



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Fakultet for helsefag,
Institutt for helse, ernæring og ledelse

Utenfor samfunnet – Papirløse migrantkvinnens opplevelse av sin graviditet i Norge

Av Ilmen Alberte Kveseth Rotwitt

**Masteroppgave i jordmorfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus,
studiested Kjeller**

MAJOR 2015

**Veiledet av hovedveileder Zada Pajalic, førsteamanuensis og biveileder
Torill Negaard, høgskolelektor**

27.10. 2016.

Antall ord: 15 181

Tittel

Utenfor samfunnet – Papirløse migrantkvinner opplevelse av sin graviditet i Norge.

Problemstilling:

Hvordan opplever papirløse migrantkvinner det å være gravide, og hva vet de om sine rettigheter til helsehjelp i Norge? Samsvarer oppfølgingen de mottar med norsk lov og det som anbefales i internasjonale retningslinjer?

Sammendrag:

Formål: Studiens formål har vært å få innsikt i papirløse migrantkvinner subjektive opplevelse av sitt svangerskap.

Metode: Dette er en kvalitativ studie, som har benyttet semistrukturerte intervjuer. Fire papirløse gravide migrantkvinner deltok. Kvinnene ble rekruttert gjennom et helsesenter for papirløse migranter.

Resultater: Kvinnenes helsemessige utfordringer i svangerskapet kan knyttes til deres livssituasjon. Hverdagen var preget av manglende tilgang på sosioøkonomiske ressurser og liten kunnskap om egne rettigheter. Dette skapte klare barrierer til helsevesenet og deltakelse i samfunnet. Kvinnene kom senere inn i svangerskapsomsorgen.

Konklusjon: Det konkluderes med at svangerskapsomsorgen for studiens informanter ikke direkte samsvarer med norsk lov eller internasjonale konvensjoner. Det er nødvendig med økt kunnskap om papirløse gravides behov og en nasjonal strategi for ivaretagelse av disse.

Nøkkelord: Papirløse migrantkvinner, svangerskap, reproduktiv helse, tilgang til helsehjelp, rettigheter

Title

Outside the margins – How undocumented migrant women experience their pregnancy in Norway

Research question

How do undocumented migrant women experience their pregnancy in Norway, and what knowledge do they have about their rights to health care? Is the health care they receive in line with Norwegian law and recommendations by international conventions?

Abstract

Purpose: The purpose of the study was to explore undocumented migrants subjective experience of their pregnancies.

Method: It is a qualitative study, using semi-structured interviews. Four undocumented pregnant migrant women participated. They were recruited through a health center for undocumented migrants.

Results: The women related the health problems they experienced during their pregnancy to their living conditions. Their life was challenging with inadequate socioeconomic resources and lack of knowledge about their rights. This created barriers to health care and the women's overall participation in society. They received medical care late in the pregnancy.

Conclusion: The access to prenatal care received by the participants in this study does not fully comply with Norwegian law, and international conventions. It shows that more knowledge about the women's needs and a national strategy to meet these needs is required.

Keywords: Paperless migrants women, pregnancy, reproductive health, access to health care, rights

Førord

Arbeidet med masteroppgaven har vært utfordrende og lærerikt. Jeg vil gjerne takke mine veiledere Zada Pajalic og Torill Negaard, men også Mirjam Lukasse som veiledet meg i prosjektets startfase. De har alle hjulpet meg gjennom denne prosessen, lest oppgaven flere ganger og kommet med uvurderlig og kvalifisert tilbakemelding.

Videre vil jeg gjerne takke helsesenteret som gir helsehjelp til papirløse migranter, de har vært til stor hjelp og bidratt til at jeg har kunnet gjennomføre denne studien. Jeg vil også få takke de fire kvinnen som har valgt å dele sine historier med meg.

Jeg ønsker også å rette en stor takk til familien min, spesielt til broren min Narve, for god hjelp og ekstrem tålmodighet.

Oslo, 27. Oktober 2016

Ilmen Alberte Kveseth Rotwitt

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Forskningsspørsmål og formål	2
1.2	Forforståelse	2
1.3	Avgrensning	2
2.0	GJENNOMGANG AV LITTERATUR OG TEORETISK RAMMEVERK.....	3
2.1	Gjennomgang av litteratur.....	3
2.1.1	Flukt og migrasjon.....	3
2.1.2	Papirløse migranter.....	4
2.1.3	Gravide papirløse migrantkvinner.....	5
2.2	Teoretisk rammeverk.....	8
2.2.1	FNs verdenserklæring om menneskerettigheter	8
2.2.2	FNs internasjonale konvensjoner	8
2.2.3	FNs bærekraftsmål.....	9
2.2.4	Tilgang til norske helsetjenester	9
3.0	METODE OG FORSKNINGSDESIGN	12
3.1	Forskningsdesign.....	12
3.1.1	Den kvalitative forskningsmetoden.....	12
3.1.2	Det kvalitative forskningsintervjuet	13
3.2	Etiske overveielser	13
3.2.1	Gruppens sårbarhet.....	14
3.2.2	Bruk av tolk	14
3.2.3	Datalagring.....	15
3.3	Datainnsamling.....	15
3.3.1	Kontekst.....	15
3.3.2	Deltakere	16
3.3.3	Innsamling	16
3.4	Kvalitativ innholdsanalyse	17
4.0	RESULTATER	19
4.1	Manglende rammer og stabilitet.....	19
4.1.1	Frykt og utrygghet.....	19

4.1.2	Sosial isolasjon	21
4.1.3	Følelse av skam	22
4.2	Avmakt	24
4.2.1	Manglende evne til å påvirke egen situasjon.....	24
4.2.2	Manglende kunnskaper.....	25
4.3	Å leve utenfor samfunnet	27
5.0	DISKUSJON	28
5.1	Diskusjon av resultater	28
5.1.1	Diskusjon rundt helsemessige utfordringer og vanskelige livsforhold.....	28
5.1.2	Diskusjon rundt papirløse migrantkvinner møte med svangerskapsomsorgen.....	31
5.1.3	Diskusjon rundt kunnskap om egne rettigheter og følelse av avmakt	34
5.2	Metodediskusjon	37
6.0	KONKLUSJON.....	41
	LITTERATURLISTE	43
	Vedlegg 1	47
	Vedlegg 2	48
	Vedlegg 3	52

1.0 INNLEDNING

59,5 millioner mennesker er på flukt fra krig, forfølgelse og naturkatastrofer, inkludert mennesker i eksil og internt fordrevne. Dette er en økning på 8,3 millioner fra 2013 (Flyktningshjelpen, 2015). I 2015 søkte opp mot en million mennesker asyl i Europa. Blant disse kom i løpet av de første 11 månedene 30 110 til Norge (Østby, 2015).

En papirløs migrant er en person uten lovlig opphold. Statusen papirløs er med andre ord ikke avhengig av manglende id-papirer eller pass. Det er ca. 18 000 papirløse migranter i Norge (*Årsrapport, om det skjulte helsebehovet*, 2015).

På grunn av den manglende oppholdstillatelsen og den «usynlige» tilstedeværelsen i det norske samfunnet, får denne gruppen bare i liten grad den hjelp de har krav på, ut i fra de menneskerettigheter Norge har forpliktet seg til å overholde. Forholdene er ikke lagt til rette for dem, og de aller flest kjenner ikke til sine rettigheter eller har vanskeligheter med å forstå det norske helsevesenet (Helsedirektoratet, 2009). Retten til helsetjenester er ubestridelig. Den internasjonale overenskomsten om økonomiske, sivile og kulturelle rettigheter (ICESCR), var i 2005 ratifisert av nærmest alle europeiske land. Denne konvensjonen definerer retten til helsehjelp ut over begrepet nødvendig helsehjelp, slik det brukes i norsk kommunehelselov (Helsedirektoratet, 2009).

Papirløse migranter blir i vårt samfunn marginalisert, politisk, økonomisk, sosialt og kulturelt. Kvinner og barn skiller seg ut som en spesielt utsatt gruppe (Munro, Jarvis, Munoz, D'Souza, & Graves, 2013). Til tross for at gravide har krav på full helsehjelp ved graviditet, mottar de ikke denne hjelpen i praksis (Wolff et al., 2008). Denne gruppen er utsatt for større risiko gjennom svangerskapet, pga. manglende oppfølging og deres vanskelige livssituasjon. Mengden litteratur som er skrevet om gravide papirløse migranter i Norge og Europa er svært liten, behovet for økt kunnskap om denne gruppen er stort. (Kvamme & Ytrehus, 2015; Munro et al., 2013).

1.1 Forskningsspørsmål og formål

Hvordan opplever papirløse migrantkvinner det å være gravide, og hva vet de om sine rettigheter til helsehjelp i Norge? Samsvarer oppfølgingen de mottar med norsk lov og det som anbefales i internasjonale retningslinjer?

Formålet med denne studien er å få subjektiv kunnskap om papirløse gravide migrantkvinner opplevelser og oppfatninger av sitt svangerskap og helsetjenester mottatt under svangerskapet.

Mye tyder på at flyktingestrømmen til Europa og Norge vil øke i fremtiden, da kan man også anta at antallet papirløse migranter vil øke. Det er et behov for å innhente ytterligere forskningsbasert kunnskap om blant annet helseutfordringer gravide papirløse migranter står ovenfor, slik at jordmødre og annet helsepersonell kan yte god helsehjelp i møte med denne gruppen.

1.2 Forforståelse

Gjennom flere år har jeg vært i kontakt med papirløse migranter i forskjellige typer arbeid blant annet som sykepleier. Jeg skrev min bacheloroppgave om helsehjelp til papirløse migranter og helsepersonells forpliktelser ovenfor denne gruppen. På grunnlag av dette har jeg over tid fått godt innsikt i hvilke utfordringer papirløse migranter møter i det norske samfunnet. Etter at jeg valgte å utdanne meg til jordmor, har jeg hatt et ønske om å undersøke hvordan papirløse migrantkvinner opplever sin graviditet i Norge. Jeg anser det som svært relevant å få kunnskap og en dypere forståelse for hvilke utfordringer denne svært sårbare gruppen står ovenfor.

1.3 Avgrensning

Denne studien er avgrenset til kun å omhandle svangerskapet, ikke fødsels- eller barselforløp. I intervjuprosessen av de papirløse migrantkvinnene vil jeg fokusere på deres opplevelse av sitt eget svangerskap og livssituasjon. Studien vil ikke spesifikt gå inn på helsetilstand eller medisinske opplysninger. Det vil vider fokuseres på hvilke kunnskaper disse kvinnene har rundt egne rettigheter til helsehjelp i Norge.

2.0 GJENNOMGANG AV LITTERATUR OG TEORETISK RAMMEVERK

2.1 Gjennomgang av litteratur

2.1.1 Flukt og migrasjon

Det er 59,5 millioner mennesker på flukt i verden i dag. Dette er en økning på mer enn 18 millioner fra 2008, for å sette utviklingen i perspektiv. Gjennomsnittlig ble 30 000 mennesker internt fordrevet hver dag i 2014. Denne voldsomme økningen er først og fremst et resultat av naturkatastrofer, fattigdom, krig og det økende konfliktnivået i blant annet Syria, Irak og Sør-Sudan (Flyktninghjelpen, 2015). Mange velger også å emigrere fra hjemlandet sitt på leting etter bedre levekår og økonomisk trygget, vekk fra fattigdommen. Migranter er mennesker som oppholder seg utenfor hjemlandet sitt i mer enn et år. Over 230 millioner mennesker lever i dag som migranter. Migrasjon kan være frivillig eller ufrivillig, lovlig eller ulovlig (Flyktninghjelpen, 2015).

714 300 mennesker kom til Europa i 2014. Dette er en økning på 47 prosent sammenlignet med 2013. Ifølge Fontex økte antallet ulovlige grensepasseringer inn til EU fra 107 000 i 2013 til 280 000 i 2014. De aller fleste kommer likevel med gyldig innreisetillatelse. Mange lar være å reise hjem når visumet har gått ut, noen går i dekning og overlever ved å jobbe svart, mens andre søker asyl (Flyktninghjelpen, 2015).

Norge var et av få land i Europa som hadde en nedgang i antall asylsøkere i 2014. 11 480 personer søkte asyl i 2014, dette er en nedgang fra 11 983 i 2013 (Flyktninghjelpen, 2015). I 2015 kom det derimot 30 110 asylsøkere, økende fra omlag 500 per måned på vårparten til flere enn 8 000 registrerte både i oktober og november. I år beregner UDI at opp mot 50-60 000 nye flyktninger vil følge deres eksempel (Østby, 2015). Av disse er det mange som ikke får opphold, men allikevel velger å bli. Disse betegnes som papirløse eller irregulære migranter (*Årsrapport, om det skjulte helsebehovet*, 2015). Med en slik økning av mennesker på flukt både til Europa og Norge, er det rimelig å anta at antallet papirløse migranter også vil stige.

Siden 1980-tallet har antallet papirløse migranter økt kraftig på verdensbasis (Düvell, 2011). Man kan anta at det kan være så mange som 30-40 millioner papirløse flyktninger verden over,

noe som utgjør 15-20% av verdens migranter ("United Nations Department of Economic and Social Affairs ", 2003). I Europa antar man at det befinner seg mellom 5-8 millioner papirløse migranter. Vi har liten oversikt over hvor mange papirløse migranter som oppholder seg her i landet, ifølge tall fra SSB antar vi i imidlertid at det befinner seg ca. 18 000 papirløse migranter i Norge (*Årsrapport, om det skjulte helsebehovet*, 2015).

2.1.2 Papirløse migranter

Papirløse migranter er en sammensetning av mennesker med et klart individuelt grunnlag for å ikke skulle ha lovlig opphold i det landet de befinner seg i, de fleste ser på seg selv som tvunget til å bli, fordi alternativet er verre (Øien & Sønsterudbråten, 2011). Dette kan være asylsøkere med endelig avslag, mennesker med utløpt oppholdstillatelse, mennesker som er blitt utvist eller har mistet sin oppholdstillatelse, eller mennesker som har kommet til Norge uten å registrere seg. Status «papirløs» er med andre ord ikke avhengig av manglende id-papirer eller pass, gruppen er ikke homogen (*Årsrapport, om det skjulte helsebehovet*, 2015).

Det å skulle havne i en situasjon som papirløs migrant er ikke bare et utslag av eller manglende evne/lyst fra migranters side til å returnere til hjemlandet sitt, det er også en situasjon som er beskrivende for komplekse årsakssammenhenger i migrasjons- og asylprosesser. Å velge å bo i et land uten lovlig opphold er sjelden en enkel løsning. Papirløse som er blitt intervjuet, beskriver ofte en følelse av å være fanget, hvor hverken oppholdstillatelse eller retur er alternativer (Øien & Sønsterudbråten, 2011). Helsepersonell som kjenner situasjonen for irregulære migranter forteller at migrantene står i lange perioder med stress, og at deres helse ofte forverres som en konsekvens av dette. Papirløse migranter har svært begrenset eller ingen tilgang, til ressurser som utdanning, arbeid eller annen deltakelse i samfunnet (Øien & Sønsterudbråten, 2011).

Kvinner er en utsatt gruppe, som opplever en "trippelutsatthet". De er kvinner, de er migranter og de lever uten lovlig opphold. Mange har vært utsatt for menneskehandel, er prostituerte, og mange gjennomgår uønskede graviditeter (Ottesen, 2008). Gravide papirløse migranter har en svært redusert tilgang til svangerskapsomsorg og fødselshjelp i Norge (Myhrvold, 2010). Og papirløse som lever i Norge med barn, er stort sett kvinner. Gjennom arbeid rettet mot denne gruppen, er det blitt innhentet informasjon som sier at papirløse kvinner føder barn i Norge uten fødselshjelp, barna registreres aldri og går dermed inn i en statsløs tilværelse fra livets start

(Ottesen, 2008). Om papirløse migrantkvinner ikke tør å melde fra om en fødsel, og barnet hennes blir født inn i en statsløs, «ulovlig» tilværelse, vil det på lengre sikt bli vanskelig å fremskaffe fødselsattest, og barnet vil stå i fare for å bli udokumentert, bokstavelig talt (Castaneda, 2008). I Norge har vi ikke et velfungerende system for registrering og oppfølging av gravide papirløse. Det finnes for eksempel ingen statistikk over antallet papirløse kvinner som faktisk føder i Norge. Statistisk sentralbyrå har registrert 7 878 fødsler som "kode 7" fra 2004-2013. Dette er antall fødsler hvor mor ikke har hatt oppholdstillatelse. Pr år tilsvarer dette i gjennomsnitt 875,3 fødsler, men inkluderer også turister og kvinner som venter på endelig svar på sin asylsøknad (SSB, 2014).

2.1.3 Gravide papirløse migrantkvinner

Papirløse, gravide migranter har begrenset tilgang til helsetjenester, sammenlignet med den generelle befolkningen. Manglende oppholdstillatelse, ofte dårlige boforhold, og med en usikker fremtid, vil papirløse gravide kvinner skille seg ut som en svært sårbar gruppe (De Jonge et al., 2011). Gruppen er ikke homogen, noen har fast inntekt og bor i egen leilighet, mens andre er utsatt for menneskehandel, har ingen inntekt eller sted å bo. Deres livssituasjon er kompleks (Øien & Sønsterudbråten, 2011). Det vil kunne påstås at det er en nær sammenheng mellom det å leve som papirløs og leve et liv i fattigdom (Wolff et al., 2008). Munro et al, hevder i sin studie at gravide, papirløse migranter som oppholder seg i vesten, er oftere unge, ugifte og har et underbetalt arbeide eller jobber svart. Gravide papirløse får sjeldnere helsehjelp i svangerskapet sammenlignet med migranter for øvrig (Munro et al., 2013). En studie gjort i Nederland av De Junge et al, viser at papirløse gravide migranter er en utsatt gruppe med flere psykososiale problemer blant annet på grunn av fattigdom og frykt for deportasjon (De Jonge et al., 2011).

Gjennom intervjuer med både kvinnene og helsepersonellet gjort ved et helsesenter for papirløse migranter, knyttes kvinnenes dårlige helse til deres livssituasjon. Man så tendenser til at kvinnene med betalt arbeid var mer strukturert i dagliglivet (Kvamme & Ytrehus, 2015). Fire av de åtte papirløse kvinnene som ble intervjuet i denne studien var «tilfeldigvis» gravide. Disse kvinnene hadde ingen kunnskap om sine rettigheter til helsehjelp under og etter svangerskapet. Helsepersonell kunne bekrefte dette og fortalte at svært få kjenner til sine rettigheter (Kvamme & Ytrehus, 2015).

2.1.3.1 Et liv i frykt

For gravide, papirløse migrantkvinner er de største barrierene for å oppsøke helsehjelp til rett tid, vanskelig og liten tilgang til helsetjenester, frykt for å bli fengslet og deportert, økonomiske problemer og språkproblemer (De Jonge et al., 2011; Kvamme & Ytrehus, 2015). Faktorer som indirekte påvirket kvinnene i Norge, var lite informasjon om deres rettigheter og tilgjengeligheten til helsetilbudene (Kvamme & Ytrehus, 2015). Når graviditeten ikke er planlagt og kvinnene ikke har lovlig opphold, vil skrittet mot hjelp være stort (Munro et al., 2013). Papirløse gravide migranter frykter også i stor grad og bli avvist når de oppsøker hjelp og at de vil få utgifter som de ikke har ressurser til å betale. Som et resultat av dette, er det mange som ikke oppsøker hjelp før sent i graviditeten, eller unngår å oppsøke hjelp fullstendig (Feldman, 2016; Munro et al., 2013). En studie gjennomført i Berlin (Castaneda, 2008) viser at svært mange kvinner valgte å leve i skjul fremfor å søke hjelp fra staten under graviditeten, pga. fare for senere deportasjon (Castaneda, 2008).

2.1.3.2 Hjelp i svangerskapet

Til tross for at gravide har krav på full helsehjelp ved graviditet, mottar de i liten grad denne hjelpen i praksis (Kvamme & Ytrehus, 2015; Wolff et al., 2008). Denne gruppen er utsatt for større risiko gjennom svangerskapet, på grunn av deres manglende oppfølging og vanskelige livssituasjon. Munro et al, presenterer i sin litteraturstudie, en studiene med 970 papirløse gravide migranter, som viste at man uten å gå til jevnlig kontroll har en firedoblet sjanse for å føde et barn med lav fødselsvekt, og over syv ganger større sjanse for å føde prematurt (Munro et al., 2013). Leger som ble intervjuet i en studie gjennomført i Berlin (Castaneda, 2008), mener at de gravide papirløse kvinnenes svangerskap alltid må regnes som risikosvangerskap. Dette kan begrunnes med en svært vanskelig sosial og økonomisk situasjon, hvor dårlig de er informert om sine rettigheter, og at de oppsøker hjelp sent i svangerskapet (Castaneda, 2008).

Både De Jonge et al, og Wolff et al, viser til resultater fra sine studier hvor de papirløse migrantkvinnene oppsøkte svangerskapsomsorgen så sent som en måned etter den generelle befolkningen, de papirløse kvinnene kom også svært sjelden til alle sine konsultasjoner (De Jonge et al., 2011; Wolff et al., 2008). Papirløse gravides situasjon er nylig blitt vurdert i England (Feldman, 2016). Resultatene viser at papirløse risikerer å mota mindre grad av helsehjelp enn befolkningen forøvrig. Deres sene eller ufullstendige kontakt med helsesystemet i svangerskapet gjør at jordmødre ikke får kartlagt og behandlet eventuell sykdom tidlig i graviditeten, noe som ofte fører til en forverret helsesituasjon (Feldman, 2016). Resultater fra

Norge (Kvamme & Ytrehus, 2015) viser at de fleste søker hjelp så sent som i uke 32 av svangerskapet. Helsepersonell intervjuet i denne studien kom i tillegg med eksempler på kvinner som var blitt nektet helsehjelp ved helsestasjoner (Kvamme & Ytrehus, 2015). Helsepersonell kan ha lite kunnskaper og erfaring med papirløse migranter, noe som gjør dem usikre i møte med denne gruppen, og kanskje ikke gir den helsehjelpen som skulle vært gitt (Ottesen, 2008).

En studie gjennomført i Sveits (Wolff et al., 2008) viser at papirløse kvinner oftere har uplanlagte svangerskap sammenlignet med befolkningen forøvrig. Kunnskap om nødprevensjon er svært liten. Kvinnene med uplanlagte svangerskap hadde ikke brukt prevensjon, eller brukt det uregelmessig (Wolff et al., 2008). Dette informerte også jordmødrene ved et helsesenter for papirløse migranter om. De fortalte i intervjuer at det ikke er vanlig for kvinnene som kommer til helsesenteret å bruke prevensjon, og at graviditet sjeldent er planlagt (Kvamme & Ytrehus, 2015). Papirløse kvinner er hyppigere utsatt for vold under graviditeten (Wolff et al., 2008). Det er funnet en sammenheng mellom maternell dødelighet og mangelfull svangerskapsomsorg i England, fordi ukjente sykdommer ikke ble identifisert eller behandlet i tide (Feldman, 2016).

2.1.3.3 Fødselshjelp

Prematuritet er en hovedgrunn til perinatal dødelighet bland innvandrerkvinner (De Jonge et al., 2011). De Junge et al, viser i sin studie at de papirløse migrantkvinnene oftere fødte før uke 37, noe som igjen resulterte i lavere fødselsvekt blant barna i denne gruppen. Wolff et al, viser også resultater hvor gestasjonsalderen var lavere hos de papirløse kvinnene, og at preterme fødsler forekom tilsynelatende oftere. Disse resultatene hadde imidlertid liten grad av statistisk signifikans (Wolff et al., 2008). Litteraturstudien fra Nederland (Munro et al., 2013) viser at resultatene som blir lagt frem rundt utfallet av fødslene er i uoverensstemmelse med hverandre. Noen studier viste at papirløse migranter hadde økt sannsynlighet for å føde premature barn, barn med lav fødselsvekt og at de hadde høyere rate av føtal mortalitet. Andre studier viste at de papirløse ikke skilte seg ut med spesielle komplikasjoner verken for barn eller mor. Det resultatet som allikevel gikk igjen i flere studier var at de papirløse hadde en hyppigere forekomst av preterme fødsler (Munro et al., 2013).

Det er en uoverensstemmelse mellom studiene når det gjelder resultater som sier noe om fødselshjelpen som er blitt mottatt. I følge De Jonge et al, føder papirløse migrantkvinner i

større grad hjemme, uten profesjonell fødselshjelp til stedet. Når hjemmefødsel velges ut av frykt og økonomiske grunner, vil det ikke fremstå som et trygt valg. Siden mange papirløse lever i fattigdom, kan man også stille seg kritisk til om hjemmesituasjonen er passende for en fødsel (De Jonge et al., 2011). Munro et al, viser i sin litteraturstudie at papirløse migranter blir innlagt senere når de er i fødsel og har færre liggedøgn på sykehus postpartum. Resultatene viser også at kvinner i denne gruppen har seks ganger høyere sannsynlighet for preeklampsi, eklampsi og HELLP (Munro et al., 2013). I kontrast til dette finner en annen studie (Wolff et al., 2008) ingen signifikante forskjeller i fødselsutfall mellom papirløse kvinner og kvinner med statsborgerskap. Komplikasjonene som dukket opp kunne ansees som normale (Wolff et al., 2008). Den relativt gode helsen de papirløse gravide viste seg å ha, forklarer forskerne med «The healthy migrant effect». En teori som henviser til at det er de sterkeste, friskeste menneskene som emigrerer (Wolff et al., 2008). «The healthy migrant effect» blir trukket frem i flere studier som en forklaring på få komplikasjoner knyttet til svangerskap og fødsel blant denne gruppen.

2.2 Teoretisk rammeverk

2.2.1 FNs verdenserklæring om menneskerettigheter

I 1948 vedtok FN Verdenserklæringen om menneskerettighetene. Erklæringen består av 30 artikler. Senere har FN vedtatt 9 konvensjoner som utdyper forskjellige rettigheter (FN-sambandet, 2016b). Menneskerettighetserklæringen uttrykker et felles mål for alle nasjoner. Erklæringen er ikke formulert på en måte som gjør den rettslig bindende for statene. De aller fleste av bestemmelsene i Menneskerettighetserklæringen har imidlertid blitt tatt inn i andre menneskerettskonvensjoner, slik som «FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter», FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter og «Den europeiske menneskerettskonvensjon». Dette er konvensjoner som mange land har forpliktet seg til å følge, deriblant Norge. Dermed er målsettingene fra Menneskerettighetserklæringen likevel blitt til rettslig bindende forpliktelser for mange land (FN-sambandet, 2016b).

2.2.2 FNs internasjonale konvensjoner

FNs internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ICESCR) ble ratifisert av Norge den 13 september 1972, og inneholder den mest omfattende artikkelen som omhandler retten til helsehjelp (artikkel 12). Den anerkjenner retten for alle til å ha den høyest oppnåelige helsestandard. Den 11 august 2000 la «Committee on economic, social and cultural

rights» frem en veileder for alle land hvor artikkel 12 i denne konvensjonen spesifiseres slik at innholdet ikke kan feiltolkes av de land som har ratifisert den (ICESCR, 2000). I tråd med konvensjonens ikke-diskrimineringsprinsipp er papirløse også omfattet av denne konvensjonen, men nevnes også spesifikt. Konvensjonen forplikter alle deltakende stater til å sørge for at alle har like rettigheter til preventiv, kurativ og palliativ behandling. Det spesifiseres at dette gjelder spesielt for sårbare og marginaliserte grupper. Tilgangen til helsehjelp inkluderer også rett til seksuell og reproduktiv helsehjelp.

FNs konvensjon om å avskaffe alle former for diskriminering mot kvinner, pålegger konvensjonspartene å eliminere diskriminering mot kvinner og bedre deres tilgang til helsetjenester, inkludert familieplanlegging. Konvensjonen pålegger partene å sikre hensiktsmessige tjenester knyttet til graviditet og fødsel, inkludert prenatal og postnatal omsorg (CSW, 1981).

2.2.3 FNs bærekraftsmål

FNs bærekraftsmål består av 17 mål og 169 delmål. Dette er mål som har overtatt for tusenårsmålene som gikk ut ved årsskifte 2015-16. Bærekraftsmålene er en arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikheter og stoppe klimaendringene innen 2030 (FN-sambandet, 2016a).

FNs tusenårs mål nr. 5 ville redusere svangerskapsrelatert dødelighet med to tredjedeler. Antallet kvinner som dør har blitt redusert med 45% på verdensbasis. Dette er en positiv utvikling, men man har ikke oppnådd målsetningen. I motsetning til tusenårsmålene gjelder bærekraftsmålene for alle land i verden – også i-land. Noe som betyr at disse målene vil ha en direkte innvirkning på norsk politikk (FN-sambandet, 2016a).

2.2.4 Tilgang til norske helsetjenester

Helsedirektoratet utga i 2009 rapporten Migrasjon og helse. Denne rapporten stiller krav til at papirløse migranter skal gis en eksplisitt rett til forebyggende og kurative helsetjenester i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. For gravide skal tilbudet være identisk med tilbudet til befolkningen for øvrig. (Helsedirektoratet, 2009).

Ifølge norsk lov har ikke papirløse migranter fulle rettigheter til helsehjelp, kun til helsehjelp som ikke kan vente. Derimot har alle gravide papirløse migranter rett til å få nødvendig helsehjelp før og etter fødsel, samt mulighet til å avbryte svangerskapet. Dette kommer frem i «Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket», § 5, «rett til helsehjelp som ikke kan vente». § 7 i samme forskrift gir i tillegg rett til helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett til nødvendig helsehjelp, fødselsrelatert hjelp eller hjelp til svangerskapsavbrudd (Lovdata, 2011). Helsepersonell som behandler papirløse migranter, har taushetsplikt etter bestemmelse i helsepersonell loven kapittel 5, hovedregelen fremgår av § 21 (Lovdata, 2000).

2.2.4.1 Norsk svangerskapsomsorg

Norge ble kåret til «det beste landet i verden å være mamma i 2015» dette er basert på indikatorer som maternell mortalitet, føtal mortalitet, kvinners utdanningsnivå, økonomisk status og kvinners politiske deltakelse (Federation, 2015). Sosial og helsedirektoratet i Norge har utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer som skal sikre en forutsigbar, forsvarlig og effektiv svangerskapsomsorg til alle gravide, ut ifra deres egne forutsetninger og behov. Svangerskapsomsorgen er en unik del av helsetjenesten. Den omfatter alle kontroller, tiltak og henvisninger som det er behov for i et normalt svangerskap (Klovning, 2005).

Svangerskapsomsorg er den rutinemessige helsekontrollen av antatt friske gravide. I Norge er ansvaret for svangerskapsomsorgen lagt til primærhelsetjenesten, hvor det er kommunenes plikt å tilby jordmørtjenester. Helsedirektoratets faglige anbefalinger for svangerskapsomsorgen – «Nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen», bygger på de kunnskapsbaserte engelske retningslinjene som ble utgitt av «National institute for health and care excellence» (NICE) i 2003 (Backe, Pay, Klovning, & Sand, 2014). Norsk Gynekologisk forening har i sin veileder i fødselshjelp (2014) lagt frem en rekke anbefalinger for alle som planlegger et svangerskap eller som er gravide i Norge (Backe et al., 2014).

2.2.4.2 Helsesenter for papirløse migranter

Papirløse migranter i Norge er sikret rettigheter til akutt helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunale helsetjenester. De har ikke rett til økonomisk støtte til å dekke utgiftene ved de fleste medisinske behandlinger, dette reduserer tilgangen til slike helsetjenester svært effektivt. Deres tilgang til helsetjenester er derfor avhengig av helsepersonellens vilje til pro bono behandling. Dette har skapt en vilkårlighet i helsetilbudet for irregulære migranter i Norge (Øien & Sønsterudbråten, 2011). Unntaket fra dette er etableringen av Helsesenteret for papirløse i Oslo som blir drevet av Kirkens Bymisjon og Røde Kors. Senteret har vært i drift siden oktober 2009 og tilbyr helsehjelp til papirløse migranter. Siden oppstarten har senteret behandlet 3326 pasienter fra 110 ulike land. Hoved andelen av pasientene er fra Afghanistan, Somalia, Romania, Mongolia, Etiopia, Irak, Iran, Nigeria, Eritrea og Pakistan, rangert i denne rekkefølgen. Helsesenteret behandlet 62 pasienter i løpet av 2015, under diagnosen «Svangerskap, fødsel og familieplanlegging». Totalt har 408 pasienter blitt behandlet under samme diagnose, siden helsesenteret åpnet i 2009. Andelen kvinner har økt de siste årene (Årsrapport, om det skjulte helsebehovet, 2015).

3.0 METODE OG FORSKNINGSDSIGN

3.1 Forskningsdesign

3.1.1 *Den kvalitative forskningsmetoden*

Kvalitativ metode bygger på teori om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). Metoden omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materialet fra samtaler, observasjon eller tekst. Metoden vil generere et vell av informasjon om et lite antall deltakere (De Nasjonale forskningsetiske, 2010). Skal man bruke betegnelsen «fenomenologisk» om tilnærmingen til forskningen, forutsetter dette at man har bakgrunnskunnskap fra den fagfilosofiske litteraturen på området. Om dette ikke er tilfelle, er det bedre å la være å bruke begrepet (Malterud, 2011). Jeg besitter ikke disse bakgrunnskunnskapene. Derfor ønsker jeg ikke å bruke fenomenologi som et virkemiddel i denne oppgaven.

Målet med kvalitativ metode er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte. Empirisk data tolkes så i lys av den teoretiske referanserammen. Ønsket er å få en forståelse snarere enn en forklaring. (Malterud, 2011). Kvalitativ forskning er godt egnet for å bringe frem fenomener som har vært lite studert (De Nasjonale forskningsetiske, 2010). Papirløse gravide kvinner er en understudert gruppe, der det er et klart behov for ytterligere kunnskap (Munro et al., 2013).

Gjennom deltakelse i feltet hvor materialet for forskningen hentes ut, vil det være en mulighet for at jeg kan påvirke materialet på ulike måter. Som engasjert i det feltet man ønsker å utforske, vil det være svært viktig å jobbe for å forebygge at materialet blir et påskudd til å hevde eller bekrefte egne meninger (Malterud, 2011).

Denne oppgaven vil ha et eksplorerende design. Dette betyr at mange av veivalgene gjøres underveis i prosjektet, etter som ny innsikt vinnes. Både problemstilling og utvalgsstrategi vil være nødvendig å justere etter hvert som prosjektet utvikles. Gjennom prosessen vil man oppdage de nyanser av den opprinnelige problemstillingen som kan gi den mest relevante kunnskapen. Dette kan fra et naturvitenskapelig synspunkt oppfattes som truende for forskningens validitet og reliabilitet. Om arbeidet som gjøres er veldokumentert vil denne fleksibiliteten imidlertid være et stort fortrinn ved den kvalitative tilnærmingen. Om alle valg

er tatt på forhånd og det ikke gis rom for fleksibilitet gjennom prosessen, kan det også utgjøre en trussel mot kvaliteten. Kvalitativ metode kan potensielt åpne for ny og uventet kunnskap.

3.1.2 Det kvalitative forskningsintervjuet

Hensikten med denne studien er altså å få innsikt i papirløse gravide migrantkvinnens erfaringer med graviditeten og deres fortolkning av disse. Derfor har jeg valgt å samle inn data ved hjelp av semistrukturerte intervjuer. Intervjudata kan si noe om erfaringer, motiver og holdninger som det ikke er mulig å få frem i for eksempel en observasjonsstudie. En intervjuguide (Vedlegg 1) ble utformet for å gi intervjuet struktur og skape en rød tråd gjennom samtalen. Intervjuguiden ble ikke standardisert, slik at den kunne tilpasses møtet med hver kvinne. Målet vil være å få informantene til å dele av egne erfaringer i form av konkrete hendelser. Intervjuene vil ha en deskriptiv orientering. Formålet er å legge til rette for at kvinnenegne ord skaper bildet, det er de papirløse kvinnenegne subjektive opplevelser som vil bli trukket frem som gyldig kunnskap. Spørsmålet om hvor mange og hvem som skal inkluderes i gjennomføringen, vil endelig bli besvart underveis. Hvilke faktorer som ligger til grunn for det strategiske utvalget skal allikevel begrunnes godt. Det er viktigere at deltakerne bidrar med betydningsrike data enn at de er mange. Et høyt antall informanter gir ofte en større risiko for dårligere kvalitet enn et lavt antall informanter. Selv om hensikten med kvalitative studier sjelden er generaliserbare funn, er målet likevel at de skal gi kunnskap som kan brukes av andre og således ha en overføringsverdi (Malterud, 2011). I dette prosjektet ble det satt av ca. 60 min til hvert intervju. Intervjuene ble tatt opp som lydopptak og deretter transkribert.

3.2 Etiske overveielser

Studien tar utgangspunkt i en sårbar gruppe. Det har imidlertid ikke vært behov for å innhente bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner, personopplysninger eller annen sensitiv informasjon. Det har derfor ikke vært nødvendig å søke REK. Det har vært tilstrekkelig å melde prosjektet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), som har tilrådet at prosjektet gjennomføres. Studien ble godkjent av NSD 23.05.2016, (vedlegg 2) med tilrådning om at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysninger gitt i meldeskjemaet, samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter.

3.2.1 Gruppens sårbarhet

For informantene i denne studien kan det oppleves belastende å delta. Intervjuprosessen kan oppleves som krenkende hvis man som forsker graver ukritisk. Det har vært viktig å opprettholde en balanse mellom det å innhente nok og nyttig informasjon, men samtidig ikke gå over individets grenser (De Nasjonale forskningsetiske, 2010). Et informasjonsskriv (vedlegg 3) ble utformet etter mal fra NSD. Det har vært fokus på å gi forskningsdeltakerne tilstrekkelig informasjon. Informasjonen har blitt formidlet på en nøytral måte, på et forståelig språk, slik at deltakerne ikke har vært utsatt for uakseptabelt press (Kalleberg, 2016). Papirløse migranter kan av ulike grunner ha vanskeligheter med å forholde seg til skriftlig informasjon (De Nasjonale forskningsetiske, 2010). Informasjonsskrivet har derfor blitt gjennomgått med tolk for å sikre at alt er oppfattet korrekt. Det er innhentet fritt samtykke fra de deltagende informantene. At samtykket er fritt, betyr at det er avgitt uten ytre press eller begrensninger av personlig handlefrihet, samtykke er basert på den informasjon som er gitt om prosjektet (Kalleberg, 2016). I dette prosjektet har det i tillegg vært relevant å informere om at deltakelse ikke påvirker deres status som papirløs migrant, rettigheter til statlige ytelser eller utfall av saker eller søknader. Kvinnene i studien blir i utgangspunktet fulgt opp ved en helsestasjon på Østlandet som yter helsehjelp til papirløse migranter. De har der muligheten til å snakke med jordmor eller annet fagpersonell om dette skulle være et behov i etterkant av intervjuet. Papirløse migrantkvinner er uten tvil en sårbar gruppe i det norske samfunnet, noe som kommer godt frem i den teoretiske delen av oppgaven. Det er samtidig viktig å skille denne strukturelle sårbarheten fra individuell sårbarhet. Gruppen kan ofte bli referert til som uten evne til å ivareta og beskytte egne interesser, noe som ikke alltid er tilfelle. Gravide papirløse migranter er en lite homogen gruppe, å fremstille alle som sårbare, og uten evne til å ivareta seg selv, kan føre til en negativ stereotypi av kvinnene (Council for International Organizations of Medical & World Health, 2002).

3.2.2 Bruk av tolk

I denne studien har det blitt anvendt tolk. Det er svært viktig ved bruk av tolk at vedkommende har dokumenterte kvalifikasjoner. Spesielt med tanke på gruppens sårbarhet og at studien skal være i tråd med personopplysningsloven og helseregisterloven. Autorisert tolk har absolutt taushetsplikt etter norsk lov. Barn eller andre familiemedlemmer har ikke blitt brukt som tolk. Å tolke er et stort ansvar som krever spesifikke ferdigheter (Helsedirektoratet, 2011). Tolkningens kvalitet avhenger ikke alene av tolkens ferdigheter. Fagpersonen som deltar har også et ansvar for tolkningens kvalitet (Helsedirektoratet, 2011). Helsedirektoratet har lagt frem

– «*Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*». Der trekkes frem en rekke punkter for hvordan man gjennomfører en tolket samtale, dette er punkter jeg har forholdt meg til i intervjusituasjonene.

Ved bruk av telefontolk må det tekniske utstyret være tilfredsstillende. Tolkning gjennom telefon er krevende, det er derfor viktig at tolken gis mulighet til å forberede seg på samtalen tema. Det må i tillegg sikres at telefonen befinner seg på et skjermet sted, av hensyn til taushetsplikten (Helsedirektoratet, 2011). Dette har blitt tilstrebet i denne studien.

3.2.3 Datalagring

Siden det forskes på irregulære immigranter, kan konsekvensene være alvorlige for den enkelte dersom personopplysninger skulle komme på avveie. Gode sikkerhetstiltak for å beskytte opplysningene har derfor blitt tatt i bruk. Som forsker har man etiske forpliktelser overfor informantene i studien. Alt forskningsmateriale skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende (Lund, Fønnebø, & Haugen, 2006). I denne studien har innsamlet informasjon blitt lagret på privat PC og kryptert tilstrekkelig. For å sikre personvernet og identiteten til informantene ble ingen personlige opplysninger notert ned. Lydopptakene ble oppbevart innelåst og jeg tilstrebet å transkribere disse innen to dager. Etter dette ble opptakene slettet. Jeg har fulgt Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet. Som uerfaren innen forskningsfeltet bør man være påpasselig med å informere veileder underveis ved eventuelle nye veivalg som gjøres. Slik kan prosjektet kvalitetssikres, siden NSDs mandat først og fremst er knyttet til forhåndsgodkjenning av prosjektet (De Nasjonale forskningsetiske, 2010).

3.3 Datainnsamling

3.3.1 Kontekst

Innsamlingen av datamaterialet har foregått på et helsesenter i østlandsområdet. Helsesenteret er åpent to dager i ukene og tar imot papirløse migranter som har behov for helsehjelp. Det er ansatt forskjellige typer helsepersonell, blant annet jordmødre som alle jobber frivillig. Det er også tolketjeneste tilknyttet helsesenteret. Noen dager i måneden er det jordmor tilstede som har konsultasjoner med gravide papirløse migrantkvinner. Kvinnene som kommer til helsesenteret får oppfølging av jordmor. Jordmor henviser dem videre til en helsestasjon i kommunen, slik at de raskest mulig kommer inn i den ordinære svangerskapsomsorgen.

3.3.2 *Deltakere*

Det ble satt opp spesifikke faktorer for hvilke kvinner som skulle velges ut til å delta i studien. Dette skulle være papirløse gravide kvinner, over 18 år. Hovedsakelig fra Etiopia, Eritrea og Somalia, slik at de kulturelle forskjellene mellom informantene i studien ikke ville bli for store. Kvinnene skulle være > 3 måneder inn i svangerskapet sitt. Hovedgrunnen til det sistnevnte er for å kunne vurdere den hjelpen de eventuelt hadde mottatt. Rekrutteringsprosessen skulle vise seg og bli utfordrende, noe som gjorde at jeg ikke kunne begrense meg til de etnisiteter som jeg først satte opp som inklusjonskriteriet. Jeg har også bedt om å bli oppringt hvis gravide kvinner kommer utover de onsdagene jordmor er tilstede.

Informantene i denne studien har vært gravide papirløse migrantkvinner mellom 25 og 35 år, som kommer fra forskjellige geografiske områder, to fra Asia – Mongolia og to fra Afrika – Somalia og Gambia. En av kvinnene har vært i Norge i nesten seks år, de tre andre har vært i lande mellom et og to år. To av kvinnene hadde svart arbeide og bodde i leiebolig/hybel. En annen bodde på sofaen til en venninne, den siste flyttet fra sofa til sofa. Kun en av kvinnene hadde et forhold til barnefar. Alle kvinnene var førstegangsfødende. Kvinnene var mellom 2 og 6 måneder på vei når de førstegang oppsøkte helsehjelp i svangerskapet. Den ene kvinnen hadde født for to måneder siden når jeg gjennomførte intervjuet. En av kvinnene hadde gjennomført to aborter tidligere, mens en annen hadde vært igjennom en spontanabort.

3.3.3 *Innsamling*

Alle intervjuene ble gjennomført fra 1. mai 2016 til 1. oktober 2016 på helsesenteret som hjelper papirløse migranter. De ble gjennomført i henhold til en semistrukturert intervjuguide, og varte mellom 30- og 60 min. For disse kvinnene er dette helsesenteret et kjent og trygt sted, hvor de vet at deres sikkerhet blir ivaretatt. Dette var hovedårsaken til at alle intervjuer ble gjennomført akkurat der.

I alt ble fire kvinner rekruttert og intervjuet. Disse kvinnene var i utgangspunktet satt opp til konsultasjon hos jordmor. Jeg møtte opp ved disse konsultasjonene for å rekruttere kvinnene. Virksomhetsleder ved helsesenteret ga førstehånds informasjon om prosjektet og innhentet samtykke. Deretter møtte jeg kvinnene for å gjennomføre intervjuet. Hvert intervju ble innledet med å gjennomgå informasjonsskrivet om prosjektet samt intervjuguiden. Alle kvinnene fikk informasjon om at spørsmålene var frivillig å svare på, og at de kunne avbryte intervjuet når de selv ønsket. Et intervju ble gjennomført på norsk, et med telefontolk og to med oppmøtetolk.

3.4 Kvalitativ innholdsanalyse

For å analysere datamaterialet anvendes i denne oppgaven Graneheim og Lundmans innholdsanalyse. Metode omfatter både manifest og latent innholdsanalyse. Det manifeste innholdet handler om det teksten sier ordrett. Det latente innholdet omhandler hva teksten forteller. Analysen innebærer en fortolkning av det empiriske materialet. I denne prosessen må man være selvkritisk og stille spørsmål ved om dataene kan fortolkes på en annen måte enn det man har gjort. Det er viktig å la teksten snakke for seg, og ikke tilføre teksten innhold og mening som i utgangspunktet ikke var der. Innholdsanalysen skal berøre tolkning av betydningen, intensjoner, konsekvenser og sammenheng. Analysen er en tolkningsprosess som fokuserer på likheter og forskjeller mellom de ulike deler av teksten, og metoden består av systematiske prosesser som anvendes for å kunne trekke gyldige slutninger fra tekstmaterialet (Graneheim & Lundman, 2004).

De transkriberte intervjuene ble først gjennomlest flere ganger, slik at jeg ble godt kjent med innholdet og kunne skape meg et helhetsbilde av teksten. Etter å ha fått oversikt over transkriptene, formulerte jeg forskjellige temaer som på en eller annen måte kunne representere informantenes situasjon. Temaene hjalp meg med å skape et fast utgangspunkt før den systematiske jobben med å finne meningsbærende enheter skulle starte. Temaene sier noe om hva teksten overordnet snakker om, og kan ansees som en del av den latente analyseprosessen. Manifest analyse beskriver det synlige og åpenbare innholdet i teksten, denne delen av innholdsanalysen har et spesielt fokus på det som står ordrett i det transkriberte materialet (Graneheim & Lundman, 2004). De transkriberte intervjuene ble gjennomgått systematisk for å identifisere meningsbærende enheter. Disse ble sorterte etter intervjuer og satt inn i et skjema. De meningsbærende enhetene ble så kondensert og kodet. Deretter sorterte jeg kodene inn under fem subkategorier. Subkategoriene ble så vurdert og sortert i to kategorier. Dette utgjør den manifeste delen av analysen. For å fange det latente innholdet, diskuterte jeg aktuell tekst i transkriptene med min hovedveileder. Dette med sikte på å få en dypere forståelse for eventuelt underliggende budskap, gjennom tolkning av hvordan de ulike aspektene i teksten står i forhold til hverandre. Et tema ble til slutt identifisert. Alle steg i analysen ble diskutert og gjennomgått med min hovedveileder som fungerte som en medanalytiker. Resultatene ble i tillegg diskutert i forhold til forskningsspørsmålet.

Figur 1 Eksempel på analyseprosess – fra meningsbærende enhet til kode.

MENINGSBÆRENDE ENHETER	KONDENSERING	KODER
<p>Jeg var redd for at de skulle sende meg til hjemlandet etter fødsel ... Jeg var redd for at sykehuset hadde kontakt med myndighetene, og at jeg ville bli arrestert.</p> <p>Jeg er redd for at når jeg skal føde ... at politiet kommer og tar barnet mitt og sender meg ut.</p>	<p>Frykt for arrestasjon i svangerskapet, under fødsel og etter fødsel, frykt for å bli fratatt barnet.</p>	<p>Frykt for å bli arrestert</p> <p>Frykt for å miste barnet</p> <p>Usikkerhet i møte med helsepersonell</p>

Figur 2 Fra subkategorier til endelig tema.

SUBKATEGORIER	KATEGORIER	TEMA
<p>Frykt og utrygghet</p> <p>Sosial isolasjon</p> <p>Følelse av skam</p>	<p>Manglende rammer og stabilitet</p>	<p>Å leve utenfor samfunnet</p>
<p>Manglende evne til å påvirke egen situasjon</p> <p>Manglende kunnskaper</p>	<p>Avmakt</p>	

4.0 RESULTATER

I dette kapittelet vil jeg legge frem mine resultater fra analysen. Jeg har satt opp to kategorier – Manglende rammer og stabilitet, og avmakt. Subkategorier følger under hver kategori. Deretter har jeg identifisert et endelig tema – Å leve utenfor samfunnet.

4.1 Manglende rammer og stabilitet

Subkategoriene som følger under kategorien – manglende rammer og stabilitet, beskriver kvinnenes opplevelse av den oppfølgingen de har fått i svangerskapet og opplevelse av å være gravid. Samt hvilke barrierer de har stått ovenfor i møte med helsevesenet. Kvinnenes opplevelse av sin livssituasjon – arbeidsforhold, boligforhold, sosiale forhold trekkes frem. En av kvinnene beskriver sin situasjon slik:

«Jeg føler jeg har mange problemer ... jeg synes det er vanskelig å gå fra sted til sted å spørre om jeg får overnatte, om de kan gi meg madrass og andre ting ... Hvis jeg skal få et barn, trenger jeg et hjem ... et sted ... Jeg trenger at barnet skal få hjelp, jeg trenger også hjelp ...»

Kvinnene forteller om en sterk følelse av å være isolert fra omverden og om et stort savn etter familie og trygge rammer. Kvinnene beskriver situasjonen de er i som svært uforutsigbar og til tider brutal, hvor behovet for hjelp er stort. Problemene er mange, for disse kvinnene handler det først og fremst om å dekke grunnleggende behov. Som papirløs migrant er dette i utgangspunktet utfordrende, graviditeten og tanken på at de snart skal ivareta et barn gjør situasjonen desto mer kompleks og komplisert. Barrierene til å søke hjelp er stor på grunn av frykt for arrestasjon og deportasjon.

4.1.1 Frykt og utrygghet

Kvinnene beskriver en hverdag som var vanskelig og utrygg før graviditeten, men som har blitt ytterligere problemfylt med graviditeten. En av kvinnene forteller at det var lettere når hun bare trengte å tenke på seg selv. Kvinnene var alle engstelige for å bli avvist av helsepersonell og for at de ikke skulle få hjelp. De var svært redde for at politiet ville komme å ta barnet fra dem

etter fødsel. To kvinner fortalte at redselen for alt dette ble så intens at de følte seg fysisk syke, med sterk hodepine, diffuse smerter i kroppen og uttalte søvnproblemer. En kvinne sier:

«Siden jeg var veldig bekymret, følte ikke helsen så bra. Jeg var redd hele tiden. Alle små ting følte store, jeg hadde vondt her og vondt der ... og trodde jeg var alvorlig syk.»

De forteller videre at de er bekymret for at den utrygge og stressende situasjonen vil påvirke svangerskapet negativt, og at barnet ville bli sykt eller i verste fall dø. Noe som uttrykkes klart fra av kvinne:

«Klarer jeg å føde et friskt barn ... når jeg er så mye bekymret og redd ... Jeg tenkte det vil gå utover barnet og at barnet ville bli sykt.»

Alle kvinnene oppsøkte helsehjelp første gang på et helsesenter som hjelper papirløse migranter, de hadde alle fått informasjon fra bekjente om at dette var et trygt sted å motta hjelp. De kom mellom 2-6 måneder ut i svangerskapet. En av kvinnene trodde selv hun var 4 måneder på vei, mens det viste seg at hun var kommet hele 6 måneder inn i svangerskapet da hun oppsøkte hjelp første gang. Frykt for arrestasjon var en av hovedårsakene til at de oppsøkte helsehjelp sent. Det blir fortalt av en kvinne:

«Jeg var redd for at de skulle sende meg til hjemlandet mitt etter fødselen. Jeg var redd for at sykehuset hadde kontakt med myndighetene ... og at jeg ville bli arrestert»

Ved oppmøte på det aktuelle helsesenteret hadde en av kvinnene anemi, hun hadde et behov for umiddelbar behandling på sykehus. En kvinnene var omskåret, dette hadde hun liten kunnskap om selv. Hun hadde fått beskjed fra et sykehus i Norge om at hun måtte åpnes med kirurgi, og antakelig ville få problemer med å gjennomføre vaginal fødsel. Hun hadde fått beskjed om at innkallelse ville komme i posten. Kvinnen forteller at hun ikke har adresse, eller et sted å bo, og at hun er fortvilet fordi hun ikke forstår hvordan dette skal løse seg.

Kvinnene ble alle henvist videre fra dette helsesenteret for papirløse migranter til jordmor i svangerskapsomsorgen. Alle kvinnene fikk tildelt fødeplass ved første konsultasjon hos jordmor i kommunehelsetjenesten, men en av kvinnene fikk beskjed om at hun ikke fikk komme tilbake på grunn av manglende «id-papirer». En av kvinnene hadde vært i kontakt med jordmor i kommunen allerede i flere uker, mens en annen kvinne hadde født for kort tid siden da jeg intervjuet henne. Begge fortalte at de ikke hadde hatt mulighet til å møte opp til alle avtalte timer. Noe som hovedsakelig skyldtes en uforutsigbarhet i hverdag, som gjorde at timeavtaler ble glemt eller ikke kunne følges opp.

Alle kvinnene hadde fått tildelt «Helsekort for gravide» når de kom til helsesenteret første gang, samt informasjon rundt det. Kvinnene fikk noe varierende informasjon om prøver. Alle kvinnene forteller at det var blitt tatt blodprøver av dem, enten på helsesenteret eller av jordmor på helsestasjon i kommunen, de visste ikke hvorfor, en antok at det var HIV/AIDS prøver.

4.1.2 Sosial isolasjon

Å være papirløs er en situasjon uten rettigheter, som skaper forhold hvor man blir avhengig av svart arbeid for å overleve. To av kvinnene som ble intervjuet hadde svart arbeide, hvor det var usikkerhet knyttet til hvor mye og hvor ofte de fikk jobb. Én av kvinnene hadde ikke arbeid og var total avhengig av venners hjelp, mens en annen kvinne tok tilfeldige småjobber hvor hun passet barna til bekjente. Ingen av kvinnene vet om de har penger til daglige måltider. Tre av dem forteller at det er bekjente som gir dem mat eller penger til mat. Alle kvinnene følte seg totalt avhengig av andre. Ingen av kvinnene følte at de kunne ta hensyn til svangerskapet med tanke på arbeidsbelastning. Én kvinne fortalte at hun nå jobbet ekstra mye under svangerskapet for å få råd til å ta noe fri etter at barnet var født. Hun beskriver det slik:

«Jeg jobber som hushjelp Noen ganger blir jeg sliten, hvis det blir mye. Det er problemer hvis jeg ikke jobber, da har jeg ingen penger ... Jeg kan ikke betale husleien. Etter jeg føder får jeg to måneder pause fra jobb ... humm ... da får jeg ingen penger, så jeg jobber litt ekstra nå.»

Kvinnene uttrykte sterk bekymring for boligsituasjonen sin. Boligforholdene til kvinnene var variable, én bodde i en leilighet sammen med mannen sin, én leide hybel, mens to bodde hos bekjente som hadde mulighet til å låne bort en sofa. En av kvinnene fortalte at hun i perioder

hadde sovet ute. Alle kvinnene var klare på at inntekten deres ikke var stabil eller høy nok til å skape en forutsigbar hverdag for dem alene, men i mye mindre grad når barnet skulle komme. En av kvinnene sa at hun ville føle situasjonen som mindre belastende om hun kunne fått økonomisk støtte gjennom svangerskapet.

Den ekstreme frykten kvinnene beskriver virker også svært isolerende. Frykten for å gå ut var for en av kvinnene så sterk at hun heller holdt seg inne enn å møte bekjente eller ta små jobber. Hun beskrev også et behov for nærmest å gjemme seg, i tilfelle politiet kom på døren der hun bodde hos en venn. Hun forteller:

«Jeg føler meg utrygg hele tiden ... Det gjør at jeg ikke får sove. Hadde jeg hatt et sosialt liv eller en jobb ville jeg ikke vært så engstelig. Nå sitter jeg alene hver dag og tenker og tenker alt for mye ... Jeg føler jeg blir gal, og har alltid vondt i hodet.»

Ingen av kvinnene har et sterkt nettverk, kvinnene forteller at de bare har noen få venner, to til fire, og de føler tillitt til enda færre. Ingen av dem har familie i Norge, men to har jevnlig kontakt med familien på internett, noe som virket betryggende. Bare én av kvinnene lever sammen med barnefaren. Kvinnene beskriver en situasjon hvor de som gravide nærmest står alene. De føler sterkt at de er en byrde for de få som de må støtte seg til gjennom hele svangerskapet. En av kvinnene sier at de hun nå bor hos, kan hjelpe med svært lite, siden dette også er flyktninger som har nok med 'egen bagasje'. En kvinne forteller at hun helt sikkert vil bli fullstendig bolig løs når barnet blir født, siden de hun kjenner og bor på sofaen hos ikke orket å ha et barn der. To av kvinnene fortalte at de ikke ser noen fremtid hverken for seg selv eller barnet. En av dem uttrykker det slik:

«Jeg føler ingen fremtid nå ... det er helt mørkt. Ikke for meg og ikke for barnet mitt.»

4.1.3 Følelse av skam

Følelsen av skam beskrives av kvinnene først og fremst når temaer som omhandler familie og barnefar kommer opp. Det er svært forskjellige årsaker til at tre av kvinnene ikke har kontakt med barnefar, men de har alle en følelse av skam, svik og sorg knyttet til det. Én av kvinnene beskriver en situasjon hvor hun føler seg helt avhengig av en mann som har avvist henne og ikke vil ha noe med graviditeten å gjøre. Denne mannen hadde gitt henne løfter om at han skulle

hjelpe henne med en asylsøkningsprosess, og at han nå har forsvunnet. Hun beskriver en følelse av svik, og skammer seg over at hun ble lurte, og at hun er gravid uten mann. Noe hun forteller ikke samsvarer med hennes kulturelle bakgrunn eller religiøse overbevisning.

Én kvinne virker ikke overasket over at barnefar ikke vil ha noe med henne å gjøre. Hun forteller at hun er litt redd for han, og for at han vil bli sint hvis hun maser. Hun skammer seg derimot over graviditeten i seg selv. Hovedsakelig fordi familien ikke vil akseptere en graviditet utenfor et ekteskap. Hun forteller om situasjonen:

«Jeg har ikke kontakt med familien min nå. I vår kultur og religion, så er det straffbart å få barn utenfor ekteskapet ... jeg er livredd for hva de kommer til å gjøre, og hvordan de vil reagere hvis de fikk hvite at jeg var gravid.»

Hun hadde vurdert å ta en abort, men var redd for at dette var hennes eneste sjanse til å kunne bli gravid. Abort er også straffbart på samme måte som graviditet utenfor ekteskapet, ifølge kvinnens kultur og religion. Kvinnen forteller at hun skammer seg over å ikke fortelle familien sin om graviditeten, og at hun føler sorg ved dette.

Én kvinne hadde lenge hatt et forhold til barnefaren, som ikke ønsket barn. Kvinnen forteller at hun ved to tilfeller hadde tatt abort i Norge, fordi han tvang henne til det. Dette er noe kvinnen skammer seg over, hun sier at hun aldri ville tatt abort hvis hun ikke ble tvunget. Hun sier at hun denne gangen ikke orket mer, at hun vil bære barnet frem. Kvinnen forteller:

«To ganger har jeg tatt abort, fordi han ikke vil ha barn ... Nå orker jeg ikke mer. Jeg bestemmer selv, det er min kropp.»

Dette førte til at barnefaren forlot henne. Kvinnen opplyser til slutt at hun aldri hadde turt å fortelle mannen at hun ikke hadde lovlig opphold i Norge.

Ingen av kvinnene ville frivillig gjennomført en abort, hvis de fikk tilbudet.

4.2 Avmakt

Subkategoriene under kategorien – avmakt, tar for seg kvinnenes følelse av manglende evne til å påvirke egen situasjon, og manglende kunnskaper. Dette vil si kunnskaper om hvilke rettigheter de har til helsehjelp i svangerskapet og kunnskaper om det å være gravid. Kvinnene beskriver en følelse av hjelpeløshet i møte med et samfunn som er svært ukjent, og et helsevesen de ikke har kjennskap til. Manglende kunnskap om rettigheter og svangerskap har stor innvirkning på alle kvinnene. En kvinne sier:

«Jeg har ingen informasjon om rettighetene mine ... Jeg trenger informasjon om hvor jeg skal gå for å få hjelp. Jeg trenger informasjon om hvor jeg skal få informasjon.»

Ingen av kvinnene visste hva de kunne kreve eller forvente av behandling i svangerskapet. Noe en av kvinnene forteller om:

«Jeg var veldig bekymret ... jeg var redd for at jeg ikke skulle ha et sted å føde, at jeg ikke fikk komme til et sykehus. Jeg var redd for at jeg skulle bli anmeldt hvis jeg gikk til et sykehus ... så det var veldig vanskelig når jeg ble gravid.»

Flere av kvinnene forteller at de føler seg handlingslammet av dette, og pasifisert til et minimum av aktivitet. Kvinnene legger vekt på at de kunne ønske mer og tilpasset informasjon om svangerskapet og morsrollen. Alle kvinnene er førstegangsfødende, og føler en enorm utrygghet ved å ikke hvite tilstrekkelig om hva som skjer med kroppen.

4.2.1 Manglende evne til å påvirke egen situasjon

Alle kvinnene beskrev tilværelsen som fastlåst med en svært liten grad av handlefrihet. De to kvinnene som hadde en mer stabil inntekt og bolig var mindre fortvilt, men beskriver en situasjon hvor hver dag var en kamp for å holde hodet over vannet. Den evige uforutsigbarheten virker hemmende og skaper en følelse av avmakt, de har ingen evne til å påvirke egen situasjon i en retning som er tryggere for seg og barnet som kommer. De forteller at det er enormt frustrerende å sitte med et ønske om å skape et selvstendig liv, men ikke kunne gjøre noe for å påvirke eller endre denne situasjon. En av kvinnene uttrykker det på denne måten:

«Først og fremst må man ha et liv – har man ikke det, blir det ikke enkelt.»

To av kvinnene fortalte at de ville hatt en sterkere følelse av kontroll over egen hverdag, om de hadde et trygt sted å henvende seg – hvor de kunne stille spørsmål og hvor de var sikre på å få hjelp når de trengte det. En av kvinnene sier at det er ekstremt vanskelig å være gravid når man ikke vet sikkert at man får hjelp. Hun hadde som et resultat av dette vurdert å gå til politiet å søke asyl, men angsten for å bli sendt ut av landet og tilbake til det hun beskriver som «ingenting» ble for stor. Hun forteller at det ville være det eneste hun kunne gjort for å påvirke sin egen situasjon, men det blir for vanskelig når hun ikke vet om det er til det bedre. Hun beskriver:

«Den største frykten jeg har er hvis jeg går til politiet ... for å søke om asyl ... at de kommer til å sende meg tilbake til Italia, siden jeg har fingeravtrykk i Italia ... man kan ikke leve der ... hva skal man spise ... hvordan skal man leve der ... jeg er veldig redd.»

Kvinnen som allerede hadde født forteller også at hun gjennom svangerskapet vurderte å søke asyl, for å lettere få hjelp. Når hun tenker tilbake tror hun at svangerskapet og livet ville vært enklere om hun hadde fått bedre og mer forutsigbar hjelp.

Alle var førstegangsfødende og gledet seg tross alle bekymringer til å få barnet. Ingen av de fire kvinnenes svangerskap var planlagte. Ved spørsmål om bruk av prevensjon er det to som ikke har kunnskaper om det, og mener det er galt å skulle bruke. En av kvinnene vet hva det er og forteller at hun godt kan ta det i bruk hvis hun en gang føler behov for det, men at hun da har behov for mer informasjon. Den siste kvinnen har brukt prevensjon ved et tidligere tilfelle, men hun har lite kunnskap om prevensjon generelt. Hun visste heller ikke at hun kunne få prevensjon i Norge, om hun hadde visst dette ville hun brukt prevensjon. Hun forteller at det ville vært bedre enn å bli gravid i den situasjonen som hun nå befinner seg.

4.2.2 Manglende kunnskaper

Ingen av kvinnene hadde kunnskaper om sine rettigheter eller kunnskaper om hvor de kunne hente informasjon om sine rettigheter. De var alle sikre på at de ikke hadde krav på ordinær

helsehjelp. Kvinnene trodde at helsepersonell ikke hadde taushetsplikt, og at de ville melde dem til norske myndigheter.

Kvinnene er ukjente med det norske helsevesenet, noe som nesten gjør det umulig å hvite hvor man skal søke for å finne nødvendig informasjon om sine rettigheter og om svangerskapsomsorgen. Alle fikk førstehånds informasjon fra det aktuelle helsesenteret, alle kvinnene hadde fått informasjon om dette helsesenteret gjennom bekjente. Kvinnene fortalte at de har problemer med å forstå informasjonen som ble gitt, fordi de ikke har god kjennskap til det norske samfunnet og derfor ikke kan sette informasjonene de har fått i noen sammenheng. En kvinne forteller:

«Nei, jeg har bare kommet hit til helsesenteret ... tror jeg trenger dokumenter for å gå til andre ... id- kort ... så vet ikke hvor jeg skulle gå, eller hvem jeg skulle snakket med ... jeg kjenner ikke Norge så godt.»

Kvinnene forteller også at det har vært vanskelig å ta til seg all informasjon. Primært har hindringer vært språk, noen av kvinnene sier de har problemer med å konsentrere seg fordi de er engstelige og stresset, og derfor ikke får med seg det som blir sagt. Sekundært har uttalte problemer med å skulle stole på mennesker gjør det vanskelig å tro alt som blir fortalt, en av kvinnene sier at hun etter å ha fått informasjon om sine rettigheter fortsatt var usikker på om hun turte å mota hjelp ved offentlig sykehus. Alle de fire kvinnene hadde tiltros for denne frykten oppsøkt offentlig helsehjelp etter henvisning fra helsesenteret som hjelper papirløse migranter. Tre opplevde det som positivt når de etter hvert forsto at det var trygt, og opparbeidet seg en tillitt til jordmor eller lege. En av de fire kvinnene ble avvist av jordmor på en kommunal helsestasjon, på grunn av manglende «id-papirer». Kvinnene fortalte også at jordmor hadde stilt henne mange og ubehagelige «politiske» spørsmål. Dette problemet ble løst med hjelp fra helsesenteret. Alle kvinnene forteller at den verste frykten for arrestasjon ble redusert da de fikk noe informasjon om sine rettigheter og hvordan norsk helsevesen fungerer.

En av kvinnene forteller at fødselshjelpen som praktiseres i hennes hjemland er svært forskjellig fra hvordan det er i Norge, noe som for henne gjør det vanskelig å forstå systemet fullt ut. Det er familien som håndterer fødselen, og helsevesenet har ingenting med det å gjøre der.

Alle kvinnene forteller at de ønsker mer og bedre informasjon om svangerskap og morsrollen. De er alle førstegangsfødende og føler at de vet lite og har fått lite informasjon om det å være gravid. Kvinnene forteller at det er med på å skape en enorm utrygghet og ikke vite hva som skjer med kroppen. En av kvinnene uttrykker det slik:

«Dette er mitt første barn, og jeg har ingen jeg kan henvende meg til når jeg har behov for det ... det gjør meg ganske redd egentlig. Jeg sover dårlig om natta ... i natt sov jeg ingenting.»

4.3 Å leve utenfor samfunnet

Papirløse gravide migranter er ingen homogen gruppe, men de har tilfelles å i stor grad bli marginalisert på de fleste områder i samfunnet. Deres livssituasjon er kompleks, å velge å bo i et land uten lovlig opphold er sjelden en enkel løsning. Livet blir rammeløst og ustabil, når man står utenfor å ikke har de samme rettighetene som befolkningen for øvrig. Dette beskrives grundig av alle informantene i denne studien. De har fortalt om en tilværelse hvor de befinner seg utenfor samfunnet. Livet kvinnene forteller om, er fylt av frykt for den daglige eksistensen. Det å skulle oppsøke offentlige institusjoner eller noe så enkelt som å skulle gå til butikken kan fremstå som farlig. Det er alltid en sjanse for å bli arrestert og deportert til det man en gang flyktet fra. Denne frykten gjør at kvinnene ikke oppsøker nødvendig helsehjelp til riktig tid. Kvinnene beskriver en kronisk angst for at noe er galt med graviditeten. En kvinne beskriver situasjonen sin:

«Jeg er redd for at politiet skal komme å ta meg ... og deportere meg ut av landet. Jeg føler meg ikke trygg ... jeg blir også ganske nervøs av å oppsøke sykehus og sånt, vet ikke hvem jeg kan stole på. Lurer på om de kommer og tar barnet mitt fra meg etter jeg har født ... og sender meg ut av landet.»

Å leve utenfor samfunnet på denne måten skaper en følelse av isolasjon og avmakt. Det blir nærmest umulig å handle på egne vegne og skape endringer, når man ikke har tilgang til vanlige sosiale ytelser. En konsekvens av dette blir manglende kunnskap om egen situasjon – svangerskapet og de rettighetene man faktisk har. Kvinnene forteller at de hverken ser en fremtid for seg selv eller for barnet sitt. De beskriver også en frykt for at denne tilværelsen de nå befinner seg i vil påvirke svangerskapet og gjøre barnet sykt.

5.0 DISKUSJON

5.1 Diskusjon av resultater

Denne studien undersøker hvordan papirløse migrantkvinner opplever å være gravide i Norge, og hvilken kunnskap de har om sine rettigheter til helsehjelp. Studien ønsker videre å undersøke om oppfølgingen de mottar, samsvarer med norsk lov og internasjonale konvensjoner. Dette vil være et overordnet spørsmål når jeg diskuterer resultatene av intervjuene.

Diskusjonen er tredelt – hver del innledes med et kort sammendrag av denne delens resultater. Deretter diskuteres resultatene opp mot relevant forskning og oppgavens teoretiske rammeverk. Jeg avslutter hver del med egne synspunkter i forhold til diskusjonen. De tre temaene som tas opp for diskusjon har en tilknytning til hverandre, det vil derfor være naturlig at elementer fra diskusjon under et tema repeteres i diskusjon under et annet tema.

5.1.1 Diskusjon rundt helsemessige utfordringer og vanskelige livsforhold

En graviditet kan oppleves som en helsemessig utfordring for mange kvinner. Trygge rammer er derfor viktig for et vellykket svangerskap. Resultatene fra denne studien viser at kvinnene i stor grad knytter helseplagene de opplever til sin livssituasjon som papirløse. Livssituasjonen til de fire kvinnene var til dels ulik, men felles for dem alle var likevel en høy grad av ustabilitet med vanskelige boforhold og økonomiske utfordringer.

Alle kvinnene fortalte at de i liten grad hadde mulighet til å ta hensyn til svangerskapet i dagliglivet. Frykten for å bli arrestert og deportert var sterk og dette resulterte i lange dager uten aktivitet, noe kvinnene beskrev som en psykisk belastning. Kvinnene sa også at de befant seg i en svært isolert tilværelse uten familiemedlemmer og med få venner rundt seg. Resultatene ga et bilde av en uforutsigbar og vanskelig livssituasjon.

Denne studiens funn samsvarer i stor grad med relevant forskning på dette området. De aller fleste papirløse migranter lever under vanskelige forhold. De er ofte unge, ugifte og underbetalte (Munro et al., 2013). De har også svært begrenset eller ingen tilgang, til ressurser som utdanning, arbeid eller annen deltakelse i samfunnet (Munro et al., 2013). Wolff et al, har dokumentert at det er en nær sammenheng mellom det å leve som papirløs og et liv i fattigdom

(Wolff et al., 2008). Dette bildet må riktignok nyanseres noe. Ifølge Øien og Sønsterudbråten er papirløse ikke en homogen gruppe (Munro et al., 2013; Øien & Sønsterudbråten, 2011). Mens noen ikke har inntekt eller fast leilighet, har andre faktisk en inntekt og en egen bolig.

Dette til tross, forskning viser at de aller fleste papirløse gravide befinner seg i en sårbar situasjon. Leger som ble intervjuet i en studie gjennomført i Berlin (Castaneda, 2008), mente at de gravide papirløse kvinnenenes svangerskap alltid må regnes som risikosvangerskap, på grunn av deres vanskelige sosiale og økonomiske situasjon (Castaneda, 2008). Ifølge De Jonge sliter også et flertall av kvinnene med flere psykosomatiske problemer (De Jonge et al., 2011). Kirkens Bymisjons hevder at kvinnene opplever en "trippelutsatthet" - de er kvinner, migranter og de lever uten lovlig opphold (Ottesen, 2008). Jeg vil i tillegg hevde at den spesifikke gruppen denne studien omhandler er utsatt for en fjerde faktor – graviditeten, og at dette gjør dem desto mere sårbare.

Dette må tas med i betraktning når helsehjelp ytes. Gode livsforhold med stabile sosiale og økonomiske rammer er en forutsetning for å kunne ivareta egen helse (Kickbusch, 2001). Flere studier har dokumentert at det er en sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og høy dødelighet. Årsakene er blant annet dårligere hygiene, risikoutsatte arbeidsforhold, lav utdanning og minoritetsstatus (Ickes, 2011; Kickbusch, 2001; Wallerstein & Bernstein, 1988). Kickbusch dokumenterer også at kunnskap om helse og gode levekår er en forutsetning for å ivareta egen helse (Kickbusch, 2001).

I retningslinjer for norsk svangerskapsomsorg blir derfor betydningen av gode leveforhold vektlagt. Det overordnede målet for disse retningslinjene er å fremme helse og forebygge sykdom. Det fremheves at helsefremmende og forebyggende innsats skal styrke og støtte den gravide og hennes familie, slik at hun på best mulig måte kan mestre livet i en ny situasjon med barn. Oppfølgingen skal redusere ulikheter i helse og det skal vises ekstra årvåkenhet og omsorg ovenfor risikogrupper (Klovning, 2005).

Papirløse gravide migranter er i en slik risikogruppe. De er utsatt for et høyt stressnivå og helsen blir ofte nedprioritert fordi kreftene i all hovedsak brukes til å overleve. Selv i land hvor tilgangen til helsehjelp for denne gruppen er god, oppsøker de papirløse hjelp bare når det er høyst nødvendig på grunn av frykt for å bli rapportert til myndighetene og deportert (Björngren Cuadra, Biffi, & Altenburg, 2012).

I tillegg til norske retningslinjer understrekes også viktigheten av å sikre mennesker gode livsforhold i internasjonale rammeverk. FNs bærekraftsmål krever for eksempel at alle land skal jobbe for å «... utrydde alle former for fattigdom i verden». Delmål 1.3 pålegger videre alle land å «... innføre nasjonalt tilpassede sosiale velferdsordninger, herunder minimumsstandarder» (FN-sambandet, 2016a). I motsetning til FNs tusenårsmål gjelder bærekraftsmålene også for i-land. Det betyr at målene har en direkte betydning for norsk politikk (FN-sambandet, 2016a). Også viktig i vår sammenheng er mål nummer 3 som skal «... sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder». Delmål 3.1, 3.2, 3.4 og 3,7 omhandler maternell og føtal helse direkte.

Disse målene gjelder for alle individer i Norge, også personer uten norsk statsborgerskap. Men selv om målene i stor grad er nådd for norske statsborgere, vet man lite om dette også er tilfelle for individer uten oppholdstillatelse. Resultatene fra min studie indikerer at norske myndigheter kan gjøre mer for å sikre at risikogrupper som gravide papirløse får et mer stabilt liv. Dette støttes av helsedirektoratet som også er også svært kritisk til Norges innsats for å bedre papirløse gravides situasjon. Direktoratet hevder at papirløse migranter lever under forhold som gir svært redusert tilgang til den helsehjelp de har krav på ut fra de regler Norge har forpliktet seg til å følge (Helsedirektoratet, 2009). Direktoratet påpeker derfor at det må utarbeides konkrete ordninger for finansiering av helsetjenester til disse kvinnene.

En medvirkende årsak til at denne gruppen lever under vanskelig livsforhold er deres juridiske status. Uten lovlig opphold er tilgangen til det norske velferdssystemet og ordninger som sikrer gode levekår sterkt begrenset. Kvinnene er dermed i mindre grad i stand til å ta hensyn til svangerskapet og må jobbe i svart arbeid uten forutsigbar inntekt. Mulighetene for å ta fri etter at barnet er født er også mer begrenset.

Hvilke konsekvenser disse livsforholdene får for kvinnene og barna som fødes vet vi lite om. Det vi imidlertid vet, er at mange av disse kvinnene befinner seg i en sårbar situasjon og at behovet for medisinsk oppfølging under graviditeten i mange tilfeller vil gjøre det vanskelig å sende dem ut av landet. Det er derfor viktig å finne gode løsninger og tilrettelegge for at denne gruppen får et så normalt liv som mulig mens de er gravide. Både for å ivareta deres egen livskvalitet, men også med tanke på at et nytt liv er på vei. Ved ikke å følge opp denne gruppens rettigheter og behov, noe Norge har anerkjent og forpliktet seg til gjennom ratifisering av internasjonale konvensjoner, bryter norske myndigheter disse konvensjonene. Myndighetenes

tilsynelatende likegyldighet overfor gravide papirløses vanskelige livssituasjon er også et human-etisk dilemma som bør synliggjøres og diskuteres mer i tiden fremover.

Et annet viktig aspekt er at dårlige boforhold, arbeidsforhold og redusert tilgang på helsetjenester kan føre til at sykdom utvikler seg ukontrollert. Dersom man ikke bedrer situasjonen for denne gruppen og gir tilstrekkelig helsehjelp, har man heller ikke kontroll på sykdomsutvikling og eventuelle smittsomme sykdommer enkeltpersoner bærer med seg. Dette kan bli et alvorlig problem for dem som rammes, men også potensielt for norsk folkehelse generelt (Myhrvold, 2010; Øien & Sønsterudbråten, 2011). Det er videre god grunn til å anta at preventiv helsehjelp er økonomisk mer gunstig på lang sikt enn å vente til at sykdomstilstander får utvikle seg og må behandles på et senere stadium. Også her ligger det viktige etiske føringer som må frem i lyset.

5.1.2 Diskusjon rundt papirløse migrantkvinnens møte med svangerskapsomsorgen

I tillegg til stabile rammer, er også helseoppfølging viktig for å sikre et vellykket svangerskap. Resultatene fra denne studien viser at de fire respondentene ikke valgte å oppsøke det ordinære helsevesenet når de oppdaget graviditeten. Tidspunktet for kvinnenes første møte med helsepersonell varierte fra to til seks måneder inn i svangerskapet. Dette første møtet var med helsesenteret for papirløse migranter, som de hadde fått informasjon om fra andre papirløse migranter. Tre av kvinnene fikk hjelp av jordmor i den kommunen de var bosatt i og en ble avvist på grunn av manglende «id-papirer».

Alle kvinnene forklarte at det var frykt for arrestasjon og deportasjon som var hovedgrunnen til at de ikke oppsøkte det ordinære helsevesenet. De visste heller ikke hvor de skulle henvende seg. Kvinnene fortalte at de heller ikke hadde kunnet møte opp til alle konsultasjoner på grunn av dårlig økonomi og en uorganisert hverdag.

Funnene fra min studie underbygger i så måte forskning som sier at gravide papirløse migranter har mindre tilgang til helsetjenester og svangerskapsomsorg (Myhrvold, 2010). To studier (De Jonge et al., 2011; Wolff et al., 2008) viser at papirløse migrantkvinner generelt oppsøker svangerskapsomsorgen 1 måned etter den generelle befolkningen. De kommer også svært sjeldent til alle konsultasjonene (De Jonge et al., 2011; Wolff et al., 2008). Munro et al, viser også til at gravide papirløse migranter sjeldnere får hjelp i svangerskapet enn gravide migranter

forøvrig (Munro et al., 2013). I Norge har det i tillegg blitt rapportert om flere tilfeller hvor papirløse migrantkvinner har blitt nektet helsehjelp ved helsestasjoner (Kvamme & Ytrehus, 2015). Frykt for å bli fengslet og deportert, økonomiske problemer og språkproblemer blir fremhevet som de vanligste årsakene til at de ikke møter opp (De Jonge et al., 2011; Kvamme & Ytrehus, 2015).

Dette bildet støttes også av FNs komite som arbeider med avskaffelse av diskriminering mot kvinner. Komiteen har slått fast at innvandrerkvinner har mindre tilgang til helsetjenester, inkludert reproduktive helsetjenester, som følge av ikke å være forsikret eller at de er ekskludert fra nasjonale helseordninger. Dette har ført til at FN oppfordrer stater til å gi kulturelt egnede kjønnsensitive helsetjenester til migrantkvinner uten disse hindringene (CEDAW, 2008).

I tillegg er det store variasjoner i helsetilbudet mellom forskjellige land. I følge en rapport utgitt av European Union Agency for Fundamental Rights er det kun 10 EU medlemsland som har et system for å ivareta denne gruppen (FRA, 2011). Kostnadene knyttet til å søke hjelp trekkes frem som et avgjørende hinder. Det vises til et eksempel fra Norges naboland Sverige, hvor en fødsel har kostet opptil 2600 euro (FRA, 2011). Her hjemme i Norge har også lignende episoder blitt rapportert. Aftenposten avslørte i 2015 at en papirløs kvinne fikk en regning på 52 000 kr etter å ha født på et sykehus i Levanger (Dommerud, 2015). Dette viser at retningslinjene for behandling av papirløse gravide er uklare.

Basert på det ovenfor beskrevne kan vi konkludere med at målgruppen for min studie sjeldnere oppsøker helsehjelp og kommer senere inn i svangerskapsomsorgen. Dette er problematisk når vi vet at kvinnene skulle ønske at de fikk bedre oppfølging. Norske og internasjonale regelverk gir dem også adgang til samme type hjelp som norske kvinner. Alle gravide papirløse migranter har rett på nødvendig helsehjelp før og etter fødsel, samt mulighet til å avbryte svangerskapet. Dette følger av § 5 i «Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket» som sier at alle har rett til helsehjelp som ikke kan vente (Lovdata, 2011). Helsedirektoratet understreker at retten til helse er ubestridelig og at den går utover begrepet nødvendig helsehjelp, slik det brukes i den norske kommunehelseloven (Helsedirektoratet, 2009).

Internasjonale konvensjoner legger også føringer for hva kvinnene har krav på og hvordan Norge skal legge til rette for slik hjelp. FNs internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale

og kulturelle rettigheter (ICESCR), krever at alle stater iverksetter tiltak for å bedre barne- og mødrehelsen, seksuelle og reproduktive helsetjenester, herunder tilgang til familieplanlegging, pre- og postnatal omsorg, og akutt fødselstjeneste (ICESCR, 2000). Videre pålegger FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ICESCR) Norge å tilby alle den høyest oppnåelige helsestandard. Dette gjelder også papirløse, i tråd med konvensjonens ikke-diskrimineringsprinsipp (ICESCR, 2000). Norge er også forpliktet etter Barnekonvensjonens artikkel 24 til å iverksette egnede tiltak for prenatal og postnatal helsehjelp for kvinner (FN-sambandet, 1989). Artikkel 16 i FNs konvensjon om å avskaffe alle former for diskriminering mot kvinner sikrer også kvinner rett til fritt og uavhengig å avgjøre hvor mange barn de ønsker og avstand mellom barnefødsler (CSW, 1981).

I tillegg til juridiske rammeverk, er også betydningen av kontinuerlig oppfølging fremhevet i norsk svangerskapsomsorg. Norske retningslinjer for svangerskapsomsorgen og Norsk Gynekologisk forening anbefaler at friske kvinner tilbys et basisprogram med åtte konsultasjoner frem til uke 40, inklusiv rutinemessig ultralydkontroll (Klovning, 2005). Første kontroll bør skje i svangerskapsuke 8-12. Retningslinjene anbefaler videre at «Helsekort for gravide» fører til den beste kvalitet på anamnesen og at dette kortet derfor bør anvendes for alle gravide. Kvinnen bør selv oppbevare helsekortet. Kontinuitet i omsorgen skal også tilstrebes slik at kvinnen møter fagpersoner hun er kjent med (Backe et al., 2014). Manglende kontinuitet i oppfølgingen øker sannsynligheten for at viktig helseinformasjon går tapt og at «Helsekortet for gravide» blir mangelfullt utfylt. Det fører også til at det blir vanskeligere å etablere et godt tillitsforhold mellom den gravide og jordmor, noe som er en forutsetning for å kunne gi god svangerskapsomsorg. Denne bekymringen er særlig alvorlig for sårbare grupper (Feldman, 2016).

Og konsekvensene av mangelfull oppfølging kan være alvorlige. Feldmans resultater viser at sen eller ufullstendige kontakt med helsesystemet i svangerskapet gjør at jordmødre ikke får kartlagt og behandlet eventuell sykdom tidlig i graviditeten, som kan føre til en forverret helsesituasjon (Feldman, 2016). Munro et al har dokumentert at manglende oppfølging fører til en firedobbel sjanse for å føde et barn med lav fødselsvekt og over syv ganger større sjanse for å føde prematurt (Munro et al., 2013). Det er også funnet en sammenheng mellom maternell dødelighet og mangelfull svangerskapsomsorg, fordi ukjente sykdommer ikke blir identifisert eller behandlet i tide (Feldman, 2016).

Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) peker på tilsvarende funn i sin rapport «*The sexual and reproductive health rights of undocumented migrants, narrowing the gap between their rights and the reality in the EU*» og konkluderer med at utfordringene papirløse gravide møter fører til stor maternell- og spedbarnsdødlighet, samt et høyt nivå av diskriminering og vold. Andre utfordringer som trekkes frem er lav fødselsvekt og at en stor andel fødsler blir gjennomført uten profesjonell helsehjelp tilstede (PICUM, 2016).

Manglende tilrettelegging av fødselsomsorgen gjør det også vanskeligere for jordmor å følge retningslinjene for svangerskapsomsorgen slik norske helsemyndigheter anbefaler. En løsning er derfor, som også tidligere pekt på av FNs komite for avskaffelse av diskriminering av kvinner, å lage tilpassede støtteordninger som bedre kommer denne gruppen i møte. I praksis betyr det at helseomsorgen må være mer proaktiv og opprette «trygge» møteplasser hvor de papirløse gravide kan motta helsehjelp.

5.1.3 *Diskusjon rundt kunnskap om egne rettigheter og følelse av avmakt*

I tillegg til det praktiske rundt helseoppfølgingen må også kvinnene ha kunnskap om sine rettigheter for å kunne oppsøke hjelp. I denne studien viste resultatene at de fire kvinnene ikke hadde noen informasjon om sine rettigheter før de mottok helsehjelp første gang. De hadde heller ikke kjennskap til hvor de kunne henvende seg for å få slik informasjon. Når de fikk informasjon, sa samtlige kvinner at det ikke alltid var lett å forstå det som ble fortalt. Hindringer var språk og redusert evne til å konsentrere seg på grunn av engstelse og stress. Kvinnene i studien fortalte at de hadde problemer med å stole på mennesker rundt seg. Tre av kvinnene oppga at de følte seg tryggere etter å ha fått noe informasjon.

Alle informantene oppga at de ønsket mer og bedre informasjon om svangerskapet og morsrollen. Kvinnene var alle førstegangsfødende, noe som i seg selv øker behovet for informasjon – uavhengig av status. Kvinnene fortalte at den evige uforutsigbarheten rundt egen livssituasjon virket hemmende og skapte en følelse av avmakt. Graviditeten til kvinnene i denne studien var ikke planlagt. Kun en av kvinnene hadde litt informasjon om prevensjon, og et ønske om å ha tatt det i bruk fremfor å bli gravid. Bare én av kvinnene hadde gjennomført to aborter i Norge tidligere.

Også her samsvarer denne studiens funn med øvrig forskning som viser at papirløse gravide har lite eller ingen kunnskap om sine rettigheter til helsehjelp, under og etter svangerskapet. En irrasjonell frykt for å bli avvist eller i verste fall arrestert ved kontakt med norsk helsepersonell fører til at kvinnene ikke oppsøker helsehjelp (De Jonge et al., 2011; Kvamme & Ytrehus, 2015). Mange har i tillegg problemer med å orientere seg i helsesystemet når de først bestemmer seg for å oppsøke hjelp (Björngren Cuadra et al., 2012).

Som hos meg viser forskningen også at gravide papirløse kvinner oftere har uplanlagte svangerskap sammenlignet med befolkningen forøvrig. Kunnskapen om prevensjon og bruk av prevensjon er svært begrenset (Wolff et al., 2008). Resultater fra studien til Kvamme og Ytrehus hentyder det samme. Papirløse kvinner bruker sjeldnere prevensjon, og graviditeten er sjeldnere planlagt (Kvamme & Ytrehus, 2015).

I Norge har gravide papirløse et rettsvern, som vist til i forrige diskusjon. En forutsetning for å gjøre krav på ens rettigheter, er imidlertid at en har kunnskap og informasjon om de rettigheter en har. Etter § 7 i forskriften om rett til helse- og omsorgstjenester til person uten fast hushold i riket, har alle individer som befinner seg i Norge rett til behandlingsmessige opplysninger som er nødvendig for å ivareta god helsehjelp eller svangerskapsavbrudd. Dette fremheves også i internasjonale konvensjoner. ICESCR krever for eksempel at tiltak iverksettes for å bedre tilgangen til informasjon, samt å tilrettelegge for og gi ressurser som er nødvendig for å etterse at informasjonen kommer frem til mottagerne. (ICESCR, 2000). Det samme kommer til uttrykk i Artikkel 16 i FNs konvensjon om å avskaffe alle former for diskriminering mot kvinner. Her sikres kvinner rett til opplysninger, utdanning og midler som setter dem i stand til å utøve de øvrige rettighetene i konvensjonen (CSW, 1981).

Viktigheten av å gi informasjon understrekes også i retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Det understrekes i disse at det å hjelpe blivende foreldre i en vanskelig livssituasjon er en av svangerskapsomsorgens viktigste oppgaver. Svangerskapsomsorgen skal ivareta dem som ikke har muligheter til å få tak i, forholde seg til eller ta i bruk tilgjengelig informasjon. I tråd med pasientrettighetene vil dette si at kvinnen skal få nok informasjon til å treffe de beslutningene som er riktige for henne selv, basert på tilgjengelig kunnskap, sammen med hennes holdninger, verdier og preferanser (Klovning, 2005).

Til tross for et tydelig rettsvern og klare retningslinjer viser denne studien at alle gode forsett og vedtak ikke alltid gjennomføres godt nok i praksis. At det i Norge ikke finnes en strategi for hvordan disse kvinnenes rettigheter skal ivaretas kan delvis forklare hvorfor dette ikke skjer i tilstrekkelig grad. Selv om Helse og omsorgsdepartementet har utarbeidet en nasjonal strategi for å opprettholde god helse blant migranter som kommer til Norge, er papirløse migranter ikke nevnt i denne strategien (Omsorgsdepartementet, 2013). Med tanke på de utfordringene helseoppfølgingen av denne gruppen gir, ville det vært naturlig å belyse disse i nettopp denne strategien.

Det er behov for et mer helhetlig og systematisk arbeid for å nå ut til denne gruppen. Et første skritt må være å avklare og avdekke hvem disse kvinnene er og hvilke behov de har. Myndighetene og mediene bør ta initiativ til en offentlig debatt som kan bidra til økt informasjon og forståelse for hvilke problemer papirløse kvinner har, for eksempel rundt graviditet. Videre må helsesystemet tilrettelegges slik at helsearbeidere i større grad kan møte utfordringene gruppen står ovenfor. Det betyr at systemet må innrettes på en fleksibel måte slik at også individer som ikke har personnummer, fast bopel eller telefon fanges opp og får tilpasset oppfølging. Ved hjelp av kreative løsninger må en søke å mer effektivt integrere denne gruppen i helsesystemet.

Arbeidet med informasjonsformidling til papirløse migranter bør også styrkes. Helsedirektorat anbefaler at det etableres et informasjonssystem som bidrar til at papirløse migranter får økt kunnskap om sine rettigheter i helsetjenesten, og spesielt informasjon om at kontakt med helsetjenestene er omfattet av taushetsplikt (Helsedirektoratet, 2009).

En annen utfordring er at helsepersonell i Norge ofte har for lite kunnskap om denne gruppen og relevant lovverk. Lite kunnskap hos helsepersonell kan skape usikkerhet som igjen fører til at helseoppfølgingen ikke blir som den skal (Ottesen, 2008). At gravide papirløse migranter blir avvist av helsepersonell, kan være et resultat av dette (Kvamme & Ytrehus, 2015). Helsepersonell må derfor skoles og få informasjon ikke bare om kvinnenes rettigheter, men også om den vanskelige livssituasjonen papirløse migranter lever i.

Informasjon om papirløse gravides rettigheter bør også inkorporeres i pensumet til jordmorutdanningen og helsepersonell generelt. Tilsvarende informasjon må også integreres i

helsepersonells prosedyrer. I tillegg bør ny og oppdatert informasjon om gruppen også gjøres lett tilgjengelig og deles ut til helsepersonell på helseinstitusjonene. Dette, sammen med en klar strategi for hvordan arbeidet skal gjennomføres i praksis, vil kunne bidra til papirløse gravide har økt kunnskap om egne rettigheter og at helsepersonell får bedre forståelse og kompetanse til å kunne ivareta papirløse migranter på en god måte.

5.2 Metodediskusjon

I denne studien har jeg anvendt kvalitativ metode. Jeg anser dette som en pålitelig tilnærming som har kunnet gi meg et gyldig svar på problemstillingen for studien. Hensikten med studien har vært å få innsikt i papirløse gravide migrantkvinner opplevelse av sin graviditet og hvilke kunnskaper de har om sine rettigheter til helsehjelp. Denne studien har en induktiv ambisjon – bottom-up. Jeg har valgt å innhente kunnskap fra enkeltstående tilfeller – for å til slutt kunne si noe om et allment nivå (Malterud, 2011).

Det er blitt anvendt semistrukturerte intervjuer for å innhente informasjon. Semistrukturerte intervjuer kan få frem erfaringer, motiver og holdninger som ikke er mulig å få frem i for eksempel en observasjonsstudie (Malterud, 2011). En intervjuguide er også blitt utformet, den ble ikke standardisert og har hatt en deskriptiv orientering. Spørsmålene er blitt tilpasset møtet med hver enkelt kvinne. På denne måten har pålitelighet blitt etterstrebet, ved å legge til rette for at kvinnenes individuelle erfaringer beskrives med egne ord, og at det er deres subjektive opplevelser som blir trukket frem som gyldig kunnskap.

Semistrukturerte intervjuer som metode har vært en tidkrevende prosess. Papirløse gravide migranter er en svært utilgjengelig gruppe. De er ikke registrert Norge, noe som har gjort rekrutteringsprosessen utfordrende og uforutsigbar. Informantene ble rekruttert ved et helsesenter på Østlandet som behandler papirløse migranter. For inklusjon av informanter har jeg tilstrebet en åpen tilnærming, som begrunnes i de relativt få artiklene om papirløse gravide migrantkvinner helsestatus. Det ble satt opp tre inklusjonskriterier. Et var at informantene skulle være fra Etiopia, Eritrea og Somalia for å unngå store kulturelle forskjeller. Dette måtte jeg raskt fravike ettersom det gjorde rekrutteringen for utfordrende. De resterende inklusjonskriteriene ble tatt hensyn til. Alle informantene var over 18 år og var kommet minst tre måneder inn i svangerskapet sitt, som var mine to andre kriterier. Utfordringene jeg møtte var flere. Ved helsesenteret er jordmor tilgjengelig få dager i løpet av en måned, og det var

derfor vanskelig å rekruttere kvinner utover disse dagene. Mange av de gravide kvinnene som var satt opp til konsultasjon hos jordmor møtte ikke opp. Noen viste seg å ikke være papirløse migranter, mens andre av ulike årsaker ikke hadde mulighet til å delta. Ved et tilfelle var det ikke mulig å få tak i tolk.

Tre ulike kulturer er representert i denne studien. Kvinnenes ulike kulturelle bakgrunn kan ha skapt et potensielt bias, blant annet på grunn av ulike oppfatninger kvinnene kan ha om hva som er tilstrekkelig og god hjelp gjennom svangerskapet. Alle kvinnene var førstegangs fødende, dette kan anses som en styrke ved studien, da ingen av dem har erfaring med et fullgått svangerskap fra tidligere.

En rekke etiske prinsipper måtte også tas i betraktning. Denne gruppen kan anses som spesielt sårbar, både med tanke på deres livssituasjon og status som papirløse migranter, men også spesielt på grunn av graviditeten. Det kunne oppleves som en belastning å delta i studien. Det har vært viktig for meg å være tilbakeholden i rekrutteringsprosessen, slik at kvinnene ikke skulle føle et ytre press eller begrensninger av personlig handlefrihet. En uavhengig person som arbeider ved det helsesenteret hvor intervjuene har blitt utført, har gitt førstehåndsinformasjon til kvinnene og innhentet fritt samtykke.

For gravide papirløse migranter er frykt for myndigheter og autoriteter til stede. Maktforholdet kan ansees som skjevt og intervjuprosessen kan oppleves som truende og krenkende. Dette har jeg vært bevist ved gjennomføring av intervjuene. Informasjon om min taushetsplikt, at jeg ikke har tilknytning til norske myndigheter, at studien er anonym, at de kan velge å ikke svare på spørsmål og at de kan trekke seg når de selv ønsker, er blitt vektlagt. Det har vært viktig å opprettholde en balanse mellom det å innhente nok og nyttig informasjon, men samtidig ikke å tråkke over kvinnenes grenser. Det har i tillegg vært relevant å informere om at deltakelse ikke påvirker deres status som papirløs migrant, rettigheter til statlige ytelser eller utfall av saker eller søknader.

Kombinasjonen av de overnevnte faktorene gjorde at jeg bare fikk intervjuet fire kvinner. Det kunne vært mulig å rekruttere flere om prosessen hadde vært satt i gang tidligere. Et lite antall informanter kan anses som en svakhet, selv om hensikten med kvalitative studier sjelden er generaliserbare funn, er målet likevel at de skal gi kunnskap som kan brukes av andre. Det kan derfor utfordre studiens gyldighet og generaliserbarhet. For å øke relevans utover data som er

analysert i studien har jeg trukket inn tidligere forskning, for på denne måten og etterstrebe en større generaliserbarhet. Jeg vil understreke at det er gjennomført svært lite forskning på dette feltet. Derfor kan ikke denne forskningen bidra til å sikre relevans, men kun øke den. I kvalitative studier er det også viktigst at deltakerne bidrar med betydningsrike data enn at de er mange. Et høyt antall informanter gir ofte en større risiko for dårligere kvalitet enn et lavt antall informanter (Malterud, 2011).

De fire kvinnene som deltok i denne studien ble som sagt rekruttert gjennom et helsesenter for papirløse migranter. Man kan anta at gruppen papirløse gravide migranter som ikke har evnet å oppsøke et slikt helsesenter, har færre ressurser og et vanskeligere liv. Disse er ikke representert i denne studien. Dette er også en faktor som må tas i betraktning når generaliserbarheten vurderes.

Ved tre av intervjuene ble det anvendt tolk. Tolkbruk er et potensielt bias, når man ikke kan være helt sikker på om spørsmål og informasjon formidles i forhold til intensjon. Informasjon kan gå tapt eller feiltolkes. Dette må ansees som en svakhet ved studien. Jeg har vært bevist på dette og forberedt meg godt til tolksamtalene. Det er blitt brukt tolk med dokumenterte kvalifikasjoner. To av tolksamtalene ble gjennomført med oppmøtetolk og en med telefontolk. Det er blitt sørget for at tolk ikke har oppbevart datamaterialet fra denne studien. Tolkene som ble anvendt var kvinner fra samme land som informantene. Dette er viktig og kan bidra til å skape trygghet (Klovning, 2005; Omsorgsdepartementet, 2013). Gjennom tolksamtalene la jeg vekt på å henvende meg direkte til informantene for å demonstrere at samtalen var mellom oss. For at spørsmål i minst mulig grad skulle feiltolkes, forsøkte jeg å være presis i mine formuleringer og holde meg til et spørsmål og et tema om gangen. Dette er virkemidler som kan bidra til å kvalitetssikre intervjuet og skape en større pålitelighet og gyldighet (Helsedirektoratet, 2011). Det tekniske utstyret som ble brukt ved telefontolkning fungerte tilfredsstillende, og samtalene ble utført i et skjermet miljø. Ett av intervjuet ble gjennomført på norsk, misforståelser kan ha oppstått på grunn av kulturelle forskjeller, men også fordi kvinnen kommuniserte på norsk som ikke var hennes morsmål.

Som beskrevet tidligere har jeg vært engasjert i arbeidet med papirløse migranter gjennom flere år. Dette anser jeg først og fremst som en styrke. Jeg har gode bakgrunnskunnskaper om hvilke utfordringer denne gruppen står overfor og har derfor vært forberedt på å behandle dem med

aktsomhet. Jeg har også vært bevisst fra start på at dette ville være en krevende studie å gjennomføre med tanke på rekruttering og gruppens sårbarhet. Mitt engasjement kan også ansees som et potensielt bias. Jeg har for å unngå dette, jobbet bevisst for at materialet ikke er blitt et påskudd til å hevde eller bekrefte egne meninger. Jeg har stilt spørsmål til meg selv og min veileder gjennom hele forskningsprosessen i hvilken grad produktet blir påvirket av mine egne holdninger.

Intervjuene er blitt gjennomført av samme person og transkribert ordrett, noe som skaper nær kontakt mellom analyseprosessen og informantenes skildringer. For å unngå eventuelt bias ved å gjennomføre analysen alene, ble alle deler av analysen diskutert og gjennomgått med min hovedveileder som fungerte som en medanalysator. Resultatene er blitt presentert ved hjelp av sitater, noe som kan bidra til å styrke gyldigheten. Siden tre av intervjuene ble gjennomført med tolk, bør sitering anvendes med forsiktighet, ettersom man ikke kan vite om det er helt korrekte og direkte sitat.

Semistrukturerte intervjuer som metode har bidratt til å innhente viktig førstehåndsinformasjon om papirløse gravide migranternes virkelighet. Metodevalget styrker derfor studiens pålitelighet og gyldighet, ettersom resultatene i studien svarer godt på problemstillingen. Denne studien har et eksplorerende design (Malterud, 2011). Dette har gitt rom til å kunne justere problemstilling og utvalgsstrategi etter hvert som prosjektet har utviklet seg. Gjennom prosessen har jeg oppdaget nyanser av den opprinnelige problemstillingen, som jeg ikke var oppmerksom på. Det kan spesielt fra et naturvitenskapelig synspunkt oppfattes som truende for forskningens gyldighet (Malterud, 2011). Derfor er alle valg som er tatt veldokumentert. Denne fleksibiliteten har for meg vært et fortrinn. Dersom alle valg er tatt på forhånd og det ikke gis rom for fleksibilitet gjennom prosessen, kan det være en trussel mot kvaliteten (Malterud, 2011).

6.0 KONKLUSJON

Denne studien konkluderer med at det er en nær sammenheng mellom de fire papirløse gravide migrantkvinnenes livssituasjon og deres helsemessige utfordringer. Livet de fire kvinnene beskrev var preget av isolasjon og manglende sosioøkonomiske resurser. Dette skapte klare barrierer til helsevesenet og samfunnet forøvrig. Kvinnenes daglige utfordringer og helsesituasjon opplevdes vanskeligere etter at de ble gravide, da behovet for kontinuerlig oppfølging av helsevesenet økte. På grunn av frykt for norske myndigheter, frykt for avvisning av helsepersonellet, dårlig økonomi og språkvansker, oppsøkte de helsehjelp senere og kom noe senere inn i svangerskapsomsorgen.

De fire intervjuede kvinnene hadde ingen kunnskaper om sine rettigheter til helsehjelp i svangerskapet, og visste ikke hvor de kunne tilegne seg denne kunnskapen. Kvinnene var førstegangsfødende og oppga at de hadde lite informasjon om det å være gravid. Denne manglende kunnskapen førte til utrygghet rundt deres helsetilstand i svangerskapet.

Ingen av de fire kvinnene valgte å oppsøke det ordinære helsevesenet da de oppdaget graviditeten. Isteden oppsøkte de et helsesenter for papirløse migranter, som de hadde fått informasjon om via bekjente, eller hadde erfaring med fra tidligere besøk. Kvinnene opplevde dette helsesenteret som trygt. Kvinnenes svangerskap var heller ikke planlagt. Tre av de fire kvinnene oppsøkte helsehjelp for første gang etter uke 16. Studien kan konkludere med at alle kvinnene til slutt fikk hjelp av norsk helsevesen. Det er noe usikkert om de hadde mottatt denne helsehjelpen hvis det ikke hadde gått gjennom helsesenteret de først oppsøkte. Dette helsesenteret er ikke et tiltak driftet av det norske helsevesenet, men av frivillige. Det kan derfor stilles spørsmålsteget ved om norske myndigheter oppfyller alle de kravene som gjelder etter norsk lov og som de er forpliktet til etter ratifisering av internasjonale konvensjoner.

Denne studien viser hvor viktig tilgjengelig helsehjelp og stabilitet i livet er, spesielt gjennom en graviditet hvor man er svært sårbar. Studien avdekker videre viktigheten og behovet for god informasjon, både til helsepersonell og de papirløse gravide migrantkvinnene.

Det er et håp og et ønske at denne studien kan være med på å danne grunnlaget for det videre arbeidet med å bedre helseforholdene til papirløse migranter spesielt de gravide kvinnene.

- Det er et stort behov for økt bevissthet og mer kunnskap om papirløse migranter i helsevesenet, slik at det er kunnskapsbasert informasjon og ikke myter og følelser som ligger til grunn for den politikken som føres. Det anbefales at det gjøres flere, både kvalitative og kvantitative studier i fremtiden. Dette er spesielt viktig for å kunne bygge opp et helsetilbud som er tilstrekkelig. Det anbefales at det gjennomføres studier på nasjonale nivåer, siden det er svært forskjellig lovgivning i forskjellige land, noe som selvfølgelig skaper forskjellig utfall for de gravide papirløse migrantene. Studien bør inkludere både potensielle risikofaktorer denne gruppen står ovenfor og forebyggende tiltak som kan være nødvendig.
- En klar strategi fra Norske myndigheter for hvordan man skal nå ut til disse individene må komme på plass. Papirløse gravide som gruppe bør tydeligere inkluderes i eksisterende og nye strategier for oppfølging av migranter, særlig i tilpassede retningslinjer for helseoppfølging.
- Helsesystemet må tilrettelegges slik at helsearbeidere i større grad kan møte utfordringene denne gruppen står ovenfor. For å bedre helsepersonells kunnskap bør informasjon om papirløse gravides utfordringer og deres rettigheter inkorporeres i pensum i utdanning av helsepersonell. Tilsvarende informasjon bør også integreres i helsepersonells prosedyrer. I tillegg bør ny og oppdatert informasjon om gruppen også gjøres lett tilgjengelig og deles ut til helsepersonell på helseinstitusjonene.
- Det bør utarbeides ordninger for finansiering av helsetjenester til disse individene. Helseomsorgen må være proaktiv og opprette «trygge» møteplasser hvor de papirløse gravide migrantkvinnene kan motta informasjon, helsehjelp og få annen støtte. På denne måten får denne gruppen mulighet til å leve et så tilnærmet normalt liv som mulig gjennom svangerskapet.

LITTERATURLISTE

- Backe, B., Pay, A. S., Klovning, A., & Sand, S. (2014). Veileder i fødselshjelp. Svangerskapsomsorg. Retrieved from <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodsels-hjelp-2014/Kap-1-Svangerskapsomsorg/>
- Björngren Cuadra, C., Biffl, G., & Altenburg, F. (2012). *Migration and health in Nowhereland : access of undocumented migrants to work and health care in Europe*: Public Health Executive Agency; the Austrian Federal Ministry for Science and Research; the Fund for a Healthy Austria.
- Castaneda, H. (2008). Paternity for sale: anxieties over "demographic theft" and undocumented migrant reproduction in Germany.(Report). *Medical Anthropology Quarterly*, 22(4), 340-359.
- Council for International Organizations of Medical, S., & World Health, O. (2002). *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*
- CSW. (1981). *FNs konvensjon om å avskaffe alle former for diskriminering mot kvinner* Retrieved from FN-sambandet: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-kvinnekonvensjon>
- De Jonge, A., Rijnders, M., Agyemang, C., Van Der Stouwe, R., Den Otter, J., Van Den Muijsenbergh, M. E. T. C., & Buitendijk, S. (2011). Limited midwifery care for undocumented women in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2011, Vol.32(4), p.182-188, 32(4), 182-188.
doi:10.3109/0167482X.2011.589016
- De Nasjonale forskningsetiske, k. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*
- Dommerud, T. (2015). Sykehus krever 52.000 kroner av papirløs for fødsel. *Aftenposten*.
- Düvell, F. (2011). The Pathways in and out of Irregular Migration in the EU: A Comparative Analysis. *European Journal of Migration and Law*, 13(3), 245-250.
doi:10.1163/157181611X587838
- Federation, S. t. C. (2015). *The urban disadvantage. State of the world`s mothers*. Retrieved from Save the Children Federation:
file:///C:/Users/ilmen/AppData/Local/Temp/SOWM%202015.pdf

- Feldman, R. (2016). Maternity care for undocumented migrant women: The impact of charging for care. *British Journal of Midwifery*, 24(1), 52-59.
doi:10.12968/bjom.2016.24.1.52
- Flyktninghjelpen. (2015). *Flyktningregnskapet 2015* Retrieved from www.flyktninghjelpen.no:
http://www.flyktninghjelpen.no/arch/img.aspx?file_id=9201614
- FN-sambandet. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter, (Barnekonvensjonen)*.
Retrieved from FN-sambandet
file:///C:/Users/ilmen/AppData/Local/Temp/FNs%20konvensjon%20om%20barnets%20rettigheter.pdf
- FN-sambandet. (2016a). *FNs bærekraftsmål*. Retrieved from FN-sambandet:
<http://www.fn.no/Tema/FNs-baerekraftsmaal>
- FN-sambandet. (2016b). *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. Retrieved from FN-sambandet United nations association of Norway:
<http://www.fn.no/Tema/Menneskerettigheter>
- FRA. (2011). *Fundamental rights of migrants in an irregular situation in the European Union*
Retrieved from European Union Agency for Fundamental Righ, Luxembourg:
http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1827-FRA_2011_Migrants_in_an_irregular_situation_EN.pdf
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105.
- Helsedirektoratet. (2009). *Migrasjon og helse-utfordringer og utviklingstrekk*. Retrieved from
<https://helsedirektoratet.no>:
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2009-migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk>
- Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse og omsorgstjenesten fullversjon* Retrieved from
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veileder%20om%20kommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten%20fullversjon%20IS-1924.pdf>
- ICESCR. (2000). *The right to the highest attainable standard of health*. Retrieved from
Committee on economic, social and cultural rights, Geneva
<http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf>

- Ickes, M. J. (2011). The Freirian model--a place in health promotion and education. *American Journal of Health Studies*, 26(1), 18.
- Kalleberg, R. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Retrieved from Forskningsetiske komiteer, Oslo:
https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf
- Kickbusch, I. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3), 289.
- Klovning, A. (2005). Retningslinjer for svangerskapsomsorgen Nasjonale faglige retningslinjer (Sosial- og helsedirektoratet). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Kvamme, E., & Ytrehus, S. (2015). Barriers to health care access among undocumented migrant women in Norway. *Society, Health & Vulnerability*, 6(0).
doi:10.3402/shv.v6.28668
- Lovdata. (2000). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*
Retrieved from Lovdata: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#%C2%A725
- Lovdata. (2011). *Forskrift om tjenester til personer uten fast opphold. Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket*. Retrieved from Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1255>
- Lund, T., Fønnebø, B., & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Munro, K., Jarvis, C., Munoz, M., D'Souza, V., & Graves, L. (2013). Undocumented Pregnant Women: What Does the Literature Tell Us? *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(2), 281-291. doi:10.1007/s10903-012-9587-5
- Myhrvold, T. (2010). Illegale ved sin blotte eksistens. *Nordic Journal of Nursing Research*, 30(3), 38-43. doi:10.1177/010740831003000309
- Omsorgsdepartementet, H.-o. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester--god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Retrieved from Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf

Ottesen, S. H. (2008). Papirløse migranter : en undersøkelse av situasjonen for mennesker uten lovlig opphold i Norge, og humanitære tiltak for denne gruppen i andre europeiske land ; en rapport fra Kirkens Bymisjon Oslo, Mangfold og Oppvekst. Oslo: En rapport fra Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, Mangfold & Oppvekst

<http://www.bymisjon.no/PageFiles/4132/Pairl%C3%B8se%20migranter%20rapport.pdf>.

PICUM. (2016). *The sexual and reproductive health rights of undocumented migrants narrowing the gap between their rights and the reality in the EU*. Retrieved from The Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants

http://picum.org/picum.org/uploads/publication/Sexual%20and%20Reproductive%20Health%20Rights_EN_FINAL.pdf:

SSB, S. s. (2014). *Fødselregisteret. Upublisert statistikk, kan innhentes ved forespørsel fra SSB*

United Nations Department of Economic and Social Affairs (2003). *Population Division. Trends in total migration stock*. New York: United Nations

Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. *Health Education & Behavior*, 15(4), 379-394.
doi:10.1177/109019818801500402

Wolff, H., Epiney, M., Lourenco, A. P., Costanza, M. C., Delieutraz-Marchand, J., Andreoli, N., . . . Irion, O. (2008). Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC public health*, 8, 93. doi:10.1186/1471-2458-8-93

Øien, C., & Sønsterudbråten, S. (2011). *No way in, no way out? : a study of living conditions of irregular migrants in Norway* FAFO-rapport (online), Vol. 2011:03.

Østby, L. (2015). Flyktninger i Norge. Retrieved from

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/flyktninger-i-norge>

Årsrapport, om det skjulte helsebehovet. (2015). Retrieved from Røde Kors og Kirkens

Bymisjon; Oslo <http://www.bymisjon.no/Virksomheter/Helsesenteret-for-papirløse-migranter/Arsmelding/>

Vedlegg 1

INTERVJUGUIDE

SPØRSMÅL:

- Alder?
- Gestasjonsalder?
- Paritet?
- Hvilke land kommer du fra?
- Hvor lenge har du vært i Norge?
- Har du en jobb?
- Hvordan bor du?
- Har du et forhold til barnefar, eventuelt et forhold til noen andre?

- **Kan du fortelle litt om livssituasjonen din?**
- **Kan du fortelle meg hvordan har det vært å bli gravid?**
- **Har du henvendt deg til noen for å mota hjelp, kan du fortelle hvordan du eventuelt ble mottatt?**
- **Har du tillit til de som hjelper deg?**
- **Hvor mange uker var du på vei ved første kontroll hos jordmor/lege?**
- **Kan du fortelle litt om du har et nummer å ringe, eller et trygt sted å henvende deg om noe skulle skje i svangerskapet?**
- **Kan du fortelle meg om hva du vet om dine rettigheter i forhold til å mota hjelp under graviditeten? (Hvor fikk du informasjon fra?)**
- **Føler du at du har hatt behov for mere hjelp enn du har mottatt i svangerskapet?**
- **Kan du fortelle litt om hva som kunne gjort svangerskapet ditt enklere/tryggere?**
- **Har du noen gang brukt prevensjon?**
- **Hvordan du ser på fremtiden?**
- **Er det noe ekstra du vil tilføye?**

Vedlegg 2

Ellen Blix
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO



Vår dato: 23.05.2016

Vår ref: 48436 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.04.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>48436</i>	<i>Utenfor samfunnet. Gravide papirløse migranters opplevelse av sitt svangerskap og helsehjelpen de mottar i Norge</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ellen Blix</i>
<i>Student</i>	<i>Ilmen Alberte Rotwitt</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 27.10.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ilmen Alberte Rotwitt ilmen.rotwitt@gmail.com



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 48436

FORMÅL

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan papirløse gravide migranter opplever sin helsetilstand under svangerskapet, og deres opplevelse av den helsehjelpen de mottar.

FØRSTEGANGSKONTAKT OG REKRUTTERING

Ledelsen ved Helsesenteret for papirløse migranter formidler informasjon om prosjektet. Personvernombudet anbefaler at vedkommende som videreformidler forespørsel ber interesserte kontakte student, eller eventuelt få vedkommende sin tillatelse til at student kan ta kontakt, slik at taushetsplikten ikke er til hinder for førstegangskontakten.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet. Vi minner om at informasjonen må gis på et språk den enkelte forstår godt.

SENSITIVE PERSONOPPLYSNINGER

Det er krysset av for at det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold. Personvernombudet tar høyde for at det også behandles sensitive personopplysninger om strafferettslige forhold og om etnisk bakgrunn.

INFORMASJONSSIKKERHET

Siden det forskes på irregulære immigranter, kan konsekvensene være alvorlige for den enkelte dersom personopplysninger skulle komme på avveie. Det er derfor nødvendig med gode sikkerhetstiltak for å beskytte opplysningene. Personvernombudet legger til grunn at student etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

FORSKNINGSETIKK

I dette prosjektet forskes det på en sårbar gruppe og det kan oppleves belastende å delta. Datainnsamling bør foretas på en slik måte at belastningen på deltakerne blir minst mulig. Man bør

være forberedt på å håndtere eventuelle problemer som kan oppstå, både underveis og etter datainnsamling. For eksempel kan enkelte informanter ha behov for oppfølging, eller det kan oppstå vanskelige situasjoner der student må vurdere taushetsplikt opp mot varslingsplikt.

Vi anbefaler student å lese NESH sine forskningsetiske retningslinjer om hvilke hensyn det er viktig å ta når man forsker på sårbare grupper, se del B og C - "Hensyn til personer" og "Hensyn til grupper og institusjoner".

DATABEHANDLER

Det oppgis at det skal benyttes tolk fra Helsenettet. Tolk er databehandler for prosjektet. Høgskolen i Oslo og Akershus skal inngå skriftlig avtale med tolken om hvordan personopplysninger skal behandles, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder: <http://www.datatilsynet.no/Sikkerhet-internkontroll/Databehandleravtale/>.

PROSJEKTSLUTT

Forventet prosjektslutt er 27.10.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted, etnisitet, alder)
- slette digitale lydopptak

Vi gjør oppmerksom på at også databehandler (tolk) må slette personopplysninger tilknyttet prosjektet i sine systemer.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Utenfor samfunnet».

«Papirløse migrantkvinnens opplevelse av sin graviditet i Norge».

Bakgrunn og formål

Mitt navn er Ilmen Alberte Kveseth Rotwitt og jeg er masterstudent i jordmorfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I min masteroppgave ønsker jeg å problematisere og undersøke hvordan papirløse flyktningkvinner opplever svangerskapet sitt i Norge, hva de vet om sine rettigheter og hvordan de opplever den helsehjelpen de mottar. Studien ønsker også å undersøke om hjelpen de mottar samsvarer med den som anbefales av de nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen i Norge.

Dette er en forespørsel til deg som er gravid papirløs migrant om å delta i denne studien. Da det finnes lite kunnskap om hvordan kvinner i din situasjon håndterer livet som gravid, og hvilken type hjelp dere mottar. Informasjonen du deler i denne studien vil kunne bidra til å forbedre helsetilbudet for papirløse migranter i svangerskapet. Denne studien har ingen tilknytning til norske myndigheter. Din deltakelse i denne studien vil ikke påvirke din situasjon som papirløs migrant eller sette deg i fare.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Intervjuet er beregnet til å ta omtrent 60 minutter. Intervjuet vil bli gjennomført på Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo, tolk vil benyttes om det er behov. Under intervjuet vil jeg gjøre notater samt lydopptak. Det skal ikke være nødvendig å utlevere personlig informasjon som vil kunne avdekke din identitet. Spørsmålene jeg skal stille deg vil omhandle din livssituasjon som papirløs migrant i Norge, hvordan ditt svangerskap har vært og hvilken hjelp du har mottatt.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Personopplysninger som etternavn, fødselsdato, telefonnummer eller informasjon registrert av et helseforetak blir ikke registrert. I selve publikasjonen vil du få et fiktivt navn. Andre personlige opplysninger som kan gjøre deg gjenkjennerbar vil også anonymiseres. Her kan du selv komme med forslag. Informasjonen jeg samler inn via intervju og lydopptak vil behandles konfidensielt, anonymiseres og lagres slik at det kun er jeg som har tilgang

til informasjonen. Ditt navn vil ikke lagres sammen med øvrig informasjon om deg. Prosjektet skal etter planen avsluttes oktober 2016. Når studien er fullført vil alle intervjunotater makuleres og lydopptak bli slettet

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert og slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudent Ilmen Alberte K. Rotwitt på 45 47 47 87. Eller professor ved HIOA: Zada Pajalic. Telefon +4767236370.
Mail: zada.pajalic@hioa.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)