
RAPPORT NR. MA17-12 | Marte Fanneløb Giskeødegård og Randi Bergem

INFORMASJONSFORMIDLING FOR EN FLERKULTURELL SVANGERSKAPSOMSORG

Forprosjekt

TITTEL	Informasjonsformidling for en flerkulturell svangerskapsomsorg
FORFATTARAR	Marte Fanneløb Giskeødegård og Randi Bergem
PROSJEKTLEIAR	Marte Fanneløb Giskeødegård
RAPPORT NR.	MA17-12
SIDER	40
PROSJEKTNUMMER	17209
PROSJEKTITTEL	Informasjonsformidling til gravide innvandrerkvinner i Ulstein kommune
OPPDRAUGSGIVAR	VRI
ANSVARLEG UTGIVAR	Møreforskning
ISSN	0804-5380
DISTRIBUSJON	Åpen
NØKKEWORD	Kulturforståelse, svangerskapsomsorg, folkehelse

SAMMENDRAG

Rapporten beskriver funn fra et forprosjekt om informasjonsformidling til gravide innvandrerkvinner. Hovedmålet for forprosjektet har vært å skaffe et kunnskapsgrunnlag for utvikling av nye informasjon- og formidlingsverktøy, som kan brukes i den kommunale svangerskaps- og barselsomsorgen, særlig rettet mot innvandrerkvinner.

Funnene fra studiene, som er gjort i dette forprosjektet, tyder på at innvandrerkvinnene mener de blir godt ivaretatt og at de får den informasjonen de trenger. Men studien viser at det er grunn til å spørre om tilfredsheten hos kvinnene gjenspeiler at de ikke vet hva de kan forvente av helsetjenesten, ettersom forventninger krever innsikt i hvordan svangerskapsomsorgen og helsetjenesten ellers fungerer. For å sikre best mulig svangerskapsomsorg er det viktig at kvinnene får den informasjonen de trenger for å legge grunnlag for et godt svangerskap, en best mulig fødsel og barseltid. Manglende kunnskap om norsk svangerskapsomsorg er ei utfordring, og vårt inntrykk er at både kultur og språk er sentrale variabler med tanke på om informasjonen når fram og blir forstått. Rapporten skisserer mulige måter å bedre informasjonsformidling til gravide innvandrerkvinner på.

© FORFATTAR/MØREFORSKING

Føresegnene i åndsverklova gjeld for materialet i denne publikasjonen. Materialet er publisert for at du skal kunne lese det på skjermen eller framstille eksemplar til privat bruk. Utan særskild avtale med forfattar/Møreforskning er all anna eksemplarframstilling og tilgjengeleggjering berre tillate så langt det har heimel i lov eller avtale med Kopinor, interesseorgan for rettshavarar til åndsverk.

FORORD

Rapporten er basert på et forprosjekt, der vi har sett nærmere på informasjonsformidling til gravide innvandrere i Ulstein kommune. Forprosjektet er finansiert av VRI Møre og Romsdal, og er et samarbeid mellom Ulstein kommune og Møreforskning. Ulstein kommune er prosjekteier, mens Møreforskning er FoU partner.

Jeg vil takke de som har bidratt for å gjøre dette prosjektet mulig. Det gjelder særlig kvinnene som har brukt av sin tid og delt sin erfaring for å gi oss innsikt i problematikken. Videre vil jeg takke Ulstein kommune for godt samarbeid. En særlig takk går til vår kontaktperson, Kristin Meli, og de andre ansatte ved Ulstein helsestasjon som har bidratt inn i prosjektet.

Ålesund, 29.08.17

Marte Fanneløb Giskeødegård

INNHOOLD

Figurliste	9
Innledning.....	10
Bakgrunnen for prosjektet	11
Ulstein kommune	14
Ulstein Helsestasjon	16
Prosjektets organisering og metodiske tilnærming	17
kvinnenes erfaring med norsk svangerskapsomsorg	18
Bakgrunnsinformasjon om kvinnene.....	18
Møtet med svangerskapsomsorgen	19
Språkkompetanse	24
Forventninger til helsestasjonen	25
Informasjon om svangerskap	29
bedre informasjonsformdling: tiltak	37
Referanser	39

FIGURLISTE

Figur 1 Folketallsutvikling, 2000 -2017 og framskriving til 2030 Kilde: Fylkeskommunens kommunestatistikk.....	14
Figur 2 Oversikt antall fødsler i Ulstein kommune 2006 – 2016. Totalt antall og spesifisert prosent andel barn med en eller to utenlandske foreldre. Kilde: Årsmelding Ulstein Helsestasjon.	15
Figur 3 Innvandrere Ulstein kommune fordelt på de 15 største land, 2010, 2016, 2017. Kilde: Møre og Romsdal Fylkeskommune kommunestatistikk	15
Figur 4 Fordeling nasjonalitet (absolutte tall) N=19	18
Figur 5 Botid i Norge. N=19	19
Figur 6 Når i svangerskapet de tok kontakt med helsevesenet N=20.....	20
Figur 7 Hvor kvinnene fikk informasjon om svangerskapsomsorgen N=22.....	20
Figur 8 Bruker du primært jordmor eller lege for svangerskapskontrollene? N=22.....	21
Figur 9 Er det en spesiell grunn til du har valgt lege/jordmor som kontakt? N=19.....	22
Figur 10 Kvinnenes egne vurdering av norskkunnskaper på en skala fra flytende til ingenting N=22	24
Figur 11 Svangerskapsoppfølging i tidligere svangerskap - Norge eller annet land N=11.....	26
Figur 12 I din erfaring med svangerskapsomsorg fra andre land. Er innholdet i tjenestene annerledes? N=10	27
Figur 13 Hvilket språk fikk de informasjon på N= 17	32
Figur 14 Hvilket språk kvinnene benytter når de søker informasjon om svangerskapsoppfølging i Norge? N=19	33
Figur 15 Fordeling, hvilke informasjonskanaler kvinnene benytter for å søke om informasjon generelt (flervalg) N=19	34

INNLEDNING

Dette prosjektet er et forprosjekt som har fokus på informasjonsformidling til gravide innvandrerkvinner. Hovedmålet med forprosjektet er å utvikle en skisse for nye formidlingsverktøy, som kan brukes til å formidle viktig informasjon om bruk av den kommunale svangerskaps- og barselomsorg blant innvandrerkvinner. Innovasjonspotensialet ligger i det å finne nye måter å kommunisere på, og å utvikle skisse til innovative verktøy som kan brukes i den kommunale svangerskaps- og barselomsorgen.

For å oppnå ovennevnte prosjektmål har vi tar forprosjektet tak i følgende utfordringer/delmål:

1. Fremskaffe kunnskap om hvordan innvandrerkvinner bruker helsestasjonens svangerskaps- og barselomsorgstjenester, blant annet deres forventninger til tjenesten.
2. Identifisere nye kommunikasjonsmåter som gir best mulig informasjon til målgruppen og formidlingsverktøy som kan kommunisere budskapet på tvers av både språk og kultur.
3. Identifisere hva som mangler av informasjon om den kommunale svangerskaps- og barselomsorgen, og hva som må kommuniseres for at innvandrerkvinnene kan få best mulig nytte av tjenesten, samtidig som helsestasjonen kan jobbe best mulig mot denne gruppen.
4. Utvikle en skisse til innhold i nye formidlingsverktøy, for eksempel en nettside, informasjonsfilm, trykksaker, plakater osv., som kan brukes aktivt av kommunen for å formidle informasjonen om svangerskaps- og barselomsorgen til målgruppa på en god og formålstjenlig måte.

Dette forprosjektet baserer seg på sosial innovasjon, som handler å utvikle tiltak som fremmer inkludering av marginaliserte grupper (Delica, 2011). Mer spesifikt er sosial innovasjon definert som nye ideer (produkter, tjenester og modeller) som møter sosiale behov, samtidig som de skaper nye sosiale relasjoner eller samarbeidsmåter. Sosial innovasjon er innovasjon som både øker samfunnets handlekraft, og som er bra for samfunnet forøvrig (Murray, Caulier-Grice, & Mulgan, 2012).

Det må presiseres at prosjektet er et forprosjekt, som nettopp har det formålet at forskingen skal bidra til å finne fram til innovative, og effektive kommunikasjonskanaler i den kommunale svangerskapsomsorgen. Konkrete innovasjoner vil først kunne prøves ut gjennom et større prosjekt i neste omgang. Forprosjektet skal danne grunnlaget for det.

BAKGRUNNEN FOR PROSJEKTET

Dagens svangerskapsomsorg i Norge baserer seg på NOU 1984:17 Perinatal omsorg i Norge (Sosialdepartementet, 1984). Der står det at:

«Formålet med svangerskapskontrollen er å sikre at svangerskap og fødsel forløper på en naturlig måte, slik at morens somatiske og psykiske helse, og hennes sosiale velvære, blir best mulig, sikre fosterets helse, slik at det kan fødes levedyktig og uten sykdom eller skade som kunne vært forhindre, oppdage og behandle sykdom og andre helsetruende forhold hos moren, slik at svangerskapet medfører minst mulig risiko for henne og barnet» (Sosialdepartementet, 1984 i Retningslinjer for svangerskapsomsorgen 2005:8).

Det fremgår av sitatet at svangerskapsomsorgen har en helhetlig tilnærming, som ser fysiske, psykiske og sosiale behov i sammenheng. Intensjonen med svangerskapsomsorgen er videre forankret i «Veileder for svangerskapsomsorg for kommunalhelsetjeneste» i 1995 (Statens helsetilsyn, 1995), og igjen i 2005, da daværende Sosial- og helsedirektoratet publiserte «Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Svangerskapsomsorg kan både fremme helse og forebygge sykdom. En god svangerskapsomsorg reduserer risikoen for sykdom og skade blant både nyfødte og mødre, noe som bidrar til å skape en friskere befolkning. For de fleste gravide er graviditet en normal fysiologisk prosess, og de fleste svangerskap ender med frisk mor og friskt barn. Men gravide innvandrerkvinner er overrepresentert i statistikk om svangerskaps- og fødselskomplikasjoner. Det er høyere risiko for hyperemesis, anemi, diabetes, bekkenløsning, samt høyere forekomster av andre komplikasjoner, for eksempel kjønnslemllestelse (Lyberg, Viken, Haruna, & Severinsson, 2012). Derfor er god svangerskapsomsorg spesielt viktig for innvandrerkvinner.

I retningslinjene for svangerskapsomsorgen understreker Helsedirektoratet at god kommunikasjon og formidling er viktig (Sosial- og helsedirektoratet, 2005):

«Svangerskapsomsorgen skal sikre at de om lag 55 000 barn som fødes i Norge årlig skal få en god start på livet. For å oppnå det må tjenesten preges av høy faglig og menneskelig kompetanse, god formidling av kunnskap til den gravide og samfunnet omkring, og være en arena for forståelse, kommunikasjon og støtte».

FLERKULTURELL SVANGERSKAPSOMSORG

Forskning på temaet har vist at kommunikasjon er en av hovedutfordringene som helsestasjonene har med tanke på å kunne gi riktig svangerskapsomsorg til innvandrerkvinner (Lyberg, Viken, Haruna, & Severinsson, 2012). Det er et stort behov for å utvikle nye kommunikasjonskanaler, formidlingsverktøy og metoder for å sørge for at svangerskapsomsorgen kan ytes på en best mulig måte.

En viktig utfordring er knyttet til å ta høyde for de kulturelle møtene som finner sted i en flerkulturell svangerskapsomsorg. Kultur kan forstås som en «mental matrise for handling; summen av alle de erfaringer, kunnskaper og verdier vi bærer med oss, og som vi handler på grunnlag av» (Eriksen og Sajjad 2006: 41). Her er kultur forstått mer i retning av en erfaringsramme som vi trekker veksler på i en situasjon, snarere enn noe som predikerer hvordan en person vil handle i en gitt setting. Denne erfaringsrammen vil påvirke hva vi ser som normalt. Samfunnet vi vokser opp i vil nødvendigvis prege oppfatningen av det vi møter. I dette tilfellet dreier det seg om at forestillinger knyttet til svangerskap, forholdet mellom stat og individ, hvordan helsevesenet er organisert etc. vil påvirke både forventning og evaluering av møtet med svangerskapsomsorgen. Her er det svært sentralt at Norge har et universelt helsevesen, basert på et prinsipp om bosted, som betyr at alle som er lovlige i landet har rett til sosiale stønader, utdanning og helsetjenester. Det norske helsesystemet er også i all hovedsak et offentlig helsesystem, hvor andelen tjenester produsert av ulike former for privat eierskap er liten.

Det er viktig å anerkjenne makten til parten som er på «hjemmebane» i et kulturelt møte (Eriksen og Sajjad, 2004). Det å si sin mening er krevende. For det første forutsetter det at man behersker et relevant språk, samt mestrer de kulturelle kodene for hvordan språket brukes. For det andre må man kunne spillereglene, i den forstand at man må vite *når, hvor og hvordan* man skal gå frem for å fremme krav. Det krever stor kulturell kompetanse i hvordan det offentlige helsevesenet, og svangerskapskontrollen fungerer, for å klare å tyde hva som forventes av en, og å vite hvilke krav man kan stille.

Båtevik et al. (2017) skiller mellom eksplisitte og implisitte forutsetninger for bruk av velferdstjenester. De eksplisitte forutsetningene referer til de spillereglene som er formalisert eller kommunisert, og som i prinsippet er tilgjengelig for alle. Den implisitte forutsetningen for bruk av tjenestene er mindre håndgripelig. Denne typen forutsetninger setter de i sammenheng med Polanyi (1962) sitt begrep *taus kunnskap*, som er erfaringsbasert kunnskap. Det handler altså om kunnskap om hvordan tjenestene brukes i praksis og hvilke forventninger som knyttes til relasjonen mellom bruker og tjenesteyter. Slike spillereglene blir ofte først synlige i de tilfellene man bryter dem.

Båtevik et al. identifiserer tre former for kompetanse som på hvert sitt vis påvirker brukervennligheten til tjenestene og arbeidsinnvandrernes evne til å vinne frem. Den første, *systemkompetanse*, handler om å ha kjennskap til lover, regelverk og fortrolighet med praksis knyttet til bruk. Den andre, *kulturkompetanse*, handler om kjennskap til, og forståelse av, den norske kulturen. Den tredje, *språkkompetanse*, handler om evnen til å kommunisere (ibid:121). Mangelfullt norsk språk er en utfordring både når det gjelder å bruke informasjon og offentlige tjenester, og for å kunne kommunisere med hjelpeapparatet.

Disse tre ulike formene for kompetanse er tett sammenvevd, ettersom systemkompetanse også handler om å knekke kulturelle koder, samt at språkkompetanse handler ikke bare om å lære ord, men vel så mye om å knekke kulturelle koder for hvordan man bruker det norske språk for å kommunisere. Tjenesteyteren kan gjøre tjenestene mer brukervennlige med også å ha fokus på kompetanseutvikling om tjenestene, og bruken av dem, hos de som skal benytte dem.

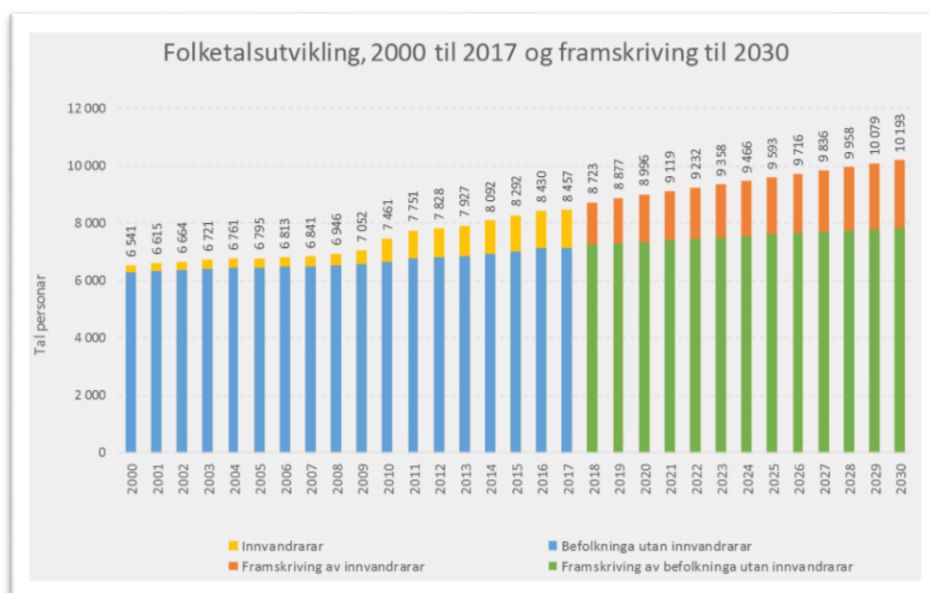
Det er en utfordring for innvandrere at systemene de møter i norske helse- og omsorgstjenester er så ulike systemene i hjemlandet (Båtevik. et.al., 2017). Polske arbeidsinnvandrere oppfatter det norske systemet som «åpent og mindre spesifikt» (ibid:94). I dette ligger det at det norske systemet, hvor fastlegen fungerer som et kontaktpunkt som kanaliserer videre til spesialister, er ukjent og fremmed. I Polen kan man komme raskere til spesialist og man bruker i større grad private tjenester. Forventninger basert hvordan helsetjenesten fungerer i hjemlandet, kan gjøre det vanskelig å forstå kravet om å gå via fastlegen. Det er nødvendig å formidle kunnskaper om hvordan helsetjenestesystemet i Norge fungerer (Båtevik et.al., 2017).

Det er altså viktig å få en forståelse av hvordan innvandrerkvinnene opplever møtet med norsk svangerskapsomsorg, hvilke forventninger de har, og hva som har vært med på å forme disse forventningene. Videre er det viktig å få en forståelse av hvordan de ulike formene for kompetanse, identifisert av Båtevik et al., påvirker opplevelsen av møtet med svangerskapsomsorgen og behovet for informasjon.

ULSTEIN KOMMUNE

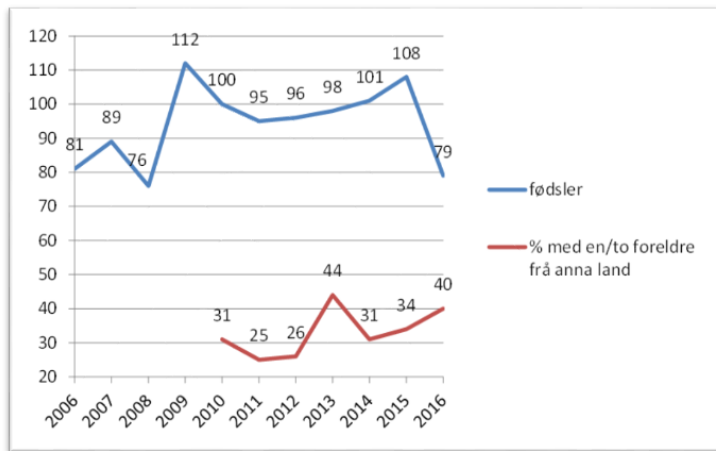
Prosjektet finner sted i Ulstein kommune. Denne kommunen ligger på Sunnmøre i Møre og Romsdal og har 8472 innbyggere pr. 1 mai 2017. Kommuneslagordet «der baug bryt båre» gjenspeiler næringsstrukturen i kommunen, som er spesielt knyttet til den maritime klynga, og særlig verftsindustrien bidrar til at kommunen har mange arbeidsinnvandrere.

Fylkeskommunens kommunestatistikk viser at Ulstein kommune er en kommune som de siste tiårene har hatt en befolkningsvekst over det nasjonale snittet. Figur 1. viser folketallsutvikling og framskriving av folketall for kommunen, med og uten innvandrere.



Figur 1 Folketallsutvikling, 2000 -2017 og framskriving til 2030 Kilde: Fylkeskommunens kommunestatistikk

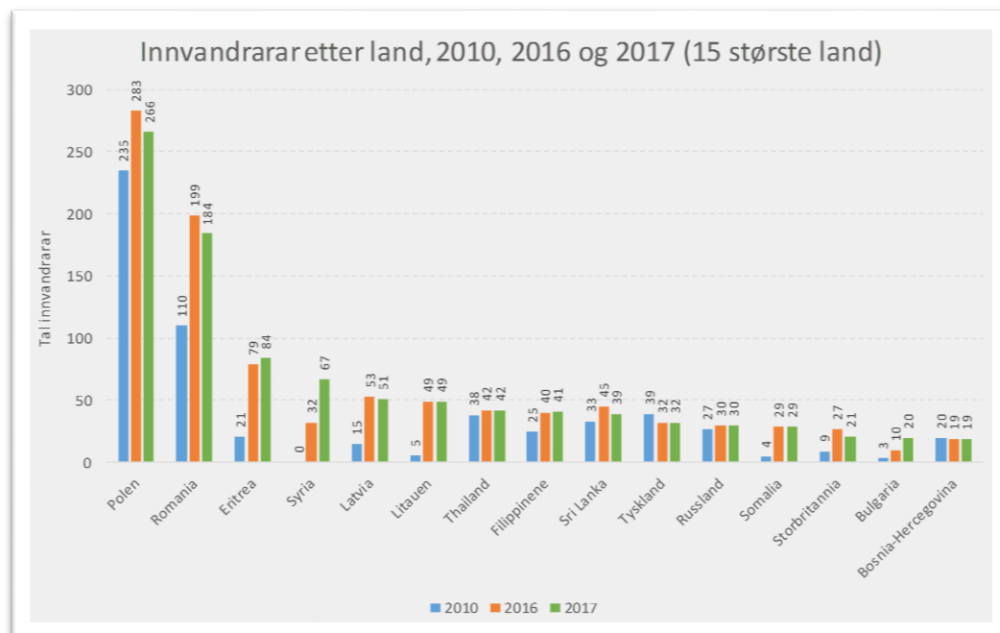
Tallene i Figur 1 viser at innvandrere er svært viktig for befolkningsveksten i Ulstein kommune. Betydningen av innvandring vises også i statistikken over antall fødsler i kommunen. Figur 2 på neste side viser en oversikt over antall fødsler i Ulstein kommune i en tiårsperiode, hvor prosentvis andel av fødsler der barnet har en eller to utenlandske foreldre er spesifisert.



Figur 2 Oversikt antall fødsler i Ulstein kommune 2006 – 2016. Totalt antall og spesifisert prosent andel barn med en eller to utenlandske foreldre. Kilde: Årsmelding Ulstein Helsestasjon.

Figur 2 viser at andelen barn, født i Ulstein kommune, som har en eller to utenlandske foreldre er relativt høy. Av barn fødte i perioden 2014-2016 har 30 – 40 % av barna utenlandsk forelder eller foreldre. Tall for status i år per juli i 2017, viser at det er født 57 barn, mens det var 46 barn på samme tidspunkt i 2016. Blant disse er andelen barn med en eller to foreldre fra andre land nå ca. 30 prosent, mot tidligere år på over 40 prosent. Det er for tidlig på året til å konkludere hvorvidt denne nedgangen peker på en endring eller ei.

Figur 3 nedenfor viser en oversikt over hvor mange innvandrere som, i årene 2010, 2016 og 2017, kommer fra ulike avsenderland, og bare de 15 største avsenderlandene er inkludert her.



Figur 3 Innvandrere Ulstein kommune fordelt på de 15 største land, 2010, 2016, 2017. Kilde: Møre og Romsdal Fylkeskommune kommunestatistikk

Polen og Romania er de desidert største avsenderlandene, og det har sammenheng med arbeidsinnvandring rettet mot arbeid ved verftene i Ulstein kommune. Innvandrere fra Latvia, Litauen etc. er naturlig også å knytte til arbeidsinnvandring. Ellers tar kommunen årlig imot 20 nye flyktninger, og relativt mange av disse kommer fra Eritrea og Syria. Familiegjenforente kommer i tillegg til disse. Søre Sunnmøre asylmottak, som delvis er lokalisert i Ulstein kommune, har 195 plasser. I alt er det altså relativt store grupper innvandrere, som har migrert av ulike årsaker, og fra svært ulike kulturer, som har rett til kommunale helsetjenester i Ulstein.

ULSTEIN HELSESTASJON

Helsestasjonen består av ni helsesøstre og jordmor, samt tilknyttede leger, foreldreveileder og barnevern. Ulstein helsestasjon har 1,2 stillinger til asylhelsetjeneste, og 40 % stilling til flyktninghelsetjeneste. I årsmeldingen fra helsestasjonen blir det poengtert at den er sentral i det tverrfaglige kommunale tilbudet for asylsøkere, blant annet gjennom økt helsesøsterressurs. Det fremheves at informasjonsarbeid og psykisk helse har blitt særlig prioritert av helsestasjonen.

Ulstein er vertskommune for den interkommunale jordmortjenesten for kommunene Hareid, Ulstein og Sande. Herøy var med i dette samarbeidet frem til den 01.01.17. I årsmeldingen trekker helsestasjonen frem spesielt at dette interkommunale samarbeidet er verdifullt for dem, fordi det gir et bredere fagmiljø, samt at det gjør opplæring mer gjennomførbart.

Helsestasjonen tilbyr oppfølging av jordmor i svangerskapet, og av helsesøster i barseltiden. De har også et forsterket tilbud til gravide og småbarnsforeldre som misbruker rusmidler.

Andelen utenlandske gravide gjenspeiles i fødselsstatistikken i kommunen, presentert i figur 2, som viser en gradvis økning av antall fødsler hvor en eller to foreldre har opprinnelse fra et annet land. I 2016 utgjorde det 40 % av de fødende. Det innebærer at den kommunale svangerskapsomsorgen har ansvar for å gi tjenester til gravide med svært ulike bakgrunn og forventninger. I de tilfellene hvor de utenlandske kvinnene ikke snakker norsk eller engelsk, er det etablert praksis å leie inn tolk som pr. telefon bistår i dialogen.

I tillegg til de ordinære svangerskapskontrollene, så satte Ulstein helsestasjon i 2016 i gang med fødselsforberedende kurs for utenlandske gravide. Dette er en type kurs de har også arrangert på tidligere tidspunkt, men det har ikke vært et kontinuerlig tilbud. Det nåværende kurset bestod av tre bolker fordelt på tre ulike kursdager. En første del med informasjon om fødsel (hva skjer, hvor skal man ta kontakt, rutiner på fødeavdelinga, hva som skjer der etc.), en andre del om barseltiden, og en tredje del om amming og samspill. For kurset de hadde i august/september 2016 deltok det seks kvinner, og da etterspurte de tolk på tre språk. I dette kurset hadde de fokus på å gjøre informasjonen mest mulig visuell, blant annet ved å bruke videoer. En slik video, som også vises til andre gravide, er en video om amming.

Den korte omtalen av Ulstein kommune og helsestasjon viser at problemstillingen knyttet til informasjon til utenlandske gravide er viktig. Ikke minst viser det at Ulstein kommune, med en stor andel innvandrere, som representerer svært ulike kulturer, er egnet med tanke på å få nærmere innblikk i disse problemstillingene.

PROSJEKTETS ORGANISERING OG METODISKE TILNÆRMING

Prosjekteier er Ulstein kommune, og Møreforskning er engasjert som FoU partner.

I datainnsamlingen er det brukt ulike metoder, som dokumentstudier, spørreundersøkelse og kvalitative intervju. Kombinasjonen av datainnsamlingsmåter har vært nødvendig for å få best mulig innblikk i hvordan innvandrerkvinnene opplever møtet med svangerskapsomsorgen.

Et spørreskjema har blitt delt ut til 22 kvinner som har vært til svangerskapskontroll eller helsekontroll med spedbarnet sitt i løpet av prosjektperioden våren 2017. Spørreskjemaet har blitt delt ut i papirform av jordmødre og helsesøstre ved Ulstein helsestasjon, og helsepersonell har i de fleste tilfellene fylt ut spørreskjemaet sammen med innvandrerkvinnene. Dette var viktig på grunn av språk, men også fordi noen av kvinnene var analfabet. Møreforskning har i etterkant systematisert og analysert svarene fra undersøkelsen.

Spørreundersøkelsen inneholdt spørsmål om kvinnene og deres bakgrunn, om møtet med svangerskapsomsorgen, om informasjonen de har fått og vaner/preferanser knyttet til informasjonssøk generelt. Undersøkelsen har hatt to formål. For det første har det vært en måte å nå flere i målgruppen enn vi ville gjort gjennom kvalitative intervjuer. For det andre har undersøkelsen gitt viktig informasjon relatert til både utvalg og spørsmål med tanke på de kvalitative intervjuene.

I etterkant av spørreundersøkelsen ble det gjennomført intervju med i alt sju kvinner. To individuelle intervju og de andre i gruppe. Intervjuene varte fra 30 – 40 minutter. Bortimot alle kvinnene som ble intervjuet hadde også deltatt i spørreundersøkelsen. Hovedtema i intervjuene var erfaringer med svangerskapskontrollen, og særlig det som gjaldt informasjon og informasjonsbehov. I og med at en del av kvinnene hadde erfaringer med svangerskap og fødsel fra hjemlandet, ble oppfatninger om det norske helsetilbudet også sett i lys av tidligere erfaringer.

Ulstein Helsestasjon er aktiv part i prosjektet. De har fremskaffet relevante dokumenter om svangerskapsomsorgen i Ulstein kommune, kommentert spørreskjema, bistått kvinnene i å fylle ut spørreskjema, koordinert avtaler for kvalitative intervju (inkl. bestille tolk). Førøvrig har de vært tilgjengelig på intervjudagene, bidratt i diskusjon rundt retning/valg underveis i prosjektet og i diskusjon av betydningen av det som har kommet fram i spørreundersøkelsen og i intervjuene. Med tanke på at prosjektet er et forprosjekt, som primært har som formål å identifisere hva kvinnene trenger informasjon om og hvordan denne informasjonen bør formidles, er det sentralt at helsestasjonen har eierskap til dialogen hvor disse funnene knyttes opp mot deres erfaringer, samt hva som er gjennomførbart sett fra helsestasjonen sitt perspektiv.

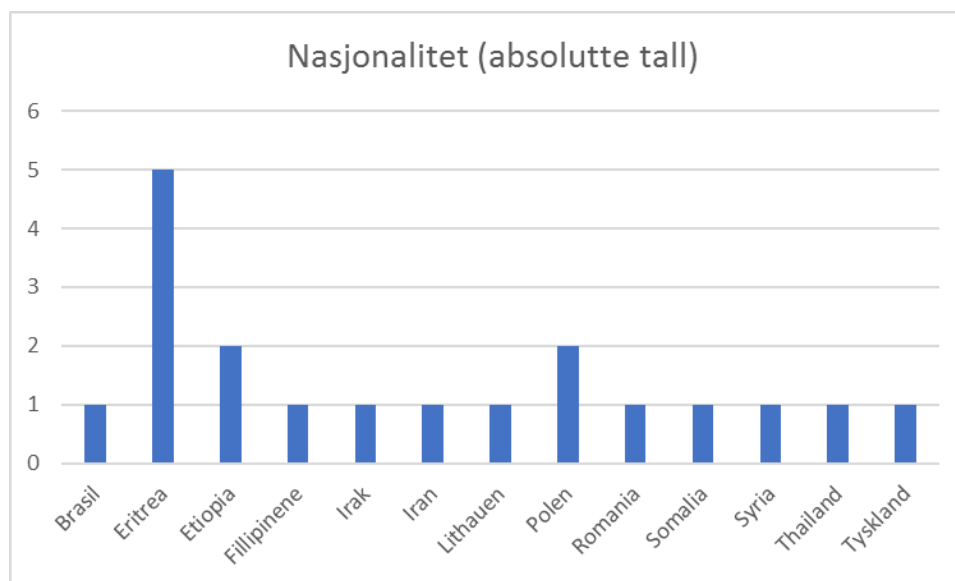
KVINNENES ERFARING MED NORSK SVANGERSKAPSOMSORG

I denne delen av rapporten presenteres funn fra spørreundersøkelsen blant og intervju med innvandrerkvinner. Først presenteres litt bakgrunnsinformasjon om kvinnene. Denne informasjonen er et viktig utgangspunkt for de neste delene som dreier seg om møtet med svangerskapsomsorgen, om dialogen med helsepersonell og om informasjon og informasjonsbehov.

BAKGRUNNSINFORMASJON OM KVINNENE

Her presenteres bakgrunnsdata knyttet til nasjonalitet, sivilstatus og hvor lenge de har vært i Norge.

Ser vi først på nasjonalitet, så var det 19 av de 22 kvinnene som svarte på undersøkelsen som oppga hvor de kom fra. Fordelingen mellom land, i absolutte tall, er vist i figur 4 under.

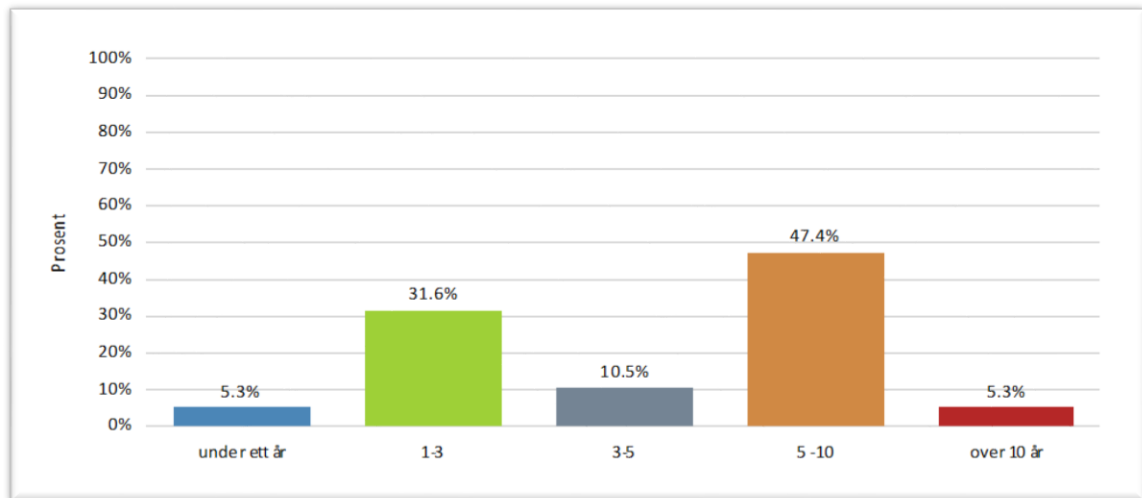


Figur 4 Fordeling nasjonalitet (absolutte tall) N=19

Av figur 4 ser vi at det er stor spredning i nasjonale grupper ettersom kvinnene er fordelt på 13 land, med flest (fem) fra Eritrea. Av kvinnene som deltok i de kvalitative intervjuene var det representanter fra europeiske land, afrikanske land, fra Midtøsten og fra Søramerikanske land. Knappt $\frac{3}{4}$ av kvinnene som svarte på spørreundersøkelsen er mellom 25 og 35 år. I alt 20 av de 22 kvinnene var gift, hvorav fire oppga at de var gift med nordmenn, mens resten hadde ektefelle fra et annet land. De fleste av dem var gift med menn fra eget hjemland.

Halvparten av kvinnene hadde barn fra før, hvorav sju hadde to barn fra før, mens fire av kvinnene hadde ett barn. Alle, bortsett fra ei, som hadde vært gravid før, svarte at de hadde hatt regelmessig oppfølging under tidligere svangerskap.

Figur 5 nedenfor viser hvor lenge kvinnene har bodd i Norge.



Figur 5 Botid i Norge. N=19

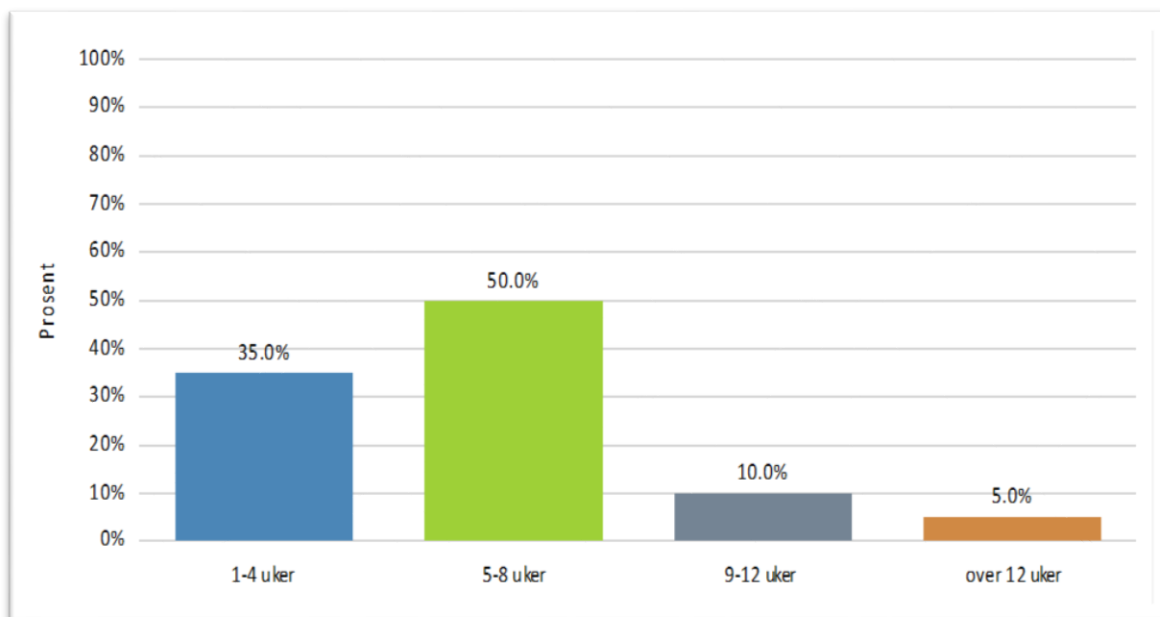
Over halvparten av kvinnene hadde bodd fem år eller mer i Norge. Samtidig er det kun sju av kvinnene som har bodd i Norge under 3 år. Det vil si at de aller fleste av kvinnene som deltok i undersøkelsen har bodd i Norge en god stund.

MØTET MED SVANGERSKAPSOMSORGEN

For å forstå kvinnenes behov for informasjon, er det viktig å få en forståelse av deres erfaringer med norsk svangerskapsomsorg, sett i lys av kvinnenes forventninger. For å få kunnskap om dette snakket vi med kvinnene om hvordan de kom i kontakt med ulike instanser som har en rolle i svangerskapsomsorgen, hvordan de fant informasjon om tilbudet, og om deres forventning til, og erfaringer med, svangerskapstilbudet.

FØRSTE KONTAKT

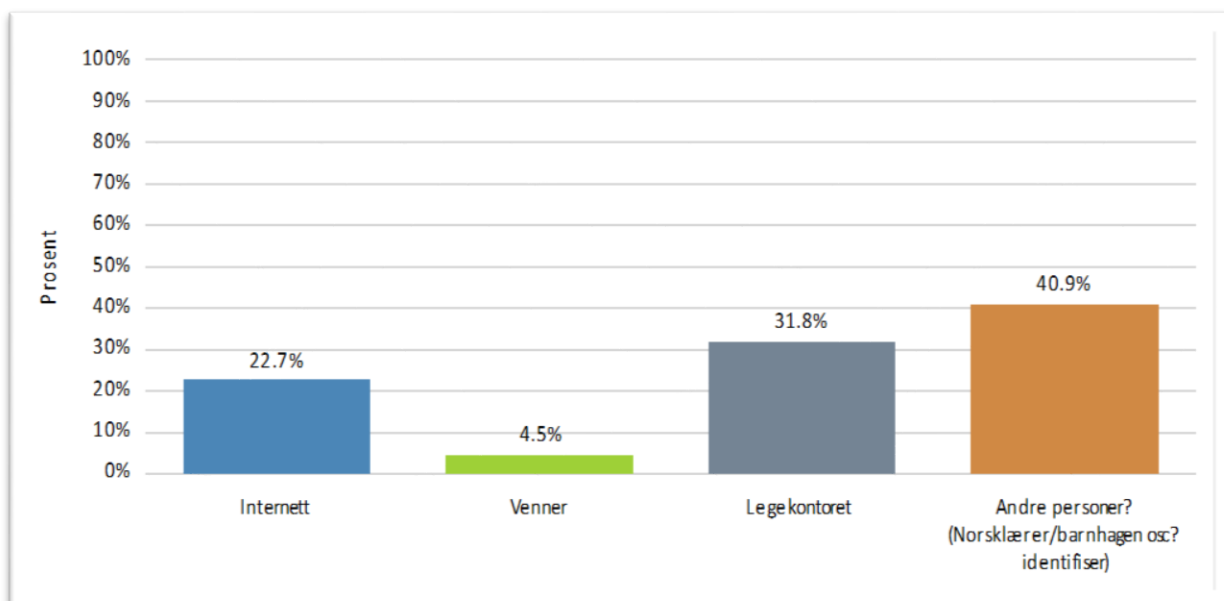
Samtlige av kvinnene kunne fortelle at de hadde fulgt alle kontroller under svangerskapet. Som det fremgår av figur 6, så ble de aller fleste tidlig innlemmet i svangerskapsomsorgen.



Figur 6 Når i svangerskapet de tok kontakt med helsevesenet N=20

De aller fleste tok kontakt på eget initiativ, mens knapt en fjerdedel oppgir at de ble oppfordret til det. Undersøkelsen viser at flesteparten av kvinnene, når de oppdager at de er gravide, først tar kontakt med legen, og ikke med jordmor eller helsesøster.

Figur 7 nedenfor viser hvor/fra hvem kvinnene fikk informasjonen om helsetjenesten:

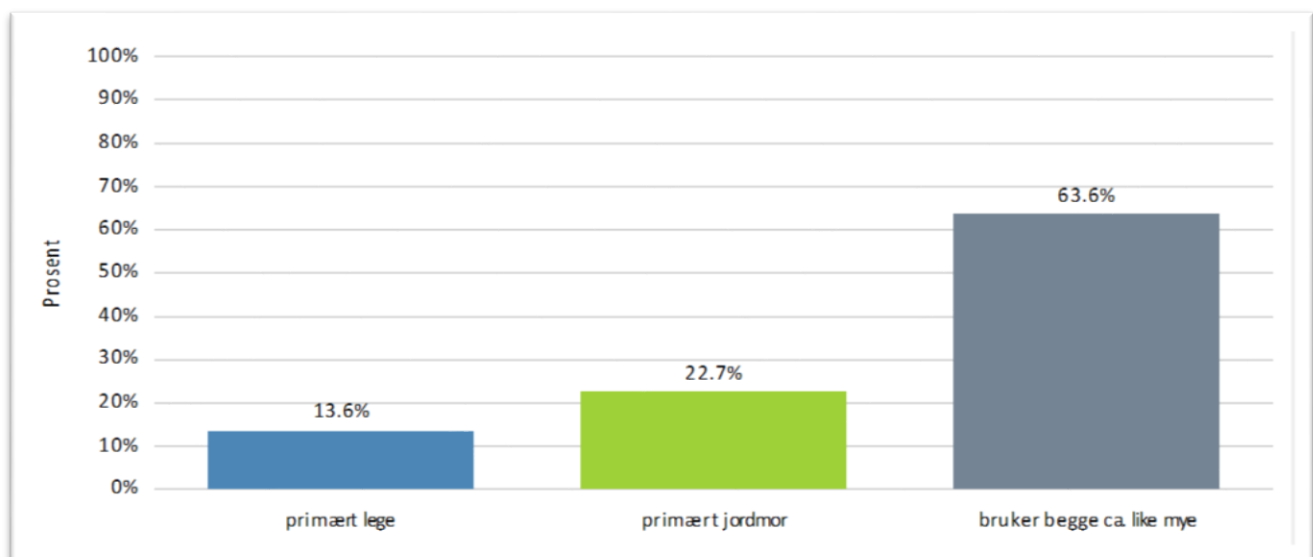


Figur 7 Hvor kvinnene fikk informasjon om svangerskapsomsorgen N=22

I diskusjonen av fordelingen i figur 7, er det nødvendig å nevne at kvinnene hadde forstått spørsmålet ulikt. Noen hadde svart med utgangspunkt i hvor de først lærte om den norske helsetjenesten, mens andre hadde tatt utgangspunkt i hvem som hadde vært involvert. Det viktige i denne figuren er imidlertid variasjonen, og særlig det som ligger i kategorien «andre personer». Her kommer det frem at ansatte ved asylmottaket, flyktningkontoret og helsesøster med ansvar for flyktninger har vært viktige for at de fikk kontakt med svangerskapsomsorgen.

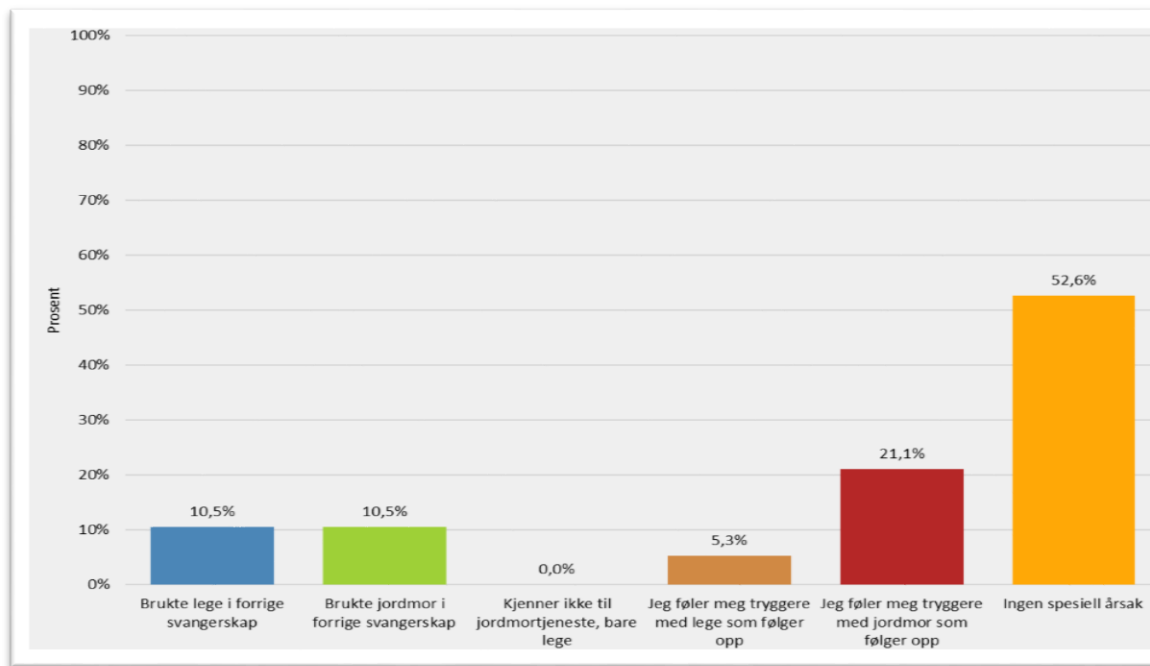
OPPFØLGING UNDERVEIS

Når kvinnene først har kontakt med svangerskapsomsorgen, så kan både lege og jordmor følge dem opp. Kvinnene kan i stor grad velge selv hvem de vil gå til. Det neste spørsmålet dreide seg derfor om hvem de hadde gått til svangerskapskontroll hos.



Figur 8 Bruker du primært jordmor eller lege for svangerskapskontrollene? N=22

Figur 8 viser at godt over halvparten av de gravide kvinnene, har brukt jordmor og lege cirka like mye i løpet av svangerskapet, mens 6 primært har brukt jordmor og 3 primært har brukt lege. At så pass stor andel har brukt lege og jordmor i om lag samme omfang, kan henge sammen med at helsestasjonen oppfordrer gravide til å ta annenhver kontroll hos henholdsvis lege og jordmor, hvis ikke den gravide har andre ønsker. Vi spurte også om det var en spesiell årsak til de hadde gått til lege, jordmor eller begge. Svarene er fremstilt i figur 9.



Figur 9 Er det en spesiell grunn til du har valgt lege/jordmor som kontakt? N=19

Om lag halvparten av kvinnene gir uttrykk for at det ikke var en spesiell årsak til at de hadde valgt som de gjorde med tanke på om det var jordmor og/eller lege som fulgte opp svangerskapet.

I de kvalitative intervjuet, så sier også de fleste av kvinnene at de hadde gått både til lege og jordmor. De presiserer imidlertid at kontrollen hos lege og jordmor arter seg på ulike måter. Samhandlingen med jordmor blir opplevd som helhetlig og preget av omsorg, mens besøk hos legen er beskrevet som et mer strukturert opplegg, der den fysiske tilstanden hos mor og barn er mest vektlagt. En av kvinnene forteller at hun foretrekker å gå til jordmor fordi det gir mer personlig kontakt enn hos legen. Denne omsorgsdimensjonen blir poengtert i flere av intervjuene. En av kvinnene ga uttrykk for dette gjennom å trekke frem skillet mellom hennes hjemland Syria og svangerskapsomsorgen i Norge. Hun mente at tilnærmingen man hadde til svangerskapsomsorg i Norge hadde enormt mye si for hennes livskvalitet, inkludert fysisk helse, under svangerskapet, men også for fødselsopplevelsen og for måten hun og familien kunne ta imot det nyfødte barnet på. Med andre ord viser dette at svangerskapsomsorgen er viktig i et forebyggende perspektiv, fordi det reduserer faren for sykdom i svangerskapet, bidrar til en tryggere fødsel og en mer harmonisk start på livet for barnet. Hun hadde to tidligere fødsler bak seg og tidligere erfaringer, som hadde vært svært ubehagelige, gjorde henne oppmerksom på hvor mye svangerskapsomsorgen i Norge betød for henne, for barnet og resten av familien.

En av innvandrerkvinnene beskrev det fødselsforberedende kurset, som helsestasjonene tilbyr, som veldig bra, blant annet fordi det ble gitt opplæring av praktisk art, som for eksempel hvordan man bytter bleier.

Vi spurte kvinnene om partneren hadde vært med på svangerskapskontrollene eller om de gikk alene. Ingen av partnerne hadde vært med på alle, og det var ofte kontroller med ultralyd som ble prioritert at far til barnet var med på. En av kvinnene nevnte imidlertid at hun fikk ekstra nytte av kontroller far hadde vært med på, fordi han kunne hjelpe henne med å forstå det som ble sagt, og poenget med det som ble formidlet ble dermed tydeligere for henne. Dermed fikk hun og familien et bedre utgangspunkt for å følge opp det som ble tatt opp, og råd som ble gitt. At far/partner ikke var med på alle kontrollene, handlet om at de var i arbeid og på skole, og i liten grad om at det ikke var aktuelt av andre grunner.

DIALOGEN MED HELSEPERSONELL

Kvinnene erfarer at kommunikasjonen med helsepersonell har gått fint og at det er passelig antall kontroller, og de mener de har blitt godt ivaretatt og at jordmor og lege forstår hvilke behov de har.

En av kvinnene nevnte imidlertid at hun var litt kritisk til manglende oppfølging i forbindelse med at hun hadde vært veldig dårlig i starten av svangerskapet. Hun hadde flere opplevelser i svangerskapet som hun selv oppfattet som unormale, men der helsepersonell mente det var innenfor det som er normalt. Hun viste tydelig, både med ord og kroppsspråk, at dette hadde vært krevende. Et interessant spørsmål er hvorvidt kommunikasjonsvansker mellom henne og helsepersonell kan ha hatt betydning. Enten i den forstand at en del har blitt tapt i oversettelsen knyttet til symptomer, eller at språkproblemer har gjort det vanskelig for helsepersonell å nå fram med sitt egentlige budskap. En av de andre kvinnene nevner også at hun ikke var like fornøyd med alle rådene hun fikk, og nevner spesifikt råd knyttet til sykehusvalg og enkelte kostholdsråd.

Vi spurte kvinnene om de stiller spørsmål underveis i en svangerskapskontroll, og de sier at de spør hvis de lurer på noe. Kvinnene bekrefter at de hadde forberedt spørsmål på forhånd. De ga tilbakemelding om at de synes det var lett å spørre helsepersonell hvis de lurte på noe. En av kvinnene var imidlertid opptatt av at selv om hun fikk informasjonen hun ville, så følte hun at hun måtte spørre for å få den. Hun formidlet det slik:

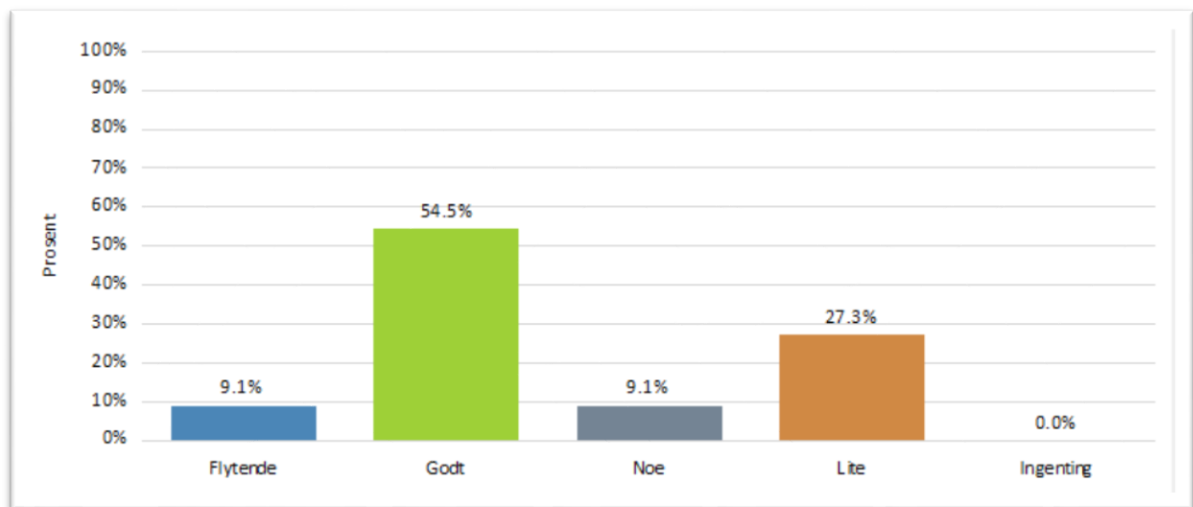
«Jeg forstår det slik at nordmenn er ganske forsiktig, så vil ikke på en måte presse for mye. Påtrengte ... På en annen kultur og sånn da ... Men jeg tror at de som jobber i helse må forstå litt hvordan de andre kulturer er, for å hjelpe de litt på sin måte å se ting på. Fordi, vi forventer kanskje å få litt mer informasjon og litt mer konkret».

Kvinnene har naturlig nok forskjellige erfaringer, men en felles erfaring er at de synes de spør og at de mener det er lett å spørre om de lurer på noe. En av helsesøstrene, som jobber mye med asylsøkere, formidler i en diskusjon av foreløpige funn en litt annen erfaring. Hennes opplevelse er at kvinnene ikke stiller mange spørsmål. Det er selvsagt mulig at begge deler kan være riktig. At kvinnene opplever at de spør om det de trenger å spørre om, mens helsesøsteren mener at innvandrerkvinner, sammenlignet med andre gravide, stiller færre spørsmål. Hvis det er slik at det er en kulturforskjell knyttet til forventning om hvem som skal ta ansvar for initiativ i dialogen

mellom gravid og helsepersonell, så er det mulig at kvinnene i noen tilfeller ikke får den informasjonen de trenger, fordi de ikke spør.

SPRÅKKOMPETANSE

De fleste kvinnene i vår undersøkelse hadde bodd i Norge i fem år eller lenger, og det gjenspeilte seg i deres egen vurdering av norskkunnskaper. Figur 10 viser kvinnenes egen vurdering av sine norskkunnskaper på en skala fra flytende til ingenting.



Figur 10 Kvinnenes egne vurdering av norskkunnskaper på en skala fra flytende til ingenting N=22

I alt 12 av kvinnene vurderte sine norskkunnskaper som gode, mens to kvinner vurderte at de snakket norsk flytende. Over halvparten av kvinnene mener altså de behersker norsk relativt godt, og det kan være grunnen til at det bare var sju av kvinnene som brukte tolk i samhandlingen med helsestasjonen. Samtlige som hadde brukt tolk svarte at de mente tolken hadde bidratt til god dialog med helsepersonell.

Alle kvinnene gir, både i spørreundersøkelsen og intervjuene, uttrykk for at kommunikasjonen med helsepersonell gikk greit, og at språk ikke var noen stor utfordring. En av kvinnene nevner derimot at språk hadde tidvis vært krevende for henne, fordi hun hadde hatt oppfølging på sykehuset, og dermed hadde vært i kontakt med mange ulike personer i løpet av svangerskapet. Hun sa at det var krevende å forstå, fordi alle hun møtte snakket norsk på forskjellige måter.

Kvinnene som har brukt tolk sier at kommunikasjonen med helsepersonell via tolk har gått veldig fint og at de har fått informasjonen de trengte. Men når vi spør om det er informasjon de kunne ønske seg, så svarer to av dem at informasjonsbrosjyrer med informasjon på eget språk trolig hadde vært nyttig. Med andre ord kan det tyde på at kommunikasjonsutfordringer knyttet til språk trolig er større enn det kvinnene gir uttrykk for i første omgang når de blir spurt om eventuelle språkbarrierer i kommunikasjonen med norsk helsevesen.

I intervjuene, særlig de som foregikk med tolk, og i arbeidet med å tolke svarene på spørreskjemaene ser vi at språk nok er en langt større utfordring enn hva som kommer frem gjennom de presenterte tallene i figur 10. I svarene på spørreskjema ser vi at spørsmålet ved flere anledninger er misforstått og at svaret ikke helt samsvarer med det som spørres om. På samme måte opplevde vi det tidvis som krevende å få til en god dialog via tolk. Det ble en del misforståelser, noen spørsmål måtte stilles på nytt, på andre måter og et par av spørsmålene måtte vi gi helt slipp på. Dette var særlig krevende i ett av intervjuene. I etterkant av dette spesielt vanskelige intervjuet, tok vi opp temaet om dialog via tolk med en av helsesøstrene. I følge henne var også hennes opplevelse av kommunikasjon via tolk svært varierende. Noen ganger fungerte det veldig godt og andre ganger fungerte det dårlig. Det er ikke etablert rutiner for å sikre kvaliteten på tolkene, men de får etter hvert erfaring med hvilke tolker som fungerer bra og hvilke som fungerer mindre bra, gir tilbakemelding til tolkefirmaet om dette. Når vi så spurte hvordan de erfarte kommunikasjonen, kommenterte helsesøsteren at det hadde kanskje noe å gjøre med hvem som satt med ansvaret i dialogen. Altså, at det var helsesøsteren som satt på informasjon som måtte formidles, og derfor også var den som satt igjen med bekymring over at det som ble forsøkt kommunisert ikke ble helt oppfattet.

Vårt inntrykk er derfor at språk er en større utfordring i svangerskapsomsorgen enn innvandrerkvinnene i første omgang formidler at det er. Et spørsmål da er hvorvidt manglende opplevelse av språkutfordringer som et problem handler om hvilke forventninger de har til hva tilbudet skal være. For å kunne svare på det er det nødvendig å se nærmere på hva kvinnene kommuniserte av forventninger.

FORVENTNINGER TIL HELSESTASJONEN

På spørsmål om hva de forventet av helsetjenestene var det klart at en del ikke hadde spesielle forventninger, og av dem som hadde forventninger, var det ofte knyttet til kontroll av helse/utvikling hos mor og barn. Noen elementer som kom opp knyttet til praktisk oppfølging var blodprøver, måltid, utvikling i svangerskapet etc. Samt rett og slett få kunnskap om hva svangerskapet innebærer. Andre var opptatt av ekstra oppfølging på grunn av tidligere komplikasjoner. En av kvinnene nevner spesielt omsorg og trøst, fordi hun hadde hatt problemer i tidligere svangerskap. Kvinnene svarer videre at tilbudet har samsvart med eventuelle forventninger de har hatt, og at det har vært positivt. Men en av kvinnene kunne ønske tettere oppfølging etter fødsel, og flere kontroller med bruk av ultralyd. Dette er begge forslag som kommer frem i lys av sammenligninger med hjemlandet.

På spørsmål i spørreundersøkelsen om det var noe ved tilbudet de ikke hadde forventet, er det 14 kvinner som svarer, hvorav sju bekreftet at det var som forventet og at det var positivt. De kvalitative intervjuene ga anledning til å få utdypet det som kom fram i spørreundersøkelsen, og her fikk kvinnene spørsmål om det var tema de hadde blitt overrasket over ble tatt opp på kontrollene, og om det var tema de gjerne skulle snakket om som ikke ble tatt opp. En av kvinnene nevnte at hun hadde blitt overrasket over spørsmål knyttet til om man hadde vært utsatt for overgrep. Hun sa at dette hadde hun ikke kjennskap til var tema i hjemlandet, og hun hadde blitt veldig overrasket over at det ble nevnt. Men i ettertid hadde hun tenkt at det var fint at alle ble spurt om det. Et annet tema de ikke var vant til fra hjemlandet var påkledning av

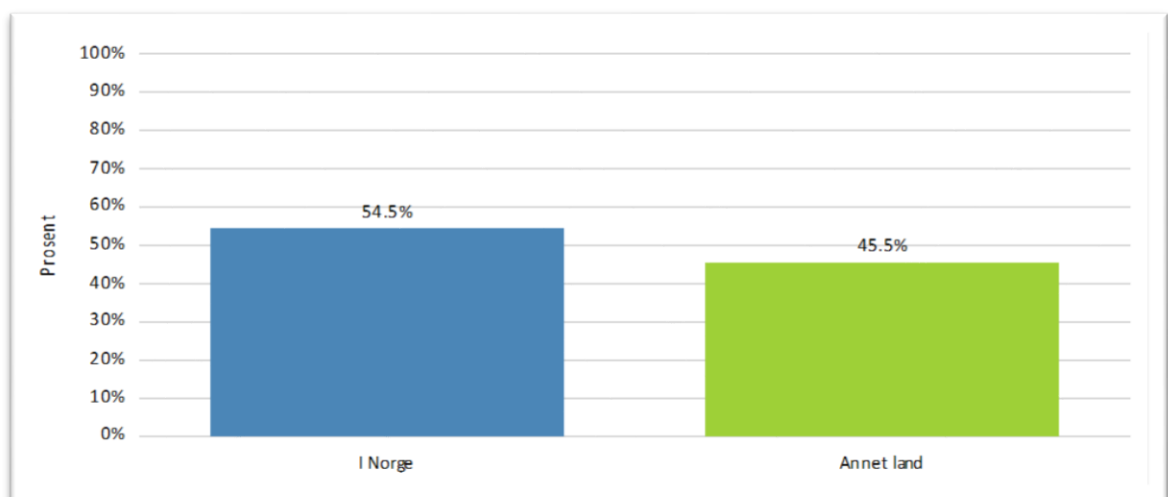
barnet. Dette ga de inntrykk av at var pussig, men for det meste positivt. En annen nevner spørsmål knyttet til om hun selv var omskåret og spørsmål om hun ville omskjære barnet sitt, hvis hun fikk en datter. Hun nevner samtidig at hun var glad for at dette ble tatt opp. Det var også flere av kvinnene som nevnte likestilling spesifikt. Noen kommenterte at de satt pris på at det var et tema på kontrollene, og mente det vil være et aktuelt tema å omtale i eventuelt nytt informasjonsmateriell/opplegg knyttet til svangerskapskontrollen.

Hos de fleste av kvinnene blir både positive og negative element sett i lys av hjemlandet. Båtevik et. al, (2017), sier at selv om svangerskapsomsorgen er en av de velferdstjenestene som fungerer godt i møte med arbeidsinnvandrerne de studerer, så kan det være utfordringer knyttet til at det er ulike forventninger til hva tjenesten skal være. Et konkret eksempel forskerne trekker frem er kulturelle forskjeller mellom hvor man drar grensen mellom foreldrenes ansvar og helsepersonellens. Noen reagerer på spørsmål knyttet til samspill med barnet. For å bedre forstå innvandrernes forventninger, er det derfor nødvendig å se litt nærmere på hvilken erfaring kvinnene hadde med seg fra andre land.

ERFARING FRA SVANGERSKAPSOMSORG I ANDRE LAND OG FORVENTNINGER TIL NORSK SVANGERSKAPSOMSORG

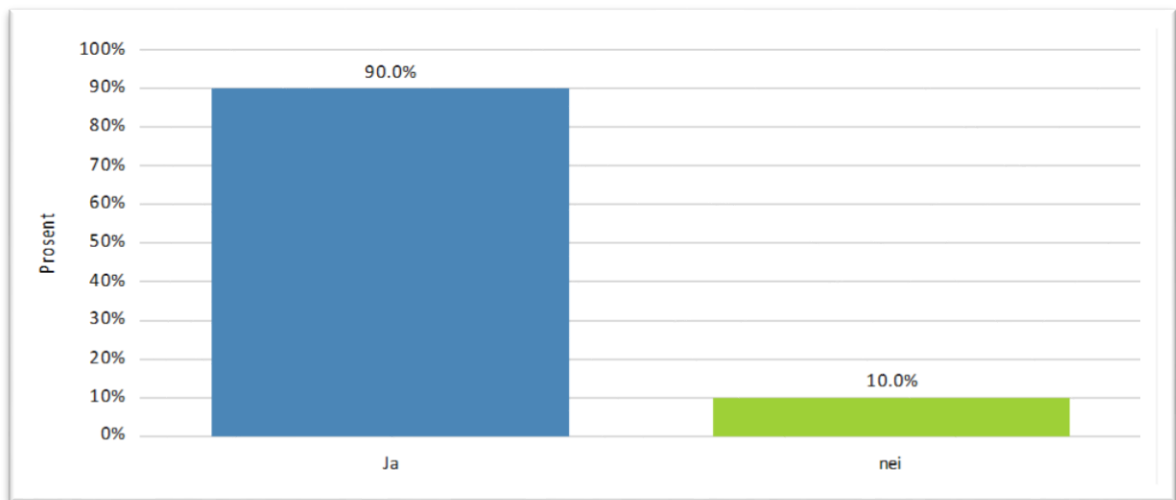
Veldig mange av innvandrerkvinnene hadde, uavhengig av tidligere svangerskap, en viss idé om hva som var vanlig praksis i hjemlandet. De fleste sammenlignet derfor den norske svangerskapsomsorgen med det de kunne forvente der de kom fra. Vi vil derfor se litt nærmere på hvilke erfaringer kvinnene hadde med seg, og hva forventningene gjorde med deres vurdering av svangerskapsomsorgen i Norge.

Som nevnt hadde halvparten av kvinnene barn fra før. Figur 11 viser hvor mange av kvinnene som var i Norge og hvor mange som var i annet land under forrige graviditet.



Figur 11 Svangerskapsoppfølging i tidligere svangerskap - Norge eller annet land N=11

Knapt halvparten av kvinnene hadde erfaring fra svangerskapskontroll fra andre land, som blant andre Eritrea, Syria, Libanon, Etiopia, Sudan og Irak.



Figur 12 I din erfaring med svangerskapsomsorg fra andre land. Er innholdet i tjenestene annerledes? N=10

Nær alle kvinnene svarte at svangerskapsomsorgen i deres hjemland var annerledes enn den de fikk i Norge. Mens noen kommenterte at det var færre kontroller, kommenterte andre at kontrollene var hyppigere. Ellers ble følgende element nevnt når kvinnene ble bedt om å spesifisere hvilke ulikheter de kjente til:

- Her i Norge er mykje omsorg og god kontroll i heile svangerskap synes eg, ikkje i andre land, også er det heilt gratis
- Litt oftere kontroll på slutten av svangerskapet i Norge
- I Tyskland har de fleste mødrene ei "fast" jordmor som følger svangerskapet, blir med på fødselen og følge opp dei første månadane etter fødselen, dette gir stor trygghet
- Det er flere ultralydundersøkelser
- Svangerskapskontroll kun hos gynekolog. Kontroll fra første dag du får vite at du er gravid. Tilbud om ultralyd uke 13
- I Norge synes jeg det er for lite oppfølging. Allmennlege har ofte for lite kunnskap
- Svangerskapet fører bare gynekolog
- Går oftere til kontroll. Lege snakker/informerer på en slik måte at mødrene blir engstelige og vil gå oftere til lege/ultralyd. Oftere sectio. Dette er slik fordi legene vil tjene penger. Ikke gratis, koster penger.
- Ikke gratis, store kostnader
- Var til lege helt i starten for å få konstatert graviditeten. Tror ikkje eg vart undersøkt eller tatt blodprøver av. Legen antok graviditet pga at menses uteble.
- Kjenner meg tryggere her, mye bedre. Stolte ikke på legene i Irak. Var for eks. operert 2 ganger i Irak (keisersnitt) og hadde mye vondt lenge etterpå. Her i Norge har jeg ikke vondt etterpå. Etter tre dager var jeg helt frisk
- Det er tre obligatoriske ultralyder i Polen (11-12 uker, 19 uker, 30 uker). Du kan sjekke om barnet har Downs syndrom. Du har lov til abort bare hvis barnet er sykt, foreks. har Downs syndrom. Det er mer blodprøver (for eks. å sjekke thyroïdormoner er obligatorisk i svangerskap).

Ut fra elementene kvinnene tar opp ser vi at det er store forskjeller knyttet til hvem som har ansvar (spesialist eller generalist), innholdet i tjenestene og om det er privat eller offentlig. Mens det første spørsmålet i spørreundersøkelsen om dette temaet var formulert verdinøytralt, «Kan

du nevne eksempler på slike ulikheter?»), ble kvinnene senere spurt om de kunne gi eksempler på andre positivt/negative forskjeller i svangerskapsomsorgen mellom Norge og hjemlandet. Følgende forskjeller ble nevnt:

- Fødselen var bedre i Eritrea
- Bra med Norge: Gratis, oppmerksomme, tilgjengelighet
- Ingenting var like bra som det vi fikk i Norge
- Mye bedre her i Norge

Det fremgår av svarene at selv om det var sider ved svangerskapsomsorgen i hjemlandet som noen savnet i norsk svangerskapsomsorg, som for eksempel flere ultralydkontroller, så er hovedinntrykket at kvinnene er svært tilfredse med norsk svangerskapsomsorg og med møtene de har hatt hos jordmor, helsesøster og lege. Det er verdt å merke seg at innvandrerkvinnene er svært positive til at svangerskapsomsorgen (og andre helsetjenester) i Norge er gratis og offentlig. Mange av kvinnene hadde ikke kjennskap til norsk svangerskapsomsorg da de kom til første legetime. For noen kom det som en overraskelse at tilbudet er gratis. Dette kan bety at det er grunn til å vurdere om det i starten av graviditeten er mulig å gi mer informasjon om opplegget for hele svangerskapsomsorgen, og gjerne inkludert å informere om eventuelle forskjeller mellom helsetilbudet/svangerskapsomsorgen i landet kvinnene kommer fra og det de vil møte som gravide i Norge.

I det store og det hele ga kvinnene uttrykk for at det var mange forskjeller mellom systemet i deres hjemland og det de har møtt i Norge, og for disse kvinnene, spesifikt i Ulstein. Et konkret eksempel på hvor kulturelle forskjeller kom til uttrykk var knyttet til mat. Flere av kvinnene nevner at det er forskjeller i kostholdsrådene mellom hjemlandet og Norge. Særlig en av kvinnene er opptatt av dette. Hun sier at hvis man søker på nettet, er det mange ulike meninger om hva man bør og ikke bør spise, i tillegg er det forskjellige kostholdsråd fra land til land. Hun vet ikke hva som er årsaken til at rådene er så ulike, også når det gjelder samme type matvare. Hun er usikker på om det er fordi matvaren faktisk har ulikt innhold i ulike land, eller om kostholdsrådene handler om at det er varierende oppfatninger knyttet til om en spesifikk matvare er bra for mor og barn. Hun opplever at hun blir usikker når hennes hjemland og Norge har ulike råd relatert til samme matvare.

I hvilken grad kvinnene er fornøyde eller misfornøyde med ulike sider ved norsk svangerskapsomsorg, har i de fleste tilfellene sammenheng med at de sammenligner med erfaringer fra hjemlandet. For eksempel, så sier ei av kvinnene at det er svært tett oppfølging i Norge sammenlignet med hennes hjemland, der mange dør under graviditet, blant annet på grunn av dårlig oppfølging i svangerskapet. Ei svarer at hun er negativ til å gå over termin, ei annen er skeptisk til naturlig fødsel av store barn. Erfaringer fra hjemlandet, kan være et viktig utgangspunkt for disse vurderingene. Hva som i Norge blir oppfattet som et normalt svangerskap og en normal fødsel kan være svært forskjellig fra det som vurderes som normalt i landet kvinnene kommer fra. Informasjonen som blir gitt i løpet av svangerskapet må ta hensyn til slike forskjeller.

INFORMASJON OM SVANGERSKAP

Et viktig formål med dette forprosjektet er å få bedre kunnskap om informasjonsformidling – hva kvinnene får av informasjon, hvilken informasjon de ønsker og hvordan de søker informasjon. Intensjonen er å bruke denne kunnskapen til å skissere løsninger for informasjonsformidling som er bedre tilpasset kvinnes behov og dermed kan bidra til bedre svangerskap, bedre svangerskapsoppfølging og bedre fødsler.

Hovedinntrykket er at kvinnene stort sett er fornøyd med informasjonen de får fra helsepersonell i svangerskapsomsorgen. I alt 21 av kvinnene svarte på et spørsmål om informasjonen var tilpasset det de trengte, hvorav 20 bekreftet det. I de kvalitative intervjuene kom det derimot opp en del element som kvinnene ønsket mer informasjon om. En av kvinnene sa hun ønsket mer informasjon om hva svangerskapskontrollen bestod av. Hun sa at informasjonen fra helsestasjonen om kontrollrutiner knyttet til barsel – og småbarnstiden er veldig god, med at kvinnene fikk mindre informasjon om rutiner som gjelder svangerskapsomsorgen. Kvinnen som tok det opp nevnte spesifikt at informasjonen gjerne kunne være i form av en brosjyre som ble delt ut av legen ved første besøk. Samme kvinne vurderte det også som nyttig å ha en informasjonsbrosjyre som var tilgjengelig for eksempel på en internasjonal kafe, for å nå de som ikke tok kontakt med en gang. På spørsmål om hva denne brosjyren kunne inneholde nevnte hun: informasjon om tilbudet i Ulstein kommune, at kontrollene var gratis, og kanskje bilde av jordmor for å gjøre det mer personlig og tryggere.

Diskusjonen med kvinnene gir indikasjon på at informasjonen til gravide bør inkludere informasjon om barnehage, støtteordninger o.l. Slik informasjon blir gitt i barselgrupper, men innvandrerkvinnene deltar i liten grad i disse gruppene, og går dermed glipp av denne informasjonen.

Videre ble kvinnene spurt om de hadde mottatt skriftlig informasjon, og 17 av de 20 kvinnene som svarte på spørsmålet bekreftet at de hadde fått det. Vi bad kvinnene om å spesifisere hvilken type skriftlig informasjon de fikk, og det er interessant å legge merke til den store variasjonen i hvilken type informasjon kvinnene vektla;

- Måltid, amming, film, handling info babyklær, annen info også, all info
- Om graviditet, fødsel, svangerskapsomsorg
- Jeg fikk informasjon om fødsel
- Diverse brosjyrar, magasin, svangerskapsboka fra godboka
- Om kosthold, svangerskapskontroll, graviditet- Fikk informasjon om alt jeg trengte
- Svangerskapsboka, bok om amming, en masse brosjyrer
- Om Rh- gravid
- Jeg har fått babybok og kostholdbok
- Korleis kontakte sykehus, kva ein gjer når fødselen starter
- Film, brosjyre, kalender
- Svangerskapsprosess og fødsel
- Hvordan ta kontakt med sjukehus

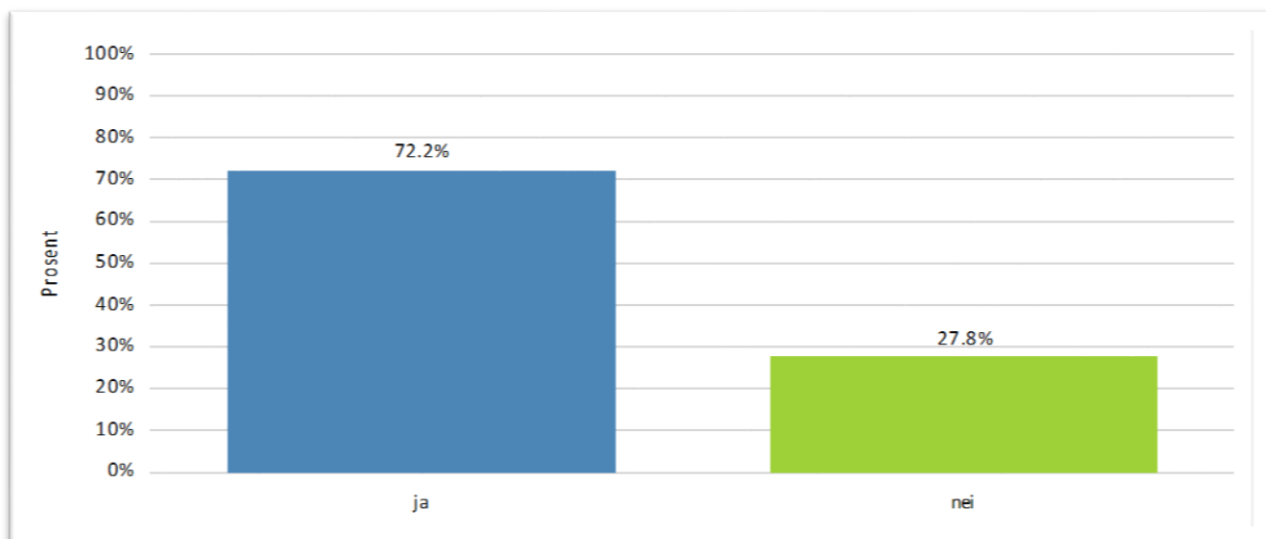
- Et hefte de registrerte alt i. Jeg tok det med hver gang
- Fødsel
- Helsestasjon, legen og sjukehus
- Bok om svangerskap, om barn
- Informasjon om fødsel

Det fremgår av svarene over, hvor hvert punkt representerer hver av de 17 kvinnene som har svart, at de vektlegger helt forskjellig type informasjon. Spørsmålet kan være om de svarer ut fra hva de opplever som viktigst av det de har fått, eller om svaret viser til hvilken skriftlig informasjon de faktisk har fått.

Alle kvinnene mente at informasjonen de hadde fått var nyttig. Noen fant informasjonen nyttig fordi de lærte noe nytt eller fordi de fikk bekreftet det de trodde var riktig. Informasjon om amming ble trukket frem spesielt, samt informasjon om særlige hensyn en måtte ta på grunn av underliggende helseutfordringer. Svangerskapsboka ble nevnt av flere. Et sentralt aspekt, som en av kvinnene kommenterer, er at denne boka hjalp henne å lære norske ord om svangerskap som gjorde det lettere for henne å kommunisere med jordmor og lege. I etterkant av intervjuet ser vi at det er uklart om hun mente den tradisjonelle svangerskapsboka eller Helsedirektoratet sitt hefte «*Er du gravid? Venter dere barn? Graviditet, fødsel og barseltid i Norge*». Dette heftet inneholder en del ord og uttrykk om svangerskap, fødsel og barseltid, samt litt praktisk informasjon i tekstform. Det finnes blant annet på norsk, engelsk, somali, russisk, farsi, arabisk.

Inntrykket av at kvinnene var fornøyd med informasjonen de fikk, ble forsterket ved svarene de gav på spørsmålet om det var noe de skulle visst mer om. Dette var et åpent felt, der de fleste formidlet at det ikke var noe spesielt de skulle visst mer om. Det som ble nevnt, var at noen gjerne skulle visst mer om det norske barnehagesystemet, permisjonstilbud, norsk mat man ikke skal spise når man er gravid, generelt kosthold og mengde mat en skal spise som gravid. Ellers var det ei kvinne som ønsket flere ultralydkontroller.

Å motta informasjon betyr ikke nødvendigvis at man endrer levemåte eller holdninger i tråd med anbefalinger e.l., og kvinnene ble derfor spurt om informasjonen de fikk i løpet av svangerskapet påvirket måten de levde på. Svarene er illustrert i figur 13 nedenfor.

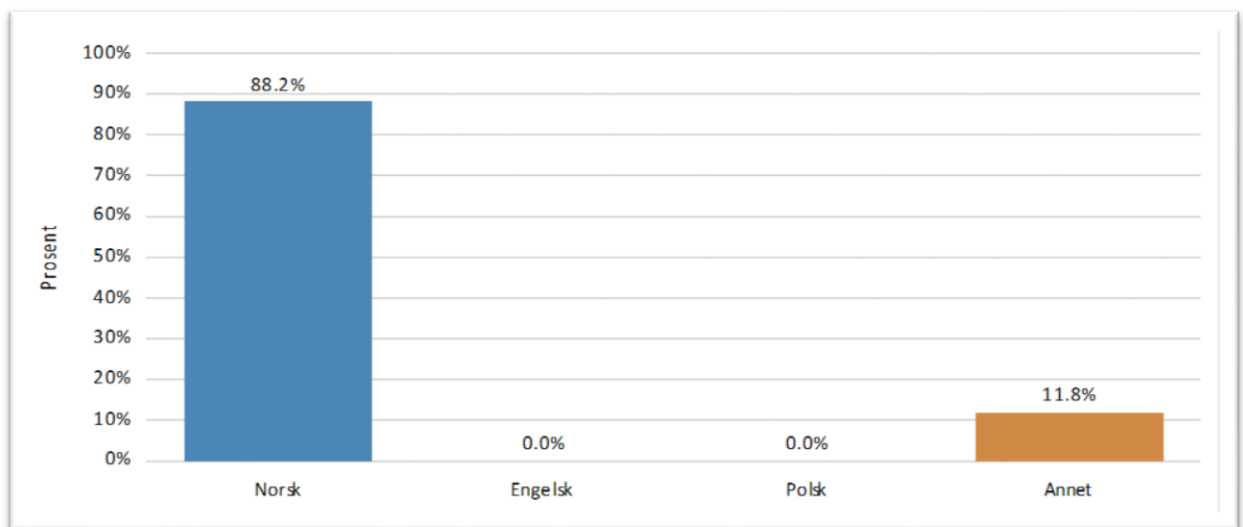


Figur 13 Hvorvidt informasjonen kvinnene fikk tildelt påvirket måten de levde under svangerskapet N=18

Tallene viser at om lag $\frac{3}{4}$ av kvinnene mener at informasjonen påvirket måten de levde på i svangerskapet, mens vel en firedel mener at levestilen ikke ble påvirket av informasjonen de fikk. Selv om de ikke ble spurt om *hvordan* informasjon påvirket levestiler, er det grunn til å tro at levestiler ble endret i den retningen informasjonen anbefalte, det vil si mer fysisk aktivitet, sunt kosthold, tilstrekkelig inntak av vitaminer, osv. De kvalitative intervjuene vi har gjort med et utvalg innvandrerkvinner tyder på at det er slik. Når det gjelder de kvinnene som sier at levestilen ikke ble påvirket av informasjonen, så kan det i noens tilfelle handle om at de allerede levde i samsvar med anbefalingene, mens det for andre handler om at de ikke tok anbefalingene til etterretning. Vår vurdering er at informasjonen som blir gitt til gravide innvandrerkvinner er nyttig i den forstand at det påvirker måten de lever på i, og potensielt også etter, svangerskapet på en positiv måte.

FORM OG SPRÅK PÅ INFORMASJONSFORMIDLING

Det fremgår av diskusjonen over at kvinnene har fått en del informasjon, men at de trekker frem ulike momenter når de forteller om hva de har fått. På samme vis er det varierende hvorvidt de opplever at informasjon har endret måten de lever på. Neste spørsmål da blir hvilket språk de mottok informasjonen på og eventuelle ønsker knyttet til hvordan informasjonen formidles. Figur 14 viser fordelingen over hvilket språk kvinnene mener informasjon ble gitt på.



Figur 13 Hvilket språk fikk de informasjon på N= 17

Langt de fleste, 15 av 17, svarer at informasjonen ble gitt på norsk, og to av kvinnene svarer at informasjonen ble gitt på et annet språk. Det er interessant å se at ingen har svart at informasjonen ble gitt på engelsk og/eller polsk. For når kvinnene fikk åpent spørsmål om det var andre språk de kunne tenke seg å få informasjon på, så nevnes det at de har fått informasjon på både polsk og engelsk. I tillegg nevner noen at de har fått informasjon på arabisk. En kvinne uttrykker et ønske om å få informasjon på polsk, ellers er det ingen av kvinnene som identifiserer andre språk de ønsker seg informasjon på. Men i tilknytning til et annet spørsmål blir det nevnt ønske om informasjon på tigrinja, somalisk og amharisk. Også i de kvalitative intervjuene ble språk et tema. Et viktig poeng er imidlertid at ei av kvinnene påpeker at hun er analfabet, og at det derfor spiller liten rolle hvilket språk informasjonen er på.

Angående språket informasjonen gis på, og om de har fått informasjon, så sender kvinnene blanda signaler. På den ene siden sa de at de hadde fått all informasjonen de trengte, men på andre siden sier flere at det hadde hjulpet veldig med informasjon på eget språk. Jamfør kommentaren referert til tidligere om at det er nyttig å lære norske ord og uttrykk, så er det ikke sikkert at det ene utelukker det andre. I den nylige studien av polske arbeidsinnvandrere, gir arbeidsinnvandrerne uttrykk for at de ønsker informasjon på norsk eller tospråklig informasjon (Båtevik et.al., 2017). Man kan tenke seg at informasjon på eget språk er svært verdifullt for å være sikker på at man forstår tema, men at informasjon på norsk er verdifullt for å være sikker på at man evner å kommunisere om tema.

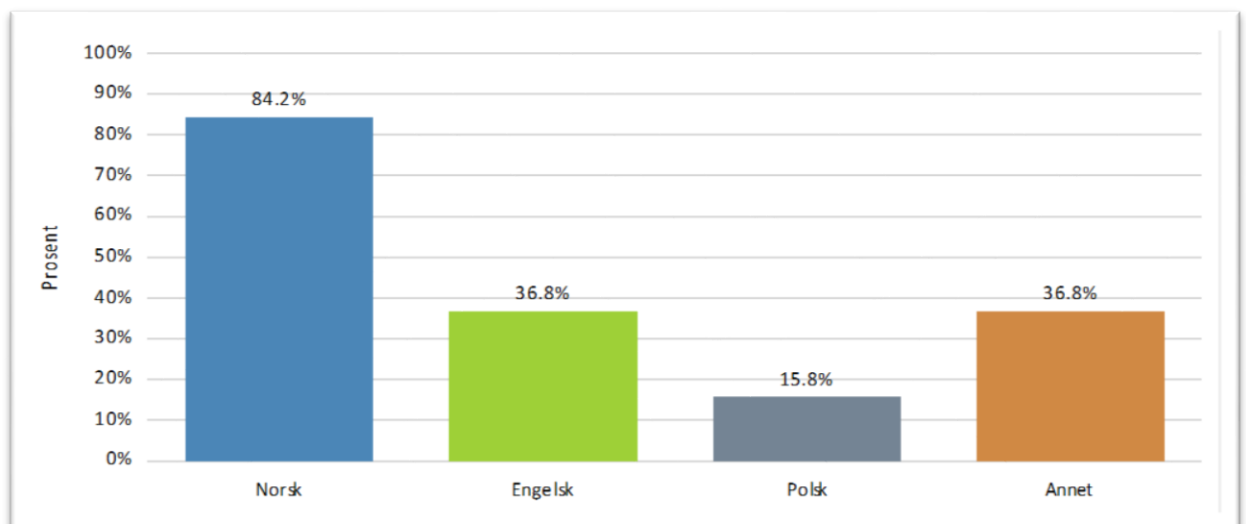
Informasjon handler ikke kun om hvilket språk det formidles på, men også hvilken form som benyttes for å formidle den. Blant respondentene på vårt spørreskjema kommuniserer vel 75 % av innvandrerkvinnene en preferanse for skriftlig språk, mens vel halvparten uttrykker en preferanse for muntlig språk. På dette spørsmålet kunne flere svaralternativer velges av hver enkelt respondent, så summen blir derfor mer enn 100 prosent. I de kvalitative intervjuene ble også dette bildet mer nyansert. Det er delvis snakk om at ulike former for informasjonsformidling passer til ulike tema. Noe kan være greit å ha skriftlig for å kunne gå

tilbake til det. Andre derimot, vektlegger at de husker og/eller forstår informasjonen bedre hvis den blir visualisert.

VANER OG PREFERANSER FOR Å SØKE OG MOTTA INFORMASJON

For å kunne sikre god informasjon til de gravide innvandrerkvinnene, er både innhold og form viktig. En del av spørreundersøkelsen gjaldt vaner knyttet til informasjonssøk og deres preferanser for hvordan og hvor de ønsket å få informasjon presentert.

Hvilket språk kvinnene benytter når de søker etter informasjon om svangerskap, er også interessant. Her er det fornuftig å skille mellom søk om norsk svangerskapsomsorg og svangerskapsomsorg generelt. Kvinnene fikk derfor to separate spørsmål om dette. Figur 15 viser hvilket språk kvinnene baserer seg på når de søker informasjon om norsk svangerskapsomsorg.

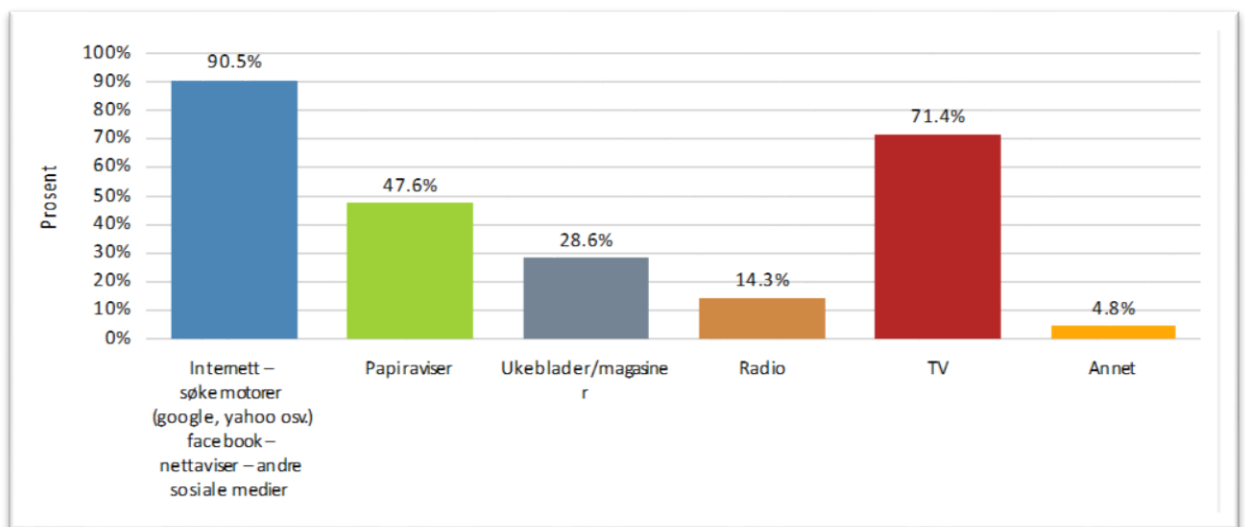


Figur 14 Hvilket språk kvinnene benytter når de søker informasjon om svangerskapsoppfølging i Norge? N=19

Det store flertallet av kvinnene baserer seg hovedsakelig på norsk språk når de søker informasjon om norsk svangerskapsomsorg.

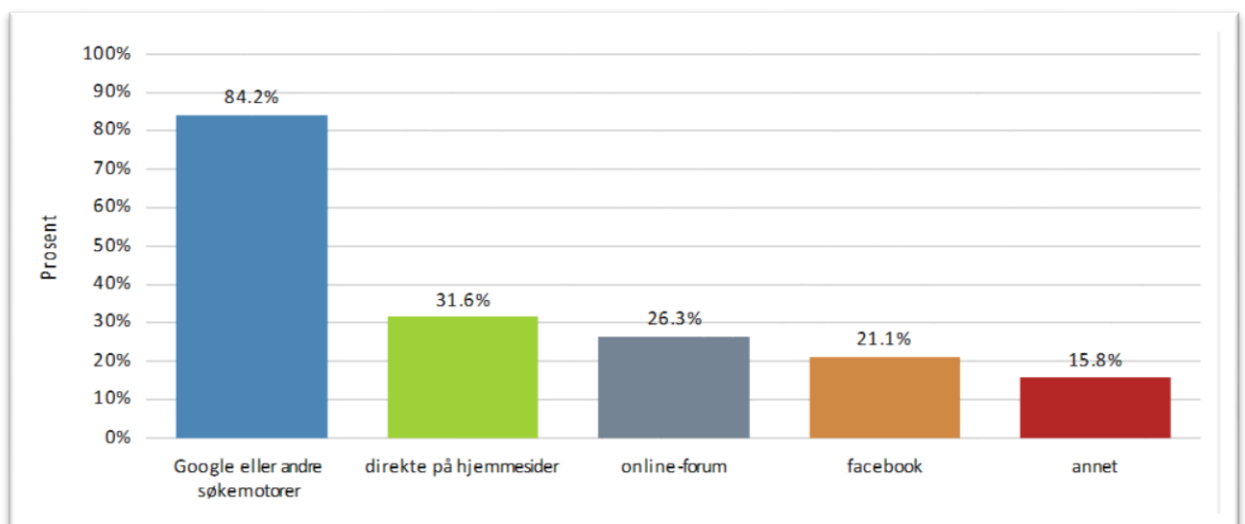
Når kvinnene så ble bedt om å spesifisere språk for søk om svangerskap generelt, nevner 10 av de 17 som svarte, at norsk språk er viktig når de søker informasjon. Seks av disse nevner norsk i tillegg til et annet språk. Flere nevner sitt morsmål, mens kun to av 17 kvinner nevner engelsk som alternativ. Med andre ord er det norsk og morsmål som blir brukt når de søker informasjon om svangerskap.

Vi spurte også hvilke informasjonsmedier kvinnene benyttet.



Figur 16 Hvilke informasjonskanaler kvinnene benytter seg av (flervalg) N=21

Som det fremgår av figur 17, så har kvinnene brukt flere informasjonsmedier, hvor en særlig høy andel benytter seg av internett og tv. Kvinnene ble videre spurt om hvordan de konkret søker informasjon.



Figur 15 Fordeling, hvilke informasjonskanaler kvinnene benytter for å søke om informasjon generelt (flervalg) N=19

I figur 18 er svaralternativene knyttet til informasjonssøk på internett, hvor formålet var å få frem om kvinnene gikk direkte til spesifikke sider eller om de gikk bredere ut for å skaffe informasjon. Bruk av søkemotorer, som Google eller andre, er det som først og fremst gjelder

når kvinnene skal søke informasjon, men en del går direkte til spesifikke hjemmesider og vel en fjerdedel søker informasjon i online-forum.

I likhet med Båtevik et.al (2017) ser vi at kvinnene har svært ulike preferanser hva gjelder kanal, form og språk. Det er sentralt poeng å ta med seg inn i diskusjoner knyttet til hvordan informasjon best formidles til kvinnene. Et annet poeng er at innvandrernes digitale kompetanse er svært varierende (Guthu og Hom 2010). Dette er en utfordring man må ta alvorlig. Samtidig tyder studiene til Båtevik et. al (2017) på at kommuner og fylkeskommuner i liten grad tilrettelegger for informasjonsbehovene. Både Båtevik et. al (2017) og Netteland og Dralega (2012) peker på det digitale skiftet i offentlige etaters strategi for å formidle informasjon til sine brukere. Det er lite materiale som blir trykket opp og brosjyrer er snarere tilgjengelig for at folk selv kan skrive de ut. Det vil si at offentlige etater forutsetter en rekke egenskaper hos sine brukere som for eksempel språkkompetanse, digital kompetanse, tilgang til datamaskin, skriver osv.

NAV-Bergenhus har laget skreddersydd informasjon ved hjelp av tolketjenesten, med konkret informasjon om hvem som har rett til sosialstønad, hvilke papirer de må ha med etc., og det blir beskrevet som et viktig tiltak fordi mange av informantene har lite systemkompetanse og datakyndighet (Båtevik et.al., 2017). De fremhever at flerspråklig informasjonsmateriell er ønskelig.

Vi spurte innvandrerkvinnene hva de ønsket av form og innhold i informasjonsmateriell. Utover en hel del element som allerede er nevnt, og som tyder på at det er behov for veldig konkret, visualisert, praktisk informasjon om forløpet i svangerskapsomsorgen, det å være gravid i Norge og det å ha barn i Norge (inkludert foreldrerollen), så er svarene forskjellig hva gjelder ønsker om innhold og form. Det kan tyde på at ulik form har ulikt formål. For eksempel, den kvinnen som nevnte at hun gjerne ville ha en brosjyre med innledende informasjon om forløp ved første møte med svangerskapsomsorgen, mente samtidig at informasjon på en nettside trolig ville bli mer brukt. Videre sier noen kvinner at selv om det er bra å få skriftlige versjoner av informasjon, så er det ofte bedre med visuelle fremstillinger som gjennom video, fordi de husker informasjonen bedre da.

AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

Dette forprosjektet hadde fire delmål. Det første var å fremskaffe kunnskap om hvordan innvandrerkvinner bruker helsestasjonens svangerskaps- og barselsomsorgstjenester, og deres forventninger til slike tjenester. Det kommer klart frem at blant de kvinnene som deltar, så kommer de tidlig inn i systemet og de følger kontrollene. Et hovedinntrykk fra våre undersøkelser er at kvinnene stort sett opplever at de er godt ivaretatt i svangerskapet og at de opplever at de får den informasjonen de trenger. Forventningen de har til helsetjenesten er knyttet til å bli ivaretatt og fulgt opp under svangerskapet, primært fysisk. Det gir en mulighet til å konkludere med at helsetjenesten fungerer svært bra. Inntrykket fra intervjuene er at oppfølgingen er viktig for å gi trygghet, både i svangerskapet, for fødselen og barseltiden.

Selv om kvinnene opplever å bli godt ivaretatt, så er det grunn til å spørre om dette gjenspeiler at de ikke vet hva de kan forvente av helsetjenesten ettersom forventninger krever innsikt i hvordan svangerskapsomsorgen og helsetjenesten ellers fungerer. De kvalitative intervjuene

tyder på at manglende forståelse av hva man kan forvente spiller en viktig rolle for kvinnes forventninger. Det er viktig å forstå betydningen av kommentarene knyttet til at helsetjenesten var offentlig og gratis. Hva om man kommer fra et land hvor helseomsorg i all hovedsak er privat, og at offentlig helsetjeneste er kun et minimum? Hva skjer da med forventningene til helsetjenesten? Det er mange slike spørsmål som er verdt å stille, og som det er viktig å være bevisst på i møtet mellom ulike kulturelle erfaringer. Det er også klart at forventningene til norsk svangerskapsomsorg i stor grad tar utgangspunkt i det de vet om svangerskapsomsorg i hjemlandet. Utforming av informasjonsmateriell må legge til grunn at innvandrerkvinner har andre forkunnskaper om, og forventninger, til norsk svangerskapsomsorg enn norske kvinner har. For å sikre at forventningene står i forhold til tilbudet, er det kritisk at kvinnene får forståelse av hva de skal møte og hva svangerskapsomsorgen er ment å være. Kvinnes ulike preferanser knyttet til form, innhold og språk indikerer at dette er en problemstilling som at man tenker i retning av ulike tiltak.

Utforming av informasjonsmateriell må også legge til grunn at eksemplene presentert i rapporten indikerer at språk er en viktig utfordring, selv om kvinnene i mange tilfeller formidler at det ikke er det. For eksempel så tyder ønske om mer informasjon på eget språk på at informasjonsbehovet fortsatt er til stede.

Siste del av rapporten tar for seg disse kritiske elementene videre, hvor delmål to og fire i prosjektet behandles mer konkret.

BEDRE INFORMASJONSFORMIDLING: TILTAK

God svangerskapsomsorg er et svært viktig forebyggende tiltak, ikke minst for innvandrerkvinner og deres familier. God svangerskapsomsorg bidrar til at flere kvinner er friske i svangerskapet, bidrar til en tryggere og bedre fødsel og barseltid, gir et bedre utgangspunkt for barnet og er bra for familielivet.

For å sikre best mulig svangerskapsomsorg er det viktig at kvinnene får den informasjonen de trenger. En viktig del av det er at kvinnene vet hva de har krav på. Vi ser i dette prosjektet at manglende kunnskap om norsk svangerskapsomsorg er ei utfordring. Spørsmålet er hva som kan gjøres med det.

For det første ser vi en ulik forståelse knyttet til hvorvidt det er de gravide kvinnene som skal spørre om det de lurer på, eller om det er helsepersonell som skal informere. Informasjonen som blir gitt hos lege/jordmor/sykehus/helsesøster (både den skriftlige og muntlige) må ta høyde for at innvandrerkvinnene kommer fra en annen kultur, og at det aller meste ved norsk svangerskapskontroll/fødsel/familieliv/samfunn er ukjent for disse kvinnene.

Vi ser her at språk er ei utfordring med tanke på å nå fram med informasjon til gravide innvandrerkvinner. Et første steg her er å etablere gode rutiner for hvilke tolker som benyttes. Det bør foreligge et krav om at tolken skal kjenne til norsk svangerskapsomsorg/norsk helsevesen.

Samtidig må man få på plass rutiner for å sikre at viktig informasjon er forstått og at man har fått formidlet den informasjonen de gravide trenger.

Et viktig moment som kommer frem i vår undersøkelse er at det **ikke tilstrekkelig å oversette informasjonen som blir gitt til norske kvinner til et annet språk**. Det kan selvsagt gjøres, men de fleste innvandrerkvinnene trenger annen informasjon i tillegg. Samtidig må en finne løsninger som tar høyde for at innvandrerne snakker mange ulike språk og har ulik digital kompetanse (i tillegg til ulik systemkompetanse, kulturkompetanse og språkkompetanse).

Denne informasjonen må være konkret, praktisk og visuelt framstilt. Kvinnene etterspør mer informasjon i starten, og vi identifiserer et behov for å gi de gravide kvinnene mer informasjon som gir økt kulturell og systemkompetanse om norsk svangerskapskontroll.

Rent konkret kan et forslag være:

1. En brosjyre som deles ut ved første svangerskapskontroll, gjerne av legen. Det er viktig at denne informasjon er lettfattelig, på overskriftsnivå hva gjelder kunnskap og i et format som lett kan oversettes til flere språk. Tanken er at denne kan fungere som en introduksjon, som peker videre til nettsider hvor man kan lese mer. Den må være visuelt godt utformet og kan inneholde, informasjon om;
 - Hva svangerskapskontrollen består av
 - Antall kontroller
 - Tema – hva snakker man om

- Fokus – hva er kontrollene ment å være (få frem omsorgsaspektet)
- Hva kan man spørre om?
- Hvordan er norsk helsevesen organisert
 - Gratis
 - Offentlig
 - Organisering knyttet til spesialist vs. Generalist

2. Nettside.

Her kan man presentere informasjonen mer i detalj, samt informasjon om barnehage etc. som kvinne etterspør. Altså, at en brosjyre kan gi overordnet kunnskap om tema som de kan finne mer informasjon om på nettsiden.

Dette kan gjerne være kommunes egne nettsider, men da er det viktig å jobbe med å gjøre informasjonen brukervennlig. Nettsiden kan også gjerne linkes til andre viktige kilder til informasjon om svangerskapsproblematikk. Slik kan den fungere som en portal som kvinnene kan orientere seg gjennom.

Svarene fra kvinnene kan også tyde på at det kan være verdt å vurdere om en skal lage en kommune spesifikk side, som personifiserer svangerskapsomsorgen nettopp i Ulstein kommune.

Det er mange måter å løse en slik tilpasning av informasjonen på. Netteland og Dralega (2012) kommer med flere forslag som kan være til inspirasjon, ut fra sine studier av kommunale nettsider som informasjonskilde til innvandrere. Deres studier, indikerer at kommunene har valgt ulike løsninger. Mens noen har valgt å kun å gjøre eksisterende informasjon mer tilgjengelig for brukerne i helhet, har andre valgt å oversette informasjon, samt lage sider spesifikt rettet mot innvandrernes behov.

3. Video

Vi ser et stort behov for å visualisere informasjonen, fordi kvinnene har ulike kompetanse når det gjelder å dra nytte av digitalisert, skriftlig informasjon på norsk om norske velferdstjenester. Det er flere eksempler på innovative løsninger knyttet til informasjonsformidling til flerkulturelle miljø som kan være til inspirasjon, som for eksempel HMS videoen laget for verftene av Høgskolen i Volda.

REFERANSER

Båtevik, F.O, B. Gjerstad, G.M Grimsrud, Ø.L. Johannesen, G. Netteland, S.I. Nødtand, L. Prøytz, G. Skeie og G. Vedøy. (2017) Arbeidsinnvandrere som ressurs i regional utvikling. Møreforskning nr. 62

Eriksen, Thomas Hylland og Torunn Arntsen Sajjad (2006) Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge. 5 utgave. Oslo. Gyldendal Norsk forlag.

Guthu, L. og S. Holm (2010). Innvandrere på nett. En analyse av innvandrernes digitale kompetanse. Oslo, VOX.

Lyberg, Viken, Haruna & Severinsson: Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women, *Journal of Nursing Management*, Volume 20, Issue 2, pages 287–295, March 2012, doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01364.x.

Netteland, G og C.A, Dralega (2012). Mot eit multikulturelt Sogn og Fjordane. Vestlandsforskningsrapport nr 13/2012.

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen, 2005.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>

Polanyi, M. (1962) Personal Knowledge. Chicago: University of Chicago Press



MØREFORSKING AS
Postboks 5075
6021 Ålesund
TEL +47 70 11 16 00
www.moreforsk.no
NO 991 436 502

