



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Tverrkulturell kommunikasjonskompetanse i helsearbeid - hvordan samhandle med etniske minoritetsfamilier som har funksjonshemmede barn.  
Cross-cultural communication competence in health-work - how to interact with ethnic minority families with disabled children.**

Randi Rasmussen Bjørlo

Totalt antall sider inkludert forsiden: 42

Molde, 24.05.2012



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Nils Bekkevold

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 24.05.2012

**Antall ord: 10640**

## **Forord / Sammendrag**

Denne teksten er en sammenfatning av hele min oppgave;

### **HJELPEKUNST**

Hvis det i sannhet skal lykkes  
å føre et menneske hen til et bestemt sted,  
må man først og fremst passe på å finne ham der  
hvor han er,  
og begynne der.

Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst.  
Enhver der ikke kan det,  
er selv i innbilning,  
når han mener å kunne hjelpe andre.

For i sannhet å kunne hjelpe en annen,  
må jeg forså mer enn han,  
men dog vel først og fremst forstå  
det, han forstår.

Når jeg ikke gjør det,  
så hjelper min mer-forståelse ham slett ikke.

Vil jeg likevel gjøre min mer-forståelse gjeldende,  
så er det fordi  
jeg er forfengelig eller stolt,  
så jeg i grunnen  
i stedet for å gagne ham,  
egentlig vil beundres av ham.

Men all sann hjelpekunst  
begynner med ydmykelse.  
Hjelperen må først ydmyke seg under den han vil  
hjelpe  
og derved forstå,

at det å hjelpe  
ikke er å beherske, men det å tjene-

at det å hjelpe  
ikke er å være den herskesykeste, men den tålmodigste-

at det å hjelpe  
er villighet til inntil videre  
å finne seg i å ha urett og ikke å forstå,  
det den andre forstår.

- Søren Kierkegaard

# Innhold

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Relevans til vernepleieyrket.....	2
1.3 Formålet med oppgaven.....	3
1.4 Oppgavens oppbygging.....	3
<b>2. Problemstilling</b> .....	<b>5</b>
2.1 Tema.....	5
2.2 Problemstilling.....	5
2.3 Begrunnelse og avgrensing av problemstilling.....	5
2.4 Begrepsavklaringer .....	6
<b>3. Metode</b> .....	<b>8</b>
3.1 Litteraturstudie som metode.....	8
3.2 Beskrivelse av metode.....	9
3.2.1 Søkeord .....	9
3.2.2 Utvalgelse.....	9
3.3 Validitet og reliabilitet i forhold til litteraturstudie.....	10
3.4 Forforståelse .....	11
<b>4. Funn</b> .....	<b>14</b>
4.1 Kommunikasjonsmodeller .....	14
4.1.1 Tverrkulturell kommunikasjon .....	15
4.1.2 Tverrkulturell kompetanse .....	16
4.2 Etnosentrisme og Kulturel relativisme.....	16
4.2.1 Etnosentrisme.....	16
4.2.2 Kulturel relativisme.....	17
4.3 Helsearbeid og etniske minoritetsfamilier .....	18
<b>5. Drøfting av teori i forhold til problemstilling</b> .....	<b>24</b>
1. Hvordan påvirker kulturforståelse samhandling med etniske minoritetsfamilier? .....	25
2. Har helsearbeidere kunnskap om tverrkulturell kommunikasjonskompetanse? .....	26
3. Hvordan blir etniske minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn møtt av det norske helsevesenet? .....	28
4. Hvordan kan tverrkulturell kommunikasjonskompetanse bidra til gjensidig empowerment? .....	29
5. Hvordan sikre like rettigheter for behandling på en faglig god og etisk forsvarlig måte? .....	31
<b>Avslutning</b> .....	<b>33</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>35</b>

”Vi skal ikke være for betatt av oss selv- det har vært kulturer før vår”.

- *Nils Bøgh Andersen*

## **1. Innledning**

”Målene om likestilling og full deltakelse i samfunnet gjelder alle mennesker med funksjonsnedsettelse. For at målene skal virkeliggjøres, må minoritetsperspektiver synliggjøres og legges til grunn ved utforming av politikken for et inkluderende samfunn”.

NOU 2001:22

Bacheloroppgaven er min avsluttende fordypningsoppgave i sjette og siste semester i tilknytning til vernepleieutdanningen ved Høgskolen i Molde. Oppgaven bygger på et selvvalgt tema og er et selvstendig individuelt arbeid.

Fagplanen (2010) har blant annet fokus på; flerkulturell forståelse, integrering, menneskesyn, utstøtningsprosesser og empowerment. Ut ifra dette ståsted har jeg av egeninteresse valgt å skrive om tverrkulturell kommunikasjonskompetanse i helsearbeid og relatere dette til emner som omhandler; kultur, marginalisering og generalisering, tid og tålmodighet, oppmerksomhet rundt egen forforståelse av kultur, medmenneskelighet, ordets betydning og makt, nettverk, tolk, personlige holdninger, kjennskap og forståelse av tilbud, samt tilrettelegging av tilbud.

### ***1.1 Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema***

Tema for denne oppgaven er tverrkulturell kommunikasjonskompetanse i tilknytning til helsearbeiderens møte med etniske minoritetsfamilier som har funksjonshemmede barn. Foruten en personlig interesse for dette feltet som grunner i bred erfaring fra ulike reiser i Afrika, Asia og på Grønland så er mitt hovedfokus at samfunnet stadig blir mer flerkulturelt. Jeg synes det er viktig og interessant å tilegne meg lærdom i hvordan jeg som vernepleier kan bidra til å gi minoritetsfamilier som har barn med funksjonshemming styrke og verdighet i møte med helse- og omsorgsvesenet. Av erfaring har jeg opplevd at helsearbeidere, eksempelvis i Barnevernet og BUP, synes det er utfordrende å forholde seg

til etniske minoritetsfamilier og jeg undrer meg over dette, hvorfor er det slik? Thomas Hylland Eriksen (2001) stiller et interessant spørsmål som jeg ofte reflekterer over: ”kan mennesker med forskjellig religion, morsmål og ulike skikker klare å ha et fellesskap og utvikle en felles identitetsfølelse når de ikke har samme kulturelle bakgrunn?”.

I tillegg til min personlige interesse og begeistring for flerkulturell forståelse ga erfaring fra fordypningspraksis ved *Enhet for barnehabilitering* (6. semester) meg et ytterligere ”push” til å fordype meg i dette interessante feltet. I samtaler og diskusjoner med praksisveiledere og andre fagprofesjoner som eksempelvis; fysioterapeut, ergoterapeut, vernepleier/spesialpedagog, psykolog, barnevernspedagog og familierapeut kom det fram at det var store utfordringer i forhold til god kommunikasjon mellom helsearbeideren og den etniske minoritetsfamilien. Eksempelvis kunne de ulike erfaringene og utfordringene relateres til; egen forforståelse, betydningen av kultur, innsikt i de forskjellige kulturene, samtaleteknikker og kvalitetssikring av tolk.

## ***1.2 Relevans til vernepleieyrket***

Hovedfokus i Fagplanen for bachelor i vernepleie er som følger;

”Formålet med vernepleieutdanninga er å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifisert for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester”.

(Fagplan, 2010:3)

Som vernepleier innehar jeg en bachelorgrad i helse- og omsorgsfag hvor det er viktig å sette arbeidet i system og bruke denne systematikken målrettet. Helsearbeid og samhandling med etniske minoritetsfamilier og grupper med fokus på faktorene; flerkulturell forståelse, integrering, menneskesyn, utstøtningsprosesser og empowerment vil inngå i dette vernepleiefaglige perspektivet. Empowerment på et kollektivt plan viser til; ”..å stimulere, gi kraft, styrke eller autoritet til grupper, for eksempel minoriteter, til å gjennomføre tiltak i retning av bedre livskvalitet – til forskjell fra å lære dem hjelpsløshet eller å klientifisere dem” (Bø og Helle, 2008:69).

For å gi etniske minoritetsfamilier som har barn med funksjonshemming styrke, makt og verdighet i møte med helse- og omsorgsvesenet er det essensielt å ha kunnskap om- og erfaring i tverrkulturell kommunikasjon for å formidle deres behov og sikre like rettigheter for behandling på en faglig god og etisk forsvarlig måte (Fagplan, 2010). Samtidig er vi også et samfunn som stadig er i endring og som har økt innvandring av etniske minoritetsgrupper, dette igjen medfører et økt behov for tverrfaglig samarbeid mellom eksempelvis kommune, stat, ulike institusjoner og målgruppen. Derfor mener jeg også at det er spesielt viktig å heve kompetansen for tverrkulturell forståelse blant helsearbeidere for å kvalitetssikre faglig samarbeid, og ikke minst; gi et tilpasset tilbud til minoritetsfamiliene.

### ***1.3 Formålet med oppgaven***

Formålet med oppgaven har vært å tilegne meg dypere innsikt om tverrkulturell kommunikasjonskompetanse. Som profesjonell yrkesutøver og helsearbeider ønsker jeg å formidle og beskrive hvordan denne kunnskapen kan være med på å tilrettelegge for en helsetjeneste som setter brukerperspektivet i fokus, og som er faglig og etisk forsvarlig. Samtidig ønsker jeg å dele denne lærdommen og kanskje bidra til å gjøre helsearbeideren tryggere og mer sensitiv i sitt møte med etniske minoritetsfamilier noe som igjen kan gi disse økt livskvalitet. Dette grunner også i at jeg har vært i samtaler og møter med ulike instanser i helse- og omsorgsvesenet eksempelvis, barnevern, personalavdeling og psykiatriske institusjoner, og tilbakemeldingen er lik fra alle; de har liten kompetanse innenfor området tverrkulturell kommunikasjon og for mange helsearbeidere fører dette til en ekstra belastning og usikkerhet i arbeidet.

### ***1.4 Oppgavens oppbygging***

*Generelle retningslinjer for oppgaveskriving og litteraturoppsett* for vernepleiestudiet ved Høgskolen i Molde har en oversiktlig layout og jeg har valgt å ta utgangspunkt i denne.

I første del av oppgaven har jeg sagt noe om tema og bakgrunn for valg av tema, og relatert dette til fagplan og vernepleiefaget. Videre følger en presentasjon av problemstilling, avgrensinger, begrepsavklaringer samt teoretisk / faglig plattform og forforståelse. Deretter legger jeg frem hvilken metode jeg har valgt i tilknytning til



problemstilling og begrunnelse og beskrivelse av denne. Herunder sier jeg også si litt om søk, utvelgelse, avgrensing, validitet og reliabilitet av litteratur. I hoveddelen presenteres funn og drøfting og hovedtyngden av teori vil være under punktet; *Helsearbeid og etniske minoriteter*. Deretter tar jeg for meg drøfting; hva jeg har funnet av teori og hvilke teoretiske perspektiver og begreper som er relevante for problemstillingen. Her vil jeg framlegge flere perspektiver for å synliggjøre hvorfor tverrkulturell kommunikasjonskompetanse i helsearbeid er essensielt, og ta utgangspunkt i Fifes teoretiske perspektiv om hvordan etnosentrisme og kulturel relativisme er en del av vår kulturforståelse og som berører tverrkulturell kommunikasjon i tilknytning til helsearbeid. Jeg vil drøfte teorien opp imot min forforståelse av tverrkulturell kommunikasjonskompetanse med tanke på å vise hvordan bestyrking blant helsearbeiderne på dette området kan bidra til økt mestring, inkludering og livskvalitet til etniske minoritetsfamilier. Til slutt i oppgaven vil jeg gi en kort oppsummering og mine tanker om oppgaven i sin helhet.

## **2. Problemstilling**

### ***2.1 Tema***

Tema for oppgaven er tverrkulturell kommunikasjon i tilknytning til helsearbeid og etniske minoritetsfamilier som har funksjonshemmede barn. Det er essensielt å styrke helsearbeideres kommunikasjonskompetanse på dette feltet og dermed bidra til å gi minoritetsfamiliene verdighet og styrke i møte med helse- og omsorgsvesenet.

### ***2.2 Problemstilling***

**”Tverrkulturell kommunikasjonskompetanse i helsearbeid – hvordan samhandle med etniske minoritetsfamilier som har funksjonshemmede barn”.**

**“Cross-cultural communication competence in health-work - how to interact with ethnic minority families with disabled children”.**

Jeg ønsker ut ifra teori å belyse begrepene tverrkulturell kommunikasjonskompetanse, helsearbeid, samhandling, etniske minoritetsfamilier og funksjonshemming. Videre vil jeg besvare problemstillingen ved å trekke inn teori og drøfte ulike perspektiver.

### ***2.3 Begrunnelse og avgrensing av problemstilling***

Feltet *tverrkulturell kommunikasjon* favner et stort område. Jeg har valgt å fokusere på *etniske minoritetsfamilier som har funksjonshemmede barn*, og hvordan helsearbeiderens/vernepleierens kompetanse innenfor dette feltet påvirker forholdet til disse brukerne. Samtidig ønsker jeg i denne oppgaven å underbygge for disse utfordringene teoretisk, finne svar og vise til at økt kunnskap og mestring av tverrkulturell kommunikasjonskompetanse er essensielt i helsearbeid og samhandling med etniske minoritetsfamilier. I oppgaven er etniske minoriteter relatert til; innvandrere, flyktninger og etterkommere fra ikke-vestlige land, eksempelvis fra land som Somalia, Midt-Østen, Pakistan og Thailand.

## 2.4 Begrepsavklaringer

Tverrkulturell:

Tverr; på tvers av

Kulturell; av ordet kultur, stammer fra det latinske ordet ”colere” som betyr å dyrke, bearbeide. Kultur er en måte å føle, tenke og tro på, og levemåte, skikker og tankemønstre er tilpasset samfunnets sosiale, fysiske og ideologiske omgivelser

Tverrkulturell; ulike kulturer / kulturforskjeller i nasjonal, etisk og religiøs forstand.

Henspieler på hva som eksempelvis skiller norsk kultur fra ikke-vestlig kultur, og hvordan kunnskap og normer gir et felles verdigrunnlag i samme kultur over generasjoner. I denne oppgavens sammenheng viser begrepet til de ideer, verdier, regler, normer, koder og symboler som et menneske overtar fra den foregående generasjon, og som forsøker å bringe videre – oftest som noe uforandret – til neste generasjon (Kvalbein, 1999).

Kommunikasjonskompetanse:

Kommunikasjon; av latin ”communicare”; å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med (Eide og Eide, 2003). Kommunikasjon viser til *fellesskap*, verbalt og non-verbalt, samtidig som det er en uttrykksfunksjon som også markerer en enkeltpersons identitet (Kvalbein, 1999).

Kompetanse; skikkethet, dyktighet, kyndighet, brukbarhet, ferdighet, mestring. Ervervede kunnskaper, holdninger og ferdigheter (Bø og Helle, 2008).

Helsearbeid:

I tilknytning til helsearbeid med etniske minoritetsfamilier legger jeg til grunn Helse- og omsorgsdepartementets definisjon relatert til folkehelsearbeid; ”Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen”.

Samhandling:

Sosial situasjon hvor aktører forholder seg til hverandre på en måte som er preget av gjensidighet, utveksling, bytte, samarbeid eller kommunikasjon (Bø og Helle, 2008).

Ut ifra en sosiologisk tankegang skriver Garsjø (1997) at sosiologien er vitenskapen om *samhandling*. Det handler om det som skjer mellom mennesker og vekselspillet mellom mennesker og samfunnsordninger.

Etniske minoriteter:

Etnisk; som gjelder eller hører til et folkeslag

Minoritet; et mindretall, herunder en folkegruppe som utgjør et mindretall i et lands befolkning (Bø og Helle, 2008).

Funksjonshemmet:

Samlebegrep brukt om tilstand hos person som på grunn av varig sykdom, skade, lyte eller på grunn av avvik av sosial art, er vesentlig hemmet i sin praktiske livsførsel i forhold til det samfunn som omgir ham/henne (Bø og Helle, 2008).

Jeg har valgt å bruke både begrepet vernepleier og helsearbeider gjennomgående fordi oppgaven belyser flere yrkesgrupper innenfor helse- og omsorgsvesenet. Pedagogisk ordbok (Bø og Helle, 2008) definerer en vernepleier som;

”Person som gjennom en treårig profesjonsutdanning på en høgskoles avdeling for vernepleieutdanning har fått kunnskaper, ferdigheter og holdninger som på et profesjonelt grunnlag skal bidra til å dekke samfunnets behov for helse- og sosialfaglige tjenester. Utdanningen er spesielt tverrfaglig sammensatt, slik at den kvalifiserer for en helhetlig tilnærming for å imøtekomme funksjonshemmedes behov for daglig helse, utvikling og selvstendig mestring av sin egen situasjon”.

### 3. Metode

Dalland (2006: 71) viser til Villhelm Auberts beskrivelse av begrepet metode; ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”.

Garsjø (1997) skriver om metode ut ifra et sosiologisk perspektiv og om hvordan forskjellen mellom faglært og ufaglært eksempelvis består i å formulere begrunnelser for hvorfor man gjør det man gjør. Samtidig er det essensielt for helse- og omsorgsarbeidere å jobbe systematisk, og bruk av metode og forskning vil dermed bidra til å styrke evnen til kritisk tenking samt utvikle de faglige og profesjonelle egenskapene.

#### 3.1 Litteraturstudie som metode

Jeg har valgt litteraturstudie som metode for å klargjøre for- og drøfte oppgavens problemstilling, det handler om å finne ut hvilken kunnskap som allerede finnes i kildene. Denne metoden gir meg et godt grunnlag og gode data for å belyse problemstillingen fra ulike perspektiver på en faglig, relevant og troverdig måte.

Litteraturkildene er; pensumlitteratur, fagbøker, fagartikler, vitenskapelige artikler/rapporter, offentlige dokumenter/ NOU og internett. Det har vært omfattende lesing og en utfordring å avgrense litteraturen. Det er mye litteratur om temaet og jeg har valgt å ha fokus på *perspektiver relatert til vernepleiefaglig helsearbeid*. Samtidig har jeg også med aktuell litteratur som omhandler generelt området *tverrkulturell forståelse*, eksempelvis boken ”Flerkulturell forståelse” av professor i sosialantropologi Thomas Hylland Eriksen, en forfatter jeg har fulgt nøye de siste ti årene og som har påvirket min interesse for feltet. Denne boken belyser blant annet emnene; *fordommer* og *tverrkulturell kommunikasjon*.

Jeg vil også her trekke inn at jeg har hatt mange *uformelle samtaler* med helse- og omsorgspersonell fra ulike etater som har gitt meg et innblikk i hvilke utfordringer de har i møte med de etniske minoritetsfamiliene og som påvirket mine søk i litteraturen

## **3.2 Beskrivelse av metode**

For å finne relevant litteratur har jeg brukt biblioteket ved Høgskolen i Molde, Folkebiblioteket i Kristiansund (lokale lån / fjernlån), Enhet for barnehabilitering Helse Møre og Romsdal, egne pensum- og fagbøker samt internett. På internett har jeg søkt i ulike databaser; HiM hjemmeside; BIBSYS Ask, OVID medline, SveMed og Norart samt Google. For å få gode råd i forhold til å finne relevant litteratur har jeg også hatt konstruktive samtaler med bibliotekarene.

### **3.2.1 Søkeord**

Jeg har brukt følgende søkeord; tverrkulturell, flerkulturell, kommunikasjon, kommunikasjonskompetanse, etnisk, minoritet, minoritetsfamilier, samhandling, helsearbeid, barn, funksjonshemming, funksjonshemmede, ethnic, minority, familiy, disabled, children, cross cultural, communication, handicap, health. Noen av søkene var sammensatt av flere ord, eksempelvis; etniske minoriteter AND funksjonshemmede barn eller disabled children AND minority groups AND health.

### **3.2.2 Utvelgelse**

Foruten egne fagbøker ga søkene meg mye litteratur å velge i og jeg startet med å bestille fjernlån og boken *Flerkulturell forståelse* av Thomas Hylland Eriksen, dette for å ha et utgangspunkt for videre søk og bestilling av teori. Erfaring fra fordypningspraksis og Enhet for barnehabilitering satte meg også tanken på å sjekke ut dansk litteratur om feltet fordi det var mye dansk faglitteratur om helsearbeid i denne enheten. Samtidig har det vært en del dansk teori under studieforløpet med relevans til vernepleieyrket og jeg velger å se dansk og norsk (nordisk) helsevesen ut ifra samme perspektiv. Jeg gikk igjennom referanselistene til ulike rapporter og bestilte ut ifra disse aktuelle fagbøker via fjernlån. Jeg har også funnet relevant informasjon i en vitenskaplig rapport fra NTNU Samfunnsforskning AS – avdeling for innvandrersforskning og flyktningestudier, som omhandler minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn i bydel Bjerke i OSLO. Denne rapporten har fokus på arbeidet rundt funksjonshemmede barn og retter søkelyset på å *utvikle samhandlingsperspektivet*.

### ***3.3 Validitet og reliabilitet i forhold til litteraturstudie***

Jeg mener at litteraturstudie som metode har fanget opp de sentrale sidene med problemstillingen både når det gjelder validitet og reliabilitet. Litteraturen jeg har funnet belyser tema og problemstilling på en grundig måte og gir litteraturstudiet validitet, og de ulike teoretiske perspektivene viser bredden i forhold til problemstilling og innestår for reliabilitet.

I oppgaven har jeg blant annet valgt ut flere pensumbøker, eksempelvis; Eide og Eide "Kommunikasjon i relasjoner", Brodtkorb og Rugkåsa "Mellom mennesker og samfunn". Disse bøkene, i tillegg til mye annen litteratur, er nøye utvalgt for høgskolenivå for å tilfredsstille en bachelorgrad i vernepleie, og bør derfor borge for validitet. Fagbøkene belyser min problemstilling både ut ifra kommunikasjonsmodeller, samhandling og kulturforståelse i tilknytning til helse- og omsorgsarbeid.

Jeg har også valgt ut artikler fra Frambu - senter for sjeldne funksjonshemninger, fordi dette er et kompetansesenter, en del av helseforetaket i Helse Sør-Øst og har et sterkt fokus på tverrkulturell kommunikasjon. Jeg har hentet data fra det danske prosjektet "Taler vi om det samme" om etniske minoriteters møte med helse- og omsorgsvesenet. Dette prosjektet var en del av fagstoffet til de ansatte i fordypningspraksis ved Enhet for barnehabilitering og jeg bestilte derfor boken via fjernlån samt studerte deres nettsider for å lære av deres kunnskap. Dette prosjektet var også gjennomført i samarbeid med de danske helse/flyktninge/innvandrings- og integrasjonsdepartementene.

Den vitenskapelige rapporten "Gi meg en sjanse" av Berg og Fladstad – NTNU Samfunnsforskning er kvalitetssikret av Jan Tøssebro, en av vernepleiestudiets pensumforfattere og henviser også til danske studier vedr. minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn.

Utvelgelsen av litteratur spenner over et par tiår fra Dahl og Haberts *Møte mellom kulturer – tverrkulturell kommunikasjon* (1991) og fram til i dag. Ut ifra de eldste bøkene jeg har brukt i denne oppgaven tenker jeg at også disse teoretiske perspektivene belyser min problemstilling og er aktuelle i dag.

### **3.4 Forforståelse**

Den teoretiske og faglige forforståelsen jeg legger til grunn for i dette studiet er bygd på to fundament; 1) hva jeg vet og har erfart om tverrkulturell kommunikasjon og; 2) min 3. årlige utdanning som vernepleier og de verdier som dette innebærer. Det vernepleiefaglige perspektivet jeg har tilegnet meg gjennom studieforløpet har formet min forforståelse om feltet tverrkulturell kommunikasjon blant annet i form av å tenke helhetlig i arbeid med mennesker, reflektere over viktigheten av brukerperspektivet, være kritisk og reflektert over arbeidsmetoder, tiltak, samhandling og kommunikasjon, sette brukerperspektivet i fokus og legge til rette for deltakelse og medbestemmelse i ulike hverdagssituasjoner. I denne sammenheng tenker jeg spesielt på vernepleiefaglige temaer relatert til helse- og sosialfaglig basiskunnskap, eksempelvis; menneskesyn, marginalisering, integrering, makt/avmakt, flerkulturell forståelse og empowerment.

Jeg reflekterer over og har en antakelse om at helsearbeidere har liten kunnskap om, - og forståelse for, etniske minoritetskulturer og tverrkulturell kommunikasjon. Denne mangelen på kompetanse omfatter spesielt emnene nevnt innledningsvis; kulturforståelse, marginalisering og generalisering, tid og tålmodighet, oppmerksomhet rundt egen forforståelse av kultur, nettverk, medmenneskelighet, ordets betydning og makt, tolk, personlige holdninger, kjennskap og forståelse av tilbud, samt tilrettelegging av tilbud. Jeg vil gjerne trekke fram et par historier som belyser dette;

I fordypningspraksis opplevde jeg hvordan en thailandsk mor ”brøt sammen” da hennes barn fikk en autismediagnose. I Thailand har de fleste liten eller ingen kjennskap til begrepet autisme, autister blir sett på som ”de rare”. Jeg tenker at i en slik sårbar situasjon er det viktig å legge til rette for blant annet; tid og tålmodighet, tolk, medmenneskelighet og ikke minst være klar over at det i opprinnelseslandets språk kan være vanskelig å oversette en diagnose eller et faguttrykk og at det derfor kan være hensiktsmessig å forberede tolken på dette.

En sosionom fra BUP fortalte meg at hun skulle på besøk i en barnehage hvor fokuset var på et somalisk barn og hennes foreldre. Sosionomen håndhilste ubevisst på far til barnet, men dette var feil i forhold til den kulturen faren kom ifra der man ikke skal håndhilse på kvinner. Denne episoden førte til en beklemmet situasjon og en dårlig start for videre



samhandling. Her tenker jeg at om sosionomen hadde satt seg inn i somalisk kultur på forhånd ville kanskje dialogen fått et helt annet og mer positivt utgangspunkt. Jeg leste nylig en interessant artikkel av Sidsel Wold, mangeårig utenrikskorrespondent for NRK i Midtøsten, hvor hun fortalte at det er teknikker å lære seg som sier noe om når det er greit å håndhilse eller ikke i ulike situasjoner.

Tidligere forskning og teoretiske perspektiver underbygger for min forforståelse relatert til hvordan helse- og omsorgsvesenet møter etniske minoritetsfamilier.

Dahl og Habert (1991) skriver i sin bok ”Møte mellom kulturer – tverrkulturell kommunikasjon” om personlige egenskaper hos helse- og omsorgsarbeidere i tiknytning til ansettelse i omsorgsyrkene, og om hvordan disse egenskapene blir for lite vektlagt. Dette var blant annet faktorer som; respekt, toleranse, evnen til å bygge opp et personlig forhold, evnen til å lytte, evnen til selvkontroll i stressituasjoner, fleksibilitet og interesse for den andres kultur. ”Mye tyder på at det ved utvalg av personell ikke blir lagt tilstrekkelig vekt på de menneskelige egenskapene. *Det blir oftest antatt at bare man kan faget sitt, så er man også i stand til å overføre kunnskap til mennesker i en annen kultur*” (Dahl og Habert, 1991: 17).

Min tanker om etniske minoriteter og kulturforståelse er skapt ut av de rammer som jeg lever i, ut av mine erfaringer, verdier og holdninger. Aadland (1997) beskriver hvordan våre omgivelser er vår uunnværlige kontekst. Et viktig begrep i denne sammenheng er *etnosentrisme* og hvordan jeg opplever at helsearbeidere vurderer skikker, verdier, oppførsel og andre sider i en fremmed kultur og bruker vår egen kultur som norm for all vurdering (Kvalbein, 1999). Jeg tror etnosentrisme, i motsetning til kulturel relativisme, er en av de viktigste utfordringene vi som helsearbeidere har i samfunnet i dag, om hvordan vi lett kan tenke *vi* og *dem* i stedet for å behandle hver person i en etnisk minoritetsfamilie eller gruppe som et selvstendig individ. Jeg vil belyse disse to begrepene; etnosentrisme og kulturel relativisme nærmer under teoridelen.

Thomas Hylland Eriksen (2001) skriver i sin bok ”Flerkulturell forståelse” om kultur og identitet, og hvordan kultur følger etniske linjer og særtrekk. Etnisk tilhørighet er en del av identiteten som gjør mennesker unike, og det er en balansegang mellom like og ulike kulturelle verdier. Det er interessant å reflektere over at ca. 70% av Norges befolkning i

hovedsak ikke har kontakt med etniske minoriteter samtidig som de har klare oppfatninger om deres kultur og lett generaliserer denne. Dette tror jeg er med på å påvirke våre holdninger og forforståelse som helsearbeidere i møte med minoritetsfamiliene. Holdninger kan også relateres til fordommer, og Bunkholdt (2005) skriver at fordommer er en særskilt type forsvarsholdninger som er forutfattende negative holdninger til andre personer eller grupper. ”Slike holdninger er basert på utilstrekkelig og ofte gal informasjon og utvikles blant annet fordi man føler seg materielt truet eller truet på privat og personlig plan” (Bunkholdt, 2005:195).

Meral R. Øzerk, spesialpedagog ved Torshov kompetansesenter, har utført et prosjekt vedrørende rådgivning til minoritetsspråklige foreldre. Hun viser til hvordan tverrkulturell kommunikasjon handler om gjensidig empowerment (bestyrking), engasjement, empati og ærlighet. Hun trekker også fram hvor viktig det er at helsearbeidere er bevisst på egne normer, verdier og preferanser i møte med mennesker fra minoritetskulturer samt erkjenne at familiene har ressurser til å bidra til barnets utvikling mer en man tror i utgangspunktet. Tverrkulturell kommunikasjon handler om: ”Å være klar over eksistensen av flere perspektiver og velge det riktige som fungerer. Det handler om å gjøre et asymmetrisk forhold symmetrisk og et umyndiggjørende og truende forhold til et bestyrkende og tillitsfullt” (Øzerk, 2011:42).

Jeg har erfart at det kan være spesielt belastende for minoritetsfamilier å få et barn med funksjonsvansker og med språkvansker i tillegg og dårlig nettverk kan det bli en utfordring å orientere seg i det norske helsevesenet. Helsedirektoratet skrev i 2011 en artikkel i ”Prosjekt Familieveiviser” som omhandler bruk av *tolk og ha god tid*. I et intervju med en familie fra Sri Lanka som har et funksjonshemmet barn kommer det fram at tilgang på tolk er essensielt for å få formidlet ulike problemer og få nødvendig tilgang på helsehjelp.

Alle disse faktorene som er nevnt ovenfor sammenfaller med opplevelser som har formet min forforståelse for tverrkulturell kommunikasjon og samhandling med etniske minoritetsfamilier. Jeg tenker at tverrkulturell kommunikasjonskompetanse vil bidra til bedre samhandling mellom helsearbeideren og minoritetsfamilien. Ut ifra dette ståsted er det viktig for meg å fordype meg i- og utforske dette feltet nærmere.

## 4. Funn

Teori kommer av det greske ordet for å se på; *theoreo*; *jeg ser på, observerer*.

”Å teoretisere er å se et mønster i et forvirrende landskap ved å utelate og forenkle i kaoset av detaljer. I stedet for å prøve å skjønne alt på en gang, konsentrerer man seg om ett eller flere aspekter ved landskapet som synes særskilt interessant...” (Aadland, 1996:46).

Jeg har valgt å vise til en bred innsamling av data for å gi et helhetlig bilde og faglig fundament relatert til kunnskap om; ”Tverrkulturell kommunikasjonskompetanse i helsearbeid – hvordan samhandle med etniske minoritetsfamilier som har funksjonshemmede barn”.

### 4.1 Kommunikasjonsmodeller

Jeg har funnet og selektert ut kommunikasjonsteori og ulike kommunikasjonsmodeller som har den hensikt å vise tydelig hva som er essensielt når noen kommuniserer.

Asbjørn Kvalbein (1999) skriver i sin bok *God kontakt – praktisk kommunikasjonslære* om at kommunikasjon er en komplisert menneskelig atferd og at en enkelt modell ikke kan gi en helhetlig beskrivelse av virkeligheten. Ulike modeller kan derimot illustrere deler av virkeligheten og gi et bedre grunnlag for å forstå hva som foregår. Kvalbein viser blant annet til *den enkle linjemodellen* hvor et meningsinnhold blir transportert fra en person/sender til en annen/mottaker. I denne prosessen har du stimulus/respons (psykologisk begrep) eller aksjon/reaksjon (fysikkbegrep).

Eide og Eide (2004) drøfter også den lineære forståelse av kommunikasjon og hvordan tegn og signaler utvikles gjennom initiativer og responser, samtidig som det også utveksles nonverbale budskap som sammen former og formidler hvordan mennesker opplever hverandre. I helse- og omsorgsyrkene er formålet for kommunikasjon å sørge for å fremme helse og hindre lidelse på best mulig måte. Eide og Eide viser til Bateson f.fl. om hvordan kommunikasjon mellom bruker og profesjonell både har et innholdsaspekt og et relasjonsaspekt;

”Innholdsaspektet er det konkrete budskapet vi formidler rent språklig og det budskapet som er knyttet til mål og resultater. Relasjonsaspektet er knyttet til måten vi formidler innholdet på, den holdning vi – verbalt og nonverbalt – henvender oss til pasienten med, for eksempel med interesse, likegyldighet, utålmodighet, vennlighet eller irritasjon”.

(Eide og Eide, 2003:49)

Ulik kulturbakgrunn er en årsak til at man ser på- og oppfatter verden og tilværelsen forskjellig, og man formes av denne. Kulturen kan sees på som en prisme som bryter signalene fra utenverdenen slik at de blir forståelige. Gjennom prismet siles ulike inntrykk; kulturelle koder, personlighet og språk, lik solstrålene som brytes opp i ulike farger og mønstre og farger. Ved tverrkulturell kommunikasjon blir dette mer kompleks fordi de ulike kulturene og deres *prismer* siler signalene meget forskjellig. Grunnelementer i helsefaglig kommunikasjon er kvaliteter som empati, fagkunnskap og målorientering, og hvor områdene empati og fagkunnskap er essensielle for profesjonell kommunikasjon og omsorg. Å vise empati i en profesjonell kontekst betyr også at medfølelsen og forståelsen kommuniseres tilbake; verbalt, nonverbalt eller gjennom handling/samhandling. Kommunikasjon er en dynamisk prosess og er et meget viktig redskap til å opprette *menneske til menneske forholdet* gjennom å gjøre noe felles (Eide og Eide, 2004).

#### **4.1.1 Tverrkulturell kommunikasjon**

Eide og Eide (2003) skriver at å ha kunnskap om- og forståelse for andre menneskers språk og koder er en forutsetning for en god kommunikasjon. Det er store forskjeller i hvordan innvandrere evner og har vilje til å bruke det norske språket og til å forstå norske normer og verdier. Samtidig er det også forskjeller blant mennesker med norsk kulturell bakgrunn når det kommer til å forstå innvandreres forhold og akseptere deres kulturelle verdier og normer. I tilknytning til feltet tverrkulturell kommunikasjon kommer Eide og Eide inn på begrepet kulturavstand og hvordan forskjellig kulturbakgrunn fører til at mennesker oppfatter verden og tilværelsen på ulike måter. ”Man preges av den kulturen man er vokst inn i” (Eide og Eide, 2003: 255).

Røkenes og Hanssen (2002) viser til at Norge over lang tid har vært et flerkulturelt samfunn og at dette medfører nye utfordringer og krav for helse- og omsorgspersonell i

tilknytning til samhandling, kommunikasjon og tverrkulturell forståelse. Det oppstår en felles utfordring når mennesker med forskjellig kulturbakgrunn samhandler; å forstå meningen i den andres atferd. Partene gir mening til hverandres atferd gjennom gjensidige attribusjonsprosesser. *I tverrkulturell kommunikasjon kan vi forstå atferd på grunnlag av tre ulike hovedkjennetegn: kulturelle forskjeller og likheter, kjennetegn ved situasjonen og kjennetegn ved individet*” (Røkenes og Hanssen, 2002:169)

#### **4.1.2 Tverrkulturell kompetanse**

Norge er i dag et tverrkulturelt samfunn og det stilles sterkere krav til helse- og omsorgsyrkene i tilknytning til flerkulturell kompetanse. Et viktig begrep i denne sammenheng er *kulturforståelse*, og ikke bare kulturkunnskap. Det handler ikke bare om å forstå den andre kulturen, men om å forstå seg selv og de andre i samhandling med hverandre. Det tverrkulturelle fellesskapet setter høyere krav til kompetanse og det gjelder oss alle, enten vi er tilknyttet majoritet eller minoritet. Og inneha tverrkulturell kompetanse og kulturforståelse i helse- og omsorgsyrker innebærer;

”Bevissthet om din egen forforståelse og kultur, kunnskap om andre kulturer, kjennskap til teorier om kulturelle forskjeller og likheter, bevissthet om hva som skjer i møter mellom mennesker fra ulike kulturer samt ferdigheter i tverrkulturell kommunikasjon og samhandling”.

(Røkenes og Hanssen, 2002:169)

### **4.2 Etnosentrisme og Kulturel relativisme**

Kultur er en livsform, en gruppes helhetlige måte å leve på. Antropologen Roger Keesings definisjon er som følger; ”..et system av kunnskap, ideer, verdier, regler, som ligger bak det vi gjør, og som uttrykkes gjennom det vi gjør” (Brodtkorb og Rugkåsa, 2009:210).

#### **4.2.1 Etnosentrisme**

Etnosentrisme er en meget normal måte for ulike folkegrupper å vurdere seg selv ut ifra Fife (2002). Etnosentrisme betyr at man betrakter andre menneskers handlinger ut ifra

egne fortolkningsrammer, sin kultur og livsførsel, og fra dette ståsted vurderer og bestemmer seg om handlingene er riktige eller ikke (Brodtkorb og Rugkåsa, 2009). Garsjø (1997) viser også til at svært mange folkegrupper har et etnosentrisk perspektiv og at det enkelte folkeslag ser på seg selv og sin kultur som den beste og mest naturlige. Her er det viktig å understreke at begrepet ikke må forveksles med rasisme fordi det ikke har noen mening om biologiske ulikheter, bare ulike levemåter. Samtidig kan etnosentrisme sammen med generalisering danne et grunnlag for rasisme.

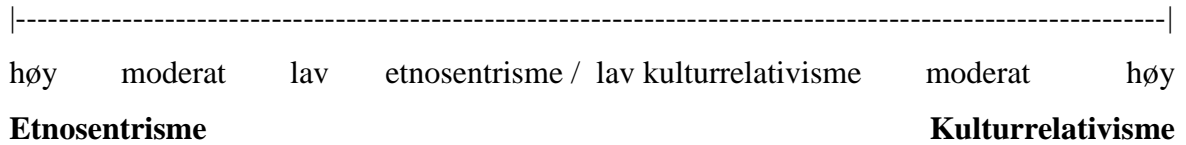
Kvalbein (1999) skriver at etnosentrisme er det samme som at man tror på sin egen kulturs overlegenhet og sammenligner det med et annet begrep; kulturell nærsynthet som betyr at det er en naivitet som glemmer at andre folkeslag eksisterer. Man går ut ifra at alt er likt overalt og tar ikke i betraktning at mennesker fra andre folkegrupper kan føle seg krenket. Etnosentrisme kan føre til at grunnlaget for tverrkulturell kommunikasjon kan bli mislykket i motsetning til om en samhandling/samtale har startet *med oppriktig verdsetting og respekt for den andre part*.

#### **4.2.2 Kulturel relativisme**

Kulturel relativisme innebærer det motsatte av etnosentrisme; man anser alle kulturer som forskjellige, men likeverdige, og forstås som at ulike etniske gruppers handlinger og ideer sees i sammenheng med deres egen sosiokulturelle sammenheng. Denne konteksten påvirkes av kulturelle forestillinger samt politiske, sosiale og økonomiske faktorer. Kulturel relativisme som teori og metode er essensielt i helsearbeid og som en del av tverrkulturell kommunikasjonskompetanse. Kompetanse på dette feltet vil bidra til å utvikle profesjonaliteten i helse- og omsorgssektoren. Samtidig er det viktig å understreke at kulturel relativisme ikke betyr at man skal akseptere alle handlinger og likestille dem fordi dette kan medføre til en moralsk likegyldighet (Brodtkorb og Rugkåsa, 2009).

Kulturel relativisme kan defineres som; ”En verdensanskuelse der menneskelig atferd og kulturelle situasjoner blir beskrevet uten å bli evaluert eller bedømt. Et syn om at kulturer bare kan forstås ut fra seg selv” (Fife, 2002:162).

Fife (2002) viser også til at etnosentrisme og kulturrelativisme er to sider av samme sak og som er to separate holdninger på hver sin side av et kontinuum (sammenhengende);



Dette kontinuum viser *nyansene*; at mennesker kan bevege seg i ulike retninger når det gjelder å forstå og vise holdninger til hverandres kultur. Eksempelvis kan en høy kulturrelativisme innebære å minske den psykiske avstanden mellom den ukjente og en selv, i motsetning til høy etnosentrisme hvor man eksempelvis kan generalisere/kategorisere og inneha etniske fordommer. I denne sammenheng vises det til Allports definisjon av *etnisk fordom*; ”Etnisk fordom er en antipati basert på en defekt og firkantet generalisering. Den kan føles eller uttrykkes. Den kan rettes mot en hel gruppe, eller mot et individ fordi det er et medlem av gruppen” (Fife, 2002: 163). En fullstendig eller høy etnosentrisk holdning vil bety at man ikke er i stand til å skjønne at andre mennesker oppfatter verden ulikt enn det man selv gjør, samtidig som en fullstendig eller høy kulturrelativistisk holdning vil bety at man ikke tar noen moralsk stilling til hva som er riktig eller galt, og at man ikke forankrer noe ut ifra et etisk perspektiv (Fife, 2002).

### ***4.3 Helsearbeid og etniske minoritetsfamilier***

Pasientrettighetsloven plikter å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester uansett etnisitet, dette betyr at tjenesten skal være av god kvalitet, at bistanden er like tilgjengelig, forståelig og meningsfull til tross for ulike forutsetninger og forståelse (Regjeringen, 2012).

I dag bor det ca. 420 000 innvandrere i Norge (inkludert etniske minoriteter) hvorav 86 000 er norskfødte med innvandrerforeldre. 47 prosent av disse innvandrerne kommer fra ikke – vestlige land; Asia, Afrika og Latin Amerika, og fire av ti innvandrere har bodd i Norge i fire år eller mindre. Dette viser at det multikulturelle samfunnet vokser, noe som igjen medfølger ulike utfordringer for helse- og omsorgsvesenet i forhold til å gjøre helsetjenestene tilgjengelige samt å dekke brukerens behov. For å treffe behovene i denne

prosessen er det essensielt med god kommunikasjon, brukermedvirkning og å ”se” den enkelte brukers særtrekk (Regjeringen, 2012).

”Sykdom og funksjonsnedsettelse kan sees på som kulturelt konstruerte kategorier og må forstås som relative begreper” (NOU 2001:267). Levekårsundersøkelser viser at innvandrere og etniske minoritetsgrupper ikke er mer syke enn befolkningen ellers, men at de generelt sett har dårligere levekår; dette inkluderer helse, formue, inntekt, kunnskaper som kan brukes til å styre eget liv samt tilgang til organisasjoner som tar vare på felles interesser. I undersøkelsene kommer det fram at det ligger til grunn store utfordringer vedrørende å tilrettelegge for et bedre tjenestetilbud som kan føre til at etniske minoritetsfamilier kan nyttiggjøre seg av tjenester på en bedre måte (NOU:2001:kap.16).

Minoritetsfamiliene har et stort behov for kunnskap, muligheter og rettigheter i det offentlige systemet og det er derfor viktig å øke tilgjengeligheten til informasjon i tilknytning til helse- og omsorgstjenestene. Staten, helse- og omsorgsvesenet og helsearbeidere har et ansvar for å gi informasjon om rettigheter slik at den enkelte familie kan fremme sitt behov og ivareta sine interesser. Etniske minoritetsfamilier og grupper har rett på å bli møtt og behandlet med respekt, verdighet, likestilling og full deltakelse i samfunnet. For å lykkes i dette er tverrkulturell kommunikasjonskompetanse et viktig fundament for videre samhandling (NOU: 2001: kap.16).

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon belyste gjennom et prosjekt i 1996 hvordan barn og ungdom med innvandrerbakgrunn og funksjonshemming var en meget usynlig gruppe i det norske samfunnet. Samtidig kunne de i møte med helsearbeidere oppleve at deres meninger og uttrykk ikke ble forstått, de kunne føle seg overhørt og bagatellisert, de ble snakket til og ikke med, og at det var en utfordring å skjønne helse- og omsorgsarbeidernes perspektiv. Ifølge Killan (1999) følte de seg som etniske minoritetsgrupper dobbelt stigmatisert; ”Helheten av problemer blir større enn summen av problemene de enkelte gruppene har hver for seg. En kan også snakke om en *dobbelt stigmatisering*: Innvandrere med funksjonshemming er en minoritet blant minoriteter” (NOU: 2001:237).

Etniske minoritetsfamilier er nedvurdert i forhold til kompetanse i det norske samfunnet og dette kan gjenspeiles og forsterkes i møte med helse- og omsorgsvesenet. Møtene er lite preget av dialog der det utveksles kunnskap, forståelse og erfaring. ”Sosiale og kulturelle



prosesser blir i liten grad gjenstand for gjensidig læring, fordi disse prosessene ikke er en del av målet ved tjenestetilbudet” (NOU: 2001:238).

Å tilegne etniske minoritetsgrupper like muligheter innebærer å gjøre ting ulikt. Uansett forutsetning er det viktig å tilrettelegge for at tiltak blir tilgjengelige for alle slik at disse gruppene ikke blir marginalisert. Dette blir en utfordring når helsearbeidere uttrykker at kulturforskjeller mellom dem og minoritetsfamiliene er en viktig kommunikasjonsbarriere, eksempelvis i ulik forståelse av en funksjonshemming. Samtidig er det viktig å være obs på at de profesjonelle i mange tilfeller undervurderer behovet for en tolk tolk noe som er viktig for å få et likeverdig tjenestetilbud. I tilfeller hvor det er behov for tolk påpekes det at det er uheldig å bruke barn som tolk fordi dette er en voksenrolle som de fleste ikke er modne for (NOU:2001: kap.16).

Perspektivet på hva som er en funksjonshemming kan være forskjellig, og for en del etniske minoritetsfamilier kan det å ha et funksjonshemmet barn medføre en følelse av skyld og skam. I denne sammenheng kan helsearbeidere også oppleve at familiene foretrekker å bruke andre personer enn ”den norske legen/profesjonelle” som autoritet i medisinske spørsmål og vurderinger. Dette kan være en vanlig kulturell prosess i deres opprinnelsesland, men i det norske samfunnet kan dette bidra til å hindre utvikling av en fellesforståelse og gjensidighet mellom helsearbeideren og den andre parten (NOU: 2001: kap.16).

Sørheim (2001) skriver om hvordan kulturforskjeller definitivt bør avdramatiseres og hvor viktig det er å fokusere på likheter mellom mennesker, det allmennmenneskelige, i stedet for å påpeke ulikheter. Hun relaterer dette til at mange av de utfordringene som ligger til grunn i samhandlingen mellom innvandrere og helse- og omsorgspersonell skyldes helt andre forhold enn kulturforskjeller og viser her til faktorer som; holdninger, manglende språkfelleskap, manglende tilrettelegging, dårlig kvalitet/fravær av tolk, barn brukt som tolker, ulike etaters interne og eksterne samarbeidsproblemer, liten tro på egen kunnskap, stor utskifting av de ansatte, mangelfull kompetanseoppbygging blant ansatte og urealistiske forventninger til situasjonen og hverandre. Konsekvensen av at helse- og omsorgsarbeidere ikke lykkes i sin samhandling med de etniske minoritetsfamiliene kan føre til frustrasjon og et kollektivt sinne mot innvandrerne (Hylland Eriksen, 2001:208).

Hylland Eriksen (2001) skriver om viktigheten ved bruk av profesjonell tolk, men at det i noen tilfeller kan være både hensiktsmessig og nødvendig å bruke ikke-profesjonelle tolker. Her er det viktig å forstå at denne ikke har samme ferdigheter som en profesjonell tolk. En tolk skal være upartisk og oversette alt som kommer til uttrykk og det kreves god tid til tilretteledning, eksempelvis; en dialog i forkant med tolken for å finne ut hvilke temaer som er aktuelle, og tilbakemeldinger underveis i samtalen med minoritetsfamilien. Det er også av betydning å snakke om taushetsplikt. For noen familier kan det være et dilemma med tolk fordi de har dårlig erfaring fra dette tidligere, taushetsplikten er ikke blitt ivaretatt og/eller de kan være redde for at andre skal få vite om deres situasjon og føler skam.

I 2002 satte Center for små handicapgrupper i Danmark i gang et prosjekt som satte fokus på hvilke behandlingsmetoder og støtte etniske minoritetsfamilier møtte med helsevesenet. Prosjektet avdekket at det var store utfordringer i forhold til tverrkulturell kommunikasjon lik de vi har i norsk helsevesen. Språk- og forståelsesproblemer, ulike oppfatninger av funksjonshemming, sykdom og behandling, samt mangel på informasjon om hvilke tilbud man har rett på i helsevesenet kunne medføre at de ikke fikk den nødvendige helsehjelpen de hadde behov for- og/eller krav på. Prosjektet viste at familier med minoritetsbakgrunn ønsker informasjon, snakke med psykolog og få spesialtilbud når barnet er født. De ønsker også genetisk veiledning, noe som innebærer å forstå medisinske fakta og arvelige faktorer som bidrar til forekomst av ulike sykdommer og diagnoser (Regjeringen, 2012). For å forstå betydningen av kultur og få en bedre innsikt hos hver enkelt minoritetsfamilie har organisasjonen ved Marianne Skytte utviklet en modell, et *kulturgram*, som kan bidra til å avdekke den kulturspesifikke forståelse hos den enkelte familie. Dette er et verktøy som gir helsearbeideren informasjon om familien, samt at familien får forståelse for sin egen situasjon spesielt i forhold til barnets funksjonshemming. Noen av hovedkonklusjonene fra prosjektet var følgende; *det handler mer om kommunikasjon enn om kultur og religion*. Helsevesenet er ofte usikre på om minoritetsfamiliene får med seg og forstår informasjonen, samtidig som familiene er forvirret og usikre på hva de har rett og mulighet til. Problemene er ofte lik opplevelsene til etniske danske og norske familier med funksjonshemmede barn (Center for små handicapgrupper, 2005).

Den samfunnsvitenskaplige rapporten ”Gi meg en sjanse” utarbeidet av Fladstad og Berg, NTNU Samfunnsforskning (2008) omhandler minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn i Bydel Bjerke i Oslo. Den har fokus på *utvikling* av ulike typer samhandlingsstrategier mellom helsearbeideren og minoritetsfamilien, samt å få en større *forståelse* for de store utfordringene som er relatert til samhandlingen med denne målgruppen. Rapporten avdekket at det å være i en innvandrings situasjon og ha en minoritetsbakgrunn eksempelvis fra Somalia eller Irak, forsterker de generelle utfordringene i forhold til det å ha funksjonshemmede barn. Andre utfordringer er også lik de etnisk norske familienes; det dreier som om selve funksjonshemmingen og problemer rundt den, om den tunge veien fra mistanken om at noe er galt til å få sikret hjelpebehovene, og om forskjellige byråkratiske barrierer mellom helse- og omsorgsvesenet og den enkelte familie. Andre faktorer som kom fram relatert til utfordringer var; språk, kommunikasjon, nettverk, marginalisering, sosial isolasjon og informasjon. Som voksne innvandrere mangler de i mange tilfeller grunnleggende kunnskap om det norske samfunnet, eksempelvis; om det offentlige systemet, rettigheter og plikter. I forhold til språkbarrieren er det meget viktig å ha tilgang til tolk, og samtidig være klar over at mange etniske minoritetsforeldre mister en del essensiell informasjon på såkalte ”uformelle møter” som for eksempel; i bringe/hentesituasjon i barnhagen hvor det overbringes informasjon om barnet. Religion er en viktig del i mange familiers liv, og det var store variasjoner i om familiene har lite eller stort sosialt nettverk. Samtidig kom det også fram at minoritetsfamiliene har få nære relasjoner til andre mennesker utenom familien. Rapporten sier at; *minoritetsfamilier som har barn med funksjonshemming er først og fremst familier*, og for helsearbeidere er det viktig å kartlegge den enkelte families bakgrunn og sørge for en helhetlig oppfølging.

Frambu (2012) er et senter for sjeldne funksjonshemminger og har fokus på tverrkulturell tipasning. På et seminar i 2009 kom det fram interessant kunnskap fra samfunnsviter Jørn Holm-Hansen vedrørende *ordets* betydning. Eksempelvis kan ”vondt i hjertet” forstås på flere måter både fysisk og mentalt, og det er viktig å avklare om man snakker om det samme. Han viste til at det kan være utfordrende for etniske minoritetsfamilier å samhandle med norske helsearbeidere fordi vår demokratiske og analytiske måte å arbeide på kan virke forvirrende og uprofesjonelt. Det er viktig å reflektere over at det er forskjell på kulturkompetanse og kultursensitivitet; *kompetanse handler om konkret kunnskap og sensitivitet om innstilling og arbeidsmetoder*. Det er essensielt å snakke med individet du

treffer og ikke med stereotypien av den kulturelle gruppen som personen kommer fra og at profesjonell tolking er viktig i arbeidet med etniske minoritetsgrupper.

I Danmark har et nettverk av statlige vitenskapssentre på spesialrådgivnings- og sosialområdet utarbeidet en hjemmeside; [etnicitetoghandicap.dk](http://etnicitetoghandicap.dk), hvor fagfolk innen helse- og omsorgsvesenet kan finne informasjon som kan bidra til å styrke samhandlingen med etniske minoritetsforeldre som har barn med funksjonshemming. Fokuset er på å tilrettelegge for hjelp på en best mulig måte og sikre familiens behov. Det legges vekt på at kommunikasjonen mellom minoritetsfamilien og det offentlige skjer ut ifra et kulturelt ståsted og at dette kan ha betydning både for møtet med helse- og omsorgsvesenet og samhandlingen. Det foreligger altså et *kultur møte*, og disse spesialrådgiverne vektlegger noen sentrale områder med hensyn til å kvalitetssikre dette møte og denne samhandlingen; kultur, marginalisering og generalisering, tid, oppmerksomhet rundt egen forforståelse av kultur, medmenneskelighet, ordets betydning og makt, nettverk, tolk, personlige holdninger og kjennskap, forståelse og tilrettelegging av tilbud. Hvis man som helse- og omsorgsarbeider bare kjenner litt til den etniske familiens kulturbakgrunn, kan man unngå myter ved å spørre grundig og ha en god dialog, eksempelvis ved å få kunnskap om familieforhold, nettverk, sykdomsforståelse, funksjonshemming, støtte og behandlingstilbud i det landet de kom ifra ([etnicitetoghandicap.dk](http://etnicitetoghandicap.dk), 2012).

Samhandlingsreformen trådte i kraft 01.01.2012 og har blant annet fokus på særskilte utfordringer knyttet til innvandringsbefolkningen, herunder etniske minoritetsfamilier. I stortingsmelding nr. 47 som omhandler Samhandlingsreformen vises det til forskning relatert til etniske minoriteter og at det er betydelig helseforskjeller både blant majoritets- og minoritetsbefolkningen og innenfor de ulike folkegruppene hos innvandrerne. Minoritetsbefolkningen har et annet sykdomsmønster som skiller seg fra resten av befolkningen og selv om grunnlaget for behandling er likt stilles det større krav til helsearbeidere på dette feltet når det eksempelvis gjelder; kommunikasjonskompetanse, språk og tid. Det viser seg også at personer fra ulike minoritetskulturer kan fortolke sine symptomer og helsetilstand på forskjellige måter. Helse- og omsorgsdepartementet har i samtaler med ulike etniske minoritetsorganisasjoner kommet fram til at *det må arbeides systematisk og helhetlig over lang tid, og på flere nivå*, for å svare for de behov som ligger til grunn for helsetjenester relatert til denne gruppen. Det er essensielt at denne prosessen bygger på dokumentert kunnskap (Stortingsmelding nr.47, 2012).

## 5. Drøfting av teori i forhold til problemstilling

”Drøfting er å diskutere og ta for seg og granske noe fra forskjellige sider” (Dalland, 2006:109).

I helsearbeid med etniske minoritetsfamilier som har funksjonshemmede barn er det viktig å inneha kunnskap om tverrkulturell kommunikasjon for å sikre familiene likestilling og full deltakelse i samfunnet.

I drøftingen vil jeg gå nærmere inn på de områdene jeg har beskrevet på bakgrunn av de ulike teoretiske perspektivene jeg har gjort rede for. Jeg ønsker å se sammenhengen mellom de teoretiske perspektivene som ligger til grunn for min forforståelse og de funn jeg gjorde i undersøkelsen for å besvare, underbygge og forsterke min problemstilling. Hensikten er å vise hvordan kompetanse på dette feltet kan bidra til at helsearbeideren / vernepleieren blir tryggere i sin profesjonelle rolle i møte med de etniske minoritetsfamiliene, samt at disse familiene også føler seg inkludert og tatt vare på i møte med det norske helse- og omsorgsvesenet.

Jeg har tatt utgangspunkt i Fifes kontinuum om etnosentrisme og kulturel relativisme som jeg beskrev i funnkapittelet og relatert dette til fem underspørsmål som belyser min problemstilling ut ifra en helsefaglig kontekst; ”Tverrkulturell kommunikasjonskompetanse i helsearbeid – hvordan samhandle med etniske minoritetsfamilier som har funksjonshemmede barn”. Jeg vil drøfte følgende fem spørsmål:

1. Hvordan påvirker kulturforståelse samhandling med etniske minoritetsfamilier?
2. Innehar helsearbeidere kunnskap om tverrkulturell kommunikasjonskompetanse?
3. Hvordan blir etniske minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn møtt av det norske helsevesenet?
4. Hvordan kan tverrkulturell kommunikasjonskompetanse bidra til gjensidig empowerment?
5. Hvordan sikre like rettigheter for behandling på en faglig god og etisk forsvarlig måte?

## ***1. Hvordan påvirker kulturforståelse samhandling med etniske minoritetsfamilier?***

I forhold til hvordan kulturforståelse påvirker samhandlingen med etniske minoritetsfamilier så viser funnene mine syv ting; minoritetskulturene blir ofte generalisert (Fife, 2002), de fleste folkegrupper ser på seg selv og sin kultur som den beste og mest naturlige (Garsjø, 1997), et etnosentrisk perspektiv kan føre til at grunnlaget for tverrkulturell kommunikasjon blir mislykket (Kvalbein, 1999), helsearbeidere uttrykker at kulturforskjeller er en kommunikasjonsbarriere (NOU:2001), minoritetsfamilier opplever at deres meninger og uttrykk ikke blir forstått av helsearbeidere (NOU:2001), ulik kulturbakgrunn er en årsak til at man ser på- og oppfatter verden og tilværelsen ulikt og man formes av denne (Eide og Eide, 2004), samt at kultur ikke påvirker helsearbeidernes samhandling med de etniske minoritetsfamiliene (NTNU Samfunnsforskning, 2012).

Funnene viser at det er ulike meninger om hvordan kunnskap om kultur påvirker helsearbeiderens samhandling med etniske minoritetsfamilier, men hovedtyngden av disse funnene underbygger for min problemstilling og gir et etnosentrisk perspektiv. Dette viser at det er noen faktorer som er grunnleggende for god samhandling, og at det er behov for økt kunnskap på dette feltet.

Fra overstående teori framkommer det at 70% av Norges befolkning i hovedsak ikke har kontakt med etniske minoriteter samtidig som de har klare oppfatninger om deres kultur og lett generaliserer denne (Hylland Eriksen, 2001). Dette samsvarer i stor grad med forskningen i litteraturen. Fra et helsefaglig perspektiv er det essensielt å bidra til at alle får et likeverdig tjenestetilbud. I forhold til å unngå generalisering så tenker jeg det er spesielt viktig med kunnskap om- og oppmerksomhet rundt; *at etniske minoriteter har ulike kulturer med forskjellige forutsetninger og historie, og at familier fra samme etniske minoritet også kan ha ulike verdier og forutsetninger*, lik norske etniske familier. På denne måten kan helsearbeidere utvise en kulturell relativistisk tilnærming for å finne en balansegang mellom like og ulike kulturelle verdier (Hylland Eriksen, 2001).

Helsearbeidere bør også være oppmerksom på sin egen kultur, bakgrunn og verdier i møte med den etniske minoritetsfamilien (Øzerk, 2001). Kroppsspråk kan variere fra kultur til kultur og signalene som sendes ut kan misforstås. Jeg tenker eksempelvis på; hvordan er

helsearbeiderens ansiktsuttrykk når det formidles en alvorlig diagnose? Hvordan sitter man i stolen? Er det riktig med øyekontakt? Dette er bare noen eksempler som jeg tenker er viktig i tilknytning til hvordan man som vernepleier kan møte en etnisk minoritetsfamilie på en verdig måte og legge grunnlaget for en god dialog.

Samtidig er det interessant å lese ut ifra funnene at Sørheim (2001), NTNU Samfunnsforskning (2012) og Center for små handicapgrupper (2012) har et annet perspektiv på dette; de viser til at kulturforståelse ikke blir sett på som en utfordring i samhandling med familiene, men at utfordringen ligger i mangel på kommunikasjonskompetanse. Dette mener jeg kommer på kant med et vernepleiefaglig perspektiv og ut ifra fagplanen hvor det er grunnleggende med en helhetlig tilnærming til brukerne, noe som også inkluderer kultur- og flerkulturell forståelse i helsearbeid. Både kulturforståelse og kommunikasjonskompetanse er med på å legge til rette for et godt møte og en god samhandling. Her tenker jeg tilbake på historien om sosionomen som fikk et dårlig utgangspunkt i sitt møte med den somaliske faren som hun håndhilste på og tenker at kulturforståelse i denne situasjonen ville vært ”gull verdt” for å skape en god relasjon til ham og familien.

## ***2. Har helsearbeidere kunnskap om tverrkulturell kommunikasjonskompetanse?***

Funnene mine viser åtte ting i forhold til om helsearbeidere innehar kunnskap om tverrkulturell kommunikasjonskompetanse; kunnskap om- og forståelse for andre menneskers språk og koder er en forutsetning for god kommunikasjon (Eide og Eide, 2003), Norge har over lang tid vært et flerkulturelt samfunn (Røkenes og Hansen, 2002), det stilles høyere krav til helse- og omsorgsyrkene i dag relatert til tverrkulturell kompetanse (Røkenes og Hansen, 2002), det flerkulturelle fellesskapet setter høyere krav til helsearbeideres kommunikasjonskompetanse (Røkenes og Hansen, 2002), god kommunikasjon er et fundament for samhandling (NOU:2001), innvandrere føler de blir snakket til og ikke med (NOU:2001) helsearbeidere undervurderer behovet for bruk av tolk (Hylland Eriksen, 2001) og det er store utfordringer relatert til språk- og forståelsesproblemer (Center for små handicapgrupper, 2005).

Forskningen i litteraturen viser det samme og disse funnene underbygger for min problemstilling. Det er et sterkt behov for økt tverrkulturell kommunikasjonskompetanse i det norske helse- og omsorgsvesenet i framtiden. Det er essensielt å være klar over at tverrkulturell kommunikasjon handler om eksistensen av flere perspektiver og at kompetanseoppbygging på dette feltet vil bidra til å lykkes i helsearbeid med etniske minoriteter som har funksjonshemmede barn (Øzerk, 2011).

Mange etniske minoritetsforeldre har barrierer i forhold til kommunikasjon og er avhengig av god og kvalitetssikret samhandling og rådgiving. I en rekke tilfeller er det også behov for tolk, og hvis det er en tolk inn i saken kan det være av betydning å ha en dialog med denne på forhånd for å få noen gode råd vedrørende møtesituasjonen og kunnskap om kulturen i familiens opprinnelsesland. Denne *kartleggingsdelen* kan relateres til vernepleierens helhetlige arbeidsmodell og som en del av en arbeidsprosess som kan bidra til at familiene føler seg mere inkludert, deltakende og tryggere i rollen for å kommunisere.

I møtet med minoritetsfamilien er det viktig å snakke med hverandre og med riktige ord. Lik mange norske etniske pasienter og brukere opplever minoritetesfamiliene i møte med de profesjonelle at de blir snakket til og ikke med. Dette er et allment kjent pasientproblem og blir ekstra belastende for minoritetsfamiliene som i utgangspunktet har en annen kulturbakgrunn og et annet språk. Betydningen av et ord og begrep kan variere fra kultur til kultur og spesielt i situasjoner ved bruk av tolk kan dette lett komme til uttrykk. Når det gjelder begreper tenker jeg fra et vernepleiefaglig perspektiv at det er to måter å oppfatte sammenhenger på: gjennom sanseerfaringer/persepsjon og gjennom teoretisk tenking. Vedrørende det sistnevnte er det essensielt å tenke over dette når man møter foreldre som kanskje har minimalt med utdanning. For noen av opprinnelseslandenes språk kan det være vanskelig å oversette en diagnose eller et faguttrykk og det kan være hensiktsmessig å forberede en tolk på dette. Denne prosessen krever god tid. Det er derfor viktig å avklare at man snakker om samme ting. En diagnose kan eksempelvis bety noe annet for foreldrene enn for en som er helsearbeider og saksbehandler, derfor er det viktig ut ifra et helhetlig perspektiv å kartlegge foreldrenes forståelse og viten vedrørende funksjonshemmingen slik at riktige ord blir brukt. Erfaringer viser at bruk av profesjonell tolk er svært viktig for å få formidlet ulike problemer og nødvendig tilgang til helsehjelp (Helsedirektoratet, 2011). I denne sammenheng tenker jeg også at tolk nødvendigvis ikke er nok. Når man ikke



behersker språk, kan ikke dette medføre at andre viktige sider i samfunnet blir lukket for deltakelse?

Ord har makt, og jeg tenker at i helse- og omsorgsyrkene hvor formålet for kommunikasjon er å sørge for å fremme helse og hindre lidelse på best mulig måte, er det viktig for den profesjonelle å være seg bevisst sin egen måte å kommunisere på (Eide og Eide, 2004).

### ***3. Hvordan blir etniske minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn møtt av det norske helsevesenet?***

I forhold til hvordan etniske minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn blir møtt av det norske helsevesenet så viser funnene mine fem ting; samhandling med etniske minoritetsfamilier medfører nye krav og utfordringer for helsearbeidere (Røkenes og Hanssen, 2002), minoritetsfamiliene opplever og ikke bli forstått og bagatellisert av helsearbeidere (NOU: 21), minoritetsfamilien opplever at de blir nedvurdert i forhold til kompetanse i det norske samfunnet og at dette forsterkes i møte med helse- og omsorgsvesenet (NOU:21), møtene er lite preget av dialog der det utveksles kunnskap, forståelse og erfaring (NOU: 21) og at møtene skjer ut ifra et kulturelt ståsted (ethnicitetoghandicap.dk).

Funnene viser at etniske minoritetsfamilier i høy grad blir møtt med et etnosentrisk perspektiv av det norske helse- og omsorgsvesenet og at det er en vei å gå for å kvalitetssikre at møtene har et faglig og etisk forsvarlig ståsted. Jeg tenker at disse funnene belyser min problemstilling og viser at det er behov for kompetanseoppbygging for helsearbeidere relatert til tverrkulturell kommunikasjon.

I tilknytning til vernepleierens første møte med en etnisk minoritetsfamilie så er det noen grunnleggende punkter som er viktige å fokusere på; å sette av god tid for å bygge relasjoner og bruke en profesjonell tok om nødvendig (Helsedirektoratet, 2011). Andre faktorer som er med på å kvalitetssikre møtet er; å være en aktiv lytter, kartlegge familiens nåværende situasjon, lære om familiens kultur og fokusere på hvilke ressurser de har til å bidra til barnets utvikling. Denne tilnærmingen svarer også til vernepleierens fagplan. Dette i motsetning til et etnosentrisk perspektiv hvor helsearbeidere tar det for gitt at deres

kunnskap også innebærer at bare man kan faget sitt så holder det for å overføre kunnskap til mennesker i en annen kultur (Dahl og Habert, 1991).

Jeg tenker at etniske minoritetsfamilier er som norske familier; de ønsker å bli behandlet med respekt og som mennesker med følelser. En bevisst vernepleier har fokus på brukermedvirkning og brukerperspektiv og spesielt når det gjelder samhandling med etniske minoritetsgrupper er det viktig å prøve å sette seg inn i deres livsverden og bevege seg mot et mer kulturell relativistisk syn. Disse familiene har ekstra utfordringer i det norske samfunnet i forhold til norske familier; de er en minoritetsgruppe og i tillegg til at de har et funksjonshemmet barn kan de også ha dårligere levekår enn den øvrige befolkningen i Norge.

Samtidig viser et av funnene et mer kulturell relativistisk perspektiv; danske helse- og omsorgsarbeidere møter de etniske minoritetsfamiliene med en bakgrunnskunnskap om deres kultur, dette bidrar til å unngå myter og fordommer og samhandlingen får et godt utgangspunkt (ethnicitetoghandicap.dk, 2012). Dette samsvarer med det vernepleiefaglige perspektivet om profesjonell helse- og omsorgsutøvelse. Jeg tenker tilbake på studieforløpet og vet ut ifra faglig teori at det norske helse- og omsorgsvesenet har tatt til seg en del danske teoretiske perspektiver og modeller gjennom flere tiår. Kanskje vi også her har noe å lære av det danske helsevesen i forhold til tverrkulturell kommunikasjonskompetanse og samhandling med etniske minoritetsfamilier? Kulturell relativistisk kompetanse som teori og metode i møte med etniske minoritetsfamilier er essensielt i helsearbeid og som en del av tverrkulturell kommunikasjonskompetanse (Brodtkorb og Rugkåsa, 2009).

#### ***4. Hvordan kan tverrkulturell kommunikasjonskompetanse bidra til gjensidig empowerment?***

Funnene viser fire ting i forhold til hvordan tverrkulturell kommunikasjonskompetanse kan bidra til gjensidig empowerment mellom etniske minoritetsfamilier og helsearbeidere; kunnskap om- og forståelse for andre menneskers språk og koder er en forutsetning for god kommunikasjon (Eide og Eide, 2003), tverrkulturell kompetansebygging blant helsearbeidere er essensielt (Hylland Eriksen, 2001), det handler ikke bare om å forstå den andre kulturen, men om å forstå seg selv og de andre i samhandling med hverandre

(Røkenes og Hanssen, 2002) samt kjennskap til den etniske familiens kulturbakgrunn fører til inkludering og mestring (ethnicitetoghandicap.dk).

Funnene viser ulike vinklinger på hvordan tverrkulturell kommunikasjonskompetanse kan gi gjensidig bestyrking, og jeg mener at alle disse funnene er med på å bidra til empowerment. I et vernepleiefaglig perspektiv og kulturel relativistisk utgangspunkt inkluderer dette faktorer som; brukermedvirkning, mestring, selvbestemmelse, troen på at ens eget potensial kommer til sin rett, selvrespekt og yrkesstolthet.

Forskningen i litteraturen viser at kunnskap om- og erfaring i tverrkulturell kommunikasjon hos helsearbeidere bidrar til å gi etniske minoritetsfamilier styrke, makt og verdighet i møte med helsevesenet. Dette er med på å formidle deres behov og sikre like rettigheter for behandling (Fagplan, 2010). Fra et vernepleiefaglig perspektiv er det viktig at minoritetsfamilier får bistand av helsearbeidere til å utvikle et bevisst kjennskap til sine sterke og svake sider og jobbe aktivt med disse. Dette tror jeg kan bidra til at de etniske minoritetsforeldrene selv, gjennom kunnskapsutvikling og muligheter, i større grad kan være med på å minske de utfordringene det medfører og ha et funksjonshemmet barn. Bestyrking av familiene i disse prosessene og gi dem en sjanse til å være likeverdige partnere slik at de får utnyttet sitt potensial er en del av empowerment-prosessen som her handler om å ”dele makten”. Helsearbeideren bestyrker minoritetsfamilien uten selv å miste makt og det oppstår et kollektivt empowerment som også gjør at helsearbeideren/vernepleieren får anerkjennelse for sin kompetanse og ressurser relatert til tverrkulturell kommunikasjon (Øzerk, 2012).

Samtidig viser det seg at det ikke har vært prioritert med kompetanseoppbygging på dette feltet i de norske helse- og omsorgsinstitusjonene. I denne sammenheng tenker jeg også på empowerment i forhold til vernepleieren som har et spesielt ansvar i forhold til rollen som helse- og sosialpolitisk aktør og for å fremme behovet for kompetanse på dette feltet.

## ***5. Hvordan sikre like rettigheter for behandling på en faglig god og etisk forsvarlig måte?***

I forhold til hvordan man kan sikre like rettigheter for behandling på en faglig god og etisk forsvarlig måte så viser funnene mine tolv ting; mangel på informasjon om hvilke tilbud man har rett på i helsevesenet kan medføre at de etniske minoritetsfamiliene ikke får den nødvendige helehjelpen de har behov for- og krav på (Center for små handicapgrupper, 2005), helsearbeidere er ofte usikre på om minoritetsfamiliene får med seg og forstår informasjonen (Center for små handicapgrupper, 2005), familiene kan være forvirret og usikre på hva de har rett og mulighet til (Center for små handicapgrupper, 2005), det er viktig med bruk av profesjonell tolk (Hylland Eriksen, 2001), pasientrettighetsloven plikter å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester uansett etnisitet (Regjeringen, 2012), minoritetsfamilier mangler kunnskap som kan brukes til å styre eget liv (NOU:2001), det ligger til grunn store utfordringer i forhold til å legge til rette for et bedre tjenestetilbud som kan føre til at etniske minoritetsfamilier kan nyttiggjøre seg av tjenestene på en bedre måte (NOU:2001), minoritetsfamiliene har et stort behov for og ønsker kunnskap, muligheter og rettigheter i det offentlige systemet (NOU:2001), Staten og helse- og omsorgsvesenet har et ansvar for å gi informasjon om rettigheter til den enkelte familie (NOU: 2001), å tilegne etniske minoritetsgrupper like muligheter innebærer å gjøre ting ulikt (NOU:2001), det må arbeides systematisk og helhetlig over lang tid og på flere nivå for å svare for de behov som ligger til grunn for helsetjenester relatert til etniske minoritetsfamilier (Samhandlingsreformen, 2012) samt at kommunikasjon og mangel på informasjon om det offentlige systemet er en av hovedutfordringene i samhandling med etniske minoritetsgrupper (NTNU Samfunnsforskning, 2008).

Forskningen i litteraturen viser fra ulike hold at det er et sterkt behov for at det helse- og omsorgsvesenet kvalitetssikrer etniske minoritetsfamiliers rettigheter for likeverdig behandling på en på en faglig god og etisk forsvarlig måte. Disse funnene underbygger for min problemstilling og at det er noen momenter som er grunnleggende for at minoritetsfamiliene får oppfylt disse rettighetene.

Fra et vernepleiefaglig ståsted er det essensielt å bidra til- og tilrettelegge for at alle mottakere av helsehjelp får et likeverdig tjenestetilbud, noe også fagplanen påpeker. I et møte med etniske minoritetsfamilier, og spesielt om det er første møte med helse- og omsorgsvesenet for familien, er det viktig at helsearbeideren gir informasjon om

rettigheter og plikter, samt forklarer hvordan det offentlige systemet er bygd opp. Hvis denne informasjonen blir gitt på en forståelig måte så kan dette medføre at familien lettere finner fram i det offentlige systemet og at de blir bestyrket. Denne tilgangen på kunnskap kan igjen føre til at andre institusjoner sparer tid på ”unødvendige” henvendelser. Ved å anvende vernepleierens helhetlige arbeidsmodell kan man også kartlegge flere av familiens ressurser, også i forhold til å lese og skrive og om det er relevant å gi informasjonen både skriftlig og muntlig. I denne sammenheng forstår jeg betydningen av taushetsplikt relatert til utveksling av informasjon og at det i mange tilfeller er behov for en profesjonell tolk for å trygge møtesituasjonen (Helsedirektoratet, 2011).

For å bidra til å sikre informasjonen om familienes rettigheter for behandling blir ivaretatt på et faglig og etisk grunnlag, forstår jeg det slik ut av mine funn og fra et vernepleiefaglig perspektiv at det er nødvendig med økte ressurser og kompetanseheving blant helsearbeidere. Som vernepleier, autorisert helsepersonell og med utgangspunkt i yrkesetiske retningslinjer har vernepleieren et særskilt ansvar for å inkludere etniske minoritetsgrupper og sørge for å gi disse gruppene et helhetlig hjelpetilbud.

”VI ER MUSLIMER, MEN VI BRUGER IKKE RELIGION FØRST FOR AT BEHANDLE VORES DATTER. VI TROR PÅ VIDENSKAP, VIDEN, GODE MENNESKER, UNDERVISNING, OG KÆRLIGHET ER FØRST”. (ÆGTEPAR FRA IRAK)

## Avslutning

Arbeidet med bacheloroppgaven har vært en interessant og positiv læringsprosess, og jeg føler at jeg har fått belyst viktige sider av min problemstilling

Det er på tide å ta helsearbeidernes og minoritetsfamiliene frustrasjoner og avmaktfølelse på alvor! Det er essensielt å styrke kompetansen i helse- og omsorgssektoren så de kan mestre de ulike utfordringer som et kulturelt og etnisk mangfold innebærer! Som vernepleier vil jeg jobbe for likestilling mellom de etniske minoritetsgruppene og den øvrige befolkningen. Som vernepleier vil jeg jobbe for en bedre kommunikasjon mellom helsearbeideren og den etniske minoritetsfamilien. Som vernepleier vil jeg bidra til at helsearbeidere har tverrkulturell kommunikasjonskompetanse. Som vernepleier vil jeg jobbe for at helsearbeidere får en større trygghet i sin arbeidshverdag sammen med etniske minoritetsfamilier. Som vernepleier vil jeg jobbe for gjensidig empowerment og respekt mellom helsearbeideren og minoritetsgruppene.

I dette dypdykket; inn i den tverrkulturelle verden har jeg tilegnet meg en større forståelse for hvordan jeg som menneske og profesjonell yrkesutøver kan samhandle med etniske minoritetsgrupper- og familier som har funksjonshemmede barn. Jeg reflekter stadig over hvor jeg selv, og de jeg møter, er på dette kontinuum som beskriver nyansene av etnosentrisme og kulturel relativisme. Jeg tror at ingen av oss er enten / eller på denne skalaen, men at det i tverrkulturell kommunikasjon er viktig å ha en kulturel relativistisk holdning for å forstå og sette seg inn i annen kulturs livsverden og dennes normer og verdier. I denne sammenheng, når helsearbeideren møter den etniske minoritetsfamilien, tror jeg ingen kan være verdinøytrale.

Fellesorganisasjonen ga i 2010 ut sitt *Prinsippprogram for 2010-2015* hvor organisasjonen uttrykker at de ønsker å bekjempe større forskjeller i befolkningens levevilkår, noe som også inkluderer de etniske minoritetene. FO ønsker en velferdsstat bygget på solidaritet og likeverd, og dette samsvarer med den norske velferdsstatens prinsipper som bygger på;

*solidaritet, likhet, rettferdighet og trygghet.* I min profesjon som vernepleier ønsker jeg på best mulig måte å sikre de etniske minoritetsfamilienes rettigheter på en forsvarlig måte. Ved å være en helse- og sosialpolitisk aktør vil jeg bidra til at økonomiske prioriteringer i helse og omsorgssektoren fører til helse- og omsorgsforebyggende tiltak for de etniske minoritetsgruppene. Dette innebærer spesielt kompetanseheving blant helsearbeidere relatert til området tverrkulturell kommunikasjon hvor det er essensielt å styrke innsatsen.

Ved å anvende *vernepleierens helhetlige arbeidsmodell* kan jeg være med på å tilrettelegge for bedre vilkår og *det gode liv* hos den enkelte minoritetsfamilie. Likeverd og like rettigheter, deltakelse og medvirkning er viktige grunnsteiner i denne prosessen. *Jeg ønsker å tre inn i de etniske minoritetsfamilienes livsverden og lære om deres kultur og samtidig la familiene få oppleve min verden og min kultur og ut ifra dette få en felles forståelse for hverandres kultur.*

Jeg avslutter med følgende ord fra Integreringsavdelingen i UDI (2002); ”Med minoritetsperspektiv i tjenesteytingen mener vi en bevissthet om forholdet minoritet – majoritet i møtet mellom tjenesteyter og tjenestebruker”. Dette innebærer kompetanseheving på flere nivå; grunnutdanning, kurs eller videreutdanning, ved opplæringa av tillitsvalgte og ledere og ved ulike kunnskapssentre, nettverk og annen opplysningsvirksomhet. ”*Befolkningen som helhet vil vinne på dette, fordi tjenesteyterne blir mer oppmerksomme på varierende behov hos alle individer i befolkningen*”.

”I’m still learning” – Michelangelo

## Litteraturliste

### Pensumlitteratur

Bunkholdt, Vigdis. 2005. *Psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, Olav. 2006. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, Tom og Hilde Eide. 2003. *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, Tom og Hilde Eide. 2004. *Kommunikasjon i praksis – relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Garsjø, Olav. 1997. *Sosiologisk tenkemåte*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Høgskolen i Molde. 2010. *Bachelor i vernepleie – fagplan*

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2002. *Bære eller bryte – kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

### Selvvalgt litteratur

Bø, Inge og Lars Helle. 2008. *Pedagogisk ordbok – praktisk oppslagsverk i pedagogikk, psykologi og sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget

Center for små handicapgrupper. 2005. *Taler vi om det samme? – Når etniske minoriteter med sjældne handicap møder social- og sundhetsvæsenet*. København: Oktan

Dahl, Øyvind og Kjell Habert. 1991. *Møte mellom kulturer – tverrkulturell kommunikasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Hylland Eriksen, Thomas. 2001. *Flerkulturell forståelse*. Oslo: Universitetsforlaget AS



Kvalbein, Asbjørn. 1999. *God kontakt – praktisk kommunikasjonslære*. Kristiansand: IJ-forlaget

### **Offentlige publikasjoner**

Helsedirektoratet. Prosjekt familieveiviser. Tema: *Bruk tolk og ha god tid*. På internett: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/prosjekt-familieveiviser--et-erfaringsmagasin-fra-helsedirektoratet/Publikasjoner/prosjekt-familieveiviser-et-erfaringsmagasin-fra-helsedirektoratet.pdf> (lest 10.01.12)

Regjeringen. Tema: *Folkehelse*. På internett: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/folkehelse.html?id=10877> (lest 30.04.2012)

Regjeringen. Tema: *Samhandlingsreformen – St.meld. nr. 47 Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. På internett: <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf> (lest: 05.05.2012)

Regjeringen. Tema: *Genetisk veiledning*. På internett: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20022003/otprp-nr-64-2002-2003-/7/8.html?id=174317> (lest 18.05.2012)

Sosial- og helsedepartementet. NOU 2001:22. *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmedes barrierer*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste – informasjonsforvaltning

UDI – integreringsavdelingen. 2002. *Minoritetsperspektiv i offentlig tjenesteyting*. Oslo: Utlendingsdirektoratet

### **Forskningsrapporter**

NTNU Samfunnsforskning AS. Fladstad, Torunn og Berit Berg. – Avdeling for innvandrersforskning og flyktningsstudier. *Gi meg en sjanse – minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn i Bydel Bjerke*. På internett: <http://samforsk.no/SiteAssets/Sider/publikasjoner/Gi%20meg%20en%20sjanse.pdf> (Lest 15.04.2012)

## **Internett**

Etnicitetoghandicap.Tema: *Etnisitet og funksjonshemming*. På internett:

<http://www.etnicitetoghandicap.dk/default.asp?mode=cmsview&page=25> (Lest 15.01.2012)

Frambu – senter for sjeldne funksjonshemninger. Tema: *Hva mener vi med flerkulturell tilpasning?* På internett:

[http://www.frambu.no/modules/module\\_123/proxy.asp?D=2&I=14395&C=571](http://www.frambu.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&I=14395&C=571) (Lest 02.02.12)

Psykologi i kommunen. Tema: *Rådgivning til minoritetsspråklige foreldre fra et multikulturelt perspektiv* av Meral R. Øzerk. På internett:

<http://www.pik.no/Radgivn%2027-44.pdf> (lest 01.02.12)