



Hvilke erfaringer har innvandrereforeldre med skolehelsetjenesten?

Hiwot Agedew

VID vitenskapelige høgskole

Campus: Oslo

Masteroppgave

MIS5-1 Mastergradsstudium i sykepleie med et
kommunehelsetjenesteperspektiv

Antall ord: 23903

01.12.2021

Innholdsfortegnelse

FORORD	5
SAMMENDRAG	6
SUMMARY	8
1. INNLEDNING	10
1.1 Bakgrunn for valg av tema	12
1.1.1 Plikten/ansvaret til en likeverdighetstjeneste	12
1.1.2 Behov for mer kunnskap	13
1.1.3 Erfaringer/nysgjerrighet	15
1.2 Hensikt og problemstilling	16
1.3 Avgrensning og begrepsavklaring	16
1.4 Oppgavens disposisjon	17
2 TEORETISK REFERANSERAMMER	18
2.1 Likeverdige helsetjenester	18
2.2 Skolehelsetjenesten som en del av folkehelsearbeidet	19
2.3 Helsekompetanse (health literacy)	20
2.4 Familie med innvandrerbakgrunn	22
3 METODE	25
3.1 Design og metode	25
3.2 Utvalg og rekruttering	25
3.3 Datainnsamling	28
3.4 Dataanalyse	33
3.4.1 Transkribering	33
3.4.2 Analysearbeidet	34
3.5 Forskerens egen forforståelse	39
3.6 Etske overveielser	40
3.7 Refleksivitet, reliabilitet og validitet	42
4 FUNN	45
4.1 Helsesykepleier er til å stole på	45
4.2 Ubegag og mistro til tjenesten	46
4.3 Manglende systemkunnskap	49
4.4 Forslag til forbedring av praksis	52
5 DISKUSJON	54
5.1 Mellom omsorg og kontroll	54
5.2 Mistro og frykt for samarbeidet med barneverntjenesten	56

5.3 Helsekompetansens betydning for likeverdige helsetjenester	63
5.4 Betydningen av tilgjengelig skolehelsetjeneste	71
6 KONKLUSJON.....	73
6.1 Implikasjon for praksis.....	78
REFERANSELISTE	80
VEDLEGG 1: NSD søknad	91
VEDLEGG 2: Informasjonsskriv til ledende helsesykepleier	93
VEDLEGG 3: Forespørsel om deltakelse til prosjektet.....	94
VEDLEGG 4: Intervjuguide.....	97

FORORD

Endelig i mål. Det var trangen for mer kunnskap og et ønske om å skrive en masteroppgave som gjorde at jeg begynte på masterstudiet. Men jeg har flere ganger lurt på hvorfor jeg har utsatt meg selv for en slik påkjenning som det er å skrive en masteroppgave.

Å jobbe med denne studien har vært ganske krevende og lærerikt. Jeg er takknemlig for å ha fått muligheten til å fordype meg i et tema som er veldig interessant. Det har gitt meg nye perspektiver personlig og profesjonelt, og jeg er takknemlig for det.

Oppgaven er ferdig - og flere personer fortjener en takk.

Først og fremst – takk til de engasjerte informantene mine som har deltatt i studien. Uten deres bidrag hadde det ikke blitt noe studie. Takk, alle sammen!

En stor takk går også til min veileder Nina Olsvold for støtte, tålmodighet og ærlige, tydelige og konstruktive tilbakemeldinger. Det har bidratt til å skape struktur i stormen, og jeg har lært mye. Takk, Nina!

Takk til mine gode venninner Ellen og Ingunn, for støtte, oppmuntring, masse nyttige diskusjoner og korrekturlesing – samt for å være ventiler for min frustrasjon under hele perioden. Takk, Cecilie for nyttige innspill.

Tusen takk til min arbeidsgiver og mine sjefer, som har støttet meg gjennom hele studien med forståelse og tilrettelegging. Takk, Veslemøy, for gode samtaler når det stormet som verst. Takk til alle ved Barn-, ungdom- og familietjenesten i Sola kommune for all oppmuntring. Jeg vil også si takk til Statsforvaltaren i Rogaland som har støttet meg med stipend.

Takk til familien min i Etiopia som trodde på at jeg skulle klare dette!

Til slutt - en stor applaus til min mann Abraham, som har holdt ut gjennom denne perioden preget av frustrasjon og opp- og nedturer. Takk for samtalene, tålmodighet, støtte og forståelse i en krevende tid.

SAMMENDRAG

Temaet: Denne studien handler om innvandrerforeldres erfaringer med skolehelsetjenesten.

Bakgrunn: Arbeidet med å jevne ut ulikheter i helsetjenestene er en del av folkehelsearbeidet. Likeverdig helsetjeneste er et pålagt ansvar til skolehelsetjenesten og noe som forutsetter at foreldre har tilstrekkelig helsekompetanse.

Innvandrerforeldre kan ha mange utfordringer med å bruke skolehelsetjenesten. Det er gjort lite forskning som tar opp innvandrerforeldres erfaringer med skolehelsetjenesten i Norge. Helsepersonell gir uttrykk for at det er vanskelig å gi helsetjenester til innvandrerbefolkningen og at de trenger mer kunnskap om helsekompetansen blant dem.

Hensikt: Studiens hensikt er å belyse innvandrerforeldres erfaringer med skolehelsetjenesten.

Teoretisk forankring: Likeverdig helsetjeneste og helsekompetanse (*health literacy*) samt tidligere relevant forskning utgjør det teoretiske grunnlaget i studien.

Metode: Studien bygget på kvalitativ metode. Det ble gjennomført telefonintervjuer med 12 foreldre (fedre = 3, mødre =9) med innvandrerbakgrunn. Data ble analysert ved hjelp av Granheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse (2004).

Funn: Innvandrerforeldre er fornøyde med tjenesten og den helhetlige hjelpen de blir tilbudt. Flere av dem uttrykker en skepsis til samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og barneverntjenesten. Frykten for barneverntjenesten er noe som er gjennomgående i samtaler med informantene.

Foreldrene opplever misforståelse og forskjellsbehandling i møte med tjenesten. Flere av dem stiller spørsmål ved om det er ulik tilnærming til innvandrere sammenlignet med etniske norske. De verdsetter at skolehelsetjenesten finnes på barnas arena. De kommer til å ta kontakt på eget initiativ selv om de opplever mistenkeliggjøring og forskjellsbehandling.

Hovedfunnene tyder på mangelfull systemkunnskap blant foreldre, og skolehelsetjenesten er ukjent for dem. Foreldrene har erfaringer fra helsestasjonstiden, men trodde at tjenesten ble avsluttet når barna begynte på skolen.

De opplever større utfordringer med å finne informasjon om skolehelsetjenesten, samt hva slags rolle og funksjon helsesykepleieren har. Foreldrene ønsker tilpasset informasjon om tjenesten på de arenaene innvandrerforeldre tilhører.

Foreldrene synes det er vanskelig å finne ut hvordan de kan komme i kontakt med helsesykepleier, og tjenesten er lite tilgjengelig for dem og barna deres. De mener at skolehelsetjenesten bør være lett tilgjengelig for innvandrerforeldre og mer synlig for barna.

Innvandrerforeldre med vestlig bakgrunn og høyere utdanning føler seg generelt trygge overfor de ulike systemene, selv om de er usikre på hvordan tjenesten er bygd sammen.

Nøkkelbegreper: innvandrerforeldre, skolehelsetjenester, likeverdige helsetjenester, helsekompetanse.

SUMMARY

Theme: This study is about the immigrant parents experiences with school health services.

Background: Reducing and flattening the differences and inequalities in health services is a key part of public health practice in Norway. School Health services is one aspect health service delivered to students at all levels. The service presupposes that parents have sufficient knowledge and literacy about the service. However, in practice immigrant parents often report difficulties in using school health services. To the best of my knowledge, little research has been done on the challenges of school health delivery both from the parent's perspective. On the other hand, healthcare professionals expressed difficulties of providing health services to the immigrant population. They have expressed the need for more knowledge about the immigrant's health literacy and competence.

Purpose: The purpose of the study is to explore the experiences of immigrant parents in using school health services.

Theoretical grounding: Health equity and health literacy together with previously published research make up the theoretical foundation of this paper.

Method: This study adopted a qualitative research design where data was collected through an in-depth telephone interview of 12 immigrant parents. (fathers =3, mothers = 9). Graneheim and Lundmans` qualitative content analysis (2004) was used to analyze the data.

Findings: Immigrant parents are pleased with the service and the holistic help their children are offered. However, most of them expressed skepticism of the cooperation between the school health service and the child welfare system. The fear of the child welfare system was a recurring theme in the conversations with the informants.

Some parents expressed their concerns on different treatment and misunderstandings while they seek school health services compared to ethnic Norwegians. Several of them even question: "if there is a different approach towards immigrant's vs ethnic Norwegians." Lack of system knowledge among parents on types of school health services has negatively affected the parents. Immigrant parents experienced greater challenges in finding information about the school health services, as well as the role of the school nurse. Immigrant parents express their wishes for adapted information regarding the service.

Parents find it challenging to know how to reach out the school nurse, and the service as inaccessible and not easily visible for them and their children.

Immigrant parents with a western background and higher education has a higher sense of security to the different systems- even though they have some degree of uncertainty of how the different services organized.

Key concepts: immigrant parents, school health services, health equity services, health literacy.

1. INNLEDNING

Det er en overordnet målsetting for norsk helsepolitikk (Meld. St.34 (2012-2013), s.39) at helsetjenestene skal være likeverdige og at alle innbyggere skal ha lik tilgang til tjenestene. Det betyr at alle personer uavhengig av kjønn, religion, funksjonsnivå og etnisk tilhørighet skal ha en likeverdig tilgang til de helsetjenester som tilbys (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). I følge Le et al. (2021) er det ulike oppfatninger om hva likeverdige helsetjenester innebærer blant tjenesteutøvere i de ulike hjelpeapparater. Dette er med på å gjøre det vanskelig å nå målsettingen. Likeverdige helsetjenester handler også om å identifisere behov, å utvikle og å tilpasse tjenester i samsvar med behovene (Abubakar et al., 2018; Le et al., 2013). Funn fra rapporten til Le et al. (2021) om befolkningens helsekompetanse tyder på at det er behov for å tydeliggjøre de politiske og administrative føringene for hvordan dette skal tilrettelegges for mangfoldet innfor de ulike tjenesteområdene. Dette kan blant annet gjøres ved at brukerens perspektiv tas i beslutning av videreutvikling av eksisterende tiltak og eller utvikle mer treffsikre tiltak (Le et al., 2021).

Skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-2) og er sentral i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunene. Denne tjenesten er pålagt å tilby helsetjenester til alle barn, unge og deres foreldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003, § 2). Tjenesten har nær 100 prosent oppslutning og er en unik mulighet for helsesykepleier å møte barn og foreldre med ulike utfordringer og behov (Glavin, 2007; Helsedirektoratet, 2010; Waldum-Grevbo, 2015). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmede og forebyggende arbeidet i skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017) konkretiserer forskrift for tjenesten og forventningene myndighetene har til tjenestens innhold. Hovedpoenget med skolehelsetjenesten er at den befinner seg der barn og unge er, og fungere som en drop-in tjeneste for barn og unge og deres foreldre, dermed har tjenesten potensiale til å nå alle- uavhengig av bakgrunn og sosial tilhørighet. Gjennom kontakten med familien til barn og ungdom, sikrer tjenesten hele befolkningen tilbud om vaksiner og helseundersøkelser (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2003, §6-7). Tjenesten gir informasjon om hvordan den enkelte kan forebygge sykdom og skader, men gir også støtte til mestring og positiv utvikling (Helsedirektoratet, 2017). Det stiller krav

til tjenesten at den skal være lett tilgjengelig, likeverdig og gi lik tilgang til alle barn, unge og deres foreldre, uansett bakgrunn og tilhørighet. Målet er å kunne tilby hjelp på et tidlig tidspunkt (Helsedirektoratet, 2017).

Innvandrerfamilien i Norge kommer fra en rekke land, er en svært sammensatt gruppe og det er ulikheter selv internt i gruppen (Straiton et al., 2017). Det er grunn til å tro at foreldre med innvandrerbakgrunn kan ha ulike utfordringer med å ta kontakt med helsetjenesten (Ghahari et al., 2020; Kumar & Viken, 2010; Mbanya et al., 2019; Munthe-Kaas et al., 2018). Flere mener at dagens helsetjeneste ikke er tilstrekkelig tilpasset til deres behov (Früh et al., 2017; Norsk sykepleierforbund (NSF), 2017; Straiton et al., 2017). Det finnes mange ulike barrierer som kan virke begrensende på den reelle tilgangen til helse- og omsorgstjenester. Flere hevder at en betydelig andel av innvandrere har begrenset helsekompetanse (Gele et al., 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Jacobsen & Spilker, 2020; Le et al., 2021; Straiton et al., 2018) og assosieres med dårligere helse, sosialt utfall og spesifikke mønstre for bruk av helsetjenesten (Ahmed et al., 2016; Gele et al., 2016; Mbanya et al., 2019).

Helsetjenestene i Norge er sammensatt og består av flere ledd. Det forutsetter at brukeren har tilstrekkelig helsekompetanse for å kunne navigere i systemet for å finne rett tjeneste til rett tid (Le et al., 2021; Pettersen & Jenum, 2014). Le et al. (2021) definerer helsekompetanse som en grunnleggende ferdigheter, kunnskap og motivasjon som gjør individet i stand til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon med den hensikt å kunne ta helserelaterte beslutninger i hverdagen. Det handler om å ta avgjørelser relatert til hvordan en forebygger sykdom, om en har behov for ulike helsetjenester og hvilke helsefremmende tiltak som opprettholder eller forbedrer livskvaliteten gjennom livsløpet (Johnston et al., 2015; Le et al., 2021). Begrenset helsekompetanse er en medvirkende faktor og dermed en risiko for helsen (Glavin & Sæteren 2016; Helse- og omsorgs departementet, 2013; Le et al., 2021; Mbanya et al., 2019).

Endringer i befolkningens sammensetning gir nye utfordringer i helsetjenestene. Det er en særlig utfordring å sikre personer med innvandrerbakgrunn får et like godt tilbud som den øvrige befolkningen (Meld. St. 6 (2012-2013)). Foreldre med innvandrerbakgrunn mangler ofte kunnskap om de ulike typene av tjenester som finnes og mener at det er vanskelig å selv navigere blant helsetjenestene (Ahmed et al., 2016; Clark et al., 2002; Mbanya et al., 2019).

Studier viser at mangel på systemkunnskap og informasjon, innvandreres tidligere erfaringer fra helsetjenester og den vesentlige forskjellen fra hva innvandrere er vant til i hjemlandet kan føre til vanskelighet med å forstå hvordan helsetjenestene fungerer (Ahmed et al., 2016; Karim et al., 2020; Mbanya et al., 2019; Mäenpää & Åstedt-Kurki, 2008).

I tillegg til foreldrenes kompetanse, vil deres erfaring, utdanningsbakgrunn og måten helseinformasjonen presenteres på være avgjørende, hevder Le et al., (2021).

Foreldrene har en nøkkelrolle når det gjelder likeverdig skolehelsetjeneste til barn og unge (Anyango et al., 2020). Hvordan foreldrene oppfatter tjenesten vil derfor virke inn på om de støtter sine barn til å bruke den eller ikke (Anyango et al., 2020).

Foreldre er de viktigste personene i barnets oppvekstmiljø og foreldresamarbeidet er derfor avgjørende for tjenesten, og ikke minst for barn og unge. Det er blitt forsket mye om foreldresamarbeid og deltakelse i andre helsetjenester, men det er få studier som viser innvandrereforeldres erfaringer med skolehelsetjenestetilbudet i grunnskolen. I denne studien vil jeg utforske innvandrereforeldres opplevde erfaringer med skolehelsetjenesten – fra et likeverdig helsetjeneste-perspektiv. Det er ikke bare interessant, men også relevant med tanke på å sikre kravet om lovpålagte likeverdige helsetjenester for alle uansett bakgrunn, tro og tilhørighet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

1.1.1 Plikten/ansvaret til en likeverdighelsetjeneste.

Arbeidet med å jevne ut ulikheter i helsetjenestene er en del av folkehelsearbeidet (Meld. St.19 (2018-2019), s.52). Helsemyndighetene stiller krav om likeverdige helsetjenester, som reguleres av helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Likeverdige helsetjenester betyr at tilbudet skal ta utgangspunkt i den enkeltes forutsetning og behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Likeverdige helsetjenester innebærer en likeverdig tilgang, tilgjengelighet og bruk av helsetjenester som sikrer resultatlikhet for alle (Le et al., 2013). Det er behov for økt fokus og bevissthet med tanke på å oppfylle det lovpålagte kravet som skolehelsetjenesten har om likeverdig helsetjeneste fra

et brukerperspektiv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Mbanya et al., 2019; Munthe-Kaas et al., 2018).

Helseforskjeller rammer hardest i grupper med vedvarende lavinntekt, der Innvandrerfamilier er sterkt representert (Gele et al., 2016; Ghahari et al., 2020; Mbanya et al., 2019), og det er derfor viktig å kjenne til deres erfaringer for å sette inn målrettede tiltak for å fremme en bedre fordeling av skolehelsetjenesten (St.meld. nr.20 (2006-2007), s.36).

Temaet er relevant å undersøke fordi foreldrene er den viktigste allianse- og samarbeidspartneren for tjenesten for å sikre barn og unge god hjelp tidlig (Cha & Besse, 2015; Glavin & Erdal, 2018).

Studien til Al Zaabi et al. (2019) finner positive erfaringer med foreldredeltakelse og samarbeid med skolehelsetjenesten. Barn og unges helsesituasjon er nært knyttet opp til foreldrenes helse og livssituasjon (Barneombudet, 2013). Det er viktig med et godt samarbeid mellom helsesykepleier og foreldre for å kunne identifisere og løse de helsemessige problemene til barn og unge (Mäenpää & Åstedt-Kurki, 2008). Det er gjort lite forskning som tar opp innvandrerforeldres erfaringer med skolehelsetjenesten i Norge. Det er flere som gir uttrykk for at kunnskapen om bruken av helsetjenester, tilgjengelighet og kvalitet er basert på enkeltstudier og fremstår som mangelfull og fragmentert (Abebe et al., 2014; Gele et al., 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Meld.st. 6 (2012-2013), s.67). Kunnskap om innvandrerforeldres erfaringer og bruk av tilbudet i skolehelsetjenesten er avgjørende for å kunne si noe om hvorvidt tjenesten er likeverdig og tilgjengelig.

1.1.2 Behov for mer kunnskap

Behovet for mer kunnskap om helsetjenester til innvandrerbefolkningen fra et brukerperspektiv (Gele et al., 2016; Helsedirektoratet, 2017; Mbanya et al., 2019; Munthe-Kaas et al., 2018; Straiton et al., 2017; Waldum-Grevbo, 2015) er bakgrunn for valg av tema. Det er mangel på kunnskap både hvilke grupper som er studert og hvilke temaer som er belyst – noe som er en del av den kunnskapen vi trenger for å tilrettelegge tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Read et al., 2009). Barn og unge med innvandrerbakgrunn og deres foreldre må forholde seg til to kulturer i tillegg til å ha ulike erfaringer fra selve migrasjonen. De har ulikt syn på helse- og foreldrekompetanse (Karim et al., 2020; Le et al., 2013; Weichao & Chen, 2017) og opplever mange barrierer når det

gjelder å nyttiggjøre seg ulike helsetjenester (Munthe-Kaas et al., 2018). Foreldrene er barnas nærmeste omsorgspersoner og det er viktig at man styrker foreldrenes foreldrekompetanse (Barneombudet, 2013). Å styrke foreldrerollen for å fremme livskvaliteten til barn og unge, for på den måten å skape et godt oppvekstmiljø, er en av de oppgavene som skolehelsetjenesten har ansvar for og som tjenesten må samarbeide med foreldre om (Glavin & Erdal, 2018). Det innebærer støtte og veiledning for å styrke foreldrenes helsekompetanse og bidra til et godt oppvekstmiljø (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2003; Meld. St. 19 (2018-2019), s.25). Helsedirektoratet (2017) presiserer at helsesykepleier skal ha kunnskap om helsekompetanse og dens betydning for å kunne arbeide systematisk. Studien til Erunal et al. (2018) finner at lav helsekompetanse blant sykepleierstudenter er noe som kan påvirke kvaliteten på tjenesten.

I den nasjonale strategien om likeverdige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) står det blant annet at helsemyndighetene vil at helsepersonell på alle nivåer skal ha kunnskap om ulike innvandrers grupper sykdomsforekomst og kulturelle utfordringer knyttet til å sikre innvandrere en likeverdig helse- og omsorgstjeneste. Flere andre studier (Abubakar et al., 2018; Gele et al., 2016; Munthe-Kaas et al., 2018; Waldum-Grevbo, 2015) støtter at det er behov for mer kunnskap og kompetanse generelt blant helsepersonell om hvordan man skal møte behovene til denne heterogene gruppen og bidra til å øke helsekompetansen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Munthe-Kaas et al., 2018; Waldum-Grevbo, 2015).

Helsetilsynets rapport (2014) uttrykker at det er en avgjørende faktor i det forebyggende arbeidet at minoritetsbefolkningen har kontakt med helsetjenester, noe som forutsetter at helsepersonell har god innsikt i kulturelle forskjeller og forventninger. Helsepersonell uttrykker også at de har behov for mer kulturkompetanse og kompetanse rundt tjenesten til innvandrerbefolkningen (Abubakar et al., 2018; Gele et al., 2016; Mangrio & Persson, 2017; Waldum-Grevbo, 2015). For å utvikle gode tjenester for brukere med annen språklig og kulturell bakgrunn enn den norske majoriteten, kan brukerundersøkelser som fanger opp denne målgruppens erfaringer og perspektiver utgjøre et viktig kunnskapsgrunnlag for videreutvikling av tjenestene (Helsedirektoratet, 2010).

For å kunne skape gode helsetjenester bygd på forskning om erfaringer blant innvandrerforeldre, trenger vi å utvide dette kunnskapsfeltet. Vi mangler data om hvordan helsetjenesten fungerer for innvandrergruppen, og mer forskning på området er derfor nødvendig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Jakobsen & Spilker, 2020; Straiton et al., 2017; Wahlström et al., 2020). Helsepersonell trenger mer kunnskap om helsekompetansen blant innvandrerbefolkningen. Kunnskap om innvandrerforeldrenes erfaringer av skolehelsetjenesten og deres helsekompetanse kan bidra til å «skreddersy» tjenesten slik at den passer for den enkelte families behov og ønsker.

1.1.3 Erfaringer/nysgjerrighet

Skolehelsetjenesten skal fremme helse og forebygge at sykdom og skade oppstår (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2003, §1; Helsedirektoratet, 2017) og er den tjenesten som skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Premissene i skolehelsetjenesten er basert på frivillighet og at den som har behov for helsehjelp selv må ta initiativ og kontakte tjenesten. Dette vil favorisere de med større grad av helsekompetanse - de som har kjennskap til skolehelsetjenesten og hvordan/når man kan søke hjelp (St.meld. nr.20 (2006-2007), s.24). Erfaringer fra skolehelsetjenesten viser at det er få innvandrerforeldre som selv tar kontakt for små eller større utfordringer knyttet til barn, unge og/eller med tanke på foreldrerollen. Dette ble motivasjonen for denne studien. Selv om det er forskjeller i innvandrergruppens deltakelser på ulike arenaer, viser de norske studiene til Gele et al. (2016) og rapporten fra Folkehelseinstituttet (Straiton et al., 2017) at innvandrere i liten grad bruker forebyggende tjenester. De kan oppleve ulike barrierer som lav helsekompetanse, mangel på informasjon og språk- og andre kommunikasjonsproblemer, når det gjelder bruk av helsetjenester. En pilotstudie med innvandrerforeldre i Sverige (Anyango et al., 2020) avdekket at innvandrerungdom i mindre grad får tilgang til viktige helsetjenester enn sine jevnaldrende uten innvandrerbakgrunn og de oppfatter sine foreldre som ikke støttende for bruk av slike tjenester. Studien viser at det er en sammenheng mellom foreldrenes opplevelser med forebyggende helsetjenester og bruken av helsetjenester blant deres barn. Studien hevder at foreldres oppfatninger av forebyggende tjenester påvirker om de vil oppfordrer sine barn til å bruke dem eller ikke.

Vi vet at barn er avhengig av omsorgspersoner og at en god oppvekst varer livet ut. For å gi barn og unge en trygg ramme må vi støtte foreldrene på et tidlig tidspunkt (de Buhr & Tannen, 2020; Glavin & Erdal, 2018; Meld. St. 19 (2018-2019), s.25). Skolehelsetjenesten har ansvar for å få oversikt over alle barns helsetilstand blant annet gjennom kontakt med elevene og foreldrene deres (Helsedirektoratet, 2017). Dette forutsetter foreldresamarbeid og deltakelse. Oppfordringen fra helsemyndighetene er tydelig på at det bør tilrettelegges for foreldredeltakelse (Meld. St.6 (2012-2013), s.76).

1.2 Hensikt og problemstilling

Studiens hensikt er å beskrive, belyse og utvikle kunnskap om innvandrerforeldres erfaringer med skolehelsetjenesten.

Studien gir nyttig informasjon om hvordan innvandrerforeldre opplever skolehelsetjenesten. Den kan også bidra til å gi helsesykepleiere innsikt og dypere forståelse av et fenomen som vi vet lite om, slik at vi kan legge forholdene til rette for å fremme likeverdige helsetjenester og helsekompetanse sett i lys av innvandrerforeldrenes erfaringer.

Siden studienes mål er å undersøke innvandrerforeldres erfaringer med skolehelsetjenesten, blir problemstillingen følgende;

Hvilke erfaringer har innvandrerforeldre med skolehelsetjenesten?

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

I denne studien er det innvandrerforeldres erfaringer med skolehelsetjenesten som står i sentrum. Dette er foreldre med barn i alderen 6-13 år som går på barneskolen. Det fokuseres ikke på de kulturelle faktorene og migrasjonsårsaker til foreldre og barn. Utgangspunktet er innvandrerforeldres opplevde, subjektive erfaringer og opplevelser ut fra deres ståsted og deres kjennskap og opplevelse med skolehelsetjenesten, noe som gjenspeiles i intervjuguiden (Vedlegg, 4). Innvandrergruppen i Norge er en svært sammensatt gruppe med bakgrunn fra mer enn 200 ulike land. Studien inkluderer både vestlige og ikke vestlige innvandrere for å finne om det er variasjoner mellom de ulike landene.

Ifølge Statistisk sentralbyrå (2019) defineres innvandrere som personer som selv har innvandret til Norge og er født i utlandet av utenlandsfødte foreldre og har fire utenlandsfødte besteforeldre. I denne studien blir begrepene foreldre, foreldre med innvandrerbakgrunn og innvandrerforeldre brukt om hverandre for å få flyt i teksten.

1.4 Oppgavens disposisjon

Første kapittel inneholder innledning, bakgrunn for valg av tema, hensikt og problemstilling. Oppgavens andre kapittel omhandler relevante teoretiske perspektiver og forskning knyttet til problemstillingen og temaet. I tredje kapittel presenteres valg av metode, metodisk fremgangsmåte, datainnsamlingsmetoden og dataanalysen. Videre vil det redegjøres for forskeres forforståelse, etiske overveielser og datakvaliteten i studien. Funn presenteres i kapittel fire, etterfulgt av diskusjon i femte kapittel der funnene drøftes opp mot relevant forskning og teorier, med forslag til videre forskning. Studien avsluttes med konklusjon.

2 TEORETISK REFERANSERAMMER

2.1 Likeverdige helsetjenester

I den senere tid har det vært et økende internasjonalt fokus på likeverdige helsetjenester og at tjenester skal være lett tilgjengelig for alle uansett bakgrunn, tro og tilhørighet (Abubakar et al., 2018; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Meld. St. 6 (2012-2013), s.10). Det er en overordnet målsetting for helsepolitikken i Norge (Meld. St.34 (2012-2013), s.39) at helsetjenestene skal være likeverdige og at alle skal ha lik tilgang til tjenestene. Likeverdige helsetjenester innebærer at alle skal ha lik tilgang til tjenestene, at kvaliteten på tjenestene skal være god for alle og at hjelpen er rettet mot den enkeltes behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Meld.st. 6 (2012-2013), S.65; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Likeverdig helsetjeneste er ikke det samme som lik tjeneste. Dette betyr at alle må behandles forskjellig ut fra den enkeltes behov og forutsetninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Meld. St. 6 (2012-2013), s.65). Studien til Straiton og Myhre (2017) av innvandrerkvinnens erfaringer med helsetjenester støtter at brukerens behov skal være styrende og førende for tjenesten. Tjenestens tilpasning til brukerens behov, har ikke betyr bare for rettssikkerhet og helse, mens også for effekten på ander områder som utdanning og sysselsetting (Meld. St. 6 (2012-2013), s. 132). En godt tilpasset likeverdig helsetjeneste kan bidra til sosial utjevning og rettferdig fordeling (Gele et al., 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Tjenestens tilpasning til brukerens behov, har ikke betyr bare for rettssikkerhet og helse, mens også for effekten på ander områder som utdanning og sysselsetting (Meld. St. 6 (2012-2013), s. 132). En tjeneste som ikke tar hensyn til at brukere er forskjellige og ulike og som gir alle «lik» tjeneste, kan føre til systematiske forskjeller i resultat for den enkelte bruker (Ahmed et al., 2016; Meld. St.34 (2012-2013), s.40; Salami et al., 2020). Innsatsen fra helsetjenestene bør rettes inn mot bakenforliggende faktorer som bidrar til helseforskjeller (Meld. St. 34 (2012-2013), s. 21). I sin strategi viser Helse- og omsorgsdepartementet (2013) at kulturelle og språklige barriere er hovedutfordringene for innvandrerforeldre mht. å nyttiggjøre seg av helsetjenester. Dette utfordrer målet om likeverdige helsetjenester. I tillegg hevder nasjonale og internasjonale studier at helsepersonell gir uttrykk for at det er vanskelig å gi et helsetilbud, å møte og å

håndtere de ulike behovene innvandrerguppen har (Abubakar et al., 2018; Aambø, 2020; Helsedirektoratet, 2010; Meld.st.6 (2012-2013), s.66; Munthe-Kaas et al., 2018; Salami et al., 2020). At helsepersonell har tilstrekkelig kulturkompetanse slik at de er trygge i møte med personer med en annen bakgrunn enn dem selv, er en forutsetning og avgjørende for å nå målet om likeverdig helsetjeneste (Helse- og omsorgs departementet, 2013; Meld.st.6 (2012-2013), s.66).

Mangfoldsdimensjonene representerer utfordringer for helsetjenestene. Disse utfordringene er språk og kommunikasjon, begrenset kunnskap om og forståelse av hva de offentlige tjenestene kan og skal tilby, og forventinger til tjenestene som ligger utenfor det tjeneste tilbudet skal legge til rett for (Meld. St. 6 (2012-2013), s. 132). Disse forventingene for tjenestene kan være på grunn av forskjellene i helsetjenestene mellom hjemlandet og Norge og negative erfaringer i møte med tjenestene (Ahmed et al., 2016; Mbanya et al., 2019). Myndighetene er tydelige i sin rapport (Meld.st.6 (2012-2013) om at likeverdige helsetjenester er et krav og en svært viktig del av formålet i skolehelsetjenesten. Dette forutsetter at brukeren deltar og har kjennskap til tjenesten (Gele et al., 2016).

2.2 Skolehelsetjenesten som en del av folkehelsearbeidet

Gjennom helse- og omsorgstjenesteloven (1982, sist endret 2021) ble kommunene pålagt å tilby helsetjenester til barn og unge i alderen 0-20 år, der skolehelsetjenesten har ansvaret for det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud som skal sikre barn og unge likeverdige helsetjenester uavhengig av foreldrenes sosioøkonomiske bakgrunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Tjenesten er den eneste som har nær 100 prosent oppslutning, noe som gir helsesykepleieren en unik mulighet til å treffe barn og foreldre med ulike utfordringer og behov (Glavin, 2007; Helsedirektoratet, 2017; Waldum-Grevbo, 2015).

De sentrale oppgavene i skolehelsetjenesten er blant annet helseundersøkelser, vaksinerings, rådgivning og veiledning for å styrke barns egen mestring og foresattes mestring av foreldrerollen (Helsedirektoratet, 2017). Det helsefremmende og forebyggende arbeidet har en sentral plass i planleggingen av tjenesten (Glavin, 2007). Helse- sykepleieren er

fagpersonen i skolehelsetjenesten og har strategisk arbeidssted på skolen. Vedkommende er en spesialsykepleier med videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid for barn/unge og deres familier (Helsedirektoratet, 2017). Helsesykepleieren har kompetanse og kunnskap om ulike faktorer som skaper betingelser for helse, og kunnskap og forståelse for barn og unges vekst og utvikling samt faktorer som kan virke gunstig inn på deres helse. Dette setter helsesykepleieren i stand til å vurdere risikoen for sykdom og skade samt å vurdere samspill i familier og familiære forhold som påvirker barn/unge og deres familie (Glavin & Helseth, 2009). Formålet med tjenesten er, gjennom kontakt med elevene, å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, forebygge sykdommer og skader og utjevne sosiale helseforskjeller (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2003, §1).

Skolehelsetjenesten har et ansvar for å ha oversikt over alle barn i kommunen (Helsedirektoratet, 2017). Utvikling for god helse er nært knyttet til oppvekstvilkår og de forholdene en lever under (Meld. St. 34 (2012-2013), s. 10). Et godt oppvekstmiljø er viktig for barn og unges trivsel og at de kjenner seg trygge og opplever mestring. Å bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og unge gjennom tiltak som styrker foreldrerollen er en av de viktigste oppgavene skolehelsetjenesten har (de Buhr et al., 2020; Glavin & Erdal, 2018; Whittaker, 2014). Foreldrene er helt sentrale og den viktigste ressursen i skolehelsetjenestens arbeid (Mäenpää & Åstedt-Kurki, 2008). Barn og unge som opplever støtte fra foreldre og andre voksne på ulike arenaer, har mindre helseplager og er mer tilfreds med livet (Glavin & Erdal, 2018). Informasjon om foreldrenes opplevde erfaringer med tjenesten er en forutsetning for at barn og unge skal kunne få den helsehjelpen de har behov for (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Skolehelsetjenesten skal samarbeide med foreldre. Det forutsetter at foreldrene opplever at tjenestene er tilgjengelige og nyttige (Helsedirektoratet, 2017).

2.3 Helsekompetanse (health literacy)

Det har vært et økende fokus på helsekompetanse de siste årene (Meld. St. 19 (2018-2019), s. 136). Helsekompetanse omfatter personers ferdighet i å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon i helsetjeneste relaterte kontekster, som for eksempel

å finne ut hvor man kan få profesjonell hjelp dersom det er behov for det, finne informasjon om behandlinger og vurdere fordelene og ulempene ved ulike behandlinger (Le et al., 2021, s.16). Det omfatter også å kunne følge helse råd og anbefalinger og vite hva en bør gjøre i egen situasjon (Le et al., 2013).

Man finner at en betydelig andel av innvandrere har begrenset helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet (Gele et al., 2016; Le et al., 2021). Begrenset helsekompetanse er vist å være knyttet til blant annet sosioøkonomisk og etnisk minoritetsbakgrunn (Gele et al., 2016), og det er en sammenheng mellom lav helsekompetanse og dårlig helse for disse gruppene. Svake ferdigheter innenfor det helsetjenesterelaterte domenet kan påvirke hvordan en agerer i forhold til ulike symptomer og hvordan en mestrer egen sykdom (Johnston et al., 2015; Nakamura et al., 2018; Ogi et al., 2018).

Personer med innvandrerbakgrunn bruker forebyggende helsetjenester sjeldnere sammenliknet med befolkningen for øvrig (Le et al., 2021). Det kan være flere grunner til at de i mindre grad oppsøker helsetjenesten. Det kan skyldes mindre kjennskap til helsetjenesten, at de ikke kjenner til hvor man skal henvende seg eller at de mangler kunnskap om systemene (Gele et al., 2016; Mbanya et al., 2019; Munthe-Kaas et al., 2018).

Samtidig blir helsevesenet stadig mer komplekst og oppdelt og består av tjenester på ulike nivåer og organisasjonsformer, noe som kan være utfordrende både å finne frem til, orientere seg i og forstå. Det å kunne navigere på «systemnivå» innebærer å ha oversikt over hvordan helsevesenet er bygd opp og fungerer, slik som dets struktur, nivåinndeling, tjenestetyper og funksjon (Le et al., 2021). Evnen til å navigere til rette instans i helse-tjenesten er viktig for å få rett hjelp til rett tid (Pettersen & Jenum, 2014).

De må også kjenne sine rettigheter og hvilket ansvar de selv har. Det å kunne navigere på «organisasjonsnivå» handler om å identifisere og avgjøre hvilke konkrete tjenester de trenger og ønsker å bruke. Helsekompetanse avhenger av altså andre forhold utenfor individet selv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Det handler også om å få tilgang til tjenestene, finne riktige personer, og vurdere kvaliteten basert på indikatorer. Brukere må for eksempel sette seg inn i eventuelle krav og regler for tilgang til og bruk av enkelte

tjenester. De må også avgjøre om de har behov for mer informasjon, hvor de kan finne den og om de trenger hjelp og råd fra brukerorganisasjoner og rådgivningstjenester (Gele et al., 2016). I strategien for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019) understrekes at arbeidet for å øke helsekompetansen i befolkningen må rette oppmerksomhet utover helsekompetansen til det enkelte individ. Helse og omsorgstjenesten må ta hensyn til brukeres helsekompetanse i tjenesteutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Mbanya, et al., 2019).

Det er likevel slik at mange i enkelte innvandrerpulasjoner kan ha manglende kunnskap og informasjon om helsetjenestene i Norge (Gele et al., 2016; Mbanya et al., 2019; Straiton et al., 2017). Helsetjenesten bør kartlegge deres nivå av helsekompetanse på forhånd (Pettersen & Jennum, 2014). Helsekompetansen til foreldre med innvandrerbakgrunn kan være av betydning for om de tar gode helsevalg for sine barn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

2.4 Familie med innvandrerbakgrunn

Vi lever i en stadig mer globalisert verden som i økende grad påvirker endringer i befolkningens sammensetning. Innvandrerbefolkningen i Norge er en stor og økende gruppe fra mer enn 200 ulike land. I 2021 utgjør innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre om lag 18,5 prosent av befolkningen. Det er stor ulikhet mellom gruppene med hensyn til sosioøkonomiske forhold, kulturell bakgrunn og årsak til innvandringen (Statistisk sentralbyrå, 2019, oppdatert 9.mars 2021).

Mange faktorer bidrar til å skape og opprettholde helseforskjeller (Meld. St.6 (2012-2013), s. 40). Den sosiale posisjonen man har, påvirker helsen i større grad enn helsen påvirker den sosiale posisjonen (Meld. St. 34 (2012-2013), s. 40; St. meld. nr. 20 (2006-2007), s.50).

Familier med innvandrerbakgrunn er en sårbar gruppe (Abebe et al., 2014; FHI, 2017; Ruedl et al., 2019) og andelen som tilhører lavinntektsgruppen er høyere enn befolkningen som helhet (Gele et al., 2016; Meld. St. 6 (2012-2013), s.65; Ruedl et al., 2019). Familieøkonomi har mye å si for barns oppvekst, og det er en sammenheng mellom sosioøkonomiske forhold og helse (Mbanya et al., 2019). Barn med innvandrerbakgrunn er overrepresentert i det som regnes som fattige grupper og har større helserisiko sammenlignet med resten av

befolkningen (FHI, 2017; Gele et al., 2016; Meld. St. 6 (2012-2013), s.65; Salami et al., 2020). Som grupper deltar barn og unge med innvandrerbakgrunn i fritidsaktiviteter i mindre grad enn andre barn -muligens på grunn av kostnader til organiserte fritidsaktiviteter (Meld. St. 6 (2012-2013), s. 70). Vedvarende lave sosioøkonomiske forhold kan gå ut over relasjonen mellom foreldrene og mellom foreldre og barn, og prege de voksnes omsorgsevne overfor barns behov (Barneombudet, 2013; Ogi, et al., 2018; Skogen et al., 2018). I tillegg kan barn med innvandrerbakgrunn ha mer helseutfordringer enn barn uten innvandrerbakgrunn (Meld. St. 6 (2012-2013), s. 71). For eksempel de er mer utsatt for smittsomme sykdommer og tannhelse blant dem ser ut til å være dårligere enn blant andre barn i Norge (Meld. St. 6 (2012-2013), s.71; Wahlström et al., 2020).

Menneskers bakgrunn påvirker deres forståelse og bruk av helsetjenester. Enkelte i innvandrerbefolkningen deltar i mindre grad enn befolkningen ellers (Meld. St. 6 (2012-2013), s.65), noe som kan bidra til å forsterke helseforskjellen mellom innvandrere og resten av befolkningen. Man trenger kunnskap for å vite hvordan man skal tolke tegn på sykdom, når man bør oppsøke helsetjenester og hva helsetjenesten kan bidra med (Karim et al., 2020). I tillegg til den sosioøkonomiske faktoren og høyere sykdomsbelastninger, har innvandrere ulik helsekompetanse (health literacy) og noen utfordringer med hvordan de skal forholde seg til de ukjente tjenesteapparatene i velferdssamfunnet (Aambø,2020; Pettersen & Jernum, 2014; Salami et al., 2020; Straiton & Myhre, 2017). Innvandrerfamilier kan ha ulik helsekompetanse, noe som kan føre til ulikhet i helse. Erunal et al. (2018) og Le et al. (2021) definerer helsekompetanse som kognitive og sosiale ferdigheter som kreves for å få tilgang til, forstå og bruke kunnskap om helse og helsetjenester for å kunne forebygge sykdom og forbedre sin egen helse. Disse ferdighetene inkluderer også evnen til å vurdere og forstå helseinformasjon for å treffe beslutninger om bruk av forebyggende helsetjenester (Le et al., 2021). Oppfatningen av forebyggende tjenester, påvirkes ofte av erfaring, kulturell tro og manglende forståelse av helsesystemet (Gele et al., 2016).

Lav helsekompetanse kan være en større utfordring i enkelte grupper, som blant personer med lavt utdanningsnivå og grupper med annen etnisk og kulturell bakgrunn enn befolkningen for øvrig. Disse kan ha vanskeligheter med å orientere seg i de ulike helsetjenestene og å følge opp konsultasjoner på en god måte (Le et al., 2021).

Det er grunn til å tro at foreldre med innvandrerbakgrunn har utfordringer med å ta kontakt med helsetjenesten, og at dagens helsetjeneste ikke er tilpasset deres behov (Appoh, et al., 2020; FHI, 2017; Früh et al., 2017; NSF, 2017). Forskning viser at innvandrere kan ha manglende kunnskap om organiseringen av helsetjenester og hvilke rettigheter de har (Karim et al., 2020; Mangrio & Persson, 2017; Straiton & Myhre, 2017). Sosiale forhold, språklige og kulturelle barrierer og erfaringene fra helsetjenesten i hjemlandet har betydning for vurderingen av eget behov for helsehjelp (Salami et al., 2020). Disse faktorene kan påvirke forventningene til tilbudet som gis, noe som kan gjøre det utfordrende for enkelte å søke hjelp. Derfor er tilstrekkelig helsekompetanse en viktig forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg de tilbudene som finnes (Gele et al., 2016; Le, et al., 2021; Nakamura et al., 2018). At foreldre har tilstrekkelig helsekompetanse, kan ha stor betydning for barns helse. Det er store ulikheter innad i gruppen av innvandrere. Det er derfor viktig å konkretisere at dette ikke gjelder alle innvandrere. For eksempel har innvandrere med lang utdanning og høy inntekt bedre helse enn innvandrere uten disse fortrinnene (Abebe et al., 2014; Meld. St.6. (2012-2013), s.65; Straiton & Myhre, 2017).

3 METODE

I dette kapitlet redegjøres det først for valg av metode, utvalg og datainnsamling. Deretter beskrives analysen av datamaterialet. Videre vil det gjøres rede for etiske betraktninger samt forskerens egen rolle og forforståelse. Til slutt vurderes datakvaliteten med utgangspunkt i refleksivitet, reliabilitet og validitet.

3.1 Design og metode

Valg av design må ses i sammenheng med problemstillingen og behovet for data som gir mulighet til å gå mer i dybden (Johannessen et al., 2016; Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018, s. 46). Denne studien undersøker hvilke erfaringer innvandrerforeldre har med skolehelsetjenesten. Det er ønskelig å få en bedre forståelse og samtidig innblikk i foreldres opplevde erfaringer med tjenesten. Den kvalitative metoden søker en helhetlig forståelse av spesifikke forhold og er derfor velegnet for studien (Johannessen et al., 2016; Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011; Polit & Beck, 2017, s. 463).

Kvalitativ metode blir ofte brukt for å undersøke menneskelige egenskaper, for eksempel erfaringer, opplevelser, tanker, forventinger, motiver og holdninger, der informantenes perspektiv skal synliggjøres (Johannessen et al., 2016; Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2002; Polit & Beck, 2017; Thagaard, 2018). Metoden bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning, der forskeren anses som en aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen (Malterud, 2011). Målet er å kunne utforske det reelle meningsinnholdet i det sosiale fenomenet slik det erfares for de involverte selv. Dermed undersøkes fenomenet i all sin variasjon (Thagaard, 2018, s. 11).

3.2 Utvalg og rekruttering

I denne studien er det innvandrerforeldres erfaringer med skolehelsetjenesten som skal være i fokus. Informantene er valgt ut strategisk etter gitte kriterier for å sikre at de har kompetanse og erfaringer som kan gi svar på problemstillingen. Det vil si at informantene ikke er tilfeldig plukket ut for å representere populasjonen, men har egenskaper eller

kvalifikasjoner som er strategisk med tanke på problemstillingen (Polit & Beck, 2017; Tjora, 2017; Thagaard, 2018). Det er vanskelig å sikre et representativt utvalg. I kvalitative studier hvor utvalget er selektert på grunnlag av deltakerens hensiktsmessighet for prosjektets problemstilling, er utvalgene ikke representative for en populasjon (Thagaard, 2018, s. 56). Johannessen et al. (2016) poengterer at det er viktigere å skaffe et *relevant* utvalg av informanter enn å skaffe mange.

Kvalitative studier kjennetegnes som oftest av et begrenset antall personer (Johannessen et al., 2016; Thagaard, 2018; Polit & Beck, 2017). Når utvalget er få, er det særlig viktig at vi anvender en utvelgingsprosess som er hensiktsmessig for problemstillingen slik at analysen av data kan gi en forståelse av det fenomenet vi studerer (Thagaard, 2018). Det er ulike meninger om hva som regnes som tilstrekkelig utvalgsstørrelse i kvalitative studier (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011). Malterud (2011) sier at et for stort utvalg i kvalitative studier kan føre til at materialet blir uoversiktlig og analysen blir for overfladisk. I denne studien er 12 foreldre med innvandrerbakgrunn rekruttert. Jeg mener at utvalgsstørrelsen i studien er tilstrekkelig for et masterprosjekt og for å få en overkommelig datamengde å jobbe med. Alle informantene hadde erfaring med å benytte skolehelsetjenesten og har møtt helsesykepleier i en eller flere konsultasjoner.

Utvalget består av tre fedre og ni mødre i alderen 28–43 år. De har ulik bakgrunn (vestlig og ikke-vestlig innvandrerbakgrunn), bor i forskjellige kommuner og har 1–3 barn på barneskole. De har bodd mer enn fem år i Norge. Dette er for å utelukke nyankomne og behov for tolk.

Det var krevende å rekruttere informanter til studien. Det ble sendt forespørsel til ledende helsesykepleier i tre kommuner om tilgang til forskningsfeltet (vedlegg 2) etter at studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Til tross for hektisk tid og vanskelige forhold grunnet pandemien, var det lett å få tilgang til feltet. Alle ledende helsesykepleiere og helsesykepleiere ved barneskolene var positive til studien og syntes temaet var relevant og viktig.

Etter tre og en halv uke ble det tatt kontakt med tre nye kommuner siden det viste seg å være vanskelig å rekruttere informanter til studien. Jeg satt med følelsen av at jeg ikke ville finne noen informanter slik at jeg fikk forsket på temaet. Grunnen til den lave responsen fra

foreldrene er det vanskelig å si noe om det. Utfordringer knyttet til rekruttering av innvandrerbefolkningen er blitt nevnt i flere studier (Katigbak et al., 2016; Le et al., 2021). Man tror at de kan ha mindre kjennskap til forskning og hva det vil si å delta i forskning (Katigbak et al., 2016). Tanken om «plan B» lå der allerede ved rekrutteringen. Et kort informasjonsinnlegg om studien ble lagt ut på hjemmesiden til barneskolene i seks kommuner og to kommuner på Østlandet.

Forslag om å bruke snøballmetoden og rekruttering via nettverket ble foreslått under presentasjonen på masterseminaret (vår 2021) og ble godkjent av veileder, noe som viste seg å være løsningen.

Etter flere påminnelser ble det rekruttert en informant via helsesykepleieren ved en barneskole, en via en engasjert informant og 10 via nettverket. Man får følelsen av dette er en målgruppe som kommer fra «storfamilien», der man er vant til og stoler mer på informasjon fra venner og familier enn fra andre. I kollektivistisk orienterte kulturer er det høy grad av tillit til egne nettverk, men i langt mindre grad tillit til for eksempel myndigheter og institusjoner (Kumar & Viken, 2010).

Det var et bevisst valg å avvente med å rekruttere fra skolehelsetjenestene i nærområdet for å unngå å bli påvirket av kjennskap til informantene og min egen tilhørighet til området. Jeg stilte spesifikke krav om at informanter som ble rekruttert via nettverket ikke skulle ha noe kjennskap til meg – selv om man var opptatt av å få et tilstrekkelig antall informanter.

Alle informantene ble kontaktet etter at de hadde gitt samtykke for å delta i studien. De fikk tilsendt informasjon om studien på e-post (Vedlegg 3) på grunn av avstand og restriksjoner knyttet til pandemien. De fikk informasjon om studiens hensikt, at intervjuet ville bli tatt opp på bånd, om anonymisering og konfidensialitet av datamaterialet samt samtykkeskjema hvis de ønsket å delta. Som forsker skal en sørge for felles forståelse av fenomenet ved å gi skriftlig og muntlig informasjon (Kvale & Brinkmann, 2015; Polit & Beck, 2017; Thagaard, 2018).

Svakheten med studieutvalget er at det er usikkert i hvilken grad utvalget gir oss god nok informasjon om innvandrerforeldre som har barn i barneskolen med tanke på de geografiske og sosiokulturelle forholdene internt i gruppen. Alle informantene hadde jobb, og noen studerte i tillegg. Forskning på innvandrerpopulasjonen er kjent med at det er disse som ofte

stiller opp til forskning (Katigbak et al., 2016). Det er kanskje disse som mestrer sin egen livssituasjon og ikke er redd for å fortelle om egne erfaringer med skolehelsetjenesten. Samtidig viser data fra studien at informantene har både positive og negative erfaringer. Jeg tror at dette kan bidra til å redusere eventuelle skjevheter i materialet. Den gruppen som studien har «mistet», er de nyankomne, de med lavere utdanning og de som ikke har jobb. Det er vanskelig å si hva disse eventuelt kunne ha tilført studien.

3.3 Datainnsamling

Det ble benyttet semistrukturerte intervjuer for å få svar på problemstillingen. Kvalitative semistrukturerte intervjuer er den tilnærmingen som blir mest brukt i kvalitativ forskning (Johannessen et al., 2016; Polit & Beck, 2017; Thagaard, 2018, s. 91), og de blir ofte klassifisert som enten eksplorative (utforskende) eller deskriptive (beskrivende). Malterud (2011) kaller semistrukturerte intervjuer for dybdeintervju, og Tjora (2017) beskriver kvalitative dybdeintervjuer som intensive intervjuer. Dybde- eller intensive intervjuer er en konversasjon hvor intervjueren oppmuntrer informantene til å formulere med egne ord erfaringer og holdninger som er relevant for problemstillingen. Denne typen intervju er godt egnet når fokuset er å forstå hvordan mennesker selv erfarer og opplever sin livsverden i tilknytning til et fenomen (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018; Tjora, 2017). Den gir bedre innfallsvinkel til det som har med medmenneskenes livsverden å gjøre, sier Tjora (2017). Semistrukturert intervju ligger nært opp til en samtale i dagliglivet, men har som profesjonelt intervju et formål (Kvale & Brinkmann, 2015; Tjora, 2017) – noe som er viktig i denne studien, nemlig å kunne gå i dybden på foreldrenes erfaringer av fenomenet.

For å etablere rammer og fokus rundt temaet og samtidig få tilgang til foreldrenes «livsverden», ble det brukt en semistrukturert intervjuguide. En intervjuguide er et hjelpemiddel for å holde fokus på det som utforskes, der intervju spørsmålene har til hensikt å åpne opp slik at fenomenet eller temaet blir belyst fra ulike perspektiver og vinkler (Johannessen et al., 2016; Kvale & Brinkmann, 2015; Tjora, 2017). Når intervjuguiden blir utarbeidet er det viktig å tenke på oppbygningen av intervjuet slik at den har til hensikt med både følger temaet og samtidig skaper rom for å høre på foreldrenes fortellinger (Johannessen et al., 2016; Thagaard, 2018). Det er viktig at forskeren finner en god balanse

mellom åpenhet og styring slik at man legger til rette for så frie beskrivelser av fenomenet som mulig, samtidig som man styrer samtalen for å få belyst problemstillingen (Polit & Beck, 2017). Det første utkastet av intervjuguide var for detaljert, og den ble justert flere ganger etter tilbakemelding fra veileder før den ble sendt til NSD. Både Kvale og Brinkmann (2015) og Malterud (2002) anbefaler at spørsmålene i intervjuguiden «sirkler inn» temaene som skal drøftes. På den måten sikres en åpen samtale samtidig som samtalen ikke blir så åpen at man fjerner seg fra temaet på dagsordenen.

Intervjuguiden er systematisert etter tema og består av tre deler: innledning, hoveddel og avslutning. Innledningen omfatter enkle spørsmål om informantens bakgrunnsdata, blant annet alder, utdanning, sivilstatus og antall barn i barneskolen. Dette er ment å gi en lett start og å fremme en avslappet tone i samtalen. Hoveddelen handler om foreldrenes tidligere erfaringer, kjennskap og forventninger til skolehelsetjenesten. Spørsmålene i intervjuguiden er rettet mot de perspektivene som studien ønsker å få dybdeinformasjon om og ble dermed opplevd som relevante for å belyse problemstillingen. Oppfølgings-spørsmål som «Kan du utdype?», «Kan du si litt mer?» og «Hva tenkte du?» ble stilt fordi jeg ønsket å få med meg flere detaljer og nyanser i intervjupersonens fortelling. Disse oppfølgings-spørsmålene har ifølge Tjora (2017) flere funksjoner. I studien ble disse brukt når det var muligheter for å følge opp kunnskap som var ukjent for forskeren og som hjelpemiddel hvis samtalen stoppet opp. Dette ble spesielt benyttet med foreldre som hadde lite erfaring med skolehelsetjenesten. Avklarende spørsmål kan ifølge Kvale og Brinkmann (2015) bidra til validering av fortolkningen av datamaterialet.

Det krever trening i å kunne intervju for å unngå å være for rigid og prosedyreorientert (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018). Det ble forsøkt å legge til rette for at informantene kunne snakke fritt ut fra spørsmålene uten å bruke intervjuguiden slavisk. På de første intervjuene hadde jeg ofte en bekreftende tone, noe jeg oppdaget etter å ha hørt opptakene i etterkant. En svakhet ved studien kan være at jeg har lite erfaring med å intervju og kan ha vært for opptatt av å belyse problemstillingen. Det er litt usikkert i hvor stor grad jeg klarte å frigjøre meg selv fra intervjuguiden i de første intervjuene. Dette kommer frem i opptakene etterpå. Det er forskjell på de første og påfølgende intervjuene, der forskeren oppleves som mer avslappet mht. intervjuguiden og mer opptatt av flyt i

samtalen. Jeg prøvde å legge til rette for at informantene skulle få fortelle så fritt som mulig om deres opplevde erfaringer med skolehelsetjenesten.

I utgangspunktet hadde forskeren tenkt å gjøre fokusgruppeintervju siden dette er egnet for å få flere refleksjoner og informantenes felles erfaringer. Utfordringer med rekruttering i tillegg til restriksjoner knyttet til koronapandemien gjorde dette vanskelig å gjennomføre. I studien ble det derfor gjort individuelle telefonintervjuer med innvanderforeldre fra forskjellige land. Det er kun ett intervju som ble gjennomført som ordinært intervju (fysisk møte). NSD ble orientert og godkjente endringen av datainnsamlingsmetoden (fra fysisk møte til telefonintervju). Det ble gjennomført et prøveintervju i forskerens nettverk for å trene på intervju som metode og for å prøve lydopptaket. Informasjonen fra prøveintervjuet inngår ikke i oppgaven.

Erfaringene med telefonintervjuer er at de har sine begrensinger. Man mister muligheten til å etablere en personlig relasjon mellom intervjuer og informant, samt å kunne observere informantens reaksjoner og tolke de kroppslige signalene (Tjora, 2017). Nonverbal informasjon kan ha betydning for datamaterialet og dermed for funn (Tjora, 2017). I telefonintervjuene har jeg prøvd å forsikre meg om at jeg hadde forstått informanten riktig ved å stille avklarende spørsmål og gjengi det som informantene sa. Forskeren opplevde at telefonintervjuene ikke var preget av fysisk avstand. To av intervjuene hadde så god flyt i samtalen at jeg glemte å stoppe lydopptaket. Intervjuene ble gjennomført i løpet av februar– mars 2021 og hadde varighet på mellom 20 og 46 minutter.

Det ble brukt digitalt lydopptak under intervjuene for å sikre det som ble sagt av informantene. Dette ble informantene informert om før intervjuet, og alle ga sitt samtykke til lydopptak. Lydopptak er velegnet når materialet består av samtaledata, noe som gir forskeren mulighet til å konsentrere seg om informanten (Polit & Beck, 2017, s. 508; Thagaard, 2018). Den gir også mulighet til at alt som sies blir bevart og tilgjengelig for forskeren senere (Polit & Beck, 2017; Tjora, 2017). Opptaket fanger opp samtalens språklige og nærspråklige elementer (Kvale & Brinkmann, 2015).

Den tekniske kvaliteten ble testet på forhånd, og jeg forsikret meg om at opptaket var av god kvalitet. Dette ble gjort innledningsvis ved hvert intervju. Til tross for dette skjedde det feil ved ett av intervjuene, der halvparten av intervjuet ikke ble tatt opp. Jeg valgte da å ta

kontakt med informanten fordi jeg syntes samtalen var viktig og innholdsrik. Heldigvis hadde informanten anledning til å stille opp til et nytt intervju. Jeg fikk inntrykk av at informanten taklet det fint å bli intervjuet for andre gang, og vi hadde en fin prat etterpå. Man kan si at man opplevde det andre intervjuet mer som en samtale fordi man «kjente» hverandre etter det første intervjuet.

Et godt intervju avhenger av god kontakt mellom intervjuer og informant (Kvale & Brinkmann, 2015; Polit & Beck, 2017). Forskeren opplevde alle informantene som i møtekommende, interesserte, kunnskapsrike og oppriktig engasjerte i tematikken. De var åpne om sine erfaringer og utfordringer i møte med skolehelsetjenesten. De første minuttene i intervjusituasjonen er viktig med tanke på om informanten føler tillit til forskeren og opplever atmosfæren (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2002; Polit & Beck, 2017). Forberedelser og tiltak for å fremme følelsen av trygghet for informantene var hovedfokus, og forskeren gjorde så godt en kunne for å trygge dem med god informasjon. Det ble laget en forberedelsesliste som inneholdt presentasjon av forskeren, studien og om intervjuet for å sikre at informantene hadde forstått innholdet i brevet og at retten til frivillig deltakelse ble ivaretatt. Første del av intervjuguiden bidro til oppvarming og skapte en stemning av åpenhet i intervjusituasjonen slik at samtalen åpnet seg og medførte noen digresjoner. Intervjuenes første minutter beskriver Polit og Beck (2017) som «*the ice-breaking exchanges*» for både intervjueren og informanten. Tjora (2017) sier at intervjusituasjonen tillater at informanten kommer med digresjoner som gjør at temaer eller momenter intervjueren ikke hadde tenkt ut på forhånd vil dukke opp og kan vise seg å være relevante for undersøkelsen.

Informantene bestemte tidspunkt for intervjuene. Seks intervjuer ble gjort på formiddager, tre på ettermiddager og tre på kveldstid. Intervjuene som ble gjort på formiddagene er mindre preget av forstyrrelser enn de intervjuene som ble gjort på ettermiddager og kvelder. Intervjuene med bakgrunnsstøy fra barn og familie gjorde at forskeren opplevde at det var krevende for informantene å konsentrere seg om telefonintervjuet og vansker med å få flyt i samtalen. Man fikk inntrykk av informantene ga kortere svar enn de ellers ville ha gjort. Bakgrunnsstøyen påvirket ikke lyd kvaliteten.

Man må være klar over at det er ulemper ved bruk av semistrukturert forskningsintervju. Man kan aldri være sikker på at informantene vil gi relevant og korrekt informasjon, og man kan heller ikke kontrollere mengden av informasjon informantene vil gi. Vi bruker språket på ulike måter - noen snakker lett og uanstrengt, mens andre har utfordringer med å snakke fritt og svarer kort. Jeg kan i ettertid også ønske at man hadde spurt informantene mer om et tema eller stilt andre oppfølgings spørsmål. På slutten av intervjuet ble det derfor avklart med informantene at det var greit å ta kontakt for eventuell oppklaring og oppfølgings spørsmål. Man kan tenke seg at forskerens kulturelle bakgrunn kan ha bidratt til mer åpenhet i de fleste intervjuene. Samtidig kan den profesjonelle bakgrunnen til forskeren ha medført at enkelte av informantene har utelatt eller vært tilbakeholdne med potensiell kritikk av skolehelsetjenesten. Ved alle intervju har jeg prøvd å forsikre informantene om at det ikke vil ha noen konsekvenser for dem eller deres barn. Jeg har ikke kjennskap til den helsesykepleieren eller skolehelsetjenesten deres barn forholder seg til.

Å intervju er ikke å hente ut informasjon, men å produsere kunnskap sammen (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018). Det er viktig å la informantene snakke fritt (Polit & Beck, 2017). Målet er å aktivere og stimulere de intervjuedes evne til selvrefleksjon og fortolkning. Jeg opplevde at det var vanskelig for foreldre å skille mellom skolehelsetjeneste, helsestasjon og helsesykepleier. Dette måtte jeg oppklare for informantene for hvert intervju.

Tre av intervjuene foregikk både på norsk og et annet språk (forskerens morsmål) etter ønske fra informantene. De andre intervjuene foregikk på norsk. Disse tre intervjuene inneholdt innholdsrike data, men ble mer utfordrende enn de andre siden intervjuene i ettertid måtte oversettes til norsk. Årsaken til dette kan være at det norske språket er det andre eller tredje språket for både informantene og forskeren, noe som gjorde det enklere å reflektere i samtalen på et språk nærmere morsmålet.

Polit & Beck (2017, s. 516) anbefaler at forskeren må tilstrebe å runde av intervjusituasjonen på en god måte. Avslutningsvis ble det derfor gjort en kort oppsummering av de viktigste punktene i samtalen som hadde bidratt til en felles forståelse for å kunne avslutte intervjuene på en naturlig og mild måte. I to av intervjuene måtte jeg starte lydopptaket på nytt etter endt intervju fordi det ble gitt relevante opplysninger for studien. Da fikk jeg samtykke fra informantene til å kunne ta opp det som ble sagt. Det er etisk forsvarlig å be

om tillatelse om å rapportere de temaene som kommer opp i samtaler etter intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Alle intervju ble transkribert ordrett like etter intervjuene var over for å huske alle nyanser mens man «hadde intervjuet frisk i minne». Dette har bidratt til mer bevissthet rundt hva man kunne gjøre bedre under neste intervju. Svakheten med de tre Intervjuene som ble oversatt til norsk, skapte utfordringer med å balansere språklig nøyaktighet og leservennlighet for transkripsjonen uten å miste essensen. Etter intervjuene fikk informantene spørsmål om det var noe som de kunne utdype eller fremheve eller om det var noe viktig de ønsker å legge til – for å kunne sikre det som var viktig for informantene. I tillegg spurte jeg om hvordan informantene opplevde intervjuet.

Til tross for forstyrrelser fra bakgrunnsstøy på et par av intervjuene og det intervjuet som måtte gjentas på grunn av tekniske problemer, var forskeren fornøyd med intervju gjennomføringen.

3.4 Dataanalyse

3.4.1 Transkribering

Å transkribere intervju innebærer å omdanne intervjuene fra muntlig til skriftlig form (Malterud, 2011; Thagaard, 2018), noe som er et tidskrevende og omfattende arbeid. Ved å strukturere intervjuesamtalene på denne måten, får forskeren lettere oversikt over innholdet samtidig som dataene blir bedre egnet for analyse. I denne prosessen forsvinner mye informasjon (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011). Malterud (2011) kaller det å rense rådata. Intervjuene var tatt opp med digital lydopptaker ble transkribert ordrett like etter intervjuene mens man hadde innholdet i intervjuet «friskt i minne». Transkripsjonen ga en mulighet til å legge merke til aspekter som ikke kom like tydelig frem under intervjuet. Malterud (2011) sier at selv den mest nøyaktige transkripsjon kan aldri gi mer enn et avgrenset bilde av det som skal studeres. Dette er fordi konteksten under intervjuene ikke kan gjenskapes i en tekst. Det var derfor viktig å være bevisst på hvordan deler av innholdet gikk tapt eller ble endret underveis i transkripsjonen (Malterud, 2011; Tjora, 2017).

Under transkripsjonen skrev jeg ned interessante utsagn fra informantene med uthevet skrift for å skille det ut i datamaterialet. Disse var bevisst valgt fordi de var relevante for problemstillingen. Jeg fikk mange uttalelser etter hvert intervju som stimulerte mange tanker. De ble forsterket i bevisstheten under transkripsjonen. Slike uttalelser kan kalles det Tjora (2017) omtaler som empiriske-analytiske referansepunkter (EAR). Dette kan være viktige momenter som kan ha guidet forskeren i analysen av datamaterialet.

Jeg har justert noen formuleringer for at den muntlige uttalelsen skal være forståelig, men uten å miste betydningen av det som ble sagt av informantene. Det var behov for å redigere setninger og repetisjoner av ord som «ikke sant», «du vet», «likksom» og «noe sånt». Dette ble utelatt fordi det ikke virket relevant. Malterud (2011) sier at det er lurt å bearbeide teksten mens den transkriberes for å få bedre sammenheng i det som sies og unngå å latterliggjøre informantene ved å gi en altfor muntlig versjon av informasjonen som gis. Forskeren syntes dette var vanskelig, og risikerte å legge til egne meninger. Man valgte derfor å ha det rett som det ble sagt for å beholde de originale uttalelsene og meningene. Dette gjorde også at man ble godt kjent med tekstmaterialet og fikk et inntrykk av innholdet.

Det er et krav om å anonymisere gjenkjennelige detaljer og at man behandler sensitive opplysninger med varsomhet (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018; Tjora, 2017). Uttalelser som kunne identifisere informantene ble aidentifisert. For å ivareta informantenes anonymitet vurderte man det som nødvendig å ikke inkludere informasjon om informantenes alder, profesjon, landbakgrunn osv. Informantene benevnes som informanter eller foreldre i studien, og det er ikke noe skille mellom dem. Hvert intervju ble nummerert og fargekodet i teksten for å sikre anonymitet.

3.4.2 Analysearbeidet

Å analysere betyr å skille mellom ulike elementer eller dimensjoner i et materiale eller å skjelne likt fra ulikt. Formålet med datanalyse er ifølge Polit og Beck (2017) å organisere, gi struktur til og fortolke meningsinnholdet i datamaterialet. Det er ikke et skarpt skille mellom datainnhenting, transkribering og analyse ved et kvalitativt forskningsintervju (Polit & Beck, 2017; Thagaard, 2018). Kvale og Brinkmann (2015) sier at analyseprosessen starter allerede under innsamlingen av data, det vil si allerede under intervjuet. Man begynner allerede i

intervjuet å lete etter mønstre og forsøker å forstå og tillegge mening i det som blir fortalt, noe som kan være en fordel å ha i bakhodet under gjennomføringen av intervjuene (Thagaard, 2018). Etter å ha lest gjennom intervjuene og gjennomført transkriberingen, oppdaget jeg at det var mange likhetstrekk mellom foreldrenes erfaringer og fortellingene, selv om de hadde ulik bakgrunn.

Det finnes flere metoder for hvordan man skal analysere kvalitative data (Graneheim & Lundman, 2004; Malterud, 2011; Polit & Beck, 2017; Tjora, 2017). I denne studien ble det benyttet kvalitativ innholdsanalyse beskrevet av Graneheim og Lundman (2004) for å analysere dataene. Graneheim og Lundmans (2004) innholdsanalyse gjør det mulig å identifisere både et manifest (det tekstnære) og et latent (det tolkede) innhold av teksten. Det manifeste innholdet tar utgangspunkt i det synlige, åpenbare og ordrette som informanten sier, mens det latente er forskerens tolkning for å finne de underliggende meningene i teksten. Formålet med denne studien var å få innsikt og beskrive innvandrereforeldrenes erfaringer og deres perspektiver, og derfor var det hensiktsmessig å bruke den i studien. Graneheim og Lundman (2004) deler analyseprosessen i fire trinn: lese transkribert intervjumateriale og danne et helhetsinntrykk, Identifisere meningsbærende enheter (*unit of analysis*), kondensere meningsinnholdet (*content area*), og til slutt abstrahere til et høyere nivå.

Det første trinnet i Graneheim og Lundmans (2004) innholdsanalyse innebærer at forskeren leser gjennom transkripsjonen flere ganger og danner seg et helhetsinntrykk av de innhentede dataene. Allerede under datainnsamlingsprosessen vil man begynne å danne seg et inntrykk av innholdet i intervjuet. Dette stemmer med det Kvale og Brinkmann (2015) skriver om at dataanalysen begynner allerede under intervjuet. Hvert transkriberte intervju ble lest igjennom flere ganger for å få et helhetsinntrykk av datamaterialet og vurdere mulige temaer som representerte problemstillingen. På dette trinnet begynte man å forstå konteksten gjennom å notere en oppsummering av hvert intervju og hva det handlet om, noe som ga forskeren et overblikk over hvilke temaer informantene snakket om. Deretter ble aktuelle rådataer man ville konsentrere seg om organisert i tabeller for å se om man hadde oversett noe. Malterud (2011) sier at det er viktig å danne seg et inntrykk av hvordan materialet fordeler seg tidlig i analyseprosessen. Man prøvde å se hvilke temaer i materialet

som intuitivt vekket interesse med hensyn til problemstillingen som skal belyse. Det krever å stille seg åpen for inntrykk som materialet formidler. Her er det svært viktig at forskeren prøver å sette egen forforståelse og det teoretiske perspektivet i midlertidig parentes for å tydeliggjøre informantens stemme (Malterud, 2011). Dette er for at man skal få mest mulig nøytrale meningsbærende tema som ikke er påvirket av forskerens tanker som forskeren hadde før studien (Malterud, 2011). Underveis i lesingen dukket det opp både refleksjoner og forforståelser som ble skrevet ned.

Det andre trinnet i analyseprosessen besto i å avdekke meningsbærende enheter ved å skille relevante data fra irrelevante og finne frem til de delene av teksten som kunne tenkes å belyse problemstillingen (Graneheim & Lundman, 2004). En meningsbærende enhet (*Unit of analysis*) beskriver Graneheim og Lundman (2004) som en sammenstilling av ord som relaterer til samme mening. De bærer med seg kunnskap om et eller flere temaer.

Behandling av empiriske data vi alltid innebære seleksjon, og det er derfor et spørsmål om hva som skal med og hva som ikke skal med (Graneheim & Lundman, 2004). I analysen løsrives data fra konteksten utsagnene i utgangspunktet ble gjengitt i, ettersom data presenteres fra alle enhetene under enhver kategori (Thagaard, 2018). Det ble laget tabeller for hver informant. De meningsbærende enhetene ble hentet fra tekstmaterialet og kategorisert med tilhørende sitat og satt i tabeller for å skaffe oversikt over de ulike emnene som materialet inneholdt. Disse enhetene ble markert med ulike farger for å visualisere de ulike meningsfulle enhetene.

De meningsbærende enhetene varierte i lengde - noen var lange, mens andre korte. Malterud (2011) sier at det er bedre å ta med for mye enn litt for lite. Etter hvert som man tok for seg avsnitt for avsnitt, puttet man det inn i tabeller for at det skulle se mer oversiktlig ut. Man prøvde å gjennomgå materialet på nytt etter «å ha fått på plass» kategoriene for å se om noen enheter skilte seg ut fra de andre eller hørte til under en annen gruppe. Erfaringen i denne fasen var at forsker hadde gjort tekstkondensering uten å ta ut de meningsbærende enhetene først. Dette ble det gjort oppmerksom på av veileder, noe som gjorde det mulig til å reversere prosessen og ta noen skritt tilbake for å gjøre nye valg. Det å gå frem har gjennom hele prosessen vært svært vanskelig, men samtidig har det ført til nærhet til dataene og dermed økt innsikt.

De meningsbærende enhetene ble kodet med ord som er utviklet fra intervjuene (empirinære koder) (Graneheim & Lundman, 2004). Under hver kode sto de meningsbærende enhetene som hadde noe til felles. Kodene var en forkortelse av hva tekstene handlet om. Det å gi ulike deler av de transkriberte intervjuene kodeord hjalp for å identifisere mønstre i dataene. Kodearbeidet var som en slags godkjenning av de sorterte meningsbærende enhetene til videre bruk. Kodingen ga et grunnlag for å identifisere fellestrekk mellom intervjuene. Bruken av tankekort, tabeller og fargekoding har gjort det mulig for en god sortering av tekst og koding, og dermed for å finne ut hva informantene var opptatt av.

På analysens tredje trinn skal man trekke kunnskap som hver enkelt meningsbærende enhet representerer fra forrige analysetrinn. Hensikten er å systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene (Graneheim & Lundman, 2004). I denne delen av analysen hadde man lagt bort den delen av teksten som ikke var relevant for problemstillingen og satt igjen med de meningsbærende enhetene, som var kodet sammen. Balansen mellom fleksibilitet og rigiditet i analysen er en krevende utfordring for en uerfaren forsker. I samtaler med veileder har forskeren fått gode innspill. Hovedutfordringen på dette trinnet var å kondensere uten at meningsinnholdet ble borte. Dette var en krevende prosess siden tolkning spilte en stor rolle. Man tolker teksten ut fra sitt faglige perspektiv og ståsted (Graneheim & Lundman, 2004). Her kan forskerens bakgrunn påvirke tolkningen. Det var derfor viktig å være bevisst på dette underveis i prosessen. Det kondenserte materialet ble kategorisert og markert med ulike farger for å skille dem fra hverandre. Målet var å hente ut meningen i tekstbitene forskeren hadde valgt, og kondensatet skulle omsette det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene til en mer generell form.

På det fjerde og siste trinnet i analyseprosessen var hensikten å sette sammen delene igjen (rekontekstualisering) slik at de kondenserte enhetene ble abstrahert til et høyere nivå og utviklet til beskrivelser og begreper. Abstraksjon innebærer både beskrivelser og fortolkning, og det er derfor viktig at abstraheringen gjøres på en måte som er lojal i forhold til informantens stemmer (Malterud, 2011). Graneheim og Lundman (2004) benevner resultatet av abstraksjonen som kode. Å utvikle empirinær koding er vanskelig. Koding er utelukkende utviklet fra data og formet av informantens egne ord og det budskapet de

prøver å fortelle. For å sikre grundig koding av relevante og potensielt relevant data, ble det kodet og sortert i flere omganger.

Tabell 1: Eksempel på analyseprosessen

<i>Meningsbærende enhet</i>	<i>Kondensert meningsinnhold</i>	<i>Kode</i>	<i>Tema</i>
<i>Vi vet ikke hvilke tjenester som finnes, hva skolehelsetjenesten kan hjelpe oss med, hvordan og på hvilken måte man skal oppsøke hjelp</i>	Vet ikke om tilbudet i skolehelsetjenesten og hvordan man kan ta kontakt med tjenesten	Skolehelsetjenesten er ukjent for foreldre	Manglende systemkunnskap

Etter å ha jobbet med datamaterialet, ble fire hovedkategorier analysert frem:

- «Helsesykepleier er til å stole på»
- «Ubehag og mistro til tjenesten»
- «Manglende systemkunnskap»
- «Forslag til forbedring av praksis»

Underkategoriene fra analysen ble brukt til å synliggjøre de aktuelle temaene. Bruken av sitater er ment til å illustrere forankringen i materialet, fremhever særlig gode poeng og er dermed tett på empirien. Sitatene er sentrale for å skape et nyansert bilde av informantenes opplevelser og erfaringer med skolehelsetjenesten.

Analyseprosessen innebærer at man hele tiden går frem og tilbake i materialet og skaper nye tolkninger og beskrivelser på veien. Ved å utvikle disse fire hovedtemaene, er man i ferd med å ferdigstille analysen, som er rent empirisk styrt.

3.5 Forskerens egen forforståelse

Forskere starter sjelden med blanke ark uten oppfatninger av det som undersøkes (Johannessen et al., 2016; Tjora, 2017). Man har ofte en motivasjon for å gjennomføre et prosjekt, en bakgrunn og en forforståelse som gjør at man ønsker om å vite mer om et tema (Malterud, 2011). Denne forforståelsen er helt nødvendig for å forstå virkeligheten som skal undersøkes (Johannessen et al., 2016; Thagaard, 2018). I dette tilfellet var det nysgjerrigheten for innvandrerforeldres erfaringer med skolehelsetjenesten fra et likeverdig helse-tjenesteperspektiv som var motivasjonen for studien.

Malterud (2011) skildrer forforståelsen som en ryggsekk vi tar med oss inn i forskningsprosjektet. Med innholdet i sekken mener hun erfaringer, hypoteser, teoretiske referanserammer og faglig perspektiv som vi har ved oppstart av prosjektet. Innholdet i sekken vil påvirke oss i måten vi både samler inn og leser data på. Forforståelsen kan ha stor innvirkning på prosjektet og være både en drivkraft for å sette i gang, men også et hinder for å finne ny informasjon (Malterud, 2011; Tjora, 2017). Man har selv erfaringer med det å være innvandrerforeldre, og har noen meninger om hva som kunne vært gjort eller justert for en tilpasset likeverdig skolehelsetjeneste.

I kvalitative studier kan det være vanskelig å fri seg fra forforståelsen fordi forskeren bruker seg selv som instrumenter og deltar i produksjonen av kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er svært viktig å sette egen forforståelse til side, spesielt i intervjusituasjoner og i dataanalysen, og ikke la forforståelsen innta en ledende rolle i prosjektet for å kunne se kritisk på teksten.

Det kan være vanskelig å holde den nødvendige, kritiske avstanden til det man skal studere, siden man ofte har egne erfaringer på området. Den faglige bakgrunnen som helsesykepleier i barneskole og nærheten til feltet kan gi grunnlag for gode samtaler, men samtidig gjøre en blind (Johannessen et al., 2016; Kvale & Brinkmann, 2015). Samtidig tenker man at ens bakgrunn ikke er en svakhet så lenge den gjøres eksplisitt og at man er bevisst om dens betydning gjennom hele forskningsprosessen. Dette er avgjørende for datainnsamlingen og fortolkningen, og den må ikke være en barriere for utvikling av ny kunnskap (Malterud, 2011; Tjora, 2017).

Problemstillingen rundt temaet har reist flere spørsmål underveis. Behovet for kunnskap om temaet fra et likeverdighelsetjeneste- perspektiv har vært til stede. Det kan være forskerens egen erfaringsbakgrunn som foreldre med innvandrerbakgrunn som har gjort noe med bevisstheten og stimulerte til noen tanker om temaet. Forskeren opplevde fordelene med egen kulturelle bakgrunn og at den muligens ga lettere tilgang til informantenes fortellinger. Olsson et al. (2014) antar at felles kulturell bakgrunn kan skape troverdighet og tilgang til målgruppens opplevelser. Det ble gjennom veiledning og felles refleksjoner forsøkt å ha et aktivt og bevisst forhold til egen forforståelse for å kunne se dataene med et nytt blikk. Selv om man ønsker å ha minst mulig påvirkning av egen forforståelse, sitter man også med en forståelse av at en har med seg en del bagasje som vil prege forskningen.

3.6 Etske overveielser

I all vitenskapelig virksomhet krevers det at forskeren forholder seg til etiske prinsipper og at det stilles krav om at hele forskningsprosessen må være etisk forsvarlig (Polit & Beck, 2017; Thagaard, 2018, s. 20). Prosjektet, alle brev og intervjuguiden er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) før datainnsamlingen.

I følge Thagaard (2018) er utgangspunktet for enhver forskning er prinsippet om frivillig deltakelse og ansvaret for informert samtykke. Informantene ble kontaktet etter at de hadde gitt samtykke til å delta i studien. Det skal være frivillig å delta, og deltakerne skal ha mulighet til å trekke seg når som helst i prosessen uten at det får konsekvenser for dem (Kvale & Brinkmann, 2015). Informantene fikk tilsendt informasjon om studien og at det var frivillig å delta. De fikk også informasjon om at intervjuet ville bli tatt opp på lydopptaker samt at dataene ville bli behandlet konfidensielt, oppbevart på sikkert sted og kun være tilgjengelig for forsker og veileder. Det er viktig at respondentene føler seg trygge på at konfidensialiteten opprettholdes gjennom hele prosessen (Kvale & Brinkmann, 2015; Polit & Beck, 2017). Alle fikk informasjon om at dataene ville bli slettet når studien var gjennomført. Samme informasjon ble også gitt muntlig i forkant av intervjuene.

Det er et krav om å anonymisere identifiserbare data og at man behandler sensitive opplysninger med varsomhet (Polit & Beck, 2017; Tjora, 2017). Prinsippet om konfidensialitet innebærer at deltakerne har rett til beskyttelse av sitt privatliv og ikke komme til

skade (Thagaard, 2018, s. 24; Tjora, 2017). Deltakerne ble derfor anonymisert i teksten. Det skal ikke være mulig å identifisere informantene direkte eller indirekte i det skriftlige arbeidet. Man har unnlatt å beskrive forhold som kan bidra til identifikasjoner, for eksempel alder, bakgrunn og bosted. Noen ganger måtte opplysninger som deltakeren ga omskrives i teksten for å ivareta konfidensialiteten – for eksempel er «datter» og «sønn» omtalt som «barnet» eller «mitt barn».

Personlig opplysninger skal være aidentifisert og opplysninger om identifiserbare enkelte personer lagres på en forsvarlig måte (Polit & Beck, 2017; Thagaard, 2018). Polit og Beck (2017) anbefaler å lagre data og informantenes personlige opplysninger adskilt. Jeg laget eget nummer ved oppbevaring av data knyttet til hvert intervju og koblet det til navnene på informantene. Dette ble oppbevart i et brannsikkert skap atskilt fra datamaterialet. Det var kun jeg som hadde tilgang til dette. Lydopptakene ble oppbevart på minnepinne, kryptert og beskyttet med passord for senere bruk. Troverdighet innen forskning handler om transparens i forskningsprosessen. Jeg har gjort rede for konkret og spesifikk i beskrivelsen av fremgangsmåtene. Veilederen ble involvert i alle ledd for å bidra til studiens troverdighet, pålitelighet og gyldighet.

Jeg har forsøkt å imøtekomme kravet om ryddig og nyttig forskning, og jeg har vært redelig i måten data er samlet inn på, analysert og presentert funnet på i metodekapitlet. De etiske retningslinjene for forskningsvirksomhet krever blant annet at forsker utviser redelighet og nøyaktighet i hvordan forskningsresultatene presenteres (Thagaard, 2018). Resultatene er presentert på en så saklig måte som mulig, og jeg har ivaretatt hensynet til informantenes anonymitet og konfidensialitet. For eksempel har jeg vært bevisst på hvordan informantene skal omtales og betegnes.

Etikk i forskning handler ikke bare om de juridiske reglene, men også om at man har møtt informantene med respekt og at deres personlige integritet er ivaretatt (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018). Selv om informantene har gitt sitt samtykke, vet vi ikke hvilke erfaringer et annet menneske bærer på, og heller ikke hvilke spørsmål som kan virke sensitive eller utfordrende for informantene. Man bør vise varsomhet og ydmykhet for den andres grenser. Den kunnskapen som kommer ut av kvalitativ forskning, avhenger av den sosiale relasjonen mellom intervjueren og den intervjuede (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 35).

Den relasjonen avhenger av intervjuerens evne til å skape et rom der intervjupersonen fritt og trygt kan snakke. Det er viktig at informantene opplever seg forstått, blir lyttet til og ivaretatt og verdsatt i forhold til bidraget under intervjusituasjonen. Selv om forsker definerer rammen rundt intervju, opplevde man intervjuet som åpent og preget av gjensidig respekt.

3.7 Refleksivitet, reliabilitet og validitet

For at resultatene skal kunne fremstå som pålitelige, er det vesentlig å vurdere studiens kvalitet (Thagaard, 2018). Malterud (2011) bruker begrepene refleksivitet, relevans og validitet for å vurdere den vitenskapelige kvaliteten i en kvalitativ studie. Refleksivitet er et kjernebegrep som refererer til forskernes bevissthet om sin egen rolle - refleksjon over seg selv og sitt bidrag til hva som skapes og utvikles gjennom hele prosessen (Polit & Beck, 2017, s. 508). Ifølge Malterud (2011) handler refleksivitet om å overveie forutsetningene som omgir kunnskapsutviklingen og former resultatene. I studien er forskningsprosessen forsøkt tydeliggjort mest mulig gjennom beskrivelse av design og metode for å bedømme kvaliteten på arbeidet. Informantene har vært de viktigste bidragsyterne til den empiriske datainnsamlingen. De viste interesse og stort engasjement, og dette er elementer som ifølge Malterud (2011) styrker oppgavens troverdighet.

Validitet handler om studiens gyldighet – om den undersøker det den er ment å undersøke (Thagaard, 2018). I denne studien er det gjort rede for alle valg som er tatt underveis, i hele prosessen med kritisk blikk på egen forforståelse slik at forskerens bakgrunn skal påvirke studien i minst mulig grad. Ingen forskere kan legge til side sin forforståelse og gå inn i en studie med blanke ark (Johannessen et al., 2016; Tjora, 2017). At forskeren er bevisst og tydeliggjør sin forforståelse, kan bidra til å styrke troverdigheten til studien. Veilederen har vært involvert i prosessen og har vurdert datamaterialet.

Kritikk til validitetsspørsmålet i kvalitative undersøkelser har vært at de bare er basert på subjektive tolkninger (Kvale & Brinkmann, 2015). En av grunnen til det kan være at det er vanskelig å skille reliabilitet og validitet når man omtaler troverdigheten til forskning der intervju er benyttet og er grunnlag for fortolkningen. Gjennom analyseprosessen tydeliggjør man sine valg for hvordan dette blir sortert, tematisert og analysert, og leseren inviteres til å se hvordan studien er bygd opp trinnvis. Det er utfordrende å velge ut deler av materialet i

analyseprosessen, og selektiv bruk av materialet er omtalt under analysearbeidet i teksten. Det vil alltid være en fare for at forskeren løsriver informantenes utsagn fra den opprinnelige sammenhengen slik at de dermed mister sin betydning (Malterud, 2011). På den annen side vil kvalitative fenomener knyttet til menneskers opplevelse nødvendigvis måtte innebære subjektive tolkninger og erfaringer. Kontinuerlig validering ble ivaretatt under intervjuet gjennom grundig utspørring om meninger med det som ble sagt for å forsikre at informasjonen ble oppfattet korrekt.

I kvalitative forskningsintervjuer er forskerens kompetanse og egnethet avgjørende for de dataene som skapes, det vil si hvordan man har utført intervjuet, hvordan man har transkribert og dokumentert samt hvordan man har begrunnet og redegjort for hva man har gjort. Forskeren har lite erfaring med å være intervjuer. Noen ganger ba man informantene gjenta eller utdype det de hadde sagt, og forklarte at dette var for å forsikre seg om at man hadde forstått informantene rett. Svarene ble da mer nyanserte og utdypet, noe som har bidratt til økt forståelse. Dette er essensielt for validiteten i studien. På den annen side finnes det også faktorer som kan svekke studienes reliabilitet. Det vil alltid være noe utsagn i det som ble sagt, eller kan også være sider ved situasjonen som en kanskje ikke får belyst. Datainnsamling (telefonintervju) og forstyrrelser under intervjuet kan ha ført til at svarene fra informantene ikke ble utdypet nok.

At informanten kan holde tilbake sitt synspunkt, enten det er bevisst eller ubevisst, er ifølge Thagaard (2018) en trussel for den fortolkende validiteten. I denne studien kom vi inn på foreldrenes erfaringer i møte med skolehelsetjenesten, der foreldrene hadde negative opplevelser. Forskerens profesjonelle bakgrunn kan ha bidratt til at informasjon holdes tilbake selv om man forsøkte å skape en tillitsfull og åpen samtale ved å gjenta studiens formål.

I kvalitativ forskning må reliabilitet knyttes til åpenhet om hva man har spurt om, hva informantene har svart, metodebruk og utvalg av sitater (Kvale & Brinkmann, 2015). Beskrivelsen av studiens metodiske fremgangsmåte, utvalget og rekrutteringsprosessen imøtekommer kravet om etterprøvbarehet og er sentralt for reliabiliteten til studien. Intervjuguiden er forsøkt formulert enkelt for å redusere mulige misforståelse.

I nesten alle intervjuene var det nødvendig å forklare forskjellen mellom skolehelse-tjenesten, helsestasjon, og helsesykepleier på skolen. Dette kan likevel ha gjort noe med tolkningen av datamaterialet. Alle intervjuene ble transkribert kort tid etter intervjuene, noe som styrker påliteligheten i datamaterialet.

4 FUNN

Funn fra den kvalitative innholdsanalysen presenteres i tre hovedkategorier.

4.1 Helsesykepleier er til å stole på

Innvandrerforeldres erfaringer med skolehelsetjenesten varierer. Det viser seg at informantene har mange like oppfatninger og erfaringer selv om de kommer fra ulike land. De fleste som har vært i kontakt med skolehelsetjenesten, føler seg møtt og bekreftet. De er fornøyde med tjenesten og den helhetlige hjelpen de blir tilbudt. Flere forteller at de ble verdsatt for sitt initiativ om å søke hjelp.

Flere informanter beskriver sine erfaringer med hjelpen som «det beste jeg har gjort», etter at de har vært i kontakt med helsesykepleier på eget initiativ. En annen informant sier at hjelpen de fikk forandret mye av situasjonen – både hos barnet og foreldrene.

En mor forteller om sitt første møte med helsesykepleier som gjorde at hun tok kontakt senere. Informanten sier;

«Ja, jeg tok kontakt med helsesykepleier fordi jeg stolte på henne etter den første kontakten.»

Alle informantene mener det er viktig å bli møtt og bekreftet og at det er en forutsetning for å bruke tjenesten. De påpeker hvordan dette påvirker kontakten videre og deres tillit til skolehelsetjenesten. En informant forteller at samarbeidet med helsesykepleier har ført til tillit og trygghet til å bruke skolehelsetjenesten. Informanten beskriver oppfatningen slik:

«Du ser bare på mitt barn hvordan det stolte på henne (helsesykepleieren) ...»

Foreldrene setter pris på å få konkrete råd og støtte. De opplever rådene som de fikk fra helsesykepleiere var gode og bekreftet deres tanker rundet det de lurte på. En av informantene sier;

«Det var godt å få bekreftelse fra en fagperson.»

En annen informant forteller om førsteinntrykket av helsesykepleier og at dennes tilstedeværelse på foreldremøte skapte opplevelsen av tillit, og beskrev helsesykepleieren som snill og rolig. Informanten opplevde å bli verdsatt for sitt initiativ om å søke hjelp og følte seg møtt og bekreftet. De fleste beskriver lignende opplevelser i møte med helsesykepleier. Helsesykepleiers støttende funksjon oppleves som god og viktig, og informanten påpeker videre at skolehelsetjenesten bør være klar over at ikke alle har den samme opplevelsen som henne, og sier slik:

«foreldre er forskjellige, og noen foreldre kan være skeptiske til å ta kontakt med helsesykepleier.»

Foreldre har forventninger til at helsesykepleier har mye kunnskap om barns fysiske og psykiske helse, noe som skaper tillit og trygghet. En informant som tok kontakt på eget initiativ, forteller om sine forventninger til helsesykepleier slik:

«... helsesykepleier på skolen har mer kunnskap om barn enn helsesykepleier på helsestasjon og lærer ...»

Det at det stilles krav til å jobbe med barn og unge i Norge ble nevnt som trygghet for å søke hjelp. En av informantene sier:

«Jeg følte meg trygg på systemene her i Norge, som stiller krav til den som jobber med barn og unge.»

Alle informantene er fornøyd og positivt overrasket over hjelpen de fikk fra helsestasjon. Helsestasjon-hjelpen ble beskrevet som en wow-opplevelse, livsviktig og en skikkelig hjelp, og helsesykepleier som familie, en venn og samtalepartner.

4.2 Ubehag og mistro til tjenesten

Foreldrene uttrykker tillit til helsesykepleier og er fornøyd med hvordan de ble møtt. Samtidig uttrykker flere av dem skepsis til samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og barneverntjenesten. De er redde for at informasjon gitt til skolehelsetjenesten vil bli brukt til andre formål, for eksempel i barnevernssaker.

Mer enn halvparten av informantene ga uttrykk for at redselen for samarbeidet med barneverntjenesten er utbredt blant foreldre med innvandrerbakgrunn. En informant sier følgende:

«Jeg er helt sikkert på at dette kommer du til å høre fra de andre informantene dine også helt sikkert ...»

Denne informantenes erfaring tilsier at frykten for samarbeidet med barneverntjenesten er utbredt. Dette ble bekreftet i flere av samtalene. Foreldre unnlater å oppsøke skolehelsetjenesten fordi de er engstelige, og mange tror at helsesykepleier vil sende informasjonen videre til barneverntjenesten. Informanten tror dette er på grunn av manglende informasjon om opplysningsplikten som skolehelsetjenesten har.

I tillegg til frykten for samarbeid med barnevernet, forteller flere foreldre om ubehagelige opplevelser knyttet til spørsmål stilt under konsultasjonen. De følte seg mistenkeliggjort når helsesykepleieren stilte nærgående spørsmål. De hadde ikke forventet at dette skulle skje. De ønsket da å forsvare seg ved å stille avklarende spørsmål til helsesykepleieren, men følte seg usikre og valgte derfor bevisst å la være.

To informanter fortalte om sitt møte i forbindelse med skolestartundersøkelsen for førsteklassinger, der det ble stilt spørsmål til deres barn om vold. Den ene informanten sier:

«Det var litt rart at helsesykepleier stilte slike spørsmål til en førsteklassing som nettopp hadde begynt på skolen.»

Informanten mener at denne type spørsmål blir stilt av barneverntjenesten. Flere lurer på det samme. En mor forteller:

«Mitt barn fikk spørsmål som: hva gjør mamma når hun er sint? Hva gjør dere hjemme etter skoletid?»

Flere forteller historier om innvandrerforeldre som er redde for at hverdagslige utfordringer vil bli oppfattet som vold og at barneverntjenesten dermed blir koblet inn. Noen av informantene opplevde å bli mistenkeliggjort i forkant av og etter at de hadde vært på ferie i

hjemlandet. En av informantene omtaler telefonsamtalen med helsesykepleieren som ubehagelig, og hun følte seg forhånds dømt på grunn av sin kulturelle bakgrunn.

En mor forteller hvordan hennes barn ble sjekket for blåmerker etter at familien kom tilbake fra ferie. Hun forteller om sitt behov for en forklaring og prøvde å spørre helsesykepleier og legen:

«Jeg fikk ingen forklaring på hva som er hensikten ... ingen sa noe.»

Informanten sier videre:

«Hvorfor stoler de ikke på oss? Jeg føler meg mistenkeliggjort.»

Alle har behov for informasjon og forklaring i en konsultasjon. Noen av dem opplever å bli møtt med skjult agenda i møte med skolehelsetjenesten. De opplever at skolehelsetjenesten er ute etter å få vite om barna har noe å fortelle. Foreldre lurte på om spørsmålene blir stilt bare til foreldre med innvandrerbakgrunn og om tjenesten ser annerledes på dem.

Flere av informantene stiller spørsmål om hvorvidt det er ulik tilnærming til innvandrere sammenlignet med til etnisk norske barn. Informantene opplever forskjellbehandling. En mor sier:

«Jeg vet ikke om dette spørsmålet blir stilt fordi vi er utlendinger.»

På tross av negative erfaringer forteller foreldre med vestlig innvandrerbakgrunn og høyere utdanning at de har tillit til systemene og ikke er redde for koblingen til barneverntjenesten. De er mer opptatt av andre foreldre som ikke har den samme bakgrunnen og kjennskapen til tjenesten.

Informantene er opptatt av å bli oppfattet som gode foreldre, som alle andre. En informant forteller om opplevelsen av forskjellsbehandling og sier:

«Vi prøver jo å integrer oss ... hvorfor prøver de å skille oss og våre barn fra andre? Kan ikke dere behandle våre barn på samme måte som dere behandler andre barn.»

Foreldre opplever misforståelser i møte med tjenesten og føler at de blir forhånds dømt etter hvilket land de kommer fra. En av foreldrene forteller om telefonsamtalen med helsesykepleieren rett før de dro på ferie til hjemlandet sitt. Informanten forteller at hun ble spurt om hvorvidt hun skulle reise for å omskjære barnet sitt.

Foreldrene setter pris på at skolehelsetjenesten er plassert på skolen. Nesten alle som har hatt negative erfaringer sa at erfaringene ikke hadde noe betydning for kontakten videre og at de kom til å bruke skolehelsetjenesten. Kun én informant var usikker på om de kom til å bruke skolehelsetjenesten i fremtiden. Nesten alle begrunner dette med at helsesykepleieren har mer kunnskap og kompetanse enn andre, for eksempel lærer.

4.3 Manglende systemkunnskap

Skolehelsetjenesten er tidligere ukjent for innvandrerforeldrene. Det viser seg at informantene har mange like oppfatninger og erfaringer selv om de kommer fra ulike land. Kun én informant hadde kjennskap til skolehelsetjenesten eller med helsesykepleier fra hjemlandet sitt, og de andre informantene hadde ingen erfaring med skolehelsetjenesten og sa at skolehelsetjenesten og helsesykepleier var ukjent for dem.

Flere av foreldrene sier at de ikke kjente tilbudet i skolehelsetjenesten godt nok og heller ikke visste hva slags rolle og funksjon helsesykepleieren har. De forteller om gode erfaringer fra helsestasjonstiden, men trodde tjenesten ble avsluttet når barna begynte på skolen. En informant fikk vite om skolehelsetjenesten via fastlegen, en annen via helsesykepleieren på helsestasjonen, mens en tredje foreldre fikk vite det tilfeldig og sier at «jeg oppdaget det selv». Det ser ut til at skolehelsetjenesten ikke er kjent for flere av foreldrene, og heller ikke at tjenesten fortsetter også etter helsestasjonsperioden. En mor sa:

«Da jeg fikk vite at vi kunne få hjelp av helsesykepleier på skolen, sa jeg wow - dette var noe nytt for meg.»

Det er også ukjent for de fleste at skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud. En av informantene forteller at da han søkte etter hjelp, endte han opp hos spesialist. Her fikk han beskjed om at det ikke var den «rette» instansen å starte hos. En informant sa:

«Vi vet ikke hvilke tjenester som finnes eller er tilgjengelig. Vi vet ikke hva de kan hjelpe oss med, hvor og på hvilken måte vi kan oppsøke hjelp fra tjenesten.»

Foreldrene er genuint opptatt av å få tidlig hjelp, og de opplever hjelpen de ga til barna hjemme ikke var god nok.

En informant som ikke visste om skolehelsetjenestens lavterskeltilbud, sier følgende:

«Vi prøvde å hjelpe vårt barn, men den hjelpen var ikke godt nok fordi barnet trengte mer ...vi visste ikke at vi kunne ta kontakt med tjenesten.»

En annen forteller om sitt møte med skolen og sier:

«Jeg brukte tid på å finne ut om jeg skulle ta kontakt med skolehelsetjenesten ... jeg fant det ut på egen hånd.»

Foreldre kjenner ikke til informasjon om hva helsesykepleieren og legen kan tilby. De kjenner også til at helsesykepleieren har fagkompetanse innen helse, men vet ikke om det formelle kravet som stilles for å bli helsesykepleier. En informant forteller om sitt møte med helsesykepleier på et foreldremøte, og beskriver sitt inntrykk av helsesykepleiers rolle og funksjon slik:

«Helsesykepleier var den siste som hadde en kort informasjon om skolehelsetjenesten. Vårt inntrykk om helsesykepleier var at det var en som kan hjelpe barna ved skade på skolen. Jeg synes skolehelsetjenesten er ikke noe inviterende for oss foreldre.»

Flere av informantene oppfatter helsesykepleier som ansatt ved skolen, og er overrasket over at helsesykepleier ikke har direkte tilgang til informasjon som skolen har. Foreldrene mangler kunnskap om ansvarsdeling – hva skolehelsetjenesten gjør og hva skolen eller de andre tjenestene gjør. De understreker at skolehelsetjenesten må bedre sin informasjon. En informant sier slik:

«Det er kanskje mangel på informasjon om de ulike tjenestene som gjør at foreldre er redde for at skolehelsetjenesten samarbeider med barneverntjenesten.»

En annen informant sier at «det er ikke automatikk i å få kjennskap til tjenesten fordi jeg er ikke herfra og vokste ikke opp med dette systemet». Informanten får støtte fra en annen informant som sier:

«Du vet at vi ikke kjenner systemene her og at vi kom fra et sted hvor det er ikke finnes slike tjenester.»

En av informantene forteller:

«Vi har kun møtt helsesykepleier på foreldremøte ... som sagt vår førsteklassing har vært hos helsesykepleier uten oss foreldre til stede.»

Selv en av de informantene som hadde erfaring med skolehelsetjenesten fra tidligere (som elev) og erfaring fra helsestasjon som foreldre ble positivt overrasket da vedkommende fikk vite at det er helsesykepleier på barneskolen:

- «Å ja, har barna helsesykepleier på barneskolen også?»

«Hva med de andre»

Flere foreldre uttrykker bekymringer for andre innvandrerforeldre som ikke har evnen til å stå på og finne frem informasjon om systemene.

Innvandrerforeldre med vestlig bakgrunn og de med høyere utdanning føler seg generelt trygge i forhold til de ulike systemene, og begrunner dette med egen bakgrunn som et slags sikkerhetsnett – selv om de er usikre om hvordan tjenestene er vevd sammen. De understreker at familiene er forskjellige, og peker på de foreldrene som ikke har de samme forutsetninger som dem. En av informantene sier følgende:

«min bakgrunn har gjort det lettere å orientere meg om systemene og ta kontakt med tjenesten ... det er viktig å være obs på de andre foreldrene.»

En mor sier:

«Det er viktig å anerkjenne innsatsen innvandrerforeldre gjør.»

Informantene sier gjentatte ganger at skolehelsetjenesten skal være bevisst på de universelle verdiene, som behov for å bli respektert og møtt på en god måte. Informantene understreker at disse foreldrene kan oppleve hindre for å ta initiativ på egen hånd, noe som kan påvirke barn/unges psykiske/fysiske helse.

4.4 Forslag til forbedring av praksis

«Det er ikke alle som forstår norsk»

Innvandrerforeldre mangler informasjon og kunnskap om skolehelsetjenestens arbeid. En av informantene sier følgende:

«Dere må jobbe mer med informasjon om tjenesten på de arenaene som innvandrere foreldre tilhører. Det er mange som ikke har hørt om dere.»

En annen informant beskriver hvor viktig det er med informasjon om tjenesten for å kunne benytte den, og forklarer videre at «vi kom fra ingen tjeneste til mange tjenester ...vi er ikke vant til å spørre etter eller å oppsøke hjelp» - og dermed er de avhengig av informasjon fra skolehelsetjenesten.

En av foreldre sier:

«Vi vet ikke hva dere kan hjelpe oss med, hvor, hvordan og på hvilken måte vi skal oppsøke tjenesten.»

Nesten alle sier at selv om de ønsker hjelp, finner de ikke informasjon om åpningstid og plasseringen av kontoret i skolens lokaler. En av foreldrene sier:

«Jeg synes at skolehelsetjenesten er litt forsiktig når det gjelder informasjon om tjenestene.»

To av informantene forteller at ikke alle forstår eller sier ifra når de ikke har forstått det som blir sagt. De foreslår at skolehelsetjenesten arrangerer egne foreldremøter med tolk for innvandrerforeldre.

Informantens forslag er klare, og nesten alle mener at tilpasset informasjon til innvandrerforeldre er svært viktig. De ønsker informasjon om de ulike tilbudene og begrunner dette med manglende kjennskap til systemene.

«Dere skal bare være der» (*basic trust*)

De fleste informantene opplever at skolehelsetjenesten er lite tilgjengelig. De sier at lavterskeltilbudet er ukjent på grunn av manglende informasjon. De mener at skolehelsetjenesten bør være lett tilgjengelig for innvandrerforeldre og mer synlig for barna. Det er flere som ønsker at helsesykepleieren viser/presenterer seg for elevene – spesielt jenter med innvandrerbakgrunn kan ha vansker med å snakke om tabubelagte temaer som for eksempel puberteten.

En informant sier: «Husk at det kreves mye for foreldre å ta kontakt med dere.» Dette støttes av en annen informant: «Dere skal bare være der når vi trenger dere.»

«Dere bør gå til dem og ikke motsatt.» Dette er anbefalingen fra noen av informantene at tjenesten bør komme til de arenaene innvandrerforeldre deltar på og tilhører.

5 DISKUSJON

Problemstillingen i denne studien er følgende:

Hvilke erfaringer har innvandrerforeldre med skolehelsetjenesten?

Studien er basert på telefonintervju med innvandrerforeldre som har barn i barneskolen og erfaringer med skolehelsetjenesten. Studiens hensikt er å beskrive innvandrerforeldres erfaringer med skolehelsetjenesten.

I denne diskusjonsdelen av oppgaven diskuteres funnene fra analysen opp mot relevante teorier og tidligere forskning. Det er ikke alle resultatene som vil bli presentert i diskusjonsdelen. Innvandrerforeldrenes erfaringer i møte med skolehelsetjenesten/helsesykepleier og deres kunnskap om tjenesten som går igjen under hele prosessen og i dette kapitlet.

Malterud (2011) sier at man ikke er forpliktet til å sammenfatte eller presentere alt som har vært sagt i samtlige intervjuer, men at man som forsker skal prioritere rapportering av ny kunnskap som kan utvide eller utfordre den kunnskapen som allerede eksisterer på feltet.

5.1 Mellom omsorg og kontroll

Denne studien utforsker innvandrerforeldres opplevde erfaringer med skolehelsetjenestens tilbud fra et likeverdig helsetjeneste-perspektiv. Funnene fra studien tyder på at foreldrene opplever å bli møtt og at de har fått god hjelp. De verdsetter skolehelsetjenesten, og nesten alle vurderer tjenesten som svært viktig.

Det finnes lite forskning på foreldres erfaringer med skolehelsetjenesten, noe som har fremkommet i flere studier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Munthe-Kaas et al., 2018; Straiton et al., 2017). Det er likevel grunn til å tro at innvandrerforeldre stort sett er fornøyde med skolehelsetjenesten, siden flere studier i tillegg til denne viser at innvandrere har tillit til helsetjenesten og at de er fornøyde med tilbudet av kontroller og vaksinasjoner (Arora et al., 2019; Clark et al., 2002; Kirchofer, et al., 2007; Kumar & Viken, 2010). Studien til Read et al. (2009) handler om foreldrenes opplevelse av skolehelsetjenesten, om hvorvidt tjenesten oppfyller foreldrenes forventninger, tilgang til informasjon fra skolehelsetjenesten

og kommunikasjonen mellom foreldre og helsesykepleier. Resultatene viser at foreldrene har høy grad av tilfredshet med tjenesten.

Betydningen av å få råd og støtte fra helsesykepleieren blir fremhevet av informantene som viktig. Flere forteller om god, helhetlig hjelp, og de fikk ros for å ta kontakt på eget initiativ. Oppmuntringen til å ta kontakt trekkes frem som et viktig element og oppleves som betydningsfullt for foreldrene. I retningslinjen fremgår det at skolehelsetjenesten bør ha oversikt over alle elevers helsetilstand (Helsedirektoratet, 2017). Formålet med tjenesten er å fremme psykisk og fysisk helse og gode sosiale og miljømessige forhold, forebygge sykdommer og skade (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003, § 1). Dette forutsetter at tjenesten bør ha fokus på råd og veiledning for foreldrene som har den daglige omsorgen for barnet. Foreldrene som har opplevd å bli møtt av helsesykepleier, forteller at det gjorde det lettere å ta kontakt med tjenesten og søke hjelp senere. I den amerikanske studien til Wang et al. (2019) på innvandrerforeldre fant forskere at tidligere erfaringer med helsetjenester spiller en betydelig rolle og har innvirkning. Foreldre forteller at deres opplevelse av hjelpen fra helsesykepleier har bidratt til tillit mellom barn og voksne.

Det å bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og unge gjennom tiltak som styrker forelderrollen er en av de viktigste oppgavene skolehelsetjenesten har (de Buhr & Tannen, 2020; Glavin & Erdal, 2018; Whittaker, 2014). Det forutsetter at foreldrene opplever at tjenestene er nyttig. Et godt oppvekstmiljø er viktig for at barn og unge skal kunne kjenne seg trygge og oppleve mestring (FHI, 2019). Jakobsen og Spilker (2020) sier at foreldrene bruker tjenesten bidrar til å styrke kvaliteten og sikre legitimiteten til tjenesten. På den andre siden kan dette oppleves som støtte for barn og unge til å bruke tjenesten. Barn og unge som opplever støtte fra foreldre og andre voksne på de ulike arenaer har mindre helseplager og er mer tilfredse med livet (de Buhr & Tannen, 2020; Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Drugli & Onsøyen, 2010).

I helsepersonelloven (1999, § 4) stilles det krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner. I denne studien oppgir foreldrene at helsesykepleierens kunnskap og kompetanse er viktig og gir trygghet. De mener at helsesykepleieren har mer kunnskap og kompetanse om barn og unge enn skolepersonellet. En mor sier at hun «stoler mer på helsesykepleier enn på lærer». Foreldrenes forventninger til helsesykepleierens

kompetanse samsvarer med foreldre i den finske studien til Mäenpää og Åstedt-Kurki (2008). Artikkelen beskriver finske foreldres oppfatning av samarbeid med helsesykepleier på barneskole, og ønsker å bidra til fokus på familietilnærming i stedet for bare å fokusere på barna. De sa at de hadde tillit til helsesykepleieres kompetanse og opplevde at helsesykepleier hadde kunnskap til å hjelpe barn. I studien til Kirchofer, et al. (2007) var foreldrene mest positive til helsesykepleieren enn til annet skolepersonell. Over 85 prosent av foreldrene rangerte helsesykepleieren som viktigere enn annet skolepersonell. At foreldre har positive forventninger til helsesykepleieres rolle, er noe som kan være et positivt utgangspunkt for at helsesykepleieren skal kunne bygge relasjon og skape tillit. Å bidra til å fremme tillitsforhold mellom bruker og helsetjenester er formålet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1), noe som er avgjørende for å kunne nyttiggjøre seg tjenesten (Karim et al., 2020; Mäenpää og Åstedt-Kurki, 2008; Tembo, et al., 2021). Foreldre generelt har fokus på relasjonen når de snakker om hvor tilfreds de er med tjenesten (Drugli & Onsjøen, 2010). Er de fornøyd med læreren, er de ofte fornøyd med skolen. Det samme her, hvis de er fornøyd med helsesykepleieren, er de også fornøyd med skolehelse-tjenesten (Drugli & Onsjøen, 2020).

5.2 Mistro og frykt for samarbeidet med barneverntjenesten

Selv om skolehelsetjenesten er verdsatt av mange, er den ikke det av alle foreldrene. Flere av foreldrene i studien er skeptiske til samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og barneverntjenesten. Informantene mener at redsel for samarbeid med barneverntjenesten er utbredt blant foreldre med innvandrerbakgrunn. Dette stemmer til en viss grad overens med studien til Tembo et al. (2021) og Lorentsen et al. (2018) om innvandrerforeldre som bor i Norge. Begge studiene er på innvandrerforeldre i Norge. Tembo et al. (2021) sin studie handler om innvandrerforeldres opplevelse av kontrollerende makt i velferdssystemet i Norge for å sikre barns trivsel samt foreldrenes oppfatninger av velferdstjenester. Studien til Lorentsen et al. (2018) er en pilotstudie for å kartlegge somaliske foreldres erfaringer etter at de deltok i en rådgivningsgruppe med fokus på tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) – tiltak for å forebygge uheldig foreldrepraksis. Deltakerne fortalte om en form for unngåelse fra

ulike arenaer på grunn av frykt for barnevernet og redsel for å miste omsorgen til deres barn.

Skolehelsetjenesten er en lovpålagt oppgave hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Tjenestens formål er å arbeide for å fremme elevenes totale helse og å forebygge sykdom og skade (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2003, § 1). Tjenesten er forpliktet til å samarbeide med andre for å sikre best mulig oppvekstvilkår for barn og unge (Glavin & Erdal, 2018), og samarbeidet innbefatter blant annet barneverntjenesten (St.meld. nr. 47 (2008–2009), s. 22). Formålet med tverrfaglig samarbeid er å sikre barn, unge og foreldre en god og helhetlig hjelp på et tidlig tidspunkt. Foreldrene har behov for informasjon om hvordan det norske systemet fungerer, hva som er hensikten med samarbeidet, hvilke krav som stilles og hvilket mandat de ulike tjenesten har. Det handler også om å utfordre forelderens feilaktige oppfattelse av skolehelsetjenestens rolle i samarbeidet med barneverntjenesten. Ifølge Straiton og Myhre (2017) og Ghahari et al. (2020) er manglende og dårlig tilpasset informasjon om tjenesten en av flere faktorer som virker som barrierer for innvandreres bruk av helsetjenester. Både Anyango et al. (2020) og Glavin og Sæteren (2016) hevder at mangel på informasjon fører til feiloppfatning av tjenesten og bidrar til mistillit blant noen foreldre.

Foreldrene henter ofte informasjon om tjenester fra sine sosiale nettverk. Denne informasjonen om samarbeidet med barneverntjenesten blir som regel ikke sjekket opp mot andre kilder. På denne måten kan feilinformasjon være en barriere for å søke og benytte skolehelsetjenesten. Dette er også funnet i en rekke andre studier (Janbu, 2008; Johnston et al., 2015; Karim et al., 2020; Straiton & Myhre, 2017; Wang et al., 2019). Studiene finner at foreldre får helseinformasjon fra familie og venner, noe som kan bidra til feiloppfatning om helsetjenesten (Straiton & Myhre, 2017). Flere studier har synliggjort at sosiale og kulturelle forhold er viktige barrierer i tilgangen til helsetjenester (Aambø, 2020; Ahmed et al., 2016; Gele et al., 2016; Le et al., 2021; Mangrio & Persson, 2017; Mbanya et al., 2019) og kan påvirke forventningene til tilbudet. Man må ikke ta for gitt at alle foreldre selv skaffer seg informasjon. I forskriften om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i skolehelsetjenesten (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2003) presiseres det at foreldre med innvandrerbakgrunn bør få støtte og veiledning i foreldrerollen. Den støttende kommunikasjonen fra tjenestene er viktig for å oppnå tillit og bygge gode relasjoner

(Jakobsen & Spilker, 2020). I studien til Mäenpää og Åstedt-Kurki (2008) blir det å få informasjon sett på som en viktig støtte til foreldre. God tilgang til informasjon er viktig for at man skal kunne delta aktivt i samfunnet (Meld. St. 6 (2012-2013), s. 44). Derfor er tilstrekkelig informasjon en viktig forutsetning for styrking av innvandrerforeldres helsekompetanse og deres mulighet til å nyttiggjøre seg tjenestene (Gele et al., 2016; Mäenpää & Åstedt-Kurki, 2008; Nakamura et al., 2018).

Foreldre tror at informasjonen de gir til helsesykepleier vil bli brukt til andre formål. Dette kan skyldes at skolehelsetjenesten tror at innvandrerforeldre er kjente med taushetsplikten. Janbu (2008) sier at taushetsplikten kan for mange være fremmed og årsaken til misforståelse. Man må ikke ta for gitt at alle foreldre selv skaffer seg informasjon, så det er viktig at foreldrene får informasjon om at det er taushetsplikt mellom tjenestene, at myndigheten stiller krav om personvern og at man må vurdere nøye før man utveksler informasjon mellom etatene. I Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmede og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017) står at skolehelsetjenesten har et viktig ansvar i å oppdage og identifisere omsorgssvikt hos barn/unge på et tidlig tidspunkt. Det står utførlig om meldeplikt i situasjoner som utløser plikten. Alt av helsepersonell har et ekstra stort og lovpålagt ansvar (Helsepersonelloven, 1999) til å reagere. Helsesykepleier har taushetsplikt som alt annet helsepersonell, og den reguleres blant annet gjennom helsepersonelloven (1999, § 21) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-6). Tilstrekkelig informasjon om tjenestene er en viktig forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg de tilbudene som finnes samt å styrke helsekompetansen deres (Gele et al., 2016; Nakamura et al., 2018; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Glavin og Erdal (2018) peker på at foreldre må få informasjon om sine plikter og rettigheter og hva som er formålet med informasjonen. Dette må gjøres på en forståelig måte, tilpasset til den enkeltes evne til å motta informasjon. Foreldre i studien til Mäenpää & Åstedt-Kurki (2008) ga uttrykk for at de savnet informasjon og understreket informasjonens betydning for økt foreldreengasjement.

Flere foreldre forteller om ubehagelige opplevelser der helsesykepleier har stilt nærgående spørsmål om vold til deres barn under konsultasjonen. Måten helsesykepleier stilte spørsmål på ble oppfattet av foreldrene som om skolehelsetjenesten var ute etter å få vite om barna hadde opplevd noe negativt hjemme.

Dette samsvarer med de opplevelsene som innvandrerforeldre hadde i Tembo et al. (2021) sin studie, der foreldrene oppfattet at velferdstjenestens kontrollfunksjon er forsterket blant innvandrerforeldre på grunn av stereotyper av innvandrere som voldelige foreldre. Å ta opp vanskelige temaer sammen med foreldre allerede i barneskolen er et krav som stilles i Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmede og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017). I denne står det at skolehelsetjenesten har et viktig ansvar i å avdekke vanskelige forhold hos barn for å forebygge skjevutvikling på et tidlig tidspunkt. Helsesykepleier har et omsorgsansvar og følger barn gjennom hele oppveksten (Helsedirektoratet, 2017). Samtidig har helsesykepleier også en kontrollfunksjon og et lovpålagt ansvar (Helsepersonelloven, 1999) om å oppdage og identifisere barn som lever under vanskelige forhold. Disse rollene utelukker ikke hverandre, men kan by på utfordringer for foreldresamarbeidet (Neumann, 2009). Foreldre bør derfor få informasjon om at helsesykepleier har en lovfestet plikt til å påse at barn får den helsehjelpen de har behov for (Helsepersonelloven, 1999, § 33). Dette er en plikt man ikke kan se bort fra.

Det er krevende for helsesykepleier å balansere mellom å bygge gode relasjoner til foreldre og samtidig beskytte barna. Forebyggende tiltak er ikke noe alle er vant til fra hjemlandet. En av de overordnede målene for å sikre likeverdige helsetjenester for alle er at helsepersonell på alle nivåer skal tilrettelegge for god kommunikasjon for brukere med ulik kulturell og språklig bakgrunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), noe som forutsetter kunnskap og kommunikasjonskompetanse. Vanskelige oppgaver som å forebygge vold og omsorgssvikt krever kunnskap og kommunikasjonskompetanse for at foreldrene ikke skal oppleve for stor inngripen i familien slik at videre samarbeid mellom helsesykepleier og familien blir vanskelig (Drugli & Onsøien, 2010). Ivaretagelse av barnet skal skje gjennom samarbeid med dets foreldre. Skolehelsetjenesten er et frivillig tilbud til barn og familie, og foreldrene kan velge om de ønsker å benytte seg av tilbudet eller ikke. Helsesykepleieren bør ha kunnskap om hvordan spørsmål skal stilles på en tydelig og respektfull måte (Glavin & Erdal, 2018).

Foreldrene i denne studien var innforståtte med at helsesykepleier har et ansvar med hensyn til de vanskelige temaene som skal tas opp under konsultasjonen. I rapporten til Waldum-Grevbo (2015) kom det frem at skolehelsetjenesten har stor tillit i befolkningen. Hvis helsesykepleier spør om vanskelige tema på en god måte, har ikke foreldrene noen

problemer med det. DeMeester et al. (2016) hevder at tillit og likhet i maktodynamikken er nødvendig for en åpen kommunikasjon. At brukerne har tillit til tjenesten, er avgjørende for at de skal oppleve å få en rettferdig og likeverdig helsetjeneste. (s. 133). Dette kan gjøres blant annet ved å sørge for tillitsskapende tiltak i sitt arbeid i møte med brukere med innvandrerbakgrunn (Meld. St. 6 (2012-2013), s.133). Åpenhet og tillitsfulle relasjoner bidrar til å fremme samarbeid mellom foreldre og helsesykepleier dermed lettere med å ta kontakt videre (Mäenpää & Åstedt-Kurki, 2008).

I Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §1-1) fremheves at tjenestens tilbud skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet. Helsesykepleiere skal sørge for god dialog med brukeren, slik at brukeren opplever trygghet, forståelse og likeverd (Helsedirektoratet, 2017). Dialogen mellom helsesykepleier og foreldre bør være åpen, uavhengig av om man har felles meninger eller ikke. Problemer med kommunikasjon kan oppstå når den virkeligheten som tjenestene beskriver, ikke stemmer med brukerens virkelighetsbilde og referanserammer. Dette kan medføre ulike forventninger til tjensttilbudet. Det er nødvendig med å avklare behov og forventinger (Meld. St. 6 (2012-2013)). Dette er nødvendig for å unngå opplevelsen av å bli behandlet ulikt. Flere foreldre i studien var opptatt av hvorvidt spørsmålet om vold også ble stilt til etnisk norske barn. I den kvalitative studien til Fröh et al. (2017) undersøkte forskere aspekter ved tillitsforhold til velferdstjenesten gjennom innvandrerforeldrenes erfaringer med det å ha barn med spesielle behov, og hva deres innvandrerbakgrunn betyr for utviklings av tillit til velferdstjenesten. I likhet med denne studien mener innvandrerforeldre at de blir forskjellsbehandlet på grunn av sin innvandrerbakgrunn. Den nasjonale retningslinjen (Helsedirektoratet, 2017) påpeker at man skal ta hensyn til språklige og kulturelle forskjeller i innvandrerbefolkningen. Det er viktig å avklare observasjoner med foreldre uten å være opptatt av årsaken. Holme et al. (2016) understreker at det som observeres i situasjonen ikke nødvendigvis trenger å være en refleksjon av den omsorgen som gis i hjemmet.

Det kan være ulike årsaker til at foreldre opplever seg mistenkeliggjort og møtt med en «skjult» agenda. Mange av dem hadde ikke noe erfaring med skolehelsetjeneste fra hjemlandet sitt. Noen av dem uttalte seg om deres erfaringer i begge landene, andre kun om erfaringene fra Norge. Dermed kan det være at deres opplevelser blir påvirket av deres oppfatning av tjenesten (Tembo et al., 2021). Det kan også være at profesjonelle gruer seg

for enkelte foreldresamtaler fordi de er redde for konflikt med foreldrene og at det vil hemme et videre samarbeid (Drugli & Onsjøien, 2010). Drugli og Onsjøien (2010) sier videre at det likevel er viktig å tåle å stå i vanskelige samtaler, og samtidig prøve å håndtere disse med en faglig begrunnelse.

Det er forventninger til at brukere skal kommunisere med helsepersonell. En høyere andel av innvandrerbefolkningen har utfordringer i kommunikasjonen med helsepersonell enn resten av befolkningen (Jakobsen & Spilker, 2020; Janbu, 2008). Kommunikasjonsutfordringer kan medføre mangelfull etterlevelse av anbefalte helseråd og hindringer i helsetjenester (Ahmed et al., 2016; Arora et al., 2019; Buarqoub, 2019; Le et al., 2021; Wiking et al., 2009). Innvandrerkvinner som deltok i studien til Straiton og Myhre (2017) fortalte at de unngikk og ikke tok kontakt for å søke helsehjelp på grunn av kommunikasjonsproblemer. Dette førte til forsinket hjelpesøk og resulterte i dårlig helse og større helsekostnader på samfunnsnivå. God kommunikasjon er avgjørende for å sette, bestemme og iverksette tiltak slik at brukeren mestrer situasjonen (Glavin, 2007; Glavin & Sæteren, 2016). Studien til Arora et al. (2019) handler om pakistanske kvinner og pårørendes erfaringer og opplevelser av barrierer i møte med helsetjenester og dets betydning. Kvinnene rapporterte om kommunikasjonsbarrierer, og lurte på om det var disse barrierene eller deres innvandrerbakgrunn som var årsaken til at de følte seg forskjellsbehandlet og ikke tatt på alvor. Studier viser at helsepersonell stort sett mener at de kommuniserer godt – samtidig er brukerne dessverre ikke like fornøyde med tjenestene. Mulige årsaker til dette er at helsepersonell overvurderer både egne kommunikasjonsevner, brukernes helsekompetanse og deres språklige ferdigheter (Ashton et al., 2003; Le et al., 2013). I rapporten til Le et al. (2021) handler god helsekommunikasjon om at brukeren deltar aktivt i dialogen og stiller spørsmål om noe er uklart i forbindelse med å kunne anvende informasjonen til å ivareta egen helse. Rapporten anbefaler at helsepersonell skal legge til rette for en optimal kommunikasjon med brukeren, slik at den enkelte får uttrykt hvordan den opplever situasjonen.

Det er svært uheldig at flere foreldre opplever ubehag i møte med skolehelsetjenesten, at de opplever å bli mistenkeliggjort og at de tror at helsesykepleieren har en «skjult» agenda i samtalen. Dette kan skape tvil med hensyn til nyttiggjørelsen av tjenesten og bidra til ulikhet

i helsetjenesten. Enkelte barn vil ikke få helsehjelp, og i verste fall oppdages ikke skjevutvikling (Früh et al., 2017; Salami et al., 2020). Foreldre i studien til Lorentsen et al. (2018) fortalte at de holdt barna hjemme fra ulike arenaer på grunn av frykt for barneverntjenesten. I den kanadiske studien til Ahmed et al. (2016) fortalte foreldre med innvandrerbakgrunn om deres bekymringer for å bli koblet til barneverntjeneste og dermed miste omsorgen for sine barn. Studien hevder at dette er på grunn av manglende kunnskap om helsesystemene i Canada. I studiene til DeMeester et al. (2016) og Arora et al. (2019) understrekes det at tidligere negative erfaringer med helsetjenesten kan være en barriere mot å bruke tjenesten, og at det er nødvendig å møte foreldre med respekt og åpenhet for å kunne bygge tillit og slik sikre en likeverdig skolehelsetjeneste. En svensk studie om innvandrerforeldre (Anyango et al., 2020) hevder at det er sammenheng mellom foreldres erfaringer med forebyggende helsetjenester og mindre bruk av helsetjenester hos deres barn.

Foreldrene bør involveres i større grad og oppleve at de er i stand til å påvirke samtalen slik at det er positivt for dem. Det handler om å tilrettelegge på en slik måte at foreldrene opplever anerkjennelse. Dette kan bidra til å fremme gode relasjoner i det videre forløpet. Budskapet og hensikten bør være å stimulere til refleksjon og forståelse for barn og unges behov for beskyttelse slik at foreldrene støtter opp om de beslutninger som berører barnets helse. På denne måten oppnår foreldre også økt helsekompetanse.

Et interessant funn i studien, som også stemmer overens med andre studier, er at foreldre med vestlig innvandrerbakgrunn og høyere utdanning føler seg trygge i forhold til helsesystemene (Meld. St. 6 (2012-2013), s.65; Pettersen & Jenum, 2014; Waldum-Grevbo, 2015). De har tillit til systemene og er ikke redde for informasjonsutvekslingen til barneverntjenesten. De forteller videre at manglende informasjon fra tjenesten har lite betydning for dem, og understreker at tjenesten bør være oppmerksom på de foreldrene som ikke har kapasitet til å mobilisere krefter til å finne informasjon om tjenesten. Flere studier viser at det er forskjell mellom vestlige og ikke-vestlige innvandrere. De har blant annet ulik helsekompetanse og derfor ulik forståelse av helsetjenester (Ahmed et al., 2016; Le et al., 2021).

Måten noen foreldre er blitt møtt på, oppfattes som ikke som kulturelt trygt. Anyango et al. (2020) og Wahlström et al. (2020) beskriver kulturelt sikre tjenester som å respektere og ta hensyn til andres kulturelle identitet. Kulturelt usikre tjenester er blitt beskrevet som umyndiggjøring av den andres kulturelle identitet og trivsel. Kulturelt trygg omsorg er viktig, sier Anyango et al. (2020) – spesielt når det gjelder helsetjenester. Å ikke ta hensyn til deres oppfatning kan skape barrierer for tilgang til tjenesten, og slik skape ulikhet i tjenesten (Arora et al., 2019) og føre til misforståelse (Le et al., 2021).

Til tross for informantenes uttalte opplevelse av mistenkeliggjøring og forskjellsbehandling i møte med helsetjenesten, viser likevel nesten alle tillit til skolehelsetjenestens funksjon og helsesykepleiers kompetanse. Dette er studiens overraskende funn. Foreldrene setter pris på at skolehelsetjenesten finnes og at den er plassert på skolen. De har tillit til helsesykepleierens kompetanse. Kun en av studiens tolv informanter er usikker på om vedkommende vil bruke skolehelsetjenesten i fremtiden. Nesten alle som har negative erfaringer sier at erfaringen ikke har noe betydning for kontakten videre og at de kommer til å bruke skolehelsetjenesten. Dette kan tolkes som at innvandrerforeldre har ambivalente oppfatninger av skolehelsetjenesten. Dette er i tråd med det som fremkommer i den svenske studien til Anyango et al. (2020), som er gjort på foreldre med afrikansk bakgrunn. Deltakerne uttrykte ambivalente meninger med tanke på tjenesten. Foreldrene var skeptiske til noen av tjenestens tiltak, men verdsatte samtidig at tjenesten var tilgjengelig på barnas arena – på samme måte som foreldrene i denne studien.

5.3 Helsekompetansens betydning for likeverdige helsetjenester

De fleste foreldrene i studien kjente ikke til skolehelsetjenesten eller til hvilken rolle og funksjon helsesykepleieren har på skolen. De kjenner til og har positive erfaringer fra helsestasjonstiden, men trodde at tjenesten ble avsluttet da barna begynte på skolen. «Å ja, har barna helsesykepleier på barneskolen også?» sier en mor.

Helsekompetanse har blitt en stadig viktigere ferdighet for å ta helserelaterte beslutninger i moderne samfunn (Eichler et al., 2009; Johnston et al., 2015; Le et al., 2021). Ifølge Le et al. (2021) innbefatter helsekompetanse ferdigheter og kunnskap som gjør personer i stand til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne ta helserelaterte

beslutninger i hverdagen. Flere hevder at en betydelig andel av innvandrere har begrenset helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet (Aambø, 2020; Abebe et al., 2017; Jakobsen & Spilker, 2020; Karim et al., 2020; Le et al., 2021; Mbanya et al., 2019), noe som assosieres med dårligere helse og sosialt utfall og spesifikke mønstre for bruk av helsetjenesten (Johnston et al., 2015). Studiene til Olsson et al. (2014) og Mbanya et al. (2019) hevder at begrenset systemkunnskap er en av de viktigste årsakene til innvandreres lavere deltakelser i forebyggende tjenester. Foreldre i denne studien forteller at de ikke hadde fått noe informasjon om at skolehelsetjenesten er en forlengelse av helsestasjonen, og dermed brukte de andre kanaler for å få hjelp før de fikk kontakt med skolehelsetjenesten. Barn er avhengig av foreldrene sine for å få helsehjelp, noe som forutsetter at foreldrene har tilstrekkelig helsekompetanse (Johnston et al., 2015). Norge har for første gang kartlagt helsekompetanse i et stort utvalg av befolkningen (Le et al., 2021). Resultatet viser at det er en sammenheng mellom utilstrekkelig helsekompetanse og dårlig helse (Le et al., 2021). I en japansk tverrsnittstudie av Ogi et al. (2018) undersøkte forskere om det er en sammenheng mellom tilstrekkelig søvn hos barn og forelderens helsekompetanse. Forskere hevder at de har funnet en sammenheng og at foreldrenes helsekompetanse har betydning for søvnlengden hos barna. De fant også at den gjennomsnittlige søvnvarigheten hos barna var signifikant lengre i gruppen med foreldre med høy helsekompetanse enn i gruppen med foreldre med lav helsekompetanse. Dette stemte også med studien til de Buhr og Tannen (2020), som undersøkte om det er sammenheng mellom foreldrenes helsekompetanse og sunn helseatferd hos barn. Forskerne fant at høy eller tilstrekkelig helsekompetanse hos foreldre er assosiert med god helseatferd hos barn, som sunt kosthold, regelmessig tannpuss og mer fysisk aktivitet. Studien konkluderte med at lav eller utilstrekkelig helsekompetanse hos foreldre sannsynligvis vil påvirke barnas helse og trivsel i negativ retning. Med utgangspunkt i Le et al. (2021) defineres helsekompetansen blant annet som grunnleggende kunnskap som gjør individet i stand til å ta avgjørelser relatert til hvordan man forebygger sykdom. Derfor kan helsekompetanse anses som vesentlig for å realisere «brukerens helsetjeneste» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Skolehelsetjenesten er barnas helsetjenester. Helsesykepleier bør tilrettelegge for en helsekompetansebevisst tilnærming for at foreldre skal nyttiggjøre seg tjenesten. Gjennom sine rutinemessige kontakter har helsesykepleier gode forutsetninger for å identifisere og

bidra til å øke foreldrenes helsekompetanse, og dermed å forbedre helsen for barn og unge. Dette er avhengig av helsekompetanse tenkningen og hensynet må integreres i planleggingen av skolehelsetjenesten.

Helsetjenesten i Norge er sammensatt og fragmentert. Den består av flere ledd og reguleres gjennom ulike lover, og brukeren må kunne navigere i systemet for å finne den rette tjenesten til rett tid (Le et al., 2021). I studien beskriver en far sine erfaringer slik: «Vi kom fra ingen tjeneste til altfor mange tjenester ... vi er ikke vant til å spørre etter hjelp.» Foreldrenes erfaringer er i tråd med det som kommer frem i studien til Wang et al. (2019). Deltakerne i studien manglet kunnskap om forskjellen mellom de ulike tjenestene og beskrev dette som en barriere. Det begrunnet de blant annet med at de ikke er fra USA og ikke har vokst opp med slike systemer. En far i denne studien sier det samme: «jeg vet ikke hvilke tjenester som finnes eller er tilgjengelig ... Jeg er ikke herfra.» Ut fra dette kan det hevdes at foreldre har begrenset helsekompetanse og derfor vansker med å navigere i og bruke skolehelsetjenesten. Le et al. (2021) definerer å «navigere i helsevesenet» som å ha oversikt over hvordan helsetjenestene er bygd opp og fungerer samt å kunne avgjøre hvilke konkrete tjenester man har behov for å bruke. Flere hevder at innvandrere kan oppleve ulike barrierer når det gjelder å navigere og bruke helsetjenester (Karim et al., 2020; Le et al., 2021; Straiton et al., 2017; Straiton & Myhre, 2017). Begrenset helsekompetanse gjør det vanskelig for brukere å navigere i og bruke helsetjenestene (Le et al., 2021; Straiton & Myhre, 2017; Mbanya et al., 2019). Det kan være ulike grunner som gjør vanskelig for brukere å navigere i helsetjenester. Flere studier hevder at foreldrenes tidligere erfaringer fra hjemlandet kan være en påvirkende faktor som har farget deres oppfatning av tjenesten og helsesykepleierens rolle (Clark et al., 2002; Glavin & Sæteren, 2016; Karim et al., 2020; Mbanya et al., 2019).

Funn i denne studien viser at foreldre ikke er vant med denne typen forebyggende tjeneste fra hjemlandet sitt. Erfaringen fra foreldrene er i tråd med det som fremkommer i flere andre studier (Ahmed et al., 2016; Jakobsen & Spilker, 2020; Janbu, 2008; Olsson et al., 2014). Foreldre i denne studien sa ikke noe om hvordan de er vant med å søke hjelp til barna sine, både fysisk/psykisk helse, sosialt og foreldreveiledning. Hvis man hadde stilt mer avklarende spørsmål her, kunne man kanskje fått belyst om det er eventuelle likheter og ulikheter mellom dem for å forstå deres utgangspunkt til skolehelsetjenesten. En annen

mulig forklaring kan være at mange innvandrere selv kan ha begrenset helsekompetanse, uansett hvor tilpasset helsekommunikasjonen er (Le et al., 2021), noe som kan henge sammen med deres erfaringer fra hjemlandet. En far begrunnet sin manglende kjennskap til skolehelsetjenesten med at «vi er ikke vant med denne type system og å ta initiativ selv for å søke hjelp». Helse- og omsorgstjenester som fordrer brukermedvirkning og frivillige tjenester kan for enkelte innvandrere som er vant med et mer paternalistisk system i sitt opprinnelsesland virke som noe fremmed og uventet (Jakobsen & Spilker, 2020).

At familien ikke forstår hvordan de skal få tilgang og bruke de tjenestene som anbefales, vil formålet med en likeverdig helsetjeneste være vanskelig å realisere. Johnston et al. (2015) hevder at foreldre med tilstrekkelig helsekompetanse er en fordel for tjenesten og for videre samarbeid. Studier viser manglende kunnskap om systemene som den vanligste barrieren og som påvirkende faktor for likeverdig helsetjeneste – og dermed en risiko for helsen (Abebe et al., 2017; DeWalt & Hink, 2009; Fruh et al., 2017; Glavin & Sæteren 2016; Janbu, 2008; Karim et al., 2020; Olsoon et al., 2014; Wang et al., 2019).

I den ferske rapporten fra Helsedirektoratet som kartla befolkningens helsekompetanser (Le et al., 2021), fant man at en betydelig andel av befolkningen mener det er vanskelig å navigere blant helsetjenester. Det ser ut som at foreldrene i denne studien mangler over halvparten av variablene som rapporten har listet opp, blant annet å finne informasjon om tjenesten ved behov og forstå anbefalte helseundersøkelser. I tillegg til at de ikke er kjent med forebyggende tjenester fra hjemlandet, er systemene i det moderne helsevesenet mer komplekse for brukerne. Man antar at det kan være ekstra vanskelig for innvandrerbefolkningen, som har et helt annet utgangspunkt. Deltakerne i rapporten skåret høyt i å klare å bestille time i primærhelsetjenesten. For foreldrene i denne studien er det motsatt – de visste ikke hvordan de kunne komme i kontakt med skolehelsetjenesten og hvor og til hvilken tid helsesykepleieren var på skolen. I kartleggingen av helsekompetansen til den norske befolkningen som Le et al. (2021) har gjort, hevder man at helsekompetanse også avhenger av forhold utenfor individet selv. Det handler om hvordan helsetjenestene organiseres for at det skal være enkelt for brukere å finne frem til rett tilbud. Manglende kunnskap om tjenesten og tilgjengelige tjenester beskriver Byrow et al. (2020) som en strukturell barriere. Den har en betydelig innvirkning på innvandreres evne til å søke hjelp (Byrow et al., 2020; Mbanya et al., 2019).

Premissene i skolehelsetjenesten er basert på frivillighet og at den som har behov for helsehjelp selv må ta initiativ og kontakt med tjenesten. Dette favoriserer de med tilstrekkelig helsekompetanse - de som har kjennskap til skolehelsetjenesten og hvordan/når man kan søke hjelp (St.meld. nr. 20 (2006–2007), s. 24). Innvandrerforeldre med vestlig bakgrunn og høyere utdanning opplever at de kjenner systemene generelt og føler seg trygge. De har erfaring, kjennskap og forståelse for noe lignende system. De begrunner dette med egen bakgrunn som et sikkerhetsnett, og vet at de klarer å finne frem ved behov. Dette samsvarer med i den ferske nye rapporten fra Helsedirektoratet (Le et al., 2021) og andre studier (Janbu, 2008; Pettersen & Jenum, 2014).

5.3.1 Tilstrekkelig informasjons betydning for helsekompetansen

Flere har møtt helsesykepleier for første gang på foreldremøter, og opplever informasjonen som utilstrekkelig og ikke tilpasset deres behov og forventninger. Etter den korte presentasjonen sitter de med et inntrykk av skolehelsetjenesten som mindre viktig og at helsesykepleier hjelper elevene ved skader. Det samme inntrykket hadde foreldrene i studien til Clark et al. (2002). Der mente de at helsesykepleieren er den som gir øyeblikkelig hjelp på skolen, og er ikke kjent med de andre oppgavene helsesykepleier faktisk har på skolen – noe som stemte overens med denne studien.

Foreldrene innser at helsesykepleierens presentasjon på foreldremøtene i liten grad ble prioritert, både med tanke på hvilken plass i rekken helsesykepleieren hadde i presentasjon og ikke minst med tanke på hensynet til foreldre med innvandrerbakgrunn. Få husket eller fikk med seg noe av informasjonen. De ønsker en tilpasset, tilstrekkelig informasjon om tjenesten og de tilbudene som finnes.

Alle barn og deres foreldre har rett til informasjon. Retten til tilpasset informasjon til brukere er en nedfestet rettighet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3), og den er nødvendig og avgjørende for få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2017; Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). For at retten til likeverdig helsetjeneste skal bli reell, er det avgjørende at brukeren får tilstrekkelig og tilpasset informasjon (Gele et al., 2016; Le et al., 2013; Mbanya et al., 2019). I en kvalitativ studie undersøkte Straiton og Myhre (2017) ulike barrierer som thailandske og filippinske

innvandrerkvinner står overfor og hvordan de lærte å navigere i det norske helsesystemet. Ifølge studien er disse kvinnene underrepresentert i bruk av primærhelsetjenester for psykiske problemer. Deltakerne opplevde utfordringer med å navigere i et komplekst helsevesen i Norge, og begrunnet dette blant annet med manglende tilpasset informasjon. De sa at de fikk tips og råd fra venner og familie om hvordan de kunne navigere i det norske helsesystemet. Noen av dem unngikk eller søkte ikke helsehjelp blant annet på grunn av manglende informasjon om deres rettigheter til tolk. Dette funnet understøttes av en annen norsk forskning (Le et al., 2013), nemlig at mangel på tilpasset informasjon eller fravær av informasjon kan gjøre det utfordrende å tilby likeverdig helsetjeneste til brukere med en annen kulturell bakgrunn. Studien viste også at det var ulike oppfatninger mellom helsepersonell og pasienter når det gjaldt behovet for tilpasset informasjon, noe som førte til skuffelse og usikkerhet senere blant deltakerne med hensyn til egne rettigheter. Likeverdig helsetjeneste er ikke det samme som like tjenester (Abubakar et al., 2018), og brukerrettet og tilpasset informasjon er nødvendig og en forutsetning for likeverdige tjenester.

Nesten alle lurer på om andre innvandrerforeldre som ikke har kapasitet til å finne informasjon om skolehelsetjenesten. Man spør seg om hva som er budskapet i foreldrenes uttalelser om andre innvandrerforeldre. Det offentlige språket kan være tungt og lite forståelig og dermed en utfordring for mange uavhengig av bakgrunn. For å forstå det offentlige språket kreves det ofte systemkunnskap (meld.st. 6 (2012-2013), s.134). For innvandrere som ikke har vokst opp i Norge vil være vanskeligere å forstå slikt språk, og enda vanskeligere for innvandrerforeldre med svake lese- og skriveferdigheter. I Anyango et al. (2020) sin studie stilte innvandrerforeldre spørsmål om modellen «*one-size-fits-all*» og hvilke opplevelser andre foreldre hadde. Deltakerne følte seg blant annet utelatt, noe som stemmer overens med funn i denne studien. En far beskriver skolehelsetjenesten som ikke foreldreinviterende. Et tiltak kan være at helsesykepleieren får presentere seg tidlig under foreldremøtet og får bedre tid til å formidle om tjenesten. I likhet med alt annet i samfunnet, blir også helsetjenestene mer og mer digitale. Det er naturlig å gjøre seg noen tanker om og stille noen spørsmål ved den pågående implementeringen av et stort nasjonalt digitalt prosjekt kalt *DigiHelse*. DigiHelse er et verktøy for digitalisering av helsetjenester for befolkningen, og er tatt i bruk i mange norske kommuner. Nettstedet helsenorge.no, som er

en digital inngang til helsetjenestene, kan bidra til at brukeren får en samlet oversikt over de helsetjenestene som er tilgjengelige og kan benyttes av den enkelte. Gjennom nettportalen helsenorge.no ligger muligheten for en sikker kommunikasjon mellom enkeltindividet og helsetjenesten (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019). Hensikten med digitaliseringen er blant annet å gi hver enkelt innbygger mulighet til å få større innflytelse over egen helse, styrke samarbeidet mellom bruker og helsetjenestene samt å unngå at noen blir kasteball mellom ulike offentlig aktorører (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019). Med den digitale tjenesten ønsker man å sikre at brukere slipper å forholde seg til flere ulike tjenester for å få dekket sine behov – noe som kan være en fordel for spesielt innvandrerfamilier, som ofte opplever å ha vansker med å orientere seg i de ulike moderne helsetjenestene. Digital kompetanse blir i denne sammenhengen en kritisk faktor, og satsingen på digitale helsetjenester kan også bidra til å gjøre tilgangen til tjenestene vanskeligere for enkelte grupper med lav kompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Det blir derfor nødvendig at den er på plass for nettopp å sikre at brukerne er i stand til å benytte seg av tjenesten. Man kan lure på om det blir mulig for innvandrerfamilier å oppnå myndighetens ambisjoner om en raskere, tryggere og enklere kommunikasjon mellom brukeren og det offentlige. Ifølge strategien om digitalisering av offentlig sektor (2019) skal det være rom også for de som ikke kan eller mangler kompetanse til å bruke teknologien. Strategien er bygget på rapporter og studier som er gjort både på de offentlige tjenestene og brukere av tjenestene. Det er likevel se ut til å være at det mangler en del av den kunnskapen vi trenger for å tilrettelegge tjenestene til gruppen.

Som ved all annen deltakelse kan det være slik at noen velger å takke nei til bruk av DigiHelse. Det kan være mange årsaker til det, alt fra nedsatt økonomisk evne og mulighet til å nytte seg av tjenesten til ulike digitale barrierer. I denne studien har man ikke undersøkt årsaksforholdene nærmere, og det er derfor vanskelig å si noe om innvandrerforeldres bruk av teknologi. Vi vet derimot at innvandrerfamilier er overrepresentert i lavinntektsgruppen, og derfor er det grunn til å tro at det kan være en årsak til deres utfordringer knyttet til de å nytte seg av de digitale helsetjenestene som finnes. Det er derfor viktig å være oppmerksom på konsekvensene satsingen på DigiHelse eventuell medfører, og legge til rette for at nye tiltak i helsetjenesten ikke bidrar til større skille i befolkningsgruppen og slik forsterker ulikhetene i tilgang til helsetjenesten.

Foreldre som trengte hjelp, opplevde at hjelpen de ga til barna hjemme ikke var god nok. De visste ikke at de kunne ta kontakt med skolehelsetjenesten. De mener den manglende informasjonen om tjenesten førte til at de søkte hjelp hos spesialist. Studier viser at foreldre med innvandrerbakgrunn mangler kjennskap og opplever utfordringer i det å finne informasjon om tjenesten, hvordan og hvor man søker hjelp, hva man blir henvist til, hvem som kan henvis og hva det er mulig å få hjelp med (Haugaard et al., 2020; Kumar & Viken, 2010; Le et al., 2021; Mbanya et al., 2019; Meld. St.19 (2018-2019), S.136; Mosdøl et al., 2018; Waldum-Grevbo, 2015). Deltakeren i Straiton og Myhre (2017) opplevde mangel på informasjon og brukte deres sosiale nettverk som informasjonskilde. De mener at formelle og tilpasset informasjon bør være tilgjengelig og at tjenesten bør gi mer informasjon om hva den kan brukes til og hvordan den kan hjelpe dem videre. Foreldrene beskriver hvor frustrerende og forvirrende det er å få vite om skolehelsetjenesten etter at de har brukt lang tid på å finne frem i systemet. Dette er det samme som foreldre i studien til Früh, et al. (2017) sa om manglende informasjon om tilbud som kunne ha hjulpet barna og/eller foreldrene langt tidligere. En far som tidligere har hatt problemer med å finne informasjon om systemene, beskriver opplevelsen som frustrerende. Det samme viste seg i den samme studien til Früh et al. (2017), der flere foreldre uttrykte tilfredshet med helsetjenestene generelt når de hadde blitt kjent med hvordan systemet fungerer, men likevel opplevde frustrasjon som kunne utvikle seg til mistillit til institusjoner (Früh et al., 2017).

Innvandrerforeldre i denne studien er opptatt av andre foreldre som ikke har kapasitet til å finne informasjon. De sier at «det er ikke alle som forstår norsk eller sier ifra når de ikke forstår». De understreker at tjenesten må jobbe med informasjonsarbeid. De foreslår informasjon om tjenesten på de arenaene som innvandrerforeldre deltar på og tilhører. De foreslår også et eget foreldremøte for foreldre med innvandrerbakgrunn. I den nasjonale retningslinjen (Helsedirektoratet, 2017) anbefales at skolehelsetjenesten bør bidra på skolens foreldremøter ved skolestart, blant annet for å informere om tjenestens tilbud og gjøre tjenesten kjent og lettere for foreldre å ta kontakt med. Den sier ikke noe om hensynet til innvandrerforeldre med begrenset helsekompetanse.

«Husk at det kreves mye for foreldre å ta kontakt med dere», sier en informant. Dette er anbefalingen fra noen av informantene, nemlig at tjenesten bør komme til de arenaene innvandrerforeldre deltar på og tilhører. Funnet samsvarer med studien til Wang et al.

(2019) om å bedre informasjonskanaler og å komme til foreldrenes arena. Foreldrenes forslag er konkrete på å endre praksisen for å forebygge misforståelser og feiloppfatninger, men samtidig sa de ikke hvilke arenaer de tenker på. En mor nevnte om frivillige organisasjoner i kommunen hun bor som har støttende funksjon blant innvandrerfamilier. Man er litt usikre på om dette er noe på systemnivå, siden det er ulik praksis i de ulike kommunene. Straiton og Myhre (2017) mener det er lite fokus på å håndtere disse barrierene innvandrere opplever, og mener at tiltak som kan forbedre deres kunnskap på systemnivå vil være en viktig bidrag for å styrke deres helsekompetanse. En mer brukerorientert, likeverdig helsetjeneste vil kreve omstilling og nytenkning. Skal tjenesten lykkes med en slik omstilling, er det nødvendig med nye tiltak som styrker foreldrenes helsekompetanse.

5.4 Betydningen av tilgjengelig skolehelsetjeneste

Foreldrene er opptatt av tilgjengelighet. De mener at skolehelsetjenesten bør være tilgjengelig for innvandrerforeldre og mer synlig for barna. De etterlyser at helsesykepleier markedsfører seg bedre og fremhever den kunnskapen og kompetansen de har. Skolehelsetjenesten er elevenes egen lovpålagte helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003), og barn har rett til en tilgjengelig skolehelsetjeneste. Tjenesten er et lavterskeltilbud som skal være lett tilgjengelig for alle elever, og den har ansvaret for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunen (Glavin, 2007; Helsedirektoratet, 2003). Med helsefremmende arbeid menes tiltak for å bedre målgruppens livskvalitet, trivsel og mulighet til å mestre daglige utfordringer. Med forebyggende arbeid menes tiltak for å redusere sykdom, skader, sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer (Helsedirektoratet, 2003). Skolehelsetjenesten har nær 100 prosent oppslutning, og er en unik mulighet for helsesykepleier å treffe barn og foreldre med ulike utfordringer og behov (Glavin et al., 2007; Read et al., 2009; Waldum-Grevbo, 2015). Særlig er skolehelsetjenesten viktig fordi den gjennom skolen har en kontaktflate ut mot alle barn. Det gir en helt spesiell mulighet til å fange opp de som trenger hjelp (Helsedirektoratet, 2017).

Tilgjengelighet er blant annet avhengig av at det er tilstrekkelig informasjon. Årsaken til at foreldre opplever at skolehelsetjenesten er lite synlig, kan være mangel på kunnskap og

informasjon om tjenesten. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2013) og Mbanya et al. (2019) er manglende kunnskap og informasjon om hvilke tilbud som finnes en av barrierene som kan redusere etterspørselen. God tilgang på informasjon fra offentlig er nødvendig for brukeren skal ha en reell mulighet til å orientere seg i tjenestene (Meld. St. 6 (2021-2013), s. 133). Å synliggjøre tilbudet for elever og foresatte på en lettfattelig måte er sentralt i skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Studier viser at flere ønsker at helsesykepleier viser og presenterer seg for elevene (Clancy & Svensson, 2010; Forandringsfabrikken, 2020). I studien til Mäenpää & Åstedt-Kurki (2008) sa foreldrene at skolehelsetjenesten var lite synlig og at de ønsket mer tilgjengelig skolehelsetjeneste. Foreldre skulle ønske at helsesykepleierens engasjement og kompetanse ble mer synlig og effektiv i det helsefremmende arbeidet på skolen, noe som stemmer overens med innvandrerforeldres ønsker i denne studien.

Foreldre ønsker at skolehelsetjenesten viser seg mer på foreldremøter og i klasserommet. Elevene i Barneombudets prosjekt (Barneombudet, 2013) peker på at de skulle ønske at helsesykepleieren viste seg litt mer blant elevene, at vedkommende var litt mer oppsøkende og aktiv og deltok på skolearrangementer o.l. Man tror det gjør det lettere å ta kontakt med helsesykepleieren dersom man opplever at man kjenner vedkommende. Det er et av de sentrale funnene i denne studien at skolehelsetjenesten bør ha rom for forbedringer for å sette tiltak som vil bidra til at foreldre og barn opplever at skolehelsetjenesten er lett tilgjengelig. Den nasjonale retningslinjen for helsestasjon og skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017) har satt opp konkrete praktiske anbefalinger til tjenesten om hvordan dette kan gjøres. For å sørge for et lett tilgjengelig lavterskeltilbud skal tjenesten blant annet aktivt informere om tjenestetilbudet og hvordan elevene kan komme i kontakt med tjenesten via kanaler som er lett tilgjengelig for målgruppen (Helsedirektoratet, 2017).

6 KONKLUSJON

I denne kvalitative studien ble det gjennomført telefonintervjuer med 12 foreldre med innvandrerbakgrunn som alle har barn i barneskolen. Studiens mål var å kunne beskrive den reelle erfaringen som innvandrerforeldre har med skolehelsetjenesten på sine barns skole. Den kan også bidra til å gi helsesykepleier innsikt og en dypere forståelse av fenomenet, slik at vi bedre kan legge forholdene til rette for å fremme likeverdige helsetjenester sett i lys av innvandrerforeldrenes helsekompetanse og erfaringer.

Funnene i denne studien viser at innvandrerforeldrenes erfaringer med skolehelsetjenesten er varierende. Flere forteller at de ble møtt på en god måte, mens noen av dem har negative erfaringer. Disse henger i stor grad sammen med frykten for barneverntjenesten, noe som kommer frem i samtalene med foreldrene. Skolehelsetjenestens omsorgs og kontroll funksjon er problematisk for noen foreldre. I følge flere av informantene kan frykten for barnevernet være et hinder for å ta kontakt med skolehelsetjenesten, forteller flere av informantene. Innvandrerforeldres redsel for å bli koblet til barneverntjenesten er også noe som er funnet i den kanadiske studien til Ahmed et al. (2016) og i den norske studien til Tembo et al. (2021).

Flere forteller om møter med skolehelsetjenesten der de følte seg mistenkeliggjort og der de opplevde å bli møtt med en skjult agenda. Skolehelsetjenesten møter nesten alle barn og deres foreldre, og har derfor en viktig rolle og mulighet til å avdekke behov på et tidlig tidspunkt (Helsedirektoratet, 2017). Ifølge forskriften om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003, § 6) er dette avgjørende for å kunne forebygge vanskelige forhold som uten tiltak kan føre til en skjev utvikling. Barn med innvandrerbakgrunn er en økende gruppe og overrepresentert i vedvarende lavinntektsfamilier (Meld. St. 6 (2012–2013), s. 66). Den sosioøkonomiske livssituasjonen kan ha betydning for helse og utvikling og generell trivsel for barna (St.meld. nr. 20 (2006–2007)), og kan også være en av faktorene som kan påvirke utøvelsen av foreldrerollen (Lorentsen et al., 2018).

Kultur og kommunikasjon er sterkt sammenvevd (Ahmed et al., 2016), og flere hevder at mangel på kultursensitive kommunikasjon hos helsepersonell kan være en potensiell barriere (Ahmed et al., 2016; Anyango et al., 2020; Le et al., 2013). Det er derfor viktig at

skolehelsetjenesten møter foreldre med respekt og tillit for at foreldrene kan føle seg trygge og komfortable i møte med helsesykepleiere og at de unngår å oppleve seg behandlet ulikt. God kommunikasjon mellom brukere og helsesykepleier er avgjørende for kunne nyttiggjøre seg tjenestetilbudet (Jakobsen & Spilker, 2020). Man kan konkludere med at studiens hoved og viktigste funn i denne studien er foreldrenes mistro til det samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og barneverntjenesten. Noe som kan skyldes manglende informasjon og system kunnskap. Forskjellene mellom helsetjenestene i Norge og foreldrenes hjemland, og deres negative erfaringer i møte med helsesykepleier er også betegnet som barriere (Ahmed et al., 2016; Karim et al., 2020; Wang et al., 2019). En mulig forklaring kan være at manglende informasjon om tjenestens rolle og funksjon som reduserer tilfredshet med tilbudet og kvaliteten på tjenesten. En kan hevde at dette funnet kan være en påvirkende årsak både for skolehelsetjenestenes legitimitet og foreldrenes nyttiggjørelse av tjenesten. Noe som kan ha betydning for retten til helsetjeneste for barn og unge. Helsesykepleiere skal sørge for å ha en god dialog med brukeren, slik at brukeren opplever trygghet, forståelse og likeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Med sitt lovpålagte ansvar har skolehelsetjenesten et stort potensial for å oppdage og identifisere risiko hos barn og unge på et tidlig tidspunkt (Meld. St. 19 (2018–2019), s. 27). Helsepersonelloven (1999, § 21) tydeliggjør de situasjoner som utløser denne plikten. Tjenesten må være åpen om sin rolle og funksjon gjennom god og tilpasset informasjon for å oppnå tillit også på vanskelige temaer som vold og overgrep. Foreldre har rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). det står også presisert om retten til tilpasset informasjon og sikre at de har forstått innholdet og betydningen av informasjonen. Helsesykepleier bør være bevisst i forhold til sin egen kultursensitivitet og lytte til foreldrene. Som kjent er premisset for å bruke skolehelsetjenesten basert på frivillighet, samtidig som barn og unge har krav og rett til helsehjelp på den arenaen de tilhører. Helsesykepleier kan derfor møte elevens behov under forutsetning av at deres foreldre samtykker til bruk av tjenesten.

Som en del av det forebyggende og helsefremmende arbeidet for folkehelsen, må og bør utformingen av skolehelsetjenestens tiltak tilpasses befolkningens helsekompetanse (Gele et

al., 2016). Spesielt bør oppmerksomheten rettes mot innvandrerguppen, som har ulikt utgangspunkt for å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon. For å lykkes med en likeverdig skolehelsetjeneste krever det at foreldre må få tilstrekkelig og pålitelig informasjon om tjenesten og tjenestens samarbeidsplikt med andre offentlige hjelpeinstanser. Forutsetningen for å kunne gi helseinformasjon som er tilpasset foreldrenes helsekompetanse er at helsesykepleieren har kunnskap om helsekompetansens betydning slik at vedkommende kan forstå foreldrenes utgangspunkt og dermed oppnå felles forståelse.

Hovedfunnene tyder på mangelfull systemkunnskap blant foreldre med innvandrerbakgrunn. Dagens tilbud om skolehelsetjeneste er ifølge foreldrene ukjent, blant annet nettopp på grunn av manglende informasjon om tjenesten. Foreldre med innvandrerbakgrunn opplever store utfordringer med å finne informasjon om skolehelsetjenesten samt hvilken rolle og funksjon helsesykepleieren innehar (Anyango et al., 2020; Gele et al., 2016). Foreldrenes tilfeldige kjennskap til tjenestene, på en tilfeldig måte gjennom andre kanaler, ble beskrevet som irriterende og negativt, og som en faktor som minsket deres initiativ til å bruke tjenesten. Dette er funn som også andre studier kan vise til (Ahmed et al., 2016; Wang et al., 2018). Dette kan ha store konsekvenser for barn og unges helse og kan bidra til å skape ulikhet i tilgang til helsetjenester.

Foreldre er ikke fornøyde med informasjonen og helseopplysningene som helsesykepleieren gir på foreldremøter. De opplever at skolehelsetjenesten ikke har en så viktig funksjon fordi helsesykepleieren ikke blir høyt nok prioritert i skolens presentasjon og heller ikke får bruke nok tid på foreldremøtene. De opplever at informasjonen er mangelfull og ikke god nok. Skolehelsetjenesten skal samarbeide med skolen og skal bidra med informasjon på foreldremøter (Helsedirektoratet, 2017). Skolehelsetjenesten i samarbeid med skolen bør derfor vurdere og om mulige endre opplegget på foreldremøte for å kunne gi et bedre inntrykk av tjenestens viktighet. Det kan bidra til økt helsekompetanse blant foreldre - en viktig forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg de tilbudene som finnes og sikre en likeverdig skolehelsetjeneste.

Der er et mål at alle skal tilbys likeverdig helsetjeneste uavhengig av bakgrunn, tilhørighet og funksjonsevne (Meld st. 2012-2013), s. 132). Det forventes at tjenesten skal ta utgangspunkt

i den enkeltes forutsetning og behov. De offentlige har et selvstendig ansvar for å tilpasse tjenestetilbudet til mangfoldet i befolkningen gjelder både organiseringen av tjenestene, og i førstelinjens kontakt med den enkelte brukere. Skolehelsetjenesten er en del av kommunenes forebyggende og helsefremmende arbeid, og det forventes at den skal være lett tilgjengelig for barn, unge og deres foreldre (Helsedirektoratet, 2017). I stortingets melding 6 (2012-2013, s. 71) understreker at det er viktig å gjøre helsetjenestene tilgjengelige for innvandrere og sikre god informasjon. Funnene fra studien viser at skolehelsetjenesten ikke er like tilgjengelig og synlig for alle foreldre og barn. Foreldrene synes det er vanskelig å finne informasjon om hvordan de kan komme i kontakt med helsesykepleieren. De fortalte også om manglende informasjon både om når og hvor helsesykepleier befinner seg i skolens lokaler. Flere av foreldrene fortalte historier om hvordan de hadde kommet i kontakt med helsesykepleieren via helt andre instanser. Mangel på å søke helsetjeneste kan ha betydelige konsekvenser for den langsiktige helsen til barn med innvandrerbakgrunn. Til syvende og sist kan dette føre til at de som virkelig har behov for helsehjelp, ikke får kontakt med tjenesten (Mbanya et al., 2019). Derfor bør tiltak settes inn for å redusere disse konsekvensene ved å være synlig på de arenaene innvandrerforeldre deltar.

Et oppmuntrende funn i denne studien er at innvandrerforeldre opplever å bli møtt og forteller at de har fått god hjelp av skolehelsetjenesten. De verdsetter at skolehelsetjenesten finnes på barnas arena. Nesten alle har tatt eller kommer til å ta kontakt på eget initiativ, til tross for at de har opplevelser av å bli mistenkeliggjort og forskjellsbehandlet. Flere er opptatt av helsesykepleierens kunnskap og kompetanse om barn og unges helseutvikling, noe som kan tolkes som at tilliten til ekspertkunnskapen er stor blant foreldrene.

Innvandrerforeldre og deres barn representerer en heterogen gruppe. Mangfoldet medfører nye utfordringer for tjenesten (Ahmed et al., 2016; Meld. St. 6 (2012-2013), s.66; Munthe-Kaas et al., 2018). Skolehelsetjenesten er en viktig tjeneste fordi den når ut til nesten alle barn og deres familier. Foreldrene er de viktigste personene i barnets oppvekstmiljø, og de er også ressurspersoner for skolehelsetjenestens forebyggende og helsefremmende arbeid. I skolehelsetjenestens arbeid for å støtte miljømessige forhold er helsesykepleieren avhengig av et godt samarbeid med foreldre og deres involvering (Helsedirektoratet, 2017). Barn med innvandrerbakgrunn er overrepresentert i den gruppen som har et hjem preget av

vedvarende lavinntekt (Wahlström et al., 2020), og de sosiale forskjellene i samfunnet kan føre til ulikhet i helse (Glavin & Helseth, 2009). Dette kan skape ulike forutsetninger for barns helse og oppvekstvilkår (Glavin & Helseth, 2009; Mbanya et al., 2019; Meld. St. 19 (2018–2019), s. 56).

Det er grunn til å tro at helsesykepleierne trenger økt kompetanse med hensyn til hvordan de kan møte innvandrerforeldre på en god og respektfull måte (Glavin & Helseth, 2009) for nettopp å kunne skape en god relasjon. Foreldrenes synspunkter bør alltid tas på alvor. For å oppnå en likeverdig helsetjeneste er det viktig at skolehelsetjenesten legger til rette for at foreldrene får uttrykke hvordan de opplever tjenesten og hvilke ønsker de har for den.

Det er umulig å forske eller favne alle i en slik studie. Et lite utvalg har begrensninger for breddekunnskapen – det vil si at man ikke vet hvilke erfaringer og opplevelser andre innvandrerforeldre ellers i landet har. I denne masteroppgaven er det tilstrekkelig med 12 informanter. I tillegg er informantenes engasjement rundt spørsmålene og deres interesse for å dele egne erfaringer en styrke for datamaterialet som kan bidra til økt forståelse og bevissthet i helsetjenesten.

Det er i studien valgt en kvalitativ metode, som er godt egnet for å få svar på problemstillingen samt å få mer dybde i innvandrerforeldrenes erfaringer og slik komme frem til ny informasjon. Opplevelsen er at intervjuene ga et godt grunnlag for å besvare problemstillingen, og informantene ga rike beskrivelser av sine erfaringer og de fremsto svært engasjerte.

En annen begrensning i denne studien er at det er benyttet et tilgjengelig utvalg. Selv om utvalget er både vestlig og ikke-vestlig, er innvandrergruppen en heterogen gruppe og utvalget representerer derfor ikke alle innvandrerforeldre i Norge. Alle som deltok i studien er i jobb, og noen av foreldrene studerer ved siden av jobben. Noen av innvandrerforeldrene er velutdannede, og derfor kan ikke funnene generaliseres til foreldre med ulike sosio-økonomiske og utdanningsmessige bakgrunner.

Telefonintervjuet gjorde det mulig å snakke fritt og fleksibelt med tanke på tid og sted.

Ulempen med telefonintervju er at man kan miste den nonverbale – informasjon som kan ha

betydning for datamaterialet og dermed for funnene. På denne måten mister man muligheten til å etablere en personlig relasjon mellom intervjuer og informant, og er samtidig forhindret fra å observere informantens reaksjoner og tolke de kroppslige signalene, slik man kunne gjort under intervju ansikt til ansikt.

Bruken av likeverdig helsetjeneste og helsekompetanse har vært en styrke i denne studien. Sammen med tidligere forskning bidrar disse perspektivene til at forskningsspørsmålet belyses fra ulike perspektiver. Samtidig er det gjort lite forskning på dette feltet tidligere, og i studien er det brukt en god del forskning fra utlandet som ikke er identiske med temaet i studien. Studiene som der er henvist til er fra andre land, og noen av disse omhandler voksne og erfaringer med andre typer helsetjenester. Dette er faktorer som kan ha påvirket studien. Felles for alle er at de er studier som omhandler utført innvandrere og innvandrerforeldre både i skolehelsetjenesten og i andre sammenhenger. Disse forskningene kan også påvirke denne studiens funn i og med at det er forskjell på skolehelsetjenestens rolle og tilbud i de ulike landene studiene ble utført.

6.1 Implikasjon for praksis.

Selv om hensikten med kvalitative studier sjelden er generaliserbare funn, er målet likevel at de skal gi kunnskap som kan brukes av andre og på denne måten ha en overføringsverdi. En av de overordnede målene for den nasjonale strategien om innvandrers helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) er at helsetjenesten skal ha oppdatert kunnskap om innvandreres helse og bruk av helsetjenester og benytte denne kunnskapen i utvikling av tjenestene. Kunnskapen om innvandreres bruk av helsetjenester og deres erfaringer bidrar til å danne beslutningsgrunnlag for videreutvikling av eksisterende tiltak og/eller utvikling av nye og mer treffsikre tiltak overfor foreldre (Mbanya et al., 2019). Det er viktig med kunnskap for å sikre både barn og unge med innvandrerbakgrunn og deres foreldre en godt likeverdig skolehelsetjeneste.

Det bør også tas hensyn til helsekompetansen til foreldre med innvandrerbakgrunn, siden dette er områder der innvandrere er spesielt vanskeligstilte og fordi det kan ha store konsekvenser for beslutningen de kan ta for sine barn. Studien vil kunne tilføre praksisfeltet nyere perspektiver i møte med innvandrerforeldre og bidra til bevisstgjøring i samtaler om vanskelige temaer som vold og omsorgssvikt. Å sikre at foreldre med innvandrerbakgrunn

har en bedre forståelse av skolehelsetjenestens funksjon og rolle vil styrke deres helsekompetanse og slik redusere feiloppfatninger av tjenesten.

Det er lite forskning nasjonalt om innvandrerforeldres erfaringer med skolehelsetjenesten, og det er behov for mer forskning rundt temaet. Alle skal ha lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Det er viktig å innhente brukeres synspunkter og erfaringer på en mer systematisk måte for å ivareta ansvaret for like tjenester (Jakobsen & Spilker, 2020). Under arbeidet med oppgaven har det dukket opp nye problemstillinger som man kunne blitt undersøkt nærmere, men som falt utenfor rammen av prosjektet. En styrking av foreldrenes helsekompetanse er en av de mest effektive måtene for å trygge de i foreldrerollen. Det bør forskes mer på innvandrerforeldres helsekompetanse og den betydning for helse for barn og unge. Kunnskapen kan legge grunnlag for tiltak som styrker innvandrerforeldrenes involvering og deltakelser – for å sikre likeverdig helsehjelp til barn og unge. Det kan øke bevisstheten om utfordringene som innvandrerforeldre har for å kunne nyttiggjøre seg tilbudene i skolehelsetjenesten, og bidra til mer fokus på forelddestemme i tjenesteforskning. Videre potensiell forskning kan undersøke om hvorvidt ulike barrierer påvirker tilgangen til helsetjenester, og om det er ulike erfaringer av skolehelsetjenesten mellom etnisk norske foreldre og innvandrerforeldre, eller mellom første- og andregenerasjons innvandrere.

REFERANSELISTE

- Abebe, D.S., Lien, L. & Elstad, J.I. (2017). Immigrants' utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(6), 679–687. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1381-1>
- Abebe, D.S., Lien, L. & Hjelde, K.H. (2014). What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(1), 60–67. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9745-9>
- Abubakar, I., Aldridge, R.W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M.L., Dhavan, P., Fouad, F.M., Groce, N., Guo, Y., Hargreaves, S., Knipper, M., Miranda, J.J., Madise, N., Kumar, B., Mosca, D., McGovern, T. Rubenstein, L., Sammonds, P., ... Zimmerman, C. (2018). The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet*, 392(10164), 2606–2654. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7)
- Ahmed, S., Shommu, N.S., Rumana, N., Barron, G.R., Wicklum, S. & Turin, T.C. (2016). Barriers to access of primary healthcare by immigrant populations in Canada: a literature review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(6), 1522–1540. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0276-z>
- Al Zaabi, O., Heffernan, M.E., Holroyd, E. & Jackson, M.S. (2019). Islamic parents' attitudes and beliefs towards school-based sexual and reproductive health education programmes in Oman. *Sex Education*, 19(5), 543–550. <https://doi.org/10.1080/14681811.2018.1553708>
- Anyango, C.N., Kalengayi, F.K.N., Goicolea, I. & Linander, I. (2020). "A one-size-fits-all model is not good?": an ambivalent perceptions and experiences of African immigrant parents towards Swedish sexual and reproductive health services for young people. *BMC Research Notes*, 13(1), 1–5. DOI: [10.1186/s13104-020-05289-7](https://doi.org/10.1186/s13104-020-05289-7)
- Appoh, L., Felix, F. & Pedersen, P.U. (2020). Barriers to access of healthcare services by the immigrant population in Scandinavia: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 10(1), e032596. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/1/e032596.full.pdf>

- Arora, S., Straiton, M., Rechel, B., Bergland, A. & Debesay, J. (2019). Ethnic boundary-making in health care: Experiences of older Pakistani immigrant women in Norway. *Social Science & Medicine (1982)*, 239, 112555–112555.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112555>
- Ashton, C.M., Haidet, P., Paterniti, D.A., Collins, T.C., Gordon, H.S., O'Malley, K., Petersen, L.A., Sharf, B.F., Suarez-Almazor, M.E., Wray, N.P. & Street Jr., R.L. (2003). Racial and ethnic disparities in the use of health services. *Journal of General Internal Medicine : JGIM*, 18(2), 146–152. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20532.x>
- Barneombudet (2013). *Helse på barns premisser*. Barneombudets fagrapport 2013.
https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Helse_pa_barns_premisser.pdf
- Buarqoub, I. (2019). Language barriers to effective communication. *Utopia y Praxis Latinoamericana*, 24(6), 64–77.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27962177008>
- Byrow, Y., Pajak, R., Specker, P. & Nickerson, A. (2020). Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 75, 101812–101812.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101812>
- Cha, E. & Besse, J.L. (2015). Low parent health literacy is associated with “obesogenic” infant care behaviors. *Evidence-Based Nursing*, 18(2), 46. <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2014-101881>
- Clancy, A. & Svensson, T. (2010). Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships. *Primary Health Care Research & Development*, 11(4), 363–373. <https://doi.org/10.1017/S1463423610000137>
- Clark, D., Clasen, C., Stolfi, A. & Jaballas, E.R. (2002). Parent Knowledge and Opinions of School Health Services in an Urban Public School System. *The Journal of School Health*, 72(1), 18–22. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2002.tb06505.x>
- de Buhr, E. & Tannen, A. (2020). Parental health literacy and health knowledge, behaviors, and outcomes in children: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 20(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-08881-5>

- DeMeester, R.H., Lopez, F.Y., Moore, J.E., Cook, S.C. & Chin, M.H. (2016). A Model of Organizational Context and Shared Decision Making: Application to LGBT Racial and Ethnic Minority Patients. *Journal of General Internal Medicine*, 31(6), 651–662.
<https://doi.org/10.1007/s11606-016-3608-3>
- DeWalt, D.A. & Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*, 124(Supplement 3), S265-S274.
<https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162b>
- Drugli, M.B. & Onsøien, R. (2010). *Vanskelige foreldresamtaler: gode dialoger*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Eichler, K., Wieser, S. & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 54(5), 313–324.
<https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>
- Erunal, M., Ozkaya, B., Mert, H. & Kucukguclu, O. (2018). Investigation of health literacy levels of nursing students and affecting factors. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1), 270–279. Hentet 29.10.2021 fra:
http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/6_erunal%20original_11-3.pdf
- Folkehelseinstituttet, (2019). Trygt og godt oppvekstmiljø i kommunen (2019). Hentet 21.11.21 fra: <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/artikler/trygt-og-godt-oppvekstmiljo-i-kommunen/>
- Folkehelseinstituttet [FHI] (2018). *Barn og unges helse: oppvekst og levekår*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/barn-oppvekst/>
- Forandringsfabrikken (2020). *Snakke snilt. 900 barn gir råd til helsesykepleiere*. Hentet fra 29.10.21:
https://forandringsfabrikken.no/wpcontent/uploads/2021/03/Snakke_snilt.pdf
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (FOR-2018-10-19-1584). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Lovdata.
<https://lovdata.no/forskrift/2018-10-19-1584>

- Früh, E.A., Lidén, H. & Kvarme, L.G. (2017). Tillitt til velferdstjenester? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(3), 191–208. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-03-02>
- Gele, A.A., Pettersen, K.S., Torheim, L.E. & Kumar, B. (2016). Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health*, 16, 1134. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3790-6>
- Ghahari, S., Burnett, S. & Alexander, L. (2020). Development and pilot testing of a health education program to improve immigrants' access to Canadian health services. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05180-y>
- Glavin, K. (2007). *Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe forlag.
- Glavin, K. & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i Kommune-Norge* (4. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Glavin, K. & Helseth, S. (2009). Kunnskap i tråd med samfunnets behov. *Sykepleien Forskning*, 93(5), 56–57. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2005.0007>
- Glavin, K. & Sæteren, B. (2016). Cultural Diversity in Perinatal Care: Somali New Mothers' Experiences with Health Care in Norway. *Health Science Journal*, 10(4), 1–9. <https://hdl.handle.net/10642/4948>
- Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Haugaard, A., Tvedte, S. L., Severinsen, M. S., & Henriksen, L. (2020). Norwegian multicultural doulas' experiences of supporting newly-arrived migrant women during pregnancy and childbirth: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 26, 100540–100540. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100540>
- Helsedirektoratet (2010). *IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjon- og skolehelsetjenesten*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Utviklingsstrategi%20for%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf/_attachment/inline/8a58834a-8bd4-424d-b741-41d694447639:8129412f157d03fef0975de933d5f0523a1428f9/Utviklingsstrategi%20for%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Hesledirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (sist endret 10.02.2017)*. Hentet 25.10.2021 fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/c5f9806634be4432b89423a97b53c13a/retningslinjer-2017-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. Hentet 26.10.2021 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet (2014). *Helsestasjonen – hjelp i rett tid? Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsestasjoner 2013*. Rapport fra Helsetilsynet 4/2014. Hentet 26.10.2021 fra: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetrapport4_2014.pdf
- Holme, H., Valla, L., Hansen, M.B. & Olavesen, E.S. (2016). *Helsestasjonstjenesten: Barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jakobsen, M.D. & Spilker, R.S. (2020). *Innvandrere og brukervedvirkning i helse omsorgstjenestene. Hvordan ivaretar innvandreres brukervedvirkning i avgjørelser om egen helse, utforming av tjenester og tjenesteforskning. En oppsummering av*

- kunnskap. (21)*. Senter for omsorgsforskning, nord, UiT Norges arktiske universitet og Folkehelseinstituttet, Område for helsetjenester, enhet for migrasjonshelse. Hentet 26.10.2021 fra: <https://hdl.handle.net/10037/20072>
- Janbu, T. (2008). *Legeforeningens 10-punktsprogram for en bedre helsetjeneste for ikke-vestlige innvandrere*. Hentet 29.10.2021 fra: <https://flyktning.net/media/legeforeningens-10-punktsprogram-for-en-bedre-helsetjeneste-for-ikke-vestlige-innvandrere.pdf>
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johnston, R., Fowler, C., Wilson, V. & Kelly, M. (2015). Opportunities for Nurses to Increase Parental Health Literacy: A Discussion Paper. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 38(4), 266–281. <https://doi.org/10.3109/01460862.2015.1074318>
- Karim, N., Boyle, B., Lohan, M. & Kerr, C. (2020). Immigrant parents' experiences of accessing child healthcare services in a host country: A qualitative thematic synthesis. *Journal of advances nursing*, 76(7), 1509–1519. <https://doi.org/10.1111/jan.14358>
- Katigbak, C., Foley, M., Robert, L. & Hutchinson, M.K. (2016). Experiences and Lessons Learned in Using Community-Based Participatory Research to Recruit Asian American Immigrant Research Participants. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(2), 210–218. <https://doi.org/10.1111/jnu.12194>
- Kirchofer, G., Telljohann, S.K., Price, H.J, Dake, J.A. & Ritchie, M. (2007). Elementary School Parents'/Guardians' Perceptions of School Health Service Personnel and the Services They Provide. *Journal of School Health*, 77(9), 607–614. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2007.00240.x>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2019). Ën digital offentlig sektor. *Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025*. Hentet 21.11.21 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/en-digital-offentlig-sektor/id2653874/>
- Kumar, B.N. & Viken, B. (red.) (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Le, C., Finbråten, H.S., Pettersen, K.S., Joranger, P. & Guttersrud, Ø. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del 1. The International Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) - et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHII*. Rapport IS-2959. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/> /attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf
- Le, C., Kale, E., Jareg, K & Kumar, B.N. (2013). Når pasienten snakker litt norsk: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50(10),999-1005. Hentet 08.11.2021 fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2013/10/nar-pasienten-snakker-litt-norsk-en-dypere-forstaelse-av-underforbruk-av-tolk-i>
- Lorentsen, I.S., Desprée, Å.W., Salvigsen, T., Aschjem, S. & Glavin, K. (2018). Verktøyet TIBIR kan gjøre foreldre med minoritetsbakgrunn tryggere i rollen. Norsk Sykepleierforbund. *Tidsskriftet sykepleien*, 106(73056) (e-73056). <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.73056>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. En innføring*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Hentet fra 01.11.21: <file:///C:/Users/haged/Downloads/pdf-export-33803.pdf>
- Mangrio, E. & Persson, K. (2017). Immigrant parents' experience with the Swedish child health care system: A qualitative study. *BMC family practice*, 18(1):32. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0604-6>
- Mbanya, V.N., Terragni, L., Gele, A.A., Diaz, E. & Kumar, B.N. (2019). Access to Norwegian healthcare system – challenges for sub-Saharan African immigrants. *International journal for equity in health*, 18(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1027-x>
- Meld. St. 6 (2012–2013). En helhetlig integreringspolitikk. *Mangfold og fellesskap*. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/ae2661f20cfe4899b303a5951334a9c1/n/pdfs/stm201220130006000dddpdfs.pdf>

- Meld. St. 19 (2018–2019). *Folkehelsemedinga. Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 34 (2012–2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>
- Mosdøl, A., Vist, G.E., Straumann, G.H., Spilker, R.S. & Austvoll-Dahlgren, A. (2018). *Adapted health information and patient education for persons with immigrant or minority ethnic background*. Oslo: Folkehelseinstituttet. <http://hdl.handle.net/11250/2582087>
- Munthe-Kaas, H.M., Bidonde, J., Nguyen, L., Flodgren, G. & Meneses, J. (2018). *Effect of health equity tools for immigrants: A systematic Review*. Oslo: Folkehelseinstituttet. ISBN elektronisk: 978-82-8082-801-9. Hentet 26.10.2021 fra:
https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2506771/MuntheKaas_2018_Eff2.pdf?sequence=1
- Mäenpää, T. & Åstedt-Kurki, P. (2008). Cooperation between parents and school nurses in primary schools: parents' perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 86–92. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00527.x>
- Nakamura, D., Ogawa, M., Nakamura, T. & Izawa, K.P. (2018). Impact of Parents' Comprehensive Health Literacy on BMI in Children: A Multicenter Cross-Sectional Study in Japan. *Journal of School Health*, 88(12), 910–916.
<https://doi.org/10.1111/josh.12700>
- Neumann, C.B. (2009). *Det bekymrede blikket: en studie av helsesøstres handlingsbetingelser*. Oslo: Novus forlag.
- Norsk sykepleierforbund (NSF) (2017). politisk plattform for folkehelse (2013-2016). Sykepleie og folkehelsearbeid. Oslo. Hentet fra 04.11.21:
<https://pdfslide.tips/reader/f/politisk-plattform-for-folkehelse-plattform-deler-av-helsetjenesten-og-bde>
- Ogi, H., Nakamura, D., Ogawa, M., Nakamura, T. & Izawa, K.P. (2018). Associations between parents' health literacy and sleeping hours in children: A cross-sectional study. *Healthcare*, 6(2), 32. <https://doi.org/10.3390/healthcare6020032>

- Olsson, E., Lau, M., Lifvergren, S. & Chakhunashvili, A. (2014). Community collaboration to increase foreign-born women's participation in a cervical cancer screening program in Sweden: a quality improvement project. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 62–62. <http://www.equityhealthj.com/content/13/1/62>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pettersen, K.S. & Jenum, A.K. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien forskning*, 9(3), 272–280. <http://hdl.handle.net/10642/2564>
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Read, M., Small, P., Donaher, K., Gilsanz, P. & Sheetz, A. (2009). Evaluating Parent Satisfaction of School Nursing Services. *The Journal of School Nursing*, 25(3), 205–213. <https://doi.org/10.1177/1059840509334441>
- Ruedl, G., Ewald, P., Niedermeier, M., Kirschner, W., Kopp, M., Drenowatz, C. & Greier, K. (2019). Long-term effect of migration background on the development of physical fitness among primary school children. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 29(1), 124–131. <https://doi.org/10.1111/sms.13316>
- Salami, B., Mason, A., Salma, J., Yohani, S., Amin, M., Okeke-Ihejirika, P. & Ladha, T. (2020). Access to Healthcare for Immigrant Children in Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3320. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093320>
- Skogen, J.C., Smith, O.R.F., Aarø, L.E., Siqveland, J. & Øverland, S. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelse tiltak. En kunnskapsoversikt*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/barn_og_unge_psykiske_helse_forebyggende.pdf
- St.meld. nr. 20 (2006–2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>

- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Statistisk sentralbyrå (2019, 5. mars). *Slik definerer SSB innvandrere*. Hentet 26.10.2021 fra:
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/slik-definerer-ssb-innvandrere>
- Statistisk sentralbyrå (2021). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. Hentet fra:
<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar>
- Straiton, M.L. & Myhre, S. (2017). Learning to navigate the healthcare system in a new country: a qualitative study. *Scandinavian journal of primary health care*, 35(4), 352–359. <https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1397320>
- Straiton, M.L., Arnesen, T.M. & Reneflot, A. (2017). *Helse i innvandrerbefolkningen*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra:
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen>
- Tembo, M.J., Studsrød, I. & Young, S. (2021). Governing the family: immigrant parents' perceptions of the controlling power of the Norwegian welfare system. *European Journal of Social Work*, 24(3), 492–503.
<https://doi.org/10.1080/13691457.2020.1738349>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A.H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wahlström, E., Harder, M., Granlund, M., Holmström, I.K., Larm, P. & Golsäter, M. (2020). School nurses' self-assessed cultural competence when encountering children of foreign origin: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 226–234.
<https://doi.org/10.1111/nhs.12663>
- Waldum-Grevbo, K.S. (2015). *Trygg, tydelig og tilgjengelig – rapport om helsestasjon og skolehelsetjenesten*. Oslo: Landsgruppen av helsesykepleier NSF. Hentet fra:
<https://docplayer.me/1894216-Innhold-trygg-tydelig-og-tilgjengelig-rapport-om-helsestasjon-og-skolehelsetjenesten.html>

- Wang, C., Do, K.A., Frese, K. & Zheng, L. (2019). Asian immigration parents' perception of barriers preventing adolescents from seeking school-based mental health services. *School Mental Health*, 11(2), 364–377. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9285-0>
- Weichao, Y. & Chen, A. (2017). Struggling to find an eclectic way: Parenting and adolescents' health in Chinese immigrant families. *GSTF Journal of Nursing and Health Care*, 5(1). http://dx.doi.org/10.5176/2345-718X_5.1.183
- Whittaker, K. (2014). Supporting parents and parenting practices: The health visiting context. *Journal of Health Visiting*, 2(5), 250–259. <https://doi.org/10.12968/johv.2014.2.5.250>
- Wiking, E., Saleh-Stattin, N., Johansson, S.-E. & Sundquist, J. (2009). Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 290–297. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00622.x>
- Aambø, O.A. (2020). Innvandreres helse – en utfordring for helsetjenesten. *Michael Journal*, 2, 510–527. Hentet 26.10.2021 fra: <https://www.michaeljournal.no/asset/pdf/2020/2-510-527.pdf>

VEDLEGG 1: NSD søknad

NSD - Norsk senter for forskningsdata

Prosjekttittel

Hvilke erfaringer har innvandrereldre med skolehelsetjenesten?

Referansenummer

877965

Registrert

11.12.2020 av Hiwot Agedew - hiwagi@hotmail.no

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Oslo

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Nina Olsvold, nina.olsvold@vid.no, tlf: 47011072

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Hiwot Agedew, hiwagi@hotmail.no, tlf: 47373551

Prosjektperiode

14.09.2020 - 30.06.2022

Status

13.01.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

13.01.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 13.01.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

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 hvilke typer 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.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2022.

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 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

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

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. 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 dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

VEDLEGG 2: Informasjonsskriv til ledende helsesykepleier

Forespørsel om å utføre intervju i din kommune

Mitt navn er Hiwot Agedew. I forbindelse med min masterutdanning i helsesykepleie ved VID vitenskapelig høgskole i Oslo skal jeg skrive en masteroppgave. Jeg har valgt å ha fokus på innvandrerforeldres erfaringer med skolehelsetjenesten.

Bakgrunnen for valg av dette emnet er at jeg ønsker å fordype meg i et tema som har relevans i helsefremmende og forebyggende arbeid mot barn og unge, og dermed er det viktig for helsesykepleier å ha kunnskap om – fra foreldre sin ståsted.

Problemstillingen min er:

«Hvilke erfaringer har innvandrerforeldre med skolehelsetjenesten?»

Formålet med studien er å få frem innvandrerforeldres erfaringer med skolehelsetjenesten, og bidra til mer kunnskap - dermed fremme en tilpasset og likeverdige-helsetjenester.

For å få gjennomført mitt prosjekt er jeg avhengig av å kunne intervju 12 innvandrerforeldre som har barn i alderen 6-13år, som går på barneskole i din kommune. For å belyse problemstillingen, ønsker jeg å intervju innvandrerforeldre med erfaringer fra skolehelsetjenesten.

Intervjuet vil ha en varighet på ca.45-60min. Intervjuene vil foregå i løpet av feb/mars 2021.

Informantenes deltagelse skal være frivillig og bygger på informert samtykke. Informantens identitet og alt data som fremkommer i intervjuet vil bli anonymiseres under transkribering, og behandles konfidensielt. Datamaterialet slettes når studien er gjennomført.

Dersom det er aktuelt å gjennomføre intervjuene, ber jeg deg vennligst informere helsesykepleierne i grunnskolen om prosjektet, og videre formidler vedlagt informasjonsskriv til helsesykepleiere som kan rekruttere informanter til studien. Det er fint hvis informantene får hver sine eksemplarer av de vedlagt papirene (Forespørsel om deltakelse og informert samtykke)

Jeg kan eventuelt selv avtale tid og sted for intervju, når jeg får vite hvem som er aktuelle informanter.

Ved spørsmål angående denne henvendelsen, er dere hjertelig velkommen til å ta kontakt med meg eller min veileder.

Jeg håper på raskt og positivt svar.

Med vennlig hilsen

Mastergradsstudent: Hiwot Agedew

E-post: hiwot.agedew@sola.kommune.no

Veileder: Nina Olsvold

E-post: nina.olsvold@vid.no

VEDLEGG 3: Forespørsel om deltakelse til prosjektet

Vil du delta i forskningsprosjektet «Hvilke erfaringer har innvandrerforeldre i skolehelsetjenesten?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få frem innvandrerforeldres erfaringer med skolehelsetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Bakgrunn og formål

I forbindelse med min masterutdanning i helsesykepleie ved VID vitenskapelig høgskole i Oslo skal jeg skrive en masteroppgave. Jeg har valgt å ha fokus på innvandrerforeldres erfaringer med skolehelsetjenesten.

Bakgrunnen for valget er at jeg ønsker å fordype meg i et tema som har relevans for det helsefremmende og forebyggende arbeidet mot barn og unge.

Tittelen til studien er:

Hvilke erfaringer har innvandrerforeldre med skolehelsetjenesten?

Studien vil forhåpentligvis gi kunnskap om innvandrerforeldres erfaringer med tilbudet i skolehelsetjenesten. Det kan bidra til kunnskap om hvordan vi kan legge forholdene til rette for å fremme en bruker-tilpasset, likeverdig- skolehelsetjeneste.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID vitenskapelig høgskole i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å få gjennomført mitt prosjekt ønsker jeg å intervju 12 foreldre med innvandrerbakgrunn som har barn på barneskolen i alderen 6-13år.

Både leder for skolehelsetjenesten og helsesykepleier har fått informasjon om studien. Ansvarlig helsesykepleier på den skolen barnet ditt går skal rekruttere informanter til studien.

Hva innebærer det for deg å delta?

For å belyse problemstillingen, ønsker jeg å intervju deg. Jeg tror at din erfaring med tilbudet i skolehelsetjenesten vil hjelpe meg å belyse problemstillingen. Intervjuet vil vare ca. 45min. Jeg vil gjerne ta lydopptak under samtalen for å sikre at jeg får med meg all informasjonen som kommer frem i samtalen.

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.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2022. Intervjuene vil bli transkribert av undertegnede. Informantens identitet og data som fremkommer i intervjuet vil bli anonymisert under transkribering, og behandles konfidensielt, slik at ingen opplysninger kan spores tilbake til enkelt personer. Det er bare jeg og veilederen min som har tilgang til opplysningene. Lydfiler og samtykkeskjema slettes når studien er gjennomført. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

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 vitenskapelig høgskole i Oslo 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 vitenskapelig høgskole Oslo. Nina Olsvold, nina.olsvold@vid.no
- Vårt personvernombud: Nancy Yue Liu, nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no

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

Mastergradsstudent: Hiwot Agedew
E-post: hiwot.agedew@sola.kommune.no

Veileder: Nina Olsvold
E-post: nina.olsvold@vid.no

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvilke erfaringer har innvanderforeldre med skolehelsetjenesten? og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 4: Intervjuguide

Personalia

(Gift, samboer, skilt, aleneforsørger)

Hvor lenge har du bodd i Norge?

Hva arbeider du med?

Hvor mange barn har du på barneskolen?

Hovedspørsmål

- Kan du si noe om dine erfaringer med skolehelsetjenesten i hjemlandet ditt?
- Hvordan var ditt første møte med skolehelsetjenesten i Norge? hvilke forventninger hadde du?
 - (rolle, funksjon og kompetanse)
- I hvilke situasjoner har du tatt kontakt med skolehelsetjenesten på eget initiativ?
 - Informasjonskilde?
 - Følte du at du ble møtt?
 - Hvilken betydning har kontakten for deg/ditt barn?
- Er det noe du savner i de tilbudene som skolehelsetjenesten tilbyr? I tilfelle hva?

Avslutningsdel:

- Oppsummere, og avklare at man har skjønnet det informanten har sagt.
- Er det noe du ønsker å tilføye?
- Dersom du kommer på noe relevant ting etter vår samtale, ber deg om å ta kontakt pr tlf/mail.

Takker for at du deler dine tanker. Takk for din hjelp med å bidra til studien