

«For å jobbe her må en være interessert i folka som bor her»

Helsesøstre og brukere på tre helsestasjoner i Alna bydel

Kirsten Danielsen, Ada I. Engebriqtsen & Jon Erik Finnvold

RAPPORT

NR 22/11



*«For å jobbe her må en være
interessert i folka som bor her»*

Helsesøstre og brukere på tre helsestasjoner
i Alna bydel

KIRSTEN DANIELSEN
ADA I. ENGEBRIGTSEN
JON ERIK FINNVOLD

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 22/2011

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ble opprettet i 1996 og er et statlig forvaltningsorgan med særskilte fullmakter. Instituttet er administrativt underlagt Kunnskapsdepartementet (KD).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferds-samfunnets tiltak og tjenester.

Instituttet har et særlig ansvar for å

- utføre forskning om sosiale problemer, offentlige tjenester og overføringsordninger
- ivareta og videreutvikle forskning om familie, barn og unge og deres oppvekstvilkår
- ivareta og videreutvikle forskning, forsøks- og utviklingsarbeid med særlig vekt på utsatte grupper og barnevernets temaer, målgrupper og organisering
- ivareta og videreutvikle gerontologisk forskning og forsøksvirksomhet, herunder også gerontologien som tverrfaglig vitenskap

Instituttet skal sammenholde innsikt fra ulike fagområder for å belyse problemene i et helhetlig og tverrfaglig perspektiv.

© Norsk institutt for forskning om oppvekst,
velferd og aldring (NOVA) 2011
NOVA – Norwegian Social Research
ISBN 978-82-7894-401-1
ISSN 0808-5013

Illustrasjonsfoto: colourbox.no
Desktop: Torhild Sager
Trykk: Allkopi

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Munthesgt. 29 · Postboks 3223 Elisenberg · 0208 Oslo

Telefon: 22 54 12 00
Telefaks: 22 54 12 01
Nettadresse: <http://www.nova.no>

Forord

Rapporten er skrevet på oppdrag fra Likestillings- og diskrimineringsombudet. NOVA fikk i oppdrag å undersøke hvilke likeverdighetsutfordringer tjenesteutøvere på helsestasjonene i Alna bydel står overfor. Alna bydel ble valgt som undersøkelsesområde fordi bydelen har en etnisk og sosialt sammensatt befolkning, og helsestasjoner ble valgt fordi de er et gratis offentlig lavterskeltilbud som når en stor del av befolkningen. De er derfor velegnet for å undersøke om det offentlige yter et likeverdig tjenestetilbud til en sammensatt befolkning.

Rapporten består av to deler, en kvantitativ del og en kvalitativ del. Den kvantitative delen er en undersøkelse av foreldres bruk av de tre helsestasjonene i bydelen og av skoleelevers bruk av helsesøstertilbudet på en videregående skole. I den kvalitative delen av prosjektet har vi intervjuet helsesøstre og foreldre. En stor takk rettes til dem alle for at de velvillig har tatt imot oss og avsatt tid til å snakke med oss.

En takk til Charlotte Koren som har lest rapporten og en takk til Likestillings- og diskrimineringsombudet for godt samarbeid.

Oslo, oktober 2011

Kirsten Danielsen

Ada Engebriqtsen

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning om oppdraget	11
1.1 Oppdraget	11
1.2 Helsestasjoner på Alna som case – noen begrensninger	13
1.3 Alna bydel	15
1.4 Gangen i rapporten	15
2 Metode	17
2.1 Datainnsamlingen	17
2.2 Hva kan de ulike datakildene si noe om	18
2.3 Forbehold ved datagrunnlaget	19
3 Om helsestasjoner	20
3.1 Helsestasjon som offentlig ytelse	20
3.2 Helsestasjonstilbudet og virksomheten i Alna bydel	21
4 Likeverdige offentlige tjenester	26
4.1 Teoretisk utgangspunkt	26
4.2 Fra like til likeverdige tjenester	27
5 Den kvantitative undersøkelsen	32
5.1 Helsestasjonstjenesten mor/barn – variasjoner i bruksfrekvens og tilfredshet med tilbudet	32
5.2 Helsesøstertjenesten på Hellerud videregående skole	34
6 Den kvalitative undersøkelsen	38
6.1 Strukturelle faktorer	38
6.2 Organisatoriske faktorer	46
6.3 Kulturelle faktorer	54
7 Konkluderende analyse, anbefalinger og eksempler på god praksis	66
7.1 Strukturelle faktorer	66
7.2 Organisatoriske faktorer	68
7.3 Kulturelle faktorer	70
7.4 «Best practise» i Alna i forhold til LDOs beskrivelse av likeverdige tjenester	72
Summary	75
Litteraturliste	77
Vedlegg: Forslag til mal for brukerundersøkelse	79

Sammendrag

I 2011 lanserte Likestilling- og diskrimineringsombudet (LDO) en kampanje for å promotere likeverdige offentlige tjenester ved å rette oppmerksomheten mot diskrimineringsgrunnlaget som omfattes av lovverket: etnisitet, religion, kjønn, alder, seksuell orientering og nedsatt funksjonsevne. Likeverdige offentlige tjenester har de siste tiårene vært et uttalt mål for norsk tjenesteyting. Økt migrasjon og en økende bevissthet om at en heterogen befolkning trenger tjenester tilpasset forskjellige behov, innebærer nye utfordringer for å inkludere brukere med ulike behov. Spørsmålet er hvordan det offentlige tjenesteapparatet forholder seg til og takler de utfordringer dette innebærer. Dette ønsket LDO å undersøke nærmere.

Denne rapporten handler om hvilke likeverdighetsutfordringer tjenestutøvere på helsestasjonene i Alna bydel står overfor. LDO valgte Alna bydel som case fordi bydelen har en etnisk og sosialt sammensatt befolkning hvor 45 prosent av befolkningen er innvandrere og kommer fra 148 nasjoner. Helsestasjoner ble valgt fordi det er et gratis offentlig tjenestetilbud som når en stor andel av befolkningen. De er derfor velegnet for å undersøke om det offentlige yter et likeverdig tjenestetilbud til en sammensatt befolkning.

Studien er basert på kvalitative intervjuer med helsesøstre og foreldre og en spørreskjemaundersøkelse blant foreldre, ungdom og skolebarn. Våre informanter representerte ti forskjellige nasjonaliteter og alle snakket norsk. Flere av de diskrimineringsgrunnlagene som LDO fokuserer på som kjønn, alder og seksuell orientering er ikke representert blant brukerne i denne undersøkelsen. På grunn av befolkningssammensetningen i bydelen kom hovedfokus i undersøkelsen derfor til å dreie seg om møter mellom de norske helsesøstre og den etnisk og kulturelt sammensatte befolkningen i Alna bydel.

Vi har valgt å klassifisere funnene fra den kvalitative delen av undersøkelsen i tre hovedfaktorer som influerer på tjenestetilbudets likeverdighet: Strukturelle faktorer, organisatoriske faktorer og kulturelle

Strukturelle forhold er faktorer som avhengig av politiske beslutninger ved tjenesten som utøvere er underlagt og som de vanskelig kan gjøre noe med. Det dreier seg blant annet om fysisk tilrettelegging for ulike bruker-

grupper. Vi finner at Helsestasjonene er fysisk tilgjengelig, men at innredningen ikke er tilpasset rullestolbrukere. Helsestasjonene er et kulturelt sett norsk tilbud til en sammensatt befolkning. Befolkningsmangfoldet er ikke representert i utøverleddet. Vi har identifisert ulike kompetansebarrierer. Det ene er et opplevd behov for etterutdanning i flerkulturelt arbeid – som kunne føre til et bedre og mer tilpasset tilbud til befolkningen. Bedre språkkunnskaper (engelsk) ville lette arbeidet og føre til et mer likeverdig tilbud. Helsesøstere møter problemer som går ut over barns helse, som de er satt til å ivareta. Flere av disse forhold ligger utenfor deres kompetansefelt og virksomhetsområde. Tid er en knapphetsfaktor både på grunn av et utvidet oppgavefelt, foreldre med dårlige norskkunnskaper og en økning av familier med sammensatte problemer. Lettere tilgang på tolk og bedre opplæring i tolkebruk ville fremme likeverdigheten i tjenestetilbudet.

Organisatoriske faktorer er faktorer som er knyttet til måten tilbudet er organisert på lokalt. Vi finner at åpningstidene og åpen helsestasjon gjør tilbudet tilgjengelig. Norsk språk er norm. Informasjonsmaterialet er i hovedsak på norsk og er dårlig presentert. Det hindrer bruken. De testene som brukes er universelt utformet. Det er en generell standardisering av det verktøyet som brukes (spesielt i forbindelse med fireårskontrollen som blant annet skal teste språkutvikling). Det fungerer ikke for store deler av minoritetsbefolkningen. Brukerne får tilbud både om gruppekonsultasjoner og om individuelle konsultasjoner, men tilbudet om individuelle konsultasjoner på helsestasjonen burde kunngjøres bedre, noe som ville føre til større likeverdighet i tjenestene.

Kulturelle faktorer er faktorer som er knyttet til ansatte og foreldres virkelighetsforståelse og praksis. Helsesøstrenes selvforståelse er at de tilpasser seg den virkeligheten de er satt til å forvalte. De råd helsesøstrene gir til foreldre er ofte basert på en norsk forståelse av dagliglivets organisering. Det fører til at råd vanskelig kan følges. Likeverdige tjenester beforder at de råd som gis kan følges. Det er uoverensstemmelse mellom enkelte foreldre og enkelte helsesøstres om hva som fører til likeverdig behandling. Samtidig er det et dilemma for helsesøstre i hvilken grad de skal gi konkrete råd eller være lyttende og brukermedvirkende. Helsestasjonen skal være et sted både for far og mor – og de har til en viss grad lyktes.

I den kvantitative undersøkelsen av skolehelsetjenestetilbudet kom det frem at det var en tendens til at gutter brukte helsetilbudet mindre enn jenter, men det er ikke mulig å trekke noen konklusjoner om tilbudet brukes mer eller mindre av elever med minoritetsspråklig bakgrunn. Elever som hadde brukt helsesøstertjenesten oppgav «egne helseproblemer», «prevensjon» og «andre grunner» som årsaken til at de hadde vært hos helsesøster. Av de som hadde brukt helsesøster svarte 38 prosent at de gjerne ville ha besøkt helsesøster oftere. Halvparten av disse igjen oppgav manglende tilgjengelighet («helsesøster er sjelden på skolen») som årsak til at de ikke hadde oppsøkt helsesøster oftere.

1 Innledning om oppdraget

1.1 Oppdraget

Likeverdige offentlige tjenester har de siste ti årene vært et uttalt mål for norsk tjenesteyting, som i de fleste andre europeiske land. Økt migrasjon og en økende bevissthet om at en heterogen befolkning trenger tjenester tilpasset forskjellige behov, innebærer nye utfordringer for å inkludere brukere bl.a. med forskjellig etnisk bakgrunn, forskjellige familieformer, funksjonsevne, seksuell orientering (Unger 2007). Spørsmålet er hvordan det offentlige tjenesteapparatet forholder seg til og takler de utfordringer dette innebærer.

Likestilling- og diskrimineringsombudet (LDO) har blant annet som oppgave å veilede offentlige og private virksomheter om hva likeverdige offentlige tjenester er. Ombudet skal bidra til å fremme likestilling og hindre diskriminering og være en pådriver for likestilling og mangfold (LDOs hjemmeside).

I 2011 lanserte LDO en kampanje for å promotere likeverdige offentlige tjenester ved å rette oppmerksomheten mot diskrimineringsgrunnlaget som omfattes av lovverket: etnisitet, religion, kjønn, alder, seksuell orientering og nedsatt funksjonsevne.

Funksjonsevne er imidlertid et flertydig og relasjonelt begrep (Grue 2008) som handler om møtet mellom individenes forutsetninger og omgivelsenes krav. Det innebærer at grensene for hva som vurderes som funksjonsnedsettelse eller funksjonshemming ikke er gitt, men blir kontekstuel bestemt. «Spørsmålet om de (individer) er funksjonshemmet eller ikke, kan bare besvares med bakgrunn i om de på grunn av slike kjennetegn blir utestengt fra, eller marginalisert i forhold til samfunnsmessig deltakelse på ulike arenaer» (Grue 2004, s. 14). Hvor normalitetsgrensen går, blir derfor et spørsmål om kontekst.

I prosjektåret 2011 arbeider LDO mot å sikre og øke offentlige myndigheters, og spesielt tjenesteyteres, bevissthet om hvordan en kan yte likeverdig tjenester. Det henvises blant annet til EU-direktivene for ikke-diskriminering. Prosjektet er en del av det EU-finansierte prosjektet Promoting

Equality in Public services og inngår i Progress-programmet (the European Community Programme for Employment and Social Solidarity (2007–2013)). For å undersøke hvilke likeverdighetsutfordringer tjenesteutøvere står overfor, valgte LDO helsesøstere på helsestasjonene i Alna bydel som case, ettersom helsestasjoner er et offentlig tjenestetilbud som når store deler av befolkningen, og Alna bydel har en etnisk og sosialt sammensatt befolkning.

LDO beskriver likeverdig tjenesteyting på følgende måte:

- Den verdsetter mangfold ved å akseptere at mennesker med ulik bakgrunn (etnisitet, funksjonsevne, seksuell orientering, etc.) er prinsipielt likeverdige medlemmer av samfunnet.
- Den identifiserer behovene til folk med ulik bakgrunn, utvikler og tilpasser tjenester som samsvarer med disse behovene
- Den kompenserer for ulemper som oppstår på grunn av ulik bakgrunn

Spørsmål LDO vil ha besvart er blant annet:

1. om de ansatte på helsestasjonene har organisatoriske og ressursmessige rammebetingelser for å virkeliggjøre målsettingen om å utøve likeverdige offentlige tjenester,
2. hvordan de ansatte forstår hva likeverdige offentlige tjenester innebærer, hvordan dette kommer til uttrykk i praksis, og hvordan den offentlige og den mer private forståelsen samsvarer når det gjelder hva likeverdige offentlige tjenester innebærer,
3. hvordan brukerne av helsestasjonen erfarer tjenestetilbudet.

Det understrekes at undersøkelsen skal rette oppmerksomheten mot alle diskrimineringsgrunnlagene som omfattes av lovverket, og kartlegge de likeverdsutfordringene som finnes. Dette skal resultere i en samling av «god praksis» og en bedre forståelse av de verktøyene som kan brukes for å fremme en større grad av likeverdighet i tjenesteyting. Vi vil i denne rapporten prøve å besvare disse spørsmålene, men også peke på noen begrensninger i dataene og noen (uløselige) dilemma som helsesøstrene står overfor i utøvelsen av helsesøstertjenesten.

Undersøkelsen er gjennomført av sosialantropolog Dr.philos. Kirsten Danielsen som har hatt hovedansvar for den kvalitative datainnsamlingen og for å skrive rapporten sammen med sosialantropolog Dr.polit. Ada I. Engebrigtsen som har vært prosjektleder. Sosiolog Dr.polit. Jon Erik Finnvoll har vært ansvarlig for den kvantitative datainnsamlingen og for analyse av resultatene, samt utarbeiding av en mal for en brukerundersøkelse basert på den kvantitative studien. Undersøkelsen hadde et omfang på ca. fire månedersverk og har vært gjennomført mellom januar og juni 2011.

1.2 Helsestasjoner på Alna som case – noen begrensninger

Alna er en av de mest folkerike og mest multikulturelle bydelene i Oslo hvor 45 prosent av befolkningen er innvandrere og kommer fra 148 nasjoner. Alna omfattes av Groruddal-satsingen og har fått tilført ekstra midler, kompetanse og oppmerksomhet på grunn av de mange sosiale utfordringer bydelen har. Dette innebærer at Alna ikke kan sies å representere noe gjennomsnitt av norske kommuner, men tvert imot er et særtilfelle når det gjelder å tilby likeverdige tjenester til en mangfoldig befolkning. Selv om våre informanter, helsesøstre og brukere, stilte villig og lojalt opp til intervju og til å delta i spørreundersøkelsen, kunne vi spore en viss «trettthet» når det gjaldt slike undersøkelser, da bydelen hadde vært gjenstand for mye oppmerksomhet både fra journalister og forskere, og helsesøstrenes tid er en knapp ressurs.

Helsestasjonen er velegnet for å undersøke om det offentlige yter et likeverdig tjenestetilbud til en sammensatt befolkning fordi den er et gratis lavterskeltilbud som når en stor andel av befolkningen. På den andre siden er den mindre velegnet nettopp fordi tilbudet er frivillig, noe som innebærer at brukeren kan slutte å bruke tjenesten om eventuelle konflikter og motsetninger mellom brukere og tjenesteytere oppstår. Problemer kan derved bli usynliggjort. Når brukere trekker seg tilbake og slutter å bruke tjenesten, kan det være en viktig indikator på at noe ikke fungerer, men det kan også skjule mer sammensatte problemer.

Flere av de diskrimineringsgrunnlagene som LDO fokuserer på som kjønn, alder og seksuell orientering, er ikke representert blant brukerne i denne undersøkelsen, mens folk med ulik etnisk tilhørighet og tilhørighet til

ulike trossystemer er sterkt representert i bydelen og blant brukerne på helsestasjonene. De tilstandene som går inn under BLDs definisjonen av nedsatt funksjonsevne¹ er ikke, eller bare helt unntaksvis, identifisert av helsesøstrene i Alna. Som vi pekte på innledningsvis, er funksjonsnedsettelse relasjonelt og kontekstuel bestemt. Brukerne kan følgelig ha en form for fysisk eller kognitiv funksjonsnedsettelse i noen sammenhenger uten at helsesøstrene ser dette som problematisk i forhold til den omsorgen foreldrene skal yte. Det oppfattes dermed ikke som funksjonsnedsettelse. Når det gjelder barn med ulike former for funksjonsnedsettelse, blir de henvist videre til lege for utredning. Mange av helsesøstrene har brukere med psykiske problemer som fødselsdepresjoner og andre depressive tilstander. Dette defineres generelt ikke som funksjonsnedsettelse, men henvises til det profesjonelle hjelpeapparatet.

Det er imidlertid verdt å spørre seg hvorfor det er så liten erfaring med brukere med nedsatt funksjonsevne, som vi får inntrykk av, i en bydel med en så stor befolkning som Alna. Helsesøstrene i Alna har et bredt erfaringsgrunnlag og de fleste har arbeidet lenge i bydelen. Når de ikke har erfaring med foreldre med ulike former for nedsatt funksjonsevne, kan det bety at disse brukergruppene får tilbud utenfor bydelen, eller at de ikke bruker helsestasjonene av andre ukjente grunner. På dette området trengs det kanskje mer målrettet forskning?

På helsestasjonene og i åpen barnehage var det en etnisk og aldersmessig sammensatt foreldrebeholdning vi møtte. Det inntrykk vi fikk ved disse besøkene ble bekreftet av helsesøstrene da vi intervjuet dem. De andre diskrimineringsgrunnlagene som er påpekt av LDO og som vi tematiserte i intervjuene med helsesøstrene, hadde de liten om noen erfaringer med. Når vi verken så eller hørte noe om disse grunnlagene, ble det vanskelig for oss å

¹ Med nedsatt funksjonsevne menes tap av eller skade på en kroppsdel eller i en av kroppens funksjoner. Dette kan for eksempel dreie seg om nedsatt bevegelses-, syns- eller hørselsfunksjon, nedsatt kognitiv funksjon, eller ulike funksjonsnedsettelser på grunn av allergi, hjerte- og lungesykdommer. Funksjonsnedsettelse regnes for å være synonymt med nedsatt funksjonsevne.

http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/tema/nedsatt_funksjonsevne/definisjoner.html?id=85898.

kartlegge og vurdere om brukere med nedsatt funksjonsevne eller annen seksuell orientering ble utsatt for likeverdig behandling eller diskriminering. Alder ble nevnt i samtale med helsesøstre, men det var et ikke-problem. Helsesøstre og ansatte i åpen barnehage mente at menn ble like godt mottatt som kvinner, men i våre intervju med menn ble bildet noe mer nyansert. En helsesøster husket at de for et par år siden hadde hatt ett samkjønnet foreldrepar som brukere, men hun husket ikke det som noe problem. Hovedfokus i undersøkelsen kom derfor til å dreie seg om møter mellom de norske helsesøstrene og den etnisk og kulturelt sammensatte befolkningen i Alna bydel.

1.3 Alna bydel

Alna er en *administrativ bydel* i Oslo. Den hadde 46 603 innbyggere i 2010. Ca. 55 prosent av barn og unge i bydelen er, eller har, foreldre fra ikke-vestlige land. Bydelen består av tolv mer eller mindre distinkte boligområder hvorav vi kort vil omtale våre undersøkelsesområder; Furuset og Haugerud.

Furuset er et område med en eldre villabebyggelse, et rekkehusområde og en høyblokkbebyggelse. De fleste beboerne bor i høyblokkene. Furuset har et senter som ble åpnet i 1979 og inneholder blant annet et kjøpesenter, postkontor, bibliotek, NAV-kontor, helsestasjon og bydelsadministrasjon. Det er to skoler på Furuset: Gran barne- og ungdomsskole og Furuset barneskole.

Haugeruds bygningsmasse består av en eldre villabebyggelse, et rekkehusområde fra 1970-tallet og boligblokker fra 1960-tallet. Det er et mindre kjøpesenter på Haugerud. Det er tre skoler på Haugerud: Bryn barneskole, Haugerud ungdomsskole og en videregående skole, Hellerud, som tar imot elever fra hele bydelen. Både Haugerud og Furuset er stoppesteder på T-banen som går til Ellingsrudåsen.

1.4 Gangen i rapporten

Rapporten er organisert slik at vi i det følgende først presenterer metoden for denne studien, deretter presenterer vi helsestasjonen som offentlig institusjon i Norge og i Alna bydel. Vi diskuterer så hva som ligger i begrepet «likeverdige tjenester» slik det er framstilt i LDOs målsettinger og i fagdisku-

sjoner. Vi presenterer så resultatene av den kvantitative undersøkelsen på helsestasjoner og i skolehelsetjenesten. Resultatene fra den kvalitative undersøkelsen presenterer vi under tre hovedtema: Strukturelle faktorer, organisatoriske faktorer og kulturelle faktorer. Til slutt oppsummerer vi begge undersøkelsene og presenterer våre forslag til forbedringer og endringer. Rapporten avsluttes med et forslag til mal for brukerundersøkelser på helsestasjoner.

2 Metode

2.1 Datainnsamlingen

Denne studien skulle gjennomføres som en kombinasjon av kvalitative intervju, deltakende observasjon og en spørreskjemaundersøkelse blant foreldre, ungdom og skolebarn. Vi har intervjuet 15 helsesøstre og lederne på to av helsestasjonene i Alna bydel individuelt, og gjennomført to utdypende fokusgruppeintervju med seks av de samme helsesøstrene. Videre har vi intervjuet ni foreldre individuelt, hvorav to fedre med henholdsvis norsk-språklig og minoritetsspråklig bakgrunn. Vi har foretatt to fokusgruppeintervjuer med til sammen åtte andre foreldre. Våre informanter representerte ti forskjellige nasjonaliteter og alle snakket norsk.

Det har vært vanskelig å rekruttere foreldre til intervju, spesielt var det vanskelig å få samlet foreldre til fokusgruppeintervjuene. Ettersom vi intervjuet foreldrene i åpen barnehage, måtte foreldrene enten ha med barna på intervjuet eller overlate dem til andre. I prosjektbeskrivelsen antydte vi at vi ville intervjuer norskspråklige og minoritetsspråklige foreldre hver for seg slik at alle kom til orde. Etter å ha snakket med helsesøstre gikk vi bort fra dette ettersom deres erfaring var at de minoritetsspråklige var like villige til å prate som de norske, noe som viste seg å stemme.

Vi har i noen grad vært observatører på venteværelsene på helsestasjonene og i to åpne barnehager, hvorav den ene ligger i tilknytning til helsestasjonen i Furuhuset og den andre ligger et steinkast fra Haugerud helsestasjon. Vi har også vært til stede på ett barselgruppemøte for foreldre med barn på Furuset helsestasjon. Vi hadde planlagt å bruke mer tid til deltagende observasjon på helsestasjonene, men på grunn av tidsknapphet og fordi det viste seg å være lite interaksjon i venterommene på helsestasjonene, ble denne delen av datainnsamlingen begrenset.

Videre har vi snakket med fire ungdommer som ventet på å få komme inn på ungdomshelsestjenesten, og vi har samlet og analysert informasjonsmateriell som er tilgjengelig og/eller deles ut til foreldre på helsestasjon og til ungdom. Informasjonen vi fikk gjennom samtalen med ungdommene på

venteværelset på Furuset helsestasjon, var svært sparsom og tydeliggjorde at det var lite å oppnå ved å forfølge den strategien.

Spørreskjema ble utarbeidet på bakgrunn av intervjuene med helsesøstre og foreldre. Spørreskjema er levert ut til alle foreldre som bruker helsestasjonene i bydelen og til brukere av ungdomshelsetjenesten i en 14 dagers periode. Skjemaene skulle fylles ut på helsestasjonen og leveres i skranken. Vi fikk inn 70 skjemaer fra foreldre. For å kartlegge bruken av skolehelsetjenesten ble skjemaene delt ut gjennom klasselærere på Hellerud skole. Skjemaene ble fylt ut i timen og samlet inn av lærer. Bare elever (over 16 år) på videregående skole deltok, da vi ellers måtte ha innhentet tillatelse fra foreldrene. Vi fikk inn 170 skjemaer fra skoleungdommen. Vi spør både foreldre og skoleungdom om alder, kjønn, etnisk bakgrunn, familietilknytning, om og hvordan de bruker helsetjenestetilbudet, om hvordan de blir informert om helsetjenestetilbudet og hva brukerne er fornøyd/ misfornøyd med. Våre spørsmål til foreldre gir også et bilde av deres vurdering av tilbudet i forhold barnas utvikling.

2.2 Hva kan de ulike datakildene si noe om

Observasjonene, men særlig de kvalitative intervjuene, gir et godt bilde av hvilke vanskeligheter og dilemma helsesøstrene møter i sitt arbeid, hvilke holdninger de har til ulike brukergrupper, hvilke oppgaver de har, hvordan de takler det de ser som vanskelig, og hvordan de fortolker sine oppgaver og da spesielt hva det betyr i praksis å gi et likeverdig tjenestetilbud.

Intervju med foreldrene gir innsikt i deres erfaringer og tilfredshet og utilfredshet med den veiledningen de får på helsestasjonen, og med de konkrete tjenestene de og deres barn tilbys. Her får vi innsikt i hva som ikke fungerer så godt for foreldre, deres frustrasjoner og utilfredshet ved sider av helsestasjonstilbudet, og enkeltes erfaringer ved å komme i klemme mellom rådgivende bestemødre og svigermødre og de råd helsesøstrene gir, men ikke minst hvordan de takler utilfredshet og frustrasjon. Dette handler nødvendigvis ikke om likeverd/ulikhet i tjenesteutøvelsen, men hva det innebærer å være rådgivere og å ta imot råd når forutsetningene er ulike og ofte ukjente, og hvordan disse hverdagsfrustrasjonene håndteres. Slike erfaringer er viktige, og hvis de blir tatt til følge kan det være med å gjøre tjenestetilbudet bedre.

Kartleggingen av likeverdsutfordringer skal danne grunnlaget for vår anbefaling om konkrete forslag til forbedringer.

Dette er det grunnlaget vi har for å analysere helsetjenestetilbudet i bydel Alna, for å vurdere om og på hvilken måte helsesøstrene oppfyller kravene om å yte likeverdige tjenester, og for å anbefale hva som kan gjøres for styrke tilbudet på dette feltet.

2.3 Forbehold ved datagrunnlaget

Denne undersøkelsen har en begrenset økonomisk ramme og er gjennomført innenfor en kort tidsperiode. Vanskeligheter med å rekruttere foreldre til intervju og begrenset svarprosent på foreldresurveyen, gjør at vi har et mindre datagrunnlag enn vi kunne ønske. Både intervju med og spørreskjema til foreldre har vært på norsk. Innenfor de økonomiske rammene av dette prosjektet har det ikke vært mulig å bruke tolk eller å oversette spørreskjemaene. Det betyr at en stor andel av de som bruker helsetjenestetilbudet i Alna ikke omfattes av denne undersøkelsen. Det kan være brukere som kan føle seg tilsidesatt, ikke forstått og marginalisert i forhold til storsamfunnet og de tjenester det offentlig har å tilby. Vi mener det er viktig at undersøkelser som omfatter språklige minoriteter muliggjør bruk av tolk for å nå den delen av befolkningen som ikke behersker norsk. Undersøkelsen viser at de språklige utfordringene er store, og språk kan være en av nøkkelfaktorene for å kunne tilby likeverdige offentlige tjenester.

De fleste av foreldrene vi møtte behersket norsk godt. Det er vanskeig å si om bruk av tolk i denne sammenheng hadde hatt noe å si for resultatene. Noe annet er det med spørreskjemaene. Det er mulig at vi hadde fått en bedre svarprosent om de hadde vært oversatt til noen utbredte minoritetsspråk. Mange av mødrene som bruker helsestasjonen kommer dit med sine menn, fordi de ofte snakker norsk. Om spørreskjema hadde vært oversatt, kunne mødrene fått uttrykt en selvstendig mening uten å måtte være avhengig av ektemannen som oversetter og muligens meningsfilter. Spørreskjema er imidlertid begrenset som metode ettersom det uansett ikke når ut til ikke lese- og skrivekyndige.

3 Om helsestasjoner

3.1 Helsestasjon som offentlig ytelse

Norske Kvinners Sanitetsforening var ledende i utbyggingen av helsestasjonene slik vi kjenner dem i dag. Lov om helsestasjoner ble vedtatt i 1972. Helsestasjonene er et kommunalt ansvar. Alle familier med barn i Norge får i dag tilbud om oppfølging av barna ved en helsestasjon. Helsestasjonstjenesten er et lovpålagt lavterskeltilbud i den forstand at foresatte har plikt til å gi sine barn helsekontroll, og barn har rett til helsehjelp i form av helsekontroll (Kommunehelsetjenesteloven 1982 § 2-2). I dag omfatter helsetjenestetilbudet svangerskapskontroll, kontroll av barn fra 0–5 år, skolehelsetjeneste for barn fra 6 til 18 år og helsestasjon for ungdom opp til 23 år.

I en årrekke var det teknisk-hygieniske kontrolloppgaver som dominerte innholdet både i utdannelsen og i helsesøstrenes arbeid. Selv om sosiale og psykososiale aspekter ved folks liv har kommet mer i fokus (Andrews 2002, Hjälmhult 2007), er det fortsatt slik at gjennomføringen av et relativt omfattende program med vaksinasjoner, helsekontroller og hjemmebesøk, utgjør hoveddelen av helsesøstrenes arbeid. På noen punkter er vaksinasjons- og kontrollprogrammet utvidet med HPV-vaksinering av jenter, oppfølging av for tidlig fødte barn, og nye retningslinjer for veiing og måling (Helse- direktoratet 2010). En viktig del av helsestasjonenes legitimeringsgrunnlag, skriver Neumann (2007), har vært at helsesøstre skal oppdage avvik i barnas utvikling, alt fra dårlig hørsel til omsorgssvikt.

Helsestasjonene skal etter offisielle anbefalinger utføre et bredt spekter av oppgaver både på det psykososiale og fysiske området, og sikre at barn får gode oppvekstvilkår. Videre er helsestasjonene også tenkt som en arena hvor småbarnsforeldre kan bli kjent med hverandre og danne sosiale nettverk ved at helsesøstre organiserer konsultasjonene som gruppekonsultasjoner. Tjenesten skal også rette oppmerksomheten mot foreldrenes situasjon og styrke deres mestring av foreldrerollen. Det psykososiale og samspill mellom barn og foreldre er slik sett en nydefinert oppgave som kommer i tillegg til de gamle hovedoppgavene som veiledning om kosthold, søvnvaner, vaksiner,

grensesetting, forebygging av ulykker og kontroll av barnets utvikling. Det er i flere sammenhenger påpekt at tjenesten bør gjøres mindre autoritær og utformes slik at den enkelte bruker ser seg tjent med å ta imot tilbudet. Det synes å være en enighet om at foreldre selv må få lov til å definere hvilke behov de har og komme med løsninger av problemer som angår dem selv og deres barn (Andrews 2002). Et slikt premiss kan skape usikkerhet og dilemmaer for helsesøstre dersom nye foreldregrupper har andre forestillinger om hva som er bra for barna enn det helsesøstre har lært som norsk oppdrags-, helse- og oppvekstnorm.

Det er lite i utdannelsen som direkte tematiserer det å yte likeverdige tjenester til en heterogen befolkning. Det nærmeste en kommer disse temaene er: *Være bevisst egne verdier og normer, reflektere over og ta standpunkt til sykepleiefaglige verdier og etiske dilemmaer, og kunne arbeide etisk forsvarlig* (Hjälmhult 2007:25). I en undersøkelse (Reform 2009) pekes det på at det er et stort behov for å ruste opp helsestasjonene slik at de kan møte nye brukergrupper – og vi kan tilføye på en likeverdig og ikke diskriminerende måte. Dette behovet er konkretisert på flere punkter i Helsedirektoratets (2010) nylig fremlagte strategi for skole- og helsestasjonstjenesten. Behovet for tilpasning av tjenestene til minoritetsgruppers spesielle behov, er nevnt eksplisitt (s. 34), og i den forbindelse er helsestasjonene blitt pålagt en rekke nye oppgaver som for eksempel tiltak mot kjønnslemlestelse og tvangs-ekteskap. Dette er temaer som helsesøstrene kan komme i berøring med, særlig i skole- og ungdomshelsetjenesten.

3.2 Helsestasjonstilbudet og virksomheten i Alna bydel

Helsestasjonene er et gratis tilbud om forebyggende helsearbeid til alle spedbarn og småbarn i bydelene. Barna får regelmessige helseundersøkelser av leger og helsesøster fra de er nyfødte til de er fem år. Alle barn under skolepliktig alder får tilbud om vaksiner. Helsestasjonene tilbyr dessuten svangerskapsomsorg, og gir råd og veiledning om barnets utvikling og helse (www.bydel-alna.oslo.kommune.no/helse/helsestasjoner)

I Alna bydel arbeider 16 helsesøstre fordelt på tre helsestasjoner for barn fra 0–5 år; Furuset helsestasjon, Haugerud helsestasjon og helsestasjonen i Furuhuset. Helsesøstrene arbeider både på helsestasjoner for barn og i

skolehelsetjenesten. To av helsesøstrene arbeider også på helsestasjon for ungdom. Helsestasjonene er åpen fire dager i uken. En dag i uken er det «åpen helsestasjon», noe som betyr at foreldre kan komme til helsestasjonen uten avtale.

Den daglige rutinen er stort sett den samme ved de tre helsestasjonene. Foreldre kommer til avtalt tid enten for enkelt- eller for gruppekonsultasjoner. Når foreldre kommer blir barna målt og veid og så vaksinert. Deretter samles de på helsesøsters kontor for informasjon og spørsmål. Poenget med at foreldre samles i grupper, er at de skal kunne lære av hverandre, utveksle informasjon og bli kjent. Det er satt av ½ time til enkeltkonsultasjoner. Det er ikke i utgangspunkt avsatt mer tid til de ikke-norskspråklige. Når konsultasjonene foregår i grupper er det avsatt mer tid, ca. 1½ time. Det kan være mellom tre til åtte foreldre med barn i en gruppe. *Når det er tolk til stede kan vi gi oss bedre tid*, sier en helsesøster. I løpet av én dag kan en helsesøster forholde seg til 10–12 barn med foreldre.

At helsesøstre må forholde seg til en etnisk sammensatt befolkning, og at helsestasjonen ikke er et sted utelukkende for mor/barn, viser følgende tilfeldige registreringer vi gjorde løpet av en times observasjon to dager i mars på Haugerud og på Furuset helsestasjon: En somalisk bestemor, tante og mor med barn, et vietnamesisk foreldrepar med barn, tre norske mødre alene med barn, en somalisk far med barn på fireårskontroll, to polske foreldrepar, en vietnamesisk mor, barn og bestemor, et iransk foreldrepar med barn og en spansktalende mor med to barn.

En del av tiden til helsesøstrene går med til hjemmebesøk. Disse har ikke forandret seg fra 1982 da hjemmebesøk ble definert som et obligatorisk tilbud til foreldre. Når et barn blir født får helsestasjonen beskjed fra sykehuset. Helsestasjonen tar telefonisk kontakt med foreldre for å avtale et hjemmebesøk. Dette skjer ca. 14 dager etter fødselen. Helsesøstrene i bydel Alna sier at så godt som alle tar imot tilbudet om hjemmebesøk. En helsesøster sier at det kanskje bare er én prosent av dem hun er i kontakt med som takker nei. I følge statistikken fra Alna bydel tar ca. 90 prosent imot tilbudet om hjemmebesøk, så helsesøstrenes inntrykk stemmer godt overens med bydelsregistreringen. Hjemmebesøket er frivillig. Helsesøstrene sier at de har god nytte av hjemmebesøket. En sier: *Jeg synes jeg blir kjent med foreldrene på*

en annen måte, og det å komme hjem til nybakte foreldre gir god bakgrunnskunnskap. De foreldrene vi har snakket med og som bodde i Alna bydel da barnet ble født, har alle hatt besøk av helsesøster etter fødselen og har vært fornøyd med det. En ung mor fra Øst Europa sier: *Det var deilig å få hjemmebesøk for det var første barnet og vi hadde mange spørsmål som vi fikk svar på.* En mann fra Syd-Øst Asia sier det var helt greit, mens en norsk far syntes at det hadde karakter av å være en form for inspeksjon. Tross den lille skepsis vi møtte hos den norske faren, virker både foreldre og helsesøstre fornøyd med den formen hjemmebesøket har. Helsesøstre får bedre kjennskap til foreldrene og foreldrene får trygghet og svar på spørsmålene de har. Hjemmebesøket er antakelig viktig for hvordan det videre samarbeid mellom foreldre og helsestasjonen utvikler seg. Det er der tillit skapes. Tillit er viktig, for mistillit fra foreldres side kan føre til at de i fremtiden ikke vil benytte seg av helsestasjonenes tjenestetilbud.

De få foreldre som ikke takker ja til hjemmebesøket, blir vanligvis bedt om å komme til helsestasjonen så snart de har anledning for undersøkelse og vaksinasjon. Før barnet begynner på skolen har de ideelt sett vært på helsestasjonen 13 ganger. De mest omfattende kontrollene foretas ved to- og fireårsalderen.

Hver skole i bydelen har en helsesøster som har ansvar for tilrettelegging og gjennomføring av skolehelsearbeidet. Helsesøster er til stede på skolen én til to ganger per uke og samarbeider med lege, fysio- og ergoterapeut, psykisk helseteam, lærere og andre yrkesgrupper tilknyttet skolen, når det er behov for det. Skolehelsetjenesten er et tilbud til barn og unge i grunnskolen fra 1. til 10. klasse (www.bydel-alna.oslo.kommune.no/helse/skolehelsetjenesten). Helsesøster på en av skolene sier at Groruddalsatsingen har tilført skolehelsetjenesten på Alna ekstra midler som gjør at de kan ha utvidet åpningstid på denne skolen. På barneskolen tilbyr helsesøster samtaler med alle barn i første klasse og deres foreldre. Ellers går oppgaven ut på å måle høyde, kontrollere vekt, syn og hørsel. Barna kan oppsøke helsesøster uten avtale om de har behov for det. *En må høre på barna og skjønne at de kommer av andre grunner enn at de har vondt i kneet. Mange vil ha råd og de vil ha konkrete råd,* sier en helsesøster.

En helsesøster som jobber på ungdomsskolen forteller at hun har mest å gjøre med åttende klasse. Da går hun rundt i klassen og informerer om helsesøstertilbudet. Hun deler ut et lite spørreskjema. Spørsmålene har hun laget selv og de dreier seg om trivsel, hvordan de har det på skolen og hjemme, med venner, om helse, kosthold, slanking, om de er triste, om søvn, om de har vondt i hode, i maven og om deres forhold til røyk og alkohol og om det har skjedd noe trist og vanskelig i familien. Skjemaene bruker hun som et utgangspunkt for samtaler med elevene når hun kaller dem inn til individuelle samtaler. *Om alt er i orden behøver ikke samtalen å ta mer en ti minutter, men det gir en mulighet til å snakke med barna som ikke har det så greit, sier helsesøster. De er ærligere på arket enn de ville være i en samtale med meg og arket er et godt utgangspunkt for en samtale,* legger hun til.

Helsestasjonen for ungdom tilbyr gratis tjenester til ungdom opp til 23 år. Det er to helsestasjoner for ungdom i bydelen. De er åpen en ettermiddag i uken hver fra 14.30 til 18.

Det er to åpne barnehager i bydelen, Furuhuset og Familiehuset. De er selvstendige enheter, men har et nært samarbeid med helsestasjonene. Det er et gratis pedagogisk tilbud for barn i alderen null til seks år, i følge med en voksen. Barnehagene er åpne fra kl. ti til to fire dager i uken. De åpne barnehagene er meget populære. Det kan være opptil 30 foreldre med barn innom i løpet av en dag. En mor sier at hun har hatt glede av åpen barnehage i hele åtte år med de fire barna hun har. Vi har vært til stede i åpen barnehage både på Furuhuset og på Haugerud. Barnehagene er ikke bare et sted for mor og barn, helsesøster på Furuhuset har registrert at det er et økende antall fedre som kommer. En dag vi besøkte Furuhuset åpen barnehage var det mellom seks og syv fedre der, noe færre mødre. Fedrene var norske, russiske, marokkanske, vietnamesiske og iranske. En annen dag traff vi en mor med marokkansk bakgrunn som hadde med sin svigermor, og en annen gang var det en mor med pakistansk bakgrunn som hadde med seg sin egen mor. I de åpne barnehagene er brukergruppen kjønns-, alders- og etnisk heterogen. Vi møtte imidlertid ingen foreldre med synlige funksjonsnedsettelse i den perioden vi intervjuet foreldre.

Furuhuset helsestasjon er også et ressurscenter for foreldre og barn, og er en viktig enhet i omsorgsarbeidet med barn, unge og foreldre i bydel Alna.

Målet for virksomheten er å fremme god helse hos barn og foreldre, og å styrke barns og ungdoms oppvekstmiljø. På Furuhuset er det et tverrfaglig team som består både av helsesøster, lege, miljøarbeidere og psykologer som jobber opp mot barn fra null til 18 år som ikke har det så bra, og mot familier som har samarbeidsvanskeligheter. Barn med nedsatt funksjonsevne får et tilbud som strekker seg langt utover det den enkelte helsestasjon kan tilby. Et eksempel på det er det som går under betegnelsen Familieprosjektet som prøver å bygge opp et landsomfattende og permanent tilbud til familier som har barn med nedsatt funksjonsevne og/eller kroniske sykdommer (Steihaug 2008).

4 Likeverdige offentlige tjenester

4.1 Teoretisk utgangspunkt

Likeverdighet er et sentralt begrep i offentlig forvaltning. Betydningen av begrepet er imidlertid i stadig endring, slik at det ikke kan gis noen entydig definisjon av hva likeverdighet innebærer. Likeverdighet fortolkes innenfor forskjellige kontekster og idésystemer.

Ønsket om å tilpasse helse- og velferdstjenester til en mangfoldig befolkning, står på dagsorden i de fleste vestlige land – ikke minst i land som USA og Storbritannia, der utfordringer knyttet til en etnisk og kulturelt sammensatt befolkning har vært spesielt fokusert. I engelskspråklige land har spørsmålet om et tilpasset tjenestetilbud vært diskutert i lys av begreper som 'ethnic sensitivity' og 'cultural awareness' (Gutiérrez 1992), eller det etter hvert mer omsegripende begrepet '*diversity management*' som dreier oppmerksomheten mot å tilpasse tjenestene til individuelle forskjeller langs flere dimensjoner – etnisitet, kultur, klasse, religion, kjønn, seksualitet, alder og funksjonsevne (Mackelsparng & Salsgiver 1996). Dermed åpnes det i prinsippet også opp for en anerkjennelse av at folks forskjellighet er sammensatt. Diversity management-begrepet har vært brukt for å markere avstand til en tenkning som la opp til særbehandling av ulike grupper (med nedsatt funksjonsevne, etniske minoriteter etc.). I stedet for å tenke særbehandling for dem som skiller seg fra majoriteten, ønsket man å stimulere til en tenkning der forskjellighet /mangfold er det normale, og der strukturelle forhold må endres for å inkludere alle.

Mangfoldsledelse som fenomen har etter hvert blitt gjenstand for betydelig akademisk debatt (se f.eks. Lorbiecki & Jack 2000, Wrench 2005, Holvino & Kamp 2009). Et kritikkpunkt handler om at det økonomiske og instrumentelle tankesettet medfører overflatiske tiltak som ikke fremmer større toleranse og «vidsyn», men snarere bidrar til å sementere etablerte stereotyper om menneskers forskjellighet. Kritiske analyser viser at mange tiltak iverksettes uten at det er avklart hva som ligger i begrepet forskjellighet.

Ved ikke å differensiere mellom ulike typer forskjellighet, risikerer man å overse strukturell maktutøvelse og undertrykkelse (Lorbiecki & Jack 2000).

Multikulturalisme og diversity management er parallelle diskurser med noe forskjellige perspektiv. Multikulturalisme er en politisk ideologi med mange definisjoner der først og fremst etniske minoriteter gis politisk legitimitet og innflytelse. Denne ideologien er blitt utsatt for sterk kritikk de siste årene, blant annet er den anklaget for å undergrave det universalistiske prosjektet som velferdsstaten bygger på. Forskning viser imidlertid at tross den ideologiske kritikken rettet mot multikulturalisme, finner utøvere i det offentlige tjenesteapparatet pragmatiske og praktiske løsninger for å inkludere og likebehandle brukere, noe som betegnes som «multikulturalisme i praksis» (Vertovec 2010).

4.2 Fra like til likeverdige tjenester

Ved framveksten av velferdsstaten på 1950–60 tallet ble det vektlagt at alle borgere skulle ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av sosial posisjon, opprinnelse, formue eller inntekt, dvs. at alle borgere i aldersgruppene som omfattes av helsestasjonenes tjenestetilbud skulle ha lik tilgang til ytelsene. Fordelingsprinsippet er ofte omtalt som «universalisme» (Kildal og Kuhnle 2005). For å kompensere for sosiale ulikheter i helse, har universalisme ikke blitt sett som tilstrekkelig. Selektiv positiv diskriminering – faglig skjønnsprøving av brukernes behov – har blitt ansett som ønskelig for å yte mer til dem med dårligst helse (Titmus 1968:134-5).

Det er ikke åpenbart eller selvforklarende hva som skal menes med et likeverdig helsetjenestetilbud. Forståelsen av hva likeverdige offentlige helse-tjenestetilbud innebærer, har endret seg fra 1950-tallet og frem til i dag. Slike endringer i det normative grunnlaget for helsetjenestetilbudet, og offentlige tjenester mer generelt, danner den sosiale bakgrunnen for de utfordringer helsestasjonene står overfor når det gjelder å levere differensierte tjenester til barn, ungdom og deres foresatte. Idealer om likeverdige offentlige tjenester har blant annet blitt uttrykt i Stortingsmeldingen «Mangfold gjennom inkludering og deltakelse»:

Mangfoldet må anerkjennes og vises respekt, ved at ulike behov i befolkningen blir avspeilet i utformingen av offentlige tjenester og samfunnets fellesordninger. Å tilby likeverdige tjenester som tar hensyn til at borgerne kan ha nye og andre behov enn flertallet, er å anerkjenne det nye mangfoldet i praksis. Det viser at samfunnet er åpent for å endre seg. Det understreker også hvor viktig det er med valgfrihet i forbindelse med offentlig tjenestetilbud. (St.meld. nr. 49 (2003–2004: 12).

Helsetilsynet og Helsedirektoratet viser imidlertid at det er innslag av manglende likeverdighet både når det gjelder tilgjengelighet og kvalitet innen offentlige tjenester. Blant annet er det avdekket manglende tolkebruk ved helsestasjoner (Helsetilsynet 2006, Forland 2009).

Juristen Arnardottir (2009) har argumentert for at det har skjedd en dreining i hva likebehandling skal bety innenfor internasjonal menneskerettslovgivning. Ifølge Arnardottir har feministiske jurister vært anførende i utviklingen av forståelsen av prinsippet om likebehandling. I perioden 1950–1970 var fokuset på *formell likebehandling* av alle uavhengig av blant annet kjønn og etnisitet. Idealet var i denne perioden at staten skulle være nøytral overfor forskjellighet i befolkningen. I perioden 1970–1990 ble det mer fokus på konkrete diskrimineringsgrunner som ble forstått som naturgitte og uunngåelige, og ofte biologisk betingede forskjeller som kjønn og barndom. Fokuset var på *tilpasninger i konkrete enkeltilfeller* snarere enn samfunnsmessige eller strukturelle endringer. Fra midten av 1990-tallet har diskrimineringsvernet blitt styrket for flere befolkningsgrupper. Fokuset har de siste 15 årene i økende grad vært på systematiske maktforhold, privilegier og ulemper, og på reformer for å motvirke eller nedbygge sosiale praksiser og politikk som bidrar til usaklig og negativ forskjellsbehandling (indirekte diskriminering). Endring i fokus, fra tilpasninger i enkeltilfeller til fokus på strukturelle (samfunnsmessige) forhold, henger sammen med en økende forståelse av diskrimineringsgrunnlag som sosialt konstruerte; spesielt kjønn, rase (etnisitet), funksjonsnedsettelse og seksuell orientering.

Ifølge Fraser (2008), er hovedutfordringene ved utformingen av velferdsstatlige tjenester knyttet til *omfordeling, anerkjennelse og representasjon*. Økt forståelse og anerkjennelse av det norske samfunnet som mangfoldig og

sammensatt av befolkningsgrupper med ulike behov og interesser, har ansporet til større grad av «skreddersøm» av offentlige helsetjenester. Det har også ført til økt brukerdeltakelse av brukere, pasienter eller tjenestemottakere i beslutningsprosesser som angår utformingen og valg av tjenester for den enkelte. Eksempelvis har Helsedirektoratet (2009) identifisert strategier for å møte utfordringer knyttet til ulike oppfatninger i befolkningen om hva som er «det gode liv», og om forståelser av helse og sykdom. Økt informasjon om andre levesett og inntrykk «utenfra», deltakelse i flere og mer differensierte sosiale verdener og geografisk mobilitet, har bidratt til å gjøre de kulturelle referansepunkter mindre stabile. Slike sosiale utviklingstrekk har bidratt til nye og andre forventninger til offentlige tjenester fra innbyggerne.

Å gi lik behandling til mennesker med ulike behov kan føre til usaklig forskjellsbehandling, sier LDO. Ifølge LDO er det å tilby likeverdige tjenester ikke nødvendigvis å behandle alle likt. Anbefalingen fra LDO går ut på at en skal ta hensyn til at folk er forskjellig og alle har lik rett til tjenester. Dette er ideelle fordringer som først og fremst er rettet mot tjenesteutøverne, og en kan få inntrykk av at det er dem som er «bøygen» uten at det sies eksplisitt. Ifølge LDO betegner likeverdige offentlige tjenester en tjenesteyting som:

- tar hensyn til at folk er forskjellige, og respekterer mangfold,
- erkjenner alle mennesker som likeverdige medlemmer av samfunnet, med lik rett til tjenester,
- fordeler fellesskapets ressurser rettferdig,
- identifiserer personers og gruppers behov og utvikler og tilpasser tjenester i samsvar med disse,
- møter alle brukere individuelt innenfor et universelt tjenestetilbud,
- kompenserer for ulemper og mangel på likestilling.
(IDO.no/no/loft/aktivitetsplikt)

Det er på den ene siden klart at tjenesteutøver er en sentral aktør i likestillingsarbeidet ettersom hun møter brukerne ansikt til ansikt. På den andre siden er de strukturelle/kulturelle betingelsene for tjenesteyting mer subtile og implisitte kilder til ulikeverdighet. Vi mener at system-utfordrende krav

og pålegg burde vært sterkere formulert og konkretisert, særlig fordi det understrekes at barrierene både kan være skapt av rammeverket for tjenesteytingen, systemet for tjenesteytingen eller av den enkelte tjenesteyter (IDO.no/no/loft/rapporteringsplikt). Det har som sagt vært et fokusskifte i hva likeverdige offentlige tjenester innebærer – fra individuelle holdninger – til strukturelle og samfunnsmessige forhold som bidrar til negativ forskjellsbehandling, men slik vi leser teksten kommer ikke det tydelig frem.

Når vi spør helsesøstrene hva likeverdig behandling innebærer, svarer enkelte at det betyr å behandle alle likt. Argumentet var at en ved å behandle alle likt ikke diskriminerer noen fordi alle da får det samme tilbudet. En helsesøster sier: *Jeg foretrekker ikke å vite hvilke yrker foreldrene har når jeg går på hjemmebesøk for ikke å være forutinntatt. Når jeg kommer skal en mor være en mor.* Dette er én strategi for å gi et likt tilbud. Men det finnes nyanser i svarene. *Likeverdig behandling betyr at alle skal ha det samme tilbudet, å behandle alle likt kan føre til tilbudsulikhet og ikke likeverdighet,* er en fremtredende forståelse. Andre svarer at det å gi det samme tilbudet krever tilpassing og fleksibilitet. Når de skal eksemplifisere hva de mener når de sier at likeverdig behandling krever fleksibilitet, kommer mange med eksempler på det Vertovec (2010) kaller multikulturalisme i praksis. En sier: *Jeg tenker for eksempel på hva slags råd foreldrene har mulighet til å gjennomføre, og så gir jeg råd etter det. Jeg prøver å tilpasse de rådene jeg gir til familiens situasjon, ellers har jeg ingen sjanse til å nå frem.*

I Frasers (2008) forstand *anerkjennes* kulturforskjellene og at brukerne har ulike muligheter til å fremme sine krav. Helsesøstrene anerkjenner at minoritetsbefolkningen kan ha andre behov enn majoritetsbefolkningen, men at det kan være vanskelig å ivareta disse behovene. I fokusgruppeintervjuene med helsesøstrene var det enighet om at en form for forskjellsbehandling kunne være nødvendig om en skulle oppnå resultatlikhet. Vårt inntrykk er at det er lettere å erkjenne nødvendigheten av forskjellsbehandling mentalt enn å utøve den i praksis. Men samtalene med foreldrene tydeliggjør at det å tilby de samme tjenestene og de samme rådene til alle, kan oppleves som en form for paternalisme. Ved å insistere på at foreldre skal følge de rådene helsesøstrene gir fordi det etter deres vurdering er til barnets

beste, mister foreldrene frihet til å bestemme selv basert på sine egne erfaringer.

For å fremme likeverdige offentlige tjenester har LDO utviklet en metodikk som hjelper en til å kartlegge hvor og hvordan problemer oppstår. Det dreier seg om å *identifisere* barrierer, *hindre* barriere, *hjelp* dem som møter barrierer, *støtte* dem som bryter barrierer og å anbefale ikke diskriminerende praksiser.

Vår myndighet og vårt oppdrag er begrenset. Vi har som sagt intervjuet helsesøstre og brukere av helsestasjonene. Slik kan vi *identifisere* barrierer og identifisere hva som er vanskelig, ved blant annet å peke på de dilemmaer helsesøstrene møter. At helsesøstrene ikke klarer å løse problemene som presenteres for dem, kan føre til frustrasjoner for helsesøstrene, og foreldre kan komme til å oppleve at de ikke får den behandling, oppmerksomhet og de råd de etterstreber. Vanskeligere blir det å *hindre* barrierer, men den tilbakemeldingen foreldre gir kan være et utgangspunkt for å bedre kommunikasjonen mellom helsesøstre og ungdom, og mellom helsesøstre og foreldre, og dermed bygge ned barrierer. Det er også et håp om at det vi finner kan være til *hjelp* for helsesøstrene i deres daglige virke. Et viktig mål for denne undersøkelsen er å tydeliggjøre gode praktiske løsninger på likeverdsutfordringer og anbefale ikke-diskriminerende praksiser.

5 Den kvantitative undersøkelsen

Hovedmålet med survey-undersøkelsene er å belyse variasjoner i bruken av tilbudet, og variasjoner i brukernes opplevelse av helsesøsters evne til å informere. Disse variasjonene kan igjen analyseres mot bakgrunnskjennetegn, i hovedsak språklig bakgrunn og kjønn. Dersom det eksisterer variasjoner i bruksfrekvens/opplevelse, kan dette skyldes at tjenestetilbudet på en eller annen måte ikke er like godt tilpasset alle målgruppene. Hvorfor dette er tilfelle kan ha flere forklaringer. En mulighet er at det kan ha noe med diskriminering å gjøre, uten at vi kan verifisere en slik forklaring gjennom survey-undersøkelser. Variasjoner i f.eks. bruksfrekvens kan da representere en indikator på en mulig diskriminering, som kan følges opp gjennom mer omfattende kvantitative eller kvalitative undersøkelser.

5.1 Helsestasjonstjenesten mor/barn – variasjoner i bruksfrekvens og tilfredshet med tilbudet

På helsestasjonene i bydelen ble det levert spørreskjema som helsesøstre delte ut til brukerne. De fleste skjemaene ble også samlet inn av helsesøstre, mens noen få skjema ble sendt NOVA per post. Et hovedproblem med forebyggende helsetilbud er å nå dem som trenger det mest. Ettersom utvalgspopulasjonen består av familier som allerede er brukere av tjenesten, er materialet mindre egnet til å fange opp de som av ulike grunner bruker helsestasjonstjenesten relativt lite.

Skjemaet ble besvart av 78 personer, det lave antallet gjør at materialet har begrenset verdi som statistisk analysegrunnlag.

Nærmere om de som svarte:

- Til sammen 90 prosent var kvinner.
- Halvparten var førstegangsfødende.
- I alt 60 prosent brukte i hovedsak norsk språk hjemme, mens de øvrige oppgav kategorien «Annet språk».

Hovedmålet med spørreskjemaene var å kartlegge variasjoner i bruken av tilbudet (kontakter, gruppeaktiviteter), og tilfredshet med informasjonen fra helsesøster (om ulike tema, informasjonsbrosjyrer). Tabellen viser en viss spredning i kontaktflaten med helsestasjonen.

Kan du huske omtrent hvor mange ganger du har vært på helsestasjonen de siste 12 månedene? Prosent (N=77)	
1 gang	6
2-3 ganger	22
4-5 ganger	31
Mer enn 6 ganger	40

Det var litt over halvparten, 55 prosent, som svarte ja på spørsmålet «Bruker du åpen helsestasjon?» Av disse igjen hadde to av tre brukt åpen helsestasjon to eller flere ganger de siste 12 månedene.

På spørsmålet «Synes du det har vært for mange eller for få besøk på helsestasjonen?» var det 10 prosent som mente det var for få, mens resten mente det var passe.

Det var til sammen 53 prosent som svarte at de hadde deltatt i samtalegrupper, foreldregrupper eller andre gruppeaktiviteter arrangert av helsestasjonen.

På spørsmålet «Er du blitt kjent med andre foreldre etter å ha vært på helsestasjonen?», svarte 58 prosent bekreftende.

De fleste som hadde fylt ut spørreskjema (90 prosent), svarte at de hadde fått vite om andre tilbud i bydelen av helsesøster.

Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om hvor fornøyd foreldrene var med den informasjonen de hadde fått av helsesøster om følgende tema: Barns utvikling, vekst, kosthold, amming, lek og stimulering, søvnproblemer og vaksiner. Om disse temaene kunne svarpersonene velge mellom tre svaralternativer: Svært fornøyd, fornøyd og misfornøyd. I hovedsak var de fleste fornøyd med informasjonen, graden av misnøye varierte mellom 19 prosent (søvnproblemer) til én prosent (vaksiner).

De fleste hadde svart at de hadde fått informasjonsbrosjyrer på helsestasjonen, mens 18 prosent svarte at de ikke hadde hatt nytte av disse fordi de var vanskelige å forstå eller inneholdt for mye informasjon.

Det var noen forskjeller mellom foreldre med norskspråklig bakgrunn og andre foreldre. Foreldre uten norskspråklig bakgrunn svarte noe oftere at de ikke hadde hatt nytte av informasjonsbrosjyrene de hadde fått, og var noe oftere misfornøyd med informasjonen de hadde fått av helsesøster om f.eks. barns søvnproblemer. Materialet var ikke stort nok til å avgjøre om dette var statistisk sikre sammenhenger. Det var ingen forskjeller når det gjaldt bruk av åpen helsestasjon eller deltagelse i samtalegrupper eller gruppeaktiviteter.

Det var en (nesten signifikant) sammenheng mellom språklig bakgrunn og hvem som hadde blitt kjent med andre foreldre på helsestasjonen: foreldre som ikke brukte norsk hjemme svarte sjeldnere at de hadde blitt kjent med andre foreldre.

5.2 Helsesøstertjenesten på Hellerud videregående skole

I begynnelsen av juni ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant elevene om deres erfaringer med helsesøstertilbudet. Hensikten var å belyse variasjoner i bruken av tilbudet mellom norskspråklige og andre elever, og mellom gutter og jenter.

Datainnsamlingen ble organisert slik at et spørreskjema ble distribuert til kontaktlæreren, som så delte ut skjemaet i en time der klassen var samlet. Tidspunktet for undersøkelsen falt sammen med eksamensavvikling, slik at det var vanskelig å få distribuert skjemaet. Til sammen 160 skjemaer ble levert ut og 158 ble samlet inn. Rektor hadde på forhånd godkjent gjennomføringen av undersøkelsen. I følge offisiell statistikk var det 803 elever på videregående skoler i skoleåret 2009/2010 i Alna bydel, 605 tilhørte Hellerud Videregående skole.

Helsesøstertilbudet er presentert på skolens hjemmeside, og tjenesten er i følge disse opplysningene tilgjengelig på skolen fire dager i uken, i tillegg er det en helsestasjon for ungdom som er åpen om ettermiddagen en dag i uken:

Helsesøstrene har fast kontortid fire dager i uken.

Du kan oppsøke helsesøster når du har behov for å snakke med helsepersonell om spørsmål som opptar deg, eller om du ønsker mer informasjon om for eksempel:

Helse

Hodepine, magesmerter
Søvn og søvnproblemer
Kjønnslemlestelse
Spiseforstyrrelser
Skader av ulike slag
Når du bekymrer deg for helsen din

Samliv og seksualitet

Forelskelse, kjærlighet og kjærlighetssorg
Tvangsekteskap
Prevensjonsveiledning - du kan få resept på p-piller, gratis kondomer og graviditetstest
Informasjon om seksuelt overførbare sykdommer, og om abort, vold og seksuelle overgrep
Informasjon om det å være homofil, lesbisk eller bifil

Rus og rusmisbruk, røyking

Problemer hjemme, på skolen eller med venner

Helsesøster har taushetsplikt og kan være en god samtalepartner når du trenger en å snakke med.
Bydelen har også egen helsestasjon for ungdom. Denne ligger i Haugerudsenteret og har kontortid mandager 15.30 til 18.00. Tlf 23 42 01 62.

Av de som svarte var 42 prosent jenter og 58 prosent gutter. Til sammen 80 prosent svarte at de var født i Norge, mens 57 prosent svarte at de i hovedsak brukte norsk hjemme.

I hvilken grad bruker så elevene dette tilbudet, og hva bruker de det til? I alt 19 prosent svarte at de hadde oppsøkt helsesøster eller helsestasjon for ungdom det siste skoleåret.

Har du oppsøkt helsesøster eller helsestasjon for ungdom i løpet av det siste skoleåret?	I alt	Ja	Nei	(N)
Alle	100	19	81	(158)
Gutter	100	14	86	(86)
Jenter	100	22	82	(64)
Elever som er født i Norge	100	16	84	(121)
Elever som ikke er født i Norge	100	23	77	(30)
Elever som i hovedsak bruker norsk eller annet skandinavisk språk hjemme	100	19	81	(85)
Elever som ikke bruker norsk eller annet skandinavisk språk hjemme	100	14	86	(59)

Det kan se ut til å være en tendens til at gutter bruker helsetilbudet mindre enn jenter, men utvalget er ikke stort nok til at vi kan si at det er statistisk sikre sammenhenger. Det er heller ikke mulig å trekke noen konklusjoner om tilbudet brukes mer eller mindre av elever med minoritetsspråklig bakgrunn.

Elever som hadde brukt helsesøstertjenesten oppgav «egne helseproblemer», «prevensjon» og «andre grunner» som årsaken til at de hadde vært hos helsesøster. Spørsmåls kategorier som «flytte hjemmefra/bostøtte», «arrangert ekteskap» og «familieproblemer», forekom kun i ett tilfelle.

Av de som hadde brukt helsesøster, svarte 38 prosent at de gjerne ville ha besøkt helsesøster oftere. Halvparten av disse igjen oppgav manglende tilgjengelighet («helsesøster er sjelden på skolen») som årsak til at de ikke hadde oppsøkt helsesøster oftere.

Elever som ikke hadde brukt helsesøstertilbudet utgjorde altså den største gruppen. Flertallet (72 %) av de som ikke hadde oppsøkt helsesøster svarte at de ikke hadde hatt behov.

Noe av bakgrunnen for ikke å oppsøke helsestasjonen kan være at tilbudet ikke er kjent blant elevene. Av de som ikke hadde besøkt helsesøster, var det 72 prosent som svarte at de hadde fått informasjon om helsesøstertilbudet på skolen, mens 26 prosent svarte at de hadde fått informasjon om helsestasjon for ungdom. Flertallet synes dermed ikke å være klar over at det finnes et tilbud også etter skoletid.

Andelen som ikke hadde fått informasjon om helsesøstertilbudet var uavhengig av bakgrunn.

Oslo kommune legger vekt på at helsesøstertilbudet skal være et lavterskeltilbud, og at «tjenestetilbudet tilrettelegges for ungdom med minoritetsbakgrunn, og å prioritere arbeidet med å bekjempe kjønnslemlestelse og tvangsekteskap» (Oslo komme 2011, s.13).

Det er ikke noe i vårt materiale som tyder på at helsesøstertilbudet oppsøkes av elever i forbindelse med kjønnslemlestelse og tvangsekteskap. Det er imidlertid mulig at noen ville ha problemer med å oppgi dette som grunn, selv i en anonym spørreundersøkelse.

I forkant av undersøkelsen ble det gjort noen intervjuer med ungdommer i skolegården. I følge noen elever hadde skolen et relativt strengt

regime når det gjaldt fravær. Besøk hos helsesøster ville bli «synlig» for andre elever fordi det kreves tillatelse for å forlate klasserommet, noe en må når en skal oppsøke helsesøster. For noen vil det å ha kontakt med helsesøster signalisere et problem som elevene kanskje ikke ønsker å dele med andre, og de vil ha vanskeligere for å ta kontakt dersom det ble kjent blant venner at de hadde vært hos helsesøster.

Spørsmålet er om bruksfrekvensen ville øke dersom tjenesten hadde presentert seg på en annen måte, og om det tjener formålet å beskrive tjenesten som et særlig tilbud til elever som har vært utsatt for kjønnslemlestelse eller tvangsekteskap. Undersøkelsen reiser også spørsmål om hvor godt kjent tilbudet er blant elevene, og om tilbudet er tjent med å være lokalisert på skolen og tilgjengelig innenfor skoletiden.

6 Den kvalitative undersøkelsen

Vi har valgt å klassifisere funnene fra den kvalitative delen av undersøkelsen i tre hovedfaktorer som influerer på tjenestetilbudets likeverdighet:

- Strukturelle faktorer – faktorer som avhengig av politiske beslutninger ved tjenesten
- Organisatoriske faktorer – faktorer som er knyttet til måten tilbudet er organisert på lokalt
- Kulturelle faktorer – faktorer som er knyttet til ansatte og foreldres virkelighetsforståelse og praksis.

Disse er i praksis sammenvevde og ikke alltid lett eller fornuftig å skille fra hverandre; her er de klassifisert slik for oversikten og lesbarhetens skyld.

6.1 Strukturelle faktorer

Et likeverdig offentlig tjenestetilbud beror i stor grad på yrkesutøvernes praksis, men strukturelle forhold som utøvere er underlagt og som de vanskelig kan gjøre noe med, innskrenker deres muligheter for å tilby likeverdige tjenester.

Tilgjengelighet

Tilgjengelighet er en nøkkelfaktor for å kunne tilby likeverdige tjenester. For at helsestasjonene skal være tilgjengelig for brukere med nedsatt fysisk funksjonsevne, burde de tilrettelegges både for syns-, hørsels- og bevegelsehemmede. Til en viss grad var det tatt hensyn til rullestolbrukere. Andre former for tilrettelegging så vi få spor av.

Helsestasjonene på Furuset og Haugerud ligger henholdsvis i tredje og andre etasje, men det er heis og er følgelig tilgjengelige for de fleste foreldre og barn med nedsatt fysisk funksjonsevne. Vi tenker her i særlig grad på rullestolbrukere. Helsestasjonslokalene er imidlertid ikke tilrettelagt slik at disse foreldrene kan presentere seg på en likverdig måte eller stelle barna sine

ved tilpassede stellebord. Skranken er så høy at rullestolbrukere så vidt synes når de skal presentere sitt gjøremål. Stellebordene er tilpasset stående med gjennomsnittshøyde. Men begge steder er det toaletter som er tilgjengelig for rullestolbrukere. En kommer inn, men etter det er en prisgitt andres hjelp om en skal utøve den praktiske delen av sin foreldrerolle.

Hørselshemmede har tilgang til døvetolk fra NAV. Helsestasjonene formidler kontakt med tolker når det er nødvendig. Det så ikke ut til å være noen spesiell tilrettelegging for synshemmede på helsestasjonene. Ingen av brosjyrene som lå fremme var tilrettelagt for synshemmede med stor skrift eller andre hjelpemidler. Som allerede påpekt, var det få om noen helsesøstre som hadde erfaring med brukere med nedsatt funksjonsevne. Dette kan henge sammen med at brukere ikke ble vurdert som å ha nedsatt funksjonsevne så lenge de etter helsesøstrenes oppfatning fungerte godt nok som omsorgspersoner. Det utelukker ikke at omsorgspersonene kan oppleve stengsler eller barrierer, men det har vi ikke kunnet dokumentere.

I en undersøkelse av mødre på helsestasjon finner Grue (2002) at når kvinner med nedsatt funksjonsevne blir mødre, blir moderskapet en mer vesentlig identitet enn deres funksjonshemming. Det er deres status som mødre som innlemmer dem i normalitetens fellesskap. Når de da oppsøker helsestasjon gjør de det i egenskap av å være mor. Deres funksjonshemming synes ikke å hindre deres bruk av helsestasjonstilbudet.

Rekruttering og representasjon

Det er så godt som ingen ikke-etnisk norske helsesøstre i bydelen, og heller ikke menn eller ansatte med nedsatt funksjonsevne. Her mangler altså det Fraser benevner som *representasjon* – representanter for ulike befolkningsgrupper med ulike behov som kan ivareta deres interesser og bidra til å fremme et likeverdig tjenestetilbud. Helsestasjonene er kulturelt sett et norsk feminint tilbud til en etnisk/religiøs og språklig mangfoldig befolkning. Om vi forutsetter at tjenesteytneres etniske bakgrunn delvis skal avspeile sammensetningen av den befolkningen de er satt til å betjene, har helsestasjonene i Alna bydel langt fra oppfylt et slikt krav, om det er rimelig å formulere det som et krav. Når vi spør om rekrutteringspraksis, nevner et par helsesøstre at det kunne være en fordel med et flerkulturelt team. En helsesøster sier at det

kunne vært bra å ha en ikke norsk kollega som var godt integrert i det norske samfunnet. I LDOs rapport *Kartlegging av diskriminering i statlig sektor* pekes det på at statlig sektor har tiltak for å hindre diskriminering ved rekruttering. En helsesøster sier at det ikke er noen med utenlandsk bakgrunn som søker stillinger her, og at det ikke er mange ikke-norske som vil bli helsesøstre. De har ikke noe godt svar på hvorfor det er slik, men det kunne ha med utdannelsens lengde å gjøre, mente noen. Problemet for helsesøstrene er at helsesøsterutdanningen ikke synes å tiltrekke seg ikke-etnisk norske i tilstrekkelig grad. Manglende representasjon dreier seg i dette tilfellet ikke først og fremst om ekskludering eller utestenging, men om sviktende rekruttering og mangel på personell.

Når vi spurte om hvordan den ideelle staben av helsesøstre skulle se ut, var svaret at de ville ha folk med bred erfaringskompetanse med den brukergruppen de har. *En helsesøster som skal arbeide i bydelen må være tolerant, må ha tålmodighet og like å jobbe med mennesker*, sier én. Det er personlige egenskaper som kreativitet og fleksibilitet som fremheves som viktige i arbeidet. At erfaring fremfor etnisk bakgrunn fremheves, kan en kanskje forstå når en vet at det er ca. 150 nasjoner representert i bydelen som en sier: *Hva ville det hjulpet med en pakistansk helsesøster. Da ville alle de pakistanske komme til henne og hva med alle de andre som kommer til oss?* Etter enkeltes mening kunne det føre til forskjellsbehandling. På den andre siden vil en pakistansk helsesøster ha erfaring med å være «den andre» – en erfaring som deles på tvers av nasjonalitet. Dette ble understreket av den ene østeuropeiske helsesøsteren som jobbet i Alna. Hun hevdet at det er lettere for henne å understreke hvor viktig det er å tilegne seg språket, ettersom hun selv er et bevis på at det nytter og at det hjelper en frem. At ønsket om et flerkulturelt team av helsesøstre ikke står sterkere kan også være uttrykk for en pragmatisk holdning. Det nytter ikke å etterspørre det som ikke er tilgjengelig, men det kan også bunne i en forestilling om at mangfoldet best møtes med bred erfaringskompetanse med den brukergruppen en har. Helsesøstrene framholder at de må stole på seg selv og på hverandre. Defaitisme og pragmatisme går her hånd i hånd. Vi kan si at vi her har identifisert en mulig barriere for likeverdig tjenesteyting. Det er lite som tyder på at en ikke etnisk norsk helsesøster ikke ville bli ansatt, dersom hun søkte, antakelig gjelder det samme for en mann og en søker med en

funksjonshemming, men det ser ikke ut til å være noen av disse kategoriene som søker, og få som utdanner seg til helsesøstre. Hva som kan gjøres for å utvide rekrutteringen av helsesøstre i Alna og andre bydeler bør diskuteres med institusjoner som utdanner helsesøstre.

Kompetanse

For at et tjenestetilbud skal være likeverdig må tjenesteutøvere ha relevant kompetanse. En måte å forstå kompetanse på er å vurdere om det er samsvar mellom diversiteten – mangfoldet i befolkningen og blant tjenesteutøverne. Kompetansebredden i helsesøsterteamet ville økt dersom personer med innvandrebakgrunn, menn eller andre kategorier av befolkningen, ble tilsatt, men uten disse må de stole på seg selv og den kompetansen de selv har opparbeidet.

En annen måte å forstå kompetanse på i denne sammenhengen er at tjenesteutøvere forholder seg til det kulturelle mangfoldet på en hensiktsfull, kompetent og meningsfull måte både når det gjelder utvikling av og utøvelse av tjenesten. Å ha kulturell kompetanse innebærer at en forstår kultur som en kompleks og mangefasettert størrelse uten at kulturell tilhørighet alene definerer hvem en er. Selv om forestillinger der grupper tillegges spesifikke egenskaper kan hjelpe en å skille mellom grupper og mellom normalitet og patologi, kan de samme forestillingene bidra til stereotypier som begrenser ens forståelse av individer som tilhører gruppen.

Det etniske mangfoldet er normaliteten i Alna bydel. Mangfoldet *anerkjennes* og preger hverdagsmøtene. Denne anerkjennelsen fører blant annet til at mange helsesøstre etterspør videreutdanning i flerkulturelt arbeid, som de i liten grad får anledning til å delta på. I en undersøkelse (Bu et al. 2005) svarte 60 prosent av i alt 1347 spurte blant ansatte i A-etat, sosialtjenesten og trygdeetaten, at de i møte med etniske minoriteter mangler kompetanse, slik at de ikke kunne yte en like god tjeneste som de skulle ønske. Forfatterne peker på at det er med et flerkulturelt brukerperspektiv, både fordi de offentlige tjenesteyterne og de etniske minoritetenes avmaktfølelse og frustrasjon må tas på alvor. I samme undersøkelse pekes det på at det er i kommuner med en høy innvandreandel at ønsket om kompetanseheving er svakest. Bu et al. tolker det slik at de som ofte yter tjenester til etniske minoriteter også blir bedre rustet til det, fordi de har mer erfaring og blir tryggere i sitt virke.

Når vi spurte hvilke kvaliteter en helsesøster som skulle jobbe i bydelen burde ha, var svaret erfaring – underforstått at det var erfaring med å forholde seg til en etnisk mangfoldig befolkning. Men om de ikke får hevet sin kompetanse i form av kurs i flerkulturelt arbeid, er de i en kontinuerlig lærings-situasjon gjennom erfaringsutveksling, noe som bidrar til kompetanseutvikling og adferdsjustering. Flere av helsesøstrene har arbeidet i bydelen i mange år. De med lang erfaring fungerer som mentorer og veiledere for de med kortere erfaring. Helsekontorene i Alna fungerer på den måten som selvlærende systemer som kan bidra til en mer kultursensitiv praksis. Helsesøstrene ga uttrykk for at de er interessert jobben sin og at det er en stadig utfordring å jobbe i en flerkulturell bydel. Den generelle holdningen er, som én klart uttrykte det: *For å jobbe her må en være interessert i de folka som bor her.*

Positiv interesse er ikke alltid nok. Ekstern kunnskapstilførsel er en viktig mangel. Selv om de blir tilbudt utallige kompetansehevingskurs, sier helsesøstrene at de ikke har tid til å gå på de mange gratiskursene de blir tilbudt, og bydelen har ikke råd til de kursene som koster noe. Én ønsket for eksempel å bli bedre i engelsk. *Mange av de unge som kommer snakker foruten sitt eget morsmål godt engelsk. Hadde engelsken min vært bedre ville det lettet kommunikasjonen,* sier hun. De få kursene de deltar på er mer eller mindre obligatoriske medisinske fagutviklingskurs for å holde seg oppdatert med hensyn til riktig helseveiledning. Kurs som kunne styrket muligheten for å yte likeverdige tjenester, ser ikke ut til å være prioritert i bydelen.

Myndighetsbegrensninger

Mange av problemene foreldre har å slite med, og som helsesøstrene blir konfrontert med, kan tilbakeføres til betingelser familien lever under som ligger utenfor helsesøstrenes myndighetsområde. Flere nevnte at foreldre kom og klaget over dårlige boliger, boliger som kunne være helseskadelig for små barn. Som regel var det familier som bodde til utleie i private boliger, som klaget. Hvordan skal helsesøstre forholde seg til at familiens største problem var husproblem? Hvordan skal helsesøstrene videreformidle det, i hvilken grad fører det til avmaktfølelse og kompetanseslitasje ikke å kunne hjelpe med det nødvendige. Dette reiser spørsmålet om hvor langt vi skal strekke vår forståelse av hva et likeverdig tjenestetilbud innebærer. Når

dårlige boforhold går ut over barns helse – som helsesøstrene er satt til å ivareta – kan vi da si at det ligger under deres ansvarsområde? Men om det gjør det, og de ikke har mulighet til å påvirke disse forhold, vil det være det samme som ikke å tilby likeverdige tjenester? Om det er slik ville tjeneste-paradigmet om å tilby likeverdige tjenester måtte endres, eller så måtte helsesøstrene utvide sitt virksomhetsområde slik at de på en tilfredsstillende måte kunne møte de utfordringer og urettferdigheter som blir forbundet med kulturell og sosial diversitet. Et par helsesøstre nevnte at de hadde strukket seg langt for å hjelpe familier med boligproblemer, blant annet ved å følge dem til boligkontoret i bydelen, men ofte førte det ikke frem.

Tidspress

Når vi spurte helsesøstrene om hva som var den viktigste hindringen for at de skulle kunne utføre det arbeidet de var satt til, var det unisone svaret tid. Tid er en knapphetsfaktor. Det er flere tidstyver i helsesøstrenes hverdag: Dårlige boforhold fører for eksempel til mye flytting, og ettersom familiene ikke har meldeplikt til helsesøstrene om at de flytter, krever det mye ekstraarbeid. Helsesøstrene mistet kontakten med familiene uten å vite hvorfor, og når de ikke dukker opp til avtalt tid, innkaller de familiene på nytt og på nytt. Dette fører til merarbeid som tærer på den knappe ressursen som tiden de har til rådighet er.

Tiden blir også knapp fordi de stadig blir tillagt nye oppgaver, som da de fikk oppgaven med å vaksinere mot svineinfluensaen. Stadig flere familier kommer med hva helsesøstre benevner som sammensatte problemer som krever ekstra oppfølging og tid. Når avtaleboken er full, blir det vanskelig å gi noen foreldre mer enn den tilmålte tiden. En helsesøster sier: *De fleste brukere trenger ikke all verdens tid, men det er en del som trenger ekstra tid og det har vi ikke.* Enkelte sier at likeverdighet i tjenestetilbudet må tilrettelegges individuelt. Når tiden ikke strekker til, blir heller ikke tjenestetilbudet likeverdig overfor dem som trenger mer oppfølging – om resultatlighet er målet.

Når norsk språk er normen, og når foreldrene behersker norsk dårlig, blir tiden helsesøstre har til rådighet for knapp. For å kompensere for den språklige kommunikasjonsbarrieren, fortalte noen helsesøstre at de la inn litt ekstra tid til konsultasjoner når de visste at foreldrene ikke snakket norsk, men å overkomme språkbarrieren på en tilfredsstillende måte krever mer tid enn de mener de har.

I rapporten Reform (2009) om minoritetsfedres møter med helsestasjoner, kom det også frem at tid var en mangelvare på helsestasjonen, noe som var særlig problematisk for minoritetspråklige foreldre med svake norskkunnskaper. Å bruke mer tid på noen konsultasjoner der det er nødvendig, er et nokså banalt, men viktig eksempel på at ulik behandling kan resulterer i likeverdige tilbud.

Bruk av tolk

Tolk blir i liten grad brukt. Flere helsesøstere uttrykker et ønske om å bruke tolk i større utstrekning enn det som blir gjort. En helsesøster mente at i en tidligere fase var det ikke politisk korrekt å bruke tolk, da helsesøstrene skulle være integreringsagenter og bruken av norsk språk var nøkkelen. Denne helsesøsteren mente at det blir brukt for lite tolk, slik en annen helsesøster også påpeker. Særlig er det viktig å bruke tolk der det er sammensatte problemer, mente de. Bruk av tolk kan være ønsket av flere grunner. En sier: *Når far jobber og mor verken kan norsk eller engelsk må jeg bruke tolk, for det er viktig at foreldrene skjønner konsekvensene av hva de gjør.* Hun bruker tolk for å formidle sitt budskap. Men andre igjen mener at tolk skaper en form for fremmedhet og avstand mellom helsesøster og mor, og at er vanskelig å arbeide med tolk ved at kontakten mellom helsesøster og foreldre blir dårligere når man må snakke gjennom en tredje person. En har da lett for å henvende seg til tolken og ikke til forelderen som i de fleste tilfeller, der tolk blir brukt, er mor. En helsesøster forteller: *Det var mor som kom med sin svigerinne. Svigerinnen kunne norsk og uten å tenke meg om så henvendte jeg meg til svigerinnen og ikke til moren.* Når mor ikke kan norsk, fører det ofte til at hun ikke får den rettmessige behandlingen hun har krav på. Hun kan bli oversett og neglisjert. Slik flere helsesøstre snakker om tolkebruk får en inntrykk av at de ikke har lært hvordan de best kan utnytte og bruke tolk. Det er en nødvendig kompetanse når man arbeider med en språklig variert brukergruppe.

Et annet aspekt ved språkbarrieren, er at mødre som ikke snakker norsk vanligvis har med seg sin norsktalende mann på konsultasjoner. Noen helsesøstre mente dette lett kan føre til kjønnsdiskriminering ved at kvinnenes behov ikke kommer fram, og ved at mennene bare oversetter det de har interesse av. Andre igjen peker på at begge er foreldre og har krav på å bli respektert, far like mye som mor, og opplevde det som respektløst å bruke

tolk når far ikke ønsket det. Vi vurderer denne underbruken av tolk som problematisk sett fra et likeverdssynspunkt, ettersom det blir høyst usikkert hva foreldre og særlig den ikke-norsk talende kvinnen får vite. Bruk av tolk kan fremme likeverdighet i tjenesten.

Når én helsesøster sier at det nå er mer akseptert å bruke tolk, mens man før mente at brukerne burde snakke norsk, kan det være uttrykk for et ideologiskifte. I «Kartlegging av diskriminering i statlig sektor» (2008) oppgir bare ti av 168 statlige virksomheter at de bruker tolk. Når helsesøstrene i Alna i liten grad bruker tolk skyldes det dels økonomi, dels tidspress og dels at mange synes de får dårligere kontakt med brukerne når de må snakke gjennom tolk. Men risikoen de løper, er at brukere får en mindreverdige tjeneste fordi de ikke forstår det helsesøstrene vil formidle. Det må bemerkes at ingen av foreldrene vi intervjuet, som alle snakket godt norsk, nevnte at de hadde hatt bruk for tolk.

Oppsummering

- Helsestasjonene er fysisk tilgjengelig, men innredningen er ikke tilpasset rullestolbrukere. Det er heller ingen tilrettelegging for personer med svekket syn og hørsel
- Helsestasjonene er et kulturelt sett norsk tilbud til en sammensatt befolkning. Befolkningsmangfoldet er ikke representert i utøverleddet. Det krever mer aktiv rekruttering.
- Vi har identifisert ulike kompetansebarrierer. Det ene er et opplevd behov for etterutdanning i flerkulturelt arbeid – som kunne føre til et bedre og mer tilpasset tilbud til befolkningen. Bedre språkkunnskaper (engelsk) ville lette arbeidet og føre til et mer likeverdig tilbud.
- Helsesøstere møter problemer som går ut over barns helse, som de er satt til å ivareta. Flere av disse forhold ligger utenfor deres kompetansefelt og virksomhetsområde.
- TID er en knapphetsfaktor både på grunn av et utvidet oppgavefelt, foreldre med dårlige norskkunnskaper og en økning av familier med sammensatte problemer.
- Lettere tilgang på tolk og bedre opplæring i tolkebruk ville fremme likeverdigheten i tjenestetilbudet.

6.2 Organisatoriske faktorer

Åpningstider

Helsestasjonene er åpne fire dager i uken. Én dag i uken er det såkalt åpen helsestasjon, som betyr at foreldre kan komme til helsestasjonen uten timeavtale. Det er alltid en helsesøster til stede. Den åpne helsestasjonen blir særlig brukt av foreldre i barnets første leveår. Foreldre kommer for å måle og veie barnet eller for å få råd om søvn og matproblemer. En far fortalte at han hadde vært på åpen helsestasjon da datteren hadde omgangssyke. En mor fortalte at hun gikk til åpen helsestasjon for å få råd, hun hadde ingen andre å spørre ettersom moren ikke bor i Norge. En annen mor sier begeistret at åpen helsestasjon er et kjempe tilbud, fordi det alltid er noen der du kan spørre om det du lurer på. Slik kan åpen helsestasjon være et trygghets- skapende tiltak når foreldre står litt rådløse. Åpen helsestasjon er også et alternativ for dem som eventuelt ikke møter opp til gruppetimer eller er forhindret i å komme til en avtalt konsultasjonstid. En annen mor sier at en på åpen helsestasjon møter flere helsesøstere og ikke bare den ene de møter til avtalte konsultasjoner, noe de synes er en fordel. Vi hørte ingen klager over at helsestasjonene for barn ikke var tilgjengelig på grunn av begrensede åpningstider.

Helsestasjonen for ungdom er åpen om ettermiddagen, noe som i prinsippet gjør den tilgjengelig både for eldre skoleelever og for ungdommer som jobber. Men det hjelper lite, for i skoleundersøkelsen kom det frem at svært få visste at det fantes et tilbud til ungdom etter skoletid. Skoleundersøkelsen viser også at mange skoleelever ville brukt skolehelsesøster mer om hun hadde vært oftere på skolen – om åpningstiden hadde vært lenger.

Organisering av helsestasjonstilbudet

Skolehelsetjenestetilbudet skal være et lett tilgjengelig og åpent tilbud til barn og unge som går på skolen. Deltakelsen i Groruddalprosjektet har ført til at en barne- og ungdomsskole i bydelen har fått ekstra ressurser og kan ha utvidet åpningstid, noe helsesøsteren sier seg svært fornøyd med. Men slik tjenesten er organisert på Hellerud videregående skole, virker det nærmest hemmende på bruken ved at elevene må ha tillatelse til å forlate

klasserommet og de må oppgi grunn. Fravær blir synlig og kan signalisere eller lett tolkes som om en har et problem som kanskje en ikke vil at andre skal vite noe om. En annen faktor som kan virke sammen med meldeplikten og som kan hindre bruken, er det sterke pålegget som skolehelsetjenesten og helsetjenesten for ungdom har fått om å fokusere på kjønnslemlestelse og tvangsekteskap. En slik innringing eller annonsering kan føre til at enkelte kan komme til å tro at tjenestetilbudet handler om disse forhold, noe som igjen kan føre til at tjenesten begrenser seg selv ved at den ikke oppsøkes av ungdom med helt andre problemer.

Helsestasjonene for barn presenterer seg på en måte som inviterer til bruk. Helsestasjonene tilbyr 3–4 legekonsultasjoner innen barnet er fem år, og syv ordinære konsultasjoner på helsestasjonen innen barnet er 16 måneder gammelt. Helsesøstre på helsestasjonene i Alna bydel sier at de tilbyr færre konsultasjoner til foreldre og barn enn enkelte andre bydeler gjør. Som nevnt blir barna veid, målt og vaksinert på de ordinære konsultasjonene. Etter dette er gjort, er det konsultasjon på helsesøsters kontor hvor blant annet temaer som mat og søvn diskuteres. De fleste konsultasjoner foregår i grupper. I noen tilfeller kan konsultasjonene være bare med et foreldrepar eller en forelder og barn. Gruppene kan variere i størrelse, men helsesøster sier at det ikke er mer enn syv foreldre med barn i gruppene, av og til færre. Det er en del vekslende fremmøte, noe som kan tyde på at ikke gruppene fungerer godt nok og at enkelte foreldre kan ha vanskelig for å finne seg til rette i gruppene. En mor sier: *Jeg var med i gruppe, men at jeg synes det hadde vært bedre å være alene, for det å snakke om sensitive ting i en gruppe det gjør man bare ikke, og er en litt sjenert så åpner man seg ikke når en er i gruppe.* Det er flere foreldre som klager over at det var for liten tid i gruppene. En annen forelder var misfornøyd, for som hun sier: *Når en har mange ting en lurte på og vil ha konkrete råd om, så spør bare helsesøster hva de andre gjør.* For denne moren var det svært utilfredsstillende og hennes behov ble ikke ivaretatt under gruppekonsultasjonen, slik hun selv ser det.

Når vi lytter til foreldre, er det vanskelig å gi et konsistent bilde av hvordan gruppene fungerer. Det varierer fra negative oppfatninger og opplevelser ved at de verken får nok tid eller konkrete råd, til de som sier at det er veldig koselig og nyttig å delta i gruppe. En mor sa at hun først hadde

hatt personlige konsultasjoner med helsesøster, men synes ikke hun der fikk nok informasjon og begynte i gruppe, og det fungerte mye bedre for henne.

Det er ingen forskjell mellom minoritets- og majoritetsbefolkningen med hensyn til om de er fornøyd/ ikke fornøyd med å bli plassert i gruppe istedenfor å få individuell konsultasjon. Det er ikke slik at de norske er fornøyde med å være i gruppe fordi de behersker språket i gruppen som er norsk, og at de minoritetsspråklige er misfornøyde på grunn av manglende språkkompetanse. Det ser ut som om både norskspråklige og minoritetsspråklige får dekket et sosialt behov ved gruppedeltakelse.

De som etterspør konkrete råd kan bli frustrert ved at de stadig blir henvist til hva andre gruppemedlemmer synes, og ikke får konkrete råd av helsesøster. Andre igjen synes at andre gruppemedlemmers erfaringer utvider deres kunnskapsrepertoar.

Helsesøstre sier at det er tidsbesparende med grupper. En annen grunn til at helsesøstere foretrekker gruppekonsultasjoner, er at foreldre da kan høre hva andre foreldre gjør og hvilke problemer andre foreldre har, slik at møtene blir brukerorientert. Helsesøster sier at om en ikke vil være i gruppen på grunn av språkproblemer, så får en individuell oppfølging om det er behov for det. Helsesøstre forteller at mange ikke snakker så godt norsk at de kan være med i gruppe. Andre blir med likevel fordi de synes det er hyggelig å se de andres babyer, men da kan også mye informasjon gå tapt uten at helsesøstre har et botemiddel for det. Det kan virke som om helsesøstre utøver et lett press overfor foreldre for å få dem til å være med i grupper. Men det kan innebære at foreldre som ikke behersker godt norsk går glipp av en del informasjon. Når språkproblemer gjør at den informasjon som gis ikke blir forstått, hindrer det likeverdigheten i det offentlige tjenestetilbudet.

I intervju med foreldre kom det frem at ikke alle var oppmerksom på muligheten til å få individuelle konsultasjoner, Det var særlig en norsk mor som var meget misfornøyd med å være i gruppe. Når helsesøstre begrunner mulighet for å få individuell veiledning med språkproblemer, kan norske foreldres ønske om dette bli illegitime. Likeverdig behandling vil her si at alle skal få det samme tilbudet om individuell konsultasjon, uavhengig av språk, slik at alle foreldre har et reelt valg med hensyn konsultasjonsform.

Språk/informasjon

Kommunikasjonen på helsestasjonen, både mellom helsesøster og den enkelte foreldre foregår på norsk. Også informasjonsmateriell er i hovedsak på norsk, men en stor del av brukerne av helsestasjonene har ikke norsk som morsmål, og mange behersker norsk bare helt overflatisk. Språk er eller kan være en hindring eller en barriere for å tilby likeverdige tjenester, slik vi har sett når det gjelder gruppekonsultasjoner. Vi kommer tilbake til språket som likeverdsproblem i mange sammenhenger i rapporten.

I brukersurveyen var de fleste i hovedsak fornøyd med informasjonen, graden av misnøye varierte mellom 19 prosent (søvnproblemer) til én prosent (vaksiner).

Skriftlig informasjon / Brosjyrer

I likhet med andre offentlige kontor har også helsestasjonene i Alna et stativ stående i nærheten av inngangen med diverse informasjonsmateriell som omfatter alt fra kikhoste til tvangsgifte, men som også informerer om ulike offentlige og private tjenester.

Vi har ikke studert alle brosjyrene, men vi har sett gjennom de fleste, og snakket både med helsesøstre og foreldre om hvordan de brukes. Det gjennomgående trekket ved brosjyrene er at de stort sett avbilder norskutseende personer, og at språket er norsk. Enkelte brosjyrer er flerspråklige, men viktig brosjyrer, som for eksempel om fødselsdepresjon, er bare på norsk. Det virker ganske tilfeldig hvilke som er oversatt. Det kan se ut som om brosjyrer utgitt av interesseorganisasjoner som Oslo krisesenter, Trygg trafikk (om bruk av bilbelte) og Støttesenteret mot incest, er flerspråklige, mens bare enkelte brosjyrer fra det offentlige som for eksempel fra Folkehelseinstituttet, Bufetat, Helsedirektoratet og Bydel Alna, er det. Et annet trekk er at brosjyrematerialet er presentert på en meget usystematisk måte. Brosjyrer med viktig informasjon som *Informasjon om fødselsdepresjon*, står sammen med brosjyrer om *Godt inneklima i boligen*. Slik ser alt ut til å være like viktig eller uviktig.

Noen foreldre kommenterte at mengden av brosjyrer virker overveldende, og at man ofte får dem på tidspunkter når de ikke er aktuelle. Når et problem dukker opp og en brosjyre kunne vært til hjelp, er de kastet ulest

eller glemte. Ingen av de foreldrene vi intervjuet mente de trengte brosjyrer på sitt morsmål. Vår vurdering er imidlertid at mange minoritetsspråklige vil trenge det, og mange som mener de behersker norsk, lett misforstår hva som står om kompliserte tema som fødselsdepresjon. Vi reiser spørsmålet om så mye skriftlig informasjon, presentert på en så tilfeldig og ofte irrelevant måte, har noen hensikt. Skriftlig informasjon må følges opp av muntlig informasjon og gis når behovet oppstår, ellers er det bortkastet. Vår inntrykk er at brosjyremateriellet verken fungerte for de norskspråklige eller de som har et annet morsmål. Helsestasjonene kan presentere brosjyremateriellet på en mer oversiktlig måte, men selve utformingen av brosjyrene har de ingen kontroll over.

I foreldresurveyen sier så mange som 18 prosent at de ikke hadde hatt nytte av brosjyrene fordi de var vanskelige å forstå eller inneholdt for mye informasjon. Minoritetsspråklige svarte oftere enn majoriteten at de ikke hadde hatt nytte av informasjonsbrosjyrene de hadde fått, og var noe oftere misfornøyd med informasjonen de hadde fått av helsesøster om for eksempel barns søvnproblemer.

Standardiserte verktøy

Til tross for at befolkningen som skal betjenes er kulturelt mangfoldig, har tester og andre måleinstrumenter en universell utforming. Dette blir spesielt problematisk når det gjelder testene for å oppdage fødselsdepresjon, som ser ut til å være svært utbredt i innvandrerbefolkningen, og testene som brukes i fireårskontrollen. Foreldreveiledningsprogrammet som anbefales spesielt til foreldre med innvandrerbakgrunn, er det også grunn til å problematisere.

Språktest til besvær

Alle to- og fireåringer blir innkalt til konsultasjon. Fireårskontrollen er ikke frivillig slik de andre helsestasjonstilbudene er. Det er imidlertid først og fremst språktesten når barnet er fire år, som skaper problemer for barna, foreldre og helsesøstrene. Helsesøstrene var mindre opptatt av toårs-konsultasjonen, da språk er en mindre viktig del av den kontrollen.

Det er et stort sprik mellom det innbydende omslaget på brosjyren om fireårskontrollen og innholdet. Brosjyren ønsker deg velkommen på 15

språk. Så åpner vi brosjyren for å se hva kontrollen dreier seg om – og hva ser vi? All informasjon blir gitt på norsk. Vi får vite, beroligende nok, at det er stor variasjon i barns utvikling på dette trinnet, men vi får også vite at barna kan – det vil si bør kunne – tegne dyr og mennesker, og at de er/bør være interessert i bokstaver. Konsultasjonen skal avdekke og kartlegge barnets syn, hørsel, høyde, vekt, undersøke barnets motorikk og kartlegge språk og konsentrasjon. Disse fire kjernepunktene er visuelt fremstilt. Om foreldre ikke kan norsk er det umulig for dem å skjønne hva kontrollen dreier seg om. Barna som er avbildet for å visualisere hva som skal foregå, er kjønnsnøytralt fremstilt i den forstand at det bare er håret som skiller gutt fra jente, men av de fem barna som presenteres på brosjyren, er fire hvite og en mørk-hudet. På forsiden følger både far og mor barnet til kontrollen, men når de kommer inn til helsesøster, er far blitt borte. Det kan nok speile en realitet, ved at det oftest er mor som møter til fireårskontrollen, men flere av helsesøstrene sier at det ofte er far i minoritetsfamilier som kommer med barnet, for far behersker ofte norsk bedre enn mor.

Språktesten på fireårskontrollen er på norsk og for vanskelig for barn med et annet morsmål. Når vi språktester barna må de kunne norsk, sier en helsesøster. En annen helsesøster uttaler seg ganske utførlig om fireårskontrollen:

Til fireårskontrollen er det satt av en time. Da er det språk 4 som gjelder. Den språktesten, den fungerer på de norskspråklige. For de ikke norske skaper det bare forvirring. Da har barnet kanskje gått et år i barnehage og kan ikke så mye. Mamma og pappa skal tolke for barnet. De skal oversette bare det jeg sier, men så begynner de å oversette og sier alt for mye. Det blir veldig komplisert. Barnet blir veldig forvirret og mister interessen og konsentrasjonen. Da gjør jeg det på den gamle måte og tar opp en blyant og spør hvilke farge den har, og så tar jeg to blyanter og spør hvor mange det er. Slike enkle ting. Så spør jeg om hvordan barnet uttrykker seg på morsmål og om barnet bruker lange setninger og ikke bare enkeltord. Noen foreldre synes det er alt for vanskelig det vi spør om. Den testen er bestemt av byrådet. Den fungerer ikke.

Under fokusgruppeintervjuet med helsesøstrene på Furuset fikk vi se språktesten, og det var stor enighet om at den ikke fungerte for barn som

ikke hadde norsk som morsmål. Helsesøstrene sier: *Foreldre vil at barna skal gjøre det bra og av og til så legger foreldre ordene i munnen på ungen. De oversetter fra ungen og oversetter så tilbake til oss hva ungen har sagt. Det er et digert problem, det med språket. Kartleggingsverktøyet er ikke godt nok. (Vi fikk se hva de brukte.) Tidligere før språk 4 var det hele mer konkret. Da ga vi barna en kloss og sa: Legg den opp på bordet. Legg den under bordet osv. Det ble veldig konkret og de fleste klarte det.*

Helsesøstrene skal blant annet teste om barna kan de riktige preposisjonene ved hjelp av en hund som befinner seg på ulike steder i forhold til hundehuset sitt. Det ble mye latter når det ble snakk om hunden og hundehuset. Alle hadde negative erfaringer med det. Det fremgår av det helsesøstrene sier at kartleggingen er innrettet mot de som har gått i barnehage. De barna som har vært utsatt for førskolepedagogikken har en fordel fremfor de som ikke har gått i barnehage. Barnehagen kan sees som en treningsarena som gjør at 4-åringene mestrer testen. Testen skal kartlegge barnas kognitive ferdigheter, og da har de som har ligget i «trening» en fordel fremfor de som ikke har «trent» i en barnehage. Samtidig er dette nok et eksempel på hvor viktig – eller ideologisk/politisk korrekt – det er å sende barna i barnehage. Mange minoritetsspråklige barn begynner ikke i barnehage før de er tre år. De har altså en kortere «treningsperiode» bak seg enn norskspråklige barn.

Men helsesøstrene er bekymret over at ansatte i flere barnehager er blitt vant til barnas dårlige språkbeherskelse på norsk, noe som har ført til at helsesøstrene, men også barnehagene, har fått en for høy toleranseterskel for mangelfullt språk, slik at det ikke fører til bekymringsmeldinger. I et fokusgruppeintervju med helsesøstrene kommer det fram at de tror at det hadde vakt større bekymring om de samme barna var blitt testet på en annen helsestasjon eller gått i barnehage andre steder i byen med en mindre andel minoritetsspråklige barn. Når helsesøstre og barnehagene har lave forventninger til deres norskferdigheter og aksepterer at det er slik, er det å neglisjere barnas rett til et likeverdig tilbud. Manglende språkbeherskelse er et problem helsesøstrene blir konfrontert med, men årsaken til at det er slik ligger utenfor deres kontroll. Det de kan gjøre er å være særskilt oppmerksom på det og henvise barn som har dårlig språkutvikling til pedagogisk fagsenter. Manglene språkferdigheter kan få negative konsekvenser for det enkelte barn på lang sikt.

Brosjyre og test for å avdekke svangerskapsdepresjon

Det er en overhyppighet av svangerskapsdepresjon i innvandrerbefolkningen, og en viktig oppgave for helsestasjonen er å avdekke symptomer på denne lidelsen. Det er utarbeidet en brosjyre og et testmateriale som begge er norskspråklige. Flere helsesøstre nevnte dette som et eksempel på et tilbud som ikke er likeverdig. En helsesøster mente imidlertid at erfarne helsesøstre ikke er så avhengige av språk for å teste om noen lider av svangerskapsdepresjon, de kommuniserer på andre måter slik at det ikke er et problem. Flere av mødrene i gruppeintervjuene fortalte imidlertid om svangerskapsdepresjon som de ikke hadde fått hjelp til å mestre, enten i Alna eller andre bydeler. Det ble også bemerket av noen mødre at flere helsesøstre ikke bruker testmaterialet fordi de ikke kjenner til det, noe som innebærer at det kan være tilfeldig om man får tilgang til hjelp ved fødselsdepresjon eller ikke – alt avhengig av helsesøsters kunnskaper. Helsesøstrenes ulike kunnskapsprofiler kan altså være et hinder eller en barriere for å gi et likeverdig tilbud – i dette tilfelle til mødre med fødselsdepresjon.

ICDP – foreldreveiledningsprogram basert på vestlige familier og vestlig sosialiseringideal

ICDP – International Child Development Programme – er et tilbud i de fleste bydeler til foreldre som trenger hjelp med å mestre foreldrerollen. Programmet er utarbeidet for å være kultursensitiv og bygge på «universelle» verdier. Programmet tilbys i stor grad til minoritetsforeldre. Vi har ikke analysert programmet, men vi har sett brosjyrene som deles ut på helsestasjonen og stiller spørsmål både ved påstanden om kultursensitiviteten og det universelle ved de rådene som gis. Igjen er dilemmaet å balansere mellom råd som er basert på livet og virkeligheten i Norge, og de råd som tar utgangspunkt i foreldrenes tradisjoner, praksiser og livssituasjon. Når man har seks barn kan man kanskje ikke «se» det enkelte barn på samme måte som når man har to? Spørsmålet er om ICPD har «universalisert» den hvite heteroseksuelle middelklassens livsform og verdier når det gjelder barneoppdragelse?

Oppsummering

- Åpningstidene og åpen helsestasjon gjør tilbudet tilgjengelig
- Bruken av skolehelsetjenesten kan hindres av meldeplikt om fravær og et sterkt fokus på tvangsekteskap og kjønnslemlestelse
- Individuelle konsultasjoner burde kunngjøres bedre, noe som ville føre til større likeverdighet i tjenestene
- Norsk språk som norm. Informasjonsmaterialet er i hovedsak på norsk og er dårlig presentert. Det hindrer bruken
- Universelt utformede tester og en standardisering av det verktøyet som brukes (spesielt i forbindelse med fireårskontrollen) fungerer ikke for store deler av minoritetsbefolkningen

6.3 Kulturelle faktorer

Helsesøstrenes selvforståelse som yrkesutøvere

For å tilby likeverdige tjenester bør tjenesteutøveren forstå og reflektere over sitt eget verdisystem og sine antagelser om familier og familiers væremåter og livsprosjekter. Denne form selvrefleksjon er nødvendig for å kunne arbeide med en heterogen befolkning (Unger 2007).

Helsesøstrene i denne undersøkelsen har en selvforståelse der fleksibilitet, åpenhet og fantasi betraktes som viktige og nødvendige egenskaper. Utsagn som: *Det er mange veier til målet, for å lykkes i jobben må du være fleksibel og kreativ*, går igjen alle intervjuene. Samtidig beskriver de aller fleste jobben som: *spennende, lærerik og gledesfylt*. Intervju med foreldrene bekrefter langt på vei helsesøstrenes selvbilde på mange områder.

Selv om mange er oppgitt over at de får gjort lite av det de ønsker, er det tydelig at jobben oppleves som meningsfylt og at det er en arena for selvutfoldelse og tilfredsstillelse. Vi tror videre at denne positive holdningen til arbeidet og den tryggheten de uttrykker i å utføre oppgavene, er et viktig utgangspunkt nettopp for fleksibilitet og toleranse for forskjeller.

Vi har prøvd å «lirke ut» noen stereotypier om brukerne, men det har ikke lyktes oss. De fleste helsesøstrene understreker individuelle forskjeller som viktigere enn forskjeller mellom grupper. Dette er en viktig erkjennelse, for som det påpekes kan det oppstå problemer om anerkjennelsen av

kulturell diversitet ikke kombineres med erkjennelse av individualitet. Det er viktig å anerkjenne forskjellene innad i gruppene. Forskjeller i sosio-økonomisk bakgrunn, oppvekststed som by–land, kan være vel så viktige for å forstå hvordan familier fungerer på som etnisk tilhørighet (Unger 2007).

Helsestasjoner er bærere av en «kultur» som er med på å utforme den tjenesten helsestasjonene yter også overfor ulike minoritetsgrupper – en kultur som kan sette klare grenser for hvordan en kan forstå «de andre». Det kan føre til både diskriminerende og ikke likeverdige praksis uten at utøverne er seg det bevisst. Neumann (2007) hevder at helsesøstrene plasserer seg selv i middelklassen eller den øvre middelklassen. Hun viser at helsesøstrene problematiserte klasse i enkelte sammenhenger, og særlig når det var snakk om barneoppdragelse. Helsesøstrene i Neumanns undersøkelse ga uttrykk for at de ikke hadde noe å lære bort til middelklasseforeldrene, men mer å lære bort til arbeiderklasseforeldrene og særlig den delen av innvandrebefolkningen som tilhører arbeiderklassen. Neumann setter dette i sammenheng med at middelklassens barneoppdragelsesverdier etter hvert har blitt oppfattet som normen. Spørsmålet er om den normerte forståelsen av hva barn skal være og hvordan de skal utvikle seg, fører til at andre forståelser av barn og barns utvikling undertrykkes og/eller korrigeres, og at minoritetsetniske foreldre ikke føler seg forstått ved at deres måte å forholde seg til barna sine på blir desavuert av middelklasseblikket.

Også helsestasjonen på Alna arbeider ut fra normer basert på norsk og internasjonal forskning om forholdet mellom barn og foreldre – om oppvekst og sosialisering. Dette er grunnlaget for helsestasjonens arbeid og kan vanskelig endres. Den norske standarden ligger der som en norm, men helsesøstrene er helt klar over at andre foreldre har andre begreper om barn, om familierelasjoner, om barns utvikling og hva de trenger. Mange helsesøstre fortalte oss om forskjellene på «norsk» og «tredje verden» sosialiseringssystemer som de beskrev som trekantede med «omvendt» form: mens norske foreldre ønsker å regulere barna fra de er spedbarn og gi dem mer og mer frihet ettersom de vokser opp, vil «innvandrerforeldre» ikke regulere spedbarn og småbarn, men forventer mer og mer lydighet og underkastelse av barna ettersom de blir eldre. Slike skjematisk formulerte forskjeller kan være en måte å anerkjenne ulike oppdragelsesideologier på og gi dem en likeverdig status, samtidig som

flere av helsesøstrene problematiserte hva praktiseringen av «innvandrer-trekanten» førte til. Skjemaet gir imidlertid liten veiledning i hvordan helsesøstrene skal råde disse foreldrene på deres egne premisser og samtidig ivareta helsestasjonens mål om å arbeide for barnets beste: hva som er barnets beste er jo heller ikke en nøytral norm.

Helsesøstres forståelse av likeverdig tjenesteyting og forestillinger om forskjellighet

Vi vurderer at helsestasjonene i Alna anerkjenner minoritetsforskjeller som legitime i Frasers (2008) forstand. Det anerkjennes at minoritetsbefolkningen kan ha andre behov enn majoritetsbefolkningen. I fokusgruppeintervjuene med helsesøstrene, der vi diskuterte begrepene, var det enighet om at et likeverdig tilbud innebærer at det også må være forskjellig. En helsesøster mener at ulik behandling av og til kan føre til en form for paternalisme, men at det viktigste er at det er til barnets beste. Et eksempel er helsesøstrenes insistering på tannpuss som ikke gis til majoritetsforeldre. En annen sier at hun prøver å tilpasse de rådene hun gir, ellers har hun ingen sjanse til å nå frem. Helt konkret spør hun hvilke matvaner de har i familien, for å kunne gå mer konkret til verks og gi bedre råd med utgangspunkt i familiepraksisen.

For å oppnå likeverdig behandling, oppfordrer LDO en til å se enkeltmenneske og til å tenke utenom stereotypene og normene. Ulikeverd eller diskriminering blir gjerne begrunnet med stereotypier og fordommer. Intervju har vært hovedmetoden vår for å beskrive og analysere virksomheten på helsestasjoner. For å avdekke helsesøstrenes eventuelle fordommer og stereotypier, måtte de komme fram i intervjuene, men det gjorde de stort sett ikke. For å vurdere om stereotypier og fordommer fører til diskriminering og ulikeverdig behandling, måtte vi ha observert samhandling mer systematisk enn det som lå innenfor dette prosjektets rammer. Det er følgelig først og fremst intervju med foreldrene som avdekker fordommer hos helsesøstrene og opplevelser av ulikeverdig behandling.

Om helsesøstre til en viss grad mener de overkommer stereotypier som er en del av likeverdighetsbehandlingspakken, viser intervjuene med foreldre et noe annet bilde, men de snakker da ut fra to ulike posisjoner. I fokusgruppeintervju med foreldre, kom det frem at både de norske og ikke

etnisk norske kunne føle seg utsatt for stereotype forestillinger om hva de trengte, noe som igjen førte til ulik behandling og en form for diskriminerende behandling. Forestillingen om de norskspråklige som «informerte brukere» kan føre til at de kan få for lite informasjon, og derved ikke bli behandlet på en likeverdig måte men forblir underinformerte. En norskspråklig mor mente at hun fikk alt for lite informasjon blant annet om åpen barnehage. Hun antok at helsesøster trodde at hun kunne orientere seg i rekken av tilbud fordi hun var norsk. Hun mente at hun ikke fikk like god informasjon som de ikke etnisk norske. Hun trengte et nettverk og antakelsen, fra helsesøsters side, var at det hadde hun. Alle, også de norske kan være «utsatt».

Forestillingen om innvandrerkvinner som «underinformerte eller uvillige brukere» av offentlige tjenester, gjør at de kan få spørsmål som norske mødre ikke ville fått. En marokkansk mor, som snakker perfekt norsk, fikk spørsmål om hvorfor hun ikke sendte barnet sitt i barnehage. De norske venninnene hennes fikk ikke det spørsmålet. Det synes hun var diskriminerende. Både lik og ulik behandling kan føre til uønskede resultater og en opplevelse av diskriminering, men det er kontekstavhengig hva som fører til hva.

Kulturelle omdreiningspunkt?

Om et fenomen er å betrakte som et problem, er kulturelt definert. Svært mye av rådgivningsarbeidet på helsestasjonen og problemene mødre forteller om i intervju, dreier seg om nattamming og matvaner. Flere helsesøstre sier i klartekst at de rådene de gir springer ut av en norsk norm – eller den kunnskap og den ideologi helsesøstre er bærere av. «*De rådene jeg gir er nok norske, sier en helsesøster, men det er jo det jeg kan best*». Norske råd kan enkelte ganger føre til en form for kulturkollisjon. Den norske måten å organisere dagliglivet på ligger til grunn for flere av rådene som gis. Både norske matråd og søvnråd kan støte mot kulturelle konvensjoner og praksiser, og skape konflikter innad i familiene. I et fokusgruppeintervju med helsesøstre kom det frem at de råd som ble gitt når foreldre kom og ba om råd fordi barnet våknet om natten, nok var basert på en norsk familiemodell med en deltagende far. *For de norske er det mer vanlig at mor og far er på lag rundt barnet*, sier de. Dette lagspillet er stort sett utgangspunktet for de råd som gis om hvordan foreldre skal få barna

til å sove natten igjennom. Rådene som gis om søvnregulering krever samarbeid mellom mor og far. *Blant mange utlendinger er det mor som har ansvar for barnet, far er mer på sidelinjen og da blir det vanskelig å følge rådene*, sier en annen helsesøster. Helsesøstrene er klar over at rådene som gis kan være vanskelig å følge, samtidig som de blir oppgitt over at foreldre kommer igjen og igjen med de samme problemene fordi de ikke har gjort, eller er i stand til å gjøre, det de blir anbefalt. Men rådene kan og bryte med noen dyptsittende erfaringer og kulturelle forestillinger – en taus kunnskap – om hvordan ting skal foregå og hvem som skal gjøre hva. Helsesøsteren må forholde seg til folks ulike forståelser av hva det vil si å være familie, og hvordan ulike familieroller utspiller seg, ellers kan de råd som gis falle på stengrunn – noe de gjentakende spørsmålene kan tyde på.

I survey-undersøkelsen ble det spurt om hvor fornøyd foreldrene var med informasjonen om ulike tema. Søvnproblemer var det temaet der misnøyen var størst, selv om et flertall var fornøyd med informasjonen de fikk. Denne observasjonen sier imidlertid ikke noe om denne misnøyen er betinget av foreldrenes språklige bakgrunn.

Helsesøstrene mener det er viktig at barna får gode søvnvaner. *Både barn og foreldre trenger å sove. Søvn er et universelt behov*, sier en av helsesøstrene. Men rådet om at barnet helst skal sove natten gjennom og legge seg tidlig, er basert på den norske virkelighetsforståelsen at barn går i barnehage fra de er ca. et år og at både mor og far er på jobb. Da trenger alle å sove natten gjennom. Om ikke foreldre selv problematiserer søvn, presser ikke helsesøstrene norsk søvnnorm på de ikke norske, for som en helsesøster sier: *De sender ikke barna i barnehage før de er tre år på grunn av kontantstøtten, og da gjør det jo ikke noe om barnet ikke legger seg før mor og far, og at barnet ikke står opp før ved 11–12 tiden for da har barnet fått nok søvn, Det er ikke slik jeg ville hatt det, men når barnet er fornøyd og foreldrene er fornøyd gjør jeg ikke noe med det.* Flytende og fleksible familiepraksiser problematiseres ikke av helsesøstre om de ser at barnet har det bra. At barn legger seg sent og sover i samme seng som foreldre kan i enkelte sammenhenger bli sett på som upassende og/eller forstyrrende, mens det i andre kulturelle kontekster blir et uttrykk for familiær nærhet. Som det framgår av brukerundersøkelsen, svarte 18 prosent av foreldrene at de ikke var fornøyd med søvnrådene de fikk.

Ulike praksisers mangetydighet, at det som kan være dysfunksjonell praksis i noen sammenhenger viser seg å være en tilpassningsstrategi i andre sammenhenger, er noe helsesøstrene hele tiden må forholde seg til. Helsesøstrenes forståelse av denne mangetydigheten er en forutsetning for at de råd som gis skal fungere og derved føre til et likeverdig tjenestetilbud til en heterogen befolkning.

Helsesøstre mellom mor og familien

Helsesøstre er først og fremst opptatt av mor–barn-relasjonen. Men mange lever i utvidete familier. Det kan være flere oppdragelsesagenter i en familie, noe som kan gjøre veiledning vanskelig for helsesøstre, og vanskelig for foreldre/mor å vite hvilke råd som skal følges. Av sitatene nedenfor ser vi at helsesøstre lett kan komme til å anta at familien står mellom de råd helsesøstre gir til mor – som er de rådene mor gjerne vil følge.

Det kan bli generasjonsmotsetninger i familien. En ung mor kan ønske å gjøre som jeg sier, men så sier hun at svigermor mener noe annet. Det hender at de familiene blir innkalt slik at mor kan få støtte og hjelp til å følge våre råd. Der hvor det er flere generasjonsfamilier kan det bli uenighet og konflikter om grenser. Far og bestemor vil at barnet skal få viljen sin hele tiden, mens mor vil sette grenser. Når det blir veldig vanskelig og konflikter i familien, da henviser vi til BUP.

Men når vi spør foreldre, blir synsvinkelen lett en annen. En kvinne fra Pakistan forteller:

De ble mye kræsje med mors kultur. De hadde 12 barn og de var helt imot at barn skulle gråte og sove for seg selv om natten. Jeg blir litt i tvil og vet ikke hva som er riktig. De er litt mer egoistiske her, sier moren min, her snakker de om voksentid. Barn trenger tiden din, sier moren min. Det knytter mor og barn sammen. Mor var imot at hun (datteren) skulle sove på et eget rom – hun (moren) sa at når dere våkner sammen og prater litt om natten så gjør det at dere blir bedre kjente. Og jeg orker ikke å la henne (datteren) gråte. Helsesøster sier noe annet – men de har liksom rett. Jeg mener at helsestasjon av og til kan være for strenge «la henne gråte» «ikke prat med henne når hun våkner».

Et par eksempler viser at de rådene som gis beforder endringer som griper langt inn i familiens dagliglivsorganisering, hierarkiske struktur, og som også vil rokke ved familiens tilpasning til sine omgivelser. En helsesøster sier: «*Når jeg synes noe er galt da må jeg si fra!*». Hun trekker frem et eksempel fra en fireårskontrull der det viste seg at barnet drakk mye cola. Helsesøster mente at det ikke var sunt for barnet, og hun sa til mor at hun ikke burde gi barnet så mye cola. Det var alltid cola i kjøleskapet og barnet drakk cola når det var tørst. Helsesøster sa til mor at hun ikke burde kjøpe cola, men mor påpekte at det måtte hun for far vil ha det, og hun kunne ikke nekte å kjøpe det til far. Et liknende eksempel er et overvektig barn som spiste mye kaker, og helsesøster mente at det var galt, og at de ikke burde ha så mye kaker i skapet. Mor forklarte at familien svært ofte fikk besøk, og da var det kaker de serverte. Det å ikke ha kaker i hjemmet ville være det samme som å utfordre familiens vaner omkring sosialisering med andre. Sensitivitet overfor ulike familiemodeller og forpliktelser og en forståelse for den kulturelle konteksten praksiser spiller seg ut innenfor, er viktig for at handlinger skal kunne forstås også på andre måter enn som dysfunksjonelle.

Råd til besvær

Et av problemene helsesøstrene opplever, er at mange foreldre kommer til helsestasjonen og ber om råd, men de følger ikke rådene og kommer igjen og igjen. «De vil jo ha råd,» sier flere, «men så klarer de ikke å følge dem». De forteller også om mødre og svigermødre som ofte har stor innflytelse og kommer med andre råd enn helsestasjonen, slik at mødrene blir fanget mellom motstridene råd. I et fokusgruppeintervju spurte vi helsesøstrene hvordan de løser dette? Om de gir de samme rådene igjen og igjen eller om de prøver å finne andre måter å løse problemet på? Det utviklet seg til en diskusjon hvor de diskuterte fornuften i å gi råd som man ser ikke virker, og hvordan man kan finne alternative måter å støtte mødrene på. En helsesøster forteller at hun råder mødre som ammer om natten til å amme to ganger i stedet for fire, fordi hun innser at det er urealistisk å råde til ikke å amme. En annen fortalte at hun ofte innkaller både mor og svigermor på helsestasjon for å inkludere og informere svigermor om de rådene som gis.

Det generelle inntrykket er at råd ikke presses på foreldre, men det går en grense når helsesøstre ser at foreldrepraksisen går ut over barnas helse. Om mat og søvn er spedbarnforeldrenes problemer, er det problemer som i de aller fleste tilfeller løser seg ettersom barnet blir større. Det er to helseproblemer som er knyttet til litt større barn og som helsesøstre prøver å ta tak i med klar tale og streng beskjed. Det er knyttet til tannhelse og overvekt hos barna. For å løse problemer med overvekt kan det innebære en omlegging av kostholdet for hele familien. Dette er et problem som forekommer både i norske familier og i innvandrefamiliene. Tannhelseproblemet er oftere forekommende i innvandrefamilier. En av grunnene til det, sier en helsesøster, er at *de har en tendens til å putte ting i munnen på barna så snart det lille barnet åpner den - som en fuglemor mater sine fugleunger*. Når helsesøster ser at barna i toårsalderen har dårlige tenner blir talen klar. *For å få foreldre til å slutte å gi barnet saft om natten viser jeg dem bilder om hvordan tennene til barna vil se ut om de holder på med det til barnet er fire. Hadde jeg holdt et foredrag om hull i tennene, hadde det ikke virket. Det er virksomt*, sier en helsesøster. Vi fikk se de bildene hun viste frem, og de fungerer godt som skremselspropaganda. Helsesøstrene har forståelse for at mange råd er vanskelig og kanskje ikke alltid nødvendig å følge, men det går en grense. Når det går på barnets velvære og helse, griper de inn enten ved å gå veldig konkret til verks eller ved å henvise barn og foreldre videre til andre hjelpeinstanser.

Uavhengighet og autonomi

Disse motsetningene mellom mødre og helsesøstre kan synes overflatiske, men er ofte uttrykk for dypstrukturede ideer og normer omkring familien, om barn, om foreldre og forholdet mellom dem. Trekantene som helsesøstrene forteller om, illustrerer etter vår mening forskjellige måter å organisere forholdet mellom autonomi og avhengighet på, men de forteller også viktige ting om synet på familien, og på barn og foreldres plass i familien. Trekanten illustrerer at barn i innvandrefamilier har mye frihet mens de er små, men at friheten blir stadig mindre ettersom barnet vokser til. Den norske trekanten ser helt motsatt ut. Der er spedbarn og småbarn under streng kontroll, mens ettersom barnet vokser til får det mer og mer frihet. Den individualistiske sosialiseringen begynner med regulering av spedbarn og småbarn gjennom gode rutiner som er en kjerneverdi i norsk moderne

barneoppdragelse. Den henger sammen med den sosioøkonomiske situasjonen til moderne kjernefamilier der begge jobber, men også med idealet om foreldre som et team omkring barnet. Barnet sosialiseres gjennom «gode» rutiner for søvn og mat, og etter hvert gjennom medlemskap i institusjoner som barnehage og skole. Etter hvert som barnet blir eldre skal det ideelt sett ha internalisert den disiplinen som ligger i de innprentede rutinene, og foreldrenes ytre kontroll kan mer og mer overlates til barnets indre selvkontroll.

Flere av mødrene protesterte mot dette regimet og hevdet at spedbarn skal ammes når de selv vil. Selvregulering representerer en annen ideologi om sosialisering som også er virksom; en kvinne forteller at hun ble rådet til *å amme som en sigøyner*; det vil si stort sett hele tiden. Det kan se ut til å være en lek/lærd motsetning her som går på tvers av etnisitet og klasse.

Barn i samfunn der den «omvendte trekanten» er norm, lærer på sin side at de kan styre omgivelsene til en viss grad og dermed at de har en viss makt over omgivelsene og dermed autonomi, mens det gradvise kravet om underkastelse under familien lærer dem også at denne autonomien er begrenset av familielojaliteten. De lærer i større grad lydighet mot personer der norske barn i større grad lærer å underkaste seg systemer og rutiner.

Rådgivning og brukermedvirkning – hvor brukervennlig kan man bli uten å bli helt tafatt faglig?

Helsesøstre står overfor det dilemma om de skal gi konkrete råd eller om de skal være lyttende og brukermedvirkende. Ofte etterspørres konkrete råd, men de konkrete rådene som gis krever ofte at foreldrene må endre sin foreldrerolle og vante forestillinger. Råd om hvordan en skal få barn til å sove kan være konkrete som det å ikke ta barnet opp når det gråter om natten, men det verken kan eller vil mor, for gråtende barn kan forstyrre andre barn og en far som trenger å sove. Konkrete råd kan være ønsket, men er vanskelig å følge. Gruppekonsultasjonene hvor helsesøster også spør hva de andre foreldrene gjør, kan en si fungerer som en form for brukermedvirkning ved at brukerne får sagt sitt. Det som gjenstår er å vite i hvilken grad denne erfaringsutvekslingen mellom foreldre og helsesøstre bidrar til å endre helsesøstrenes rådgiving og praksis. En helsesøster er klar og tydelig på at

helsestasjonen skal forvalte folkehelseperspektivet og bygge opp rundt verdien av foreldreskapet, men la dem velge selv hvordan – *når de spør må vi gi litt tydelige råd – men understreke at det er vårt syn «det er mange veier til målet», men vi skal ikke bli så flate at vi ikke sier noe – de ønsker jo noe svar.*

Helsesøstre balanserer mellom lydhørhet og å gi konkrete råd til foreldre som på sin side balanserer mellom det å ønske å få råd og å streve med følge dem.

Fars plass i et feminint univers

Et spørsmål er om helsestasjonene klarer å tilpasse seg regjeringens offensive pappapolitikk – med fedrekvoter og pappapermisjon, og om helsestasjonstilbudet er godt nok tilrettelagt for fedre – eller må far være en feminin far eller en maskulin mor for aktivt å kunne delta i barnets liv på helsestasjonen og i åpen barnehage?

Selv om det her er helsesøstre som er studieobjektet kan en del av den forskningen som er gjort av andre tjenesteytende instanser bidra til å problematisere likeverdighetsperspektivet. Lopez (2000) har utført en studie av blant annet menns møte med familievernkontor i forbindelse med samlivsbrudd. Hun finner at menn med innvandrebakgrunn blir møtt med mistillit og stereotype holdninger. Mennene føler seg utsatt for diskriminerende og ikke likeverdig behandling på grunn av allianser som bygger på norskhet som overskrider kjønnsbarrierer (norske menn og norske kvinnelige terapeuter). Lopez peker på at ulike former for ulikhet kan føre til ulik behandling, og for å overkomme den opplevde forskjellsbehandlingen er en mer kultursensitiv praksis som er mer rettet mot brukernes behov, nødvendig.

De fedrene som oppsøker helsestasjonen er ikke utsatt i samme grad. De oppsøker ikke helsestasjonen eller åpen barnehage primært på grunn av et problem. De kommer dit frivillig, både norske og innvandrer menn. Det er barnet som er i fokus – men far trer inn i et primært kvinnelig univers. Alle hjelpere og ansatte både i åpen barnehage og på helsestasjonene, er kvinner. Helsesøstre sier at ikke etnisk norske fedre oftere kommer til helsestasjonen enn etnisk norske fedre. Norske og ikke norske fedre bruker helsestasjonen på ulike måter. Majoritetsfar kommer når han har pappapermisjon, minoritetsfar kommer for å støtte mor fordi han ofte er den språkmektige.

Fedre forholder seg til helsestasjonen og til åpen barnehage på ulike måter. På helsestasjonen er det sjekk og kontroll av høyde og vekt. Det kan betraktes som en teknisk kontroll hvor far også kan få råd og spørre om det han lurer på av mer teknisk art. Det er et fastlagt og rutinisert opplegg. Det er ikke mye egenaktivitet som kreves. Annerledes er det i åpen barnehage, som kan være mer utfordrende for en far. Åpen barnehage er et tilbud til alle foreldre som ikke har barn i barnehage. Foreldre kan kjøpe kaffe og te, og tirsdager serveres det mat. Det er fri lek fra 10 til 11.30, da er det samlingsstund en halv times til. Så er det fri lek igjen. Den frie leken krever deltagende og aktive foreldre. Far skal finne seg til rette blant mødre, kvinnelige ansatte, små barn som kravler rundt på gulvet, skifte bleie og mate barnet og kanskje være den eneste mann tilstede. Men opplever disse mennene det som et problem? En far sier: *Jeg har blitt godt mottatt som mann. Jeg har ingen ting å klage på. Har blitt godt behandlet som mann. Ingen problemer og har fått de rådene jeg trenger.*

Knausgård beskriver i sin bok *Min kamp 2* den beklemmende følelsen han får når han er på babysvømming med sin lille datter. Han føler at han blir fratatt sin maskuline verdighet. En helsesøster kunne referere til enkelte fedre som hadde samme erfaring som Knausgård, hun sier: *En del fedre mener det er for mye mor og barn rettet på helsestasjon. Jeg husker det var et tverrfaglig seminar om perspektiv på farskapet. En far beskrev hvordan han møtte helsestasjonen – til ettårsgruppe: han måtte sitte på gulvet sammen med andre fedre – det kan være vanskelig for mange menn. Men på Furuhuset er det mange – når noen fedre er der kommer det flere – men vi kunne gjort mer i forhold til mennene. Det ville vært flott med mannlig helsesøster for ungdom.*

I åpen barnehage på Furuhuset og på Haugerud så vi fedre ligge på gulvet å leke med egne og andres barn, og vi så store sterke fedre stå oppreist i klynger, løfte barn høyt opp i luften som om de skulle være kopier av en Vigeland statue. Det kunne se ut som om «muskler» eller tradisjonelle maskuline idealer ikke er en hindring for å være far i åpen barnhage. Men bildet er ikke så enkelt; en av mødrene vi snakket med på åpen helsestasjon sa at pappaen nok heller ville gå tur i skogen og steke pølser på bål enn å gå i åpen barnhage med ungen. Det kan tyde på at forestillingen om barnehager som et feminint univers, fremdeles lever selv om pappapermisjonen og at far

som likeverdig omsorgsperson aksepteres av både mor og far. Til tross for et hovedsakelig feminint univers, ser det ut til at mange fedre velger å gå med barnet sitt i åpen barnehage. Både fedre med og uten innvandrerbakgrunn møter opp og finner seg til rette etter hvert.

Oppsummering

- Helsesøstrenes selvforståelse er at de tilpasser seg den virkeligheten de er satt til å forvalte.
- Det er uoverensstemmelse mellom enkelte foreldre og enkelte helsesøstres forestillinger om hva som fører til likeverdig behandling.
- Råd som gis til foreldre er ofte basert på en norsk forståelse av dagliglivets organisering. Det fører til at råd vanskelig kan følges. Likeverdige tjenester befordrer at de råd som gis kan følges.
- Det er et dilemma for helsesøstre i hvilken grad de skal gi konkrete råd eller være lyttende og brukermedvirkende.
- Helsestasjonen skal være et sted både for far og mor – og de har til en viss grad lykkes.

7 Konkluderende analyse, anbefalinger og eksempler på god praksis

LDO beskriver likeverdig tjenesteyting på følgende måte:

- Den verdsetter mangfold ved å akseptere at mennesker med ulik bakgrunn (etnisitet, funksjonsevne, seksuell orientering, etc.) er prinsipielt likeverdige medlemmer av samfunnet.
- Den identifiserer behovene til folk med ulik bakgrunn, utvikler og tilpasser tjenester som samsvarer med disse behovene.
- Den kompenserer for ulemper som oppstår på grunn av ulik bakgrunn.

Et hovedspørsmål for oppsummeringen er hvorvidt helsestasjonstjenesten i Alna bydel tilfredsstillende LDOs kriterier for likeverdig tjenesteyting, hva som er svakhetene og hva som kan gjøres for å styrke tilbudet. Oppsummeringen følger samme struktur som presentasjon av resultatene.

7.1 Strukturelle faktorer

Tilgjengelighet

Vår undersøkelse viser at den fysiske tilgjengeligheten er god på de aller fleste helsestasjonene og åpne barnehagene i Alna bydel. Unntaket er helsestasjonstilbudet i Furuhuset åpne barnehage som ligger i annen etasje uten heis, og er følgelig utilgjengelig for mange med nedsatt funksjonsevne. Ettersom det er to andre helsestasjonstilbud i bydelen mener vi likevel at tilgjengeligheten er tilfredsstillende. Utformingen av helsestasjonen er imidlertid ikke tilfredsstillende for rullestolbrukere. For det første mottas brukere i en skranke med glassrute som er så høy at rullestolbrukere så vidt når opp med ansiktet, for det andre er ikke stellokkene tilpasset rullestolbrukere. Begge disse manglende må utbedres for at alle skal ha lik tilgjengelighet til helsestasjonen i Alna bydel.

Rekruttering av helsesøstre

Helsestasjonene i Alna bydel er i likhet med de fleste andre helsestasjoner bemannet i all hovedsak med norskspråklige innfødte norske kvinner. Verken menn, personer med nedsatt funksjonsevne eller etniske/språklige minoriteter, er representert på helsestasjonene. Unntaket er en polsk leder og en kontorsøster med innvandrerbakgrunn. Det betyr at tjenestetilbudet ikke reflekterer mangfoldet i befolkningen. Mye tyder på at denne utdanningen ikke er ettertraktet blant de nevnte gruppene. Dette er en utfordring først og fremst for Alna bydel, for LDO og for helsesøsterutdanningen. Eventuelle kommunikasjonsbarrierer kan til en viss grad kompenseres med god opplæring av de norske helsesøstrene, men selve representasjonen og muligheten for å fremme disse gruppens interesser, sikres best ved at det rekrutteres ansatte som reflekterer befolkningsgrunnlaget. Det er først og fremst den bakgrunnen, erfaringen og interessene som menn, folk med nedsatt funksjonsevne og minoriteter har, vi mener krever egen representasjon, ikke språklige og spesifikke kulturelle kunnskapen knyttet til forskjellige nasjoner. (Fordi det er svært få brukere med annen seksuell orientering på helsestasjoner, er ikke denne gruppa prioritert her).

Kompetansebarrierer

Vi har identifisert to faktorer som mulige barrierer for likeverdige tjenesteyting: Manglende representasjon av minoriteter blant helsesøstrene, og begrenset eller manglende muligheter til etterutdanning i språk og flerkulturell kompetanse. Rekruttering av helsesøstre som i større grad reflekterer mangfoldet i befolkningen, er en oppgave for bydelsadministrasjonen, for utdanningsinstitusjonene og for politikerne. Etterutdanning i språk (engelsk) og flerkulturell kompetanse, handler først og fremst om bevilgninger fra bydelen/kommunen som gjør det mulig for helsesøstre å delta uten at det går utover brukerne. Etterutdanning kan foregå ved avgrensede kurs eller ved mer langsiktig veiledning og kompetanseoppbygging i personalgrupper som er knyttet til helsesøstrenes egne erfaringer og til Alna-konteksten.

Tidsfaktoren

Tidsfaktoren er en av de viktigste barrierer for likeverdig tjenesteyting slik helsesøstrene selv definerer det. Spesielt ser de at brukere som ikke behersker norsk eller som har mer omfattende problemer enn barnas vekt, søvn og mat ofte ikke får den hjelpen de trenger på grunn av tidsknapphet. Dette er et problem som bare delvis kan håndteres av helsesøstrene selv, men vi tror at bruk av tolk, med den ekstra tidsbruken det innebærer, vil kunne styrke likeverdigheten i tjenestene for brukere med svake norskkunnskaper.

Tolkebruk og opplæring i tolkebruk

Intervjuene har vist at det brukes sjelden tolk på helsestasjonen. Dette forklares delvis ved økonomi, det er gått ut signal fra bydelen om å redusere tolkebruken, delvis av tidsknapphet og delvis fordi helsesøstrene synes det er vanskelig og hemmer kontakten å bruke tolk. Vi anser bruk av tolk for å være helt essensielt i offentlige tjenestene der brukerne ikke, eller bare delvis, snakker og forstår norsk. Misforståelser og tilbaketrekking er sannsynlige resultater av dårlig kommunikasjon på helsestasjonene. Vi anbefaler at det arbeides med å rekruttere tolker som spesialiseres til å tolke på helsestasjon, slik at man i større grad har faste tolker som kjenner forholdene. Vi vil ikke her gå inn på alle problemene som kan knyttes til tolk og tolkebruk, bare slå fast at der det er essensielt at brukerne forstår det helsesøster vil formidle, skal man bruke tolk. Opplæring i tolkebruk er nødvendig og kan redusere mye av det ubehaget mange føler ved å bruke tolk.

7.2 Organisatoriske faktorer

Konsultasjonsformer

Vi har sett at individuelle- og gruppekonsultasjoner er de vanligste formene på helsestasjonene i Alna. Gruppekonsultasjoner har mange fordeler ved å tydeliggjøre mangfoldet i problemstillinger og erfaringer blant brukerne, og er derved brukerorientert. Gruppekonsultasjoner er også svært tidsbesparende og frigjør tid til andre gjøremål. Det kan imidlertid se ut som om det er litt mangelfull informasjon om muligheten for individuelle konsultasjoner. Dersom individuelle konsultasjoner framstår som «spesielle» eller for dem

med «større problemer», kan det være en barriere for å be om dem. Dette kan redusere tjenestetilbudet for mange brukere. Vi mener det bør presiseres og informeres om at de to konsultasjonsformene dekker ulike behov og bør komplettere hverandre.

Vi har lite data fra brukerne om helsestasjon for ungdom, men det ser ut som helsestasjonen brukes flittig. En ungdom mente at åpningstidene bør utvides ettersom tilbudet bare er én ettermiddag i uken. Det gikk imidlertid frem av brukerundersøkelsen blant elevene i videregående skole at de fleste ikke visste om dette tilbudet etter skoletid.

I brukerundersøkelsen av skolehelsetjenesten kom det fram at de fleste ikke bruker tilbudet, delvis fordi de ikke trenger det, men tilgjengelighet er også et problem både fordi helsesøster har begrenset tid på skolene og fordi flere elever mente det var vanskelig å oppsøke helsesøster uten at lærer og hele klassen fikk vite det (meldeplikt om fravær). Dette kan være spesielt problematisk for barn med minoritetsbakgrunn som i utgangspunktet er «merket» som spesielle målgrupper for tvangsgifte og omskjæring.

Språkbarriere

Språk betegnes som den største hindringen for å yte likeverdige tjenester av helsesøstrene selv. Foruten å bruke mer tid, bruke tolk og legge til rette for god kommunikasjon på andre måter, vil språkbarrieren kunne senkes noe ved at oppslag og viktig informasjonsmateriell oversettes til de aktuelle språkene. Dette gjelder spesielt brosjyrer om sykdommer og problemstillinger som er ukjente for folk flest, men også opplysninger om tilbudene og hva de innebærer (for eksempel åpen barnehage, åpen helsestasjon, og konsultasjonstilbudene). I brukerundersøkelsen svarte noen flere foreldre med minoritetsbakgrunn at helsestasjonene bør formidle dette videre til institusjonene som utarbeider materialet.

Standardiserte tester ikke tilpasset minoritetsbrukere

Også her utgjør språket en barriere. Spesielt når det gjelder fireårskontrollen og test for depresjon, må testmateriale være tilpasset flere språk og kulturbakgrunner enn den vesteuropeiske. Helsesøstrene påpeker nettopp at fireårstesten bare er relevant for de barna som har norsk som morsmål og er

tilpasset de barna som har gått i barnehage. Dette innebærer at mødre som snakker lite eller ikke noe norsk og minoritetsspråklige barn, ikke blir testet på sine premisser, men på majoritetens og får derved ikke et likeverdig tjenestetilbud. Vi anbefaler at testmaterialet for depresjon oversettes og at den obligatoriske standardiserte fireårstesten trekkes tilbake og erstattes med en mer kulturnøytral test som vurderer barnets nivå i morsmål og norsk.

ICDP er et utviklingsverktøy som brukes over hele landet. Det rettes mot minoritetsforeldre og andre med andre oppdragerpraksiser enn den standard norske, og mot foreldre med problemer i relasjonen til sine barn. Vi anbefaler at det utvikles forskning på dette område for å undersøke hvem som har nytte av det og at det er til hjelp også for minoritetsforeldre.

7.3 Kulturelle faktorer

Helsesøstrenes selvforståelse – et eksempel på likeverdig tjenesteyting

Helsesøstrenes selvforståelse i Alna bydel svarer godt til LDOs definisjoner på likeverdig tjenesteyting. Spørsmålet om hva likeverdig tjenesteyting innebærer i praksis, dilemmaene og de praktiske løsningene, bør være gjennomgående temaer for etterutdanning og/eller fortløpende veiledning. Praksisen med at erfarne helsesøstre blir mentorer for mer uerfarne, er utmerket og kan muligens institusjonaliseres gjennom veiledning.

Dilemmaer mellom brukermedvirkning og faglighet – multikulturalisme i praksis?

Denne studien har vist at brukerne av helsestasjonstilbudet på Alna i all hovedsak bruker tilbudet og er fornøyd med det. Det er imidlertid en viss misnøye blant en del brukere med det de ser som en for standardisert eller ideologisert rådgivning først og fremst når det gjelder barn og søvn, som kanskje kan oversettes med forskjellige ideer og praksiser omkring grensetting. Dette bekreftes i brukerundersøkelsen der 19 prosent av foreldrene oppgir at de er misfornøyd med råd om søvn. Det helsesøstre framstiller som pragmatisk rådgivning på et praktisk problem, oppfatter mange mødre som del av en «kulturpakke» som de ikke kan bruke. Dette gjelder spesielt spørsmål om søvn og nattevåk, men også om usunne matvaner og foreldres bruk av autoritet overfor små barn. Problemet for mødrene er at de ikke får

råd de kan bruke, og for helsesøstrene er problemet at mødrene kommer igjen og igjen for å få råd om det samme fordi de ikke kan bruke rådene. Disse spørsmålene er dypt forankret i forskjellige kulturelle forestillinger om relasjoner mellom barn og voksne, mellom familiemedlemmer og om barns vesen (jf. «Den omvendte trekanten»).

Vi anbefaler helsestasjonen å ta denne miskommunikasjonen alvorlig og bruke tid på å diskutere i fellesskap hvordan den kan håndteres. Kanskje det er mulig å finne fram til pragmatiske råd basert på mødrenes kulturelle forankring og helsesøstrenes kunnskaper, uten at det går på helsa løs? Vår anbefaling er å betrakte slike dilemma som en del av det å tilby et likeverdig tjenestetilbud til alle, og vedlikeholde en åpen diskusjon om hva det innebærer.

Hva er god praksis? Likeverdige tjenester innebærer at råd kan brukes av alle? Er det mulig?

Fedre på helsestasjon en ny utfordring?

Som omtalt var 90 prosent av de ca. 70 som svarte på brukerundersøkelsen på helsestasjon, kvinner. Det illustrerer at menn fortsatt er en marginal minoritet på helsestasjon. Bare noen av svarene ble levert inn fra de åpne barnehagene, og det er vårt inntrykk at disse i større grad brukes også av fedre. Enkelte helsesøstre så klart at helsestasjonen er svært mor og barn fokusert, og spurte seg selv om de kunne gjøre noe for å inkludere fedrene bedre. Dersom en hadde mannlige «helsebrødre» mente flere at det ville tiltrekke flere menn, spesielt ble det ansett som viktig i skole- og ungdomshelsetjenesten. Mangel på helsebrødre må imidlertid løses på andre hold, men helsestasjonen bør melde inn behovet.

Alle fedrene vi snakket med følte seg godt ivaretatt i åpen barnehage, men noen av mødrene fortalte at deres menn foretrakk andre, mer tradisjonelt maskuline gjøremål med barna. En tidligere undersøkelse har også vist at mange fedre ikke føler seg hjemme i de tradisjonelle spebarn–foreldre aktivitetene som tilbys i åpne barnehager. Vi anbefaler helsestasjonene å diskutere behovet for å tilpasse tjenestene bedre til fedre slik at tilbudet oppleves som reelt likeverdig også for menn.

Oppsummeringsmessig er vår vurdering at helsestasjonstilbudet i Alna bydel langt på vei oppfyller og arbeider mot å forbedre tjenestetilbudet slik at det møter kriteriene LDO har satt for likeverdige offentlige tjenester. Helse-søstrene *anerkjenner* brukernes forskjellighet og deres rett til tjenester som møter deres behov og forutsetninger slik Fraser definerer likeverdige tjenester. Ansatte på helsestasjon representerer imidlertid, som vi har diskutert, ikke befolkningsmangfoldet slik Fraser (2008) definisjon krever. LDOs kriterier er imidlertid generelle og skiller ikke mellom strukturelle hindringer for likeverdige tjenester og hindringer som er knyttet til organisering og utførelse av tjenestene. Kriteriene er videre så generelle at de ikke kan fange opp de mange dilemma som tjenesteytere møter mellom sine egne faglige og kulturelle forutsetninger og brukernes. Denne balansegangen er uløselig knyttet til samhandling i flerkulturelle samfunn, og blir spesielt tydelig i tjenesteyting. Forhandlinger om hvilke normer, kunnskaper og erfaringer som skal gjelde i forskjellige kontekster, utgjør det sosiologen Vertovek har kalt multikulturalisme i praksis.

7.4 «Best practise» i Alna i forhold til LDOs beskrivelse av likeverdige tjenester

- Vi ser at helsestasjonene i Alna bydel fører en løpende diskusjon og selvrefleksjon om hva som skal være praksis for likeverdige tjenester. Vi vurderer dette som en god praksis og tror at en slik arbeidsform kan styrkes gjennom etterutdanning knyttet til praksis, gjennom mentorordninger og gjennom mer systematisk veiledning.
- De beste eksemplene på god rådgiving, dvs. rådgiving som brukerne har nytte av, er basert på den situasjonen og konteksten som brukerne befinner seg i og ikke på prinsipper eller ideologi.
- Vi tror gruppekonsultasjoner er en svært god konsultasjonsform på helsestasjoner fordi den gir rom for at brukernes forskjellighet, likhet og erfaringer kommer frem, for at brukerne finner likesinnede på tvers av andre skillelinjer, og for at også helsesøstrene lærer av brukernes erfaringer.
- Åpne barnehager ser ut til å være svært gode arenaer for barn og foreldre både til å bli kjent i lokalsamfunnet, til å utveksle erfaringer og til å lære

norske tradisjoner for offentlig sosialisering ved observasjon og deltakelse.

- Når felles talespråk er et problem, er visualisering av informasjon svært viktig. En helsesøster hadde kontoret fullt av emballasje for barneprodukter for å informere om gode og dårlige produkter. Visualiseringen kan styrkes ved å utvikle bedre brosjyremateriell, video m.m.
- I skolehelsetjenesten kan sjenanse og usikkerhet blant barn og unge føre til at problemer og kunnskaper ikke diskuteres og formidles. En helsesøster leverte ut et spørreskjema der klassen skulle fylle ut en del spørsmål som utgangspunkt for samtaler.

Summary

To work actively, in a targeted, planned manner to promote equality and prevent discrimination is an explicit objective for Norwegian authorities. To develop equal, non-discriminatory public services is an essential part of this work. The principal task of The Equality and Anti-discrimination ombud is to guide the public as well as government and private agencies on how to fulfil this objective. In 2010 the ombud worked specifically to raise awareness among authorities and public service institutions on how to offer equal services to all, irrespective of ethnicity, religion, gender, ability to function, age and sexual orientation. The present report was commissioned by The Equality and Anti-discrimination ombud. The research problem was to study whether and how the child welfare system in the municipality of Alna in Oslo provided equal and non-discriminatory services to all categories that are included in the anti-discriminatory acts.

The research comprised four person months and consisted of interviews with public health nurses in three child welfare centres and parents in two open kindergartens, a short survey to parents visiting the centres and kindergartens and a survey to youths about the public health service in schools. Child Welfare centres are public health centres for families and for children and youth up to the age of 23.

Alna is one of the most multicultural municipalities in Norway with 45% immigrants or children of immigrants, so ethnicity became the core issue of the study. According to our informants, questions of discrimination based on religion, ability to function and sexual orientation was not relevant because such clients were extremely rare. The focus among nurses and parents in the study was on ethnic discrimination or unequal services based on ethnicity and gender; this concern was consistent across both majority and minority groups. Our findings are presented in terms of Structural, Organisational and Cultural factors that hinder the development of equal services. Nancy Frazer's concepts *distribution, recognition and representation* are employed to assess the degree of equality of services.

Structural barriers that may hinder equal services were found to be: Staff at child welfare centres do not represent the population they serve as almost all are native Norwegians without physical disabilities or other minority characteristics. We found that the formal competence in handling diversity among nurses is almost non-existing. We also found that too many tasks and too little time to perform them combined with many non-Norwegian-speaking clients, undersized budgets and no priority given to use interpreters, may hinder equal treatment.

Organisational barriers were found to be: Services to children in school appeared to have limited availability due to a practice where children had to ask for leave to visit the public nurse. This may hinder children with ethnic backgrounds or with functional disabilities to reveal their vulnerability in class. Most consultations at child welfare centres are arranged as group consultations; individual consultations have to be specially asked for. This may be a hindrance for non-Norwegian clients and clients that want more privacy to receive the service they need. Most information brochures at the centres are available only in Norwegian, thus important information is often unavailable to non-Norwegian speakers. Tests used to assess the language skills and cognitive development of children are given in Norwegian only. Children with little competence in Norwegian are thus not tested equally to native speakers.

Cultural barriers were found to be: Advice from nurses to parents were generally based on Norwegian “official” concepts of family. Cultural differences concerning child rearing practices and concepts concerning relationships between parents and children, were often difficult to follow, not only for many minority parents, but for many native parents as well. Advice was often not based on the actual diversity that exists among clients. Nurses reported experiencing tension between giving practical, “official” advice and being client-oriented and more culturally sensitive.

Child welfare centres in the municipality of Alna are generally providing equal and non-discriminatory services to the population, but their ability to do this is restricted by some structural, organisational and cultural barriers that should be discussed and removed.

Litteraturliste

- Andrews, T. (2002): Grenseløse krav i helsestasjonstjenesten – dilemmaer og mestringsstrategier. Sosiologisk tidsskrift nr.1 2002.
- Arnardottir, Oddny Mjóll (2009) «A Future of Multidimensional Disadvantage Equality?», i Arnardottir og Quinn (red) *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, Martinus Nijhoff Publishers
- Bu et al. (2005) Tverrkulturell kompetanseheving. Er rapport om hva offentlige tjenesteytere ønsker å lære mer om og hva som finnes av tilbud. Prosjektforum, UIO 2005. utg. . Utlendingsdirektoratet.
- Finnvold, J E (1998): Kan misfornøyde pasienter gi oss bedre helsetjenester? Samfunnsspeilet nr. 3, 1998.
- Forland, F. (red.) 2009. *Utviklingstrekkrapporten 2009: Migrasjon og helse, utfordringer og utviklingstrekk*, Helsedirektoratet.
- Fraser, Nancy 2008 *Scales of Justice. Reimagining Political Space in Globalizing World*. Polity.
- Grue, L et.al. (2002):Doing motherhood: some experiences of mothers with physical disabilities. *Disability and Society*, Vol 17, No 6, 2002.
- Grue, L (2004). *Funksjonshemming bare et ord*. Oslo, Gyldendal akademiske forlag
- Gutiérrez (1992): Empowering ethnic minorities in the twenty –first century: the role of human service organizations. Hasenfeld, Y (ed) *Human services as complex organizations* London, Sage Publications
- Helsedirektoratet (2010) *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*.
- Helsedirektoratet (2009): *Utviklingstrekkrapport 2009: Mangfold i helsetjenestene - er vi gode nok?*
- Helsetilsynet (2007). *Ikkje likeverdige habiliteringstenester til barn*. Oppsummering av landsomfattande tilsyn med habiliteringstenester til barn 2006. Rapport fra Helsetilsynet 4/2007. Oslo.
- Hjälmhult, E. (2007): *Erobring av handlingsrom. Helsesøsterstudenters læring i praksis*. Dr. polit. avhandling Pedagogisk institutt, NTNU.
- Holvino, E & Kamp, A (2009). Diversity mangagement: are we moving in the right direction . *Scandinavian Journal of management* , vol. 25

- Kildal, N. og S. Kuhnle red. (2005). *Normative Foundations of the Welfare State*, Routledge: London
- Knausgård, K.O (2010) *Min kamp*. Oslo, Oktober forlag
- Likestillings- og diskrimineringsombudets 2008 Veiledning til bedre redegjørelse for likestilling, LDO: Oslo.
- LDO (2008) *Kartlegging av diskriminering i statlig sektor*
- Lopez, G. Saltnes (2007): *Minoritetsperspektiver på norsk familievern*. Klienters erfaringer fra møtet med familievernkontoret. Oslo: NOVA Rapport nr. 9/07.
- Kommunehelsetjenesteloven 1982 § 2-2
- Lorbiecki, A. & Jack, G. (2000): Critical turns in the evolution of diversity management. *British Journal of Management* 11 (special issue)
- Mackelsparng, R. & Salsgiver, R (1996). *Disability: A diversity approach in human service practice*. Belmont California. Brooks/Cole.
- Neumann, C. (2007): *Det bekymrede blikket. En studie av helsesøstrenes handlingsrom*. Dr.polit avhandling Institutt for kriminologi og retts sosiologi. Universitetet i Oslo.
- Oslo kommune (2011): Skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom - en undersøkelse av bydelenes tilbud til elever i videregående skole. Rapport 03/2011, Kommunerevisjonen.
- Reform (2009): *Minoritetsfarskap i helsenorge*.
- Steihaug, S.(2008). Evaluering av familieprosjektet. Sintef. Helse
- St.meld. nr. 49 (2003–2004) Mangfold gjennom inkludering og deltakelse. Ansvar og frihet.
- Titmus Richard M. (1968). *Commitment to Welfare*, London: Allen & Unwin.
- Unger, D.G, G.T. Cuevas and T. Woolfolk (2007): Human Services and Cultural Diversity. Tenuous relationships, challenges and opportunity ahead. In B.S.Trask and H. Raeann (eds.). *Cultural Diversity and Families*. Expanding perspectives Newsbury Park.
- Vertovec, S. and Wessendorp, S. (2010). *The Multiculturalism Backlash*. London and N.Y . Routledge.
- Wrench, J. (2005) Diversity management can be bad for you. *Race and Class* vol. 46 (3).
- (www.bydel-alna.oslo.kommune.no/helse/helsestasjoner)
- www.bydel-alna.oslo.kommune.no/helse/skolehelsetjenesten

Vedlegg: Forslag til mal for brukerundersøkelse

SPØRREUNDERSØKELSE OM HELSESØSTERTJENESTEN/ HELSESTASJON FOR UNGDOM

Forskningsinstituttet NOVA gjennomfører for tiden en undersøkelse på oppdrag fra Likestillings- og diskrimineringsombudet. For å få kunnskap som kan gjøre helsesøstertjenesten bedre trenger vi informasjon fra ungdom som går i videregående skole.

NB: Undersøkelsen er anonym, du skal derfor **ikke** skrive navnet ditt eller annen informasjon som kan knyttes til deg som person.

SPØRSMÅL OM HELSESØSTER/ HELSESTASJON FOR UNGDOM

1. Har du oppsøkt helsesøster eller helsestasjon for ungdom i løpet av det siste skoleåret?

- JA
 NEI

Hvis Nei, gå til spørsmål 6

Hvis ja:

2. Kan du huske omtrent hvor mange ganger du har oppsøkt helsesøster det siste skoleåret?

- 1 GANG
 2-3 GANGER
 4-5 GANGER
 MER ENN 6 GANGER

3. Hvorfor oppsøkte du helsesøster? (sett gjerne flere kryss)

- EGNE HELSEPROBLEMER
 PREVENSJON
 FLYTTE HJEMMEFRA/BOSTØTTE
 ARRANGERT EKTESKAP
 FAMILIEPROBLEMER
 ANDRE GRUNNER

4. Skulle du ønske å oppsøke helsesøster oftere?

- JA
 NEI

4.1 Hvis ja, hvorfor har du ikke tatt mer kontakt? (sett gjerne flere kryss)

- DET ER VANSKELIG Å TA KONTAKT FORDI KLASSEN FÅR VITE OM DET
 HELSESØSTER ER SJELDEN PÅ SKOLEN
 JEG KJENNER IKKE HELSESØSTER GODT NOK
 JEG VET FOR LITE OM HVA HELSESØSTER KAN HJELPE MEG MED
 ANDRE GRUNNER

4.1 Hvis nei, hvorfor? (sett gjerne flere kryss)

- JEG TRENGER IKKE HJELP
 JEG ER MISFORNØYD MED HELSESØSTERTJENESTEN
 JEG STOLER IKKE PÅ HELSESØSTER
 ANDRE GRUNNER

SNU!

5. Hvordan fikk du vite om at du kunne oppsøke helsesøster?

- GJENNOM VENNER
- SKOLEN/LÆRER
- HELSESØSTER
- LEGE/ANDRE HELSETJENESTER
- OPPSLAG PÅ SKOLEN
- ANDRE

SPØRSMÅL TIL DE SOM IKKE HAR OPPSØKT HELSESØSTER:

6. Har du fått informasjon om helsesøstertilbudet på skolen?

- JA
- NEI

7. Har du fått informasjon om helsestasjon for ungdom der du kan komme om ettermiddagen?

- JA
- NEI

8. Hvorfor har du ikke vært hos helsesøster? (sett gjerne flere kryss)

- JEG HAR IKKE HATT BEHOV
- DET ER VANSKELIG Å TA KONTAKT FORDI KLASSEN FÅR VITE OM DET
- HELSESØSTER ER SJELDEN PÅ SKOLEN
- JEG KJENNER IKKE HELSESØSTER GODT NOK
- JEG STOLER IKKE PÅ HELSESØSTER
- JEG VET FOR LITE OM HVA HELSESØSTER KAN HJELPE MED
- ANDRE GRUNNER

SOSIAL KONTAKT OG FAMILIE

9. Bortsett fra medlemmer av din egen familie, har du noen gode venner på stedet der du bor?

- JA
- NEI

10. Er du født i Norge?

- JA
- NEI

10.1 Hvis nei, hvor lenge har du bodd i Norge?

- MINDRE ENN 2 ÅR
- 3-10 ÅR
- MER ENN 10 ÅR

11. Hvilket språk bruker dere mest hjemme?

- NORSK ELLER ANNET SKANDINAVISK SPRÅK
- ANNET SPRÅK

12. Kjønn til den som fyller ut skjemaet:

- KVINNE
- MANN

13. Hvilket skoletilbud går du på?

- BYGG OG ANLEGG
- STUDIESPESIALISERING/ALLMENN PÅBYGG
- MEDIER OG KOMMUNIKASJON
- ANNET

TAKK FOR HJELPEN!

SPØRREUNDERSØKELSE OM HELSESTASJONSTILBUDET

Forskingsinstituttet NOVA gjennomfører for tiden en undersøkelse på oppdrag fra Likestillings- og diskrimineringsombudet. For å få kunnskap som kan gjøre helsestasjonene bedre trenger vi informasjon fra dem som bruker tilbudet. Vi håper du vil ta deg til å fylle ut skjemaet. Undersøkelsen er anonym, du skal derfor ikke skrive navnet ditt eller annen informasjon som kan knyttes til deg som person. Dersom begge foreldrene får skjema ber vi om at dere fyller ut hver for dere.

Har du spørsmål til skjemaet kan du ringe Jon Erik Finnvold på telefon 22 54 12 98

Spørsmål om helsestasjonen

1. Kan du huske omtrent hvor mange ganger du har vært på helsestasjonen de siste 12 månedene?

- 1 GANG
- 2-3 GANGER
- 4-5 GANGER
- MER ENN 6 GANGER

2. Bruker du åpen helsestasjon?

- NEI
- JA

2.1. Hvis ja, hvor mange ganger har du vært på åpen helsestasjon de siste 12 månedene?

- 1 GANG
- 2-3 GANGER
- 4-5 GANGER
- MER ENN 6 GANGER

3. Synes du det har vært for mange eller for få besøk på helsestasjonen?

- FOR FÅ
- PASSE
- FOR MANGE

4. Har du deltatt i samtalegrupper, foreldregrupper eller andre gruppeaktiviteter arrangert av helsestasjonen?

- NEI
- JA

5. Er du blitt kjent med andre foreldre etter å ha vært på helsestasjonen?

- NEI
- JA

6. Har du fått vite om andre tilbud i bydelen av helsesøster? (sett flere kryss)

- NEI
- JA, LEGE
- FYSIOTERAPEUT
- PP-TJENESTEN
- ÅPEN BARNEHAGE
- BARSELGRUPPER
- BABYSANG
- ANDRE TILBUD

6.1. Hvis Ja, hvilke tilbud har du brukt?

- LEGE
- FYSIOTERAPEUT
- PP-TJENESTEN
- ÅPEN BARNEHAGE
- BARSELGRUPPER
- BABYSANG
- ANDRE TILBUD

SNU!

7. Hvor fornøyd er du med informasjonen du har fått av helsesøster om de tema som er nevnt under? Sett ett kryss for hver linje

	Svært fornøyd	Fornøyd	Misfornøyd
Barns utvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barns vekst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barns kosthold/ amming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lek og stimulering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnproblemer hos barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaksiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Har du fått informasjonsbrosjyrer på helsestasjonen?

- NEI
 JA

8.1 Hvis ja, har du hatt nytte av brosjyrene?

- NEI
 JA

8.2 Hvis nei, hvorfor ikke?

- Vanskelig å forstå
 For mye informasjon
 Andre grunner

Spørsmål om barn

9. Synes du barnet ditt viser en tilfredsstillende utvikling? (gjelder det siste barnet du var på helsestasjonen med)

- JA
 NEI
 USIKKER

9.1 Hvis nei eller usikker, har du snakket med helsesøster om barnets utvikling?

- JA
 NEI

10. Hvor mange barn under 16 år har du?

- 1 BARN
 2 BARN
 3-4 BARN
 5 ELLER FLERE

Sosial kontakt og familie

11. Bor du i nærheten av foreldrene dine?

- JA
 NEI
 FORELDRENE ER IKKE I LIVE

12. Hvor ofte har du kontakt med foreldrene dine? Med kontakt mener vi både besøk og kontakt via telefon, E-post eller lignende

- OMTRENT DAGLIG
 OMTRENT HVER UKE, MEN IKKE DAGLIG
 SJELDNERE ENN HVER UKE

13. Har du søsken

- JA
 NEI

14. Bortsett fra medlemmer av din egen familie, har du noen gode venner på stedet der du bor?

- JA
 NEI

15. Er du født i Norge?

- JA
 NEI

15.1 Hvis nei, hvor lenge har du bodd i Norge?

- MINDRE ENN 2 ÅR
 3-10 ÅR
 MER ENN 10 ÅR

16. Hvilket språk bruker dere mest hjemme?

- NORSK ELLER ANNET SKAND. SPRÅK
 ANNET SPRÅK

17. Hvilket språk er mest vanlig hjemme hos dine foreldre?

- NORSK ELLER ANNET SKAND. SPRÅK
 ANNET SPRÅK

18. Kjønn til den som fyller ut skjemaet:

- KVINNE
 MANN

TAKK FOR HJELPEN!