale kommunikasjonen var viktig for opplevelsen av trygghet.

Førstegangsførelde opplevde at trygghet var ekstra viktig som foreldre i et nytt land, og at den første tiden etter fødselen er spesielt sårbar når man har lite nettverk og familie. Flere av informantene som var førstegangsmødre og nye i Norge, hadde for eksempel opplevd å få viktig oppfølging rundt amming.

En kvinne hadde kommet alene på familiegjenforening til mannen sin, og hadde ikke annen familie eller nettverk i Norge. Hun oppsøkte helsestasjonen flere ganger, siden babyen ikke tok brystet hjemme og hadde lav vektøkning. En del av årsaken til ammeproblemene, fortalte hun, hang sammen med hennes følelse av utrygghet når hun var alene med babyen. Hun hadde ingen kjente som hun kunne spørre om råd, kunne ikke språket og helsestasjonen ble dermed en viktig arena for støtte og veiledning.

.. og jeg var hos dem, kanskje tre ganger, bare for å amme datteren min. De hjalp meg mye. Hun pleide å ta brystet veldig godt hos dem. Hjemme ville hun ikke, og jeg bestemte meg for å pumpe, men etter hvert gikk det bedre.. og selvfølgelig, som mor er det gull verdt når barnet tar brystet.

Helsestasjonen ble en trygg arena som ny mor. Når hun opplevde trygghet, gikk ammingen gikk bedre. Hun opplevde at dette også påvirket barnet:

Når vi føler oss trygge hos dem, gir vi tryggheten videre til barna våre.

Det at hun kunne få sitte på helsestasjonen med fagpersoner i nærheten mens hun ammet, gjorde henne trygg.

De *erfarne* foreldrene opplevde også at trygghet var viktig. Opplevelsen av å være ny og ikke kjenne systemene, kombinert med ansvaret for å gi barnet god omsorg og behov for å vite hvor man kunne søke råd, kunne gi utrygghet. Faste avtaler på helsestasjonen bidro til opplevelse av trygghet. Det var ekstra viktig når noe nytt oppstod, som foreldrene ikke hadde erfaring med. En erfaren mor som hadde fått barn nummer 3, opplevde kolikk hos barnet. Det var nytt for henne, og hun fortalte at hun ofte følte seg utilstrekkelig og rådvill når babyen skrek. Hun ble derfor lettet og trygg, da helsesykepleier fortalte henne at det var helt normalt:

Hun bråket mye, jeg var opptatt med henne. Helsesykepleier forsøkte å motivere meg, og sa: dette går bra, det er helt vanlig. Jeg følte meg vel når helsesykepleier sa det. Det motiverer meg. Ja, det var en bra opplevelse for meg fordi hun snakket så positivt.

Hun fortalte videre at erfaringen med å prøve seg frem med ulike tiltak i samarbeid med helsepersonell til hun mestret situasjonen, hadde vært en god opplevelse.

Positiv energi fra helsepersonell

Informantene opplevde samsvar mellom kroppsspråk og tale som en positiv egenskap hos helsepersonell. Flere brukte termen *positiv energi*, om den gode opplevelsen som ble skapt i møtet når helsepersonellet var meddelsomme og blide. En informant fortalte at erfaringer fra helsestasjonen ofte var et tema i sosiale sammenhenger. De var opptatt av hvordan de hadde opplevd møtet, hvordan de var blitt tatt imot og dialogen med helsepersonellet, fortalte informanten:

Når vi snakker med hverandre, sier vi for eksempel: Jeg gikk til helsestasjonen. Den helsesykepleieren var så snill, den legen er skikkelig bra, snakket mye, god energi. Vi snakker om det, vi snakker ikke om barnets utvikling, hehe. Vi snakker bare om hvordan de er, haha.

At helsepersonell formidlet en positiv holdning fra første stund, bidro til å etablere en trygg relasjon. Det ga mulighet til å åpne seg og ta imot hjelp på et fremmed sted. Når hun følte seg trygg, fikk hun tillit og kunne snakke åpent.

.. det viktigste for en innvandrer er god energi. God positiv energi. Etterpå kommer barnets utvikling, haha. Fordi, hvis du føler deg bra, kan du snakke.. ja, litt lettere. Og si alle ting til henne og han, ikke sant? Men hvis du ikke føler deg god, eller slapper av, vil du ikke snakke så mye. Da vil du gå fort hjem, du vil ikke snakke.

Helsesykepleiers *nonverbale* kroppsspråk ble lagt merke til av alle informantene. Smil ga en umiddelbar positiv opplevelse, og ble tolket som en universell vennlighet og forståelse for den situasjonen foreldrene befant seg i som nye:

.. det er viktig for meg. Vi er innvandrere. Jeg regner med gode ansikter, jeg forventer av dem.. Hvis du bor i mitt land, forventer du også at sykepleier smiler når du er ny og ikke kjenner noen mennesker. Ja, det er litt forskjellig å bo i et annet land.

Informanten beskriver smilet som tegn på at mennesker ser hverandre og vil hverandre vel. At helsepersonellet fremstod som blide og snille, var noe alle informantene fortalte at de satte pris på. En erfaren mamma fortalte at hun ble overrasket over hvor hyggelig det var på helsestasjonen i Norge, og hun sammenlignet med erfaringer fra helsestasjoner både i Asia og Afrika:

Når jeg sammenligner Norge og hjemlandet -helsesykepleiere er så hyggelige og snille. I hjemlandet og et annet land jeg bodde i var det masse kø. Mange barn venter, fordi det er så stor populasjon. Derfor er sykepleierne der veldig raske, de har stress i hjemlandet. I Norge sitter de og smiler og er så snille – jeg er overrasket, de er så forskjellige. I hjemlandet er det ingen leker på venterommet, og barna gråter, åh..

I mangel på et felles muntlig språk, kunne smil og et ansiktsuttrykk kompensere.

Forståelse og tålmodighet

Flere foreldre opplevde det positivt at personellet på helsestasjonen viste forståelse og tålmodighet for dem og deres situasjon. Dette var to egenskaper som ofte ble nevnt samtidig. En ung førstegangsmor følte seg trygg på helsestasjonen fordi hun opplevde å møte forståelse for sin situasjon. De ansatte viste henne oppmerksomhet og vennlighet og var på tilbudssiden ved å tilby helsehjelp.

De fortjener å få kompliment. Alle som jobber der er veldig snille, veldig erfarne, de pleier å vise oppmerksomhet, vise forståelse for min situasjon. Det motsatte til fastlegen. Der er de veldig stille, de viser ikke forståelse, jeg vurderer å bytte fastlege. [på helsestasjonen] behandler de oss veldig godt, de spør om vi mangler noe, om vi trenger noe.. om alt. Vi føler oss i veldig gode hender.

Informanten opplevde forståelse for sin situasjon på helsestasjonen. Hun beskrev de ansattes aktive, positive adferd som årsak. Det at hun nevnte fastlegen tyder på at hun ikke var redd for å si hva hun mente om de ulike møtene hadde med helsetjenesten. At helsepersonell etterspurte om hun hadde det hun trengte, gjorde at det oppstod felles forståelse og moren opplevde det som en omsorgsfull handling.

.. helsesykepleier – noen ganger forstår jeg ikke, og hun forteller om og om igjen uten å bli sint. Hun er tålmodig.

Det at helsepersonell viste tålmodighet under konsultasjonen var viktig for å føle trygghet. Å kunne spørre om igjen når man ikke forstår, uten at helsepersonell blir stresset eller utålmodig.

Kvinnefelleskap og støtte

Flere av foreldrene fortalte at de kom fra kulturer der barneomsorgen først og fremst var et kvinnelig anliggende. De hadde vokst opp i kulturer der foreldre og storfamilie har en nær og støttende rolle i forbindelse med fødsel og barneomsorg. Kvinnene i nettverket tok ansvaret for svangerskap, graviditet og barnestell, fortalte en av informantene:

Du trenger ikke spørre familien om hjelp. De passer på deg når du er gravid, mammaen til mannen, svigermor. I 9 måneder passer de på. Når barnet kommer er det familien som passer på, mer enn ektemannen. Kvinnene i familien, mammaen og mammaen til mannen. Også på sykehuset er det viktig at mammaen er der, ikke mannen, som i Norge.

Kvinnen som uttalte dette, hadde nylig kommet til Norge og kjente ingen utenom ektemannen. Hun hadde fått en kvinnelig guide som kom til å bety mye for henne. Guiden fulgte henne til avtaler den første tiden. Kvinnen brukte fødselen som eksempel på hvor viktig dette kvinnefelleskapet var for henne:

Jeg tenkte at: Nå er mamma med meg, det går så bra. Mannen min ville rekke det, han var på jobb, men jeg sa: du trenger ikke, det er bare mamma som jeg trenger, haha.

Utsagnet belyser hvor mye de kulturelle tradisjonene kan bety for foreldrene. Det var en ny opplevelse for kvinnen å møte forventningene i det norske helsevesenet om at far skulle delta fra barnet var født.

6.1.2 Hovedfokus på barna

Helsesykepleier snakker direkte med barnet

Flere trekker frem barneperspektivet på helsestasjonen som positivt i møtet med helsestasjonen. På flere områder observerte foreldrene at helsestasjonen satte barna i sentrum. En erfaren mor var overrasket over barneperspektivet til de ansatte på helsestasjonen da hun kom dit første gang:

Første opplevelse husker jeg nå. Sykepleier var så snill, hun sa til sønnen min: ååå, du er en snill baby, mamma kan ta av klærne dine, jeg skal sjekke vekten din og høyden din. Hun var så snill, hun snakket direkte til sønnen min som en voksen, haha. Hun spør mange ting direkte til sønnen min. Han forstår ikke mange ting, men han prøver å snakke med henne, hehe. Sønnen min og jeg føler oss trygge mens vi snakker med henne.

Hun satte stor pris på at helsesykepleier snakket direkte til barnet og ikke bare til henne. Hun var sikker på at det bidro til positiv opplevelse for barnet.

Flere informanter mente at de fysiske og estetiske forholdene på helsestasjonen var tilpasset barn, ga en positiv opplevelse. De fortalte at de satte pris på at eksteriøret var hyggelig og imøtekommende, og innredet med ønske om at man skulle ha det hyggelig på venterommet. De verdsatte at barna hadde muligheten, så de slapp å kjede seg. Venterommet var rent og ryddig tilrettelagt slik at barna kunne krabbe og leke på gulvet.

Når jeg sammenligner Norge og hjemlandet.. i Norge er venterommet fylt av masse leker. Barna kjeder seg ikke når de venter. Når det er kø for eksempel, leker han med leker, han kjeder seg ikke. Inne hos helsesykepleier stiller hun masse spørsmål. Helsesykepleiere er så hyggelige og snille. I hjemlandet og et annet land jeg bodde i var det masse kø. Mange barn venter, fordi det er så stor populasjon. Derfor er sykepleierne der veldig raske, de har stress i hjemlandet. I Norge sitter de og smiler og er så snille – jeg er overrasket, de er så forskjellige. I hjemlandet er det ingen leker på venterommet, og barna gråter, åh ..

Mulighet til å trekke seg tilbake for å amme og gi barnet mat før hjemturen ble også nevnt. Faktorene som er nevnt i dette kapitlet, hadde alle det til felles at de bidro til en positiv opplevelse i det flerkulturelle møtet med helsestasjonen.

Diskusjon

Et av funnene i Nova rapporten 3/19 av Ingrid Smette og Monika Grønli Rosten, var at et positivt syn på egen foreldrekompetanse senker terskelen for å be om hjelp hos offentlige hjelpeinstanser (Smette & Rosten, 2019, s. 92). Undersøkelsen retter har hovedsakelig fokus på minoritetsforeldre sine holdninger til hjelpeapparat som skole og barnevern, men trolig kan funnene være gjeldende også for helsestasjonstjenesten. Det kommer frem at de foreldrene som har tillitt til at de kan få hjelp og støtte hos hjelpeinstanser også føler seg trygge på sine egne evner som foreldre. Et viktig mandat i helsestasjonstjenesten er å bidra til at foreldre opplever anerkjennelse og mestring av foreldrerollen. Helsepersonell har en viktig rolle som veileder. Undersøkelsen til Bidead et. al, (Misvær, 2019) viste at utover faglighet, var interesse for den enkelte familie, respekt og ros for foreldrerollen, viktige egenskaper hos helsesykepleier for et positivt foreldre-helsesykepleierforhold. Dette er en eldre studie gjort i generell befolkning, men funnene stemmer likevel godt med funnene i denne studien.

I teoridelen så vi at mottakerlandet har en viktig rolle i flyktningers akkulturasjonsprosess. Forskningen viser at graden av ulikhet mellom opprinnelsesland, hvilken akkulturasjonspolitik det nye landet fører og grad av sosial støtte man opplever, er viktige faktorer for hvordan individer mestrer den nye tilværelsen i et nytt land (Fandrem, 2019, s. 53). Dette sammenfaller med funnene i denne undersøkelsen, og illustreres godt i sitatet til kvinnen som forteller om positiv energi fra helsepersonell. Lazarus' teori om stress, som en tilstand som oppstår i samspill mellom individ og miljø kan bidra til forståelse av dette funnet. I denne sammenheng kan vi betrakte helsestasjonen som en viktig arena i akkulturasjonprosessen til foreldre med fluktbakgrunn. Både teorien og funnene, viser at hvilken måte man blir møtt på av helsepersonell, har stor betydning for å oppleve trygghet og mestring. Det var, som vi så i analysen, flere forhold som ga trygghet. Informantene beskrev en forventning til *rollen* den profesjonelle møter dem med. Flere omtalte det som *positiv energi*. De opplevde å føle seg vel når de ble møtt med vennlig verbal og nonverbal kommunikasjon. De hadde en forventning om at den profesjonelle tok ansvar for at den hjelpetrengende følte seg vel. Smilet var viktig. Smilet handler om noe felles menneskelig uavhengig av land og kultur. Smilet ble fremmet som en viktig funksjon, spesielt i det første møtet. Det spontane smilet blir beskrevet i teorien som et universelt tegn, som kan brukes til

å regulere situasjoner (Dahl, 2013, s. 180). Dette kan forstås som at den nonverbale kommunikasjonen forsterkes i mangel på felles muntlig språk, og det er derfor viktig for helsepersonell å bevisstgjøre seg sitt eget kroppsspråk i interkulturelle møter med nye foreldre, og kanskje spesielt der språket er begrenset.

Foreldre med fluktbakgrunn tilhører per definisjon en sårbar målgruppe, og det er anbefalt fra helsedirektoratet at helsestasjonen tilpasser veiledning til målgruppa (Helsedirektoratet, 2021). Her er det viktig at helsepersonell kjenner innholdet i begrepet *likeverdige helsetjenester*. I analysen over så vi hvordan helsepersonell ga tilpasset veiledning ved å vise fleksibilitet og tålmodighet. Det var sannsynligvis viktig for kvinnen som hadde utfordringer med amming, å kunne kontakte helsestasjonen utenom de oppsatte avtalene. Det skapte trygghet å vite at hun kunne oppsøke helsestasjonen når hun ikke mestret ammingen. Hun satte ord på denne opplevelsen ved å beskrive hvordan tryggheten hun følte, ble overført til barnet. Når hun følte seg trygg, merket barnet det. Når begge følte seg trygge, gikk ammingen bedre. Helsestasjonen tok imot henne og veiledet henne frem til hun mestret ammingen på egen hånd hjemme. I et nytt land, med nye systemer og nytt språk, hadde hun ikke de samme mulighetene som øvrige foreldre til å nyttiggjøre seg av det ordinære helsestasjonstilbudet. Hun hadde behov for tilpasninger or å oppnå likeverdige muligheter til innflytelse og medbestemmelse. Tilpasning helsestasjonen ga, satte henne i stand til å mestre situasjonen som ny mor. I følge Lazarus' modell for stress og mestring, vil personlighet og tidligere erfaringer i samspill med de ytre omgivelsene, påvirke hvordan individer reagerer på stress. Kvinnens brukte det Lazarus kaller en problemfokusert strategi for å mestre, ved at hun aktivt oppsøkte helsestasjonen for hjelp. En positiv mestringsopplevelse kan virke dempende på stress og regulere følelser som igjen kan øke selvtilliten. En slik erfaring kan senke terskelen for å søke hjelp ved utfordrende situasjoner knyttet til i fremtiden. Det er også i tråd med tidligere forskning, som viste at foreldre som opplevde tillitt til egen mestringsevne, hadde lavere terskel for å søke hjelp i det offentlige systemet. Empiri og forskning kaster her lys over betydningen av tilpassede helsetjenester som virkemiddel for å tilby et likeverdig helsetilbud som kan bidra til bedre livskvalitet og integrering.

Kvinnefellesskapet på helsestasjonen kan kanskje i seg selv være noe av årsaken til at informantene opplever den som en trygg møteplass for støtte og kunnskap. De fleste

informantene hadde begrenset nettverk av familie og venner på grunn av kort botid. Kvinnene i studien som hadde lite kontakt med familien i hjemlandet, oppga å søke seg mot andre kvinner i nærmiljøet for råd og støtte, i tillegg til helsestasjonen. Det kunne være offentlige ansatte, for eksempel på helsestasjonen, men også kvinner i frivillige organisasjoner, religiøse miljøer og venner. Flere av informantene forteller at de kom fra mer kollektivistiske samfunn, der kvinnefellesskapet var sterkt. Ofte var det kvinnene i familien som hjalp hverandre og ga råd. I mangel på det samme nettverket, kan kanskje helsestasjonen i en viss grad fungere som en erstatning for dette. I denne sammenheng kan det kanskje virke trygghetsskapende at sykepleieryrket fremdeles domineres av kvinner. Flere av de kvinnelige informantene fortalte om at de hadde tradisjon for å søke til andre kvinner når de trengte hjelp knyttet til morsrolle og barneomsorg. Til tross for at studier viser at individer som er vokst opp innenfor kollektivistiske tradisjoner, ofte foretrekker å hente støtte og kunnskap innad i storfamilien (Fandrem, 2019, s. 118), er kultur aldri en konstant størrelse, men dynamisk og i endring og påvirkes i samspill med omgivelsene (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020). Når mennesker befinner seg på ulike arenaer, kan ulike identiteter tas frem i samspill med andre (Dahl, 2013, s. 200). Det kom blant annet frem hos den kvinnelige informanten som fant trygghet i en kvinnelig guide fra Røde kors da hun skulle føde. Hun hadde ikke lenger det samme kvinnefellesskapet rundt seg som hun var vokst opp med. Dermed opplevde hun tanken på den forestående fødselen skremmende. Den kvinnelige guidens tilstedeværelse gjorde at hun kunne redefinere situasjonen: «Jeg tenkte at - nå er mamma med meg, det går så bra». Kvinnefellesskapet representerte de kulturelle tradisjonene hun kjente og gjorde at hun opplevde mestring og trygghet i en ny kontekst.

6.2 Hvordan opplever foreldrene at helsestasjonstilbudet møter deres behov?

Delkapittelet presenterer og drøfter funn knyttet til hvordan foreldrene opplevde at innholdet i konsultasjonene møtte deres behov. Her handlet funnene for en stor del om den omfattende veiledningen og kunnskapen helsestasjonen er en formidler av, men også om manglende gruppetilbud og språkbarrierer.

6.2.1 De individuelle konsultasjonene

Helsestasjon som kilde til kunnskap om barns utvikling

Både erfarne foreldre og nye foreldre opplevde det positivt med hyppige, regelmessige møter med helsestasjonen. De nye foreldrene la vekt på at de ikke hadde kunnskap om barnestill og utvikling, og få personer de kunne spørre. På helsestasjonen fikk de tilgang til praktisk kunnskap, og det var spesielt viktig den første tiden etter barnet var født:

De er veldig greie, veldig erfarne. De er veldig hyggelige, de som jobber der, og jeg har fått veldig god hjelp. Du vet, barnet, det første leveåret, utvikler seg veldig fort. Nesten hver måned fikk jeg time der, lærte jeg noe nytt. Barnet skal begynne å bevege seg, begynne med grøt, drikke vann, krabbe, stå, hver måned fikk jeg nye råd og informasjon.

En annen kvinne som hadde fått det første barnet sitt i Norge, rett etter at hun kom til landet, fortalte også at hun trengte mye informasjon den første tiden. Hun var opptatt av at helsestasjonen måtte forstå hvor viktig det var tidlig å gi nye foreldre den kunnskapen de trengte:

Alle mødre er opptatt av å lære barna sine gode ting, god oppvekst, oppdragelse. Noen ting kommer naturlig, men noen ting mangler jeg erfaring i. Du vet, jeg er ny i landet og ny mor. Uten barn forstår man null av den virkelighet det er å være mamma. Du vet ingen ting. Du trenger å ta inn ny informasjon som voksen for å passe på babyen. Helsepersonell må fortelle deg det du ikke kan. De må ikke tenke at du er voksen og kan alt.

Denne moren fortalte at hun hadde lagt barnet til brystet, og trodde hun ammet. Barnet gråt mye den første tiden, og hun forsto ikke hva som var plaget barnet. Hun ammet lenge og ofte, og trodde barnet ble mett. Hun hadde ikke hatt hjemmebesøk, og da hun kom på helsestasjonen, viste det seg at babyen ikke tok til seg nok mat, og hadde gått ned i vekt. Da først forsto hun at hun ikke hadde forstått hvordan amming fungerte:

Jeg hadde time hos jordmor og baby hadde kjempelav vekt. Og helsesykepleier skjønte at hun ikke hadde lagt på seg. Hun hadde gått ned, det var kanskje derfor hun gråt så mye. Med en gang begynte jeg med erstatning.

Flere foreldre som hadde fått første barnet i Norge fortalte om lignende opplevelser. De hadde få rundt seg som de kunne spørre om råd. De fremhevet derfor hvor viktig det var å få tett oppfølging etter fødsel.

De *erfarne* foreldrene formidlet også positive opplevelser knyttet til helsestasjonen som kilde til kunnskap og veiledning. De ga uttrykk for en åpen og interessert holdning til innholdet i konsultasjonen. Foreldrene mente at selv om de hadde barn fra før, var det behov for råd og veiledning ettersom de var i et nytt land, og hadde en annen kunnskap enn foreldre i majoritetskulturen. En informant med 3 barn som hadde bodd lenge i Norge, fortalte at det var stor forskjell på veiledningen på helsestasjonen. Noen helsesykepleiere hadde erfaring i å tilpasse veiledningen til en kulturell kontekst. Det var både han og kona veldig fornøyde med, fortalte han. Som eksempel fortalte han at helsesykepleier spurte om det var noe de strevde med. Så spurte hun om hvordan de pleide å gjøre det i hjemlandet. Deretter ga hun veiledning og råd om hvordan de kunne gjøre det i Norge. Det hadde vært til stor hjelp, blant annet i sammenheng med måltidene:

Hun hadde bodd i flere land og hadde stor kunnskap om andre kulturer. Så hver gang vi kom, snakket hun [helsesykepleier] om mat og andre ting vi kunne gjøre så vi ikke skulle bekymre oss. Så vi ble veldig veldig glade. For eksempel pålegg. Vi spiser bare det vi lager hjemme. Det er ikke vanlig i [Afrika] for barna å ta med mat på skole og i barnehage. Så de er ikke vant med pålegg. Men vi fikk høre hva vi kunne prøve.

I starten fortalte faren at de bare hadde gitt barnet smør og ost på nistematen. De strevde med å få barnet til å spise. Etter veiledningen på helsestasjonen, gikk det bedre. Ettersom matkulturen i Norge var forskjellige fra hjemlandet, var det behov for spesiell kunnskap om dette. Flere foreldre oppga at Norge hadde andre tradisjoner for omsorg og stell av barnet enn i hjemlandet. De trakk frem små og store forskjeller i anbefalinger og praksiser mellom Norge og hjemlandet. Et annet viktig tema var klima og klær. Dette var et aktuelt tema som ofte kom opp i intervjuene, ettersom disse foregikk i den kalde perioden. Foreldre uttrykte

at kunnskap om bekledning og utstyr var nødvendig for at de skulle tørre å ta med barnet utendørs om vinteren. Noen tema kom overraskende på de erfarne forelderen:

Helsesykepleier spurte om han hadde tenner, og jeg sa at han hadde en tann. Hun sa: Ja, kanskje vi kan gi han en tannbørste, han må pusse en eller to ganger om dagen. Jeg sa: å, han er så liten, haha, det var vittig. Jeg tenkte ikke på det. Med det første barnet begynte jeg å pusse da han var 2,5 år. Når jeg hørte det synes jeg det var en rar ting, og jeg lurte.. ja, det var en ny ting.

Informantene fortalte ofte om at den forebyggende helsetjenesten hadde vært organisert på en annen måte i hjemlandet:

I hjemlandet tar de av [tøyet til] alle barna, ser på vekt og høyde, og gir vaksiner, så gikk vi hjem. Ingen spørsmål. Vi får ikke slik samtaler som i Norge i hjemlandet vårt, har jeg sett. Det er bra her. Vi lærer nye ting. Ja.. vi kan også gjøre feil ting.

Flere av foreldre hadde erfaring fra hjemlandet med oppfølging av vekst og vaksiner på helsestasjonen, men konsultasjonene inneholdt i mindre grad det brede fokuset på barnets psykososiale og fysiske utvikling som i Norge. Flere av informantene uttrykte derfor overraskelse over spennvidden i teamene helsestasjonen tilbød.

Helsestasjon gir mulighet til veiledning og refleksjon

En av foreldrene som ble intervjuet, sto for eksempel for en mer konservativ bruk av alkohol enn det som er vanlig i majoritetssamfunnet. Informanten fortalte at helsesykepleier gjorde henne oppmerksom på utfordringer knyttet til bruk av rusmidler i det nye samfunnet. Moren brukte ikke selv alkohol av religiøse grunner. Alkohol var ikke vanlig i hjemmet, og barnas forhold til alkohol hadde derfor ikke vært en aktuell problemstilling i hjemlandet:

Hun snakker og spør oss om barna mine. En gang når jeg gikk til helsestasjonen, sa hun: hva tenker du om at barnet ditt kan drikke alkohol, smake på alkohol? Hehe, jeg ble overrasket. I det norske systemet drikker kanskje folk alkohol hjemme og barna mine vil smake? Jeg sa: Nei, vi er muslimer, vi drikker ikke alkohol hjemme, jeg har ikke alkohol i kjøleskapet. Men jeg vet ikke, kanskje hvis barna mine går hjem til venner på besøk. Hvis han spør om å smake, jeg vet ikke, hehe. Hun spurte meg: hva

tenker du hvis barnet vil smake? Jeg sa: barnet mitt er lite nå, jeg forklarer at alkohol ikke er bra for kroppen, jeg viser videoer. Jeg forklarer barnet at det er skadelig å drikke alkohol. Når han for eksempel blir 18 år, kan jeg ikke gjøre noen ting. Jeg må respektere hans liv, men nå er han liten og mitt ansvar.

Helsesykepleier presenterte temaet under konsultasjon, stilte reflekterende spørsmål, og ga informasjon og anbefalinger. Dette bidro til brukermedvirkning, ettersom det satte moren i stand til å reflektere over hvordan hun kunne veilede barna sine om tematikken.

Informanten fortalte videre at samtalen fikk henne til å tenke konkret på hvilken strategi hun kunne bruke for å øke sin egen og barnas bevissthet omkring rusmidler:

Hun spurte også: Bruker du sigaretter? Ja, hehe, det var litt rart spørsmål for meg. Jeg tenkte ikke på fra før, hva jeg skulle hvis barna mine ville drikke alkohol eller røyke. Jeg begynte å tenke. Jeg skal forklare barna og vise videoer om at det er skadelig for kroppen.

Moren valgte en pedagogisk strategi for å formidle viktige verdier til barnet sitt. Hun ønsket å begrunne avholdenhet med å forklare rusens negative påvirkning for helsen og familiens religiøse identitet. Spørsmålene fra helsesykepleier satte moren i stand til mentalt å forberede seg på vanlige utfordringer i det nye samfunnet. Moren så på disse refleksjonene som et viktig bidrag til bedre å utøve omsorgen for barna sine i en ny kultur, da hun var blitt oppmerksom på viktige utfordringer i det nye samfunnet.

En informant fortalte at han hadde lært å snakke mer med barna sine etter at han kom til Norge. I hans kultur viste de mye kjærlighet til barna sine fysisk, men det var også tradisjon for å gi fysisk straff når barnet gjorde noe galt. Da han kom til Norge, måtte han lære nye reguleringsmetoder. De hadde vært lenge på flukt og sønnen hadde aldri gått i barnehage. Barnet var veldig urolig både overfor de andre barna i barnehagen og hjemme. De synes det var vanskelig å sette grenser og regulere adferden, og etter å ha rådført seg på helsestasjonen, fikk de delta i foreldreveiledningskurs. Her erfarte informanten at det var stor forskjell på Norge og hjemlandet på dette området:

Det er stor forskjell, spesielt med samspill, leke med barnet. For eksempel er vi ikke flinke i vår kultur til å fortelle barna at vi elsker dem. Vi viser dem, men vi er ikke flinke til å bruke ord. Og når du regulerer i hjemlandet, det er annerledes enn i Norge. I hjemlandet, kan vi bruke handa. Det er ikke for å gjøre vondt, men det er bare for å regulere han. Det er stor forskjell, så vi var ganske overrasket.

Foreldrene fikk veiledning i å sette ord på og gi mening til opplevelser sammen med barnet. Informanten fortalte videre at erfaringene han fikk, gjorde det lettere da de neste barna kom til verden.

Bruk av rutinespørsmål og sjekklister

Foreldre fra ikke vestlige land med kan, som vi så i teoridelen, kan ha lavere tillit til staten og mindre erfaring med statlige velferds- og omsorgstilbud. Hvordan foreldrene opplever disse sjekklister og rutinespørsmålene var derfor et interessant tema i studien som ble tatt opp med foreldrene.

Innenfor materialet som undersøkelsen hadde til rådighet, viste funnene at foreldre var positive til at helsepersonell stilte spørsmål under konsultasjonen. Det var flere grunner til det. For eksempel ble det sett på som interesse for barnet og den enkelte familie. Foreldrene uttrykte at de følte seg trygge når helsesykepleier stilte spørsmål. Det gjorde at de fikk snakket om ting rundt barnet som de kanskje ikke hadde tenkt på å ta opp:

I morgen skal jeg til helsestasjonen. Jeg vet de kommer til å spørre meg om hva slags mat hun spiser, hvor mange timer hun sover, såne spørsmål regner jeg med å få. Forrige gang fikk hun vaksiner, da fikk vi ikke tid til å snakke mye. I morgen skal vi snakke om alt.

Andre fortalte at spørsmålene og sjekklister bidro til at de husket ting de hadde glemt fra forrige baby:

.. anbefalinger om hva vi skal gjøre, for eksempel leggetider, kroppen, tennene. Ja, noen ganger glemmer vi hva vi skal gjøre, og når vi hører det fra lege eller sykepleier, husker vi det igjen. Så bra som mamma og pappa.

Den felles samtalen om barneomsorgen bidro til at foreldre og helsepersonell oppnådde en gjensidig forståelse av barnets utvikling. Flere informanter fortalte at spørsmålene var med på å drive samtalen slik at viktige tema ble gjennomgått. Det bidro til trygghet at helsepersonell stilte spørsmål og journalførte svarene. Informanten opplevde også journalføringen som tegn på at helsepersonell tok ansvar for barnets ve og vel:

Det er veldig godt, for hun må spørre og kanskje hun må ta notater på barnet mitt.

Det er så hyggelig. De føler ansvar, eh, hun er sykepleier, hun må spørre, selvfølgelig.

Imidlertid ga ikke alle spørsmålene en god opplevelse selv om de ble stilt på en hyggelig måte. En informant fortalte at hun ble overrasket over å bli stilt spørsmål hun oppfattet som veldig personlige på første møtet med helsestasjonen da hun var gravid. Hun hadde akkurat kommet til Norge på familiegjengenforening med mannen sin, og var blitt gravid med sitt første barn:

Jeg var gravid 15 uker. Jeg var omskåret. Det var første barnet. Hun spurte om jeg var omskåret. Det var et kjempestort spørsmål for meg. Vi sitter sammen sånn.. det er kjempevanskelig å snakke om det.. Hva kan jeg si.. Det var kjempestor opplevelse å ha den samtalen.

Informanten fortalte at i hennes kultur var det meget personlig og privat å snakke om slikt. Hun hadde aldri gjort det før og var ikke forberedt. Hun hadde ikke snakket med familie og venner om det, langt mindre det offentlige helsevesenet. I hjemlandet var det vanlig å knytte dette til fødselen og løse det kirurgisk da. Hun var derfor ikke forberedt på at spørsmålet skulle komme.

Tvetydige og uklare svar i konsultasjonen var et fenomen som kunne gi en opplevelse av ikke å få hjelp. Noen av informantene fortalte at de hadde forventning om at den profesjonelle rollen innebar å fortelle foreldrene konkret hva de skulle gjøre når de ba om råd. Foreldrene hadde inntrykk av at helsepersonellet hadde mye erfaring og kompetanse, men de ble usikre når den profesjonelle ville se det an eller spurte hva de selv synes:

Sykepleier eller lege må fortelle om problemet. De har utdanning i dette problemet. De må ikke svare: hva tror du selv? Eller du må prøve deg frem selv. Hadde jeg visst det, hadde jeg ikke trengt å komme der.

Moren som uttalte dette, ønsket mer konkret informasjon og knyttet det til ansvaret hun hadde for å ta riktige avgjørelser omkring barnets helse. Hun hadde opplevd å bli møtt med motspørsmål og svevende svar om å se det an, fortalte hun. Hun fortalte videre at hun i hjemlandet ikke hadde hatt samme tilgang på en helsestasjon, og hadde brukt moren som veileder når barnet var syk. Avstanden gjorde dette mer krevende nå, men hun ringte fremdeles til hjemlandet for råd når barna var syke. Informanten som hadde vært i Norge lengst, fortalte et dette var et kjent fenomen blant hans landsmenn:

Dere fra Afrika vil bare ha medisiner og medisiner, men vi gir medisiner når det trengs, sa han [legen], haha. Jeg husker legen sa det hele tida.

Informanten fortalte at de ofte tullet med dette seg imellom. De hadde ofte oppsøkt legen for medisiner, men gått hjem med beskjed om å drikke vann og hvile. Det var etter hvert blitt et felles narrativ som de kunne spøke med.

Diskusjon

Bidmead et al. (2016), viste at gode kommunikasjonsferdigheter er en forutsetning for at foreldre opplever å kunne være åpne og ærlige i møte med helsesykepleier. Kunnskap og erfaring var også egenskaper som gjorde at foreldrene opplevde tillit på helsestasjonen (Misvær, 2019, s. 69). Konsultasjonene på helsestasjonen inneholder en del rutinespørsmål og sjekklister, som gjør at samtalen har en todelt funksjon. Helsesamtalen skal både kartlegge ressurser og behov, og gi veiledning og informasjon som skal hjelpe foreldrene i å foreta gode valg (Misvær & Lagerløv, 2018, s. 75). Denne studien og tidligere studier viser at helsesykepleier og jordmor har en dobbel makt overfor minoritetsforeldre, både som fagperson og støttespiller. De har en autoritetsposisjon på vegne av sin autorisasjon, der de gir faglige råd basert på nasjonale normer og retningslinjer. Samtidig skal de være viktige støttespillere, skape gode, trygge relasjoner, og tilpasse veiledningen til den enkeltes behov. Skjevheten i maktforholdet forsterkes av at den profesjonelle også ofte representerer

majoritetssamfunnet og har kunnskap om sosiale normer for foreldreskap (Haaland, 2017, s. 199; Smette & Rosten, 2019, s. 22).

Kvinnen som opplevde å bli spurt om omskjæring kort tid etter hun var kommet til Norge fra et afrikansk land, ble overrasket i møte med disse kartleggingsspørsmålene som helsepersonell er pålagt å utføre. Hun opplevde dette meget personlig, og hun forsto at hun hadde møtt en ny kultur som var mer direkte i kommunikasjonen rundt spørsmål hun oppfattet som dypt private. Som vi så i teoridelen, kan dette forklares i lys av kollektivistiske tradisjoner, der familien ofte er kilden til støtte og mestring, og offentlige myndigheter kun eksisterer som en perifer instans (Fandrem, 2019, s. 118). Hun hadde aldri snakke med noen om dette før, og det direkte spørsmålet var en stressende opplevelse. Kollektivistisk orienterte kulturer er også ofte preget av høy maktavstand, og det kan være forventet at man viser respekt og underdanighet for autoriteter. Den direkte kommunikasjonsstilen som kjennetegner mange vestlige samfunn, kan dermed ytterligere svekke posisjonen til minoritetskvinnen (Salole, 2018, s. 96). I eksempelet over, er det viktig for helsepersonellet å kjenne til at slike verdidimensjoner eksisterer. Ved hjelp av kulturkompetanse og sensitivitet, kan helsepersonell justere kommunikasjonen, for eksempel ved å bruke tid på å forklare hensikten med spørsmålene i konsultasjonen. Å veilede med utgangspunkt i foreldrenes eget ståsted er et viktig element i å styrke deres helsekompetanse og gi et likeverdig helsetilbud. Kultursensitiv veiledning kan på denne måten redusere stress og fremme mestring. I sammenheng med personlige kartleggingsspørsmål, kan helsepersonell vise *kulturell ydmykhet* (Aambø, 2021, s. 226). Det fremmer bevissthet omkring egen rolle og kontekst, som fører til en empatisk tilnærming fra den profesjonelle aktøren. Dette vil være i tråd med anbefalingene om å senke barrierer for brukermedvirkning i innvandrerbefolkningen, der det ble konkludert med behov for at profesjonelle aktører benytter kommunikasjon som formidler trygghet og empati (Dybdahl Jakobsen & Storstein Spilker, 2020, s. 67).

For å oppnå kulturkompetanse og utvise kultursensitivitet kan de teoretiske dikotomiene kollektivism og individualisme gi viktig innsikt i ulike kulturelle skripter og modeller, for eksempel knyttet til barneoppdragelse og foreldrestiler. På en annen side er dikotomiene kritisert for å ta for lite hensyn til individuelle variasjoner, som klassebakgrunn, sosioøkonomiske og religiøse forhold som er representert i de fleste samfunn. Lazarus har også kritisert teoriene for ikke å ta tilstrekkelig høyde for det individuelle prosessene som

skjer i samspillet med omgivelsene (Fandrem, 2019, s. 125). Ensidig fokus på slike dikotomier kan føre til en stereotypisk kategorisering av etniske minoriteter. En slik *kulturalisering* som forklarer foreldreadferd med kultur, kan ende med at foreldre ikke får den hjelpen de har behov for. Et eksempel her kan være å unnlate å informere om alkoholbruk og barn. Temaet er et fast punkt i den individuelle helsekonsultasjonen på helsestasjonen. Fordi man antar at minoritetsforeldrene er muslimer og ikke bruker alkohol, kan temaet kanskje oppleves overflødig. Selv om kanskje ikke foreldrene bruker alkohol, ferdes de på de samme arenaene som resten av samfunnet. Da overser man foreldrenes behov for kompetanse som setter dem i stand til å veilede og sette grenser overfor vanlige utfordringer i den norske ungdomskulturen. Eksempelet i analysen viste at samtalen satte moren i stand til å reflektere over utfordringer hun ikke var oppmerksom på.

Det er vanlig å anta at erfarne foreldre trenger mindre informasjon om rutiner for stell av barnet enn førstegangsførelse. De har fått informasjon og veiledning før, og kjenner de fleste anbefalingene. Derimot viser denne undersøkelsen at erfarne foreldre fra andre land ikke alltid har den samme kunnskapen fra hjemlandet som foreldre generelt har. Derimot har de kanskje har de en annen kunnskap. Helsestasjonen har kanskje vært organisert på en annen måte i hjemlandet. Det kan ha sammenheng med tradisjoner for å hente råd og hjelp innad i familien og at dette ikke er betraktet som et offentlig anliggende. Det kommer frem av intervjuene at flere foreldre kun har erfaring med oppfølging av vekst og vaksiner på helsestasjonen. Konsultasjonene i hjemlandet inneholdt ikke den samme aldersspesifikke helseinformasjon og veiledning om barnet som i Norge. En annen faktor som foreldrene opplevde som viktig, var veiledning knyttet til kulturspesifikke ulikheter. Dette kunne innebære anbefalinger rundt kosthold. Det satte foreldrene i stand til å ta informerte valg, for eksempel rundt behov for vitaminer og tran, ammeveiledning og innføring av fast føde. Helsestasjonen må derfor være bevisst på at erfarne foreldre har behov for tilpasset rådgiving, knyttet til det å være i et nytt land.

Det forebyggende fokuset helsestasjonen har, skiller seg fra andre helseinstitusjoner som for eksempel sykehus og legesenter, der sykdomsfokuset er sentralt. I Norge er kanskje dette skillet ekstra fremtredende, ettersom det har foregått en omfattende satsing på kunnskap omkring barns helse og psykologiske utvikling. Denne kunnskapen kommer til syne i standardprogrammet på helsestasjonen, der veiledningstemaene omfatter samtaler rundt

barnet og familiens fysiske og psykososiale utvikling, helse og miljø. Noen fremhevet det som en positiv opplevelse at helsepersonell snakket direkte til barna, selv om de var små og ikke selv kunne snakke. I faglig sammenheng kan dette være et pedagogisk grep som viser foreldrene eksempel på samspill med barnet. I tillegg kan dette fokuset skape et fellesskap som forener foreldre og helsepersonell om et felles mål, uavhengig av kulturbakgrunn, nemlig barnets beste. Det felles fokuset på barnets utvikling kan være en medvirkende faktor til at foreldre i denne studien fremmet positive holdninger til den omfattende veiledningen på helsestasjonen. Som foreldre i det nye samfunnet kan de oppleve å måtte justere sitt foreldreskap sammenlignet med da de levde i en majoritetskultur. Teoridelen var inne på at foreldre ønsker å videreføre sine etnoteorier fra hjemlandet. Det kan være krevende å balansere oppdragelse og omsorg i tråd med hjemlandets kultur og vertslandets kultur (Smette & Rosten, 2019, s. 112). I tillegg viser undersøkelser at foreldre også opplever sitt foreldreskap iaktatt av andre foreldre i eget minoritetsmiljø (Smette & Rosten, 2019). I denne konteksten er det naturlig at foreldre kjenner på stress. Studien har utledet data som viste at foreldre har opplevd behov for å tilpasse barneomsorgen i møte med det norske samfunnet. Funnene tydet imidlertid ikke på at foreldrene opplevde helsestasjonen som en formidler av normer og holdninger som de er forventet å følge, slik som forskning omkring minoritetsforeldres opplevelse av velferdstilbudet tidligere har vist (Smette & Rosten, 2019). Enkelte opplevde å få for lite konkrete råd i helsekonsultasjonen, og bli tildelt en brukermedvirkning de ikke ønsket å ha. Dette er en rolleforventning som kan være knyttet til samfunn med høy maktavstand, der det er forventet at helsepersonell skal gi tydelige råd. Forventningsavklaring og justering av kommunikasjonen kan skape en felles forståelse knyttet til dette.

Det kan være flere årsaker til at informantene i denne studien stilte seg lite kritiske til veiledningen helsestasjonen tilbyr. Det hende at foreldrene ikke opplevde det som relevant under intervjuet, eller ikke ønsket å dele slike opplevelser i intervjusammenheng med en person som representerte majoriteten. Det kan også ha sammenheng med hvor de befant seg i akkulturasjonprosessen. Utvalget av informanter fremstod som en ressurssterk gruppe og hadde kanskje trygghet og tillit til eget foreldreskap. Noe av forklaringen kan kanskje også knyttes til opplevelse av kultursensitivitet. Flere informanter fortalte om eksempler der helsesykepleier etterspurte hvordan foreldrene pleide å gjøre det i hjemlandet, for eksempel

når veiledningen handlet om mat eller søvn. Dette spørsmålet kunne virke som en brobygger mellom de ulike tradisjonene.

6.3 Gruppetilbudet

Helsestasjonens standardprogram består av individuelle konsultasjoner og gruppekonsultasjoner. Som vi tidligere har sett, er det en sterk faglig anbefaling at helsestasjonen bør gi alle foreldre mulighet til å delta i gruppekonsultasjoner, og gjerne legge til rette for barselgrupper, nettverksgrupper og fedregrupper, i løpet av barnets første 2 år (Helsedirektoratet, 2019).

Informantene uttrykte at det kunne være krevende å delta i de ordinære gruppekonsultasjonene som helsestasjonen organiserte. De oppga flere grunner til det, hovedsakelig var det språkbarrierer som gjorde det vanskelig å kommunisere i gruppe:

Jeg fikk en gruppe ved 4 måneder. Jeg måtte snakke masse der, selv om jeg ikke kunne. Noen får stress fordi de ikke kan snakke eller forstå, og vil ikke bli med. Selv om jeg ikke forsto mye, så gikk jeg der, jeg prøvde.

Det at mange snakket samtidig, gjorde det ekstra krevende. Noen kunne derfor oppleve å være litt på utsiden fordi de ikke klarte å delta i det språklige fellesskapet.

Noen ganger snakker de så fort. Vi går tur. Med to og to går det bra, men når mange snakker, da er det vanskelig. I gruppa har vi en fra Danmark og en fra Nord-Norge. Da forstår jeg ikke.

Barselgrupper kunne imidlertid også være en kilde til kunnskap, fortalte en mor:

I hjemlandet spør vi mamma når vi trenger hjelp. Kanskje vi ringer en venn og spør hva hun skal spise, og hva jeg skal gjøre. I Norge kan jeg spørre sykepleier eller fastlege, eller barselgruppe når vi er samlet. Det er forskjellig for meg, vi har ikke barselgrupper i hjemlandet.

Barselgrupper var en ny erfaring og en kilde kvinnen kunne benytte seg av for informasjon og utveksling av kunnskap.

Et par av informantene hadde ikke fått invitasjon til barselgruppe over hodet. Det var et savn, da de hadde hørt andre minoritetsforeldre de kjente, snakke positivt om barselgruppene de var med i:

Jeg hørte at vennene mine har gruppe. Helsesykepleieren deres laget gruppe med mammaer med barn på samme alder. De har møte. Jeg hører fra de. Jeg sa: jeg er ikke heldig, jeg hørte ikke om dette.

Informantene var delt i oppfatningen og erfaringene med hvor nyttig gruppekonsultasjoner og barselgrupper var. I sammenheng med ordinære gruppekonsultasjoner og barselgrupper, var dette knyttet til lav språkkompetanse og mangel på tolk. Noen informanter hadde deltatt i en mor-barn gruppe som var tilrettelagt av frivillige, spesielt for minoritetskvinner med kort botid og begrenset språk. Ulempen her var lang reisevei, da tilbudet var forankret i en annen bydel et stykke unna. Faktorer som den norske vinteren med kulde, is og snø gjorde at foreldrene var skeptiske til å ta barnet ut når det var kaldt. De var ikke vant med dette og følte seg tryggest inne. Det førte til lav deltagelse, og begrenset erfaring med innholdet i gruppetilbudet. En mamma deltok i lokal barselgruppe på sosiale medier som var opprettet i sammenheng med at koronaepidemien vinteren 2020 satte begrensinger for fysisk samvær:

Det er lettere å forstå når man skriver og leser. Men det kan være litt vanskelig å forstå hva de snakker om hvis de snakker sammen. Men, hehe, når en snakker med meg, så forstår jeg det godt.

Facebookgruppen gjorde forståelse lettere ettersom kommunikasjonen foregikk skriftlig. Da kunne hun stille spørsmål og delta i samtaler og diskusjoner i eget tempo.

Diskusjon

Formålet med gruppekonsultasjoner er å bidra til økt brukermedvirkning og sosiale nettverk, ved at foreldre med barn kan oppleve støtte og mestring i foreldrerollen, gjennom å utveksle erfaringer og lære av hverandre (Helsedirektoratet, 2019). Da det anbefales spesielt til foreldre som er nye, har det sammenheng med den sosiale og nettverksbyggende effekten slike grupper kan ha. Undersøkelser har vist at det å inkluderes i sosiale nettverk er viktig for innvandrerforeldre (Smette & Rosten, 2019; UKOM, 2021).

Hvis vi vurderer gruppetilbudet på helsestasjonen i sammenheng med målet om likeverdige helsetjenester, kan det i denne studien tyde på at et likt tilbud til alle, ikke gir et likeverdig resultat for alle, gitt språkutfordringene. Funnene viste at språkutfordringer førte til mindre utbytte av gruppesamtalene og lavere deltagelse. De ordinære gruppetilbudene ble for eksempel ikke tilpasset ved at helsestasjonen tilbød tolk. Det kan være ulike grunner til det, for eksempel at dialogformen og gruppedynamikken gjør tolking til krevende prosess. Når foreldrenes språkkompetanse fører til at foreldrene ikke kan nyttiggjøre seg av hverandres ulike ressurser, eller unngår å møte, svekkes hensikten med tiltaket, nemlig å styrke foreldrenes kompetanse, mestring og sosiale nettverk. Gruppetilbudet er likt for alle, og gir dermed ikke resultatlikhet, som vi så var målet med satsing på likeverdige tjenester. Dersom helsestasjonen skal være i stand til å tilby likeverdige helsetjenester på dette området, kreves det tilrettelegging ut ifra foreldrenes særskilte behov. Den nasjonal faglige veilederen gir rom for tilpasninger innenfor standardprogrammet for helsestasjonen, og hvordan kommunene organiserer helsestasjonsprogrammet, varierer fra kommune til kommune ut ifra tilgjengelige ressurser (Helsedirektoratet, 2021).

Dersom kommunen for eksempel tilrettela for egen minoritetsgruppe der nye foreldre med samme språkbakgrunn og etnoteorier kunne møtes, dele kunnskap og refleksjon, kunne dette kanskje gi økt trygghet og mestring av foreldrerollen og videre bidra til brukermedvirkning og likeverdighet for foreldre i samme situasjon. Ettersom gruppekonsultasjoner og barselgrupper har som hensikt å ivareta foreldrenes behov for å treffe andre foreldre i samme situasjon, øke kompetanse og mestring, kunne det være en viktig arena for minoritetsforeldre med lite nettverk og kort botid. Det at mange foreldre kommer fra mer kollektivistiske samfunn med en mindre utbygd velferdsstat og kvinner tradisjonelt søker til hverandre for råd og støtte i barneomsorgen, kan underbygge behovet. Studier viser at det ellers er få arenaer der foreldre kan søke råd, og at dette ofte er noe de savner fra hjemlandet (Smette & Rosten, 2019; Haaland, 2017). Samtidig ville det å arrangere egne grupper basert på etnisitet, kunne antyde en segregering av denne gruppen, noe som kanskje kan være til hinder for å tilegne seg normer og kunnskap om majoritetssamfunnet. Som vi så i teoridelen, har opplevelser den første tiden i et nytt land, stor betydning for foreldrenes integrering. Imidlertid vil mangel på gruppetilbud kunne gi opplevelse av å marginaliseres, ved at man utestenges fra fellesskap og muligheter til å lære

og dele erfaringer, for eksempel om hvordan andre minoritetsforeldre håndterer foreldreskapet i et fremmed land. Slike fellesskap kan dessuten oppleves trygt for foreldre fra kollektivistisk-orienterte kulturer, ettersom mange kanskje ikke er vant til å dele slike tanker i den individuelle konsultasjon på helsestasjonen. Sett fra den siden kan fellesskapet med andre foreldre bidra til støtte og erfaringsutveksling i den nye tilværelsen, og således kunne bidra til likeverdige helsetjenester og økt helsekompetanse. Hvorvidt helsestasjonen er en pådriver og formidler av kontakt med andre arenaer for sosiale fellesskap, kom ikke frem i denne studien. Med sin store kontaktflate, vil informasjon og formidling av slike tilbud være egnet herfra.

Nasjonal veileder for helsestasjonsprogrammet tilbyr ikke en entydig løsning på hvordan gruppekonsultasjonene kan utformes for å inkludere minoritetsforeldre i større grad. På den ene siden er gruppevirksomhet en sterk anbefaling til alle, og nye foreldre fremheves grunnet den sosiale effekten. På den andre siden understreker helsedirektoratet at den samme målgruppen kan ha behov for mer tilpasset individuell veiledning, hvilket ikke så enkelt lar seg gjennomføre i grupper (Helsedirektoratet, 2022, s. 47, 97). Det kan derfor se ut til at standardprogrammet er organisert på en slik måte at gruppekonsultasjoner er lite tilrettelagt for nybosatte minoritetsforeldre.

6.3.1 Språkbarrierer og behov for tolk

Delkapittelet tar for seg informantenes ulike opplevelser i forbindelser med språkbarrierer og tolkebruk på helsestasjonen. De fleste foreldrene opplevde det som en god støtte å bruke tolk, men trakk også frem interessante perspektiver og krevende opplevelser omkring det å kommunisere gjennom en tredjepart.

Bare en ting var vanskelig for meg: Da jeg kom til Norge, trengte jeg tolk for å forstå.

Informanten som uttalte dette hadde bodd i flere verdensdeler og var vant med å kommunisere direkte via engelsk på helsestasjonen. Hun observerte imidlertid at konsultasjonssamtalene i Norge inneholdt komplekse helsetema, noe som stilte krav til språkkompetanse både hos helsesykepleier og foreldrene, og dermed ga behov for profesjonell tolk:

Det er ikke slike samtaler i hjemlandet mellom sykepleier og foreldre som her i Norge, har jeg sett.

I møtet med informasjonsmengden og den profesjonelle veiledningen om barneomsorg i den norske velferdsstaten, krever et høyt språknivå, hvilket gjør minoritetsforeldre avhengig av tolk den første tiden. Informantene hadde erfart at helsestasjonen hadde gode rutiner for å bestille tolk, og at det ga stor trygghet den første tiden i landet:

Jeg bruker fortsatt tolk selv om det ikke er veldig nødvendig, men de bestiller tolk, og det fungerer. Noen tema kan være vanskelig for meg å forstå selv om jeg kommuniserer godt. For hennes helse er det viktig å bruke tolk. Noen ganger når jeg drar dit uten avtale, pleier de å bestille telefontolk. Jeg føler det er tryggere å gå til helsestasjonen enn til fastlegen min.

Kvinnen som uttalte dette, hadde fått første barnet sitt i Norge ganske tidlig i oppholdet. Hun kom stadig tilbake til hvor viktig støtten fra helsestasjonen var. Her beskrev hun hvordan muligheten til å uttrykke seg på morsmålet sitt og tilegne seg kunnskap om barnets helse, bidro til å gjøre henne trygg i det å gi barnet godt stell og omsorg.

Hinder for direkte kommunikasjon

Flere informanter opplevde det på en annen side som et hinder å ikke kommunisere direkte med helsepersonellet:

Første gang, ja.. det var mye stress, for jeg liker egentlig ikke å bruke tolk. Jeg vil høre direkte fra helsesøster eller lege. Det var utfordrende for meg å vente på det tolken sier. Jeg var ivrig etter å høre direkte, så da skjønnte jeg at jeg måtte vente på meg å forstå språket. Informasjonen går først gjennom tolken, så går den til meg. Så kanskje sier tolken annen informasjon. Jeg må være sikker på at jeg får riktig informasjon. Ikke bare fordi jeg ikke stoler på tolken, nei, men jeg må høre eller lese direkte. Tolk er en god måte å kommunisere på, men jeg må forbi det.

Det ga trygghet å høre informasjonen direkte fra helsepersonellet. Flere informanter fortalte at det hadde gitt de motivasjon til å lære språket. Når informasjon gikk gjennom en

tredjeperson, bidro det til at hun var redd for å misforstå eller at informasjonen skulle bli unøyaktig. Flere delte denne oppfatningen.

Tolk fra eget miljø

Noen opplevde at det begrenset kommunikasjonen å få en tolk de kjente fra eget sosiale nettverk. En informant fortalte at når tolken var en bekjent, ønsket han ikke tolkens innsikt i hans familieanliggender. Han lot derfor være å snakke om sensitive temaer. Han understreket at han stolte på tolkens taushetsplikt, men ønsket å skille mellom det private innad i familien og det sosiale kulturfellesskapet familien var en del av på fritiden:

Det er lettere å snakke om hva vi vil uten tolk. Ja, vi vet at tolken har taushetsplikt, men vi føler at det ikke er så bra. Fordi noen ganger kommer det en tolk vi kjenner. Det blir for nærme. De fleste i området kjenner hverandre. Vi møtes over alt. Det føles ikke bra å snakke om hva man vil.

Informanten fortalte at han hadde stoppet å bruke tolk da han synes han forsto det helsepersonellet snakket om:

De som jobber på helsestasjonen, jobber med mange flyktninger. Vi snakker ikke så godt, men de forstår oss.

Selv om han ikke kunne snakke så mye selv, oppfattet han at helsepersonellet på helsestasjonen likevel forsto han. Han knyttet det til erfaring med å møte et mangfold av foreldre.

Tolkens faglighet

En informant fortalte om erfaringer fra foreldreveiledning med tolk i gruppe på helsestasjonen. Han ble underveis i samtalen usikker på om han forstod meningen i ordene rett, siden de måtte «siles» gjennom en tolk. Informanten opplevde tolkenes kompetanse som veldig ujevn, fordi innholdet i konsultasjonene hadde ulik kvalitet fra gang til gang avhengig av hvilken tolk som kom:

Det er stor forskjell mellom dem. Noen er veldig flinke, andre bare kommuniserer, og kan være vanskelige å forstå.

Dette var en krevende situasjon, fortalte informanten, særlig fordi temaer i foreldreveiledningen krevde bruk av ord og begreper som ikke fantes i hjemlandet. Ofte ga derfor ikke oversettelsen mening for foreldrene og de mistet sammenhengen i veiledningen.

Diskusjon

Tilgang kvalifisert tolk er et viktig tiltak for å eliminere språkbarrierer som årsak til lav brukermedvirkning, og et viktig middel for å fremme likeverdige helsetjenester.

Brukermedvirkning gir den enkelte innflytelse over forhold omkring egen helse og behandling (Vågan & Sandvin Olsson, 2018, referert i Dybdahl Jakobsen & Storstein Spilker, 2020, s.12). Tidligere studier har vist at helsepersonell må øke bruken av kvalifisert tolk i profesjonelle sammenhenger for å nå målene overfor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Den nye tolkeloven trådte i kraft i 2022. Den forankrer retten til kvalifisert tolk i offentlig sektor og omtaler lovfestede krav som stilles til tolken (Lovdata, 2021). Det er helsetjenestens ansvar å sikre at behovet for tolk blir ivaretatt. Hovedpunkter her er krav om taushetsplikt, habilitet og god tolkeskikk, som blant annet omhandler tolkens kompetanse og faglighet (Lovdata, 2021).

Den omfattende og spesialiserte foreldreveiledningen som velferdsstaten tilbyr, krever et høyt språknivå i konsultasjonen på helsestasjonen. Dette krever igjen at helsestasjonen har gode rutiner for å minimere språkbarrierer ved kompenserende tiltak. God kvalitet i tolkebruk vil kunne fremme resultatlikhet i foreldreveiledningen som tilbys, og forebygge at foreldrene opplever at veiledningen virker overveldende og vanskelig å forstå. Som vi så i analysen, opplevde foreldre som tidligere hadde klart seg med engelsk på helsestasjonen i andre land, at de hadde behov for tolk for å forstå. God tilgang på faglig kvalifisert tolk vil sette foreldrene i stand til å nyttiggjøre seg av det brede tilbudet og forebygge misforståelser som følge av manglende forståelse.

Det er interessant at ingen av informantene i studien hadde erfart mangel på tilgang til tolk i helsekonsultasjonene, og de oppga å ha nok tid i samtalen. Økt fokus på helsetjenestenes ansvar for å benytte kvalifisert tolk i henhold til brukermedvirkning, kan tyde på

velfungerende rutiner og systemer på de lokale arenaene som studien inkluderte.

Utfordringer omkring tolkebruk som før handlet om for lite bruk av kvalifisert tolk og bruk av familiemedlemmer som tolk, ble ikke nevnt. Foreldrene kan i så henseende se ut til å ha fått dekket behovet rent fysisk. Informantenes opplevelser handlet imidlertid mer om faglighet og behov for tillit og trygghet i sammenheng med tolkens tilstedeværelse i samtalen. Disse temaene blir derfor diskutert videre.

Funnene kan tyde på at det kan være rom for forbedring når det kommer til kvalitet og faglighet. Som vi så i analysen kan foreldre føle seg usikre på tolkens oversettelse. Den nye tolkeloven kan bidra til en kvalitetssikring på dette området. I følge lovens § 7 skal en kvalifisert tolk ha gjennomført en eller flere krav som kvalifiserer til å være oppført i Nasjonalt tolkeregister (Lovdata, 2021). Dette er nye retningslinjer og effekten vil derfor vise seg etter en tid.

Det er ikke bare tolkens dyktighet som er avgjørende for en god opplevelse. Også helsepersonellens ferdigheter og erfaring i bruken av kvalifisert tolk har betydning for kvaliteten på konsultasjonen. Tolkelovens § 9, pålegger offentlige etater som bruker tolk regelmessig, å ha retningslinjer for bestilling og bruk av tolk. Retningslinjene skal beskrive bestilling av tolk, definere situasjoner som krever tolk, og veiledning i bruk av tolk (Lovdata, 2021). I sum kan dermed den nye tolkeloven bidra til økt faglig kompetanse i tolkesamtaler, målrettet bruk og økt kompetanse i bruken av kvalifisert tolk, noe som øker tilgangen på likeverdighet i helsehjelpen.

Flere informanter satte ord på opplevelsen den ekstra dimensjon tolkebruk utgjorde i samtalen. Noen opplevde det som en ekstra trygghet, mens andre som en barriere for direkte dialog. Selv om det ikke åpenbarte seg direkte misnøye eller mistillit, uttrykte noen av informantene at dette motiverte til å lære språket fortere. Noen fortalte at de brukte anledningen til å øve på språket. Flere oppga å foretrekke samtalen uten en tredje person i rommet, når de hadde tilstrekkelig språkkompetanse til det. Det at tolkebruk ikke ble betraktet som udelte positivt, kan ses i sammenheng med behovet for trygghet i konsultasjonen, og at det varierer individuelt hva foreldre vurderer som trygt på dette området. Det kan være flere årsaker til dette. Å velge vekk muligheten til å benytte kvalifisert tolk, kan gi lavere brukermedvirkning og dermed være til hinder for likeverdige

helsetjenester. Som vi så i analysen, kunne det være en trygghet i seg selv å vite at det er en tolk tilstede som kan eliminere språkbarrierer i konsultasjonen. Samtidig beskrev noen foreldre det som en fin arena for å øve på å bruke språket. De valgte selv et litt lavere språknivå i samtalen for å oppnå den direkte dialogen med helsepersonell. Dette kan være et uttrykk for ønske selvstendighet og autonomi, og at de anser helsestasjonen som en arena for mestring og læring i trygge omgivelser. I denne studien var det flest blant de erfarne foreldrene som ga uttrykk for dette. Det kan settes i sammenheng med at de kanskje i utgangspunktet føler seg trygge i sin omsorgsrolle som foreldre.

Vurderingene foreldrene gjør i denne sammenheng, kan forstås via Lazarus' teori om stress og mestring. Stress er noe som oppstår i samsillet mellom mennesker og ofte i nye situasjoner (Lazarus R. S., 2006). I hvilken grad individet vurderer å mestre situasjonen, henger sammen med både indre og ytre faktorer. En god selvtillit er en faktor som virker dempende på stress, men i tillegg er ytre faktorer også av avgjørende betydning. De ytre faktorene finner vi mange eksempler på i empirien i undersøkelsen. Foreldre oppgir for eksempel positiv energi, tålmodighet og anerkjennelse som kilder til trygghet i møte med helsepersonell på helsestasjonen. Det kan tyde på at den relasjonelle kompetansen hos helsepersonell har en direkte sammenheng med foreldrenes opplevelse av mestring.

For å forebygge stress og fremme mestringsopplevelse kan derfor helsepersonell sette inn tiltak som påvirker foreldrenes vurdering av situasjonen. Kunnskap om at tolkens tilstedeværelse kan være en kilde til ulike følelser, både trygghet og stress, kan gjøre helsepersonell bevisst på tiltak som påvirker foreldrenes vurdering av situasjonen, og dermed mestringsopplevelsen. Erfaringsmessig kan for eksempel helsepersonell sikre at de selv har tilstrekkelig kompetanse i tolkebruk, informere foreldrene om tolkens rolle, sikre at tolken presenterer seg og påse at tolken plasseres hensiktsmessig i rommet og viser god tolkeskikk. Mot slutten av samtalen kan helsepersonell etterspørre foreldrenes opplevelse og forståelse for å forstå om målet for samtalen ble oppnådd. Et dilemma for alle parter i denne situasjonen, er at sosiale normer for høflighet og skjevhet i maktforhold, kan hindre foreldrene å si ifra dersom de opplever en krevende tolkesituasjon. Disse forholdene er det viktig at helsepersonell er oppmerksom på ved gode rutiner for å observere og etterspørre foreldrenes opplevelser, og foreta justeringer i henhold til disse. Helsepersonell kan og etterspørre tolkens opplevelse av situasjonen, både av hensyn til den språklige kvaliteten på

oversettelsen, men også for selv å bli oppmerksom på egne ferdigheter i tolkedialogen. En konklusjon omkring disse temaene, kan handle om å sikre foreldrenes rett til god kvalitet i tolkesamtalene, i kombinasjon med tilrettelegging for likeverdige helsetjenester ved å ta utgangspunkt i den enkeltes situasjon og særskilte behov, for å sikre innflytelse og autonomi.

6.4 Hva opplever foreldrene som utfordrende i møte med helsestasjonen?

Informantene fortalte om flest positive møter med helsestasjonen. Noen hadde negative opplevelser som de ønsket å dele for å belyse hvordan de hadde opplevd dette. De negative opplevelsene som ble utledet var negativ kommunikasjon og manglende hjelp.

6.4.1 Negativ kommunikasjon

Et informantpar opplevde at en ansatt på helsestasjonen som negativ og krenkende i konsultasjonene, og det hadde utviklet seg til å bli en krevende relasjon. Det var noe de hadde brukt mye tid og energi på å tenke på og snakke sammen om. De hadde ulike teorier omkring årsaken til denne adferden. Kvinnen ville helst ikke fortelle om det, da det var i strid med deres religion å baksnakke andre. Mannen mente imidlertid at det var viktig å få frem. Opplevelsen ga dem en følelse av å ikke være velkomne:

.. på helsestasjonen fikk jeg følelsen av at hun snakket så fort så jeg kunne gå hjem. Jeg ville helst bare bli ferdig, jeg ville gå hjem. Hun bare spurte og jeg svarte, så var jeg ferdig. Jeg ville ikke stille spørsmål om jeg hadde.

Informanten beskriver følelsen av den andres makt til å styre dialogen. Den profesjonelle holdt et tempo hun ikke behersket, og begge var klar over dette, mente hun. Informantene fortalte også at negativt kroppsspråk forsterket inntrykket. De fortalte at de hadde opplevd helsesykepleier som morsk. Den nonverbale kommunikasjonen virket også speilende i konsultasjonen:

Normalt er vi en snill familie, ikke sant [...] når hun er morsk, blir jeg morsk, alltid! [...]
Jeg skjønner at noen liker innvandrere, og noen liker ikke. Derfor. Folk er forskjellige.

Noen har hjerte for, åpner for det flerkulturelle.. Noen ser man det direkte på, at de ikke åpner for annen kultur»

Informantene var overbevist om at helsepersonellet ikke likte muslimer og at oppførselen var knyttet til dette. De mente at de ble behandlet ulikt på bakgrunn av etnisitet. Kvinnen tenkte at helsesykepleier kanskje ikke likte henne fordi hun var innvandrere og hadde hijab:

«Jeg tenkte at hun kanskje ikke likte innvandrere, hehe. Jeg vet ikke, kanskje fordi jeg har hijab, at det er derfor hun er.. Jeg vet ikke. Hun smilte ikke så mye».

På skolen hadde informanten lært at gjensidig respekt var viktig i det norske samfunnet. Nå erfarte informanten at profesjonelle ikke alltid viste den samme respekten som de hadde lært om. Han følte seg krenket og opplevde seg ikke anerkjent som enkeltindivid, men nedvurdert på bakgrunn av sin etnisitet:

Vi har utdanning, bachelor, vi studerte på universitetet, jeg er ferdig med mastergrad, har masse erfaring, ektefellen min har masse erfaring. Innvandrere er ikke viktig, vi er human. Land er ikke viktig. Humanity og relationship er viktig..

Ekteparet hadde ulike mestringsstrategier knyttet til denne situasjonen. Mannen benyttet en problemfokuseret mestringsmetode, og tok kontakt med ledelsen. Kvinnen valgte en følelsesmessige strategi for å regulere de følelsesmessige utfordringene situasjonen skapte, ved å redefinere opplevelsen:

Kanskje hennes karakter er sånn, hva kan du gjøre?

De negative opplevelsene gjentok seg over tid, både med og uten tolk, og det ble etablert en krevende relasjon. De opplevde at den verbale og den nonverbale kommunikasjonen bar preg av at hun hadde en negativ holdning til de som innvandrere. De oppfattet at hun snakket til dem i stedet for med dem, og konsultasjonene ble til enveiskommunikasjon.

Diskusjon

Det skjeve maktforholdet kommer tydelig frem i denne opplevelsen, der helsepersonell representerer majoritet og profesjonell, og kan bruke denne makten til å fremme og hemme

kommunikasjonen. Som undersøkelser har vist, kan diskriminering og negative holdninger forekomme i det offentlige helsevesenet, og det har en negativ effekt på helsen. Stresset og avmaktfølelsene denne relasjonen sannsynligvis skapte, kan illustreres via Lazarus' teori om stress og mestring. Her så vi at stress er en subjektiv tilstand som oppstår i samspill mellom individ og miljø, og kan utløse sterke følelser, særlig i nye og ukjente situasjoner. Det å være nye foreldre kan i seg selv oppleves utfordrende. Det vil det også være for nye minoritetsforeldre som skal forholde seg til et nytt system på helsestasjonen. De kan oppleve situasjonen stressende, for eksempel i møte med nytt system, kulturelle koder og språk. Måten minoritetsforeldre blir møtt på i konsultasjonen, er derfor viktig for hvordan de vurderer situasjonen, graden av stress som oppstår, og dermed mestringsopplevelsen til foreldrene.

Informantene uttrykte på ulike måter hvordan de reagerte på situasjonen. Kvinnen valgte å redefinere meningsinnholdet i adferden ved å tolke den som et uttrykk for helsepersonellens karakter, og at ikke nødvendigvis var rettet mot deres etnisitet likevel. Denne mestringsstrategien kan være effektiv, ifølge Lazarus (2006), men krever en viss grad av selvfølelse ettersom den utløsende faktoren for stress i dette tilfellet var en krenkelse. En slik redefinering kan på en annen side være uheldig ettersom det kan være en strategi som velges når man opplever avmakt overfor situasjonen og mangler strategier for å løse problemet. Forskning viser at følelsesfokusede mestringsstrategier er mer brukt av innvandrere enn problemfokusede mestringsstrategier, og dette knyttes til akkulturativt stress (Fandrem, 2019, s. 111). Som vi så i teorien, kan forskjellsbehandling på bakgrunn av visse kjennetegn, for eksempel etnisitet eller religion, brukes til å redusere individer til å føle seg annerledes og på utsiden. Andre teorier knytter valget av løsningsstrategier, mindre til situasjonen man befinner seg i, men definerer det mer som et kjennetegn ved de ulike kulturene. Å ta høyde for at det også kan være forhold knyttet til kulturelle tradisjoner for mestring som ligger bak foreldrenes valg av mestringsstrategier, kan derfor være nyttig for helsepersonell å være bevisst, i vurderingen av tilpasning med mål om å styrke mestring.

Ektemannen, hadde fastholdt oppfatningen av at adferden var direkte rettet mot dem som individer på bakgrunn av deres etnisitet. Han brukte en problemorientert strategi og ba om å bytte til en annen veileder.

Denne studien og tidligere studier viser at helsepersonell har en dobbel makt overfor minoritetsforeldre, både som fagperson og støttespiller (Haaland, 2017, s. 199). De har en autoritetsposisjon på vegne av profesjonsyrket, der de gir faglige råd basert på nasjonale normer og retningslinjer. Samtidig skal de være viktige støttespillere, skape gode, trygge relasjoner, og tilpasse veiledningen til den enkeltes behov. Skjevheten i maktforholdet forsterkes av at den profesjonelle også ofte representerer majoritetssamfunnet og har kunnskap om sosiale normer for foreldreskap (Smette & Rosten, 2019, s. 22).

Et interessant aspekt knyttet til kommunikasjonen i dette tilfellet, er at informantene tolket adferden til helsepersonellet som negativt på bakgrunn av kroppsspråk, manglende inntoning og kommunikasjonsstil. Hun hadde ikke kommet med nedverdiggende uttalelser og hun hadde stilt de vanlige spørsmålene som konsultasjonen tilsa. Informantene tolket likevel adferden hennes dithen at hun viste en negativ holdning til dem. De reagerte på måten hun kommuniserte på, og ikke på innholdet. Kroppsspråk ble tolket sammen med kommunikasjonsstil og skapte en negativ opplevelse. Hvis vi ser på kulturforskjeller i kommunikasjonsstiler, ser vi at informantens beskrivelse tyder på at helsepersonellet benyttet en direkte form. Ulike tradisjoner for direkte og indirekte språk kan ha bidratt til å forsterke den negative opplevelsen. Ettersom makt defineres som mulighet til å få noe til å skje eller hindre noe i å skje, kan ansvaret for en god dialog adresseres til helsepersonellet, som besitter makten i denne konteksten. Bevissthet og ansvar overfor dette maktforholdet er derfor en forutsetning for god yrkesutøvelse og likeverdige helsetjenester.

6.4.2 **Å ikke få hjelp**

Å finne frem i de norske systemene ble opplevd krevende for nye foreldre. Det var særlig krevende den første tiden, før man hadde lært språket godt. Et ektepar hadde opplevd at nordmenn kunne ha høy terskel for å involvere seg og tilby hjelp:

Kanskje nordmenn ikke ønsker hjelp av et annet menneske. For eksempel hvis en gammel dame faller, da ønsker hun ikke hjelp av andre mennesker. Nordmenn snakker ikke så mye med andre, kanskje

I Norge tilbød man ikke så lett hjelp hvis man ikke hadde ansvar, opplevde informantene. Det ble tolket som en del av den norske kulturen, nemlig at nordmenn liker å være selvstendige og at man ikke skal bry seg eller være til bry. Dette kunne gjøre det vanskelig å få hjelp når man ikke kjente systemene. De fortalte for eksempel at de i starten ikke visste hvordan man bestilte time på helsestasjonen. De hadde oppsøkt helsestasjonen og blitt sittende lenge på venterommet uten å få spørsmål om hvorfor de var der. Helsepersonell så de og hilste kanskje, men ingen spurte for hvorfor de var der og de hadde følt seg oversett:

Noen ganger er ingen interessert i oss. Fordi de ikke har ansvar, tror jeg. Alle har time, ikke sant. Men vi er vant med at de viser interesse for oss selv om vi kommer uten time. Vi kjenner ikke systemet. Vi måtte bestille time først. Vi kunne ikke bestille time på grunn av språket. Vi gikk til helsestasjonen og ingen viste interesse for oss. Ingen spør hva vi vil, hvorfor kom du? Dette var i starten da vi ikke hadde time, vi bare satt der. Vi ville at de skulle spørre oss hvorfor vi kom.

Foreldrene fortalte at alt gikk bedre etter at de hadde lært språket, men opplevde det som viktig å bli sett og gjenkjent av helsepersonell når de kom til helsestasjonen.

Diskusjon

I et sosialkonstruktivistisk perspektiv eksisterer sannheten subjektivt, og det kan være utgangspunktet for å diskutere disse hver for seg negative opplevelsene. For å vite hvordan man skal handle i nye kontekster, kreves en viss kjennskap til de sosiale normene, rollene og kodene i et samfunn (Berger & Luckman, 2000, s. 43). Derfor har majoritetskulturen en makt i form av kunnskap som den kan dele, slik at minoriteten kan ta del i denne kunnskapen. Graden av ulikhet mellom opprinnelseslandets kultur og den nye kulturen, samt utdanning, kjønn, oppholdstid og sosiale ulikheter, og sist, men ikke minst, hvordan man blir tatt imot i det nye landet, påvirker akkulturasjonsprosessen (Berry, 2002, referert i Salole, 2018, s.126). Noe historiene i dette analysekapittelet har til felles, er at informantene satte erfaringene i sammenheng med sin posisjon som etnisk minoritet. Informantene beskriver her helsepersonell som morsk, uinteressert og lite villige til å tilby hjelp. På bakgrunn av historiene, er det usikkert om det var bevisst eller ubevisst fra majoriteten sin side. Negative opplevelser i det offentlige systemet ble knyttet til norsk kultur av det ene informantparet,

og til helsepersonellens fordommer av det andre partet. På hver sin måte opplevde de en form for utenforskap eller diskriminering i egenskap av å ikke tilhøre majoriteten. I teoridelen, så vi hvordan majoriteten har en definisjonsmakt som kan påføre minoriteter utrygghet og følelse av utenforskap (Harnischfeger, 2020, s. 21). Å bli møtt med fordommer, stereotyper og annengjøring, er egnet til å påføre individer en avmaktfølelse og skape utenforskap. Studier viser en sterk korrelasjon mellom psykisk helse og faktorer som mangel på tilhørighet og opplevelse av diskriminering. Undersøkelser bekrefter at innvandrere opplever å møte diskriminerende holdninger i helsevesenet (Aambø, 2021, s. 131). Å møte slike opplevelser i helsevesenet, kan skape avstand og være direkte til hinder for å ta imot helsehjelp, som vi så eksempel på i sitatet: *Normalt er vi en snill familie, ikke sant [...] når hun er morsk, blir jeg morsk, alltid!* I følge Lazarus, er lav terskel for å oppleve stress, vanlig i voksenlivet, ettersom de fleste situasjoner er gjentakelser av tidligere opplevelser. Dette aspektet er spesielt viktig å være oppmerksom på overfor foreldre som har opplevd tvungen migrasjon, ettersom disse kan ha med seg alvorlige traumeerfaringer fra tidligere (Aambø, 2021, s. 121).

I Norge regnes integrering som den ønskede strategien i forbindelse med innvandring, og sentralt i integreringsbegrepet er mulighet for ivaretagelse av egen kultur og samtidig inkluderes på den nye samfunnsarenaen (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2020, s. 80). I tråd med dette har majoritetssamfunnet et ansvar for å vise respekt og åpne for deltagelse. Den offentlige helsetjenesten har et betydningsfullt ansvar i denne sammenheng, gitt den nære sammenhengen mellom opplevelse av utenforskap og psykisk helse. I et forebyggende og helsefremmende perspektiv, er god foreldrestøtte direkte forbundet med god helse hos barna. Som vist i tidligere forskning, er det nær sammenheng mellom foreldrenes psykososiale helse og omsorgsevne overfor barna. Foreldrenes omsorgsevne har stor betydning for barnets helse og oppvekstvilkår (Drummond & Varvin, 2019). I lys av denne kunnskapen hviler ansvaret derfor tungt på ansatte i forebyggende helsetjeneste å vise en forståelse og kultursensitivitet overfor foreldrenes spesielle situasjon. Kultursensitivitet innebærer en forståelse av egne kulturelle trekk for å forstå den andres situasjon og gi målrettet veiledning. Informantene som delte de negative erfaringene, kjente kanskje på en hjelpeløshet i den nye hverdagen, som ble forsterket av opplevelsene på helsestasjonen. Det å endre posisjon fra å tilhøre en majoritet i hjemlandet til en minoritet i det nye landet kan

som ist tidligere, påvirke identitet og selvbilde. Informanten på venterommet fortalte at han ikke opplevde de samme tilbakemeldingene fra omgivelsene som han hadde forventet eller var vant til fra opprinnelseslandet. Hvis vi bruker den kulturelle isfjellmetaforen (Salole, 2018, s. 67), kan vi forstå hvor vanskelig det er for nyankomne foreldre å forstå de dypereliggende verdier og idealer som ligger til grunn for adferden i det norske samfunnet. Nye minoritetsforeldre som skal manøvrere foreldreskapet i et nytt samfunn, kan derfor oppleve det krevende å tilegne seg den kunnskapen de trenger for å mestre tilværelsen. I denne sammenheng kan det være å erkjenne at Norge har en godt utbygd velferdsstat og et bredt spekter av helsetjenester, og at mennesker som kommer fra andre kulturer med mindre utbygde offentlige instanser, kan ha mindre tillit og oppfatte helsetjenestene i Norge som noe abstrakt og uforståelig (Aambø, 2021, s. 96). Dette er faktorer som kan være barrierer for å føle tillit i profesjonelle samtaler. Individets helsekompetanse påvirkes av livssituasjon og erfaringer, men også av måten helseinformasjon formidles på av profesjonelle aktører (Aambø, 2021, s. 196). I følge Aambø (2021) må helsepersonell være bevisst på at innvandrere kan ha ulike forutsetninger for å oppleve tillit til de nye helsesystemene de møter. En *kulturell ydmykhet* i tillegg til kultursensitivitet overfor slike ulikheter kan være et godt utgangspunkt for å ta den andres perspektiv. *Kulturell ydmykhet* som begrep skiller seg fra kultursensitivitet idet helsepersonellet her legger en større vekt på selvrefleksjon med henblikk på maktubalansen i forholdet mellom den profesjonelle og forelderen (Aambø, 2021, s. 227). Denne holdningen kan være et utgangspunkt for kultursensitive tiltak. På en helsestasjon kan dette for eksempel føre til en økt oppmerksomhet overfor personer som ikke ser ut til å være kjent. I veiledningssituasjonen kan holdningen gjøre helsepersonellet mer oppmerksomme på verbale og nonverbale signaler.

Forsøket på å forstå og forklare disse dimensjonene, vil innebære en risiko for feilaktig å tilskrive ulikheter i kultur som eneste årsak til utfordrende interkulturelle møter, der hvor årsakene kan handle om kombinasjoner av hendelser. Lazarus kritiserte for eksempel Berry for ensidig å benytte begrepet akkulturasjonsstress som forklaring på individets opplevelse av stress (Lazarus, 1997, referert i Fandrem, 2019, s. 111). Han mente at akkulturasjonsstress kun var en av faktorene blant mange andre som påvirker stressende opplevelser. Berry og Lazarus var enige om at migrasjon kunne være en betydelig årsak til stress, men Lazarus

mente av selve fenomenet akkulturasjon var abstrakt, og derfor egnet til å kamuflere andre individuelle faktorer i innvandre sin hverdag (Lazarus R. S., 2006, s. 231). Lazarus beskrev hvordan stress oppstår når et menneske opplever å mangle strategier for å mestre situasjonen. Forelderen i det ene eksempelet, var ny i et ukjent land, med et ukjent språk og hadde behov for time til barnet sitt. I en sosialt konstruert virkelighet er nettopp språket viktig, ettersom kjennskap til felles begreper gir tilgang til fellesskapet (Rasborg, 2013, s. 403). Situasjonen var avhengig av at noen tilbød hjelp, og i denne situasjonen tolket informanten mangel på oppmerksomhet som uttrykke for kulturelle holdninger. Hvis vi ser på de ytre faktorene i situasjonen på venterommet, kan det være ulike årsaker til at ingen henvendte seg til forelderen i denne situasjonen. Tilfeldige sammenfall av uheldigheter som individuelle forskjeller, andre arbeidsoppgaver og lite tid kan være eksempler. Informanten kjente ikke til at dropin-timer ikke var vanlig på den norske helsestasjonen, og ingen hadde informert om det. Hans opplevelse av å være usynlig der han satt, er imidlertid reel for han. Å oppleve seg usynliggjort kan være en ydmykende erfaring. Honneth (Aambø, 2021, s. 219) omtaler følelsen av å være sosialt usynlig. Dette kan oppleves dobbelt ydmykende fordi man opplever å bli oversett på tross av at man er fysisk synlig i det sosiale rom. Anerkjennelse er ifølge Honneth en motgift mot usynliggjøring. Gjennom anerkjennelse kan vi synliggjøre den andres sosiale verdi. Ydmykelse og usynlighet er fellesmenneskelige følelser som alle kan oppleve i situasjoner som er nye og ukjente og i kombinasjon med individuelle faktorer, utløse stress. Dette viser at akkulturativt stress er et komplekst begrep som inneholder et spekter av faktorer som handler om universelle følelser og situasjoner i kombinasjon. Det er et nyttig begrep på gruppenivå, men på individnivå er det ifølge Lazarus behov for å identifisere følelsene i sammenheng med situasjonen (Lazarus R. S., 2006, s. 231). Dette kan kanskje føre oss nærmere det å forstå de individuelle prosessene som påvirket personen i den situasjonen han var i, for bedre å imøtekomme reaksjoner og opplevelser som fører til stress. Ved å ta slike opplevelser på alvor, kan misforståelser og faren for å trekke raske slutninger om årsaksforhold, bli forebygget. Derfor er det også viktig å ta høyde for det individuelle perspektivet i sammenheng med bruk av kulturelle teorier som er utledet på gruppenivå. Ved å se teorier sammen og fra ulike perspektiver, kan vi oppnå en mer nyansert forståelse som øker den kulturelle kompetanse i det interkulturelle møtet.

7 Avslutning

Studien har undersøkt opplevelser hos minoritetsforeldre i møte med den norske helsestasjonen. Formålet med undersøkelsen var å oppnå en dypere forståelse for hvordan minoritetsforeldre med flyktningbakgrunn opplever dette møtet. Forståelsen kan gi kunnskap som fremmer målrettede og likeverdige tiltak overfor foreldre i målgruppen. Kunnskap om hva foreldrene selv vektlegger i møtet med helsestasjonen, kan danne grunnlag for en mer målrettet veiledning, som styrker foreldrenes mulighet til å gi barna en god helse, noe som er et premiss for en trygg og god oppvekst.

Inspirasjon til å gjennomføre undersøkelsen skrev seg fra kunnskap om den komplekse konteksten foreldre med flyktningbakgrunn befinner seg i, stilt overfor tilpasning til en ny virkelighet, i et nytt samfunn, både når det gjelder mestring av omsorgsrollen for barn og mestring av egen helse. Den faglige anbefalingen fra helsedirektoratets om at helsestasjonen bør tilpasse veiledningen til minoritetsforeldre støttet behovet for dypere forståelse og kunnskap.

Det ble valgt et kvalitativ tilnærming til undersøkelsen. 10 informanter ble invitert og rekruttert til dybdeintervju. I denne studien ble et kvalitativt forskningsdesign valgt for å besvare problemstillingen. Det ble benyttet en hermeneutisk tilnærming for å bedre å forstå den subjektive virkeligheten som informantene opplevde. En hermeneutisk bevissthet ga mulighet til å justere forforståelse i møte med informantene. Forforståelsen forut for undersøkelsen, bestod blant annet av forskning som definerte minoritetsforeldre med flyktningbakgrunn som en sårbar gruppe. I møte med denne målgruppen fikk imidlertid forforståelsen en justering i retning av bredere innsikt i de mange ulike ressursene foreldrene var i besittelse av. Denne undersøkelsen har derfor gitt en verdifull innsikt i virkeligheten til menneskene bak statistikken.

Resten av kapittelet oppsummerer undersøkelsen og kommer med noen betraktninger om det videre arbeidet.

7.1 En god opplevelse på helsestasjonen

Informantene oppga at det var viktig å oppleve trygghet på helsestasjonen. Det å bli møtt med en positiv holdning ga en trygg opplevelse. Flere brukte termen *god energi* om dette, som kanskje også kan forstås som anerkjennelse. I tillegg bidro tålmodighet, god tid, forståelse for situasjonen og fokuset på barnet til trygghet. Informantene i undersøkelsen fremsto alle som mestrende og velfungerende foreldre i intervjusammenheng, og det ble utledet få data relatert til foreldrenes psykiske helse. Teorien pekte på at akkulturativt stress ofte preger minoritetsforeldrene sin hverdag den første tiden i et nytt land. Lazarus viste sammenhengen mellom stress, mestring og følelser. Dette samsvarer med at foreldrene opplevde det å føle trygghet som viktige i møtet med helsestasjonen. For nye foreldre i et nytt land, er det sannsynlig at disse faktorene er betydningsfulle. Både teori og empiri viser at minoritetsforeldre har behov for tilpassede helsetjenester for å skape et trygt fundament for mestring av foreldrerollen i Norge.

7.2 Hvordan tilbud møter behov

Sitatet fra en av informantene kan oppsummere dette temaet: *Det positive er veldig mye, det negative er veldig lite*. De individuelle konsultasjonene gir god foreldrestøtte. Tilgang på kunnskap er viktig, og dette var noe som både nye og erfarne foreldre pekte på som betydningsfullt. Funnet stemmer overens med tidligere undersøkelser som betrakter hva foreldre vektlegger i møte med helsestasjonen. For nye minoritetsforeldre kan kunnskapen bidra til økt forståelse og mestring av foreldreskapet i det nye samfunnet.

Språkbarrierer

Alle hadde erfart at helsestasjonen hadde gode rutiner for å bestille tolk. Det hadde gitt dem et erfaringsgrunnlag som utledet interessante funn, knyttet til språkbarrierer og erfaring med å bruke tolk. Tolk ble betraktet som trygt og nødvendig i starten, ettersom foreldrene var opptatt av å tilegne seg kunnskap. Allikevel var det ikke uproblematisk å bruke tolk. Tilstedeværelsen av en tredjepart, representerte ulike barrierer. Noen opplevde at det hindret direkte dialog, var tidkrevende og ga rom for misforståelser. Det skapte motivasjon til å lære språket. På tross av at de visste at tolken hadde taushetsplikt, opplevde noen utrygghet relatert til å dele opplysninger. Å kjenne tolken privat, var en barriere for åpenhet i samtalen. To ulike perspektiver kom til syne. Foreldrene som var nye i foreldrerollen ønsket

ofte å bruke tolk lenger enn de erfarne foreldrene. De erfarne foreldrene oppga oftere å se på helsestasjonsbesøket som en anledning til å trene på språket. Det kan ha sammenheng med at de vurderte å være trygge i selve foreldrerollen. Helsestasjonen kan i tillegg blitt vurdert som en trygt arena for å prøve ut språket på egen hånd. På bakgrunn av disse funnene konkluderer studien med at det er behov for å utvikle kvaliteten i tolkebruk. Både tolkens faglighet og helsepersonellens erfaring og rutiner knyttet til tolkebruk er viktig i denne sammenheng.

Helsestasjonen som nettverksbygger

Flere undersøkelser har vist at minoritetsforeldre savner et sosialt fellesskap i Norge. Foreldrene fortalte om overgangen fra hjemlandet til Norge. Flere hadde følt på fraværet av familietradisjoner og sosialt nettverk, særlig kvinnefellesskapet de var vant med fra hjemlandet. Det kan ha sammenheng med et begrenset lokalt nettverk og språkbarrierer, i kombinasjon med ansvaret foreldreskapet innebærer. Noen hadde beholdt transnasjonale bånd og opplevde det som støttende i sammenheng med barneomsorgen. Andre fant kilder til støtte i det norske samfunnet. Gruppekonsultasjonene på helsestasjonen kunne være en kilde til sosialt fellesskap. Undersøkelsen viste at helsestasjonens gruppekonsultasjoner ikke alltid representerer et lavterskeltilbud for minoritetsforeldre. Språkbarrierer blir oppgitt som en hovedgrunn til at minoritetsforeldrene i mindre grad deltar i slike grupper enn etnisk norske foreldre. Foreldrene i denne undersøkelsen kom fra kollektivistisk orienterte samfunn, med en mindre utbygd velferdsstat, og med lange tradisjoner for å søke råd innad i kvinnefellesskapet i familien. Deltagelse i foreldregupper der foreldrene selv utgjør ressursen, kunne kanskje senke terskelen for å dele erfaringer og søke støtte i foreldreskapet, på en måte som kanskje ikke oppleves like enkelt i den individuelle konsultasjonen med helsepersonell.

Helsestasjonen som arena for integrering.

En av hovedoppgavene til helsestasjonen er individuell veiledning og støtte. Informantene som erfarte negativ kommunikasjon i konsultasjonen, følte på utrygghet og avstand. Opplevelsene kan vi anta bidrar til belastning, ettersom foreldrerollen er sårbar i seg selv og kan vekke dype følelser. Foreldrene i denne undersøkelsen befant seg i en

minoritetsposisjon overfor en profesjonell representant for majoritetssamfunnet. Forskning setter møte med negative holdninger i majoritetssamfunnet i sammenheng med opplevelse av akkulturativt stress, som over tid påvirker helsen til flyktninger. Et interessant funn i denne forbindelse var at det kun var mennene som rapporterte om negative opplevelser. Kvinnene uttalte at de vegret seg for å si noe negativt om helsestasjonen.

Helsestasjonen var likevel hovedsakelig en arena der informantene, særlig kvinnene, hadde opplevd trygghet og mestring av foreldrerollen. Informantene betraktet i stor grad helsestasjonen som et lavterskeltilbud der de individuelle konsultasjonene ga mulighet til veiledning og tilpasning. Det satte de i stand til bedre å mestre utfordringer den første tiden med barn. Flere erfarne foreldre fortalte at helsepersonell veiledet med utgangspunkt i deres individuelle situasjon. Det var betydningsfullt at helsepersonellet etterspurte praksisen i hjemlandet, før de ga råd om hvordan det kunne gjøres i Norge. At standardkonsultasjonen tar utgangspunkt i hver enkeltes individuelle behov i et helsefremmende og forebyggende perspektiv, kan kanskje forklare noe av årsaken til at foreldrene i denne undersøkelsen ikke oppga å erfare press og krav om å tilpasse sin egen foreldrestil til vestlige tradisjoner. Dette kan tyde på at helsepersonell er oppmerksomme på å utvise en kultursensitiv holdning i den individuelle konsultasjonen. Det kan også tyde på at foreldrene er trygge i sin rolle. I et sosialkonstruktivistisk perspektiv, kan dette være gjensidige synergier. Dersom minoritetsforeldre blir gitt mulighet til å ivareta sine kulturelle preferanser for foreldreskap, og samtidig tilegne seg den kunnskapen de trenger for å utøve sitt foreldreskap i Norge, vil det være i samsvar med viktige integreringsmessige prinsipper.

7.3 Studiens begrensninger

Den kvalitative intervjumetoden gir anledning til å komme tett på informantenes virkelighet. Ettersom virkeligheten skapes gjensidig gjennom menneskemøter, vil andre menneskemøter gi andre virkeligheter, noe som gjør det umulig å trekke endelige sannheter om mellommenneskelige fenomener. Dette kan betraktes som en begrensning ved metoden. Kvalitative møter fremmer imidlertid viktig kunnskap om menneskers livsverden, og forståelsen av hverandre kan bringe mennesker nærmere hverandre. Det i seg selv er en grunn til å fortsette å forske og skape ny kvalitativ kunnskap.

Hensikten med studiet var å undersøke hvordan minoritetsforeldrene opplevde det interkulturelle møtet med helsestasjonen for spe- og småbarn. Denne konteksten kunne vært ytterligere avgrenset. Det ville gitt anledning til å gå dypere inn i ett tema, for eksempel veiledningskonteksten. På en annen side hadde det ekskludert interessante opplevelser omkring den helhetlige opplevelsen av møtet med helsestasjonen.

Under intervjuene åpenbarte seg erfaringer og perspektiver som kunne være interessante å forske videre på, men som ikke direkte kunne relateres til temaet for undersøkelsen.

Eksempelvis hadde flere deltagere interessante erfaringer med det norske helsevesenet.

Dette var perspektiver på systemene som man som representant for etnisk majoritet kan ha «blinde flekker» for, og som derfor kunne bidratt til å belyse systemene vi som offentlig ansatte er forvaltere av.

Det hadde vært relevant å ta for seg hjemmebesøket i denne undersøkelsen, ettersom det var en fast konsultasjon, og foreldrene oppga det som en ny og positiv opplevelse som de ikke hadde erfaring med fra hjemlandet. En analyse av hjemmebesøket ville imidlertid gått ut over oppgavens rammer.

7.4 Forslag til videre forskning

Som vi så i teoridelen er foreldrenes helse av stor betydning for barnas oppvekst.

Minoritetsforeldre som har opplevd tvungen migrasjon har i snitt dårligere helse enn øvrig befolkning. Ettersom foreldrenes psykiske helse er et fast tema ved den individuelle helsekonsultasjonen, kunne det vært relevant at det ble utledet funn også på dette området.

Ingen av foreldrene fortalte om erfaringer knyttet til dette temaet i de individuelle konsultasjonene, og det ble derfor ikke utledet data vedrørende dette temaet. Kanskje anså foreldrene det som irrelevant å dele i intervjusituasjonen. Antagelig har foreldrene først og fremst fokus på barnet i konsultasjonen på helsestasjonen og legger mindre vekt på spørsmål som blir stilt omkring egen helse. I tillegg kan kulturelle tradisjoner omkring det å snakke om psykiske helse med offentlige ansatte være en barriere. Intervjuguiden inneholdt heller ikke direkte spørsmål omkring temaet, ettersom det ville medført en ekstra dimensjon med tanke på ivaretagelse av informantene. Under tilrettelagte omstendigheter ville en

kvalitativ undersøkelse av minoritetsforeldres opplevelse av egen helse, kunne bidratt til viktig innsikt og forståelse av faktorer som påvirker vurdering og mestring i et nytt samfunn.

7.5 Implikasjoner for praksis

Det er en sterk anbefaling fra helsedirektoratet at helsestasjonen bør gi alle foreldre tilbud om å delta i gruppekonsultasjoner. Funnene i denne undersøkelsen viste utfordringer i å inkludere minoritetsforeldre i det ordinære gruppetilbudet i nærmiljøet til informantene. Undersøkelsens kvalitative tilnærming tilsier at funnene ikke lar seg generalisere til å si noe om hvordan gruppetilbudet på helsestasjonen generelt inkluderer minoritetsspråklige foreldre. Dersom undersøkelsen likevel skulle antyde implikasjoner for praksis ville det være å se nærmere på tiltak som fremmer et mer inkluderende gruppetilbud til minoritetsforeldre i regi av helsestasjonen. Etablering av foreldregupper kan imøtekomme minoritetsforeldre sitt behov for sosiale møteplasser i den nye tilværelsen som foreldre i et nytt land, og mål om brukermedvirkning og likeverdighet i helsetjenester til målgruppen. Språk er viktig og skaper sosiale fellesskap. Mangel på språk skaper barrierer. Undersøkelsen antyder derfor et behov for å utvikle kvaliteten i tolkesituasjonen.

Undersøkelsen konkluderer med at foreldre stort sett opplever høy grad av tilfredshet med innholdet i helsestasjonstilbudet. Selv om kulturer er dynamiske og i endring, vil ulikheter i kulturelle tradisjoner kunne påvirke det interkulturelle møtet på helsestasjonen. Jo større ulikheter i kulturbakgrunn, jo større kultursensitivitet bør helsepersonell utøve i kommunikasjonen med minoritetsforeldre. Likevel vil ønsket om å forstå hverandre være den viktigste forutsetningen for å lykkes med det interkulturelle møtet. Studien har vist at trygghet og forståelse kan formidles og oppnås på tvers av kulturer, noe følgende sitat fått i oppgave å oppsummere:

.. det viktigste for en innvandrer er god energi. God positiv energi. Etterpå kommer barnets utvikling, haha. Fordi, hvis du føler deg bra, kan du snakke - ja, litt lettere. Og si alle ting til henne og han, ikke sant? Men hvis du ikke føler deg god, eller slapper av, vil du ikke snakke så mye. Da vil du gå fort hjem, du vil ikke snakke.

Litteraturliste

- Aambø, A. (2021). *Innvandrerens helse og helsetjenestens ansvar*. Cappelen Damm AS.
- Berger, P., & Luckman, T. (2000). *Den samfunnskapede virkelighet*. (F. Wiik, Overs.) Fagbokforlaget. (Opprinnelig utgitt i 1966).
- Briggs, C. L. (1986). *Learning how to ask*. Cambridge University Press.
- Brinkmann, S. (2019). *Hvad er et menneske -en filosofisk dannelsesreise*. Gyldendal.
- Bush, T. (2019). *Akademisk skriving*. Vigmostad & Bjørke AS.
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker. Innføring i interkulturell kommunikasjon*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Drummond, J., & Varvin, S. (2019, 05 01). I tell my mother that ... sometimes he didn't love us—Young adults' experiences of childhood in refugee families: A qualitative approach. *Childhood. A journal Of global child research*, ss. 221-235.
doi:<https://doi.org/10.1177%2F0907568219828804>
- Dybdahl Jakobsen, M., & Storstein Spilker, R. (2020). *Innvandrere og brukervedvirkning i helse- og omsorgstjenestene*. Omsorgsbiblioteket.no.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. Gyldendal Akademisk.
- Fandrem, H. (2019). *Mangfold og mestring i barnehage og skole. Migrasjon som risikofaktor og ressurs*. Cappelen Damm.
- FN. (2021, 29. juni). *Flyktninger*. Hentet fra www.fn.no:
<https://www.fn.no/tema/flyktninger/flyktninger>
- FN-Sambandet. (2022, 04 02). *Barnekonvensjonen*. Hentet 04 28, 2022 fra [Fn.no](http://www.fn.no):
<https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/barnekonvensjonen>
- Forskning.no. (2021, 05 20). *Barn av flyktninger i Norge -de spurte aldri om familien min*. Hentet fra <https://forskning.no/barn-og-ungdom-innvandring-oslomet/barn-av-flyktninger-i-norge--de-spurte-aldri-om-familien-min/1853130>
- Friberg, J., & Bjørnset, M. (2019). *Migrasjon, foreldreskap og sosial kontroll*. FAFO rapport.

- Furuseth, I., & Everett, E. L. (2020). *Masteroppgaven. Hvordan begynne - og fullføre* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Haaland, M. E. (2017, 03 30). Krevende kommunikasjon om svangerskap og fødsel - Om veiledning av innvandrerkvinner på en norsk helsestasjon. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, ss. 192 - 208. doi:<https://doi.org/10.18261/issn.1504-2898-2016-03-04-03>
- Harnischfeger, J. (2020). Å bli en annen. I A. Ottesen Berg, & K. Holt, *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid* (ss. 16-24). Gyldendal.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013, 19 08). *Regjeringen.no*. Hentet fra Innvandrers helsestrategien: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/ima/handlingsplaner/innvandrerhelsestrategien.pdf?msclkid=f1434a3bcfb311eca37c840a62871ae4>
- Helsedirektoratet . (2019, 11 11). *Gruppekonsultasjoner: Helsestasjonen bør gi alle foreldre tilbud om å delta i gruppekonsultasjoner [nettdokument]*. Hentet 04 29, 2022 fra Helsedirektoratet : <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar/gruppekonsultasjoner-helsestasjonen-bor-gi-alle-foreldre-tilbud-om-a-delta-i-gruppekonsultasjoner>
- Helsedirektoratet. (2019, 05 07). *Nytt fagråd for innvandreres helse og likeverdige helse- og omsorgstjenester [nettdokument]*. Hentet 05 05, 2022 fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nytt-fagråd-for-innvandreres-helse-og-likeverdige-helse-og-omsorgstjenester>
- Helsedirektoratet. (2021, 12 9). *Helsedirektoratet.no*. Hentet fra Helsestasjons- og skolehelsetjenesten: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar>
- Helsedirektoratet. (2021, 06 01). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2021, 09.12.21 torsdag). *Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

- Helsedirektoratet. (2022, 01 26). *Helsedirektoratet*. Hentet fra Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Hennum, N. (2011, 09 05). Mot en standardisering av voksenhet? Barn som redskap i statens disiplinering. *Sosiologi i dag*, 40 (1-2), ss. 57-70. Hentet fra
<http://ojs.novus.no/index.php/SID/article/view/990>
- Hjelde, K. (2020). Migrasjon og psykisk helse i Norge. I A. Ottesen Berg, & K. Holt, *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid* (ss. 65-88). Gyldendal.
- Hjälmhult, E., Glavin, K., Økland, T., & Tveiten, S. (2014, 07 januar). Parental groups during the child's first year: an interview study of parents' experiences. *Journal of Clinical Nursing*(23), ss. 2980-2989. doi:10.1111/jocn.12528
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and Organizations. Software of the mind* (3. utg.). McGraw-Hill Books.
- Hylland Eriksen, T., & Arntsen Sajjad, T. (2020). *Kulturforskjeller i praksis*. Gyldendal Akademisk.
- Illman, R., & Nynäs, P. (2017). *Kultur, människa, möte. Ett humanistisk perspektiv* (2. utg.). Lund: Studentlitteratus.AB.
- Jansson, A., & Isacson, Å. K. (1998, 8 November). Quality in Child Healthcare. The views of mothers and Public Health Nurses. *Scandinavian Journal og Caring Sciences*, ss. 195-204. doi:10.1080/02839319850162805
- Jensen, I. (2021). *Grundbog i kulturforståelse*. Smafundslitteratur.dk.
- Johannesen, A., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt Forlag AS.
- Killèn, K. (2013). *Barndommen varer i generasjoner* (3. utg.). Kommuneforlaget.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal.
- Larsen, C. K., & van der Weele, J. (2020). Vurdering av omsorgsevne -hvilken betydning har kultur? I A. Ottesen Berg, & K. Holt, *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid* (s. 173197). Gyldendal.

- Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser -en ny syntese*. (M. Visby, Overs.) Akademisk Forlag. (Opprinnelig utgitt 1999).
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publisher Company.
- Lindberg, A., & Hvatum, I. (2019). Møtet med helsestasjonen - foreldre som aktive deltagere. I H. Holme, E. S. Olavsen, L. Valla, & M. B. Hansen, *Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling* (ss. 289-299). Gyldendal Akademisk.
- Lovdata. (2021, 06 11). *Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. (tolkeloven)*. Hentet 05 06, 22 fra Lovdata: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-11-79#KAPITTEL_3
- Lovdata. (2021, 12 9). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Lovdata. (2022, 01 01). *Integreringsloven*. Hentet 04 24, 2022 fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2020-11-06-127>
- Misvær, N. (2019). Kommunikasjon. I N. Misvær, & P. Lagerløv, *Håndbok for helsestasjoner* (4. utg., ss. 69-94). KF.
- Misvær, N., & Lagerløv, P. (2018). *Håndbok for helsestasjonen. 0-5 år*. (4. utg.). Kommuneforlaget.
- NESH. (2022, 02 27). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Hentet fra De Nasjonale Forskningsetiske komiteene: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Odden, G. (2018). *Internasjonal migrasjon. En samfunnsvitenskapelig innføring*. Fagbokforlaget.
- Oltedal, S., & Nygren, L. (2019, 1). Private and public families: Social workers' views on children`s and parents` position in Chile, England, Lithuania and Norway. *Journal of Comparative Social Work*, ss. 1-27. doi:<https://doi.org/10.31265/jcsw.v14i1.235>

- Rasborg, K. (2013). Socialkonstruktivismen i klassisk og moderne sociologi. I L. Fuglesang, P. B. Olsen, & R. Klaus, *Videnskapsteori i samfunnsvitenskapene. På tvers av fagkulturer og paradigmer* (ss. 403-438). Samfundslitteratur.
- Rugkåsa, M. (2008). Majoriteten som premissleverandør i "flerkulturelt" arbeid. I A. M. Otterstad, *Profesjonsutøvelse og kulturelt mangfold* (ss. 7-93). Universitetsforlaget.
- Salole, L. (2018). *Identitet og tilhørighet. Om ressurser og dilemmaer i en krysskulturell oppvekst* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Salole, L., & Holme, H. (2016). Krysskulturelle møter på helsestasjonen. I H. Holme, E. S. Olavsén, L. Valla, & M. B. Hansen, *Helsestasjonstjenesten* (ss. 173-187). Gyldendal Norsk Forlag.
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A., & Torsheim, T. (2017). *Stress og mestring*. HEMIL-senteret. Helsedirektoratet.
- Smette, I., & Rosten, M. G. (2019). *Et iaktatt foreldreskap. Om å være foreldre og minoritet i Norge*. Nova, Oslo Met.
- SSB. (2018). *Materielle og sosiale mangler i den norske befolkningen. Resultater fra Levekårsundersøkelsen EU-SILC*. Statistisk sentralbyrå. Hentet 03 21, 2022 fra https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/_attachment/339727?_ts=161bdb9a620
- SSB. (2021, 25. mai). *Personer med flyktningbakgrunn*. Hentet fra Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/personer-med-flyktningbakgrunn>
- Tembo-Pankuku, M., & Studsrød, I. (2022, 01 06). Defining "Good Enough" Parenting. (S. S. Baikady R., Red.) *Palgrave Handbook of Global Social Problems*, ss. 1-14. doi:10.1007/978-3-030-68127-2_87-1
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2018). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal Akademisk.

UKOM. (2021). *Undersøkelsen etter drukningsdøden i Tromsø. Hva kan vi lære om integrering og flyktninghelse?* www.ukom.no.

Viljugrein, T., & Lindboe, A. (2016). Helsestasjonen- de yngste barnas rett til en helsetjeneste. I H. Holme, E. S. Olavsén, L. Valla, & M. B. Hansen, *Helsestasjonstjenesten* (ss. 19-25). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide

Innledende tema:

Nåsituasjon, skole/jobbb? Fortell gjerne litt om en vanlig dag.

Bakgrunnsinformasjon: Hvilket land kommer du fra?

- alder på deg og barna? hvor lenge har du bodd i Norge?
- hva slags utdanning har du og hva jobbet du med der du vokste opp?

Hovedspørsmål knyttet til opplevelser og erfaringer med helsestasjonen.

1. Har du erfaring med helsestasjon fra landet du vokste opp i?
2. Hvis ja, kan du fortelle litt om hvordan helsestasjonen fungerte? Hva slags hjelp fikk foreldre og barn der?
3. Kan du prøve å tenke tilbake og huske første gang du var på en helsestasjon i Norge. Hvordan opplevde du det? Utdyp. Hva følte du når du kom inn? Kan du huske noe du ble overrasket over?
4. Hvordan synes du det er, hva føler du, når du kommer inn i venterommet?
5. Hvordan opplever du samtalene med personalet der? Hvem tar kontakt når du kommer? Hvordan synes du det er?
6. Hva er viktig for deg ved et besøk på helsestasjonen? Utdype, forklare mer.
7. Er det temaer du savner veiledning og hjelp til som forelder? Er det mulighet til å snakke om det du ønsker hjelp til, og å stille spørsmål?
8. Har du tolk på helsestasjonen? Hvis ja, dine erfaringer/opplevelser? Evt hvorfor ikke?
9. Har du hatt noen gode opplevelser på helstasjonen, noe som var viktig for deg som foreldre? Hva skjedde? Hvordan har det påvirket deg?
10. Har du noen negative opplevelser på helsestasjonen? Hva skjedde? Hvordan har det påvirket deg?
11. Har du fått kontakt med andre foreldre på helsestasjonen? Hva skjedde?

12. Har du fått tilbud om svangerskapskurs eller barselgruppe? Hvordan opplevde du det? Hvordan gikk kommunikasjonen? Tolk?
13. Kan du fortelle litt om hvordan du opplever å være foreldre i Norge sammenlignet med landet du vokste opp i? (hvis aktuelt)

Avsluttende tema:

Oppsummering fra forsker. Har forsker forstått det rett? Er det noe intervjupersonen vil legge til/endre? Hvordan oppfattet intervjupersonen intervjusituasjonen?

Vedlegg 2: Intervjuguide, forenklet

Intervjuguide

1. Hvilket land kommer du fra?
 - alder på deg og barna?
 - hvor lenge har du bodd i Norge?
 - tidligere jobb eller utdanning?
2. Har du erfaring med helsestasjon fra landet du vokste opp i?
3. Hvis ja, hvilken?
4. Kan du prøve å tenke tilbake og huske første gang du var på en helsestasjon i Norge. Hvordan opplevde du det? Utdyp. Hva følte du når du kom inn? Kan du huske noe du ble overrasket over?
5. Hvordan synes du om å være på venterommet?
6. Hva skjer når du er der?
7. Hva er viktig for deg ved et besøk på helsestasjonen?
8. Er det temaer/saker du savner veiledning og hjelp til som forelder?
9. Kan du snakke om det du ønsker hjelp til og stille spørsmål?
10. Har du tolk på helsestasjonen? Hvis ja, dine erfaringer/opplevelser? Evt hvorfor ikke?
11. Har du hatt noen gode opplevelser på helsestasjonen, hva skjedde og hvorfor var det viktig?
12. Har du noen negative opplevelser på helsestasjonen? Hva skjedde? Hvordan har det påvirket deg?
13. Har du fått kontakt med andre foreldre på helsestasjonen? Hva skjedde?
14. Har du fått tilbud om svangerskapskurs eller barselgruppe? Hvordan opplevde du det? Hvordan gikk det? Tolke?
15. Hvis du skulle gitt helsestasjonen et terningkast? 1-6
16. Kan du fortelle litt om hvordan du opplever å være foreldre i Norge sammenlignet med landet du vokste opp i? (hvis aktuelt)
17. Er det noe mer du ønsker å legge til, fortelle om i denne forbindelse?

Vedlegg 3: Tabell over informanter

Del 1: Foreldre med flyktningbakgrunn:

	Kjønn	Alder	Verdensdel	År i Norge	Migrasjonsårsak	Antall barn/antall barn f. i Norge	Alder på barn	Intervju-dato
I # 1	Ektepar	Trettiårene	Sørøst-Asia	3	Flyktninger/Asyl	3/1	1-7	08.11.2021
I # 2	Kvinne	Trettiårene	Sørøst-Asia	3	Flyktning/Asyl	3/1	1-9	08.11.2021
I # 3	Kvinne	Trettiårene	Sørøst-Asia	3	Flyktninger/Asyl	3/1	1-9	16.11.2021
I # 4	Kvinne	Trettiårene	Afrika	5	Familie-gjenforening	2/2	2-4	10.11.2021
I # 5	Kvinne	Tjueårene	Midtøsten	2	Familie-gjenforening	1/1	1	11.11.2021
I # 6	Ektepar	Trettiårene	Sørøst-Asia	3	Flyktninger	2/3	1-7	14.11.2021
I # 7	Mann	Tjueårene	Midtøsten	5,5	Flyktning Asyl/	1/1	10 uker	17.11.2021
I # 8	Mann	Førtiårene	Afrika	8	Kvoteflyktning	3/2	1-9	23.11.2021

Alle informantene er gift. 7 av informantene har høyere utdanning, 3 har gjennomført grunnskole. De er alle underveis i introduksjonsprogrammet, med unntak av informant nr 8 som var i fast jobb. Informant nr 5 er intervjuet med tolk, resten på norsk.

Vedlegg 4a: Invitasjon med samtykke

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Brukerundersøkelse om helsestasjonen”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan helsestasjonen møter foreldres behov for veiledning. Dette skrevet inneholder informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette prosjektet er en masteroppgave som inngår i studiet «Master i interkulturelt arbeid». Målet med prosjektet er å få økt innsikt i hvordan foreldre med flyktningbakgrunn opplever møtet med helsestasjonen for barn 0-5 år, og om veiledningen fra helsestasjonen møter foreldrenes behov. Undertegnede ønsker derfor å intervju ca 10 foreldre med barn i helsestasjonsalder som er bosatt i kommunen de siste 5 årene.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID vitenskapelige høgskole er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Undertegnede ønsker å intervju foreldre med flyktningbakgrunn og kort botid i Norge. Du/dere får spørsmål om å delta fordi du har erfaring som kan gi verdifulle svar på temaet for undersøkelsen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Å delta i undersøkelsen innebærer en intervju samtale på ca 1 times varighet der vi snakker om dine tanker og opplevelser i møte med helsestasjonen. Intervjuet kan om ønskelig foregå med tolk som har taushetsplikt. Undertegnede tar notater og intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og slettet etter bruk. Opplysning om landbakgrunn og erfaring med helsetjenesten i hjemlandet vil også være av interesse og inkluderes i intervjuet. Undertegnede har taushetsplikt, og personlige opplysninger vil bli anonymisert i undersøkelsen og det registreres ikke opplysninger om deres barn.

Det er frivillig å delta

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

Undersøkelsen er et studentarbeid og foregår ikke i samarbeid med helsestasjonen. Dine svar vil ikke kunne koples til deg eller påvirke samarbeidet med helsestasjonen for øvrig.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun studenten og veileder ved VID Vitenskapelige høgskole som har vil ha tilgang til intervjumaterialet.

Vedlegg 4b: invitasjon med samtykke

- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige opplysninger. Det skriftlige datamaterialet, lydbånd og kontaktopplysninger lagres i eget låsbart arkiv som kun brukes av undertegnede

Opplysninger rundt deltagerne anonymiseres så godt som mulig for å unngå gjenkjenning i den ferdige publikasjonen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet? Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er mai 2022. Deretter vil alt datamateriale inkludert lydbåndopptak og notater destrueres.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID vitenskapelige høyskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- VID Vitenskapelige høyskole ved:
 - Ingrid Marie Hodne, Student og prosjektansvarlig. Telefon: 91798801, mail: ingrid.marie.hodne@porsgrunn.kommune.no
 - Memory Jane Tembo, Veileder VID Vitenskapelige høyskole. Telefon: 92507626, mail: memory.tembo@vid.no
- Vårt personvernombud: Nancy Yue Liu

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ingrid Marie Hodne
(Student)

Memory Jane Tembo
(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Brukerundersøkelse om helsestasjonen», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervjusamtale.

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

----- (Signert av
prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5a: Godkjenning NSD

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

924482

Prosjekttittel

Hvordan opplever nybosatte familier med flyktningebakgrunn møtet med helsestasjonen og hvordan møter innholdet i konsultasjonene foreldres behov? Et studie med fokus på brukerperspektivet.

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for teologi, diakoni og ledelsesfag / Fakultet for teologi, diakoni og ledelsesfag Stavanger

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Memory Jayne Tembo, memory.tembo@vid.no, tlf: +4792507626

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ingrid Marie Hodne, backen658@hotmail.com, tlf: 91798801

Prosjektperiode

20.08.2021 - 20.06.2022

Vurdering (1)**12.10.2021 - Vurdert****UTKAST**

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 12.10.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om etnisk opprinnelse og helseopplysninger frem til 20.06.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

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

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf.

Vedlegg 5b: Godkjenning NSD

personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Henriette N. Munthe-Kaas

Lykke til med prosjektet!