

MINORITETSFARSKAP I HELSENORGE

En småskalastudie av møter mellom fedre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn og ansatte ved norske helsestasjoner



REFORM ØNSKER Å TAKKE ...

Barne- og likestillingsdepartementet for prosjektstøtte. Gro Kristin Saltnes Lopez for initiativ og deltakelse i prosjektutvikling, og Thomas Walle for innspill i startfasen. Medlemmer av ressursgruppa Sigrun Anmarkrud, May Elisabeth Hansen, Nina Misvær, Fahim Naeem og Michele Scrinzi for alle gode innspill. David Este, Lars Plantin og Aje Carlbom og alle andre fagfolk som har bidratt i arbeidet. NOVA ved Ada Ingrid Engebriqtsen for kompetent og vennlig veiledning i skriveprosessen. Katrine Naustdal for layout. Kollegiet for dugnadsarbeid og Kjetil N. Stenvik for transkribering av intervjuer og alle andre nyttige bidrag. Og sist men ikke minst helsepersonell og fedre som sjenerøst har delt sine historier og tanker med oss.

Sammendrag	4
Innledning	6
Målsetning, problemstilling og avgrensning	6
Begrepsavklaringer	7
Rapportens oppbygging	7
Hva vi har gjort og hvordan	8
Intervjuer og samtaler	8
Vanskeligheter på veien	8
Kartleggingsskjema	9
Analyse og etikk	9
Bakgrunn: Helsestasjonstjenesten i Norge	10
Helsestasjonens historie	10
Rammeverk, mandat og metoder	10
Forskning og kunnskap om helsestasjonen, fedre og minoriteter	11
Pappa på helsestasjonen	11
Helsestasjonen i et flerkulturelt Norge	12
Innvandrerfedre og perinatal omsorg: Svenske erfaringer	12
Funn fra studien: Helsestasjonen som møteplass	14
"Hverdagen vår er hektisk, men blid"	14
Forventninger og krav i helsestasjonsarbeidet	14
"Hadde ikke så store forventninger til helsestasjonen"	14
Mange krav – liten tid	15
Flerkulturell tilpasning av helsestasjonstjenesten	16
Tilpasning av helsestasjonstjenesten til gutter og menn	17
Kultur og kjønn som perspektiver på helsestasjonen	18
Tillit og autoritet ved helsestasjonen	18
For mye autoritet	18
Autoritet og kunnskap	19
For lite autoritet	19
Språk og dialog, tillit og autoritet	20
Oppsummering	21
Funn fra studien: Rom for å være far	22
"Å være en god pappa er å være på plass"	22
Likestilt foreldreskap?	23
Innvandrerfedre møter oftest på helsestasjonen	24
Far som forelder	25
Far som mellomledd	26
Far må selv være aktiv	27
Fars plass ved helsestasjonen	28
Er innvandrerpappaer spesielle?	28
Hva er innvandrerfedres handlingsrom ved helsestasjonen?	29
Oppsummering	29
Veien videre for en mangfoldig helsestasjonstjeneste	30
– Reforms forslag til tiltak	
Tiltak 1: Opprusting av helsestasjonstjenesten til å møte nye behov	30
Tiltak 2: Bedre tid til møter med minoritetsspråklige brukere	30
Tiltak 3: Rekruttering av menn og minoriteter til yrkesgruppene	31
Tiltak 4: Opplæring i anvendelse av kjønns- og likestillingsperspektiver på helsestasjonen	31
Tiltak 5: Kursing i kjønn og etnisitet	31
Tiltak 6: Fagutvikling om tolkebruk	32
Avsluttende refleksjon: Hvor mye vil vi ha far på helsestasjonen?	32
Kilder	33
Vedlegg	35

SAMMENDRAG

Helsestasjonen fremstår gjennom vår undersøkelse som en travel og mangfoldig arena for sosial samhandling. Hverdagen ved helsestasjonen beskrives som hektisk meningsfylt, tjenesten har et vidt mandat og en sammensatt brukergruppe. De forventninger partene har forut for møtene ved helsestasjonen er med på å legge premissene for samhandlingen mellom foreldre og helsepersonell. Både foreldrene og personellet kan ha ulike forventninger til hverandre, noe som også former hvordan man opplever møtene. Helsepersonellet fortalte at de hadde få forventninger til foreldre utover at de skulle ønske det beste for barnet sitt. De opplevde at foreldre på sin side hadde svært ulike og sprikende forventninger til helsestasjonen; fra at de selv skulle avlegge "eksamen" til at de kunne levere inn barnet til "en overhaling" der. Hvilken informasjon foreldrene har om helsestasjonstjenesten på forhånd gir utslag i både forventninger til og opplevelse av tjenesten. Fedrene i utvalget hadde i hovedsak hatt få forventninger til helsestasjonen forut for første møte, ettersom de fleste visste lite om tjenesten. De uttrykte stor grad av fornøydhet med tilbudet de hadde fått, til tross for at de fortalte om ulike typer forskjellsbehandling eller mangler ved tjenesten.

Helsepersonellet fortalte om mange krav til tjenesten, av både faglig og relasjonell art. Det var mye som skulle gjøres i den avgrensede tiden man hadde med hver familie. Dette var noe som påvirket samtalene med minoritetsspråklige brukere spesielt. Helsepersonellet oppgav at de på grunn av språkproblemer ofte ikke fikk "gått i dybden" slik de kunne ønske. Tid er en stadig mangelvare ved helsestasjonen, som påvirkes av både brukernes varierende behov og ytre faktorer som liten tilgjengelighet i øvrige velferdstjenester.

I kommentarer til faglige mål for helsestasjonens tjenesteyting, fremgikk kultur som et relevant og naturlig perspektiv for tilpassing av tjenestene både for helsepersonellet og fedrene. Kjønn var derimot mindre gjenstand for refleksjon. Fedrene delte seg i synet på hvorvidt de som fedre skulle være et fokus for tjenestene, og helsepersonellet undret over at spesiell sensitivitet overfor menns og gutters behov var et mål for tjenesten. Det fremgikk som at kultur var noe man forstod som "vår" og "de andres" kultur, noe som skiller ulike folkegrupper langs nasjonale, religiøse eller etniske skillelinjer. Det at "helsestasjonens kultur" er knyttet til fag, historie og kjønn på måter som påvirker utforming av tjenesten og møter med ulike brukere, er et lite bevisst perspektiv.

Det er tydelig at språk og kultur har posisjoner som både prinsipielle og dagligdagse utfordringer i møtene mellom innvandrere, foreldre og helsepersonell. Men det dreier seg også om noe mer. Det handler om tillit, autoritet, hva som har status som

kunnskap, og om forhandlinger mellom foreldre og helsepersonell om alt dette. At det å bygge tillitsrelasjoner fremstod som svært viktig ved helsestasjonen, henger sammen med at relasjonene legger premissene for hvordan informasjon deles i samtalene mellom brukerne og de ansatte. Men at tillit fremstår som så viktig for arbeidet, gjør også at helsepersonellet må vekte tillit opp mot autoritet. Fortellingene deres viste at de ikke ønsket for mye, men heller ikke for lite, autoritet i møte med foreldrene. De vektet hensynet til faglig innhold i de konkrete møtene i forhold til den langvarige tillitsrelasjonen til foreldrene. Å balansere mellom tillit og autoritet var noe helsepersonellets fortellinger pekte mot at de stadig gjorde i sine møter med innvandrerforeldre. At kulturelle forestillinger om hva som er tillitsskapende også påvirker helsestasjonsansattes arbeid, kan være et metodisk poeng til videre diskusjon i tjenesten.

Den "norske" diskursen om nærværende farskap sammenfaller i stor grad med de idealer for farskap som fedrene i intervjuundersøkelsen forteller om. Fedrene vektlegger tid med barna, aktiviteter sammen, en nær relasjon og demokratisk oppdragelse av barna. De forteller videre om en arbeidsdeling i ekteskapet og foreldreskapet de opplever som ganske likestilt. Foreldreskap der man gjør det meste sammen og deler på alle oppgaver, kan både vokse ut av mangel på nettverk og egne aktive valg om å skape likestilling.

Ifølge helsepersonellet møter innvandrerfedre oftere på helsestasjonen enn andre fedre, og de møter oftest sammen med mor. Ifølge både helsepersonellet og fedrene kan det være ulike forklaringer på dette. Innvandrerfedre kan ha bedre tid grunnet arbeidsløshet eller selvstendig arbeid, de kan delta mer for å hjelpe eller kontrollere mor gjennom å fungere som tolk, eller de kan delta fordi de mener det er viktig å prioritere kontakten med helsestasjonen. To fortellinger om innvandrerfedre ved helsestasjonen utkrystalliserte seg; innvandrerfedre som foreldre og innvandrerfedre som mellomledd. Fedrene beskrev seg selv som foreldre, mens helsepersonellet fortalte om erfaringer med fedre både som foreldre og som mellomledd. Fedrene mente at deres deltakelse ved helsestasjonen hadde gjort dem til tryggere fedre.

Det kan synes som om innvandrerfedre på helsestasjonen delvis leses opp imot forestillinger om "innvandrer mannen" som bærer av en kjønnskonservativ og kontrollerende mannlighet. På sin side kan enkelte innvandrerfedre være ekstra sensitive i møte med kvinnelige representanter for velferdssystemet, på bakgrunn av nettopp slike forestillinger. Det er

tydelig at slike forestillinger om hverandre fra både fedres og helsepersonellens side kan påvirke samhandlingen dem imellom. Videre kan graden av og prinsippene bak bruk av profesjonell tolk påvirke innvandrerfedres muligheter for å finne sin plass ved helsestasjonen. På bakgrunn av disse observasjoner fremmer Reform seks forslag til tiltak:

- **Opprusting av helsestasjonstjenesten til å møte nye behov**

I undersøkelsen fremstår ansatte på helsestasjonen som overstrukket av et vidt og krevende mandat. En generell opprustning av tjenestene vil ruste helsestasjonene bedre til å møte nye behov - både fra minoriteter og fedre.

- **Bedre tid til møter med minoritetsspråklige brukere**

Samtalene med foreldrene er den viktigste arbeidsmetoden på helsestasjonene. Samtaler med foreldre med minoritetsspråklige brukere krever ekstra tid dersom de skal få et tilsvarende tjenestetilbud. Reform foreslår å innføre regel om dobbel tidsramme for konsultasjoner foreskrevet i anbefalt helsestasjonsprogram der én eller begge foreldre ikke snakker norsk.

- **Rekruttering av menn og minoriteter til yrkesgruppene**

Ingen av helsestasjonene vi besøkte hadde mannlige ansatte i stillinger som helsesøstre eller jordmødre, og få ansatte hadde minoritetsbakgrunn. Reform mener at en mer sammensatt og mangfoldig stab i helsestasjonstjenesten kan være et bidrag til å gi foreldre av begge kjønn og av ulike etniske bakgrunn et godt tjenestetilbud.

- **Opplæring i anvendelse av kjønns- og likestillingsperspektiver på helsestasjonen**

Helsepersonellet i undersøkelsen fremstår som innstilt på å tilpasse helsestasjonstjenesten til brukere med ulike kultur- og bakgrunn, men ikke til brukere med ulike kjønn. Utdanningene som kvalifiserer ansatte til helsestasjonene må se det som sin oppgave å gi kompetanse om kjønn generelt, maskulinitet og farskap spesielt, og det må utarbeides undervisningsmaterieell.

- **Kursing i kjønn og etnisitet**

Reform mener denne rapporten synliggjør en viktig brukergruppe og deres behov i møte med helsestasjonene. Reform vil distribuere denne rapporten i helsestasjonssystemet, og tilby foredrag og opplæring til de som ønsker det. Slik opplæring bør senere inngå i utdanningene.

- **Fagutvikling om tolkebruk**

Vår undersøkelse viser at det er ingen enhetlig praksis eller norm for bruk av tolketjenester ved helsestasjonene. Når de skal bruke tolk og ikke er for ansatte ofte et vanskelig og sensitivt spørsmål. På dette punktet anbefaler vi blant annet en økt erfaringsutveksling mellom helsestasjoner og tolkeekspertise, samt internt ved helsestasjonene.

Reform avrunder rapporten med å etterlyse et høyere ambisjonsnivå for integrering av fedre og utvikling av et fedrevennlig helsestasjonstilbud på både myndighets- og tjenestenivå.



Innledning

Norske myndigheter har de senere år i økende grad rettet oppmerksomhet mot menn som aktive deltakere i likestillingsprosjektet. Gjennom ordninger som "fedrekvoten" innenfor foreldrepermisjonsordningene oppfordres norske menn fra politisk hold til å ta aktivt del i omsorgen for egne barn. Hvilke konsekvenser, i form av endringer i holdninger eller praksis, dette statlig oppmuntrede farskapsprosjektet har hatt for norske menn, har vært gjenstand for forskning i senere år. Helsestasjonene spiller en sentral rolle i oppfølging av barn og foreldre i Norge. Nyere fagdiskurs innen farskap og likestilling med et manns perspektiv har derfor fokusert på helsestasjonene som arena for inkludering og ekskludering av fedre i foreldreskapet (jmf. Bredesen 2007). Hvordan farskap blant fedre med etnisk minoritetsbakgrunn påvirkes av helsestasjonens tilbud og øvrige rammevilkår rundt farskap i Norge, har vi begrenset kunnskap om. Den foreliggende prosjektrapporten har for det første vokst ut av et ønske om å frembringe ny kunnskap om tanker og opplevelser i forbindelse med farskap blant menn med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn i Norge. Videre har vi ønsket å se på hvordan helsestasjonene som kunnskaps- og tjenestesentra bidrar inn i farskapet. Og for det tredje hvordan de som leverer tjenestene ser på denne gruppen fedre som brukere.

Initiativtaker til og utfører av prosjektet har vært **Reform - ressursenter for menn**, ved prosjektleder Elise Skarsaune. Reform er en kunnskaps- og tiltaksaktør innenfor arbeidet med likestilling ut ifra et manns perspektiv i Norge, og derigjennom spørsmål omkring farskap. Reform driver ulike prosjekter og tiltak rettet mot norske fedre og deres støtteapparat og rammevilkår. Reform har blant annet drevet et støtte- og utviklingsprosjekt for fedre i familier der mor eller far var rammet av fødselsdepresjon. Et hefte til bruk i helsevesenet med erfaringer fra prosjektet er utarbeidet og distribuert for å bedre ruste førstelinjetjenestene i å støtte par rammet av fødselsdepresjon. Reform utgav i 2008 et temahefte om farskap kalt *Far gjør* som satte farskap og omsorg inn i et livstidsperspektiv og fremhevet ulike perspektiver på menn som omsorgsyttere i dagens Norge (Reform 2008). Reform vil holde farskapet og dets rammevilkår høyt på dagsorden også i årene som kommer.

I arbeidet med prosjektrapporten har prosjektleder mottatt veiledning hos **Norsk institutt for forskning om oppvekst, aldring og velferd** (NOVA) ved **Ada Ingrid Engebriktsen**. Reform står imidlertid alene ansvarlig for rapportens innhold.

Prosjektets finansiering har kommet i form av prosjektmidler fra **Barne- og likestillingsdepartementet** (BLD). Barne- og likestillingsdepartementet arbeider blant annet for full

likestilling mellom kjønnene, for familiers velferd, mot diskriminering og for en sikker hverdag for barn og unge. Departementet har en pådriverfunksjon, og arbeider både med politikktutvikling, informasjon, veiledning og kunnskapsproduksjon innen sine ulike områder. Fra prosjektets tilskuddsbrev kan vi lese at *"Barne- og likestillingsdepartementet mener at bedre kunnskap om møtene mellom fedre med etnisk minoritetsbakgrunn og helsestasjoner kan bidra til en positiv videreutvikling av tjenestene, i tråd med gruppens behov"*.

MÅLSETNING, PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING

Målet for prosjektet "Minoritetsfarskap i helseNorge" har vært å foreta en småskala undersøkelse av helsestasjonenes møter med fedre av ikke-vestlig opphav, og begge parter opplevelser av møtene. En overordnet problemstilling for prosjektet har derfor vært:

"Hvordan forteller fedre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn og ansatte ved norske helsestasjoner om sine møter på helsestasjonen?"

Under denne overordnede problemformuleringen har en rekke underspørsmål vært forsøkt belyst gjennom studien:

- Hvordan fortolker ansatte ved helsestasjonene fedre med minoritetsbakgrunn?
- Hvilke erfaringer har ansatte med far som tolk på helsestasjonen?
- Hvilke behov opplever de ansatte og minoritetsfedrene i forhold til sine møter, og (hvordan) har disse vært forsøkt møtt?
- Hvilke erfaringer har fedre med minoritetsbakgrunn gjort seg fra kontakten med helsestasjonen?
- Hvordan ser de på sin egen rolle som far?

Vi har valgt å avgrense prosjektet til å fokusere på fedre med ikke-vestlig bakgrunn ettersom dette er en gruppe fedre i Norge vi har lite kunnskap om. Vi mener også ikke-vestlige fedre er menn som har spesielle forestillinger knyttet til seg i norsk offentlighet generelt og mannlighetsdiskurs spesielt. Da vi fikk rapporter fra forskningsmiljøer om at ikke-vestlige innvandrerfedre var ivrige brukere av helsestasjonene i Norge, tenkte vi dette var interessant å se på nettopp i lys av det bilde av innvandrer menn som er utbredt i norsk debatt og samfunnsliv. Valget om å fokusere spesifikt på innvandrerfedres møte med helsestasjonen ble imidlertid møtt med noe skepsis blant noen av de vi intervjuet i prosjektet, både blant fedre og helsepersonell. Det ble stilt spørsmålsteget ved hvorfor man *"hele tiden skal skille mellom folk på bakgrunn av hvor de har opprinnelse fra"*. Etnisitet fremstod for noen av de inter-

vjuede som en inndeling av mennesker som skaper avstand heller enn å bevise forskjeller. Vi ønsket allikevel å se spesielt på møter mellom helsestasjonene og ikke-vestlige fedre etter- som deres tilsynelatende høye deltakelse i tjenesten bryter med stereotypiske fremstillinger av denne gruppen menn.

Videre har vi også valgt å avgrense studien til den delen av helsestasjonstjenesten som tilbyr tjenester til barn 0-5 år og deres foreldre. Med andre ord er skolehelsetjenesten utelatt i denne studien, likeså er ulike helsestasjoner for ungdom. Denne avgrensningen ble gjort tidlig i prosjektet av kapasitets- hensyn, men også med den begrunnelse at vi i hovedsak ønsket å ta for oss helsestasjonen som en aktør tidlig i farskapet – de viktige første årene. Hovedtyngden i det empiriske materialet ligger på tjenestene fra barnet er nyfødt og frem til det fyller 5 år, men det vil også refereres tidvis til svangerskapsomsorg ettersom jordmor ansatt ved helsestasjon også er representert blant de intervjuede. Videre peker deler av materialet vi har samlet inn utover helsestasjonstjenesten frem til barns fylte fem år, noe vi har vurdert som berikende for prosjektet.

Prosjektet har hatt tidsramme på et år. Prosjektleder har hatt ansvar for prosjektledelse, innhenting og bearbeiding av data, og prosjektmedarbeider har arbeidet med transkribering av intervjuer og kvalitetssikring av analyse.

Prosjektets tiltenkte målgrupper er i første rekke ansatte i førstelinjetjenestene, helsestasjonene og andre familie- relaterte tjenester. Derne er prosjektet rettet mot byråkratiet og de sentrale faglige institusjoner ansvarlige for likestillings- arbeid og helse- og sosialtjenester i Norge. Endelig håper vi prosjektet kan interessere et bredere publikum – alle med interesse for spørsmål omkring foreldreskap, omsorgstjenester og sosial integrasjon. Vi håper å kunne bidra med både ny dokumentert kunnskap, men også med noen spørsmål og perspektiver til videre diskusjon og fagutvikling rundt helsestasjonstjenesten. Som vi skal se er fokus på fedres møter med helsestasjonene relativt nytt, og kunnskap om innvandrer- fedres opplevelser av tjenesten nærmest ikke-eksisterende. Ved å sette fokus på denne gruppen fedre spesielt, håper vi å kunne inspirere til videre arbeid for å bedre integrere både dem og andre fedre i norske velferdstjenester for barn og familier.

BEGREPSAVKLARINGER

Begrepet ikke-vestlig har allerede vært brukt flere ganger, og viser i denne sammenheng til personer med familieopphav fra Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania unntatt Australia og New Zealand, og Europa utenom EU/EØS. Dette tilsvarer Statistisk sentralbyrås tidligere definisjon av "ikke-vestlig" som nå er byttet ut til fordel for direkte henvisning til geografisk område

hvor en person har opphav fra (SSB 2008). Av plasshensyn vil vi imidlertid benytte ikke-vestlig her i rapporten. Innvandrerbakgrunn og (etnisk) minoritetsbakgrunn har også vært nevnt, og er brukt for å åpne for ulike perspektiver. 'Innvandrerbakgrunn' kan favne både personer som selv har innvandret til Norge og personer som er født og/eller oppvokst i Norge av innvandrede foreldre og som dermed tilhører en etnisk minoritetsgruppe i Norge (SSB 2008). 'Minoritetsbakgrunn' favner personer som tilhører en minoritetsgruppe i et samfunn, av etnisk eller annen art, og kan i norsk sammenheng derved favne så bredt som for eksempel personer med samisk bakgrunn, medlemmer av Jehovas vitner, personer med nedsatt hørsel og norskfødte personer med pakistanske aner. I denne rapporten vil derimot både innvandrerbakgrunn/innvandrer og minoritetsbakgrunn/minoritet gjennomgående henviser til personer innvandret fra eller født av personer innvandret fra et ikke-vestlig land, som definert over.

Vi har videre vurdert det som hensiktsmessig å kunne omtale helse- og omsorgstjenestene knyttet til både svangerskap, fødsel og det nye barnet under ett samlende begrep ved enkelte tilfeller, selv om vårt fokus har ligget primært på barn 0-5 år. Helsestasjonstjenesten kan favne tilbud til gravide og par både før og etter fødsel, og ofte behandles disse tjenestene i sammenheng i faglige og politiske kontekster (slik som i stortingsmeldingen *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*). Begrepet vi vil bruke for å favne hele tjenestetilbudet fra unnfangelse til oppfølgingen av barnet er perinatal omsorg eller perinatale omsorgstjenester. "Perinatal" viser til tiden både før, under og etter fødsel (vanligvis frem til seks uker etter fødsel), og favner slik et stort spenn av tid og tilbud på en konsis måte.

RAPPORTENS OPPBYGGING

Etter denne korte innføringen i prosjektets temafelt, går vi over til å redegjøre for de metoder og det materiale som ligger bak den foreliggende prosjektrapporten. I kapittel tre ser vi i noe større detalj på det historiske og kunnskapsmessige bakteppet for prosjektet, før vi i kapittel fire og fem ser direkte på hva intervjuet materialet forteller om møter mellom minoritetsfedre og helsestasjonene – sett fra henholdsvis helsepersonells og fedres synsvinkel. I kapittel seks forsøker vi å samle trådene og diskutere noen av de forslag til fremtidige forbedringer som har kommet frem under intervjuene og arbeidet med materialet. Bakerst i rapporten ligger vedlagt en rekke dokumenter som redegjør for prosjektets informasjonsinnhenting.

Hva vi har gjort og hvordan

Rapporten er bygget på empirisk materiale innsamlet hovedsakelig gjennom intervjuer med ansatte ved helsestasjoner og fedre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn i Oslo og Trondheim kommuner og utsendte kartleggingsskjemaer til helsestasjoner i kommunene. I tillegg har det inngått en rekke uformelle samtaler med helsepersonell, forskere og andre fagfolk i andre norske kommuner, i Sverige og Canada. Søk og lesning av litteratur på feltet er gjennomført, og det vil refereres til foreliggende kunnskap og forskning i rapporten.

INTERVJUER OG SAMTALER

Når en søker å oppdage et nytt felt, et temaområde som er lite utforsket fra før, er det å snakke med mennesker ofte ens beste – og kanskje eneste – mulighet. I anledning dette prosjektet, har det helt fra utgangspunktet vært klart at samtalen ville være hovedmetoden, ettersom det foreligger lite skriftlig informasjon om temaet fra tidligere.

I intervjuundersøkelsen har det vært benyttet halvstrukturerte kvalitative intervjuer som metodisk innfallsvinkel. Kvalitativ metode er spesielt godt egnet til å belyse opplevelser, fortellinger og meningsinnhold hos enkeltpersoner, og derigjennom å belyse ett eller flere tema fra enkeltindividets synsvinkel. Halvstrukturerte intervjuer er planlagte intervjuer som beveger seg innom på forhånd fastlagte tema i løpet av samtalen, men som gir rom for assosiasjoner, tankesprang og spontane ytringer gjennom å ikke låse samtalen i en streng struktur, i motsetning til for eksempel et statistisk telefonintervju. Dette fører imidlertid også til at intervjuguiden ofte utvikler seg i takt med at intervjueren lærer om temafeltet, noe som kan gjøre at noen tema er mer belyst enn andre i ulike deler av materialet.

I intervjuene med fedrene har intervjueren i hovedsak møtt den intervjuede på en avtalt plass for en én-til-én-samtale som enten ble tatt opp på lydfil for å senere bli transkribert ord for ord, eller ble referert på bakgrunn av skriftlige notater. Ett intervju ble gjennomført per telefon. Referater skrevet ut fra notater fra intervjuene ble kvalitetssikret av de intervjuede. Samtalene med ansatte på helsestasjoner har stort sett foregått som dobbeltintervjuer der intervjueren har møtt helsepersonellet på helsestasjonen og gjennomført intervju av to personer samtidig. Ett intervju var enkeltintervju. Det har vært vekslert mellom bruk av opptaksutstyr og transkribering som beskrevet overfor og notatskriving. Referater skrevet på bakgrunn av notater har blitt kvalitetssikret av helsepersonellet.

Syv ansatte ved ulike helsestasjoner i fokuskommunene ble rekruttert ved at vi oppsøkte utvalgte helsestasjoner og ba om deres deltakelse i prosjektet som fokusstasjoner. Alle de

utvalgte helsestasjonene tilhørte bydeler med en relativt høy andel ikke-vestlige innvandrerinbyggere, ettersom de har større tilfang av fedre med innvandrerbakgrunn og dermed lengre og mer omfattende erfaring med denne brukergruppen. Seks fedre ble rekruttert gjennom en institusjon for voksenopplæring og via personlige nettverk.

Et så lite utvalg kan på ingen måte sies å være representativt, men det har heller ikke vært målet for denne avgrensede undersøkelsen. Vi har ønsket å belyse samhandling ved helsestasjonen fra enkeltpersoners synsvinkel, og løfte fram personlige fortellinger fra ansatte og minoritetsfedre.

Fedrene i intervjuundersøkelsen utgjør et mangfold i både bakgrunn, botid/migrasjonshistorie og familiekonstellasjoner. Én var norskfødt, mens de andre hadde innvandret. De hadde opprinnelse i seks ulike ikke-vestlige land (se innledning). Yrkesmessig var også variasjonen stor, fra en arbeidssøkende håndverker via studenter og butikkarbeider til en direktør. Alle fedrene hadde ett barn ved intervjutidspunktet, mens én ventet et tvillingpar i tillegg. To av mennene var gift med etnisk norske kvinner, mens resten var gift med kvinner med minoritetsbakgrunn. To intervjuer ble gjennomført på engelsk, men sitater blir gjengitt i norsk oversettelse.

Helsepersonellet i intervjuundersøkelsen inkluderer både helsesøstre og jordmødre tilknyttet helsestasjon. Flere hadde arbeidet som sykepleiere ved ulike institusjoner før videreutdanningen til helsestasjonstjenesten, og hadde fra tre til tyve års fartstid ved helsestasjon. Alle var kvinner, og alle var etnisk norske.

Utover de mer formelle intervjuene, har det også vært gjennomført mer eller mindre strukturerte samtaler med en rekke fagfolk i både inn- og utland. Både ledere ved helsestasjoner og helsesøsterutdanninger har bidratt med perspektiver og innspill, og vi har samlet en gruppe ressurspersoner til faglige diskusjonsmøter ved strategiske tidspunkter i utviklingen av prosjektet. Forskere i inn- og utland har også bidratt med nyttige perspektiver og materiale gjennom samtaler og utveksling av litteratur. Det har inngått studieturer til Malmö og Bergen, samt deltakelse ved familie- og migrasjonsforskningskonferanse i Canada.

VANSKELIGHETER PÅ VEIEN

Å skaffe informanter til intervju er ofte en tids- og ressurskrevende prosess. Vi hadde i utgangspunktet ikke satt så ambisiøse mål for hvor mange intervjuer vi ønsket å gjennomføre – åtte helsepersonell og åtte fedre – men opplevde at vi allikevel ikke helt klarte å oppfylle våre mål. Da vi informerte

de to kommunene vi ønsket å fokusere på om prosjektet, valgte de ulike modeller for samarbeid. Vi ble i en kommune henvist til å oppsøke relevante helsestasjoner direkte, mens en annen kommunen selv ønsket å foreta kontakten med helsestasjonene. Deretter fant vi ut at hvem en skulle henvende seg til for å få i stand en forpliktende avtale med en helsestasjon, varierte noe fra bydel til bydel internt i kommunene. Etter mange avvisninger og gjentatte henvendelser, fikk vi på plass gode samarbeid med noen helsestasjoner. Personalet er travle folk, og det tok tid å få på plass konkrete avtaler. At det var tidkrevende å få på plass intervjuavtaler med helsepersonell, gikk dessverre ut over arbeidet med å finne fedre til intervju. Vi forsøkte å bruke helsestasjonsventerommet som arena for å rekruttere informanter, noe vi ikke fikk noen konkrete avtaler ut av. Bruk av personlig nettverk syntes å være en mer forpliktende måte å skaffe personer til intervju på, og gjennom kontakt med nøkkelpersoner som "tente" på prosjektet fikk vi gjennomført seks intervjuer med fedre. Selv om vi kunne ønsket et større materiale enn dette, ble vi nødt til å sette strek av tidshensyn da vi hadde kommet så langt. Vi mener allikevel at materialet vårt er egnet til å belyse problemstillingen for prosjektet.

KARTLEGGINGSSKJEMA

Et skjema for utfylling ble sendt ut til samtlige helsestasjoner i Oslo og Trondheim kommuner. Spørsmålene var knyttet til helsestasjonenes ulike tilbud, ansatte, andel deltakende fedre, andel brukere med innvandrerbakgrunn, tanker om fedres behov i forhold til tjenesten og erfaringer med fedre med ikke-vestlig bakgrunn som brukergruppe. Skjemaet ligger vedlagt bakerst i rapporten.

Informasjonen fra kartleggingen var tenkt brukt som referansebakgrunn for informasjonen innhentet gjennom intervjuundersøkelsen, for å få et noe større materiale å spille intervjumaterialet opp imot. Imidlertid var responsen så liten at materialet ikke utgjør det bakteppet for intervjumaterialet som vi hadde håpet. Materialet fra kartleggingen støtter opp under funnene fra intervjumaterialet.

ANALYSE OG ETIKK

Analyse av materialet fra intervjuundersøkelsen har vært bygget rundt en temasentrert tilnærming. De ulike intervjuene har vært gjennomlest med mål om å avdekke sentrale tema i fedrenes og helsepersonellens fortellinger, og å sammenlikne hva ulike personer sier om de samme tema. Materiale fra intervjuer og samtaler har vært gjennomgått med øye for både hovedtrekk (kontinuitet) og enkeltvariasjoner (brudd) i fortellingene. Vi har sett på direkte svar til spørsmål som ble stilt i intervjuene, men også sett etter tema som kommer frem uten

å ha vært eksplisitte spørsmålsstillinger i intervjuguidene. Slik sett vil noen av funnene presentert i rapporten gjenspeile ulike nivåer i materiale og analyse. Grunnet tidsmangel ble det dessverre ikke mulig å involvere deltakerne i arbeide med selve rapporten i den grad vi hadde ønsket. Deltakeres innspill vil imidlertid i større grad prege informasjons- og distribusjonsarbeidet i oppfølgingen av rapporten.

Å sikre deltakeres sikkerhet og anonymitet er av høy prioritet i kunnskapsprosjekter, og har i denne sammenheng vært løst gjennom at sitater ikke knyttes til verken navn eller gjenkjennelig informasjon. Sitater gjengis i *kursiv* med betegnelser som "en blant helsepersonellet sa" eller "en av fedrene fortalte". Deltakere skal også ivaretas gjennom å få god informasjon om hva deres bidrag skal brukes til, og det har vært delt ut informasjonsbrev og innhentet skriftlig samtykke fra samtlige deltakere i intervjuundersøkelsen. Informasjonsbrevet ligger vedlagt bakerst i rapporten.

Helsestasjonstjenesten i Norge

HELSESTASJONENS HISTORIE

Helsestasjonstjenesten i Norge har røtter tilbake til begynnelsen av 1900-tallet. De første forløperne til dagens helsestasjoner, barnepleieklinikker og spedbarnsklinikker, ble drevet henholdsvis av menigheter og av Norske Kvinners Sanitetsforening (Statens helsetilsyn 1998:9). Det var bekymringer for fattige unge mødre og deres barns helse som drev arbeidet med kontroll- og pleiestasjoner fremover, og det offentlige kom etter hvert inn med økonomisk støtte til de frivillige organisasjoner som stod bak driften av stasjonene. Den første kommunale helsestasjonen i Norge ble etablert i 1939 (Statens helsetilsyn 1998:10).

Helsestasjonstjenesten i Norge i dag er en landsdekkende kommunalt basert forebyggende lavterskel helsetjeneste som tilbys barn 0-20 år og deres foreldre. Helsestasjonstjenesten er hjemlet gjennom Lov om kommunehelsetjenesten av 1982. Tjenesten er et frivillig tilbud til foreldre, og benyttes av et stort flertall av norske foreldre.

Med bakgrunn i flere kritiske innspill om funksjonen til helsestasjonen og skolehelsetjenesten, startet Statens helsetilsyn i 1995 et prosjekt for å gjennomgå og drøfte tjenestens oppgaver; "Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten" (Statens helsetilsyn 1998:1). Målet var å utvikle en veileder med faglige retningslinjer. Veilederen kom i 2004, ført i pennen av Sosial- og helsedirektoratet; *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450 (SHDir 2004, heretter kalt Veilederen).

RAMMEVERK, MANDAT OG METODER

Helsestasjonstjenesten for barn 0-5 år er altså hjemlet i Lov om kommunehelsetjenesten av 1982 og Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003, heretter kalt Forskriften). Faglige retningslinjer ble samlet i en veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 1998, som senere ble erstattet med den gjeldende Veilederen i 2004. Ansatte ved helsestasjonene forholder seg også til blant annet Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. (1995) og Forskrift om miljørettet helsevern (2003). Helsestasjonen spiller også en sentral rolle i psykisk helsearbeid blant barn og unge (St.prp. nr. 63 [1997-1998], SHDir 2007). Et satsningsområde for helsestasjonsprogrammet er også vurdering av barns språkevner, med et eget fokus på minoritetsspråklige barn (SHDir 2006). Helsedirektoratet arbeider med oppdatering av veileder og faglige retningslinjer for arbeidet ved helsestasjonene, et arbeid som ikke er ferdigstilt i skrivende stund.

I Veilederen oppfordres kommunen til å se helsestasjonen og skolehelsetjenesten som en sentral del av folkehelsearbeidet. Og til å utvikle et helhetlig helsefremmende og forebyggende lavterskeltilbud med basis i forskningsbasert kunnskap (SHDir 2004). Andre sentrale perspektiver som fremheves er brukermedvirkning og den enkeltes mestring. Det understrekes at den enkelte bruker skal kunne delta i utformingen av den konkrete tjenesten som etterspørres (samme sted:18), og at det er "spesielt viktig å være lydhør overfor gutters og menns behov når det gjelder utforming av tjenestene" (s.st.:32). Det understrekes videre at helsestasjonen ikke bare skal redusere det som medfører helserisiko, men også fokusere på faktorer som fremmer og opprettholder mestring.

Alle helsestasjoner i Norge forholder seg til "anbefalt helsestasjonsprogram" nedfelt i Veilederen (SHDir. 2004:54-56). I følge helsepersonell vi har snakket med, varierer det noe fra helsestasjon til helsestasjon nøyaktig hvilke tjenester som tilbys barn 0-5 år og deres foreldre, samt hvordan de er utformet. Imidlertid ligger Veilederens anbefalte program til grunn for alle lokale tilpasninger av tilbudet. Anbefalt helsestasjonsprogram foreskriver konsultasjoner med oppstart ved 0-2 ukers alder ved hjemmebesøk, og deretter konsultasjoner ved helsestasjonen på individuell eller gruppebasis ved 2-4 uker, 6 uker, 3 mnd, 4 mnd, 5 mnd, 6 mnd, 7-8 mnd, 10 mnd, 11-12 mnd, 15 mnd, 17-18 mnd, 2 og 4 års alder. Tjenesten baserer seg på veiledning fra spesialutdannet helsepersonell, med forebyggende formål og brukerens situasjon og ressurser som utgangspunkt. Konsultasjoner ved helsestasjonen innbefatter anbefalte vaksinasjoner, monitorering og registrering av barnets vekst og utvikling, samt annen helseinformasjon og dialog omkring barnets og familiens helse- og velvære-situasjon. Utover anbefalt helsestasjonsprogram tilbys det også svangerskapskontroller og -omsorg ved enkelte helsestasjoner, samt at noen stasjoner tilbyr foreldreveiledningsprogram, samlivskurs og ulike gruppetilbud. Utenfor avtalte konsultasjoner har også de fleste helsestasjoner "åpen helsestasjon" eller "åpen time" hvor foreldre kan komme innom uten avtale for å veie og måle barnet og stille spørsmål til de ansatte.

I en håndbok for helsestasjoner 0-5 år, redegjør Nina Misvær for kommunikasjonsmetoder i helsestasjonsarbeidet (Misvær og Oftedal 2006). Misvær deler inn helsesøsters kommunikasjon i tre hovedkategorier; helseamtale, veiledning og helseopplysning. Disse områdene viser spennvidden i helsestasjonens mandat, fra gjennomføring av anbefalt vaksinasjonsprogram for spedbarn til samtaler om foreldres nettverk og helsefremmende ressurser. Ulike deler av helsestasjonsmandatet kan kreve ulike metoder.

“Helsepersonell kan inneha forskjellige roller overfor brukeren:

Ekspertrollen: der fagpersonen gir kvalifiserte råd til uerfarne og usikre foreldre om hvordan de skal håndtere en gitt situasjon, som feks. feber

Konsulentrollen: der fagpersonen vektlegger åpen kommunikasjon basert på det som foreldrene ønsker å ta opp og/eller beskriver som et problem. Sammen med helsepersonellet kommer foreldrene frem til en mulig løsning for mestring av problemet, som feks. søvnavansker

Utfordringen blir hvilken av de ovennevnte rollene helse-søster skal bruke i møte med de forskjellige problemene og de ulike familiene” (s.st.:99).

Den kommunikasjonen som finner sted ved helsestasjonen kan altså vekse mellom ekspertrådgivning fra helsepersonell og brukerstyrte samtaler. At brukere selv skal være med på å definere problemer og løsninger, kalles gjerne “empowerment”, oversatt med bemyndigelse, myndiggjøring eller bruker-medvirkning på norsk (s.st.:102). Forebyggende og helsefremmende arbeid gjennom empowerment defineres som en sentral del av arbeidet ved helsestasjonen. Empowerment-perspektivet er en likemannsstrategi, hvor en som fagperson søker å oppnå en likestilt dialog med brukeren: “I empowerment-tradisjonen forventes det at fagfolk og brukere går inn i en jevnbyrdig dialog om problemforståelse og løsningsstrategier” (Haaland 2001:11).

FORSKNING OG KUNNSKAP OM HELSESTASJONEN, FEDRE OG MINORITETER

Som nevnt foreligger det svært lite dokumentert kunnskap om samhandlingen mellom fedre med ikke-vestlig bakgrunn og ansatte ved norske helsestasjoner. Vi vet derimot noe om fedres opplevelser av perinatale tjenester generelt, og litt om hvordan mødre med innvandrerbakgrunn har opplevd helsestasjonstjenesten i Norge. Ser vi til nabolandet Sverige, finner vi noe informasjon om innvandrerfedre på helsestasjonen. Her vil vi kort oppsummere noe av denne kunnskapen.

Pappa på helsestasjonen

Omfanget av fedres deltakelse i tilbudene ved norske helsestasjoner og hvordan de opplever de tjenestene de blir tilbudt der er lite dokumentert. En hovedoppgave fra Universitetet i Bergen forteller fra dybdeintervjuer med førstegangsfedre om møtet med helsestasjonen som et “møte med et kvinnesamfunn” (Haaland 2001:74). Gerd Unstad Haaland viser til at det burde være naturlig for tjenesten å (ønske å) involvere far aktivt ved helsestasjonen:

“Fedre skal bli bemyndiget gjennom tilgang til ny kunnskap sammen med en anerkjennende holdning, for å styrke troen på egen kompetanse” (s.st.:11).

Imidlertid viste forfatterens samtaler med fedre at dette ikke alltid er tilfelle ved norske helsestasjoner. Fedrene følte seg på forhånd usikre på om de var velkomne på helsestasjonen, og opplevde underveis at mye av det som skjedde der var på kvinners premisser.

“Fedrene opplever at temaer som angår far – barn forholdet i liten grad settes på dagsorden. De opplever at kvinners behov imøtesees, mens spørsmålstillinger som angår dem som fedre i liten grad løftes fram” (s.st.:76).

Andre undersøkelser har brukt en kvantitativ tilnærming til fedres opplevelser av helsestasjonstjenesten. I 2001 gjennomførte Helsekontoret for barn og unge i Bærum kommune en brukerundersøkelse blant foreldre til 342 ett år gamle barn (Misvær 2001). Undersøkelsen bygget på spørreskjema sendt i posten til hver av de 342 barnas foreldre, med separate spørreskjema for mødre og fedre. Svarprosenten var 81 for mødrene og 73 for fedrene. Den høye fedredeltakelsen var en positiv overraskelse for gjennomførerne av undersøkelsen, særlig ettersom fedres perspektiv var lite belyst fra tidligere. Det fremkom av svarene at tre av fire fedre hadde vært på helsestasjonen. Fedrene i undersøkelsen var i hovedsak over 31 år, hadde høy utdanning og kun et fåtall (mindre enn 2 %) av foreldrene hadde ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. 43 % av fedrene hadde vært hjemme med barnet i fire til seks uker første leveår, og fedrekvoten tilsvarte fire uker i 2001. 7 % av fedrene oppgav å ha opplevd depresjon etter fødselen. På spørsmål om rollefordeling i familien fremkom det at over en tredjedel av fedrene følte helt eller delvis at mor var mer kunnskapsrik om barnet, og at det var mer naturlig at mor hadde ansvaret for barnet første leveår. Om bruken av helsestasjonens tjenester etter fødsel fremkom det at drøyt halvparten av fedrene var tilstede ved hjemmebesøket, at 20 % av fedrene har vært på helsestasjonen én gang og 49 % to ganger eller mer. I vurderingen av innhold og form på tjenestetilbudet oppgav 49 % av fedrene at de nok ville komme oftere dersom helsestasjonen utvidet åpningstidene. 24 % av mennene oppgav at de som menn kan føle seg ganske utenfor på helsestasjonen, og kun 21 % av fedrene oppgav å ha blitt kjent med andre foreldre i sitt nærmiljø gjennom helsestasjonen. Andelen som kunne ønske kontakt og dialog med andre småbarnsforeldre var 68 % blant fedre. Det fedrene var mest fornøyde med var muligheten til selv å stille spørsmål og ta opp tema med personellet ved helsestasjonen. Undersøkelsens forfatter konkluderer med at svarprosenten og datamaterialet peker mot høy grad av engasjement for barna hos begge foreldre, og at det er ønskelig for helsestasjonen å forbedre kontakten med fedrene. Det ble

HELSESTASJONSTJENESTEN I NORGE

foreslått en satsning på fedre med spesiell invitasjon til gruppekonsultasjoner på egnede tider av dagen ved fire, ti og atten måneders alder for å imøtekomme fedres økte engasjement (Misvær 2001).

TNSGallup gjennomførte i 2003 en spørreundersøkelse på oppdrag fra Helse- og sosialdirektoratet om brukernes tilfredshet med svangerskapsomsorgen i Norge (TNSGallup 2003). Selv om oppdraget ikke fokuserte på helsestasjonen spesifikt, var det en god del av respondentene som hadde fulgt svangerskapskontroller hos jordmor ved helsestasjon. Undersøkelsen kan derfor belyse brukeres opplevelse av en tjeneste som er en del av tilbudet ved noen helsestasjoner for barn 0-5 år. En egen del av undersøkelsen samler fedres og kvinnelige partnere (lesbiske medmødre) sin opplevelse av tjenestene, og viser at tilfredsheten med svangerskapsomsorgen er svært delt: Halvparten av fedrene/partnerne er tilfredse med hvordan tjenesten de hadde fått relaterte seg til deres behov. Det fremkom at fedre fra Afrika/Asia deltok i svangerskapsoppfølgingen i større grad enn gjennomsnittet, og at 49 % av disse selv hadde tatt initiativet til å gå på kontroll. Fedre med afrikansk/asiatisk bakgrunn deltok i mindre grad enn gjennomsnittet på fødselsforberedende kurs. Fedre med koner som brukte helsestasjonen i stor grad i svangerskapet oppgav å være noe bedre forberedt på livet etter fødselen enn andre fedre. Generelt oppgav fedre/partnere å bli lite forberedt på tiden etter fødsel gjennom svangerskapsomsorgen. Fedre med afrikansk/asiatisk opprinnelse oppgav også i mindre grad enn andre partnere å lese om svangerskap, fødsel og barsel i litteratur eller på internett. Partnere som selv hadde lest om temaene oppgav større tilfredshet med tjenestene de fikk gjennom svangerskapsomsorgen. Forfatterne konkluderer med at svangerskapsomsorgen i større grad bør inkludere fedre/partnere. Og de peker på noen ulike grupper med spesielle behov i møte med tjenestene; deriblant personer med minoritetsbakgrunn og personer med lav utdanning/lav inntekt (TNSGallup 2003).

Helsestasjonen i et flerkulturelt Norge

Helse, fertilitet og barneomsorg er områder som er preget av stor kulturell variasjon og som kan være sensitive. I Forskriften står det at

"[T]jenestetilbudet må også være tilrettelagt for barn og ungdom med flerkulturell bakgrunn. Foreldre med innvandrerbakgrunn bør få veiledning i utfordringer ved å oppdra barn i Norge, og hva det innebærer å vokse opp med minoritetsbakgrunn i Norge" (HOD 2003:11).

I forskningsrapporten *Helsestasjonen – en flerkulturell møteplass* hevdes det at kvinner med ikke-vestlig bakgrunn og deres barn er en betydelig brukergruppe ved helsestasjoner i Norge (Olsen m.fl. 2005). Rapporten bygger på intervjuer gjennomført med syv mødre med ikke-vestlig bakgrunn og ti ansatte ved helsestasjoner i tre av Oslos bydeler. Rapporten belyser i hovedsak mødrenes og helsepersonellets vurderinger av sine møter på helsestasjonen, men fedres deltakelse og ulike roller kommer til syne i noen grad gjennom deres fortellinger. Særlig blir det her tydelig at mange fedre med minoritetsbakgrunn fungerer som *tolk* mellom barnas mødre og de ansatte på helsestasjonen (s.st.:49-52). Både helsepersonellet og mødrene uttrykker at det ikke fullt ut er tilfredsstillende å bruke far som tolk. Noen av mødrene viser til at når fedre tolker er de ofte ikke like detaljorienterte som dem selv. Eller at det hender far filtrerer budskapet og bare oversetter deler av det som blir sagt fra mors eller helsepersonellets side. Helsearbeiderne på sin side hadde sprikende erfaringer med far som tolk. På den ene siden oppleves det som veldig effektivt og greit i noen par, på den andre siden er de skeptiske til hvordan fedre i andre par opptrer i rollen som tolk (s.st.:49-52). Forfatterne gjengir en helsesøsters konklusjon på spørsmålet om å bruke far som tolk, og hun sier at de på helsestasjonen

"nok skulle bli flinkere til å ikke bruke far som tolk, men [...] samtidig at det er litt vrient ettersom far ofte følger mor uansett, for det er han som er kjent i byen, og da blir det jo litt problematisk å be mannen holde seg ute og benytte en annen person som tolk i stedet" (s.st.:51).

Rapporten bekrefter at det er en betydelig gruppe av menn med innvandrerbakgrunn som bruker helsestasjonens tjenester. Men det fremstår også som om disse fedrenes deltakelse er begrenset til en rolle som tolk der språket ikke strekker til mellom mor og helsepersonellet. Det kan late til at både helsepersonellet og mødrene selv definerer far i beste fall som et nyttig virkemiddel i dialogen heller enn en selvstendig deltaker med eget engasjement.

Innvandrerfedre og perinatal omsorg: Svenske erfaringer

En gruppe forskere i Sverige har spurt menn med innvandrerbakgrunn om hvordan de selv har opplevd møtet med svangerskaps-, fødsels- og spe/småbarnsomsorgen ved sykehus og helsestasjon. I en artikkel presenteres funn fra seks individuelle intervjuer og tre gruppediskusjoner med fedre med opprinnelse fra Midtøsten, og partner fra samme område, nå bosatt i sør-Sverige (Ny m.fl. 2006). Studien viser at mennene i all hovedsak var godt fornøyde med tjenestetilbudet ved omsorgsinstitusjonene. Fedrene opplevde det som positivt for dem selv, og særlig for kona, å ha tilgang på god og individuelt tilpasset informasjon, å kunne spørre om ting på eget initiativ

og følelsen av trygghet de fikk i møte med dyktig og empatisk personell. De var derimot litt bekymret for at for mye informasjon kunne lede til unødvendig engstelse, og var derfor litt ambivalente i forhold til å delta i gruppeaktiviteter. Råd og veiledning de fikk av helsepersonellet ble kombinert med råd fra familiemedlemmer og tradisjoner i opprinnelseslandet, og det aller meste av veiledningen de fikk fra helsepersonellet fulgte de – selv om de kunne synes noen ting var pussige. Et eksempel på ting som ble oppfattet som pussig var at barn skulle ta A- og D-vitaminsdråper helt til de fylte seks år, fortalte en far (s.st.:4).

Mange av fedrene fortalte at det å bli far og delta i svangerskap og fødsel hadde åpnet opp helt nye livsområder for dem, og at de hadde fått en ny rolle i familielivet etter ankomst til Sverige. De hadde fungert som tolk for mor i møter med helsepersonell, og hadde på mange måter tatt den rollen det kvinnelige familie- og venninnenettverket ville hatt i opprinnelseslandet. De fleste hadde deltatt ved fødsel, noe som var en sterk opplevelse og gav dem ny respekt for sine koner og tro på apparatet som støttet opp rundt dem. Det var imidlertid ikke alle fedrene som deltok på de ulike helsesjekkene eller ved fødsel, noen fordi de mente kona foretrakk å ha med seg en kvinnelig støtteperson. Én far fortalte at han hadde blitt enig med kona om å ikke være tilstede på fødestua under

fødselen ettersom det "ikke var noe sted for en mann" (s.st.: 5, min oversettelse). De fleste fedrene opplevde derimot både å kunne være til hjelp for sine koner og at det var viktig at de var behjelpelige og deltakende.

Pernilla Ny presiserer at fedrene gjennomgående presenterer sin rolle og motivasjon nettopp som hjelp og støtte til mor heller enn som selvstendig omsorgsperson for (det kommende) barnet. Far har en noe mer tilbaketrukket posisjon i dialogen med helsepersonellet (Ny 2007:71). Forfatteren påpeker at perinatale omsorgstjenester står i en delikat posisjon i å balansere behovet for å engasjere far for sin egen skyld mot behovet for å holde fokus på den gravide (eller forløste) kvinne og hennes spesielle situasjon. Ny mener at fedre bør vurderes som en ressurs og tas hensyn til når man utvikler systemer for perinatal omsorg (s.st.:71).



Helsestasjonen som møteplass

Vårt prosjekt har hatt ambisjoner om å sette helsestasjonen og den sosiale samhandling som finner sted der i et manns- perspektiv og et minoritetsperspektiv, gjennom personlige fortellinger fra fedre og ansatte. For å få frem et bilde av møter mellom fedre med ikke-vestlig bakgrunn og ansatte ved norske helsestasjoner, vurderte vi det som nyttig å stille noen spørsmål rundt helsestasjonen som arena. Helsepersonellet ble bedt om å fortelle om hverdagen ved helsestasjonen og fedrene om sine forventninger til og opplevelse av tjenesten. Det tegnes gjennom disse fortellingene et bilde av hvordan helsestasjonen fungerer som arena for møter mellom yrkes- utøvere og foreldre med minoritetsbakgrunn. Og hvilke ulike faktorer og hensyn som spiller inn i møtene mellom innvandrers- foreldre og de som jobber ved helsestasjonen.

”Hverdagen vår er hektisk, men blid”

På spørsmål om hva de gjorde i jobben sin ved helsestasjonen, svarte en ansatt med det smil om munnen at *”å forklare det er vel nesten ikke gjort i en håndvending, det”*. Helsepersonellet fortalte at de forholdt seg til det anbefalte programmet for helsestasjonen som er nedtegnet i Veilederen, men at de også har et fokus på *”hva som ’brenner’, hva foreldrene er opptatt av akkurat nå”*. Helsestasjonene kombinerte ofte de faste konsultasjonene med *”åpen helsestasjon”* til faste tider og avtalte konsultasjoner med de som hadde ønske eller behov innimellom de anbefalte konsultasjonene. Noen steder var de også vant til at foreldre *”stakk innom”* uten avtalt time, noe de prøvde å imøtekomme så langt de kunne. *”Hverdagen vår er hektisk, men blid”*, oppsummerte en av de ansatte.

Det er tydelig at helsestasjonen er en tjeneste som brukes flittig. Kombinasjonen av et fastlagt program, individuelle avtaler og tidvis drop in-virksomhet betyr at helsepersonellet har en viss, men ikke fullstendig, oversikt over arbeidshverdagen sin. At helsestasjonstjenesten er et frivillig tilbud som er i svært flittig bruk, var også noe enkelte blant helsepersonellet trakk frem som et tegn på tjenestens kvalitet.

”Man får dele mange fine ting med brukerne i denne jobben!”, fortalte en ansatt, og sa at noe av hennes motivasjon for å jobbe ved helsestasjon var det gode forholdet de fikk bygge opp med foreldre og familier over lengre tid. Når helsepersonellet gjennomgående beskriver sin arbeidshverdag som meningsfylt, er det mye på grunn av nettopp de relasjoner de bygger opp med brukerne. En ansatt sa at

”vi her på helsestasjonen får komme inn tidlig i livet og bygge tillit med foreldre, noe som gir unike muligheter for samarbeid. Dette gjør det også lettere å arbeide med tema og situasjoner som er tabu eller vanskelige for brukerne”.

Det at befolkningen og dermed også helsestasjonens brukere med årene hadde blitt stadig mer sammensatt i forhold til ulike nasjonaliteter og bakgrunner, beskrev de ansatte gjennomgående som et pluss for arbeidet. *”Vi har en spennende sammensatt brukergruppe her”* uttaler en ansatt, *”noe som gjør arbeidet variert og interessant”*.

FORVENTNINGER OG KRAV I HELSESTASJONSARBEIDET

Helsepersonellet ble spurt om hvilke forventninger de hadde til foreldre de skulle møte ved helsestasjonen. Gjennomgående var ønsket og forventningene fra helsepersonellens side

at foreldrene skal ta godt vare på barna sine, at de skal være i stand til å ta godt vare på barna sine, og at vi som fagpersoner skal kunne støtte oppunder deres evner til å gjøre det beste for barna sine.

På spørsmål om hvilke forventninger de opplevde å møte fra foreldrenes side, var det tydelig at dette kunne sprike i ulike retninger. En helsestasjonsansatt formulerte det slik at forventninger fra foreldre var

veldig ulikt; noen har ingen forventninger, andre venter å bli møtt av en autoritet som skal avsi ’dom’ over barnet og dem som foreldre [...] Noen tror tydeligvis at helsestasjonen skal kunne ordne opp i alt, og at de bare kan avlevere barnet sitt til konsultasjon og så hente det senere i ’fiks ferdig’ stand.

Helsepersonellet mente at deres egne forventninger til foreldre var ganske grunnleggende og enkle, og at de samme forventningene ble stilt til alle foreldre. Forventningene de opplevde å møte fra foreldre kunne være svært varierte, noe som kunne bunne i at foreldre hadde ulik kunnskap eller forestillinger om helsestasjonen og dens mandat.

”Hadde ikke så store forventninger til helsestasjonen”

Fedrene ble spurt om hvilke forventninger de på sin side hadde hatt til helsestasjonen og hva som skulle foregå der. Flere fedre gav uttrykk for at de hadde hatt få forventninger på forhånd ettersom de hadde visst lite om helsestasjonen. På spørsmål om forventninger til helsestasjonen og hva han hadde sett for seg at de kunne hjelpe ham med der, svarte en pappa om seg selv og kona at

[...] vi hadde ikke så store forventninger. Det vi hadde av forventninger var at de skulle sjekke at alt var bra, måle barnet [...] men etter at vi har vært der føler jeg at vi har fått mye mer enn vi forventet. Fordi, jeg visste ikke at vi skulle få hjemmebesøk og... heldigvis fikk vi en veldig god ansatt som vi kunne ha veldig god kontakt med og jeg føler at vi har blitt som kompiser [...]

Én blant fedrene fortalte at han og kona **“var nok over middels godt kjent med hva vi hadde rett på og hva vi kunne forvente oss”**, noe han også mente hadde hatt betydning for hva de hadde fått ut av kontakten med helsestasjonen.

Generelt sett var det profesjonelle råd og vurderinger i forhold til barnets helsetilstand, det en av fedrene omtalte som “teknisk” veiledning, fedrene hadde forventet seg fra helsestasjonen. Muligheten til selv å ta opp tema de ønsket å snakke om og få råd i saker som hadde med barnet og barnets helse å gjøre ble også vurdert som viktig. Utover dette hadde ikke fedrene i utgangspunktet hatt særlige forventninger. Deres forventninger til tjenestene var dermed ganske begrensede i forhold til helsestasjonstjenestens omfattende mandat og visjoner. Hvilken informasjon man har om hva som tilbys og hva som skal skje ved helsestasjonen forut for første møte kan, som en av fedrene pekte på, ha innvirkning på hva man som foreldre får ut av kontakten med helsestasjonen. Og kanskje også på hvordan både foreldre og helsepersonell opplever sine møter der. Fedrenes gjennomgående begeistring for helsestasjonen gjenspeiler naturligvis at de hadde opplevd å møte et omsorgsfullt og kompetent tilbud. Imidlertid kan også manglende informasjon om tjenesten lede til at foreldre stiller svakt i forhold til å avdekke og reagere på forskjellsbehandling eller mangler ved tjenestene.

Mange krav – liten tid

Et sentralt tema som vokste frem gjennom helsepersonellets fortellinger om forventninger og krav til helsestasjonstjenesten og deres arbeidshverdag der, var **tid**. I den knappe halvtimen de gjerne hadde til rådighet i en vanlig konsultasjon, skulle de forholde seg til både faglige krav og krav fra brukere. En ansatt sa at

det er mange krav å forholde seg til i jobben som helsesøster, både i form av lover og regler men også menneskelige forventninger og relasjoner, men jeg synes en oppmøteprosent på nærmere hundre i en frivillig tjeneste viser at vi får det til på en god måte.

Ord som travel og hektisk gikk igjen i samtlige intervjuer når helsepersonellet ble bedt om å beskrive sin arbeidshverdag. Brist av tid kunne gi en følelse av å ikke få gjort alt en gjerne ville eller så som nyttig, og medføre at en ble nødt til å foreta prioriteringer. En ansatt beskrev arbeidssituasjonen ved hennes helsestasjon som litt for travel til å få gjort alt man kunne ønske, både for brukerne og for de ansatte sosialt og faglig. **“Vi tar godt av toppen og så lar vi noe vente”**, sa hun. Gruppearbeid med de andre ansatte for faglig utvikling og sosialt samhold var et eksempel på ting de sjelden fikk tid til, men gjerne skulle gjort mer av.

At brukernes behov styrer bruken av tid, formulerte en ansatt slik:

Det er veldig varierende hvor mye ulike brukere trenger av tid og oppfølging. Noen kommer mest innom for en hyggelig prat med helsesøster ved de vanlige konsultasjonene, andre har bruk for tverrfaglig oppfølging og støtte på en helt annen måte.

Det lot imidlertid ikke kun til å være “interne” krav fra lowerk eller brukere som spilte inn på tiden ved helsestasjonen. Også tilgjengeligheten og tidsbruken ved andre velferdstjenester syntes å spille en rolle. Flere påpekte eksempelvis at tidsmangel hos fastlegen førte til merarbeid ved helsestasjonen. En ansatt fortalte videre at

foreldre med innvandrerbakgrunn ofte bruker helsestasjonen til mer enn etnisk norske foreldre [...] vi er jo en åpen dør og blir ofte en sorteringsinstans som prøver å rydde i ulike behov og henvise dem videre [...] Vi brukes nok litt sånn som storfamilien ville blitt brukt i hjemlandet – man tar med seg alle spørsmål og vanskeligheter hit for å få hjelp.

Opplevelsen av at andre velferdstjenester sitter “bak lukkede dører” mens de på helsestasjonen er en åpen dør, ble artikulert av flere helsestasjonsansatte. En helsesøster uttrykte at det var ekstra synd at bemanningen ved helsestasjonen nå skulle kuttes ned, i lys av at andre tjenester var så lite tilgjengelige. Noen av de ansatte beskriver at de nærmest har en ledsagerrolle i møte med enkelte minoritetsbrukere. De opplyser om rettigheter og viser vei i det offentlige hjelpeapparatet, noe som selvsagt krever mye tid. En ansatt fortalte eksempelvis at hun hadde bistått en familie med å finne en ny bolig etter at hun hadde vært på hjemmebesøk hos dem på en knøttliten hybel.

Å være åpen for foreldrenes og barnas behov i øyeblikket inngår i helsestasjonens arbeid, men kan komme i konflikt med andre deler av mandatet tidsmessig. I *Håndbok for helsestasjoner 0-5 år* (Misvær og Oftedal 2006:97) påpeker forfatterne at dette er en grunnleggende motsetning ved helsestasjonen:

“I kommunikasjonen på helsestasjonen skal det tas utgangspunkt i foreldrenes egne ønsker og behov. Samtidig pålegges helsestasjons-personell å informere om en rekke anbefalte temaer ved de ulike konsultasjonene [...] I tillegg oppfordres fagfolk til å veilede med fokus på foreldrenes mestringsevne og ressurser. Dette kan oppleves som både inkonsekvent og vanskelig å gjennomføre innenfor en knapp tidsramme”.

HELSESTASJONEN SOM MØTEPLASS

Det er altså mye man ved helsestasjonen kan ønske å få gjort på ganske liten tid, og ulike deler av mandatet kan komme i konflikt med hverandre. Vi skal nå se nærmere på noen utvalgte faglige mål for helsestasjonstjenesten.

Flerkulturell tilpasning av helsestasjonstjenesten

I intervjuene ble både fedrene og helsepersonellet bedt om å kommentere noen utdrag fra Forskriften og Veilederen, for å hente frem deres respektive tanker omkring noen av de faglige mål som er satt for helsestasjonstjenesten. To av utdragene, ett fra Forskriften og ett fra Veilederen, dreide seg om kulturtilpasning av tjenestene og "flerkulturelle" familiers spesielle behov.

"Foreldre med innvandrerbakgrunn bør få veiledning i utfordringer ved å oppdra barn i Norge, og hva det innebærer å vokse opp med flerkulturell bakgrunn i Norge" (HOD 2003:11).

"Svangerskapsomsorgen [...] er et tilbud til alle gravide kvinner og deres partnere. En helhetlig svangerskapsomsorg er familiefokusert og kulturtilpasset" (SHDir. 2004:30).

En av fedrene hadde opplevd at hans barn ikke passet inn i de vekstkurvene de brukte ved helsestasjonen, hun virket "for liten". Hans eneste innvending mot en ellers god tjeneste var derfor at personellet trengte større kunnskap om normal vekst og utvikling blant barn med ulik bakgrunn.

Et av parene hadde på helsestasjonen fått beskjed av en lege om at det var **"så vanskelig å se etter utslett på brun hud"**. Deres sønn virket forøvrig "for stor" i forhold til de vekstkurver som brukes på etnisk norske barn. En gang de hadde møtt en annen helsesøster enn deres vanlige, hadde følgende skjedd:

hun spurte 'måler du når du gir ham mat?' [...] Jeg syntes det var litt frekt fordi - hva tror du? Tror du hun [kona] er dum? [...] Selvfølgelig, man måler og ser, det er bare det at noen barn er større enn andre [...] Jeg tror ikke hun ville spurt en som var norsk 'kan du måle?'

Denne faren mente at de som minoritetsforeldre hadde blitt behandlet forskjellig fra hvordan norske foreldre ville blitt behandlet i samme situasjon. Han mente at helsestasjonene stort sett gjorde en svært god jobb, men at **"det hadde vært bra hvis det jobbet noen med utenlandsk bakgrunn der"**. Han mente en måte helsestasjonen kunne bli bedre til å ivareta mangfoldet i befolkningen på, ville være å rekruttere helsepersonell med minoritetsbakgrunn som selv hadde personlige erfaringer med å ha annen type hud, andre matvaner osv. enn "det norske". Han fortalte at han ved helsestasjonen hadde

møtt flere foreldre med muslimsk bakgrunn

"og de har kanskje andre behov enn for eksempel jeg som er kristen. Så det kan være greit å ha noen som kan tilby noe annet også, som kanskje passer for andre folk".

At det kunne være variasjon i hva foreldre med ulik bakgrunn hadde behov for, var altså noe enkelte av fedrene tematiserte. En far presiserte hvor store variasjoner det er innad i gruppen som betegnes med "innvandrerbakgrunn", og hvor ulike utgangspunkt personer med innvandrerbakgrunn kan ha i møte med helsestasjonen:

Det er opp til foreldrene å bruke de tilgjengelige tjenestene, og her er det nok forskjeller mellom personer med innvandrerbakgrunn som er født og oppvokst i Norge og personer som selv har innvandret når det gjelder hva de får ut av tilbudene.

Språkkompetanse, grad av kjennskap til og forståelse for helsestasjonen, samt hvilke andre kanaler de hadde til kunnskap om barn og helse ble trukket fram som utslagsgivende faktorer for hvordan foreldre kunne stå ulikt rustet til å benytte seg av de samme tjenestene.

Helsepersonellet mente på sin side at de i stor grad forholdt seg kultursensitivt til sine brukere, og tematiserte spesielle utfordringer for innvandrerbarn i Norge, i tråd med målene om kulturtilpasning. En ansatt sa at

foreldre med innvandrerbakgrunn trenger generelt sett mer støtte i spørsmål rundt barneoppdragelse og forventninger til dette i Norge. Foreldrene søker også selv støtte til dette på helsestasjonen. De bruker oss til dette, og slik må det være.

Flere blant helsepersonellet trakk frem grensesetting overfor barn som et tema de snakket spesielt mye med innvandrerforeldre om. Det norske lovforbudet mot fysisk avstraffelse av barn kunne for noen foreldre føre til at det ble vanskelig å sette grenser i det hele tatt – i frykt for at **"barnevernet skulle dukke opp på trappa"**, som en ansatt sa. De brukte derfor en del tid på å snakke om alternative måter å sette grenser og opprettholde respekt overfor barna på. Utover oppdragelse hadde helsepersonellet spesielt fokus på flere tema i møte med innvandrerforeldre. Språktrening gjennom barnehage eller alternativer som språkgrupper var noe de snakket med foreldrene om, for at barna skulle få en enklest mulig overgang til skolen. Hvilke krav det norske klima stiller til påkledning og kosttilskudd, var et annet sentralt tema, særlig overfor nyankomne. En ansatt fortalte:

Jeg har hørt at det å ha lik matpakke som de andre er en måte for barn med innvandrerbakgrunn å bli akseptert som "norske" på i klasserommet, så dette snakker jeg ofte med foreldre om.

Helsepersonellet fortalte at de både hadde fokus på tema og områder som gjerne varierte mellom foreldre med ulik bakgrunn, og at de forsøkte å være forståelsesfulle og romslige overfor andre måter å tenke på enn sin egen. Slik sett ytret de både et ønske om å være inkluderende overfor forskjeller og å skape "likhet" eller "norskhet" der dette ble oppfattet som nødvendig og/eller til barnets beste.

"Kultur" og tilpasninger av helsestasjonstilbudet i forhold til kulturelle variasjoner blant foreldre som oppsøker helsestasjonen, fremstod med andre ord som et relevant perspektiv for både helsepersonellet og fedrene. Det fremgikk av deres fortellinger at kulturell bakgrunn, men også variasjoner i språkkompetanse, kunnskapssituasjon og liknende oppleves som åpenbare elementer å ta hensyn til i møtene mellom foreldre og helsepersonell. Begreper som "kultur" og "tradisjon" virker å være størrelser en aktivt forholder seg til og reflekterer rundt, både som bruker og tilbyder at tjenestene ved helsestasjonen.

Tilpasning av helsestasjonstjenesten til gutter og menn

Et liknende nivå av refleksjon virker derimot ikke å gjenspeiles i de intervjuedes reaksjoner på et tredje sitat, hentet fra Veilederen, som omhandler hensyn til kjønn i utformingen av tjenestene:

"Det er spesielt viktig å være lydhør overfor gutters og menns behov når det gjelder utforming av tjenestene"
(SHDir. 2004:32).

Fedrene delte seg i synet på om helsestasjonstjenesten var og/eller burde være sensitiv overfor deres behov som menn. Én av fedrene var eksplisitt misfornøyd med at det ikke fantes et eget gruppetilbud for fedre, en annen far sa at helsestasjonen godt kunne være mer inviterende overfor fedre og være sikker på å tilby dem noe når de faktisk kom. En tredje far mente på sin side at

det at helsestasjonene har et fokus på mor er viktig og riktig. Dersom man hadde hatt ressurser i overflod, kunne fars interesser kommet tydeligere inn, men det er viktig at man prioriterer når tilbudet er begrenset. Noen ganger kan likestillingen gå for langt, og her er det helt ok at mor prioriteres.

Ytringen om at mor var den naturlige prioritet i helsestasjonens avgrensede ressurssituasjon, kan tyde på at mors ammende kropp oppleves som det naturlige fokus for tjenesten blant noen fedre. En annen av fedrene framholdt at det skulle være barnet som sto i fokus ved helsestasjonen, barnets helse og utvikling, og **"ikke hvordan foreldrene har det"**.

Flere av helsepersonellet stilte seg undrende til at det skulle være et mål for tjenesten å være spesielt sensitiv overfor gutter og menn. I et intervju responderte to ansatte slik på sitatet:

Ansatt 1: Her er det familiefelleskapet som står i fokus, og vi er forhåpentligvis inkluderende overfor gutter og menn i familiene.

Ansatt 2: Jeg tenker ikke kjønn, jeg, men kommuniserer med alle på likt grunnlag uansett.

Ansatt 1: Jeg likte ikke den formuleringen, jeg.

Helsepersonellet hadde gjennomgående en innstilling om å møte hver enkelt utifra deres behov og situasjon, og at de slik ivaretar hensyn til brukerens bakgrunn og kjønn. Tankene om hvilke ulike behov brukere med ulik bakgrunn hadde, var mer artikulert i forhold til kultur enn til kjønn. Alle helsestasjonsansatte kunne liste opp ulike tema de var ekstra nøye på å gå igjennom med minoritetsbrukere – tema som ernæring, påkledning, tannhelse, språktrening og grensesetting. På spørsmål om hvorvidt de hadde liknende fokus i møte med fedre, var svaret stort sett at far og mor var interessert i de samme tema og hadde de samme behov.

En helsestasjonsansatt hadde imidlertid en noe annen reaksjon til sitatet om menns og gutters behov:

Dette er veldig viktig, og her bør nok helsestasjonssystemet ta selvkritikk på at vi har vært altfor kvinnefokuserende. Jeg husker fra helsesøsterutdanninga at det kun var én mannlig student på kullet [...]

Hun mente at helsestasjonen ikke hadde vært aktiv nok i å tiltrekke seg menn, verken blant ansatte eller brukere. Fraværet av mannlige yrkesutøvere ved helsestasjonen ble her satt i sammenheng med utformingen av tjenesten og skjevfordelingen i kjønn blant brukere av helsestasjonen. Ingen av fokusstasjonene eller helsestasjonene som svarte på tilsendt spørreskjema, oppgav å ha mannlige ansatte i stilling som helsesøster eller jordmor. Eventuelle mannlige ansatte var leger (på timesbasis), tilknyttede helse/sosialarbeidere innen andre felt (fysioterapeut, barnevernspedagoger e.l.) eller vaskepersonale.

En fagperson uttalte om faglige mål for helsestasjonen og tolkningen av disse at **"når man skriver eller sier 'foreldre' betyr eller forstås dette vanligvis som ensbetydende med 'mor', mens 'familie' er en mer inkluderende term"**. Helsepersonellets utsagn over om inkludering av menn og gutter i familiene kan eksemplifisere en slik forståelse av menn ved helsestasjonen. Fedrene i intervjuundersøkelsen uttrykte på sin side i liten grad at de hadde forventet å være en del av fokus ved helsestasjonen. Flertallet av fedrene hadde dermed ikke utfordret helsestasjonens fokus på mor, og ikke etterlyst tjenester som bedre ivaretok dem som fedre.

HELSESTASJONEN SOM MØTEPLASS

Slik sett bidrar fornøyde fedre til å opprettholde helsestasjonens tradisjonelle arbeidsmåter. Én far fortalte imidlertid at han hadde etterlyst et gruppetilbud til fedre på lik linje med mødrenes barselgrupper, men at han da hadde fått beskjed om at det kom for få pappaer på helsestasjonen til å opprette egne tilbud for fedre der. I denne sammenheng kunne det være interessant å spørre seg om det hadde kommet flere fedre til helsestasjonen dersom det fantes slike tilbud. Eller dersom menn som nybakte fedre i større grad ble gjort til gjenstand for helsestasjonens oppmerksomhet mer generelt.

Kultur og kjønn som perspektiver på helsestasjonen

Gjennom intervjuundersøkelsen kom det som vi har sett frem en interessant kontrast mellom forestillingene omkring "kultur" og "kjønn" som påvirkningsfaktorer for tjenesten og møtene mellom helsepersonell og bruker. Kultur, forstått som sosiale normer og regler knyttet til ulike folkegrupper, fremstår som noe helsepersonellet aktivt forholder seg til og forsøker å nærme seg med både romslighet og egne vurderinger. Kjønn virker man imidlertid ikke å ha samme aktive forhold til. Helsestasjonens historie vokser delvis ut av kvinneforeninger og det var bekymringen for kvinnens kropp i tillegg til spedbarns helse som var grunnlaget for framveksten av helsestasjonene. Kvinner har bemannet helsestasjonene siden starten. Dette kan være en sterkere premissleverandør for utformingen av tjenestene enn man som ansatt i sitt daglige virke kanskje tenker over. Det at helsestasjonen også kan tilhøre eller ha en form for kultur – en virksomhetskultur – hvor kjønn spiller en rolle, virker ikke spesielt bevisst.

Intervjuundersøkelsen var begrenset i omfang og kun ved ett tilfelle inkluderte den en mor. Allikevel kan to av de intervjuede fedrenes posisjon i møte med helsestasjonen illustrere et begrep som har kommet inn i fagfeltet de senere år. To av fedrene var gift med kvinner som hadde norsk som morsmål, og hadde vært på helsestasjonen sammen med sine koner. Én av fedrene fortalte at mor hadde oversatt og tilrettelagt for ham i møte med helsestasjonen. "Maternal gatekeeping" peker mot at mors støtte til eller kritikk av far som forelder, kan være med på å forme fars engasjement i og utøvelse av foreldreskapet (Schoppe-Sullivan m.fl. 2008). Mors støtte til far kan eksemplifiseres ved at foreldre går sammen på helsestasjonen selv om mor må tolke for far eller insistere på bruk av engelsk slik at far også forstår. Dersom mor derimot hadde ansett far som en mindre kompetent omsorgsperson for barnet enn henne selv, ville sannsynligheten for at far deltok aktivt ved helsestasjonen vært mindre. Slik kan mor fungere som en tilrettelegger eller et hinder, men i begge tilfeller som et mellomledd, mellom far, foreldreskapet og støtteapparatet rundt foreldrene.

Det kan følgelig være flere aspekter som påvirker fars involvering i helsestasjonstilbudet. Disse aspektene kommer verken tydelig frem i rammeverket for tjenestene eller i samtalene fra intervjuundersøkelsen. I en gjennomgang av faglige mål for svangerskapsomsorgen i Norge finner Helene Iversen (2008:21) et liknende mønster:

"I Retningslinjer for svangerskapsomsorgen legges delte foringer for hvordan omsorgen skal være [...] Far nevnes her i forbindelse med vordende foreldres krav på kurs og informasjon [...] Leter man etter måter å ivareta far på i svangerskapet, den praktiske manualen, får man bla forgyves. I mangel på nærmere instruksjoner, får jordmor legge løpet selv. Hennes oppfatning av fars rolle, parets syn på fars involvering og hans egen innstilling blir det som styrer opplegget".

De syn på foreldreroller og omsorg som vokser ut av ulike forståelser av kjønn blant ansatte, mødre og fedre, kan være en premissleverandør for tjenestene også ved helsestasjonen. Dette er et perspektiv som med hell kan videreutvikles og bevisstgjøres i tjenesten.

TILLIT OG AUTORITET VED HELSESTASJONEN

På spørsmål om hva hun er opptatt av i møte med foreldre med innvandrerbakgrunn, fortalte en ansatt at det viktigste er **"å skape tillit og gi dem en opplevelse av at det er verd å gå på helsestasjonen"**. Når helsepersonellet gjennomgående beskriver sin arbeidshverdag som meningsfylt, er det mye på grunn av nettopp de relasjoner de bygger opp med brukerne.

For mye autoritet

Flere blant helsepersonellet mente at foreldre med innvandrerbakgrunn hadde **"et annet forhold til autoritet"**, noe som kunne vanskeliggjøre tillitsrelasjonen de ønsket. Dette innebar at de møtte helsepersonellet med en forventning om å bli vurdert og fortalt hva som var rett og galt for barnet og familien. Helsepersonellet fortalte at det vanskeliggjorde møtene med foreldrene når de som ansatte ved helsestasjonen ble oppfattet som autoritetspersoner. En ansatt fortalte at:

Blant foreldre med innvandrerbakgrunn er det nok ekstra mange som forventer å skulle avlevere 'eksamen' på helsestasjonen, og det er en utfordring å vri fokuset over på dem som eksperter på eget barn.

Ansatte ved helsestasjonen fortalte at dersom de ble tilskrevet for mye autoritet i møte med minoritetsbrukere, kunne dette gjøre foreldrene mindre trygge på egne ferdigheter og mindre meddelsomme om barnet og dets hverdag. De ønsket å formidle til foreldrene at det var foreldrene selv som satt på kompetansen og 'de riktige' svarene i forhold til sitt barn, noe som ble vanskelig hvis foreldrene trodde helsepersonelllets (hoved) oppgave var å kontrollere at de var gode nok foreldre.

Helsepersonellens fortellinger om foreldre som forventet å avlevere eksamen på helsestasjonen, kan også peke mot det Neuman (2007) kaller helsestasjonens "doble legitimeringsgrunnlag". Helsestasjonen skal veilede og støtte foreldre, men også avdekke bekymringsverdige forhold i familier:

"Gjennom faglig veiledning om barns fysiske- og psykiske utvikling, gjennomføring av vaksinasjonsprogram og helsekontroller skal helsestasjonen og helsesøstrene medvirke til at foresatte legger et godt grunnlag for sine barns helse og liv. Men helsestasjonen forventes også å være en instans som avdekker alle slags former for avvik, fra somatiske avvik som nedsatt hørsel, synsavvik og problematikk knyttet til motorisk utvikling, til barn som utsettes for vold og omsorgssvikt" (s.st.:9).

Slik sett er foreldrenes bekymringer for å ikke fremstå som "gode nok foreldre" delvis berettigede, ettersom det også er helsepersonellens oppgave å avdekke omsorgssvikt. Helsepersonellens arbeidsoppgaver ligger dermed i et spenningsfelt mellom empowerment av foreldre og kontroll av barnets omsorgs- og livssituasjon. Disse spenningene oppleves tydeligvis som vanskelige når foreldre opptre som nervøse eksamenskandidater heller enn selvsikre omsorgspersoner. Møter med minoritetsforeldre viser slik frem et grunnleggende dilemma i helsepersonellens mandat og arbeidsmåter, noe som oppleves til dels ubehagelig.

Autoritet og kunnskap

En ansatt fortalte at hun i møte med innvandrerforeldre hadde opplevd å stå i et "konkurransforhold" til andre autoriteter innenfor området barn, helse og oppdragelse: **"særlig viktige kvinner i familienettverket, slik som svigermødre eller tanter, i opprinnelseslandet eller i Norge"**. Flere blant helsepersonellet fortalte om at deres råd ikke står uimotsagt. Som innvandrerforeldre forholder man seg til andre autoriteter, enten konkrete personer eller kulturelle tradisjoner. En ansatt sa at **"noen ganger rister de på hodet eller bare smiler av det vi sier og 'den norske måten' å gjøre ting på"**. Når personalets faglige vurderinger ble vurdert oppimot andre autoriteter, førte dette til en refleksivitet omkring ens egen norske kulturelle "bagasje" blant ansatte. Et eksempel på dette kom frem i en ordveksling om spesielle tema som ble ekstra vektlagt i møte med minoritetsbrukere:

Ansatt 1: Jeg bruker ekstra tid på å kartlegge ernæringen, en del folk har lite kunnskap om småbarns-ernæring og bærer med seg tradisjoner som avviker fra våre [...] Ulike folk har ulike vaner, og det gjelder å bidra med det vi har av kunnskap.

Ansatt 2: Det vi har av tradisjoner synes jo vi er viktig og riktig, da, så vi lærer jo dem våre tradisjoner, på en måte, her på helsestasjonen.

I ordvekslingen kom det frem først et skille mellom "kunnskap" og "tradisjoner" – hvor kunnskap var noe de ansatte som fagpersoner hadde og tradisjoner var noe foreldrene hadde. En slik fremstilling ble så modifisert, og forståelsen av hva som har autoritet som kunnskap og hvem som har tradisjoner ble gjenstand for refleksjon. Dette var en form for både dobbelthet og refleksivitet rundt ens egen bakgrunn og faglige posisjon flere blant helsepersonellet fremviste. En ansatt sa at **"de måtene vi er vant til å gjøre ting på behøver jo ikke være de eneste eller de beste alltid. Det er flere veier til Rom!"**. Dette er imidlertid et prinsipp som gjelder inntil en viss grense; foreldres praksis skal ikke være i strid med norske lover. Frem til denne grensen, var det mye som kunne diskuteres og forhandles om mellom foreldre og helsepersonellet.

Helsepersonellet gav altså på den ene siden uttrykk for at de ønsker å styrke foreldrenes tro på egen kompetanse, samtidig som de på den andre side ser behov for å tidvis korrigere eller konkurrere med foreldrenes egne vurderinger. Her balanserer personellet mellom nettopp empowerment- og kontrolldelen av helsestasjonsmandatet. Ønsket om å skape likeverdig utveksling og samtidig komme frem til "de riktige løsningene" viser også at maktperspektivet er tildels lite bevisst i relasjonene mellom helsepersonell og foreldre. Helsepersonellet sitter med mye av definisjonsmakten rundt hva som er rett og god kunnskap og praksis rundt barns helse, men er i varierende grad komfortable med og bevisste om denne makten.

For lite autoritet

Som vi har sett, mente helsepersonellet at det å bli sett som en kontrollinstans, hemmet foreldres egen forståelse av seg selv som eksperter på eget barn. Et annet og kontrasterende problem helsepersonellet fortalte om, var at de kunne noen ganger oppleve å ikke ha autoritet nok, særlig overfor innvandrerfedre. I to intervjuer trakk helsepersonell frem barnehage eller alternativ språklæring som noe de som fagfolk oppfattet som best for barna, men som noen innvandrerforeldre var uenige med dem i. To ansatte fortalte at de noen ganger kunne oppleve å få mor på glid i forhold til barnehage, men at far satte foten ned og nektet. Da var det ikke noe mer de kunne gjøre, selv om de visste at barnet ville slite med språket når det begynte på skolen. Når barna ble eldre kunne også andre slike uenigheter komme inn, fortalte to ansatte:

Ansatt 1: En del fedre med muslimsk bakgrunn har strenge oppfatninger av hva barna, og da særlig døtrene, skal være med på av aktiviteter i skoletida. For eksempel gymtimer og leirskole. Men det er begrenset hvor langt man som helsesøster kan gå i å 'pushe' foreldre.

Ansatt 2: Det er jo vår oppgave som helsesøstre å legge

HELSESTASJONEN SOM MØTEPLASS

frem all nødvendig informasjon, og i neste runde er det jo foreldrene selv som må ta valg på bakgrunn av den informasjonen de har fått.

Selv om de personlig kunne ha klare meninger om hva som var best for barna, mente helsesøstrene at deres muligheter for å påvirke foreldrenes valg var begrenset. Slik sett kunne helsepersonellet oppleve å ha liten autoritet i noen tilfeller, men for mye i andre. Hvordan man som ansatt skal finne den rette balansen mellom autoritet og tillit i møte med foreldrene, virker å være en del av arbeidet ved helsestasjonen.

Språk og dialog, tillit og autoritet

Et tydelig tema i spenningsfeltet mellom tillit og autoritet, var språk. Det fremsto ofte som om språket var "selve bøygen" for helsepersonellet når det gjaldt å skape gode relasjoner med minoritetsbrukere. Helsepersonellet fortalte at mange mødre med innvandrerbakgrunn ikke snakket nok norsk til å klare seg alene på helsestasjonen, noe man forsøkte å løse på ulike måter. Alle de ansatte ved helsestasjonene hadde erfaring både med bruk av profesjonelle tolker og med far som tolk. Hvorvidt det skulle brukes profftolk i møtene, ble ofte avgjort etter første konsultasjon (hjemmebesøk eller nyfødsamtale), basert på helsesøsters opplevelse av mors/parets språkkompetanse og eventuelle ønsker fra foreldrene. Det synes å være stor variasjon i bruken av profesjonelle tolker mellom ulike helsestasjoner. Dette kan medføre at foreldre ved ulike helsestasjoner ikke får lik tilgang på informasjon og veiledning, noe som strider mot målet om like tjenester for alle. I en artikkel om ressursituasjonen ved helsestasjonene i Oslo, skriver forfatterne blant annet:

"I alt helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid står dialogen som metode sentralt. For å få en god dialog mellom helsepersonell og brukere med innvandrerbakgrunn og svake norskkferdigheter, kan bruk av tolk være et viktig tiltak. Ifølge "Pasientrettighetsloven" § 3-5 skal helsepersonell blant annet sikre seg at brukeren forstår innholdet i samtalen, og at informasjon er tilpasset brukerens kultur- og språkbakgrunn [...] Bruk av tolk kan være avgjørende for at brukeren får oppfylt denne rettigheten. Kapasitetssituasjonen i helsestasjonene fører imidlertid svært ofte til at dette tilbudet ikke gis" (Marøy m.fl. 2008:40).

Men spørsmålet om hvem som skal tolke og hvem som har myndighet til å avgjøre dette, fremstår ikke kun som et spørsmål om rettigheter eller kapasitet. Det fremgikk av intervjuundersøkelsen at tolking er et tema for forhandlinger mellom ansatte og foreldre. Helsepersonellet kunne fortelle at noen innvandrerforeldre ikke vil ha tolk selv om de ikke snakket

godt norsk. Det var flest av disse blant fedre, men også noen mødre ville klare seg selv heller enn å bruke tolk. Ofte var det hensynet til tillitsrelasjonen med foreldrene som var årsaken til at ansatte unnlot å bestille profftolk. Det kunne oppleves som vanskelig å skuffe en mor som kanskje selv syntes hun klarte seg strålende med å insistere på at tolk var nødvendig. Eller, som vi skal vende tilbake til, kunne det være vanskelig å avise en far som opplevde det som et tillitsbrudd å bruke en annen tolk enn ham selv. Det synes som om det varierer mellom ulike helsestasjoner og imellom ulike ansatte hvorvidt de insisterer eller ikke, eller i hvilken grad de insisterte før de eventuelt gir seg. To av helsepersonellet fortalte fra sin helsestasjon at **"vi bestiller tolk hvis far ikke kan være med på konsultasjon, eller hvis far ikke kan tolke"**. De hadde både gode og dårlige erfaringer med både pappa-tolking og profftolking, og så både positive og negative sider med de ulike løsningene. Ved en annen helsestasjon fortalte de ansatte at **"vi har et prinsipp om at her ved helsestasjonen skal vi kun bruke tolker fra [...] kommunen, og ikke bruke foreldre som tolk – men dette avviker vi fra en sjelden gang"**.

Det virker med andre ord som om det ligger ulikheter både i prinsipper og praksis til grunn for tolkebruk ved ulike helsestasjoner, og ulik grad av erfaring med ulike typer tolkebruk.

Dersom språket ikke strekker til blir en nødt til å foreta prioriteringer. De ansatte fortalte at de brukte både kreativt språk, kroppsspråk og humor for å overvinne språkknapphet i møte med brukere. En ansatt fortalte at hun av og til kunne tenke – **"herregud, hva sa jeg egentlig nå?!"** – når hun prøvde å få et budskap frem til en mor eller et par som ikke forstod særlig mye norsk. Helsepersonellet reflekterte over hvordan det blir med fagligheten og kravet om likeverdige tjenester for alle når språket ikke strekker til. De ansatte fortalte at de i slike tilfeller ofte ender med å **"ta unna det viktigste og ikke få gått i dybden"**, som flere formulerte det. Dette kunne oppleves som lite tilfredsstillende faglig sett, men det var en realitet de hadde lært seg å leve med.

Et grunnleggende spørsmål er om dialog som metode er mulig når man mangler felles språk. Den "dybde" helsepersonellet gir uttrykk for at de savner, avhenger av et nyansert språk. Reell dialog forutsetter videre at begge/alle parter har mulighet for å uttrykke seg fritt og nyansert. Når språket blir enklere blir også budskapet enklere, og gjennom dette ofte mer autoritært. Slik sett blir kanskje balansegangen mellom tillit og autoritet faktisk enklere i møter hvor en ikke deler et fullgodt språk, ettersom språket innskrenker rom for nyanser. Det er kanskje lettere å være tydelig når man ikke har annet valg? Følelsen av

utilfredshet som helsepersonellet fortalte om fra møter uten fullgodt språk, vitner imidlertid om at dette var en form for autoritet en ikke føler seg bekvem med.

Som vi har sett kan helsepersonell og minoritetsforeldre gå inn i sine møter med til dels sprikende forestillinger om hva som skal skje der. Dette kan være et utfordrende utgangspunkt for dialog som metode. Holm-Hansen m.fl. (2007:59) viser til at innvandrere kan ha andre forventninger til fagfolk og innhold i helsetjenester enn majoritetsbefolkningen:

“Fra litteraturen om fleretniske metoder innen medisin og psykiske helsetjenester kjenner vi til at innvandrere ofte har andre forventninger til hvordan fagpersonen skal arbeide, opptre og kommunisere. Mange innvandrere fra ikke-vestlige land forventer gjerne at fagpersonen skal se på fysiske forhold ved hjelp av ulike apparater og å forordne medisiner. Dette regnes som vitenskapelig. Det forventes likeledes at det er fagpersonen som skal si de relevante tingene, ikke at pasientens subjektive beskrivelser og oppfatninger skal spille noen rolle”.

Ulike forestillinger om hva som er god faglig kvalitet og hvem som sitter på den relevante informasjonen, kan altså spille en rolle i møter mellom helsepersonell og minoritetsbrukere. Videre kan dette belyse at partene har ulike forståelser av hva som skaper tillit. Personellet ved helsestasjonen forsøker å skape tillit gjennom å styrke foreldrenes tro på egen kompetanse. Dersom foreldrene derimot setter sin lit til helsepersonellens “vitenskapelige” kompetanse, kan en slik likemannsstrategi motvirke tillit. Utydelige, lite autoritære og “lite vitenskapelige” fagpersoner kan for noen minoritetsbrukere være vanskelig å knytte tillit til. Hvilket grunnlag tillit bygges på, samt hvordan tillit forholder seg til autoritet, er felt som avdekker kulturelle forskjeller mellom foreldre og helsepersonell. Og som tydeliggjør en utfordring i balansen mellom tillit og autoritet ved helsestasjonen.

Behovet for å bygge og opprettholde en tillitsrelasjon med foreldrene kan, som vi så i forhold til tolking, enkelte ganger vektes tyngre enn kravet om likeverdige tjenester til alle. Å vekte ulike hensyn opp imot hverandre og vurdere hva som er minst skadelig på kort og lang sikt for barnet og relasjonen mellom foreldre og helsestasjon, er et tungt ansvar for helsepersonellet å bære. Deres oppgaver som støtte og veiledere for foreldrene krever tillit, mens de mer kontrollorienterte oppgavene krever en viss autoritet. Likeledes kan ulike forestillinger om hvordan man bygger tillit, vanskeliggjøre helsepersonellets møter med minoritetsforeldre. Spenningsforholdet mellom tillit og autoritet generelt, og de konsekvenser dette får i forholdet til minoritetsspråklige foreldre spesielt, bør være et perspektiv

å ta opp i videre fagutvikling av tjenestene ved helsestasjonen. I neste kapittel skal vi se på hvordan ulike syn på innvandrere og farskap generelt, samt hvilke forutsetninger man har for å forstå og oppfylle rolleforventninger i samhandlingen, kan spille inn i møter ved helsestasjonen.

OPPSUMMERING

- **Forventninger** fra foreldre og ansatte kan forme samhandlingen
- **Tid** er et viktig premiss, og en mangelvare, i helsestasjonstilbudet
- **“Kultur”** fremstår som et viktig perspektiv, **“kjønn”** mer ubevisst
- Behovet for å opprettholde **tillit** kan gå på bekostning av andre hensyn

Rom for å være far

Vi har ønsket å frembringe ny kunnskap om handlingsrommet innvandrerfedre har ved helsestasjonen gjennom å sette samhandlingen der i et mannsperspektiv og et minoritetsperspektiv. Hvilket sosialt rom har fedrene mulighet for å ta i samhandlingen med helsepersonell og mor – hva oppfattes som "fars plass" ved helsestasjonen? I Veilederen blir, som vi så i forrige kapittel, menns behov i møte med tjenesten spesielt fremhevet:

"Kjønnsperspektivet er et sentralt redskap for å nå målet om et best mulig tilbud til alle. Det innebærer at det skal tas hensyn til kvinners og menns ulike liv, vilkår, ønsker og behov i utviklingen av tjenestetilbudet. Det er spesielt viktig å være lydhør overfor gutters og menns behov i utviklingen av tjenestene" (SHDir. 2004: 32).

For å kunne si noe om innvandrerfedres handlingsrom ved helsestasjonen, ønsket vi å se på hvilke forestillinger om (innvandrer)fedre som var aktive blant fedrene og helsepersonellet i undersøkelsen. Fedrene i intervjuundersøkelsen ble derfor bedt om å fortelle hva de tenkte rundt det å være far, og hvordan en god far skal være. Helsepersonellet ble ikke spurt direkte om hva et godt farskap er, men fortellinger om deres møter med innvandrefedre peker allikevel mot hvordan en far skal være. Sett i lys av fedrenes og helsepersonellets fortellinger, vil vi peke på muligheter og begrensninger for (innvandrer) fedres handlingsrom ved helsestasjonen.

"Å VÆRE EN GOD PAPPA ER Å VÆRE PÅ PLOSS"

Å bli far beskrives som en stor og viktig begivenhet for fedrene i intervjuundersøkelsen. **"Å bli far er det beste som har skjedd meg. Det høres klisjéfyllt ut, men det er jo sant"**, sa en pappa. At det å bli far var en god opplevelse, og at de var svært glade i sine barn, var sentrale tema i samtalen med alle fedrene. En far fortalte at han ikke hadde vært så opptatt av barn før hans egen sønn ble født, men at det hadde endret seg radikalt da han selv ble pappa:

***For eksempel når jeg går i byen husker jeg og tenker jeg hele tiden [på ham] og 'hva gjør han i barnehagen nå?' eller 'hva gjør han hjemme med mamma nå?'
Ja, det er veldig bra [...] tenker hele tiden på ham [...]
Ja, det er veldig veldig bra når du blir pappa.***

Diskursen om *den nærværende far* eller *den omsørgende far* identifiseres som det mest sentrale ideal i norske fedres utvikling av farskap i en svært sentral studie innen nyere norsk forskning på farskap av Berit Brandth og Elin Kvande (2003). Sentrale trekk i denne diskursen er ifølge Brandth og Kvande *tid, intimitet, kommunikasjon og deltakelse* (s.s.t.:129). Enkelte som har forsket på innvandrer menn i Norge, har hevdet at innvandrer menn ofte opptrer som en kontrastfigur i diskursen om hvordan en mann bør være i det moderne Norge. Innvandrer-

menn som gruppe opptrer som bærere av en "foreldet", gjerne voldelig og konservativ maskulinitet som den moderne norske maskuliniteten defineres opp mot (Lopez 2007, Skarsaune 2006, Walle 2004, 2005, 2006). En slik posisjon i norsk maskulinitetsdiskurs kan spille inn på hvilke fortellinger om innvandrer menn *som fedre* som får oppmerksomhet i offentligheten. For å få frem *deres* historier og opplevelser rundt det å bli og å være far, ble fedrene i intervjuundersøkelsen spurt om hva som var viktig for dem i relasjon til sitt/sine barn.

Verdier som nærhet, tid til aktiviteter med barnet og barneoppdragelse som tar barnets interesser og meninger som utgangspunkt, gikk igjen i fedrenes fortellinger om hvilke tanker de hadde om hvordan en god far skulle være. En far fortalte fra sin egen barndom at både mor og far hadde vært mye tilstede i hjemmet, men mor hadde vært tilstede for ham *på en annen måte* enn far. **"Jeg vil være en sånn far som moren min"**, sa han, og henviste til at han ønsket å være sammen med barnet sitt og gjøre ting sammen med sønnen slik hans mor hadde gjort med ham. **"Å være en god pappa er å være på plass"**, konkluderte han. Aktivitet sammen med barnet gikk igjen som en viktig verdi i flere av fedrenes fortellinger om farskap. En pappa fortalte at han og sønnen

leker sammen, sykler turer sammen, drar på fisketurer og fjellturer sammen og ser på fotball på tv sammen [...] Kona og jeg deler på oppgavene, men når det gjelder lek vil han helst leke med meg. Vi liker begge to å være ute og gå på ski og ake og sånne ting.



Fedrene fortalte både om tid og aktiviteter som de foretok seg som familie, men også om tid de hadde alene med barnet sitt. En av fedrene presiserte at det var viktig for ham å ha en selvstendig relasjon til sin datter som ikke var avhengig av mor, og fortalte at

når vi kjører tur i bilen bare oss to, setter jeg ofte bilsetet hennes fram sånn at vi sitter sammen foran. Da markerer jeg at nå er pappa her.

At det var viktig med tid til aktiviteter, både som familie og som pappa-og-barn alene, og at fedrene ønsket å være tilstede for barna sine, kan peke mot at elementer som tid, intimitet og deltakelse i det omsørgende eller nærværende farskapet også står sentralt i innvandrerfedrenes farskap. Åpen kommunikasjon mellom foreldre og barn, og en barneoppdragelse hvor barnet fikk være med på råd, var også et tema flere av fedrene tok opp. En far sa for eksempel at

det er viktig at barnet får være med å bestemme. Det er viktig å snakke godt med barnet, gi det informasjon og være interessert i å komme fram til løsninger på ting sammen. Foreldrene må finne ut hva barnet er interessert i.

Fortellingene om farskap blant innvandrerfedrene i intervjuundersøkelsen innebærer altså elementer som likner mye på norske fedres fortellinger om farskap forøvrig. Tid sammen, aktiviteter, nærhet og åpen kommunikasjon fremstod som viktige idealer i de intervjuede fedrenes tanker om hvordan et godt farskap skulle se ut. Det virker altså som om idealet om et nærværende eller omsørgende farskap også er aktivt i deres utforming av foreldrerollen.



Likestilt foreldreskap?

Fedrene fortalte om en arbeidsdeling mellom seg og sine partnere som de oppfattet som ganske likestilt. De delte praktiske oppgaver seg imellom etter når det passet for hvem å gjøre hva, noe som også gjenspeilet seg i måten de brukte helsestasjonen på. Den som hadde mulighet for å gå den dagen gikk med barnet på helsestasjonen, og dersom begge hadde anledning hendte det at de gikk sammen. En far fortalte:

Første tiden gikk vi sammen hele tiden [...] fordi vi hadde fritid hele tiden. Ikke sånn som nå når begge to er opptatt [...] og har forskjellige timeplaner [...] Noen ganger når vi har god tid, går vi sammen. Men når vi har dårlig tid, går bare hun på helsestasjonen.

På hjemmebane opplevde fedrene at de delte relativt likt på de praktiske gjøremålene. Ord som 'team work' ble brukt for å beskrive hvordan foreldrene arbeidet sammen for å fordele arbeidsoppgaver og ansvar. Flere av fedrenes fortellinger pekte mot at de både opplevde å dele likt på oppgavene og å gjøre det aller meste i fellesskap. En far fortalte at ettersom han og kona ikke hadde familienettverk å lene seg på i Norge førte dette til at de måtte gjøre nesten alt selv – og at de dermed også gjorde det meste sammen:

Vi gjør nesten alt sammen, fordi vårt forhold det er sånn femti/femti [...] og siden vi ikke har noen familie her, er det vanskelig å finne sånn... Vi har noen veldig gode venninner som vi bruker som barnevakt, men du vil ikke misbruke dem. Så du spør dem bare når det er nødvendig [...] så da får vi lære å gjøre alt sammen.

Læringsaspektet ved å stifte familie i et nytt land og måtte gjøre alt selv og dele på alt, gikk igjen i flere intervjuer. En av fedrene kom til Norge som følge av giftemål med en norsk kvinne, og fortalte at han hadde stor sans for det han kalte **"det norske 50/50-systemet"** der man deler likt og jobber som et team i parforholdet. Han fortalte at dersom han hadde giftet seg i sitt opprinnelsesland, ville det ikke vært forventet av ham å være så involvert i barnestell. Som nybakt far i Norge ble han imidlertid nødt til å lære seg nye ting og få en annen rolle som far, noe han var svært fornøyd med. Han var opptatt av å velge sine egne måter å gjøre ting på, og sa **"jeg gjør ting på min egen måte, derfor giftet jeg meg en hvit kvinne"**. Å flytte til Norge og bli far her hadde gitt ham en frihet til å utvikle sitt eget farskap, noe han tydelig var både fornøyd med og stolt av.

Tradisjonelt har forskning omkring familierelasjoner og migrasjon lagt til grunn en oppfatning om at fars posisjon i familien svekkes som følge av migrasjonsprosessen. I det nye landet har fedre ofte vanskelig for å få arbeid og dermed opprettholde en tradisjonell rolle som forsørgerfar. Nyere forskning har pekt mot at det finnes både hindre og muligheter for farskapet i

ROM FOR Å VÆRE FAR

migrasjons- og integrasjonsprosessene. Dorit Roer-Strier m.fl. (2005:325) skriver basert på sammenliknende studier mellom innvandrerfedre i Canada og Israel at

“the new situation may provide the opportunity to attach new meanings to traditional roles and reinterpret previous definitions of fatherhood in order to embrace new cultural norms”.

Tid til å delta ved helsestasjonen har tilbudt fedrene ny informasjon til utformingen av farskapet. Likeså har foreldrenes avhengighet av å dele på arbeid og ansvar for å få dagene til å gå opp ført med seg behov for nye måter å fordele på. Behovet for å lære nye ferdigheter for å møte nye krav fra omgivelsene har også kunnet bidra inn i innvandrerfedrenes utvikling av sine farskap.

INNVANDRERFEDRE MØTER OFTEST PÅ HELSESTASJONEN

Helsestasjonsansatt: Når pappaer med vestlig bakgrunn kommer på helsestasjonen er det stort sett på nyfødt-samtalen og på de konsultasjonene som faller til den perioden de er i permisjon. Brukere med vestlig bakgrunn kommer oftere alene, enten mamma eller pappa, enn ikke-vestlige brukere. Fedre med ikke-vestlig bakgrunn kommer oftere enn vestlige fedre, og de kommer vanligvis sammen med mor.

At innvandrerfedre møter oftere på helsestasjonen enn andre fedre, er en beskrivelse som går igjen i intervjuer med helsepersonell, og ser ut til gjelde for helsestasjoner i ulike deler av landet. Dette samstemmer også med det man fant om fedre med innvandrerbakgrunns deltakelse i brukerundersøkelsen om svangerskapsomsorgen i Norge (TNSGallup 2003). Det later også til å være ulike mønstre for hvordan fedre med ulik bakgrunn benytter seg av tilbudet; innvandrerfedre kommer oftere enn andre fedre, og de kommer oftest sammen med mor.

I forlengelsen av ideen om at innvandrer menn spiller en rolle som symbolsk motsats til moderne, likestilte norske menn, kan det kanskje virke overraskende at fedre med innvandrerbakgrunn deltar i helsestasjonstilbudet i større grad enn etnisk norske pappaer. Det kan imidlertid, som både fedrene og helsepersonellet fortalte, trolig ha flere ulike forklaringer. Ovenfor ble det nevnt at foreldre som hadde tid gjerne gikk sammen og ellers gikk den av foreldrene som kunne. Bortfall av øvrig støttenettverk med påfølgende behov for læring hos begge foreldre gikk også igjen som en mulig forklaring. Videre nevnte både fedre og helsepersonell at arbeidsløshet eller arbeid som selvstendig næringsdrivende kunne være en direkte årsak til at innvandrerfedre deltok i større grad; dersom de er i arbeid er menn med innvandrerbakgrunn i Norge ofte selvstendig

næringsdrivende. Flere av fedrene i undersøkelsen hadde vært utenfor/delvis utenfor arbeidslivet eller hatt arbeidstider som tillot å delta ved helsestasjonen i større grad. Det er videre neppe tilfeldig at etnisk norske fedre kommer på helsestasjonen i den perioden de tar ut pappaperm. Men ettersom svært mange fedre i Norge med ikke-vestlig bakgrunn per i dag ikke kvalifiserer til uttak av fedrekvote (Ando m.fl. 2008), kan man ikke forvente å se en slik struktur i innvandrerfedrenes oppmøte.

Det kan være interessant å se fedrenes fortellinger om like-delingen og “team work” i parforholdet opp imot nettverks- og klasseperspektiver. Ved bortfall av storfamilie eller annet familienettverk ved migrasjon, blir det ofte nødvendig med nye ordninger for arbeidsfordeling i familier. Foreldrene blir mer gjensidig avhengige av hverandre og gjør større del av arbeid og aktiviteter i fellesskap, for å bøte på mangelen av støtteapparat som familie og annet nettverk ellers ville utgjort. Slik sett kan felles bruk av og oppmøte ved helsestasjonen forstås i et nettverksperspektiv. Samtidig er det også slik at forestillinger om “passende arbeidsoppgaver” og arbeidsdeling for kjønnene som en bærer med seg kan møte både motstand og støtte i en ny kontekst. I norsk familieforskning med et klasseperspektiv har det kommet frem at foreldre med mindre utdanning har en kollektiv innstilling om å gi barnet omsorg og trygghet i hjemmet, og at foreldrenes ønsker er underordnet barnets behov. Disse foreldrene tenderer oftere til å se seg selv som en enhet og ikke fokusere så mye på selvstendige omsorgsrelasjoner. Foreldre med høyere utdanning og mer selvstendige yrker legger oftere vekt på den enkelte foreldres selvstendige omsorgsrolle vis à vis barnet, og at far trenger alenetid med barnet (Stefansen og Farstad 2008). Dette kan medføre en modell hvor middelklasseforeldre finner det mer naturlig å opptre hver for seg som forelder til barn, mens arbeiderklasseforeldre møter sammen eller alene på mandat fra fellesskapet. Slik sett kan ikke-vestlige innvandrere til Norge som foretar praktiske tilpasninger av arbeidsdelingen som går i retning av kollektivt foreldreskap grunnet tap av nettverk, passe inn i en norsk arbeiderklassemodell for arbeidsdeling og foreldreskap. Dette faller da også i mange tilfeller sammen med klasseinnplasseringen av nyankomne ikke-vestlige innvandrere i Norge.

I fedrenes og helsepersonellens fortellinger om hvorfor og hvordan (de som) innvandrerfedre deltok i tilbudet ved helsestasjonen, utpenslet det seg to hovedfortellinger om fedre med innvandrerbakgrunn på helsestasjonen. Den ene er fortellingen om far som aktivt deltakende og engasjert forelder, den andre fortellingen om far som mellomledd mellom mor og helsepersonell. Hvilken fortelling innvandrerfedre “skriver seg

inn i” i møte med helsestasjonen, ser i stor grad ut til å avgjøre hvordan samhandlingen mellom ansatte ved helsestasjonen og fedrene blir.

Far som forelder

Fedrene oppgir at de har brukt helsestasjonen som et sted å lære om barnet sitt, å vise engasjement for barnet sitt og kunne stille spørsmål om ting de selv lurer på. Posisjonen som forelder med ønske om å lære om sitt eget barn kommer frem i alle intervjuene, en av fedrene sa for eksempel;

[...] jeg vil være en veldig god far, men det er ting jeg ikke vet, så da må jeg snakke med folk som har erfaring og [...] 'teknisk bakgrunn' som kan gi meg gode råd om hvordan jeg og vi kan bli bra [...] Og jeg føler at hvis du går på sånne ting er det ikke greit for henne [kona] å være alene, fordi vi er [...] et team, vi må samarbeide. Jeg vil ikke være en som spør [henne] etter at hun har vært der 'hvordan har barnet det?' Jeg må vite det med én gang, selv.

Ofte var det nettopp ”teknisk” kunnskap, faglig tyngde og erfaring fra mange års arbeid med barn, fedrene var ute etter på helsestasjonen og som de oppgav at helsestasjonen kunne tilby dem i deres arbeid med å være en god far til sitt barn. Verdien av å vite hva som skjedde med barnet og lære å forstå og kunne gjøre ting selv var noe et flertall av fedrene fremholdt som en viktig årsak til at de brukte helsestasjonen. Dette passer igjen fint inn i idealet om det deltakende og nærværende farskapet, som skissert over.

Fedrene hadde i hovedsak hatt gode opplevelser med å være pappa på helsestasjonen. De fortalte at de stort sett var godt fornøyde med de møtene de hadde hatt med helsepersonellet på helsestasjonen. På spørsmål om det å delta i helsestasjonstilbudet hadde hjulpet dem i arbeidet med å bli far på den måten de selv ønsket, svarte fedrene stort sett bekreftende. Pappaene fortalte at de hadde fått praktisk og ”teknisk” kunnskap om barnet sitt, barnets helsesituasjon og hvordan de skulle gjøre ulike ting med barnet på helsestasjonen, noe som hadde gjort dem tryggere i papparollen. Fedrene fortalte om store omstillinger og bekymringer i den første tiden som nybakt familie, men at dette var noe de hadde opplevd ble lettere med tiden. Den første tiden med lite søvn, press på parforholdet og bekymringer for at man ikke forstod barnets behov ble avløst av en større glede og trygghet ettersom tiden gikk og man ble bedre kjent med barnet. I tillegg fortalte en pappa at han og kona hadde fått råd ved helsestasjonen om små ting de kunne gjøre i hverdagen for å ta vare på hverandre og parforholdet sitt i den nye livssituasjonen, noe han oppfattet som svært nyttig.

Et flertall blant helsepersonellet mente at når en far kom som *pappa* og omsorgsperson med engasjement for sitt eget

barn, oppførte de fleste fedre seg ganske likt uavhengig av hva slags bakgrunn de har. En ansatt sa at **”det er i grunnen mest hudfargen som skiller folk nå om dagen”**, og mente at fedre uavhengig av bakgrunn stort sett spør om de samme tingene og er like opptatt av barnets helse og utvikling. Alle de helsestasjonsansatte kunne fortelle om fedre som formelig strålte av stolthet over både barna sine og partneren sin. **”Vi har mange stolte fedre her ved helsestasjonen, og det er en fryd!”**, fortalte en ansatt.

Flere av helsepersonellet mente de fikk bedre og mer helhetlig innsikt i barnets situasjon når far også var med på helsestasjonen. Det var lettere å bedømme samhandlingen i familien når far var med. Noen ansatte mente også at far bidro med noe helt eget i sin måte å være forelder på. En helsesøster sa at **”foreldrene tar ofte litt ulike roller, og ungene trenger begge to. Pappaene er ofte litt mer aktive og fysiske i sin lek med barna, og det er fint”**. En annen ansatt mente at fedrene var litt mer ”visjonære” når de møtte på helsestasjonen, mindre opptatte av såre brystvorter og mer av barnas oppvekstvilkår og muligheter. Dette kan peke mot at fedre som møter på helsestasjonen vurderes som nyttige i egenskap av å fylle ut bildet rundt barnet og/eller gjennom å bringe inn en egen ”mannlig kvalitet” i samhandlingen.

Fra helsepersonellets fortellinger om møter med par med innvandrerbakgrunn kan det virke som om posisjonen som likestilt far var noe de som helsepersonell ønsket å fremme gjennom sin kontakt. En ansatt sa at

”gjennom å møte mor og far på like fot, og på den måten vise at vi mener begge er like viktige foreldre, kan vi på helsestasjonen bidra til å skape likhet”.

Hun fortalte at hun alltid la vekt på å snakke om fars viktige rolle, uansett hvor fedrene kom fra, men at reaksjonene hun fikk fra fedre kunne variere noe i henhold til deres bakgrunn. **”Det er ikke alle minoritetsfedre som synes det er like naturlig å skulle skifte bleier, men jeg prøver meg nå alltid allikevel, jeg”**, sa hun.

En ansatt fortalte at de i senere år også hadde opplevd at mor tolket for far på helsestasjonen. Ettersom norskfødte kvinner med innvandrerbakgrunn har begynt å gifte seg med menn fra foreldrenes fødeland, har også disse ektemennene begynt å komme til helsestasjonen med mor og barn. Her fungerer konene som tolk og bindeledd mellom helsepersonell og far.

Helsepersonellets fortellinger om innvandrerfedre som pappaer på helsestasjonen kan leses som en indikator på hva de mener er en god og legitim måte å være far på, og en passende måte å opptre på som pappa på helsestasjonen. Fedre

ROM FOR Å VÆRE FAR

oppleves som nyttige i samhandlingen når de fyller ut bildet av barnets situasjon, og når de bidrar med noe spesifikt "mannlig" som foreldre. Helsepersonellet ønsker gjennom sitt arbeid å bidra til likestilling i familiene og gleder seg over fedre som passer inn i bildet av et likestilt foreldreskap. Som vi skal se er det ikke alltid tilfelle at fedre med ikke-vestlig bakgrunn passer komfortabelt inn på denne måten.

Far som mellomledd

I likhet med helsesøstrene i rapporten om helsestasjonen som flerkulturell møteplass (Olsen m.fl. 2005), fremhevet flesteparten av de helsestasjonsansatte i denne undersøkelsen at innvandrerfedre ofte fungerer som *tolk for mor* når de møter på helsestasjonen. En ansatt oppsummerte det slik at når fedre med innvandrerbakgrunn møtte på helsestasjonen var det **"vanligvis for å tolke for mor fordi hun ikke snakker så godt norsk"**. Flere blant helsepersonellet støttet en slik oppfatning, og fortalte at de hadde ulike opplevelser av hvordan far tolket og hvorfor far tolket. En blant helsepersonellet sa: **"noen pappaer kommer hit kun for å tolke, det er ganske tydelig"**. Helsepersonellets fortellinger om far som tolk kunne tyde på at det var lite tilfredsstillende om far fremstod som "kun tolk" eller om han tolket på "feil måte". En ansatt fortalte;

en del av fedrene som er med for å tolke kan blir ganske dominante i forholdet, og da foretrekker jeg å bruke profesjonell tolk [...] vi er jo ikke vant til at noen skal snakke på vegne av andre her i Norge.

Dersom far fremstod som dominerende overfor mor og ansatt i sin måte å tolke på, ble dette sett som et problem. Flere blant helsepersonellet kunne fortelle om fedre som ble så ivrige at verken mor eller de selv slapp til i særlig stor grad. En fortalte fra sin helsestasjon at

noen fedre er så ivrige at de nærmest tar over hele showet med å fortelle om alt barnet deres kan, og da hender det at vi må sette på bremsene litt slik at vi får stilt våre spørsmål. Noen fedre slipper ikke mor til noe særlig og lar henne ikke snakke for seg selv.

En ansatt reflekterte rundt at dette nok til dels kunne være en utilsiktet effekt av fars engasjement, og sa at

en del av fedrene prøver nok også å tilrettelegge som best de kan for sin kone, slik at det som kan oppfattes som overkjørende egentlig var ment som en hjelp for mor.

På den annen side kunne det også falle uheldig ut dersom far *ikke var aktiv nok* i samtalen. Hvis far ikke var engasjert eller flink nok i rollen som tolk, var dette også å anse som et problem. En ansatt fortalte at

det er ikke alltid jeg føler meg sikker på at han oversetter alt jeg sier på den måten jeg sier det, og jeg må noen ganger

stoppe opp og minne ham på eller be ham om å vennligst oversette til sin kone det vi nettopp har snakket om.

Fars rolle som tolk ble følgelig sett som en rolle som kunne fungere greit dersom far var en god tolk, men han kunne fort bli for dominerende eller oppleves som et hinder i kommunikasjonen heller enn en hjelp dersom han ikke tolket på rett måte.

Noen ganger virket det som om personellet ikke anså fars tolkerolle som hans egentlige motivasjon for å være på helsestasjonen. To ansatte fortalte at de enkelte ganger mistenkte fedre for å være med for å kontrollere informasjonsflyten mellom mor og helsepersonell, og at de noen ganger kunne tenke **"kan vi ikke få den mammaen aleine?"**. På den ene siden opplevde de det som veldig nyttig at far var med for å få et mer helhetlig inntrykk av barnets liv og samspillet i familien, men dersom fars tilstedeværelse hindret mor i kontakten med helsepersonellet vurderte de det som uheldig at han var med. En av de ansatte uttalte at **"jeg ser jo også betydningen av at pappa møter på helsestasjonen, hvor viktig det er, men ikke alltid. Absolutt ikke alltid"**. Det later til at mistanken om fars agenda for møtet er knyttet relativt direkte til nytten de ansatte ser i å ha ham der. Dersom han har til hensikt å kontrollere den informasjonen helsepersonell og mor deler er han ikke kun en lite tilfredsstillende deltaker i møtet, han diskvalifiseres også i ytterste konsekvens som (god) forelder til barnet. De ansattes mistanke om bakenforliggende kontrollmotiver i noen fedres tilstedeværelse, at de egentlig var ute etter noe annet enn de latet til, kan peke mot forestillinger om "den konservative innvandrer mannen" og hans agenda.

I helsepersonellets fortellinger fremstod rollen som tolk, god eller mindre god, som relativt utbredt. Spesielt for nyankomne innvandrerfedre er det kanskje heller ikke overraskende at mange tar og selv ønsker å ta en rolle som tolk i samtaler med helsestasjonsansatte. I en tid med store endringer i livet og behov for å orientere og omstille seg til et nytt samfunn og nye liv, kan tolkerollen være den eneste tydelige rollen som "ligger klar" for dem i møte med helsestasjonen. Det er en rolle hvor fedrene får lov til å være støttende overfor sine koner, uten at dette nødvendigvis behøver å bety radikale omveltninger i rolledeling i forhold til arbeids- eller omsorgsfordeling i forhold til barn eller hjem. Rollen som tolk fremstod imidlertid ikke som noen utbredt rolle blant fedrene i intervjuundersøkelsen. Kun én av fedrene i utvalget fortalte at han hadde tolket for sin kone. Han fortalte at **"det har vært vanskelig med språket for kona aleine, så jeg har hjulpet til med det"**. Dette var en far som også sa at han mente det var viktig for ham å delta på helsestasjonen, og at det burde finnes egne tilbud til fedre på helsestasjonen, på linje med barselgruppene for mødre. Slik sett

fremstår tolkerollen ikke som hans eneste og kanskje heller ikke viktigste årsak til deltakelse. Dette motbeviser naturligvis ikke at mange fedre med ikke-vestlig bakgrunn opptrer i en mer eller mindre "ren" tolkerolle, men støtter heller oppunder bredden i det bildet helsepersonellens fortellinger tegner av innvandrerfedres deltakelse i helsestasjonstilbudet.

Far må selv være aktiv

Fedrene ble spurt om de kjente til om det fantes egne tilbud til dem som pappaer ved den helsestasjonene de hadde gått til, men få kjente til slike tilbud. Noen fedre oppgav at de ville syntes et slikt tilbud var interessant, mens andre var mer skeptiske til om de ville benyttet seg av det. Én far fortalte at han var skuffet over at helsestasjonen ikke hadde flere tilbud til ham som far. **"Pappaer kan også gjøre alt og trenger å snakke med andre pappaer og lære av hverandre"**, sa han. Han fortalte at han hadde tatt opp med helsesøster flere ganger at de burde hatt egne grupper for fedre slik som de har barselgrupper for mødre. Til svar hadde han fått at **"det kommer for få pappaer hit til helsestasjonen, det ville ikke gå"**.

Helsepersonellet ble også spurt om de hadde egne tilbud til fedre ved sine helsestasjoner, noe ingen av fokusstasjonene hadde. Flere ansatte fortalte at det hadde vært diskutert ved deres helsestasjon, men at det av ulike årsaker ikke hadde blitt noe av. En helsesøster sa at

det vi har hørt fra andre helsestasjoner er at pappene helst vil ha en gruppeleder de kan identifisere seg med – en mann- og dem har vi ikke så mange å ta av her.

En ansatt ved en annen helsestasjon fortalte at de hadde diskutert å opprette "pappagrupper" også ved hennes helsestasjon, men at **"grunnet knappe ressurser har dette ikke vært forsøkt"**.

Det kan tyde på at det å ha spesifikke tilbud til fedre ved helsestasjonen betraktes som en "luksus" eller et overskuddsforetak. Dersom man hadde hatt ressurser nok, inkludert mannlige gruppeledere, kunne man godt tenke seg å opprette egne tilbud til fedre. Men dette er ikke noe som prioriteres når ressursene er begrenset. Pappagrupper eller liknende tilbud til fedre betraktes som et eventuelt tilleggstilbud og ikke en integrert del av tjenesten ved helsestasjonen. Både fedrene selv og helsepersonellet er delt i synet på hvorvidt og hvordan helsestasjonen burde legge til rette for fedres deltakelse. Ledelsen ved en helsestasjon som hadde forsøkt å innkalle fedre spesifikt til en av gruppekonsultasjonene i anbefalt helsestasjonsprogram hos kvinnelig helsesøster, kunne imidlertid melde om gode tilbakemeldinger fra fedre. **"Én pappa kom uten barn [...] barnet var sykt [...]"**

men han ville komme allikevel [...] han syntes det var så spennende", kunne en leder fortelle.

På spørsmål om de hadde opplevd at helsepersonellet snakket mest med mor, like mye med begge eller mest med far, fortalte flere av fedrene at dette hadde variert noe over tid. De fortalte at fokuset til å begynne med hadde ligget mest på mor, men at de hadde kommet mer aktivt med i dialogen etter hvert. En pappa fortalte at

[...] hun snakket i begynnelsen kanskje mest med henne, men jeg er sånn at jeg stiller masse spørsmål fordi jeg er nysgjerrig og da snakker hun også med meg. Så jeg føler at når vi begge har spørsmål, får vi begge svar.

Han beskrev seg selv som nysgjerrig og aktiv i dialogen med helsepersonellet, og mente at man måtte ta initiativ selv og være seg bevisst hvilken informasjon man ønsket for å få mest mulig ut av helsestasjonsbesøkene. **"Du må være veldig aktiv selv for å få det du vil ha"**, sa han. En annen far sa videre at **"Det er fars ansvar å skaffe seg kunnskap, og jo mer man vet jo lettere er det antakelig å være aktivt oppsøkende selv"**. En tredje far fortalte at han hadde vært tilbakeholden i begynnelsen av sin tid ved helsestasjonen ettersom han på det tidspunkt snakket lite norsk og engelsk. Etter hvert som han hadde blitt sterkere i språkene, hadde han også blitt mer aktiv i møter på helsestasjonen.

En helsestasjonsansatt stilte på sin side spørsmålsteget ved hvilke fedre i befolkningen de egentlig traff gjennom helsestasjonens tilbud.

Det er et slags høna-eller-egget-spørsmål om hvilke pappaer vi egentlig møter her på helsestasjonen – er det de pappene som allerede er ressurssterke og engasjerte eller de som virkelig trenger veiledningen mest?

Det åpne spørsmålet om tilbudet når frem til de mest ressurssterke eller til de som trenger det mest, finner gjenklang i fedrenes fortellinger om at far selv må være aktiv for å få mest mulig ut av tjenesten. Det peker mot fedrene selv som bevisste tjenestebrukere, som mobiliserer sine ressurser for å få mest mulig ut av hjelpen som tilbys. Hvilke forutsetninger de som fedre har for å ta en aktiv rolle i møte med personellet, ser ut til å ha mye å si for hva de får ut av tjenesten. Hvilken informasjon de har om tilbudet, hvor mye kunnskap de har om barn og helse og hvor sterke de er i norsk og engelsk språk, legger mange premisser for samhandlingen. Videre virker det som at tidsaspektet spiller en rolle i kontakten med helsestasjonen; i begynnelsen står mor mest i fokus, mens far får en større rolle etter hvert.

ROM FOR Å VÆRE FAR

FARS Plass ved helsestasjonen

Det kan se ut som at helsepersonellens tanker om hvordan en far skal være og hvordan han *passer inn* i møtene ved helsestasjonen, spiller en sentral rolle i hvordan samhandlingen blir mellom foreldre og helsepersonell. Her synes vi å se idealer for "den gode far" i spill. Fedrene er selv opptatt av å fremstå som interesserte og aktive, mens helsepersonellet imøtekommer deltakende fedre – så lenge de ikke tar *for* mye plass. Det later til at helsepersonellet på sin side oppmuntrer til og/eller forsøker å skape en likestilt og deltakende pappa i møtene, og opplever det som positivt når fedrene fyller en slik rolle. Det blir derimot ubehagelig hvis far fremstår som enten dominerende eller kun som mellomledd. Hvorvidt det oppleves som *nyttig* at far er med på helsestasjonen, ser følgelig ut til å vurderes utifra hva slags rolle far tar eller får i samhandlingen med helsepersonellet.

Kjønnspektivet virker påfallende lite bevisst i fortellingene om fedre som dominerer, hindrer eller kontrollerer informasjonsflyten i møter mellom helsepersonell og mor. Et kanskje banalt, men allikevel tankevekkende, spørsmål å stille seg er hvorvidt en mor noensinne kunne blitt tolket eller omtalt som "dominerende" eller "kontrollerende" i disse møtene? Kunne en mor oppleves å ta "for mye plass" i samtalen mellom helsepersonell og foreldrepåret? Ville det oppleves som et problem at far ikke slapp til? Dette fremstår som lite sannsynlig, noe som kan tyde på at mor har en mer naturlig og autoritativ plass i møte med helsestasjonen. Kvinner har en naturalisert autoritet som omsorgsgivere overfor barn, mens menn må opptre innenfor visse rammer for å fremstå som en legitim og/eller nyttig part i samhandlingen.

Er innvandrerpappaer spesielle?

Et sentralt spørsmål i analysen av fortellingene fra fedrene og helsepersonellens møter ved helsestasjonen, er naturligvis hvorvidt ikke-vestlige innvandrerfedre og andre fedre navigerer innenfor de samme rammer for handling, eller om ulike regler gjelder. Hvorfor vi i det hele tatt ønsket å sette fokus på denne gruppen fedre, var som nevnt også et spørsmål som ble stilt fra enkelte av de som ble intervjuet, både blant fedrene og helsepersonellet. Disse informantene stilte spørsmålsteget ved hvorfor samfunnet og forskere "**hele tiden skal skille mellom folk på bakgrunn av hvor de har opprinnelse fra**", noe de ikke opplevde som noe betydningsfullt kriterium for inndeling av mennesker i dagens Norge. Vi synes imidlertid å se tegn til at det finnes forestillinger om at hvor en har sin opprinnelse, og hvor ens kulturelle påvirkning stammer fra, spiller inn i møter mellom fedre og ansatte ved helsestasjoner. Fortellingene om fedre som et mellomledd man tidvis kunne ønske å slippe, peker mot en posisjon ved helsestasjonen fedre

ellers i Norge neppe innehar i særlig grad. Men det fremkom også tydeligere fortellinger om at fedre med ikke-vestlig bakgrunn står i en spesiell posisjon i møte med helsestasjonen, slik vi nå skal se.

I ett fedreintervju deltok også mor delvis i intervjuet. På spørsmål om hvorvidt fedre med innvandrerbakgrunn hadde noen egne, spesielle behov i forholdet til helsestasjonen, svarte han med et ønske om at det skulle vært flere ansatte som selv hadde minoritetsbakgrunn ved helsestasjonen. "**For hvis det er ingen med utenlandsk bakgrunn som jobber der, så blir tilbudet bare sånn som de er vant til selv**", sa han. Kona supplerte da med noe hun hadde opplevd i møte med de norske kvinnene i helsesystemet:

Mor: [...] noen ganger føler jeg de misforstår litt [...] måten han tenker på eller sånn [...] Selv om han kanskje ikke mener noe vondt eller sånn så blir de litt aggressive med én gang [...]

Far: [...] hvis dere er et par så har dere kanskje noen måter dere koder med hverandre på. Men hvis du ikke er inne i det, tenker du kanskje 'å, han er slem!', men det er bare sånn som vi [...] vi synes kanskje det er moro.

Konas omtale av enkelte kvinner i helsesystemet som aggressive kan tyde på at de har møtt ansatte i en type forsvarsposisjon, kanskje ment som en hjelp til mor, i møte med en far de (som kvinner) har opplevd som lite vennlig i kommunikasjonen med sin kone. Parets opplevelse av å bli misforstått kan peke mot at denne faren har blitt forstått mot nettopp en slik bakgrunn som har vært skissert tidligere; som bærer av en annerledes, konservativ og ulikestilt mannlighet, og derigjennom som et "uromoment" ved helsestasjonen.

Flere blant helsepersonellet kunne på sin side fortelle at det oftest var fedrene blant innvandrerforeldre som ikke ønsket at det skulle brukes profftolk i konsultasjonene på helsestasjonen. En ansatt fortalte:

Jeg har for tiden en far som ikke ønsker at vi skal bruke tolk. Det virker som om han tror jeg ikke stoler på ham. Jeg har ikke fått til å bruke tolk i dette tilfellet. Jeg har vurdert det sånn at det er viktigere å opprettholde tilliten enn å dytte ham fra meg med å insistere på å bruke tolk. Jeg kom meg aldri i posisjon til å insistere.

I dette tilfellet fremstår det som om den omtalte far har gitt uttrykk for å bli mistrodd, noe som har gått på tilliten løs. Den ansatte sier ikke at hun har hatt noen direkte mistro mot far, men at farens mistanke om at hun ikke stolte på ham uansett har gjort deres samhandling vanskeligere. Dette kan peke mot at enkelte innvandrerfedre kan være ekstra sensitive overfor mistanker om deres intensjoner og deres rolle i familien

i møte med (særlig kvinnelige) representanter for 'det offentlige Norge', slik også andre studier har vist (Lopez 2007, Skarsaune 2006). Slik sett kan forventningen om at motparten har fordommer mot en gjøre samhandlingen vanskelig, uavhengig av om fordommene eksisterer – eller er berettigede. Vi mener å se tegn til fordommer mot menn med ikke-vestlig bakgrunn blant yrkesutøvere også ved helsestasjonene, og at fordommene er knyttet til en spesiell forståelse av kjønn blant majoritet- og minoritetsbefolkning. En helsestasjonsansatt hevdet for eksempel i et intervju at:

"Dette er jo noe kvinnegreier óg, vet du. Dette helsestasjonsgreiene, det er noe kvinnegreier [...] og i Norge har vi kommet litt lenger med å komme bort fra de kvinnegreiene, men det er jeg ikke sikker på at alle innvandrermennene har enda".

Formuleringen om at vi i Norge har kommet litt lenger bort fra at helsestasjonen er en kvinnearena, men at innvandrermennene ikke er kommet fullt like langt, kan peke mot en forståelse av kjønn (og likestilling) som en faktor som skiller "oss" fra "dem". I bunn for dette ligger en forestilling om at "de" er mer kjønnskonservative og lever liv som i større grad er preget av kjønnsdeling enn "oss". Dette kan naturligvis være relevant og legitimt både som observasjon og forståelse av situasjonen mellom helsestasjonen og innvandrerforeldre, men det kan også fungere som en premisseleverandør for samhandlingen. Dersom man ved helsestasjonen forventer å møte kjønnskonservative og "gammeldagse" innvandrerfedre, kan dette påvirke måten man møter fedrene på. Likeså kan innvandrerfedres forventninger om at ansatte ved helsestasjoner skal ha slike fordommer, påvirke måten de møter de ansatte på.

HVA ER INNVANDRERFEDRES HANDLINGSROM VED HELSESTASJONEN?

Det virker som om fedre har begrensede muligheter for rollevalg i møte med helsestasjonen, og at innvandrerfedre har flere hindre i sin vei enn andre fedre. I møtene ved helsestasjonen møtes og utvikles ulike "vi" gjennom samhandlingen, og det er begrenset på hvilken måte far kan tilslutte seg ulike slike vikonstruksjoner. Det kan fremstå som at helsepersonellet har et eget vi sammen med mor, et vi som er kvinnekjønn og knyttet til den gravide, fødende og ammende kroppen. Likeså kan vi se for oss at det i samhandlingen dannes et felles vi hvor både foreldrene og helsepersonell inngår. Fars mulighet for å inngå i og representere dette vi'et later til å være avhengig av fars måte å opptre på i dialogen. En engasjert men ikke dominerende innvandrerfar kan inngå i dette vi'et, mens en dominerende eller kanskje kontrollerende innvandrerpappa heller ses som del av et "de" – de ulikestilte innvandrermennene. Den ene konas fortelling om kvinner i helsesystemet som hadde reagert aggressivt på mannens omgangsform,

kan eksemplifisere at innvandrerfedre noen ganger tolkes opp imot et slikt "de". Likeså kan en av de ansattes utsagn om at innvandrermenn ligger etter i forståelsen av helsestasjonen som en "kvinnegreie" peke mot en slik de-konstruksjon. Dette er et "de" som annen norsk forskning har vist kan fungere som et speil for "'det likestilte Norge'", hvor innvandrermannen som sosialt symbol fungerer som et kontrastbilde av den likestilte og moderne norske mannen (Lopez 2007, Skarsaune 2006, Walle 2004, 2005, 2006). Slik kan forestillinger knyttet til innvandrerfedres kjønn og etniske opprinnelse i kombinasjon utgjøre et hinder i deres møte med helsestasjonen.

En konkret faktor vi mener fremstår som et rammevilkår for innvandrerfedres kontakt med helsestasjonen, er den varierende bruken av profesjonelle tolker vi så i forrige kapittel. I de tilfeller far fungerte som parets tolk, fortalte helsepersonellet at dette kunne fungere fint – men at de hadde også vært ute for fedre som "tok over", var dominerende eller slepphendte med å oversette og måtte minnes på hvorfor de var der. Alle disse situasjonene burde kunne avhjelpes med mer utstrakt bruk av profesjonell tolk. Helsepersonellets vurderinger av profesjonell tolk opp imot fedrenes tillit kan slik falle dårlig ut for fedrene selv. I de tilfeller hvor innvandrerfedre ikke ønsker at noen andre skal tolke, får de i sin tur "bære skylda" for (eventuelt) lite tilfredsstillende kommunikasjon mellom helsepersonell og mor. En slik posisjon påvirker innvandrerfedres muligheter i samspillet med helsepersonellet og mor på helsestasjonen.

OPPSUMMERING

- Diskursen om **nærværende farskap** står sentralt i fedrenes farskapsideal
- Fedre med ikke-vestlig bakgrunn **deltar mer** enn andre fedre ved helsestasjonen
- Innvandrerfedre må opptre som **engasjerte, men ikke dominerende**, ved helsestasjonen
- Forestillinger om **"innvandrermannen"** og **"de norskes fordommer mot innvandrermenn"** kan spille inn i samhandlingen ved helsestasjonen
- Bruken av **profesjonell tolk** kan påvirke innvandrerfedres handlingsrom ved helsestasjonen

Reforms forslag til tiltak



Helsestasjonen er en travel og mangfoldig arena, med et vidt mandat og en sammensatt brukergruppe. Hverdagen ved helsestasjonen beskrives som hektisk meningsfylt. Å skape balanse mellom tillit og autoritet er viktig og krevende i møte med foreldre, særlig foreldre med innvandrerbakgrunn. "Kultur" fremstår som et viktig perspektiv, mens "kjønn" er mindre bevisst i refleksjon rundt tilpasning av helsestasjonen. Det kommer stadig flere fedre til helsestasjonen, og fedre med ikke-vestlig bakgrunn møter oftere enn andre fedre. Idealer om nærværende farskap står sentralt i fedrenes farskapsidealer, og de mener at helsestasjonen til dels har hjulpet dem med å bli tryggere fedre. Det er imidlertid nok så stramme rammer rundt innvandrefedres handlingsrom ved helsestasjonen. De må opptre som engasjerte, men ikke dominerende, i møte med helsepersonellet. Vi ser at forestillinger om "innvandrer mannen" og "de norskes fordommer mot innvandrer menn" kan spille inn i samhandlingen ved helsestasjonen. Videre kan bruken av profesjonell tolk påvirke innvandrefedres handlingsrom ved helsestasjonen. Reform har seks forslag til tiltak som kan bidra til å bedre samhandlingen mellom minoritetsfedre og helsestasjonene.

TILTAK 1: OPPRUSTING AV HELSESTASJONSTJENESTEN TIL Å MØTE NYE BEHOV

Et tydelig funn fra vår undersøkelse er at *tid* er en mangelvare for ansatte ved helsestasjonene. Dette gjør seg i særlig grad gjeldende i møte med minoritetsspråklige brukere. Mangel på tid går både ut over det faglige innholdet i konkrete konsultasjoner, men også faglig utvikling og byggingen av arbeidsmiljøet ved helsestasjonen. Basert på dette ser Reform behov for en generell opprusting av helsestasjonstilbudet, slik at fagpersonellet får muligheten til å yte de tjenester de er pålagt og anbefalt overfor brukerne og oppdatere seg faglig til nytte for tjenesten. Helsestasjonens mandat er vidt og krevende, og dersom en også skal ta mangfoldet i brukergruppen og forandringer i familiemønstre med i betraktning, krever dette ressurser og tid. Dette vil ruste helsestasjonene bedre til å møte nye behov - både fra minoriteter og fedre.

TILTAK 2: BEDRE TID TIL MØTER MED MINORITETSSPRÅKLIGE BRUKERE

Det fremgår av undersøkelsen at dialog som metode er tidkrevende, særlig i tilfeller der man bruker tolk eller ikke deler et fullgodt språk. Dersom alle foreldre skal få et like godt tilbud ved helsestasjonen, kan det dermed være nødvendig å gradere og tilpasse virkemidlene overfor foreldre med ulike behov. Reform foreslår å innføre regel om dobbel tidsramme for konsultasjoner foreskrevet i anbefalt helsestasjonsprogram der én eller begge foreldre ikke snakker norsk.

Både i tilfeller der det brukes profesjonell tolk og der det av ulike årsaker velges å ikke bruke profesjonell tolk, kan ekstra tid gjøre det mulig å komme igjennom det både helsepersonell og foreldre ønsker i konsultasjonen. Hjemmebesøket fremstår som en spesielt viktig konsultasjon overfor minoritetsbrukere, som blant helsepersonell vi snakket med hadde ført til hjelp for familier til bytte av bolig. Reform mener derfor at garanti for hjemmebesøk etter fødsel og mulighet for ekstra hjemmebesøk til familier med særlige behov bør regelfestet.

TILTAK 3: REKRUTTERING AV MENN OG MINORITETER TIL YRKESGRUPPENE

Ingen av helsestasjonene vi besøkte hadde mannlige ansatte i stillinger som helsesøstre eller jordmødre. Enkelte helsestasjoner hadde etniske minoriteter representert i staben, men svært få blant helsesøstre eller jordmødre. Reform mener at en mer sammensatt og mangfoldig stab i helsestasjons-tjenesten kan være et bidrag til å gi foreldre av begge kjønn og av ulik etnisk bakgrunn et godt tjenestetilbud. Spesielt vil det være nyttig og viktig å rekruttere menn og personer med minoritetsbakgrunn til yrkesgruppene helsesøster og jordmor. Ettersom begge disse yrkesgruppene har sykepleien som utgangspunkt, og det finnes stadig flere personer med minoritetsbakgrunn og menn i dette yrket, bør det være muligheter for rekruttering til etterutdanningene. En rekrutteringsstrategi krever samordning av ulike tiltak. En målrettet satsning ved utdanningene for å tiltrekke seg og holde på studenter med ønsket erfaringsbakgrunn er viktig. Likeså er bruk av muligheten for å spesifikt annonsere etter og innkalle kandidater med ønsket bakgrunn ved ulike helsestasjoner.

TILTAK 4: OPPLÆRING I ANVENDELSE AV KJØNN- OG LIKESTILLINGSPERSPEKTIVER PÅ HELSESTASJONEN

Innhenting av respons fra helsepersonell og fedre på faglige mål for helsestasjonstjenesten, viser at kultur oppleves som et naturlig tilpassningskriterium, men at kjønn ikke nødvendigvis ses på samme måte. At kjønn i så liten grad blir oppfattet som et relevant perspektiv i tjenesteutvikling, viser viktigheten av å spre kjønnsperspektivet i yrkesgruppene. Reform ønsker å peke på behovet for å tematisere kjønn generelt, maskulinitet og farskap spesielt i utdanningene til yrkesutøvelse ved helsestasjonen (helsesøster, jordmor, lege og fysioterapeut m.fl.). I veilederen for helsestasjonstjenesten løftes kjønn frem som et viktig premiss for tjenesteutviklingen ved helsestasjonen, særlig med blikk på likestilte tjenester for alle:

”Kjønnsperspektivet er et sentralt redskap for å nå målet om et best mulig tilbud til alle. Det innebærer at det skal tas hensyn til kvinners og menns ulike liv, vilkår, ønsker og behov i utviklingen av tjenestetilbudet. Det er spesielt viktig å være lydhør overfor gutters og menns behov i

utviklingen av tjenestene” (SHDir. 2004: 32).

Helsepersonellens fortellinger om at alle brukere blir møtt på samme måte uavhengig av kjønn og reaksjonene om at det var pussig at gutters og menns behov skulle være spesielt viktige, tyder på at perspektiver på kjønn og likestilling trenger ytterligere forankring i yrkesgruppene.

Grunnleggende innføring i kjønnsteori og øvelse i å bruke et kjønnskritisk blikk på sin egen yrkesposisjon kan være et nyttig grunnlag for helsepersonell i møte med brukere av begge kjønn, for å skape mer likestilte tjenester for alle. Videre kan basiskunnskap om utviklingen av farskap utvide helsepersonellens forståelse for foreldrenes behov og de prosesser en nybakt familie går igjennom. I en fordypningsoppgave i jordmorfag om jordmødres muligheter for å støtte far, spør en student:

”Finnes det plass til far i svangerskapsomsorgen? Blir den tiden vi gir til far tatt fra mor, i en allerede travel jordmorhverdag? Eller kan vi støtte begge? Blir far bedre forberedt hvis vi utgår fra den kunnskap som finnes om hans tanker og måter å håndtere farsprosessen? Trenger vi å møte ham som man[n], eller er det nok å møte ham som vordende forelder?” (Iversen 2008:19-20).

Nettopp denne type spørsmål mener Reform det vil være nyttig for studenter i de helsestasjonsrelaterte fagene å diskutere og øves i å stille seg i sin (fremtidige) hverdag som yrkesutøvere ved helsestasjonen. Det bør utformes undervisningsmaterieell om hvordan man konkret kan bruke kjønnsperspektiver i arbeidshverdagen ved helsestasjonen.

TILTAK 5: KURSING I KJØNN OG ETNISITET

Denne rapporten har løftet frem fortellinger om møter mellom innvandrerefedre og ansatte ved helsestasjoner som peker mot at denne gruppen fedre får en spesiell rolle i samhandlingen ved helsestasjonen. Her mener vi en opplæring i hvordan kjønn og etnisitet virker sammen kan bidra til økt kompetanse og trygghet i tjenesteytingen. Vi anser behovet for fagutvikling som spesielt viktig på helsestasjoner som har stort brukertilfang med minoritetsbakgrunn. Reform vil distribuere denne rapporten i helsestasjonssystemet, og tilby foredrag og opplæring til de som ønsker det. På lengre sikt mener vi at en opplæring i hvordan kjønn og etnisitet overlapper og virker sammen bør inngå i fagopplæringen av førstelinjepersonell, både i helsestasjonstjenesten og andre relevante instanser.

REFORMS FORSLAG TIL TILTAK

TILTAK 6: FAGUTVIKLING OM TOLKEBRUK

Vår undersøkelse viser at det er ingen enhetlig praksis eller norm for bruk av tolketjenester fra helsestasjon til helsestasjon. Det fremgår tydelig av helsepersonellens fortellinger at spørsmålet om tolking er til dels både sensitivt og vanskelig. På den ene side har man hensynet til like tjenester for alle, slik pasientrettighetsloven slår fast. På den andre side har man brukernes ønsker og den tillitsrelasjon man som fagperson er avhengig av å opprettholde med foreldrene. Disse ulike hensynene kommer av og til i konflikt med hverandre, og man blir nødt til å foreta skjønnsmessige vurderinger av hva som er mest formålstjenlig. Tolkebruk kan påvirke helsepersonellens relasjon til innvandrerfedre og innvandrerfedres rom i samhandlingen spesielt. Reform mener dette er et felt som trenger videre fokus og utvikling, og de erfaringsbaserte problemstillingene må løftes frem og inn i videreutvikling av tjenesten og de ansattes kompetanse. Vi anbefaler intern erfaringsutveksling mellom både ulike helsestasjoner og andre førstelinjetjenester, kombinert med praktisk opplæring i bruk av tolk og brukerrettigheter. Vi vil spesielt fremheve de ressurser som sertifiseringsordningene for tolker, høgskoler og universiteter samt kommunale eller andre tolketjenester representerer i et slikt arbeid.

AVSLUTTENDE REFLEKSJON: HVOR MYE VIL VI HA FAR PÅ HELSESTASJONEN?

De siste generasjoner har opplevd en omveltning innen kjønn, likestilling og familieliv. Et deltakende og engasjert farskap har blitt oppmuntret gjennom statlig politikk, og nå krever deltakende og engasjerte fedrene stadig større likestilling i familien og velferdsstaten. I stortingsmeldingen om menn og likestilling, finner vi regjeringens mål for hvordan far bedre kan ivaretas i helsestasjonstilbudet:

"[...] fedrane, der begge dei biologiske foreldra bur saman, skal få innkalling til kontroll på helsestasjonen når barnet er 8 månader [...] Slik blir det signalisert at det offentlege ser på far som ein sentral omsorgsperson, og det vil mellom anna vere naturleg å fokusere på saker som har med farsrolla å gjere" (St.mld.nr. 8 (2008-2009):83).

Reform mener både myndighetene og tjenesten selv bør ha høyere ambisjoner enn å få far inn på én kontroll når barnet (allerede) er 8 mnd. Vi viser her til brukerundersøkelsen fra Bærum som på bakgrunn av fedres respons foreslo en fedresatsning med spesiell invitasjon til gruppekonsultasjoner på egnede tider av dagen ved fire, ti og atten måneders alder for å imøtekomme fedres økte engasjement (Misvær 2001). Undersøkelsen viste også at nærmere halvparten av fedrene oppgav at utvidete åpningstider ville ført til høyere deltakelse ved helsestasjonen. Fokuserte satsinger, utvidelse av tjenestens åpningstider og aktivitetstidplan kan følgelig være egnede virkemiddel for å få flere fedre på banen.

Slike tiltak for å integrere fedre er imidlertid ikke kun interessante på et "instrumentelt" nivå, altså hvorvidt de fører til en realøkning i antall fedre ved helsestasjonen. Vel så viktig er grunnlaget slike tiltak kan gi for refleksjon blant ansatte ved helsestasjonene, som del av en prosess der tjenestene blir mer inkluderende overfor og fokuserte på fedre. Og det mener vi både fedrene og barna fortjener.

Kilder

- Ando, Emilie Joner, Marte Knutsson, Anja Emilie Kruse, Kjetil N. Stenvik og Frida Tømmerdal (2008) "Rett-hjem-pappa". En kvalitativ studie av farskap blant menn med etnisk minoritetsbakgrunn i Norge. Humanistisk Prosjektsemester-rapport. Oslo: Reform - ressurscenter for menn.
- Brandth, Berit og Elin Kvande (2003): *Fleksible fedre*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bredesen, Ole (2007): "Hvorfor inkludere fedre?" i *Magasinet Voksne for barn*, nr.2/2007
- En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009). [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Far gjør – perspektiver på menn og omsorg i Norge* (2008). Temahefte. Oslo: Reform - ressurscenter for menn.
- Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. FOR 2003-04-03 nr. 450. [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Forskrift om miljørettet helsevern*. FOR 2003-04-25 nr 486. [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet
- Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.* FOR 1995-12-01 nr 928. [Oslo]: Sosial- og helsedepartementet
- Haaland, Gerd Undstad (2001): *Helsestasjonen og førstegangsfedre; en kvalitativ studie av førstegangsfedres opplevelser knyttet til svangerskap, fødsel og spedbarnstid*, Hovedoppgave i helsefag, Universitetet i Bergen.
- Iversen, Helene (2008): *Pappaprosessen – kan jordmor gi støtte på veien?* Fordypningsoppgave i jordmorfag. Høgskolen i Sør-Trøndelag.
- Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. IS-1154. [Oslo]: Sosial- og helsedirektoratet
- Lopez, Gro Saltnes (2007): *Minoritetsperspektiver på norsk familievern*, NOVA- rapport nr. 9/07. Oslo: Norsk institutt for forskning om velferd, oppvekst og aldring.
- Lov om pasientrettigheter. LOV-1999-07-02-63.
- Marøy, Vigdis Malt, Kirsten Berge og Signe Myklebust (2008): "Forebygging er lønnsomt – men ikke gratis" i *Sykepleien* nr. 17/2008 ss. 36-40.
- Misvær, Nina (2001): "Helsestasjonen på vekten". *En brukerundersøkelse i Bærum med foreldre til 342 ett år gamle barn*. Helsekontoret for barn og unge i Bærum kommune.
- Håndbok for helsestasjoner 0-5 år* (2002). Nina Misvær og Gunnar Oftedal (red.) Oslo: Kommuneforlaget
- Neumann, Cecilie E. B. (2007): *Det bekymrede blikket. En studie av helsesøstres handlingsbetingelser*. Avhandling til Dr. polit-graden. Universitetet i Oslo: Institutt for kriminologi og retts sosiologi.
- Ny, Pernilla, Lars Plantin, Elisabeth Dejin-Karlsson og Anna-Karin Dykes (2006): "The experience of Middle Eastern men living in Sweden of maternal and child health care and fatherhood: focus-group discussions and content analysis" i *Midwifery* 2006.05.006
- Ny, Pernilla (2007): *Swedish maternal health in a multiethnic society – including the fathers*. Avhandling til doktorgrad i medisinsk vitenskap. Malmö Högskola: Fakultet for Hälsa och samhälle.
- Olsen, Benedicte C. Rappana, Marith Markussen og Christine Tschudi-Madsen (2005): *Helsestasjonen – en flerkulturell møteplass*, HiO- rapport 2005 nr.9. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Om menn, mansroller og likestilling*. Stortingsmelding nr. 8 (2008-2009), [Oslo]: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. St.prp. nr. 63 (1997-1998)
- Psykisk helsevern for barn og unge i kommunene*. (2007) Veilder IS-1405. [Oslo]: Sosial- og helsedirektoratet
- Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn* (2006). IS-1235. [Oslo]: Sosial- og helsedirektoratet.
- Schoppe-Sullivan, S.J., G.L. Brown, E.A. Cannon, S.C. Mangelsdorf og M.S. Sokolowski (2008): "Maternal gatekeeping, coparenting quality, and fathering behaviour in families with infants" i *Journal of Family Psychology* 3) 2008 ss.389-398

KILDER

Skarsaune, Elise (2006): *Mann og muslim i "Likestillingslandet" En studie av maskulinitetsforestillinger blant muslimske menn i Oslo*. Masteroppgave i religionshistorie. Universitetet i Oslo: Institutt for kulturstudier og orientalske språk.

SSB (2008): "Ny innvandregruppering". Statistisk Sentralbyrå. <http://www.ssb.no/vis/omssb/1gangspubl/art-2008-10-14-01.html> [Lesedato 01.02.2008]

Stefansen, Kari og Gunhild R. Farstad (2008): "Småbarnsforeldres omsorgsprosjekter. Betydningen av klasse" i *Tidsskrift for Samfunnsforskning* nr. 3, 2008

Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (1998). IK-2617. [Oslo]: Statens helsetilsyn

Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunen (2007). IS-1405. [Oslo]: Sosial- og helsedirektoratet

Walle, Thomas (2004): "Menn og maskuliniteter i en minoritetskontekst" i Ø. Fuglerud (red.) *Andre bilder av "de andre"*. *Transnasjonale liv i Norge*. Oslo: Pax Forlag

Walle, Thomas (2005): "Minoritetspappaer i fedrekvotens tidsalder" i *Tidsskrift for kjønnsforskning* nr.2/2005

Walle, Thomas (2006): "Kjønn og etnisitet" i J. Lorentzen og W. Muhleisen (red.) *Kjønnsforskning. En grunnbok*. Oslo: Universitetsforlaget

VEDLEGG

VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE FEDRE "MINORITETSFARSKAP I HELSENORGE"

0. Informert samtykke innhentes skriftlig.

1. FAMILIE OG FARSKAP

- Fortell litt om deg selv og din nærmeste familie! (Nasjonalitet/ opprinnelsesland, alder på deg og barnets/ barnas mor, antall familiemedlemmer, alder på barnet/ barna...)
- Fortell litt om det å bli far – hvordan har du opplevd det? Svangerskap, fødsel, første tid...
- Hva er viktig for deg som far i forholdet til barnet ditt/barna dine? Hvordan skal en god far være? Hvilke egenskaper skal en god far ha?
- Hvor har du lært om/hentet inspirasjon til det å være far? (Egen far, familie, venner, litteratur, internett, religiøse kilder...)
- Hvor henter du kunnskap om barn fra? Under graviditet/ ved fødsel/etterpå? Hvem spør du hvis det er noe du lurer på? (Egne foreldre, familie, venner, litteratur, internett, religiøse kilder...)
- Hva pleier du å gjøre sammen med barnet ditt/barna dine? Hva har du gjort sammen med barnet ditt/barna dine den siste uken? Hvilke oppgaver er dine/konas/partnerens i løpet av en vanlig dag/uke? Hvordan er dette blant dine kamerater/andre menn du kjenner? Er dette noe dere snakker sammen om?
- Hvordan avgjør du og kona hvem som skal gjøre hva? Hvem føler du bestemmer mest over barnet/barna – deg eller kona/partneren? Hvem bestemmer hvilke saker?

2. OM HELSESTASJONEN OG BRUK AV HELSESTASJONEN

- Hvilke tilbud har du/dere brukt på helsestasjonen før og etter fødsel? *(se vedlegg)*
- Hvor mange ganger har dere vært der til sammen i forhold til det siste barnet ditt? Har du vært med alle gangene? Har du gått uten mor? Hvilke ganger har du vært der/ikke?
- Når var siste gang du/dere var på helsestasjonen?
- Arbeider det helsepersonell ved helsestasjonen som selv har etnisk minoritetsbakgrunn eller innvandrerbakgrunn?
- Bruker de tolk der? Har det vært tolk til stede i deres møter? Har du/dere blitt tilbudt tolk? Hadde du eventuelt ønsket at det var tolk?
- Har du møtt andre fedre med innvander-/minoritetsbakgrunn på helsestasjonen? Har du blitt kjent med andre fedre (etnisk norske eller andre) gjennom helsestasjonen? Har barnets mor blitt kjent med andre mødre (etnisk norske eller andre) gjennom helsestasjonen?

3. ERFARINGER MED HELSESTASJONEN OG MØTET MED ANSATTE

- Fortell litt om ditt/dine møter med helsestasjonen! Hvilke **erfaringer** har du/dere fra møter på helse-

stasjonen? Kan du beskrive noen **opplevelser** fra slike møter?

- Er du/din familie **fornøyd eller misfornøyd** med tilbudet på helsestasjonen? Hva synes du/dere var bra/dårlig i deres forhold til helsestasjonen og de som jobber der? Hvilke tilbud var gode/mindre gode? Relevante/ikke relevante?
- Hvilke **tema** pleier dere å snakke om? Hva pleier helsesøster/jordmor/lege og dere å **gjøre** når dere er der? Hva synes du er viktig å fortelle helsesøster/lege om? Hva spør dere og de ansatte hverandre om? Tror du dette er likt/ulikt fra andre (majoritets-)familier?
- Har det vært individuelle møter eller gruppemøter på helsestasjonen når du/dere har vært der? Hvordan har dette fungert? Hva er din preferanse ift individuelt/gruppebasert?
- Hva kunne du/dere **ønske** ut av møter med helsestasjonen? Hvilke **forventninger** har/hadde du/dere til helsestasjonens tilbud og ansatte? Hvilke **forventninger** opplever du/dere at ansatte på helsestasjonen har/hadde til deg/dere?

4. (MINORITETS-)FAR PÅ HELSESTASJONEN

- Hvorfor har du **ønsket/måttet delta** i dialog med og tilbud hos helsestasjonen?
- Hvilken/hvilke **rolle/r** opplever du at du har/spiller i dialogen om svangerskap og barneomsorg? Er du aktiv/passiv? Blir du møtt åpent/med skepsis? Snakker ansatte til deg eller din partner eller til begge to? Tror du dette er **likt eller ulikt** i forhold til fedre flest?
- Er det egne tilbud rettet mot **fedre** ved din/deres helsestasjon? I så fall hvilke? Har du brukt eller tenkt på å bruke dette/disse? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hva er din vurdering av **fedres behov** i svangerskaps- og barneomsorg? Har du som minoritetsfar spesielle behov? Blir disse i så fall møtt/ikke? Hvordan/hvorfor?
- Vi snakket om hvordan man kan være en god far – har det å være på helsestasjonen hjulpet deg med å bli en god far? Føler du at informasjonen du får på helsestasjonen hjelper deg til å være far for ditt/dine barn? Hvordan/hvordan ikke?
- *Vise frem utdrag fra forskrift og veileder i vedlegg:* Synes du helsestasjonen levde opp til disse målene i ditt møte med dem?
- Har du **innspill om tiltak** som kunne styrket positiv interaksjon mellom fedre med innvandrerbakgrunn og helsestasjonene?

Takk for at du tok deg tid til å svare! Fint om du har tips til andre fedre jeg kunne snakket med, eller til spørsmål å stille/jobbe videre med!

VEDLEGG 2:

INTERVJUGUIDE HELSEPERSONELL "MINORITETSFARSKAP I HELSENORGE"

0. Informert samtykke innhentes skriftlig.

1. OM YRKESVALG OG ARBEIDSHVERDAG

- Kan du fortelle litt om deg selv og jobben din?
- Hvorfor valgte du dette yrket? Hvordan trives du?
- Hvordan ville du beskrive dine oppgaver, din rolle og arbeidshverdag?

2. OM HELSESTASJONEN OG (MINORITETS-)FEDRES BRUK AV HELSESTASJONEN

- Kan du fortelle litt om helsestasjonen du jobber på? Hvordan den er organisert?
 - Hvor mange ansatte? Kjønnfordeling? Stillingstyper/ kompetanser? Arbeider det helsepersonell ved helsestasjonen som selv har etnisk minoritetsbakgrunn eller innvandrerbakgrunn?
 - Har helsestasjonen noen spesiell faglig profil eller kompetanse? Holder tilgrensende tilbud til familien til på helsestasjonen (familiesenter/familiens hus)?
- Hvilke tilbud har helsestasjonen din til foreldre før og etter fødsel? *(se vedlegg)*
- Hvor mange av de familiene du arbeider med har minoritetsbakgrunn (prosent av alle)?
- Hvor mange **fedre** ville du anslå deltar i helsestasjonens ulike tilbud (prosent av alle fedre)? Hvilke tilbud er mer/ mindre populære blant fedre?
- Hvor mange **fedre med ikke-vestlig innvandrings-/ minoritetsbakgrunn** ville du anslå deltar i helsestasjonens ulike tilbud (prosent av alle disse)? Hvilke nasjonaliteter/ etnisiteter har dere representert? Hvilke tilbud er mer/ mindre populære blant disse fedrene?
- Bruker dere **individuelle og/eller gruppekonsultasjoner**? Hvordan opplever du at dette mottas/passes for fedre? Varierer bruk av gruppekonsultasjoner ift brukergruppe?

3. ERFARINGER MED MINORITETSFEDRE/ -FAMILIER PÅ HELSESTASJONEN

- Hvilke erfaringer har du/dere fra møter med minoritetsfedre og deres familier på helsestasjonen? Kan du beskrive noen **opplevelser** fra slike møter?
- Hvilke **tema** pleier dere å snakke mer/mindre om? Hva gjør du/de? Hva er du opptatt av å formidle? Hva spør de om? Er dette ulikt fra andre (majoritets-) familier?
- Er det **spesielle tema** dere tar/skal ta opp med minoritetsfamilier/par som dere ikke tar opp med andre? Hvilke? Hvordan og hvorfor? Hvordan oppleves dette? (Psykisk sykdom? Kulturelle forskjeller i barneomsorg? Omskjæring?)
- Hva kunne du/dere **ønske** ut av møter med minoritetsfedre og deres familier?
- Hvilke **forventninger** opplever du/dere at minoritetsfedre

kommer med til helsestasjonens tilbud og ansatte? Hvilke forventninger har du til dem som foreldre?

4. (MINORITETS-)FEDRE OG FAGLIGHET

- Hvilke **årsaker** opplever du/dere at minoritetsfedre har for å delta i dialog med og tilbud hos helsestasjonen? Hvilke årsaker har de eventuelt for å ikke delta? Varierer dette mellom ulike tilbud?
- Hvilken/hvilke **rolle/r** opplever du/dere at fedre med innvandrings-/minoritetsbakgrunn spiller i dialogen om svangerskap, fødsel og barneomsorg? Aktiv/passiv? Deltaker/tilrettelegger/kontrollør? Er denne/disse **lik eller ulik** i forhold til fedre flest?
- Hvordan opplever du/dere at **mødrene** synes det er å ha far med? Støttende/hemmende?
- Hva er din/deres vurdering av **fedres behov** i svangerskaps- og barneomsorg? Har gruppen av minoritetsfedre spesielle behov?
- Hvilke **ressurser** bruker du/dere som fagperson/er i møte med minoritetsfedre og deres familier? Bruker dere **samme eller ulik** tilnærming i forhold til andre familier?
- Bruker du ofte tolk i møter med minoritetsforeldre? Hvorfor/hvorfor ikke? Hvor ofte/ikke? Erfaringer med bruk av **tolk**?
- Hvordan ville du/dere vurdere din/deres egen **kompetanse** i møte med minoritetsfedre? Opplever du/dere **trygghet eller utrygghet** som fagperson/er i møte med denne brukergruppen? Hvilken/hvilke **rolle/r** opplever du å få/ ta i dialog med disse fedre/familier?
- Har det vært diskutert eller forsøkt **tiltak rettet mot fedre** generelt ved din/deres helsestasjon? I så fall hvilke? Erfaringer med dette? Mener du at fedre har behov for egne tilbud?
- Har det vært diskutert eller forsøkt **tiltak rettet mot denne gruppen av fedre** spesielt ved deres helsestasjon? I så fall hvilke? Erfaringer med dette? Mener du at denne gruppen fedre har behov for egne tilbud?
- *Vise frem utdrag fra veilederen i vedlegg:* Synes du helsestasjonssystemet lever opp til disse **målene**? Synes du helsestasjonen din lever opp til disse målene? Hvordan/hvordan ikke?
- Har du **innspill om tiltak** som kunne styrket positiv interaksjon mellom fedre med innvandrerbakgrunn og helsestasjonene?

Takk for at du tok deg tid til å svare! Fint om du har tips til andre ansatte eller til brukere jeg kunne snakket med, eller til spørsmål å stille/jobbe videre med!

VEDLEGG 3: VEDLEGG TIL INTERVJUGUIDER

HELSESTASJONENS TILBUD:

Svangerskapskontroll med lege / jordmor
Fødsels- og foreldreforberevende kurs
Hjemmebesøk
Sped- og småbarnsbarnskonsultasjoner – individuell og/eller i gruppe
Foreldregruppe / barselgruppe / pappagruppe
Åpen helsestasjon med tema/foredrag
Foreldreveiledningsprogram – spesielle tiltak ift dette
Annet

SITATER OM FAGLIGE MÅL:

Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450,
Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten:
"Svangerskapsomsorgen [...] er et tilbud til alle gravide kvinner og deres partnere. En helhetlig svangerskapsomsorg er familiefokusert og kulturtilpasset (s.30)"

"Det er spesielt viktig å være lydhør overfor gutters og menns behov når det gjelder utforming av tjenestene (s.32)"

Forskrift av 3.april 2003 nr.450, *Om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten:*

"Foreldre med innvandrerbakgrunn bør få veiledning i utfordringer ved å oppdra barn i Norge, og hva det innebærer å vokse opp med flerkulturell bakgrunn i Norge (s.11)"

VEDLEGG 4: INFORMASJONSBREV OG SAMTYKKE-ERKLÆRING OM DELTAKELSE I PROSJEKTET "MINORITETSFARSKAP I HELSENORGE"

Du har blitt spurt om å delta som informant i et kartleggings- og utviklingsprosjekt i regi av Reform -ressurssenter for menn kalt "Minoritetsfarskap i helseNorge". Prosjektet vil kartlegge erfaringer og tanker blant fedre og helsepersonell om deres møter på helsestasjonen. Resultater fra informant-intervjuer vil innsamles og analyseres av prosjektleder Elise Skarsaune i Reform, og publiseres i en prosjektrapport. Både generelle trekk fra hele intervjumaterialet og individuelle variasjoner vil kunne tas med i rapporten, og direkte sitater fra intervjuer vil kunne brukes som eksempler.

Prosjektrapporten vil presentere erfaringer fra møter mellom fedre og helsepersonell på helsestasjonen, og foreslå tiltak for å bedre involvere fedre i omsorgen for sine barn gjennom helsestasjonen. Informanter vil også inviteres til å bidra i analysen av funn og i utvikling av tiltaksforslag.

Deltakelse i prosjektet er fullstendig frivillig, og du har rett til å trekke deg når som helst i løpet av prosjektet uten konsekvenser. Du står også fritt til å ikke svare på spørsmål du ikke ønsker dersom du takker ja til å delta. Funn og eventuelle sitater trukket ut fra intervjuene vil fremstilles i anonymisert form i rapporten og andre prosjektprodukter. Prosjektrapporten vil bli gjort tilgjengelig for alle informantene som ønsker dette når den er ferdig. Rapporten vil spres til politiske myndigheter og fagmiljøer innen helsesektoren.

Under intervjuet ønsker intervjueren å benytte lydopptaker for å dokumentere mest mulig av informasjonen som blir delt. Dersom du derimot ikke ønsker å bli tatt opp på bånd, vil ditt ønske respekteres.

Dersom du godtar å delta i et intervju i dette prosjektet under de vilkår som er beskrevet i dette brevet, vennligst signér på dette arket før intervjuet.

TUSEN TAKK for din deltakelse!

Elise Skarsaune
Reform - ressurscenter for menn
Oslo, 15. september 2008

Signatur deltaker/informant

VEDLEGG 5: KARTLEGGINGSSKJEMA FOR HELSESTASJONER I OSLO OG TRONDHEIM I PROSJEKTET "MINORITETSFARSKAP I HELSENORGE"

Reform – ressursenter for menn

Skriv gjerne fylldige svar, bruk vedlagt ark om ønskelig.
Din/deres erfaring er viktig, takk for deltakelsen!

Individuell/gruppebesvarelse

1. Antall ansatte, kjønnsfordeling, stillingstyper/kompetanser og (anslag) antall brukere ved helsestasjonen

Ansatte: Kvinner: Menn:

Stillingstyper: Helsesøster/bror: Jordmor:

Lege: Andre:

Anslag antall brukere (årlig):

Barn: Mødre: Fedre:

2. Arbeider det helsepersonell ved helsestasjonen som selv har etnisk minoritetsbakgrunn eller innvandrerbakgrunn?

Ja Nei

3. Hvilke tilbud har helsestasjonen til foreldre før og etter fødsel? (stryk gjerne ut alternativer som ikke passer)

- Svangerskapskontroll med lege / jordmor
- Fødselsforberedende kurs
- Hjembesøk
- Konsultasjoner i henhold til anbefalt helsestasjonsprogram ("kontroller")
- Foreldregruppe / mammagruppe / pappagruppe
- Åpen helsestasjon
- Foreldreveiledningsprogram
- Andre tilbud (vennligst spesifiser):

4. Har helsestasjonen noen spesiell faglig profil eller kompetanse? Holder tilgrensende tilbud til familien til på helsestasjonen (etter familiesenter/familiens husmodell eller lignende)?

.....

5. Anslag av antall/andel av fedre som deltar i helsestasjonens ulike tilbud:

(både antall pers. og prosentandeler er velkomne!)

Svangerskapskontroll med lege / jordmor / helsesøster:

Fødselsforberedende kurs:

Hjembesøk:

Konsultasjoner:

Foreldregruppe / mammagruppe / pappagruppe:

Åpen helsestasjon:

Foreldreveiledningsprogram:

Andre tilbud:

6. Anslag av antall/andel fedre med ikke-vestlig innvandrings-/minoritetsbakgrunn som deltar i helsestasjonens ulike tilbud:

Svangerskapskontroll med lege / jordmor

Fødselsforberedende kurs:

Hjembesøk:

Konsultasjoner:

Foreldregruppe / mammagruppe / pappagruppe:

Åpen helsestasjon:

Foreldreveiledningsprogram:

Andre tilbud:

Hvilke ulike nasjonaliteter/bakgrunner har innvandrer-/minoritetsfedrene ved din/deres helsestasjon?

.....

7. Under følger en rekke påstander om møter mellom fedre med innvandrer-/etnisk minoritetsbakgrunn og helsestasjonen. Vennligst kryss av der du/dere er enig i påstanden, og kommenter nederst hvis ønskelig (det er mulig å krysse av for flere alternativer på hver påstand):

7.1 Hvilke årsaker opplever du/dere at minoritetsfedre har for å delta i dialog med og tilbud hos helsestasjonen?

- De tolker for mor
- De vil kontrollere informasjonsflyten
- De vil lære mer om barn og omsorg
- Av samme årsaker som fedre ellers
- Vet ikke
- Annet:

7.2 Hvilke årsaker har disse fedrene eventuelt for å ikke delta?

- De mener barneomsorg er kvinners domene
- Konene ønsker dem ikke der
- Helsestasjonen inviterer ikke fedrene nok inn
- Av samme årsaker som fedre ellers
- Vet ikke
- Annet:

7.3 Hvilke ressurser bruker du/dere som fagpersoner i møte med minoritetsfedre og deres familier?

- Samme tilnærming som i forhold til andre familier
- Tolk
- Visuelle metoder
- Brosjyrer og annet skriftlig materiale
- Annet:

7.4 Opplever du/dere trygghet eller utrygghet som fagperson/er i møte med denne brukergruppen?

- Føler trygghet som fagperson
- Føler utrygghet som fagperson

- Føler verken mer eller mindre (u)trygghet i forhold til denne gruppen

7.5 Opplever du/dere å oppnå det du/dere ønsker som fagperson/er i møter med minoritetsfedre og deres familier?

- Alltid
 Ofte
 Av og til
 Sjelden
 Aldri

7.6 Hvilke forventninger opplever du/dere at minoritetsfedre kommer med til helsestasjonens tilbud og ansatte?

- Ingen forventninger
 Svært mange forventninger
 Samme forventninger som fedre flest

Kommentarer til påstandene i spørsmål 7:

8. Har det vært diskutert eller forsøkt tiltak rettet mot fedre generelt ved din/deres helsestasjon?

- Ja
 Nei
 Det er ikke nødvendig med egne tiltak for fedre

Kommentarer:

9. Har det vært diskutert eller forsøkt tiltak rettet mot denne gruppen av fedre spesielt ved din/deres helsestasjon?

- Ja
 Nei
 Det er ikke nødvendig med egne tiltak for disse fedre

Kommentarer:

10. Har du/dere innspill om tiltak som kunne styrket positiv interaksjon mellom fedre med innvandrerbakgrunn og helsestasjonene?

.....
Dersom du/dere har øvrige kommentarer, spørsmål eller tanker, er de svært velkomne her:
.....
.....

Takk for at du/dere tok deg/dere tid til å svare!

Oslo, 11.08.2008

VEDLEGG 6: FØLGE BREV TIL KARTLEGGINGSSKJEMA

Om kartleggings skjema for helsestasjoner i Oslo og Trondheim i prosjektet "Minoritetsfarskap i helseNorge"

Reform –ressurssenter for menn har med prosjektstøtte fra Barne- og likestillingsdepartementet startet opp et kartleggings- og utviklingsprosjekt om møtet mellom helsestasjoner og fedre med etnisk minoritetsbakgrunn; "Minoritetsfarskap i helseNorge".

Prosjektet vil gjennom intervjuundersøkelse inkludere både helsepersonells og fedres fortellinger om sine møter, samt tilrettelegge for informantenes deltakelse i/innspill til analysen av materialet. Følgende spørreskjema er utsendt til alle helsestasjoner i Oslo og Trondheim kommuner for å rotfeste og supplere det kvalitative materialet.

Vi setter stor pris på at dere tar dere tid til å svare på vedlagte kartleggings skjema, individuelt eller som faggruppe. Det er fint om dere angir på besvarelsens første side om skjemaet er utfyllt individuelt eller i gruppe (stryk ut det som ikke passer). Skriv helst fylldige svar, bruk gjerne vedlagt ark om nødvendig. Skjema returneres Reform i vedlagte konvolutt eller elektronisk til prosjektleder Elise Skarsaune på epost elise.skarsaune@reform.no innen fredag 29. august.

Dersom det skulle være uklarheter ved skjemaet eller dere skulle ha ytterligere spørsmål knyttet til prosjektet, ikke nøl med å ta kontakt på ovenfor nevnte epost eller telefon 22 34 09 50.

På forhånd takk for at dere tar dere tid til å svare!

Vennlig hilsen på vegne av Reform

Ulf Rikter-Svendsen
Daglig leder i Reform

Elise Skarsaune
Prosjektleder for
"Minoritetsfarskap i helseNorge"

Reform – ressurscenter for menn er et nasjonalt senter for kunnskap om menn. Virksomheten skal fremme menns perspektiver i den offentlige debatt om likestilling og kjønnsroller.

Reform arbeider for å forbedre menns livskvalitet. Ressurssentret initierer og deltar i en rekke ulike prosjekter rettet mot menn, både nasjonalt og internasjonalt, samt bistår menn lokalt med ulike hjelpetilbud. Reform er organisert som en stiftelse og mottar sin økonomiske grunnbevilgning over statsbudsjettet fra Barne- og likestillingsdepartementet.

For nærmere informasjon,
se våre nettsider
www.reform.no

Informasjon og spørsmål vedrørende
Minoritetsfarskap i helseNorge kan
rettes til:

Reform – ressurscenter for menn
Daglig leder Ulf Rikter-Svendsen
Postboks 28 Sentrum
0101 Oslo
Tlf: 22 34 09 50
Mail: post@reform.no
www.reform.no

reform
RESSURSSENTER FOR MENN