



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BVP331-H-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	02-05-2022 09:00 CEST	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	16-05-2022 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BVP331 1 H 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	468
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7999
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Hvordan gi innvandrerefamilier som har barn med særskilte behov gode og tilrettelagte velferdstjenester?

How do we provide good and adapted welfare services to immigrant families who have children with special needs?

Kandidatnummer 468

Antall ord: 7999

Bachelor i Vernepleie

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltaking

16.05.2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

Jeg ønsker å rette en stor takk til min samboer for god støtte underveis i oppgaveskrivingen, og som har håndtert å bo sammen med meg etter hvert som stressnivået økte i forbindelse med at innleveringsfristen nærmet seg. Jeg ønsker også å takke familie og venner for støttende ord og handlinger underveis i skriveprosessen.

En stor takk går også til min veileder som har vært støttende og positiv, selv om jeg kanskje tidvis ikke var den letteste å veilede.

Sammendrag / Abstract

This bachelor thesis was based off the problem:

How can we as social workers arrange for people with an immigrant background who have children with special needs to receive good and adapted welfare services?

In the Norwegian society there is a growing ethnic diversity. This means that more professional competence, flexibility, and creative solutions are required from the workers in the healthcare services, to ensure that everyone in need has access to an equal range of services. It is described in the literature that immigrant families with children with special needs do not necessarily receive the same range of services as the ethnic Norwegian families. Inadequate communication between the healthcare workers and immigrant families is the main challenge for these families and may lead to misunderstandings between the professional workers and the “client” families. These problems have been reported in different studies for a long period of time, without a clear and tangible plan to solve the problems.

With the growing number of immigrant families in Norway, it can be assumed that as a representative of the healthcare services, you will meet these families. It is imperative that we as healthcare professionals are aware of the challenges these families have, to ensure that we can create good interactions with the families and help them in the best way possible.

Innhold

Forord.....	2
Sammendrag / Abstract	3
Innhold	4
1.0 Innledning:.....	5
2.0 Bakgrunn	6
2.1 Hva sier lovverket?.....	6
2.2 Politiske føringer:	7
2.3 Vernepleierfaglig relevans.....	8
2.4 Begrepsavklaringer.....	10
2.4.1 «Særskilte behov»:	10
2.4.2 Innvandrere / innvandrerfamilier:	10
2.4.3 Helse- og omsorgstjenester:	11
3.0 Metode.....	12
3.1 Hva er metode?.....	12
3.1 Søk:.....	12
3.2 Kildenes styrker og svakheter	14
Sajjad, T. A. (2012)	14
Berg, B. (2012).....	15
Arfa, S., Solvang, P. K., Berg, B & Jahnsen, R. (2020)	16
Kvarme, L. G., Fröh, E. A. & Lidèn, H. (2017)	17
Mostøl, A., Vist, G. E., Straumann, G. H., Spilker, R. S. & Austvoll-Dahlgren, A. (2018)	18
3.3 Etisk refleksjon:.....	18
3.4 Førforståelse:	19
4.0 Hva sier litteraturen om temaet?.....	20
5.0 Drøfting:	22
5.1 Når skal det bli bedre?.....	23
5.2 Mangelfull kommunikasjon skaper problemer.....	24
5.3 Hvordan kan vi som vernepleiere tilrettelegge for at personer med innvandrerbakgrunn som har barn med særskilte behov får gode og tilrettelagte velferdstjenester?.....	27
6.0 Oppsummering	27
7.0 Litteratur:.....	29
Tabell 1: PICO-skjema.....	13
Tabell 2: MeSH - Søkord.....	13

1.0 Innledning:

Denne bacheloroppgaven handler om hvilke behov og utfordringer familier hvor foreldrene har innvandrerbakgrunn og barnet/barna har særskilte behov møter i de offentlige helse- og omsorgstjenestene i Norge. Gjennom arbeid med en prosjektoppgave tidligere i studiet, arbeidet jeg, sammen med tre medstudenter, med dette temaet. I prosjektoppgaven så vi at disse familiene har flere utfordringer knyttet til sitt eller sine barn med særskilte behov enn hva etnisk norske familier som har barn med samme eller tilsvarende hjelpebehov har.

Både for etnisk norske og personer med innvandrerbakgrunn kan det norske hjelpeapparatet oppleves som tungvint å navigere i. Jeg har selv opplevd vansker med å finne fram riktige skjemaer som kreves for å få foreldrepenger, noe som gjerne ansees som en selvfølgelighet om man venter barn i Norge. For familier hvor foreldrene har innvandrerbakgrunn og barnet har særskilte behov, rapporteres det at det ofte tar lang tid før familiene får de tjenestene eller ytelsene de har krav på (Helsedirektoratet, 2019). I tillegg har gjerne disse familiene andre utfordringer i tillegg, som for eksempel det å forstå det norske språket eller den norske kulturen (Mostøl et al., 2018) Videre sier familiene at de opplever varierende grad av hjelp fra de ulike helse- og omsorgstjenestene, og at den hjelp/bistand de får tilbud om er personavhengig ut ifra hvem familiene møter i disse tjenestene (Mostøl et al., 2018). Det rapporteres også at helsetjenestene i Norge ikke tas i bruk i like stor grad eller på den samme måten blant etnisk norske og mennesker med innvandrerbakgrunn (Mostøl et al., 2018). Blom & Henriksen (2008) har gjort undersøkelser av innvandreres levekår, og disse viser at dette er en gruppe mennesker hvor det er høyere arbeidsledighet og flere er avhengige av velferdsordninger, enn resten av befolkningen. (Blom & Henriksen, 2008). Ved kombinasjonen av denne bakgrunnen, og at familien har barn med særskilte behov, kan man anta at situasjonen er ekstra sårbar for familiene det gjelder (Bufdir, 2022).

Målet med bacheloroppgaven er å øke bevisstheten rundt innvandrerfamilier som har barn med særskilte behov, og hvordan man som vernepleier kan bidra til at deres møter med helse- og omsorgstjenestene kan bli positive opplevelser.

For å besvare oppgaven, vil jeg starte med å presentere et bakgrunnskapittel. Her trekker jeg fram lovverk og politiske føringer, samt vernepleierfaglig relevans og begrepsavklaringer. Videre er kapittel 3 et metodekapittel, hvor jeg presenterer søkeprosessen, kildekritikk, etisk refleksjon og førforståelse for tema. Kapittel 4 er resultatkapittel hvor jeg har beskrevet hovedfunn i litteraturen jeg har brukt i besvarelse av oppgaven. Deretter er kapittel 5 drøftingskapittel, hvor jeg ser på hvordan innvandrerfamilienes problemer rapporteres over tid, kommunikasjon som en barriere før jeg forsøker å besvare problemstillingen. Kapittel 6 består av oppsummering av det som kommer fram i oppgaven og kapittel 7 er referanseliste for oppgaven.

2.0 Bakgrunn

I dette kapittelet tar jeg for meg hva lovverket sier om temaet og hvilke politiske føringer som foreligger. Jeg vil også ta for meg vernepleierfaglig relevans, før jeg presenterer begreper som er gjennomgående i besvarelse av oppgaven.

2.1 Hva sier lovverket?

Uavhengig av etnisk bakgrunn, har hver enkelt person rett på de samme tjenestene dersom de har et behov for det. I Norge er det flere lovverk som beskriver hva en person har krav på, samt hva tjenesteyterne i de ulike helse- og omsorgstjenestene skal kunne tilby. For at alle skal ha den samme rettsikkerheten, skiller ikke lovverket mellom familier som har innvandrerbakgrunn og barn med særskilte behov og etnisk norske i samme eller tilsvarende situasjon. Loven skal sikre at ingen blir diskriminert på bakgrunn av etnisk eller kulturell opprinnelse. Dette ser vi eksempel på i helse- og omsorgstjenesteloven (HOL), hvor §3-1 sier at kommunen skal “sørge for at alle personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester” (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Helse- og omsorgstjenestene som kan ansees som regnes som «nødvendige helse- og omsorgstjenester», kan blant annet omfatte skole og barnehage, helsestasjon, lege, Pedagogisk-psykologisk- tjeneste (PPT), Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og NAV. Det er altså mange ulike helse- og omsorgstjenester som man kan komme i kontakt med, hvorav noen av disse er mer naturlig å komme i kontakt med enn andre. Familier hvor

barna har særskilte behov er i kontakt med flere av disse tjenestene, enn det familier som har barn som ikke trenger ekstra oppfølging eller har særskilte behov, er.

En annen lov som blir relevant for familiene er Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, pbrl., 1999). Denne har som formål etter §1-1 «å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Loven gjelder for alle som oppholder seg i Norge. Pbrls kapittel 3 omhandler retten til medvirkning og informasjon, og §3-5 sier at «informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som (...) kultur- og språkbakgrunn» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette betyr altså at innvandrerfamiliene skal få informasjon på en måte som gjør at de kan forstå det som blir formidlet til dem.

For mange av innvandrerfamiliene vil også Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (Sosialtjenesteloven, sotjl., 2009) og være gjeldende. Formålet med Sosialtjenesteloven er etter §1, andre og tredje ledd, å «bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud» og å «bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer» (Sosialtjenesteloven, 2009). Med andre ord har alle som oppholder seg i Norge, uavhengig av opprinnelse, etnisitet eller funksjonsgrad, rett på nødvendig helsehjelp og tilgang til de samme helse- og omsorgstjenestene, dersom man har behov for slike tjenester.

2.2 Politiske føringer:

Det er ikke bare de norske lovene som dikterer hva slags hjelp/bistand som disse familiene skal få eller tilbys. Det foreligger også internasjonale retningslinjer som skal hindre at mennesker med nedsatt funksjonsevne blir diskriminert, og at alle skal bli gitt mest mulig like muligheter i hverdagen uavhengig av funksjonsgrad eller -nedsettelse. De internasjonale retningslinjene kommer fram i *FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne* (CRPD). Denne FN-konvensjonen ble ratifisert av Norge i 2013, noe som betyr at som nasjon har Norge forpliktet seg til å «bidra til å motvirke diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne» (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2021). Videre

betyr dette at de norske helse- og omsorgstjenestene har en plikt til å gi mennesker med nedsatt funksjonsevne, og deres familier en helhetlig og tilrettelagt hjelp, ut ifra hver enkelt persons behov og utfordringer.

Det er også lagt fram politiske føringer nasjonalt i Norge på dette temaet. I 2016 ble NOU 2016:17 «På lik linje» utarbeidet. Det kom fram et rapportert behov for å gi familier med barn med særskilte behov mer oppfølging i hverdagen (NOU 2016:17, 2016), uavhengig av familienes etniske opprinnelse. Et enstemmig Storting ba regjeringen sette ned et utvalg med oppgave å foreslå tiltak for hvordan sikre at menneskerettigheter og politiske mål blir ivaretatt og oppnådd for mennesker med utviklingshemming (NOU 2016:17, 2016). Med bakgrunn i denne NOUen ble Meld. St. 25 (2020-2021) utarbeidet. Stortingsmeldingen har fått navnet «*Likeverdsreformen*», og har som mål at «barn og familier med barn som har behov for sammensatte tjenester, skal oppleve et samfunn som stiller opp, og gir alle mulighet til personlig utvikling, deltakelse og livsutfoldelse» (Helse- og omsorgsdirektoratet, 2021).

Som det kommer frem av lovene og de politiske føringene skal velferdsstaten Norge teoretisk sett være godt egnet til å hjelpe enhver person med deres behov. Men er det i slik i praksis? Med denne oppgaven ønsker jeg å belyse dette, og vise om innvandrerfamiliene som har barn med særskilte behov får den hjelp eller bistand de har krav på, og har derfor kommet fram til problemstillingen:

Hvordan kan vi som vernepleiere tilrettelegge for at personer med innvandrerbakgrunn som har barn med særskilte behov får gode og tilrettelagte velferdstjenester?

2.3 Vernepleierfaglig relevans

Som vernepleier har man et hav av mulige arbeidsplasser. Hovedsakelig arbeider vernepleiere innenfor helse- og sosialsektoren, i eksempelvis kommunale hjemmetjenester, dagtilbud, spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern eller skole eller barnehage. Noen vernepleiere arbeider også innenfor NAV, rusomsorg, eldreomsorg, eller i privat sektor. Dette viser at det er mange arbeidsforhold hvor man som vernepleier kan møte disse familiene. Ettersom jeg med denne oppgaven har fokus på familier med innvandrerbakgrunn som har barn med særskilte behov, velger jeg å fokusere på arbeidsforhold hvor man møter familier med barn.

Dette er skole, barnehage, avlastning, hjemmetjenester, NAV og psykisk helsevern. Når man som vernepleier, eller andre profesjonsutdannede på disse arbeidsplassene møter disse familiene er det viktig å ha en forståelse for hvilke utfordringer familiene kan ha, og hvorfor noen av disse er utfordringer som man bare møter hos familier med innvandrerbakgrunn.

Som vernepleier følger man også FO sitt «*Yrkesetisk grunnlagsdokument*». I dette dokumentet er det flere verdier som man forplikter seg til å jobbe etter, og de åtte verdiene er:

1. Menneskeverd
2. Respekt for den enkeltes integritet
3. Anerkjennelse av ulikhet og ikke-diskriminering
4. Helhetssyn på mennesker
5. Tillit, åpenhet og redelighet
6. Omsorg og nestekjærlighet
7. Solidaritet og rettferdighet, og
8. Ansvar

(FO, 2015).

Ved å følge disse verdiene, i alle møter vi gjør som vernepleiere, uavhengig av hvem vi møter, vil føre til at man kan gi en etisk korrekt, rettferdig og god bistand til menneskene vi møter.

I tillegg kan vi se på *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning*. Denne ligger til grunn for alle vernepleierutdanningene i Norge, og skal sikre at nyutdannede vernepleiere blir uteksaminert med en felles sluttkompetanse som har et likeverdig faglig nivå, uavhengig av utdanningsinstitusjon (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019). Forskriftens §2 forklarer formålet med utdanningen, og sier i andre ledd, at «Kandidaten skal ha kompetanse om funksjonsnedsettelse og samfunnsmessige forhold som skaper funksjonshemming. Kandidaten skal ha særlig kompetanse innen miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering, helsefremming og helsehjelp. Videre skal kandidaten ha kompetanse om sammensatte behov og utviklingshemming.» (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019). Fra dette vil jeg trekke fram

«samfunnsmessige forhold som skaper funksjonshemming» og «sammensatte behov» som særlig relevant for denne bacheloroppgaven.

2.4 Begrepsavklaringer

Gjennomgående i oppgaven er det noen begreper som går igjen. Derfor er det viktig at disse avklares, slik at man får en forståelse for det som er skrevet videre i oppgaven.

2.4.1 «Særskilte behov»:

Det første begrepet er «særskilte behov». Bruken av dette begrepet er et bevisst valg ettersom dette er et begrep som omfatter langt flere mennesker enn dersom jeg hadde brukt eksempelvis «utviklingshemming» eller «funksjonsnedsettelse». Eksempelvis vil autisme eller andre autismespekterforstyrrelser defineres av det internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer ICD-10, som en «utviklingsforstyrrelse» (ICD-10, 2022) og faller derfor utenfor begrepet utviklingshemming. «Barn med særskilte behov» blir definert i Meld. St. 41 (2008-2009) som «barn med behov for ekstra omsorg og hjelp til utvikling og læring av ferdigheter uavhengig av diagnose eller årsaken til dette behovet» (Kunnskapsdepartementet, 2009).

2.4.2 Innvandrere / innvandrerfamilier:

For begrepet «innvandrere» har jeg valgt å bruke Statistisk Sentralbyrås (SSB) sin definisjon, som sier at innvandrere er «personer som selv har innvandret til Norge, og som er født i utlandet av utenlandsfødte foreldre» (SSB, 2022). Dersom disse personene får barn som blir født i Norge, regnes barna som «norskfødte med innvandrerforeldre». «Innvandrerfamilie» med barn med særskilte behov som jeg omtaler i oppgaven omfatter begge disse begrepene, og gjøres for å forenkle språket gjennom oppgaven. Det poengteres at dette ikke er gjort for å generalisere disse familiene, ettersom hver enkelt familie er forskjellig, med sine individuelle utfordringer, og/eller behov, uavhengig av hvor de har innvandret fra.

Dersom en familie eller personer har kommet til Norge som flyktninger, vil også de falle under begrepet «innvandrere» eller «innvandrerfamilier» i denne oppgaven, selv om personer

som ansees som flyktninger ikke formelt blir gitt status som «innvandrere» før personen(e) får et vedtak om bosetting i Norge. Noen steder vil jeg også referere til innvandrerfamiliene som (bare) «familiene». Dette er også et bevisst valg gjort for å forenkle språket gjennom oppgaven, samt som et forsøk på å unngå å stigmatisere innvandrerfamiliene. Dette er fordi en person ansees som en innvandrer uavhengig av hvor de har innvandret fra.

2.4.3 Helse- og omsorgstjenester:

Hva som omfattes som helse- og omsorgstjenester kan være mye. Jeg har valgt å trekke fram det som er kommunens ansvar i henhold til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I §3-2 står det at kommunen skal tilby sine innbyggere:

- 1) Helsefremmende og forebyggende tjenester, som omfatter helsetjenestene i skolen, og helsestasjonstjenestene
- 2) Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
- 3) Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldingstjeneste og psykososial beredskap og oppfølging
- 4) Utredning, diagnostisering og behandling,
- 5) Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- 6) Andre helse- og omsorgstjenester, herunder helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse (som omfatter praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, og plass i institusjon, eksempelvis sykehjem, bofellesskap eller avlastning, og
- 7) Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens.

(Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011)

For videre besvarelse av oppgaven vil ikke alle disse være relevant for temaet, men dette viser at det er mange ulike helse- og omsorgstjenester som disse familiene kan komme i kontakt med på ulike tidspunkt og/eller faser i livet. Det overnevnte er kommunale helse- og omsorgstjenester, men dekker ikke alle instanser som en familie kan måtte være i kontakt med for å få den hjelp eller de ytelsene som de kan ha behov for. Jeg velger derfor å inkludere instanser som NAV og Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), som «helse- og omsorgstjenester» videre i oppgaven.

3.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg ta for meg metode. Jeg vil først forklare hva metode er, før jeg beskriver søkeprosessen i litteratursøket jeg har gjennomført. Videre vil jeg ta for meg styrker og svakheter ved kildene som er brukt for besvarelse av oppgaven, etisk refleksjon og min førforståelse av temaet.

3.1 Hva er metode?

Dalland siterer Vilhelm Auberts definisjon «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Vilhelm Aubert, 1985, s. 196; i Dalland, 2021, s. 53). Metode er altså fremgangsmåten for å besvare denne oppgaven. I denne oppgaven har jeg gjennomført et litteratursøk på temaet.

3.1 Søk:

I forbindelse med oppgaven har jeg gjennomført litteratursøk, for å finne relevant og troverdig forskning på temaet. Dette ble gjennomført for å få fram forskningsdimensjonen av kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket², u.å.). Ved at man benytter forskning gjort på temaet bidrar til at man får fram informasjon om hvordan situasjonen har vært gjennom en angitt tidsperiode. For å kunne gjennomføre et systematisk søk, er det flere faktorer som spiller inn, og Helsebiblioteket² (u.å.) trekker fram «kildevalg, databaser, søkeord, emne- og tekstord, søketeknikker og det å lage søkestrategier» for å gjennomføre et godt søk etter forskning (Helsebiblioteket², u.å.).

Med søket til bacheloroppgaven, ønsket jeg å finne forskning om erfaringer og holdninger. På bakgrunn av dette brukte jeg et PICO-skjema. Et slikt skjema har en tredelt funksjon, og brukes for å «formulere spørsmål, identifisere og organisere søkeord og definere inklusjons- og eksklusjonskriterier for utvelgelse av litteratur» (Helsebiblioteket, 2018).

P.	Populasjon:	Innvandrerfamilier som har barn med særskilte behov
I.	(Fenomen av) interesse:	Møter med helse- og omsorgstjenestene
Co.	Kontekst:	Det norske hjelpeapparatet

Tabell 1: PICO-skjema

For å finne konkrete og relevante søkeord, brukte jeg MeSH (Medical Subject Headings) som et verktøy for å finne helsefaglige eller medisinske begreper på norsk og engelsk. Under har jeg satt opp en tabell som oversiktlig viser hvilke MeSH-begreper jeg har brukt. Jeg har også brukt flertallsform eller varianter av ordene nevnt nedenfor, for å få dekket mest mulig av mulige relevante resultater for søket.

Norsk:	Engelsk:
Utviklingshemming	Intellectual disability / mental retardation / learning disability / developmental disability / learning disabilities
Særskilte behov	Special health care needs
Innvandrer / migrant / flyktning / etnisk minoritet / etnisk gruppe / rase / flerkulturell	Immigrant / immigration / refugee / ethnic minority / ethnic group / race / marginalized / multicultural
Norge	Norway / Norwegian

Tabell 2: MeSH - Søkeord

For å finne hvilken litteratur jeg skulle bruke, valgte jeg å gå gjennom kunnskapspyramiden for å finne fram til mest mulig kvalitetssikret kunnskap (Helsebiblioteket, 2016). Ut ifra resultatene fant jeg en relevant internasjonal oppsummert forskning. Siden jeg har fokus på innvandrerfamilier med barn med særskilte behov i Norge, har jeg brukt CINAHL og PubMed som søkekilder. Disse databasene inneholde primærkilder, og spisset forskning på temaet. Jeg har også tatt i bruk offentlige kilder som FN, Regjeringen, Bufdir og Lovdata. På disse offentlige kildene fant jeg Stortingsmeldinger, NOUer, lover og forskrifter og FN-konvensjonen CRPD.

Jeg har også gjennomført søk i Google Scholar, for å sikre at jeg fant relevant forskning på temaet. Jeg ønsket helst å finne så ny forskning som mulig, men satt en grense på 10 år, altså utgitt i 2012 eller senere. Ved å bruke nylig utgitt forskning øker man sannsynligheten for at dette har bevist eller motbevist tidligere gjennomført forskning på temaet. Jeg har forsøkt å se på den eldre forskningen opp mot nyere, for å eventuelt kunne sjekke at den eldre ikke er blitt oppdatert eller motbevist. Jeg så, og leste på overskriftene, på resultatene for å forsøke å trekke fram de som var, eventuelt var mest, relevant for temaet og besvarelsen. Av den relevante forskningen har jeg trukket fram artiklene fra Arfa (et al.), Sajjad, Mostøl (et al) og Kvarme (et al.) som vil kunne knyttes opp mot problemstillingen.

I tillegg til forskningsartiklene jeg fant i litteratursøket, har jeg brukt boken *Innvandring og funksjonshemming*. Dette er en bok jeg har fått anbefalt i forhold til temaet. Da jeg lånte denne på biblioteket på HVL, så jeg etter andre bøker i samme «kategori»/hulleplassering for å finne andre fagbøker som kan bidra til å øke min forståelse av temaet. Ingen av bøkene her fant jeg relevant til besvarelsen av oppgaven. Jeg har også tatt i bruk pensumbøker som har vært brukt i utdannelsesforløpet, som Dalland (2021) og Eide & Eide (2017)

3.2 Kildenes styrker og svakheter

Ved å bruke forskning er det viktig at man har et kritisk blikk på kilden, og hvordan den skrevet og hva som er kriteriene for gjennomføring av forskningen. Ved å kritisk vurdere kildene en bruker, får man reflektert over gyldigheten av informasjonen, og dermed også få en større forståelse av hva resultatene sier oss (Helsebiblioteket¹, u.å.)

Sajjad, T. A. (2012)

For Sajjads kunnskapsoppsummering er det flere styrker som kan trekkes fram som øker kildens troverdighet. En av dem er at forfatteren har gjort et omfattende arbeid med kunnskapsoppsummeringen. Forfatteren har gjort et dypdykk i tilgjengelig litteratur og studier på temaet «utviklingshemmede med innvandrerbakgrunn og deres familier». Dette har forfatteren gjort på oppdrag fra Bufdir som viser at det er sett, fra et politisk perspektiv, at det er et stort behov for mer tilgjengelig informasjon om disse familiene, og de utfordringer de har/møter når de er i kontakt med helse- og omsorgstjenestene. Det som også gjør at dette er

en troverdig kilde er at Sajjad er sosialantropolog Ph.d. med spesialisering i medisinsk antropologi. Hun har forsket på innvandrrelaterte problemstillinger med hovedvekt på funksjonshemmede siden begynnelsen av 1980-tallet (Berg, 2012, s. 209), og hadde 30 års erfaring med forskning på temaet når denne kunnskapsoppsummeringen ble gjennomført.

Det som kan ansees som svakheter ved denne kilden er at den nå er 10 år gammel. Det kan ha kommet mer, og bedre, forskning på temaet og at noe av det som forfatteren har tatt for seg kan være utdatert eller motbevist. Flere av studiene forfatteren tar for seg i kunnskapsoppsummeringen har hun også skrevet/gjennomført eller medvirket til selv. Dette kan gjøre at hun er noe inhabil i forhold til hvilke studier og forskning forfatteren har inkludert i kunnskapsoppsummeringen.

Berg, B. (2012)

Berit Berg, som har skrevet boken «*Innvandring og funksjonshemming*», er også en fremtredende forsker på dette temaet. Hun er professor ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap ved NTNU, og forskningssjef for NTNU Samfunnsforskning. Berg har, som Sajjad, forsket på innvandringsrelaterte problemstillinger siden tidlig på 1980-tallet, og hun har gitt ut flere bøker og forskningsprosjekter på temaet (Berg, 2012, s. 209). Ved at denne kilden er en bok, og utgitt av Universitetsforlaget, gjør at vi kan se på den som en troverdig kilde, ettersom den er kvalitetssikret før utgivelse. Boken er også utgitt med støtte fra ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering og Barne-, familie- og ungdomsdirektoratet (Bufdir), som er organisasjoner som ikke er avhengig av inntekter ved salg av boken. Dette gjør at støtten disse organisasjonene har gitt, ikke kommer med føringer for innhold eller vinklinger for å øke sannsynlighet for økte salgstall.

Svakheter med denne kilden er at denne er skrevet i 2012, og er derfor 10 år gammel. Det at det siden den gang ikke er utgitt en ny utgave kan man ansees som noe som trekker den ned som kilde, uavhengig av grunn til det. Enten kan det være for at det ikke er gjort noe ny forskning på temaene som tas opp i boken og det er derfor ikke noe som kan suppleres med, eller det kan være andre grunner som gjør at den ikke er blitt «oppdatert». Ved at den er utgitt

som en *trykket bok* gjør også at dersom det er feil i boken blir ikke dette rettet i det fysiske eksemplaret jeg som leser har foran meg, og det må i så tilfelle gis ut en ny, revidert utgave.

Arfa, S., Solvang, P. K., Berg, B & Jahnsen, R. (2020)

I motsetning til de to nevnte kildene over, er en av styrkene ved Arfas (et al, 2020) kvalitative studie at denne er skrevet/utgitt for bare to år siden. Den er nylig gjennomført, noe som peker mer på hvordan situasjonen er for disse familiene i dag, enn det Sajjad og Berg får fram i sine respektive arbeid. Studien er utgitt i *BMC Health Services Research* som er «et fagfelleverdert tidsskrift med åpen tilgang som tar for seg artikler om alle aspekter av helsetjenesteforskning» (BMC, u.å.). At den er utgitt i et fagfelleverdert tidsskrift gjør at troverdigheten av kilden øker, ettersom det er strenge krav til hva som blir godkjent gjennom fagfellevurdering. Forfatterne har også dokumentert godkjenning fra, og oppgitt referanser til, henholdsvis *Norsk senter for forskningsdata* (NSD) og *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk* (REK) (Arfa et al., 2020). Forfatterne har også beskrevet hvordan informasjon om deltakelse ble gitt informantene, deltakernes anonymitet, hvordan trekke samtykke, og hvordan det er blitt innhentet skriftlig samtykke (Arfa et al., 2020). Noe som også trekker opp kildens kredibilitet er at denne studien har, til forskjell til tidligere utgitte studier både i Norge, og internasjonalt, ikke fokusert på en bestemt minoritetsgruppe. I denne studien hadde deltakerne variert språklig, kulturell og religiøs bakgrunn. I tillegg var deltakerne fra ulike deler av Afrika, Asia og Øst-Europa, som forfatterne skriver at er de største innvandrergroppene i Norge (Arfa et al., 2020).

Svakheter ved denne studien er at denne studien inkluderer ikke nyankomne innvandrerefamilier, noe som gjør at man ikke kan se om problemene som blir rapportert er mer utbredt for nyankomne familier. Familiene som deltok på studien hadde deltatt i et «*intensivt pediatrisk rehabiliteringsprogram ved et rehabiliteringssenter*» (Arfa et al., 2020). For å delta i dette rehabiliteringsprogrammet krevdes noe kjennskap til helsevesenet og noen språkkunnskaper, noe de nyankomne familiene ikke har/hadde. Deltakerne i studien hadde derfor ikke de samme utfordringene som nyankomne familier, og resultatene speiler ikke hvordan alle innvandrerefamilier har det når de søker bistand og hjelp fra helsevesenet. Førsteforfatter (og intervjuer) i studien har, i likhet med de deltakende familiene (intervjuobjektene), ikke norsk som førstespråk, noe som kan svekke kvaliteten på de

produserte dataene. Det kommer ikke frem av artikkelen om intervjuer har samme førstespråk som intervjuobjektene, men jeg tolker det dithen at på artikkelen at de har forskjellig førstespråk, og at dette derfor er en svakhet.

Kvarme, L. G., Fröh, E. A. & Lidèn, H. (2017)

Studien er utgitt i tidsskriftet *Child & Family Sosial Work*. Dette er et tidsskrift som er dedikert til å fremme velvære og velferd for barn og deres familier over hele verden, og gir en internasjonal definisjon av disiplinen og praksisen innen sosialt arbeid for barn og familie. (Child & Family Social Work, 2020). Familiene som har deltatt i denne studien er rekruttert fra sykepleiere og sosialarbeidere ved 2 sykehus i Norge. Dette gjør de deltakende familiene er på forskjellige stadier av migrasjonsprosessen (Kvarme et al., 2017). Noen av deltakerne er nyankomne innvandrere, mens andre var familier som var et resultat av ekteskap på tvers av landet. Det er gjennomført 27 individuelle intervjuer i forbindelse med studiene, slik at foreldrene fritt kunne utforske sine egne personlige erfaringer. Det ble også gjennomført tre fokusgruppeintervjuer, for å gjøre det lettere for familiene å diskutere sine erfaringer med andre familier i tilsvarende situasjon (Kvarme et al., 2017). Forfatterne beskriver hvordan spørsmålsformulering av åpne spørsmål, har gitt deltakerne mulighet til å svare ut ifra egne erfaringer og forutsetninger. Dette styrker kildens troverdighet. To av tre forfattere har doktorgrader (Ph.d.), noe som styrker forfatterens kredibilitet. Forfatterne skriver også at denne studien har blitt etisk godkjent fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk for Østlandet (REC) (Kvarme et al., 2017).

En svakhet med denne studien er at det er i hovedsak er mødre som er deltakere i denne studien, ettersom de var mer ivrige etter å dele sine erfaringer enn det fedre var (Kvarme et al, 2017). Det ble gjort forsøk på å rekruttere flere fedre til å delta, uten positive resultater. I studien har bare 8 familier deltatt, noe som gjør at resultatene ikke er et representativt utvalg for alle familier som er i tilsvarende situasjon som familiene som deltok i studien (Kvarme et al, 2017). Som nevnt har deltakerne blitt rekruttert til studien, noe som kan svekke resultatene noe, da familiene som har blitt rekruttert til å være med, og andre familier som kunne bidratt til å motbevise funn fra undersøkelsen kan ha blitt ekskludert.

Mostøl, A., Vist, G. E., Straumann, G. H., Spilker, R. S. & Austvoll-Dahlgren, A. (2018)

En styrke med denne kilden er at det er en systematisk oversikt på temaet. Den er utarbeidet og publisert av Folkehelseinstituttet (FHI), som vil underbygge kvaliteten i oversikten.

Forfatterne beskriver inklusjons- og eksklusjonskriteriene på en slik måte at man ser tydelig hva som har gjort at en artikkel er tatt med i oversikten eller ikke. Forfatterne skriver at de kun har inkludert systematiske oversikter av «høy kvalitet» publisert i 2012 eller senere, slik at rapporten representerer den mest oppsummerte forskningen på tema da den ble utgitt/publisert (Mostøl et al., 2018).

En svakhet ved denne kilden er at ved å lage en oversikt over de systematiske oversiktene som finnes, blir resultatene fra denne sekundærkilder for forfatterne. Det er derfor viktig å stille seg kritisk til, og få oversikt over forfatternes inklusjonskriterier i denne oversikten. Det er ikke hentet informasjon eller data direkte fra primærstudiene, som betyr at kvaliteten på denne rapporten er avhengig av primærkildenes forfatteres innhenting av informasjon er gjort korrekt og etisk riktig. Det kan også hende at i primærkildene som er brukt inneholder rapporteringsfeil eller utilstrekkelig informasjon for å få en «dyptgående forståelse av bevisene» (Mostøl et al., 2018). En annen ting som er en svakhet ved denne kilden er at noen av primærstudiene er gjort i USA, som har et annerledes helsesystem enn det vi har i Norge, og at det som rapporteres i disse studiene kan være forskjellig fra slik det er i Norge.

3.3 Etisk refleksjon:

Det som er viktig å poengtere er at familiene med innvandrerbakgrunn, ikke bare er familier fra eksempelvis Midtøsten eller Afrika, men fra alle land. Selv om man gjerne kan tenke at personer fra Sverige eller Danmark har den samme kulturen som etnisk norske, finnes det forskjeller. Etter Russlands invasjon av Ukraina, har ifølge FNs høykommissær for flyktninger over 5,5 millioner mennesker har flyktet fra landet siden 24. februar 2022 (UNHCR, 2022). Integrerings- og mangfoldsdirektoratet har anmodet kommunene i Norge til å ta imot 30 000 flyktninger fra Ukraina, og disse menneskene kommer med sin kultur til Norge (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2022). Dette viser til at det kan komme familier hvor barna har særskilte behov. Det er derfor viktig å vite hvilke tilleggsutfordringer som disse familiene og menneskene kan ha til sine barn med sine behov.

Som vernepleier vil man møte disse familiene både i dag, og i framtiden. Det er derfor viktig å sette seg inn i hvilke tilleggsutfordringer disse familiene har, og reflektere over hvordan vi kan hjelpe dem på best mulig måte.

3.4 Førforståelse:

Førforståelsen er ifølge Dahl (2019) «den stilltiende forståelsen vi har av (...) andre mennesker og verden omkring oss.» Vår førforståelse endres når vi møter andre eller nye fenomener eller opplever nye hendelser i livet (Dahl, 2019). Førforståelse skilles fra en *fordom* ved at vi prøver å møte et fenomen så «forutsetningsløst som mulig» uten av vi klarer å unngå at vi har tanker om det, i stedet for å ha en mening om fenomenet før det undersøkes (Dalland, 2021, s. 60).

Som nevnt innledningsvis, fikk jeg interesse for dette temaet da jeg jobbet med det i forbindelse med en annen oppgave. Det var i arbeidet med denne, jeg fikk min førforståelse om temaet. Det kom fram i arbeidet med denne oppgaven at innvandrerfamilier som har barn med særskilte behov er en brukergruppe som tjenesteytere har lite opplæring om. Som vernepleierstudent ved Høgskulen på Vestlandet har jeg ikke lært om disse familiene, og hvilke utfordringer de har som de etnisk norske familiene ikke har. Ved å arbeide med den tidligere oppgaven, innså jeg at innvandrerfamilier som har barn med særskilte behov, har flere tilleggsutfordringer i møter med helse- og omsorgstjenestene som gjerne ikke alle tjenesteytere tenker over.

Noen av tankene jeg hadde før jeg gikk i gang med arbeidet med denne bacheloroppgaven, kan defineres mer som fordommer enn førforståelse. Jeg har hele veien vært bevisst på dette, og søkt etter informasjon som kunne avkrefte det jeg tenkte på forhånd. Dalland (2021) sier at man må være bevisst på hva som er ens førforståelse, slik at dersom man ikke klarer å avkrefte de forhåndsforklaringene man har, vil dette gi mer validitet til ens forklaringer. Med dette menes at jeg ikke «låste meg» til kilder som bekreftet de tankene jeg hadde om temaet på forhånd, men søkte etter informasjon som kunne utvide min forståelse på temaet, enten om det var for å forsterke eller svekke hypotesene som jeg hadde før skrivearbeidet startet.

4.0 Hva sier litteraturen om temaet?

I dette kapittelet vil jeg presentere hovedfunn fra litteraturen som er brukt i oppgaven. Denne litteraturen er to kvalitative studier, en kunnskapsoppsummering, en bok og en oversikt over systematiske oversikter.

I 2020 skrev Arfa, Solvang, Berg og Jahnsen en kvalitativ studie kalt «*Disabled and immigrant: a double minority challenge: a qualitative study about the experiences of immigrant parents of children with disabilities navigating health and rehabilitation services in Norway*». Bakgrunnen for denne studien var at det forfatterne så at innvandrere, og deres norskfødte barn, utgjør rundt 18 % av den norske befolkningen, og at i flere tidligere utførte studier er innvandrere underrepresentert i studier av barn med funksjonsnedsettelse (Arfa et al., 2020). Forfatterne ønsket med denne studien å se på hvordan familier med innvandrerbakgrunn navigerer i helse- og rehabiliteringstjenester i Norge, og studien genererte kunnskap om hvor tilgjengelige og skreddersydde de norske helsetjenestene var for disse familiene, ut ifra familienes ståsted (Arfa et al., 2020). Resultatene fra studien, viste hvordan «innvandreropplevelsen» påvirket hvordan foreldrene så på og opplevde de helse- og omsorgstjenestene som de og deres barn mottok.

Studien viste også at flere familier opplevde flere utfordringer når de skulle navigere i de ulike tjenestene. Utfordringene inkluderte behovet for informasjon, støtte og hjelp til riktig tid (Arfa et al., 2020). Flere av familiene i studiene følte seg utmattet på grunn av lange kamper med helsevesenet for å få tilgang på den hjelpen og tjenestene de hadde behov for, og at dette kunne gå ut over forelderens enge helse (Arfa et al., 2020). Det kom også fram at de satt med en følelse av å bli behandlet annerledes enn flertallet, og at foreldrenes opplevelser av kommunikasjon med helsepersonell ikke bare ble påvirket av deres eget språk og kommunikasjonsevner. Også helsepersonellens interkulturelle kommunikasjonsevner spilte en rolle.

I boken *Innvandring og funksjonshemming* har Berg (2012) er det skrevet flere kapitler som vil være relevant for oppgaven. Forfatteren har tatt for seg hvordan minoritetsfamilier blir møtt i det norske helse- og velferdssystemet. Både innvandring og funksjonshemming kan i

seg selv skape utfordringer for personen som har denne bakgrunnen, men når en person har begge disse utfordringene, kan det sees på som «dobbel opp». Boken tar for seg problemstillingen i å være ny i land, med andre kulturer og verdier enn ens hjemland, og samtidig få beskjed om at barnet trenger ekstra oppfølging som følge av eksempelvis alvorlig kronisk sykdom eller funksjonsnedsettelse (Berg, 2012). Når man som tjenesteyter i helse- og omsorgstjenestene møter mennesker og familier med denne kombinasjonen av utfordringer, er det viktig å gjøre seg tanker om hvordan kulturforskjeller eller språklige barrierer kan påvirke samhandlingen. Det er også viktig å ha en forståelse for at det kan være ulike syn på, og forståelse om, ulike diagnoser, og at en persons hjemland kan ha en annen forestilling om hva funksjonshemming er og hvorfor man får det, enn den forståelsen vi har for dette i Norge.

Torunn A. Sajjad laget i 2012 en kunnskapsoppsummering kalt *Innvandrere og barn av innvandrere med utviklingshemming og deres familier*. Denne ble laget på oppdrag fra Bufdir, med hensikt å lage en kunnskapsoppsummering om utviklingshemmede med innvandrerbakgrunn og deres familier (Sajjad, 2012). Sajjad har med denne kunnskapsoppsummeringen gjennomført litteratur- og fagsøk på forskning gjort mellom 1995 og 2012. I studiene som Sajjad har brukt, ble det rapportert 7 temaer/utfordringer som er gjentas i flere av de 14 resultatene som forfatteren har fått etter litteratur- og fagsøk (Sajjad, 2012). De 7 temaene er:

- 1) Kulturelle og språklige utfordringer knyttet til diagnose/begrepet utviklingshemming
- 2) Storfamilie og hjelpeapparat
- 3) Bekymringer rundt ekteskap
- 4) Slektbaserte ekteskap
- 5) Mangel på kunnskap om, og tilgang til rettigheter generelt, og spesielt helse- og omsorgstjenester blant innvandrerfamilier
- 6) Deltakelse i interesseorganisasjoner, og
- 7) Tolk og bruk av tolketjenester

(Sajjad, 2012).

Kvarme (et al) skrev i 2017 en kvalitativ studie titulert «*How do immigrant parents of children with complex health needs manage to cope in their daily lives?*». Studien handler om

hvordan innvandrereforeldre med barn med komplekse helserelaterte behov/problemer klarer seg i hverdagen. Det viste seg at foreldrene opplevde hverdagen som stressende, og at de var sårbare for stresset fordi de kunne mangle språkkunnskaper og kunnskaper om helsevesenet. I tillegg var et begrenset sosialt nettverk en faktor som spilte inn på stresset foreldrene kunne kjenne på. Studien fokuserer hovedsakelig på hva foreldrene gjør for å mestre hverdagen, og hvilke metoder de bruker (Kvarme et al., 2017).

Det ble også undersøkt hvordan foreldrenes selveffektivitet og immigrasjonsprosess påvirket deres mestring. Funnene fra studien tydet på at det var foreldrenes kjærlighet til barnet som i størst grad hjalp dem til å mestre hverdagen. Funnene pekte også på at nyankomne innvandrere, alenemødre med et alvorlig sykt barn som manglet støtte, og innvandrereforeldre med språkvansker slet med å klare seg. Forfatterne så at noe av stresset som foreldrene føler på var knyttet til personlige, sosiale og strukturelle problemer, og til de utilgjengelige ressursene som er tilgjengelig for å møte barnets behov (Kvarme et al., 2017). Foreldrene bemerket at tilgang til både universelle og selektive velferdstjenester er en viktig faktor som har bidratt til deres selveffektivitet og mestring.

Mostøl (et al) laget en systematisk oversikt over oppsummert kunnskap om effekten av tilpasset helseinformasjon og pasientopplæring for innvandrere eller personer med minoritetsetnisk bakgrunn i 2018 (Mostøl et al., 2018). Forfatterne kom fram til at det å gi tilpasset helseinformasjon og pasientopplæring, kunne innebære et spekter av ulike tiltak med ulik intensitet. Det ble undersøkt og rapportert at noen innvandrere- eller minoritetsetniske grupper strever med å bruke de tilgjengelige helsetjenestene eller følge opp egenbehandling på en optimal måte, og at dette kunne ha bakgrunn i at det var begrenset tilgang til informasjon om tjenestene. Flere av studiene som forfatterne tok for seg var gjennomført i USA, men peker på at til tross for forskjellene på helsesystemet i USA og Norge kan personer oppleve lignende barrierer eller utfordringer i bruk av helsesystemet (Mostøl et al., 2018).

5.0 Drøfting:

I dette kapittelet vil jeg forsøke å besvare problemstillingen. Før jeg gjør dette, vil jeg drøfte innvandrersfamiliens utfordringer i møte med helse- og omsorgstjenestene i et historisk

perspektiv, før jeg vil drøfte hvordan mangelfull kommunikasjon mellom tjenesteytere og innvandrersfamilie skaper hovedutfordringen for familiene.

At det er et økende etnisk mangfold i det norske samfunnet, gjør at det kreves mer faglig kompetanse, fleksibilitet og kreative løsninger fra tjenesteyterne, slik at alle som har behov får tilgang til et likt tjenestetilbud. Ut ifra litteraturen presentert over, kommer det frem at innvandrersfamilier som har barn med særskilte behov ikke nødvendigvis får et likt tjenestetilbud. Man kan anta at vi som vernepleiere vil møte disse familiene i løpet av arbeidslivet, og at man som representant for helse- og omsorgstjenestene i Norge, møter disse familiene med respekt og forståelse for at de kan ha andre utfordringer enn når man møter etnisk norske familier. For å se på hva vi som vernepleiere kan gjøre for disse familiene, trekker jeg fram problemstillingen:

Hvordan kan vi som vernepleiere tilrettelegge for at personer med innvandrersbakgrunn som har barn med særskilte behov får gode og tilrettelagte velferdstjenester?

5.1 Når skal det bli bedre?

Selv om en vernepleier i teorien skal kunne tilpasse seg å møte mennesker i ulike livssituasjoner eller -faser, kan vi se at det er over lengre tid blitt rapportert at innvandrersfamilie møter andre, og flere, problemer eller utfordringer i helsevesenet. Sajjads kunnskapsoppsummering fra 2012, ble laget for å få oversikt over kunnskapen om utviklingshemmede med innvandrersbakgrunn. I litteraturen som er brukt i denne er det forskning som går tilbake til 1995. Dette peker på at innvandrersfamilie har hatt utfordringer i møte med helse- og omsorgstjenestene i lang tid. Arfa (et al) sin kvalitative studie fra 2020, viser at familiene fortsatt har de samme problemene. Over en periode på 35 år, blir det altså rapportert at innvandrersfamilier ikke får den hjelp de trenger og har krav på.

I 2012 utgjorde innvandrere 13,1% av befolkningen, mens i 2020 utgjorde den samme gruppen mennesker rundt 18 % av befolkningen (Arfa et al., 2020; Sajjad, 2012). SSB oppdaterte sine tall i mars 2022, og disse sier at det er i dag 18,9 % av befolkningen som er innvandrere eller norskfødte barn av innvandrere (SSB, 2022). Dette viser at denne gruppen med mennesker er i stadig vekst i Norge, noe som gjør at man i også i framtiden vil kunne

møte disse familiene med tilsvarende utfordringer som de familiene vi møter i dag. Dersom vi ser på dette opp mot de politiske føringene på teamet, ser vi at det er en (lang) vei å gå.

På generell basis pekte NOU 2016:17 på at det ikke gjøres nok for mennesker med utviklingshemming. Når vi vet at innvandrerfamilier med barn med særskilte behov, har flere utfordringer knyttet til barnets behov enn etnisk norske familier med barn med tilsvarende utfordringer, sier NOU 2016:17 (2016) indirekte at det ikke gjøres nok for innvandrerfamiliene. Det er altså sett fra et politisk perspektiv at mennesker med utviklingshemming ikke får den bistand de trenger og har krav på. NOU 2016:17 har heller ikke resultert i klare og håndfaste metoder for å hjelpe disse menneske på, noe som er kritikkverdig. Ut ifra NOUen ble Likeverdsreformen (Meld. St. 25 (2020-2021)) lagt fram, og nok en gang pekte på at den faktiske tilstanden ikke var slik som det var ønskelig at den skulle være. Likeverdsreformen skal gjøre at familier som har eller venter barn med særskilte behov, får et mer tilrettelagt og helhetlig tilbud om hjelp og bistand, men heller ikke denne har per i dag resultert i konkrete tiltak for å hjelpe disse menneskene og deres familier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

5.2 Mangelfull kommunikasjon skaper problemer

I litteraturen jeg har presentert over, er det flere tema som går igjen. Det som kan trekkes fram som en av hovedutfordringene for innvandrerfamiliene i møte med helse- og omsorgstjenesten er språk- og kommunikasjonsbarrierer. Kommunikasjon er et av de viktigste redskapene vernepleiere har «verktøykassen» sin i møte med brukere. At kommunikasjon er viktig kommer frem i Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning som et av formålene med hele vernepleierutdanningen (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019). For å kunne arbeide etter verdiene i *yrksetisk grunnlagsdokument* som FO legger fram, må det ifølge Eide & Eide (2017) være god kommunikasjon mellom tjenesteytere og pasienter, brukere og pårørende.

Men hvorfor ser man utfordringer i kommunikasjonen mellom tjenesteytere og innvandrerfamiliene? Dette er det flere grunner til, og Sajjad trekker frem at det som defineres som «utviklingshemming» kan være forskjellig i ulike samfunn. Sajjad (2012) skriver at selv

om en person blir diagnostisert med, og får «merkelappen» utviklingshemmet i norsk kontekst, blir man ikke nødvendigvis kategorisert på samme måte i andre kulturer (Sajjad, 2012). Det kommer frem av forskningen som Sajjad har tatt for seg at det på flere språk blir sagt «syk», når begreper knyttet til «utviklingshemming» eller «funksjonshemming» blir sagt på norsk (Sajjad, 2012). Dette kan peke på at det ikke finnes overlappende begreper, og at disse begrepene kanskje ikke finnes i alle språk. Forfatteren påpeker også at begrepet «funksjonshemmet» er utviklet i en vestlig kontekst, og videre at i norsk kontekst fører dette begrepet til rettigheter for personen, i motsetning til andre land der staten ikke bidrar med ytelser og tjenester slik som i Norge (Sajjad, 2012). At noen familier kommer fra land der man ikke har de samme begrepene som vi har her i Norge, kan skape utfordringer, og det er viktig at man som vernepleiere er bevisst på dette. Man må finne måter å forklare på en slik måte at det blir gjort forståelig for mottakeren, med referansepunkter som bidrar til økt forståelse. Det må bemerkes at de fleste studiene i kunnskapsoppsummeringen til Sajjad viser at de fleste tjenesteyterne gjør så godt de kan, selv om de preges av usikkerhet (Sajjad, 2012).

En annen grunn til kommunikasjonsproblematikken er at familiene ikke forstår alt det som blir formidlet til dem, og at tjenesteyterne ikke forstår alt det som familiene formidler. Så hvordan kan vi som vernepleiere øke sjansene for at kommunikasjonen med disse familiene blir bedre? Som helsepersonell, som en vernepleier er, har vi en plikt til å gjøre det vi kan for å sikre god kommunikasjon. Pasient- og brukerrettighetsloven §3-5 sier at «informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som (...) kultur- og språkbakgrunn» (Lovdata, 2009), noe som betyr at en skal gjøre det man kan for å formidle informasjon på en forståelig måte. Sajjad trekker fram bruk av tolk som noe som kan gjøre språklige barrierer mindre, men at det blir brukt i for liten grad (Sajjad, 2012). Ettersom språk- og kommunikasjonsproblemer er en tilleggsbelastning for innvandrerfamilier med barn som har særskilte behov, kan man stille seg spørsmål om hvorfor det ikke blir brukt mer tolk enn det gjør.

Bruk av tolk er ikke bare for at familiene skal kunne forstå det som blir formidlet, men også et viktig hjelpemiddel for at tjenesteyterne skal kunne yte gode tjenester, både etisk, faglig og i henhold til lovene (Sajjad, 2012). For mange tjenesteytere, og meg selv inkludert, kan det være helt naturlig å prate med andre eksempelvis på engelsk, eller et annet språk man snakker

flytende på dersom det er behov for det. I noen tilfeller kan dette være «godt nok», ettersom mange innvandrere snakker og forstår engelsk godt, enten fordi de har innvandret fra engelskspråklige land eller at de er arbeidsinnvandrere med høyere utdanning fra sitt hjemland. Mennesker som har vært nødt til å flykte fra eget hjemland grunnet krig eller andre grunner, har ikke nødvendigvis de samme språkkunnskapene på andre språk enn sitt morsmål. Berg (2012) trekker fram at det er en forskjell på «hverdagsnorsk» og det å kunne kommunisere om kompliserte temaer som helse, sykdom og funksjonshemming. Med andre ord, kan samtaler om enklere temaer gå helt uproblematisk for seg, mens møter med eksempelvis lege eller helsestasjon kan være forvirrende og vanskelig for familiene.

Å prate i en «helsesammenheng» krever et større ordforråd enn på butikken. I tillegg kan situasjonene hvor kommunikasjonen om helserelaterte spørsmål ofte finne sted i situasjoner som er preget av mer stress og usikkerhet for familiene (Berg, 2012, s. 190). Som Kvarme (et al, 2017) beskriver, opplever familiene stress og sårbarhet som følge av at de mangler språkkunnskaper i møter med helsevesenet. Dersom vi ikke kan kommunisere på en adekvat måte med disse familiene, risikerer man å ikke kunne tilby dem det som de har krav på etter loven. Lovverket beskriver hver pasient/brukers rettigheter over egen situasjon, og trekker fram brukermedvirkning og selvbestemmelse som spesielt viktige.

Som vernepleier i helse- og omsorgstjenestene må vi tenke over hvordan vi kan gi disse menneskene muligheten til dette, og lete etter løsninger for å kunne bidra på en best mulig måte. Det sier seg selv at en person ikke kan være med å bestemme eller medvirke sin egen hverdag om de ikke har muligheten til å uttrykke sine ønsker og behov. Personene, og deres familier må også ha kunnskap om hvilke rettigheter de har, noe Sajjad (2012) trekker frem at ikke er tilfellet i praksis. Muligheten for å tilegne seg denne kunnskapen har en sammenheng med personens utdanning og norskerferdigheter, men også norsktalende innvandrerfamilier etterlyser bedre tilgang til informasjon (Sajjad, 2012).

Sajjad (2012) peker på at mulighetene for å tilegne seg ny kunnskap har en sammenheng med utdanning og norskerferdigheter. Det kommer fram at også norsktalende innvandrerfamilier etterlyser bedre tilgang til informasjon. Dette viser at selv om familiene har språkkunnskaper

som tilsier at de kan forstå informasjonen, er det ikke «lett tilgjengelig» for dem, hverken på norsk eller sitt morsmål. For tjenesteyterne blir da en av hovedutfordringene å bli gode nok til å tilrettelegge for tjenester der det er nødvendig (Sajjad, 2012).

5.3 Hvordan kan vi som vernepleiere tilrettelegge for at personer med innvandrerbakgrunn som har barn med særskilte behov får gode og tilrettelagte velferdstjenester?

Basert på det jeg har presentert tidligere i oppgaven, ser vi at det over lang tid har blitt rapportert at innvandrerfamiliene møter problemer i helse- og omsorgstjenestene. Dette er noe som man må være bevisst på i møte med familiene. Dersom man møter familiene med respekt og forståelse, kan dette hjelpe mot det stresset som familiene i studien til Kvarme (et al, 2017) rapporterer at de opplever.

For å kunne gi gode og tilrettelagte velferdstjenester er det viktig at familiene føler seg og blir forstått og hørt, og at de får være med å medvirke og bestemme over sin situasjon. Som vernepleier kan man ved å være bevisst på at innvandrerfamiliene har disse tillegg utfordringene som etnisk norske ikke har, gjøre en større innsats for å hjelpe og bistå dem. Å kritisk reflektere over egen praksis kan bidra til å sikre familienes rettigheter, samt gjøre at møter med helse- og omsorgstjenestene blir positive opplevelser for familiene. Som Mostøl (et al, 2020) poengterer opplever mange av disse familiene at de må «kjempe» for å få det de har krav på i møter med det offentlige, ofte i lang tid. Å kunne gi informasjon til, og få informasjon fra, familiene på en måte som alle parter forstår, kan utgjøre store forskjeller. Det å bruke tolk i situasjoner som krever det, kan gjøre at kommunikasjonen og samhandlingen med familiene går bedre, og føre til positive utfall for både familiene og tjenesteyterne.

6.0 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg sett på hva vi som vernepleiere kan gjøre i møte med innvandrerfamilier som har barn med særskilte behov for å gi gode og tilrettelagte velferdstjenester. Disse familiene møter andre og flere utfordringer i møte med helse- og omsorgstjenestene enn det etnisk norske familier med barn med tilsvarende hjelpebehov gjør. Språk- og kommunikasjonsproblemer trekkes fram som hovedgrunnen til dette, og det er derfor viktig at vi som vernepleiere er bevisst på dette når vi møter

disse familiene. På denne måten kan vi skape god samhandling med familiene, og hjelpe dem med å få informasjonen de trenger og har krav på, og bidra til at familienes selvbestemmelsesrett blir oppfylt.

7.0 Litteratur:

- Arfa, S., Solvang, P. K., Berg, B., & Jahnsen, R. (2020). Disabled and immigrant, a double minority challenge: A qualitative study about the experiences of immigrant parents of children with disabilities navigating health and rehabilitation services in Norway. *BMC Health Services Research*, 20(1), 134. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5004-2>
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2021, oktober 13). *FN-konvensjonen om rett til menneske med nedsett funksjonsevne (CRPD)*. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/nr/tema/likestilling-og-mangfold/likestilling-og-inkludering/konvensjoner/fn-konvensjonen-om-rettar-til-menneske-med-nedsett-funksjonsevne-crpd/id2426271/>
- Berg, B. (2012). *Innvandring og funksjonshemming: Minoritetsfamilier i møte med tjenesteapparatet*. Universitetsforlaget.
- Blom, S., & Henriksen, K. (2008). *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*. SSB. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/levekar-blant-innvandrere-i-norge-2005-2006>
- BMC. (u.å.). *BMC Health Services Research*. BioMed Central. Hentet 9. mai 2022, fra <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/>
- Bufdir. (2022, februar 15). *Innvandrere med nedsatt funksjonsevne*. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/nedsatt_funksjonsevne/Innvandring/
- Child & Family Social Work. (2020). *Child & Family Social Work*. Wiley Online Library. [https://doi.org/10.1111/\(ISSN\)1365-2206](https://doi.org/10.1111/(ISSN)1365-2206)

Dahl, Ø. (2019, januar 17). *Forståelsessirkelen—Kommunikasjon og kultur 3 (LK06)*. NDLA.

<https://ndla.no/nb/subject:1:b9e86c43-93b8-49e9-81af-09dbc7d79401/topic:2:193544/topic:2:82742/resource:1:82759>

Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal akademisk.

Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

FO. (2015). *Yrkesetisk grunnlagsdokument*. <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (FOR-2019-03-15-411)*. Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, mars 26). *Meld. St. 25 (2020–2021) –*

Likeverdsreformen – Et samfunn med bruk for alle. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-25-20202021/id2841293/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

(LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsebiblioteket¹. (u.å.). *Kritisk vurdering*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. Hentet 7.

mai 2022, fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>

Helsebiblioteket². (u.å.). *Litteratursøk*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. Hentet 6. mai

2022, fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok>

Helsebiblioteket. (2016, juni 7). *Kildevalg*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsebiblioteket. (2018, november 12). *Metodebeskrivelse for litteratursøk ved utarbeidelse*

av kliniske fagprosedyrer. Helsebiblioteket.No; Helsebiblioteket.no.

<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/litteratursok>

Helsedirektoratet. (2019, november 28). *Hvor skal man begynne?* Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/hvor-skal-man-begynne-et-utfordringsbilde-blant-familier-med-barn-og-unge-som-behøver-sammensatte-offentlige-tjenester>

ICD-10. (2022). *FinnKode—Direktoratet for e-helse medisinske kodeverk—ICD-10, NCMP, NCSP, ICPC-2, BUP, ICF-CY*. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1>

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (2022, mars 29). *Oppmoding om busetting for 2022*.

IMDi. <https://www.imdi.no/planlegging-og-bosetting/bosettingsprosessen/imdis-anmodning/>

Kunnskapsdepartementet. (2009, mai 29). *St.meld. Nr. 41 (2008-2009) – Kvalitet i barnehagen*. Kunnskapsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-41-2008-2009/id563868/>

Kvarme, L. G., Alebertini Früh, E., & Lidèn, H. (2017). How do immigrant parents of children with complex health needs manage to cope in their daily lives? *Child & Family Social Work*, 22(4), 1399–1406. <https://doi.org/10.1111/cfs.12358>

Mostøl, A., Vist, G. E., Strauman, G. H., Spilker, R. S., & Austvoll-Dahlgren, A. (2018). *Adapted health information and patient education for persons with immigrant or minority ethnic background: An overview of systematic reviews*.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/adapted-health-information-for-persons-with-immigrant-background-rapport-2018.pdf>

NOU 2016:17. (2016, oktober 3). *På lik linje – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Barne- og familiedepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Sajjad, T. A. (2012). *Innvandrere og barn av innvandrere med utviklingshemning og deres familier – En kunnskapsoppsummering*.

<https://naku.no/sites/default/files/Innvandrere%20og%20barn%20av%20innvandrere%20med%20utviklingshemning%20og%20deres%20familier.pdf>

Sosialtjenesteloven. (2009). *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (LOV-2009-12-18-131)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131?q=sosialtenestelova>

SSB. (2022, mars 7). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. SSB.

<https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>

UNHCR. (2022). *Ukraine emergency*. UNHCR. <https://www.unhcr.org/ukraine-emergency.html>