

## Forord

Jeg har levd lenge med denne oppgaven og de historiene som har blitt fortalt. Jeg har fått innblikk i vanskelige og krevende hverdager. Det skal nå bli godt å sette strek for denne utfordrende, men lærerike perioden.

Det lå aldri i kortene at jeg skulle ta en mastergrad, og nå i innspurten har dette lignet mest på en treningsøkt i å ikke gi seg.

Jeg vil takke mine informanter som har delt tanker og refleksjoner fra egen praksishverdag. Det er modig gjort å synliggjøre egne vurderinger og få en forskers blikk på egen faglighet.

Jeg må takke min alltid positive veileder Berit Berg for hennes tålmodighet, gode råd og faglige raushet. Raske tilbakemeldinger og nyttige innspill som har fått meg videre, også når alt har stoppet opp.

Rundt meg er det mange å takke, og en stor takk går til min utvidede storfamilie, som hver og en av dere har bidratt med små og store ting, slik at dette ble mulig å gjennomføre. Dere er min «afrikanske landsby».

Til sist må jeg takke barna mine, Naomi, August, Aurora og Mathias som har holdt ut å leve med en skrivende mor. Er redd jeg for alltid har ødelagt deres forståelse av begrepet «ferdig».

Og til Jayden, som er like gammel som dette prosjektet, du får nå en bestemor med mye bedre tid!

Marianne Rust

Trondheim, Våren 2015.



## **Sammendrag**

Sammensetningen av befolkningen i norske kommuner er endret, og tjenesteyterne skal gi lovpålagte og likeverdige tjenester til et stort mangfold. Blant disse er også minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn. Minoritetsfamilier som har barn med funksjonsnedsettelse opplever å ha en «dobbel annerledeshet» i møte med tjenesteapparatet, og forskningen viser at de i disse møtene har en del tilleggsutfordringer. Dette kan handle om språk- og kommunikasjonsproblemer, i tillegg til stereotypier og forenklete forestillinger hos tjenesteyterne.

Fokus for dette prosjektet var å undersøke i hvilken grad to kommuner gir likeverdige tjenester til minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn. Jeg ønsket å få innsikt i tjenesteyternes egen tolkning av eget praksisfelt, og få kunnskap om hvilke tiltak de utarbeidet for å gi likeverdige tjenester til denne brukergruppen, samt å undersøke hvilke erfaringer, tanker og holdninger de møtte minoritetsfamiliene med.

Denne undersøkelsen har et kvalitativt forskningsdesign og datamaterialet er innhentet ved hjelp av semistrukturerte intervju med tjenesteytere i to kommuner. Innhenting av data og analyse er basert på en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming.

Resultatene fra undersøkelsen viser at det er stor forskjell i hvordan kommunene gir likeverdige tjenester. Det avdekkes også at innholdet i tjenestene er varierende, og at grad av tilrettelegging for den enkelte kan variere.



## Summary

The Demographic composition of Norwegian counties has changed, and communal service providers must provide statutory equal services to all. These include ethnic minority families who have children with impairment. Such families have a two-fold challenge in their communication with communal service providers, and research shows that these families have some extra challenges in such communication. These difficulties can contain language barriers and service providers negative stereotypes and prejudice

The focus of this thesis shows how two counties provide and offer their services to this group. It is important to understand how service providers perceive there own field of expertise, and which measures they use to plan and manage these equal services.

For this research qualitative methods have been used, and the data had been obtained by semi-structured interviews with service providers in two counties, which in different ways offers services to minority families who have children with impairments. Both the data and the analysis are based on a phenomenological and hermeneutical scientific tradition.

This research shows that there are differences between this two counties in the services they provide, and in the service providers attitudes and perception of these families.



# Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema og problemstilling .....	1
1.2	Å være en minoritet, kontra å ha en kultur .....	2
1.3	Oppgavens oppbygging og begrepsforklaringer .....	4
1.3.1	Minoritetsfamilier .....	4
1.3.2	Likeverdige tjenester .....	4
1.3.3	Kulturalisering .....	6
2	Teoretisk ståsted .....	7
2.1	Forståelse av og perspektiv på funksjonshemming .....	7
2.1.1	Den medisinske modellen .....	7
2.1.2	Den sosiale modellen .....	7
2.1.3	Den relasjonelle modellen .....	8
2.2	Kritisk teori .....	9
2.2.1	Kritisk teori og funksjonshemming .....	10
2.2.2	Det poststrukturalistiske perspektivet .....	11
2.3	Et historisk blick på normalitet .....	12
2.4	Minoritet og majoritet .....	14
2.4.1	Likhetens grenser .....	17
2.5	Den nye rasismen .....	17
2.5.1	Diskriminering .....	19
2.5.2	Interseksjonalitet .....	20
3	Kunnskapsbakgrunn og tidligere forskning .....	23
3.1	Å vokse opp med funksjonshemming .....	23
3.1.1	Inkludering i barnehage og skole .....	24
3.1.2	Arbeidsfordelingen mellom familien og det offentlige .....	25

3.2	Familier med minoritetsbakgrunn .....	26
3.2.1	Tidlig innsats og tilgang på hjelp .....	28
3.2.2	Fortolkningsrammer på funksjonshemming og vår egen nære historie .....	29
3.2.3	.....	31
3.2.3	Manglende kulturelle markører hos tjenesteyterne .....	32
3.3	Pakistansknorske familier med funksjonshemmede barn.....	33
3.3.1	Holdninger i organisasjonen.....	35
3.4	Barnevernet og minoritetene .....	37
3.4.1	Kunnskapsstatus .....	39
3.4.2	Kultur som overgeneralisering .....	41
3.5	Kultursensitiv kommunikasjon.....	42
3.6	Kompetanseheving .....	43
4	Metode.....	45
4.1	Hvorfor kvalitativ metode .....	45
4.1.1	Mitt utgangspunkt og ståsted.....	45
4.1.2	Kritisk refleksiv praksis .....	46
4.1.3	Metodefilosofisk tilnærming .....	46
4.2	Kommunene og informantene .....	48
4.2.1	Likt og ulikt i kommunene .....	48
4.2.2	Kommune A .....	48
4.2.3	Fagforumet .....	49
4.2.4	Kommune B .....	50
4.3	Undersøkelsen .....	50
4.3.1	Rekruttering av informanter .....	50
4.3.2	Semistrukturert intervjuundersøkelse.....	51
4.3.3	Intervjuguide .....	52
4.3.4	Gjennomføring av intervjuene .....	52



4.4	Dataanalysen.....	53
4.4.1	Gjennomføring av analysen.....	53
4.5	Etiske hensyn og overveielser .....	54
4.6	Prosjektets reliabilitet og validitet og overførbarhet .....	56
4.6.1	Reliabilitet eller troverdighet .....	56
4.6.2	Validitet eller bekreftbarhet.....	57
4.6.3	Overførbarhet eller generaliserbarhet.....	58
5	Empirikapittel.....	59
5.1	Synlige og usynlige funksjonsnedsettelse .....	59
5.1.1	Er det noe mer? .....	60
5.1.2	Tidlig diagnostisering av autisme og lettere grad av utviklingshemming .....	62
5.2	Traumatiserte barn.....	63
5.2.1	Kommune B .....	63
5.2.2	Kommune A .....	65
5.3	En praksis som var til beste for barna, og som tar familiene på alvor.....	66
5.3.1	Tilvenning i barnehagen.....	66
5.4	Å legge lista lavere .....	67
5.4.1	Grunnholdninger i organisasjonen .....	70
5.4.2	Flyktningarbeid med et verdighetsperspektiv .....	71
5.4.3	Tidlig innsats for barn og unge .....	72
5.5	Å gi likeverdige tjenester til en mangfoldig befolkning.....	73
5.5.1	Tilrettelegging og tilpasninger av tjenester. Kommune B .....	74
5.5.2	Avlastning .....	75
5.5.3	Tilrettelegging og tilpasninger av tjenester. Kommune A .....	76
5.5.4	Tidsbruk og ekstra stillinger.....	77
5.6	Bruk av tolk som ivaretagelse av en rettighet.....	78
5.6.1	Tolkebruk i kommune A .....	78

5.6.2	Tolkebruk i kommune B .....	79
5.6.3	Underforbruk av tolk.....	82
5.7	Bruk av tilskudd.....	82
5.7.1	Ekstratilskudd for personer med alvorlige, kjente funksjonshemninger og/eller atferdsvansker.....	84
5.7.2	Kommune A og bruk av tilskudd .....	84
5.7.3	Kommune B og bruk av tilskudd .....	85
5.8	Samarbeid, koordinerte tjenester og forankring .....	86
5.8.1	Diffuse retningslinjer og mangel på samarbeidsrutiner. Kommune A.....	86
5.8.2	Handlingsrom, fleksibilitet og foreldre som samarbeidspartnere. Kommune B	87
5.8.3	Forankring .....	88
5.9	Kompetanseheving, flerkulturell forståelse og fokuset som forsvant .....	90
6	Avslutningskapittel.....	93
6.1	Likeverdige tjenester som ideal .....	93
6.1.1	Bruk av tolk, en nøkkel til tjenester som er like gode for alle .....	93
6.1.2	Er det noe mer? Å ha like god tilgang til tjenester som allerede finnes.....	94
6.1.3	Å ha like god kvalitet på tjenestene uavhengig bakgrunn.....	95
6.1.4	Kan vi legge lista lavere? .....	96
6.1.5	Likeverdige tjenester som et lederansvar, er det godt nok å være på rett side av loven? 97	
6.2	Stereotype holdninger og diskriminering .....	98
7	Litteraturliste .....	101

# 1 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Samtidig med at jeg startet mine studier ved funksjonshemming og samfunn, ble jeg fortalt en historie av en ansatt i kommunen jeg arbeidet i;

*En alenemor med fem barn, som hadde vært bosatt i kommunen i litt over et år, hadde blitt innkalt til et møte med skolen. Skolen var bekymret for sønnens atferd og læringsutbytte. Denne kvinnen ønsket å bruke tolk i dette møtet, og ville at skolen skulle bestille telefontolk. Skolen rettet forespørselen videre til flyktningkontoret og mente dette var deres ansvar siden familien var nylig bosatt og kvinnen fortsatt fikk norskundervisning ved kommunens introduksjonsprogram. Flyktningkontoret avviste denne forespørselen om tolk, og mente kvinnen kunne godt nok norsk på dette tidspunktet til at møtet kunne skje uten tolk. Til møtet med skolen tok moren med det barnet i familien som på dette tidspunktet hadde de beste norskkunnskapene, datteren på 15 år, som da skulle fylle rollen som tolk.*

Som mor til et barn med lærevansker og erfaring fra ulike møter med tjenesteapparatet, reiste denne historien mange spørsmål. Kunne dette bli godt nok? Ville det bli mulig for skole og hjem å samarbeide slik at gutten fikk den hjelp og tilrettelegging han kunne ha behov for?

Nå i 2015 anmoder Inkluderings- og mangfolds direktoratet norske kommuner om å bosette 10 000 flyktninger, og til sammen 331 kommuner har sagt ja til å bosette (IMDi, 2015). I tillegg opplever noen kommuner også en stor tilstrømning av arbeidsinnvandrere. Denne nye og mangfoldige sammensetningen av befolkningen utfordrer den enkelte kommunes evne til å gi og tilpasse tjenester som er likeverdige for alle innbyggere. Minoritetsfamilier som har barn med ulike funksjonsnedsettelse vil være blant disse, og det er dem denne oppgaven har i fokus.

Minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn opplever å ha en "dobbel annerledeshet". Og forskning viser at de har noen tilleggsutfordringer i møte med tjenesteapparatet som ikke majoritetsfamiliene har (Berg, 2014:198). Forskning har også funnet tendenser til at tjenesteapparatet årsaks forklarer vansker og utfordringer i forhold til denne gruppen med kultur, og at de møtes med noen stereotype holdninger (Kittelsaa, 2012,117).

Likeverdige tjenester som er omtalt i norsk lovgivning og i ulike politiske dokumenter, fremstår som et ideal for hvordan offentlige tjenester skal gis. Likeverdige tjenester er forankret i internasjonale menneskerettigheter, og er et ansvar gitt norske myndigheter. Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) som håndhever diskrimineringsforbudene, mener å finne ulikhet i tilgangen til og bruken av tjenester (LDO, 2011).

Min problemstillingen blir da som følger:

*I hvilken grad gir og tilrettelegger to kommuner for likeverdige tjenester til minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn?*

## **1.2 Å være en minoritet, kontra å ha en kultur**

Oppgaven bygger på kritisk teori, og ulike perspektiver på funksjonshemming blir brukt for å belyse problemstillingen. Jeg har også valgt å trekke inn interseksjonalitet som en tilnærming for å forstå hvordan flerdimensjonal diskriminering kan skape ulikhet i praksis.

Jeg velger i denne oppgaven å ta et minoritetsperspektiv i større grad enn et kulturperspektiv. Det hevdes at integreringens utfordringer ligger nettopp i spenningsfeltet mellom minoritet og majoritet, og siden denne oppgaven i første rekke handler om møter mellom tjenesteapparatet og minoritetsfamilier, blir det naturlig å bruke dette perspektivet som utgangspunkt (Eriksen & Sajjad, 2011).

Rogstad & Midtbøen (2009) mener at majoritetens praksisformer på skjulte måter bidrar til ulikhet, og at dette av minoritetene kan oppleves som en forskjellsbehandling. Majoriteten på sin side kan vurdere sine hverdagspraksiser og språklige kategoriseringer som selvsagte, selv

om disse kan ha en barriereskapende effekt og hindre deltakelse. Å ta et minoritetsperspektiv blir nødvendig for å forstå innholdet i de møtene som skjer.

Å ta et minoritetsperspektiv betyr å ta hensyn til hvem som besitter symbolmakten og retten til å definere hvilke verdier som er av betydning (Eriksen & Sajjad, 2011:88). Det ligger mye makt i å ha muligheten til å klassifisere og kategorisere andre (Gullestad, 2002). Å ha bevissthet om disse asymmetriske maktforhold i møter mellom tjenesteytere og minoritetsbefolkningen, kan hevdes å være en del av vår flerkulturelle kompetanse.

Det blir likevel nødvendig å snakke om kultur, fordi kulturforskjeller kan være dype og komplekse. Relevant kulturforståelse og en krysskulturell kommunikasjon kan være viktig for personforståelsen (Sajjad, 2012). Kultur handler også om kontekst, og kontekst er relevant om man fullt ut skal forstå den andres ståsted.

Men noen sier kulturbegrepet har fått for stor plass, og at slik det brukes i ulike innvandringsdebatter bidrar det til «enten-eller» posisjoner (Bredahl, 2009:43). Kultur kan oppfattes som noe deterministisk, som noe statisk og ubevegelig. Slik kan det være fristende å gi «kulturforskjellene» skylden for alt som kan gå galt i forholdet mellom nordmenn og minoriteter, og noen mener det store fokus på kulturforskjeller og kulturkonflikter har blitt den nye rasismen (Rogstad & Midtbøen, 2009).

Kulturbegrepet brukes til å kategorisere, og er et begrep som i sin natur synliggjør og påpeker forskjeller mellom mennesker. Samtidig sier kultur noe om kollektiv, om hva som er likt og ulikt mellom oss, og med feil fokus brukes det mest for å vektlegge det som oppleves som fremmed mellom oss.

Dette er en kvalitativ studie, der jeg har bruk semistrukturert intervju eller samtaleintervju, for å intervju fagpersonene i to kommunene. Dette fordi det var viktig å få tak i tjenesteyternes egen tolkning av sitt praksisfelt, og få innsikt i hvilke tiltak de utarbeidet for å gi likeverdige tjenester til denne brukergruppen, samt å undersøke hvilke erfaringer, tanker og holdninger de møtte minoritetsfamiliene med.

### 1.3 Oppgavens oppbygging og begrepsforklaringer

Oppgavens empiri presenteres i form av historier fortalt av de informanter jeg intervjuet, og utgjør utgangspunktet for hvordan temaene og utfordringene i praksisfeltet belyses.

Jeg har i dette introduksjonskapittelet valgt å redegjøre for tre begreper som er gjennomgående i oppgaven, ”*minoritetsfamilier*”, ”*likeverdige tjenester*” og ”*kulturalisering*”.

#### 1.3.1 Minoritetsfamilier

Jeg har valgt å bruke den samme definisjon av minoritetsfamilier som brukes av Söderström, Kittelsaa og Berg i rapporten «*Snakker vi om det samme? Minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet.*» (2011:11). Der forstås minoritetsfamilier til å være familier som har en bakgrunn og landtilknytning som plasserer dem i et mindretall i befolkningen. Landbakgrunn eller familiebakgrunn er ikke det viktigste, men hvilke forutsetninger og antakelser ansatte i tjenesteapparatet har når de kommuniserer og samhandler med disse familiene. Mange minoritetsfamilier kommer fra land der et offentlige velferdssystem og tjenesteapparat ikke finnes, eller fungerer helt annerledes enn det norske. Familiene er også ofte ukjent med det norske språket, som gir betydelige kommunikasjonsutfordringer i møtet med tjenesteapparatet, og hindrer dem i å uttrykke seg så fritt og nyansert som de selv ønsker.

#### 1.3.2 Likeverdige tjenester

Likestillings- og diskrimineringsombudet har utgitt håndboken *Likeverdige tjenester for alle*, som beskriver hva likeverdige tjenester er og hvordan likeverdige tjenester kan oppnås. LDO arbeider for å fremme likestilling og hindre diskriminering på alle samfunnsområder, og er

håndhever av diskrimineringsforbudene i lovverket, i tillegg til å gi veiledning og være en pådriver for likestilling og mangfold i samfunnet ((LDO, 2011).

LDO mener mangel på likeverdige tjenester kan føre til diskriminering, og at mangel på likeverdige tjenester har negative konsekvenser for brukeren, den ansatte og virksomheten. Det kan for brukeren bety krenkelser, mangelfull eller feil behandling, forverret helsetilstand eller i verste fall tap av liv (LDO, 2011:5). Om en gruppe eller en person ikke har like god tilgang til, og like god kvalitet på de tjenester som ville blitt gitt andre i en lignende situasjon, kan dette handle om flere ting. En faktor kan være diskriminering, og diskriminering kan skje selv om tjenesteyteren og lederen av virksomheten har gode hensikter. Dette kan skje om tilsynelatende nøytrale regler og rutiner i praksis fører til mangelfull eller dårligere behandling av noen. Diskriminering kan også skje når kommunikasjonen mellom tjenesteyter og bruker påvirkes av at tjenesteyter har stereotype forestillinger om vedkommende, noe som av bruker kan oppleves som krenkende (LDO, 2011: 8).

LDO (2011) hevder at det finnes ulikhet i tilgangen til, og i bruken av eksempelvis helsetjenester. De mener en forklaring på denne ulikheten kan være en manglete likestilling i samfunnet, og at det finnes hindringer i virksomhetene som skaper disse ulikhetene. Dagens diskrimineringsvern forbyr diskriminering på mange ulike grunnlag eller kjennetegn, som eksempelvis kjønn, etnisitet, alder, seksuell legning og funksjonsevne. LDO (2011) kommenterer i håndboken at det synes som tjenesteytere er flinke til å ta hensyn til ett kjennetegn, men at det blir utfordrende når brukerne har flere. En tendens er at det skjer en overfokusering på det ene kjennetegnet, og at andre blir oversett. Ofte er det de mest synlige kjennetegnene som får størst fokus (LDO, 2011).

Det er viktig med tjenester som tar høyde for mangfoldet i befolkningen, likeverdige tjenester er ikke like, og lik er ikke likeverdige. Det kan synes som om det i enkelte virksomheter eksisterer en norm om at tjenestene er til for en gjennomsnittsbruker, og slik vil mange som har krav på tjenester falle utenfor en slik norm. Dette kan medføre at noen av brukerne ikke får den samme tilgang til, eller like god kvalitet på tjenestene som gis. Likeverdige tjenester er tjenester som tar høyde for at brukerne er forskjellige og tilrettelegger etter dette (LDO,2011:10).

Veilederen fra LDO (2011) påpeker at likeverdige tjenester er et lederansvar, og at virksomheter skal organiseres slik at tjenesteytere og hjelpeapparat skal kunne overholde sine

lovpålagte plikter, og utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet. Og all helsehjelp skal ta utgangspunkt i hensynet til pasienten eller brukerens beste, slik at virksomhetenes tjenester er preget av informasjon, samtykke og medvirkning (LDO 2011).

### **1.3.3 Kulturalisering**

Med kulturalisering mener man at problemer og konflikter forsøkes forklart, eller bortforklart, ved å knytte dem til personens kulturelle tilhørighet. Alt som angår minoriteter kan enkelt forsøkes forklart og forstått som kultur. Dette utgjør et problem i seg selv og hindrer kommunikasjon og en dypere forståelse. Etnisk identitet blir fastlåste kategorier på bakgrunn av antatt kulturelt innhold, som igjen blir fortolket og forutbestemmer menneskers handlinger og utsagn (Berg & Fladstad, 2012:81). Kultur kan forstås som en determinerende faktor, det er «Kulturen» som får mennesker til å gjøre ting på en bestemt måte (Bredahl, 2009:43).

Kulturaliseringens effekt er at den fører til en underkommunisering av forhold i samfunnet som skaper ulikhet. Dette kan skje når fagpersoner for eksempel forstår foreldrenes handlinger og holdninger som kultur. Dette kan hindre at det stilles oppklarende spørsmål eller se etter andre forklaringer. Slik kan samhandlingen mellom foreldrene og hjelpeapparatet ødelegges. Konsekvensen kan bli at den hjelp som er nødvendig ikke blir gitt (Berg, 2012:117).



## **2 Teoretisk ståsted**

### **2.1 Forståelse av og perspektiv på funksjonshemming**

Innen forskning og faglitteratur brukes det tre modeller på hvordan funksjonshemming kan forstås. Den forståelse av funksjonshemming som modellene representerer har hatt innflytelse og påvirkning på ulike tidspunkt, og i ulik grad, men er nyttig for å forstå lovgivning og forskning gjort på området.

#### **2.1.1 Den medisinske modellen**

Den medisinske modellen setter kroppen i fokus, og er mest opptatt av konsekvens av sykdom (NOU, 2001:22). Den funksjonshemmede er bærer av en defekt kropp som er grunnleggende uhelbredelig. Den kroniske sykdommen er problemet og rehabilitering er botemiddelet. Man ønsker å trene seg opp til økt funksjonsevne og få tilpasset gode hjelpemidler som skal sette kroppen i stand til å fungere mer normalt. Det handler om at den funksjonshemmede representerer en patologi, er et mangelfullt individ (Solvang, 2009:86). Modellen kritiseres for denne ensidige fokus den har på individets feil og mangler, men glemmer den rolle omgivelsene har (Tøssebro, 2010:16).

#### **2.1.2 Den sosiale modellen**

Den sosiale modellen oppsto i England på tidlig 1970-tallet, i radikale miljøer blant funksjonshemmede, og det ble sagt at tankegangen bak modellen hadde likhetstrekk med borgerrettskampen blant svarte. Modellens forkjempere var selv funksjonshemmede og sammen med sine brukerorganisasjoner var de kritiske til den medisinske modellen. Deres fokus var deltakelse i samfunnet, uavhengighet og kontroll over eget liv. Det handlet om tilgjengelighet, og en opplevd funksjonshemming i møte med samfunnet ble sett på en som en form for diskriminering. Samfunnet skulle bygge ned alle barrierer slik at full likestilling kunne oppnås. Funksjonshemmingen er skapt av samfunnet (Tøssebro, 2010:18, Barnes,

Mercer og Shakespeare, 2008:27). Deler av denne måten å tenke på er lett å slutte seg til. Om et samfunn systematisk lager omgivelsene slik at dette gir noen dårligere mulighet til å delta og fungere på lik linje med andre, så er dette diskriminerende. Med et marxistisk blikk ville man hevdet at dette er å undertrykke en gruppe i forhold til andre, for å gi seg selv bedre muligheter. Men den sosiale modellen kritiseres for å være ensidig, den favner ikke alle nyanser det har å leve med ulike funksjonshemninger. Det virker noe usannsynlig at alle problemer skal kunne løses ved å forandre omgivelsene (Tøssebro, 2010:22).

### **2.1.3 Den relasjonelle modellen**

Den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming har de siste 20 år vært utgangspunkt for definisjoner og forståelsesrammer som finnes i offentlige dokumenter og lovverk (NOU 2001:22). Dette har i stor grad påvirket det synet vi har på forholdet mellom funksjonshemmingen på den ene siden, og omgivelsene på den andre. Her er tanken at i spesifikke situasjoner vil en funksjonsnedsettelse ha en større eller en mindre virkning. Ved å tilrettelegge omgivelsene vil gapet mellom personens funksjonsnedsettelse og omgivelsene minskes, og deltakelse vil bli mulig. Med universelt utformede omgivelser som gir lik tilgjengelighet for alle, vil det oppleves mindre funksjonshemmende å være rullestolbruker. Den relasjonelle forståelsen har også blitt kalt den deltakelsesbaserte definisjon på funksjonshemming (Tøssebro, 2010:23).

Man har fått et annet blikk på funksjonshemmende prosesser. Den relasjonelle forståelsen trekker omgivelsene inn på en annen måte enn tidligere (Tøssebro, 2010:31). Denne forståelsen har også påvirket hvilke begreper vi bruker. Man ønsket begrep som holdt det individuelle og relasjonelle adskilt. Derfor brukes funksjonsnedsettelse for å beskrive det individuelle aspektet, og funksjonshemming brukes for å beskrive forholdet til omgivelsene (Tøssebro, 2010:26)

Alle modellene eller perspektivene på funksjonshemming har skapt ulikt tankegods som man finner igjen i forskning og tenkning om funksjonshemming. Et perspektiv kan ses på som en posisjon man ønsker å betrakter noe ut fra. Ved å ta ulike perspektiver på hva funksjonshemming er, kan man slik velge fra hvilken posisjon man vil forstå et fenomen (Danermark 2005:16). Noen hevder at en rekke ulike mekanismer bidrar til å forme en

funksjonshemming. Disse mekanismene kan finnes på ulike nivåer av virkeligheten. Fysiske, biologiske, psykologiske, psykososiale, sosioøkonomiske, kulturelle og normative (Danemark, 2009: 23).

Ulike perspektiv ses som komplementære og ikke konkurrerende. Dette gir en bedre helhetsforståelse, og med en slik tilnærming er et hovedpoeng å ikke prioritere et nivå eller en mekanisme. Ingen av nivåene eller mekanismene skal dominere de andre. Eksempelvis den sosioøkonomiske over den kulturelle. Posisjon avhenger av de empiriske spørsmål man stiller, og varierer uti fra kontekst til kontekst (Danemark, 2009).

## **2.2 Kritisk teori**

Et perspektiv å betrakte funksjonshemming gjennom er inspirert av kritisk teori. Kritisk teori sorterer under den strukturorienterte linje, og her finner vi de teorier som legger årsaken til avvik og sosiale problemer på samfunnets strukturer og funksjoner. Man er opptatt av hvordan sosiale prosesser kan skape og opprettholde problemer. Samfunnssystem og strukturer legger føringen for hvordan avvik oppstår, forsterkes og kontrolleres. Dette gjelder både enkeltindivider, samfunnsklasser og forholdet mellom majoritet og minoritet (Tøssebro, 2005: 203).

Innenfor marxistisk tenkning ses det kapitalistiske systemet som årsak til de fleste sosiale problemer (Rubington & Weinberg, 2011). Det er noen som tjener på at det finnes sosiale motsetninger, og at disse derfor opprettholdes ved hjelp av sosial kontroll, eller at sosiale motsetninger brukes som en samfunnsøkonomisk reguleringsmekanisme. Eksempelvis i forhold til arbeidsløshet og fattigdom der både årsaken og løsningen ligger på et strukturelt nivå. Det hevdes at samfunnet trenger denne ujevnheten og at den fungerer som en ventil der "økonomiens iboende ustabilitet" tas ut (Tøssebro, 2005:203).

Teoretikeren Talcott Parson var opptatt av samfunnets stabilitet og orden. Han mente at vi alle må forholde oss til avvik som en mulig atferd. Han mener det finnes mekanismer i et samfunn som hindrer oss i å velge denne typen atferd. Eksempelvis selvkontroll, som er bygd opp av andres reaksjon på det vi gjør. Og til sist det formelle og offisielle systemet for kontroll. Disse

reaksjonene hevder han kan virke på to ulike måter, reintegrerende eller segregerende. Forbedring eller avskrekking, avviket må gjøres så lite tiltalende at medlemmer av et samfunn ikke velger dette (Tøssebro, 2005:204).

Foucault (1961) er en annen teoretiker med gode bidrag til denne forståelsen. Han mener sosial kontroll er sentralt for å forstå hvordan makt brukes av samfunnet for å kontrollere sosiale problemer og uheldige elementer. Han deler tanke med sosial konstruktivismen som mener at vår virkelighet er sosialt skapt, og medvirkende til hvordan vår oppfatning og fortolkning har blitt slik den er. Denne oppfatning mener Foucault kommer til uttrykk i den offentlige diskurs. Han hevdet at mennesker med avvik systematisk ble disiplinert, og individer med uønsket atferd klassifiseres, interneres og segregeres. Foucault var også opptatt av kunnskap og makt, og at også økt kunnskap kunne gi uheldig makt, eksempelvis psykiatriens kunnskap som gir makt over den «gale» (Tøssebro, 2005:205, Foucault, 1961).

### **2.2.1 Kritisk teori og funksjonshemming**

Iris Young gjorde en studie, *Justice and the Politics of Difference* i 1990, og her argumenterte hun for at sosial rettferdighet hadde skiftet fra fordeling, til å handle om selvbestemmelse, mulighet for arbeidsdeltagelse og kultur. Fra hennes ståsted handlet undertrykkelse om fem ulike dimensjoner, om utnyttelse, marginalisering, maktesløshet, kulturell imperialisme og vold. Dette ikke bare som en undertrykkelse statsapparatet eller det offentlige benyttet, men også som noe som eksisterte i strukturene, i hverdagsrutiner, våre verdier og normer, og i institusjonalisert praksis. Foucault ville hevdet at denne undertrykkelsen ikke var lett å gjenkjenne eller enkelt å identifisere. Institusjoner som utdanning, helse og velferdssektoren, sammen med produsenter av forbruksvarer kunne være instrumenter for denne undertrykkelsen, mente Young (Barnes, Mercer & Shakespeare, 1999: 81).

Undertrykkelse kan oppleves i ulike former. Young (Barnes et al. 1999: 82) er tydelig inspirert av marxistisk teori om klasseforskjeller og konflikt. Hun holder frem marginalisering og utestenging som de handlinger med sterkest undertrykkende effekt, at funksjonshemmede fjernes fra det sosiale liv, og at deres undervisning, utdanning og arbeid plasseres utenfor de offentlige institusjoner. Young (Barnes et al, 1999:82) nevner interessant nok hvordan

velferdsstaten gir et visst sikkerhetsnett av økonomiske stønader og annen hjelp, men at dette bare sjelden er på et anstendig nivå slik at selvstendighet oppnås. Young kaller velferdsstatens hjelp et «tveegget sverd», å være avhengig av samfunnet legitimerer at det gjøres invaderende undersøkelser, og at det må godtas ulike spørsmål fra de som fordeler velferdsgodene. Samfunnet kan gjennom disse kontrollorganene påføre regler og lover som de «marginaliserte» må godta. På denne måten utøves det makt over de vilkår de lever under.

Mike Oliver (Barnes et al, 1999:84) går enda lengre, han knytter økonomi og sosiale strukturer sammen med funksjonshemming og sosiale problemer. Han bruker produksjonen og behovet for en arbeidsstyrke som kan prestere, både fysisk og intellektuelt, som en årsaksforklaring til den individualistiske og medisinske tilnærmingen til funksjonshemming. Funksjonshemming var ikke kun en personlig tragedie, men også et tap for samfunnet. Dette hevdet han var en potensiell trussel mot sosial orden. Så sammen med industrialismens inntog ble institusjonen et middel for sosial kontroll. Det skjedde en segregering og en isolering av funksjonshemmede.

### **2.2.2 Det poststrukturalistiske perspektivet**

I det poststrukturalistiske perspektivet på funksjonshemming er et nøkkelpunkt omgangen med det normale. De poststrukturalistiske tenkerne var solid forankret i 1968-opprøret i Paris, og kunne alle knyttes til et opprør mot det moderne kapitalistiske samfunn. De mente det eksisterte en problematisk disiplinering og ensretting i det moderne samfunn. Det autonome og handlende individ settes til side og fokus rettes mot språklige strukturer og diskurser. Sentralt i poststrukturalismen er dekonstruksjon. Dekonstruksjon handler om avdekking av hierarkier og destabilisering av makt (Solvang, 2009:84).

Solvang (2009:84) nevner også Foucault som den poststrukturalist med størst betydning for forskning på funksjonshemming. Hans perspektiver og tanker går særlig på begrepene kunnskap og makt, og hvordan disse to henger sammen. I en søken etter kunnskap på en rekke sosiale felt har denne økende kunnskapen og innsikten, blitt en mulighet for utøvelse av makt. Ikke ved å gi noen autoritet til å utøve makt ved å bestemme over andre. Men ved tenkningens makt, diskursen. Solvang sier (2009:85) at Foucault ville hevde at vitenskapene

om mennesket, som medisin, psykologi og pedagogikk, er en forkledd og diskret makt. Vitenskapene produserer kunnskap, men gir også kontroll over dem de mener å ha kunnskap om. Via institusjonene som innehar denne kunnskapen, som mentalsykehuset, skolen eller familien, vil vi få en forståelse av oss selv som handlende subjekt. Dette kontrollerer oss.

Denne typen makt ønsket poststrukturalistene å komme til livs ved å oppmuntre til en samfunnsform der så mange røster som mulig fikk komme til ordet. Og slik ville rådende tenkning og forståelse kunne bli avdekket. Hovedambisjonen var analyse, avdekning og dekonstruksjon.

Poststrukturalismen godtok ikke ideen om den defekte kroppen. Oppfattelsen av hva som er «naturlig» eller «normal», mente de var sosialt konstruert. De mente velferdsstaten var bygd på juridiske fordelingsregler som har den medisinsk definerede defekten som referansepunkt (Solvang, 2009:87). Velferdsstaten hevdes å ha et rehabiliterende og normaliserende prosjekt, og flere studier av funksjonshemming har utgangspunkt i det marginale og opposisjonelle som ikke passer inn i dette prosjektet. Mange døve protesterer mot å bli kategorisert som funksjonshemmede. De ser på seg selv mer som en språklig og kulturell minoritet som har en kroppslig forankring. Det finnes flere grupper av funksjonshemmede som samfunnet sykelligjør (Solvang, 2009:88).

### **2.3 Et historisk blikk på normalitet**

Solvang (2009:88) mener avvikende og normal er de to kategoriene vi tenker funksjonshemming gjennom, og det normale er det verdifulle. Forestillingen om normalitet er viktig, og vil gi seg utslag i hvordan organiserer vår verden. Tøssebro (2010:59) hevder at denne forestillingen vil materialisere seg i måten vi planlegger og bygger hus på, i hvordan vi organiserer skole og arbeidsliv. Vi har en forestilling om hvem som skal delta på de ulike arenaene, og de som faller utenfor disse forestillingene blir skadelidende. Dette var noe av den sosiale modellens hovedfokus, å gi en bredere forståelse av hva normal kan være (Tøssebro, 2010:60).

Hva vi sorterer under begrepet «normalt» har alltid vært i bevegelse. Historien viser at dette har flyttet på seg, alt etter definisjoner, politiske retninger og de måle eller testverktøy som til enhver tid har blitt brukt (Tøssebro, 2010). Og med et historisk tilbakeblikk kan vi betrakte hvordan normalitet har vært i endring. Fra hvordan skjønnhet ble betraktet i gresk mytologi, der det guddommelige var et kroppslig ideal ingen menneskelig skapning kunne oppnå. Da var alle avvikere i sammenligning til det guddommelige (Grue, 2006).

Med astronomen, statistikeren og matematiker Adolphe Quetelet (1796-1847) overførte man målinger man hadde gjort i matematikken, til å bli metode for innsamling av data i medisinsk statistikk. I matematikken var en av hovedretningene feilteori. Feilteori hevdet at ingenting kunne være perfekt, det ville alltid være en viss feilmargin. Den mest pålitelige verdiene fikk man ved å foreta mange målinger, som gav grunnlag for å finne et gjennomsnitt. Denne tenkningen ble overført til å gjelde menneskelige kjennetegn som høyde og vekt, og slik kunne man se hvordan disse verdiene var fordelt i befolkningen. Gjennomsnittet ble funnet ved å måle en stor mengde individer, og dele resultatet på alle. Idealet var gjennomsnittet, og gjennomsnittet var det man ble sammenlignet med og som ble brukt som mal (Grue, 2006). Grue (2006) hevdet at denne idealiseringen av det gjennomsnittlige også ble overført til moralske egenskaper, denne tenkingen legitimerte middelklassens og borgerskapets livsstil. Avvik ble ofte betraktet som mangel på skjønnhet eller mangel på moral.

Francis Dalton (Grue, 2006) var kritisk til hvordan feilkurven ble benyttet. Dalton var kjent for sitt arbeid innen eugenikk eller rasehygiene, og var inspirert av Charles Darwins teorier om artens opprinnelse og det naturlige utvalg. Hans kritikk mot feilkurven besto i at avvik på begge sider av kurven ble valgt bort. I Daltons tenkning var noen egenskaper av større verdi enn andre. Og ved å finne statistiske mål og teknikker som muliggjorde en rangering av menneskelige trekk og egenskaper, brøt han med feilteoretikerne. Det skjedde en omdefinering av Gauss-kurven, og begrepene median og kvartil ble tatt i bruk. Feil ble omtalt som standardavvik. Kurven ble kalt normalfordelingskurven, og den gjorde det nå mulig å gjøre rangeringer fra første til fjerde kvartil (Grue, 2006). Denne kurven ble nå brukt til å måle og sortere menneskelige egenskaper. Dette var i tråd med hvordan Dalton tenkte om mennesker, de var født med genetisk arvede egenskaper som kunne være alt fra ønskelig til sterkt avvikende. Hva som ble kategorisert som nyttige egenskaper ble vurdert etter individets nytteverdi for samfunnet (Grue, 2006).

Utover 1900-tallet fikk dette perspektivet stor betydning for det allmenne menneskesyn. Mennesket ble gjenstand for rangering, kontroll og manipulasjon. Dette fremmet oppfatningen av at noen var «dårlige» arvebærere, og resulterte i steriliseringslover i flere land. Å bli klassifisert som avviker medførte gjerne en institusjonalisering, og en avskjæring eller utestengning fra resten av samfunnet. Hitlers tredje rike begrunnet sin systematiske utryddelse av jøder og andre uønskede grupper, deriblant funksjonshemmede som både nødvendig og ønskelig (Grue, 2006).

Den kunnskap vi har i dag, blant annet om DNA-molekylets oppbygging, gjør det meningsløst å sortere mennesker etter genetisk verdi. Mangfold og variasjon passer bedre til den vitenskaplige virkelighet vi kjenner i dag (Grue, 2006). Denne dreiningen mot mangfold og integrering, hevder Willy Guneriussen (2008) er uttrykk for en slags tidsånd. Tradisjonelle forestillinger og kategorier blir ikke tatt for gitt, og det skapes nye normalforestillinger. Både det normale og det avvikende er sosiale konstruksjoner, og mennesker vil alltid være aktivt fortolkende i sin egen virkelighet. Vi tar i bruk de forklaringsmodeller vi til enhver tid har, de sosiale konstruksjonene skjer i sosial felleskap. All kunnskap er også historisk og kulturspesifikk, og må forstås i den kontekst den er skapt i (Burr, 1995:45).

Konsekvensene av forestillingene vi har om hverandre vil bli virkelig for den enkelte, særlig om man faller utenfor det som oppfattes som normalt (Tøssebro, 2010). Inkludering og integrering er begreper diskutert både i forhold til funksjonshemming og etniske minoriteter. Vi som samfunn konstruerer vår forståelse av «normalitet», vi konstruerer også vår forståelse av «oss» og «dem». Disse konstruksjonene vil være synlige i forholdet mellom minoritet og majoritet. Skillet mellom «oss» og «dem» blir etter hvert en sannhet og oppleves som naturlig. Dette skillet bygges inn i språklige kategorier som skiller ulike grupper. De samme kategoriene brukes, om enn ubevisst til å opprettholde en ujevn maktrelasjon mellom majoritet og minoritet (Rogstad & Midtbøen, 2009:9).

## **2.4 Minoritet og majoritet**

Eriksen og Sajjad (2011:77) definerer etniske minoriteter som en gruppe som er i mindretall i et storsamfunn. De har eksistert som etnisk kategori over en tidsperiode, og har relativt liten



politisk makt. Etniske minoriteter er svært forskjellige, og bør ikke oppfattes som en homogen gruppe. Men minoritetene deler noen felles problemer i forholdet til det storsamfunnet, som det kan være hensiktsmessig å belyse. Minoritet og majoritetsbegrepet eksisterer i forhold til hverandre, og er relative. En minoritet eksisterer bare i forhold til en majoritet og omvendt (Eriksen & Sajjad, 2011:77). Forholdet til minoritetene har blitt forsøkt løst på ulike måter gjennom tidene, og det nevnes ofte tre hovedstrategier. Segregering, assimilasjon og integrasjon.

Segregering, der minoriteten blir fysisk atskilt fra majoriteten fordi minoriteten oppfattes som mindreverdige, og fordi man ikke ønsker en blanding av kulturer. Assimilasjon finner sted når en etniske gruppe smelter sammen med majoriteten, dette kan være både frivillig og påtvunget. Når assimilasjon skjer er effekten at morsmål og kulturelle skikker forsvinner etter noen generasjoner (Eriksen & Sajjad, 2011:79).

Ved integrasjon deltar minoriteten i samfunnets felles institusjoner, samtidig som man opprettholder sitt kulturelle særpreg og identitet. I de fleste europeiske land ses integrasjon av minoriteter som ønskelig. Likevel vil vurderingen av hva man oppfattes som en vellykket integrering variere (Eriksen & Sajjad, 2011:77). Det vil også finnes grader av integrering, og man kan oppnå ulik grad av integrering på forskjellige områder. Eksempelvis ved god deltakelse i arbeidslivet og man kan være etablert på boligmarkedet. Samtidig som man har liten deltakelse i sosiale nettverk og samfunnsliv.

Integrasjonens utfordringer ligger i spenningsfeltet mellom minoritet og majoritet, sier Eriksen & Sajjad (2011:77). Kravet om likhet og retten til å være forskjellig. Hvor like er vi, og hvor like skal vi egentlig bli? Et eksempel som belyser dette dilemmaet er omtalt i Tordis Borchgrevinks (2002) artikkel, «*Likestilling, det flerkulturelle demokratiets hodepine*». Her fremholder hun at forholdet mellom religionsfrihet og kvinners rettigheter setter dyrebare prinsipper på harde prøver. Dette både teoretisk og politisk. Hun reiser spørsmålet om det er legitimt for et liberalt samfunn å tvinge liberale verdier på det vi oppfatter som illiberale grupper? Og er det legitimt å la være?

Debatten om hvordan vi skal forholde oss til minoritetene har bølget høyt til tider, så høyt at noen har foreslått at vi, som representanter for majoriteten skal avstå fra å mene så veldig mye

(Fuglerud, 2007:7). Annick Priuer (2007:47) sier noe om dette, og mener det er problematisk at innvandringsforskningen gjerne har de «fremmede» som tema og de «norske» som mottaker når man skriver. Man ønsker å gjøre de «fremmede» mindre fremmed, og mer forståelig for oss nordmenn. Et viktig poeng for henne er at forfatterne skriver om levekår og livssituasjoner som er forskjellige fra deres egne. De representerer majoriteten og ser minoriteten gjennom majoritetens «briller». I dette maktforholdet som finnes mellom majoritet og minoritet besitter majoriteten muligheten til å definere, ved å gi beskrivelser av og å gjøre minoriteten til objekter for sine studier. Priuer (2007:48) frykter at dette skal skape enda større avstand mellom minoritet og majoritet, og spør om vi som majoritet skal la minoritetene være i fred, og slutte å bruke vår definisjonsmakt? Hun mener vi uansett skal være klar over at vi har en slik makt.

I en diskusjon om forholdet mellom minoritet og majoritet vil nettopp forholdet mellom makt og maktforhold være nødvendig og viktig å belyse (Eriksen & Sajjad, 2011:87). Majoriteten behersker foruten den politiske og økonomiske makten, den fulle forståelsen av hvordan man bruker de kulturelle uttrykksmåtene og ferdighetene som er nødvendig for å lykkes. Å inneha symbolsk kapital beskrives som at majoritetsbefolkningen eksempelvis ikke verdsetter minoritetens kvalifikasjoner på arbeidsmarkedet eller i andre sammenhenger. Det skjer en diskvalifisering. Dette gir en ujevn symbolmakt der den sterke part overser den svakes kunnskaper og ferdigheter. Symbolmakt kan defineres som retten til å definere og tolke hvordan verden skal forstås. Dette kan gjelde alt fra skikk og bruk i hverdagslivet, politikk, økonomi og lovgivning. De som uttaler seg om innvandrere i det offentlige rom, er ikke selv innvandrere. «Bildene» som skapes i massemedia er laget av nordmenn og gjenspeiler ofte deres fordommer og stereotyper (Eriksen & Sajjad, 2011:88).

Den offentlige debatten som omtaler innvandring fokuserer gjerne på det problematiske. Også innen forskningsmiljøene har det vært en sterk uenighet om hva som skal vektlegges. Noen har ment at enkelte bidrag til en offentlig stigmatisering av minoriteter, og andre beskyldes for å ikke ville fronte vanskelige spørsmål knyttet til integrering (Fuglerud, 2007).

### **2.4.1 Likhetens grenser**

I sin bok «*Det norske sett med nye øyne*», fremhever Marianne Gullestad (2002) at de ord og det språk vi velger å bruke i den offentlige debatt ikke er likegyldig for hvordan minoritetene blir oppfattet i vårt samfunn. Hun satte fokus på hvordan den politiske og intellektuelle elite uttalte seg om innvandring. Språket er en kraftig og virkningsfull bærer av de sosiale konstruksjoner individer i et samfunn bygger sin forståelse på. Marianne Gullestad (2002:66) peker på noen eksisterende myter om norsk homogenitet, og en overbevisning om at det homogene samfunn er det «normale» og gjør dermed annerledeshet til en trussel. Gullestad (2002:68) mener denne myten om homogenitet til dels er et resultat av norsk likhetstanke, og at denne likhetstanken har i norsk politikk vært viktig for å utjevne sosiale levekår. Trygghet har blitt skapt gjennom «likhet». Om språket er bærer av vår forståelse av det samfunnet vi lever i, og som bygger under sosial konstruksjon av hva vi oppfatter som rett, da er det problematisk at vi i vårt samfunn har en forestilling av at vi alle er like, og at vi knytter likhet til trygghet. Det blir da lett å se på det fremmede som noe uønsket (Gullestad, 2002).

### **2.5 Den nye rasismen**

Det ligger makt i å kunne klassifisere og kategorisere andre, sier Gullestad (2002), og mener dette gir substans til nyere ideer om rasisme. Der diskriminering av enkeltpersoner og grupper stadig oftere begrunnes med uforenlige kulturforskjeller. Når man tidligere tilskrev forskjellen som ulikhet mellom «raser», vil man nå begrunne de samme forskjellene i kultur (Gullestad, 2002:81).

Det har vært, og er vanskelig å diskutere både rasisme og diskriminering i norsk offentlighet. Den måten rasismebegrepet brukes på er unøyaktig, og vekker samtidig sterke negative følelser når det tas i bruk, og det kan være en årsak til denne vegringen. Rogstad & Midtbøen (2009) ønsker å bringe inn nye perspektiver i vår forståelse av diskriminering og rasisme. De hevder at i denne debatten, insisteres det på kun å forstå rasisme som knyttet til biologiske egenskaper hos individet. Det er imidlertid lenge siden vitenskapen avviste dette som en gyldig forståelse av hvorfor diskriminering og forskjellsbehandling skjer. De fleste vil si seg uenig i et slikt biologisk perspektiv, og dette mener Rogstad & Midtbøen (2009:17) gjør

diskusjonen fattig, og fører til at aktørene snakker forbi hverandre. Rasismen har fått en annen form enn den som var knyttet opp til den biologiske forståelsesrammen, men det synes som om vi mangler begrepene som kan erstatte dette.

I stedet er begrepene erstattet med en forståelse av at forskjellene mellom de ulike kulturene er så store og uforenlige at forsøk på integrering er umulig. Og forsøk på en kulturblanding vil kun ha uheldige effekter. Mennesker som er kulturelt annerledes tillegges negative egenskaper som defineres som en trussel for «oss» og våre kulturelle verdier. Kultur har erstattet biologi som begrunnelse for å rager mennesker eller grupper. Implisitt da med at noen kulturer er mer primitive og andre mer avansert.

Rogstad & Midtbøen (2009:4) peker på hvordan det fra et sosiologisk perspektiv kan argumenteres for at om mennesker oppfører seg som om det er en ulikhet mellom raser, så vil dette bli virkelig gjennom de konsekvenser denne kategoriseringen har. Uavhengig av om det virkelig er en biologisk forskjell. Dette mener Rogstad & Midtbøen (2009:4) bør undersøkes med et analytisk blikk, og det bør undersøkes om majoritetens praksisformer på skjulte måter bidrar til ulikhet og en opplevd forskjellsbehandling hos minoritetene.

Rogstad & Midtbøen (2009:9) bruker rasikalisering som perspektiv, for å heve diskusjonen fra handlinger utført av enkeltindivider mot enkeltindivider. Rasikalisering blir også kalt strukturell diskriminering. Strukturell diskriminering har ikke utgangspunkt i noen klar ideologi, men er gjerne ubevisst og henger igjen i veggene i institusjoner og i finnes de kategoriseringene vi gjør. Dette er fenomener som eksisterer på et samfunnsnivå. Dette er ikke handlinger som handler om enkeltpersoner, men om hvordan majoritetens praksisformer på skjulte måter bidrar til ulikhet og av minoritetene opplevelses som å holdes utenfor. Dette er viktig fordi den biologiske forestillingen om forskjeller mellom raser kan være forankret i majoritetsbefolkningens virkelighetsoppfatning, kategoriseringer og assosiasjoner. Dette skjer lett fordi faren er at kontrasten «bygger» opp majoritetsbefolkningens selvbilde og selvtilfredshet. Majoriteten har makt til å definere minoriteten som annerledes, og måten å skille mellom oss og dem gjøres ofte gjøres naturlig fordi den er innebygget i språklige kategorier. Kategoriene brukes, ofte ubevisst til å opprettholde en asymmetrisk maktrelasjon mellom majoritet og minoritet.

Rasikaliseringperspektivet eller forståelsen av strukturell diskriminering har sitt fokus på majoritetens praksisformer som årsak til permanent utenforskap. Det interessante her er å belyse hverdagspraksis og språklige kategorier som av majoriteten oppfattes som selvsagte, men som skaper barrierer og hindrer deltakelse for minoritetsbefolkningen (Rogstad & Midtbøen, 2009:10).

### **2.5.1 Diskriminering**

Uvilligheten til å diskutere begrepet rasisme, har gjort at det oppleves mindre farlig å snakke om diskriminering (Rogstad & Midtbøen, 2009:13). Diskriminering forbindes med handlinger, gjerne mot enkeltindivid. Det kobles ikke på samme måte til ideologi og sosiale strukturer. Likevel favner diskrimineringsbegrepet vidt, og det finnes ulike definisjoner. Ofte oppfattes diskriminering som handlinger gjort på individnivå, men har også en strukturell dimensjon og et stort nedslagsfelt.

Diskriminering kan forstås som en systematisk forskjellsbehandling på grunnlag av individuelle kjennetegn som etnisk bakgrunn, hudfarge, kjønn, alder og eksempelvis funksjonshemming. Diskriminering brukes gjerne som forklaring når enkelte grupper kommer dårligere ut av det enn andre. Lovverket skiller mellom to ulike typer diskriminering, direkte og indirekte diskriminering. Der den direkte diskrimineringen forstås som handlinger eller unnlatelser som har som formål eller virkning at personer blir behandlet dårligere enn andre i en tilsvarende situasjon. Indirekte diskriminering skjer når tilsynelatende nøytrale bestemmelser, betingelser eller praksisformer fører til at personer stilles ufordelaktig sammenlignet med andre (Rogstad & Midtbøen, 2009:13).

Rogstad & Midtbøen (2009:13) poengterer hvordan holdningsdimensjonen bak handlingene ikke anses som relevant når handlinger skal vurderes som diskriminerende eller ikke. De synes det er problematisk at intensjonene bak handlingene blir usynlige, de mener det er nettopp her at forskjellsbehandlingens årsaker finnes. Rogstad & Midtbøen, (2009:22), mener det uansett er hensiktsmessig å styrke en forståelse av rasisme og diskriminering som strukturelle fenomener. Det må tenkes at det gjelder andre ting enn kun handlinger mot enkeltindivider. Men at det kan handle om eksklusjonsmekanismer som bidrar til en

underordning av etniske minoritetsgrupper i samfunnet. Og at det er sammenheng mellom de handlinger som gjøres på individnivå, og en systematisk ulikhet på samfunnsnivå.

Rogstad & Midtbøen (2009:4) mente majoritetens praksisformer på skjulte måter bidrar til ulikhet og et minoritetene opplever en forskjellsbehandling på grunn av dette. Disse hverdagspraksiser, og de språklige kategoriseringene som brukes oppfattes av majoriteten som selvsagte, men har som effekt at de skaper barrierer og hindrer deltakelse (Rogstad & Midtbøen, 2009:10).

Dette gjør det nødvendig å undersøke de møter som skjer mellom minoritet og majoritet i praksisfeltet. Det er liten tvil om at tjenesteapparatet stilles ovenfor nye utfordringer som krever en mer sammensatt kompetanse og tilnærming (Berg, 2012). Det er derfor grunn til å undersøke hva som finnes i dette spenningsfeltet mellom majoritet og minoritet ute i praksis, og om praksisfeltet klarer å sortere hva som er hva, i skjæringspunktet mellom minoritet og funksjonshemming. Her er det mulig at et interseksjonelt perspektiv kan være nyttig. Det er grunn til å problematisere at både kultur og etnisitet ses på som gitte eller statiske størrelser, noe ingen av dem er. Da blir det lite hensiktsmessig for et tjenesteapparat å skulle forholde seg til det som om det var nettopp dette.

### **2.5.2 Interseksjonalitet**

I denne sammensmeltingen mellom etnisitet og funksjonshemming kan interseksjonalitet bidra med et perspektiv. Den amerikanske jussprofessoren Kimberlè W. Crenshaw introduserte interseksjonalitetsbegrepet da hun satte fokus på samspillet mellom ulike maktforhold, med særlig vekt på forholdet mellom begrepene kjønn og rase. Interseksjonalitet blir og har blitt mest brukt innenfor kjønnsforskningen og feministisk teori, men har også en viss gjennomslagskraft innen andre fagområder. Det finnes noe uenighet om hvem og hvordan begrepet oppsto, men det er bred enighet om at interseksjonalitet innebærer en ikke-reduksjonistisk tilnærming til sosiale kategorier i forhold til forskjellskategorier. Og at interseksjonalitet betegner de komplekse, ikke-reduserbare, varierte og varierende virkningene av mangesidige forskjellsakser som krysser hverandre. Begrepet får frem at

forskjellige dimensjoner av sosialt liv ikke kan isoleres fra hverandre, og ikke avgrenses gjennom rene skillelinjer (Gressgård, 2013)

Diskrimineringsjussen har tradisjonelt behandlet diskrimineringsgrunnlag som enkeltstående og separate. Interseksjonelle tilnærminger har et bredere nedslagsfelt enn jussen, og det henvises til de svenske forskerne Irene Molina og Paulina de los Reyes, som var opptatt av forholdet mellom etnisitet og kjønn, og etnisitet og klasse (NOU 2012:15).

NOU 2012:15 mener det er nødvendig med en flerdimensjonal tilnærming til diskriminering med det for øye at man skal oppnå likestilling. Utredningen nevner hvordan sosiale kategorier som kjønn, etnisitet, klasse og funksjonshemming er forskjellsskapende dimensjoner som regel blir behandlet enkeltvis, ikke i sammenheng. Interseksjonalitet setter fokus på ulikhet på sammensatt grunnlag. Der både kjønn, sosial klasse, etnisitet og funksjonshemming spiller sammen. Kategoriene virker sammen og påvirker individets muligheter i et livsløp. Det beskrives en flerdimensjonal tilnærming som er opptatt av hvordan systematisk diskriminering kan være basert på forestillinger, stereotyper og stigma knyttet til bestemte kombinasjoner av kjennetegn. Et kjennetegn kan være markert med en negativt ladet annerledeshet, som omdannes til en ulempe, for så å få uttrykk i en diskriminerende praksis (NOU 2012:15).

Tina Mattsson (2010) mener at interseksjonalitet som verktøy i sosialt arbeid kan være viktig og riktig. Interseksjonalitet kan bidra som et anvendelig verktøy eller redskap til den kritiske refleksjonen. Mattsson (2010:176) lenker en interseksjonell analyse til et konstruktivistisk utgangspunkt og ser den i relasjon til et maktperspektiv. Utgangspunktet for et interseksjonelt refleksjonsarbeid kan ikke være individet, siden individet ikke er et isolert fenomen som ikke påvirkes av samfunnet. Tanken er at kjønn, seksualitet, klasse og etnisitet er maktstrukturer som over og underordner mennesker og som skaper forestillinger hos oss om «dem», hvem de er, hvilke muligheter har de, og hvordan vi kan forvente at de opptrer. Mattson (2010) hevder at disse forestillingene bidrar til å gjenskape og opprettholde disse maktstrukturene.

Gjennom å anvende interseksjonalitet som en tankemessig utgangspunkt blir ambisjonen å alltid forholde seg til kategorier som dynamiske og komplekse. Med et poeng at man samtidig skal beholde maktreasjoner og maktstrukturer i analysen. Den interseksjonelle analysen

bygger på å plukke fra hverandre, men også igjen føre delene sammen. Dette for å prøve forstå hvordan maktrelasjoner i samfunnet virker (Mattsson 2010:176).

Kritisk refleksiv metode eller en kritisk refleksiv praksis kan gjøre oss bevisste disse strukturene og muliggjør at vi utfordrer og bryter dem. Det blir samtidig viktig at vi fortsetter å se på mennesker i forhold til konstruksjon, og evne til forandring (Mattsson 2010).



## 3 Kunnskapsbakgrunn og tidligere forskning

### 3.1 Å vokse opp med funksjonshemming

Den longitudinelle studien «Å vokse opp med funksjonshemming» har gitt mye verdifull kunnskap om hvordan det er å vokse opp med en funksjonshemming, og har gitt innsikt i familienes erfaringer (Tøssebro, J. & Lundeby, H. 2002; Tøssebro, J. & Ytterhus, B. 2006; Tøssebro, J. & Wendelborg, C;2014) Studien fulgte de samme barna fra de startet i barnehagen, og til de var nesten ferdig med videregående skole. Studien har hatt som mål å undersøke de ulike fasene og livssituasjoner som oppvekst med funksjonshemming er preget av. Vesentlig for studien var å fange erfaringene for de barna som var født etter de store integreringsreformene ble innført på starten av 1990-tallet. Disse barna ble født i integrerings- og normaliseringspolitikkenes tiår, og har blitt omtalt som «etter-integrerings-generasjonen» (Tøssebro, J. & Wendelborg, C. 2014:13).

Politikken på dette feltet har vært preget av to sentrale utviklingslinjer, framveksten av en arbeidsdeling mellom familien og det offentlige, og mål om normalisering, integrering og inkludering. Arbeidsfordelingen mellom familien og det offentlige var en dreining fra at det offentlige hadde omsorgen for det funksjonshemmede barnet. Barna var da gjerne plassert i institusjoner, eller fikk sin opplæring i spesialskoler. Etter reformene var det et mål at barnet skulle bo hjemme, og man tenkte at ved å legge forholdene til rette ville foreldrene ha den beste forutsetning for å kunne gi barna en god oppvekst (Tøssebro, 2014:15). Dette medførte en oppbygging av offentlige tjenester som innbefattet blant annet økonomiske støtteordninger, tilbud i barnehager og skoler, avlastning og foreldreveiledning. Det offentlige skulle støtte familiene i deres omsorgsoppgaver, i stedet for å ha totalomsorgen for barna. Denne støtten skulle gjøre det mulig å bo hjemme og ha et så normalt familieliv som mulig (Tøssebro, J. & Wendelborg, C. 2014:15).

Den andre utviklingslinjen som handler om normalisering, integrering og inkludering har som fellestrekk at den sprang ut fra kritikk av de gamle omsorgsformene. Kritikken var knyttet til det ansvar velferdsstaten hadde for å sikre alle akseptable levevilkår, og man mente at de tidligere lukkede og segregerende tiltak ikke fungerte. Dette hadde blant annet sin bakgrunn i en ny optimisme grunnet i funn som gjorde det mulig å behandle en type utviklingshemming

som tidligere var utbredt, den vi i dag kjenner som Føllings sykdom. Det kunne nå gis en effektiv behandling, og dette førte til en faglig opprustning. Aktivitet, opplæring, behandling og utvikling erstattet tidligere tenkning (Tøssebro, J. & Wendelborg, C. 2014:17).

Sammen med nye teorier som stemplingsteorien, forsterket det tenkningen på inkludering i stedet for ekskludering og segregering, og fremover kom trekk fra utviklingspsykologien, ny optimisme, nye mål og stemplingsteorien til å prege politikken på feltet.

Barna som deltok i studien «*Å vokse opp med funksjonshemming*», var født etter disse siste integreringsreformene, i årene 1993-1995. Undersøkelsen benyttet både kvantitativ og kvalitativ metode, noe som gav både bredde og dybde, og derfor i stor grad fanget familienes erfaringer (Tøssebro, J. & Wendelborg, C. 2014:28).

### **3.1.1 Inkludering i barnehage og skole**

I forhold til opplæringssituasjonen for funksjonshemmede barn fra barnehage til videregående konkluderer undersøkelsen at opplæringstilbudet i økende grad fører dem vekk fra jevnaldersmiljøet. Det er en tendens til at opplæringen i stor grad skjer i spesialgrupper, og det ses en markant økning i bruk av spesialundervisning (Tøssebro, J. & Wendelborg, C. 2014:56). Denne tendensen står i kontrast til at en sentral del av politikken dreier seg om integrering, og at inkluderingsidealet alltid har stått sterkt i det norske utdanningssystem. Dette hevdes å være knyttet sammen med ulike skifter i utdanningsreformer, og påstås særlig å være synlig etter innføringen av Kunnskapsløftet. Det blir av noen beskrevet som at solidaritetstenkningen som har preget enhetsskolen, har måttet vike plass for individualismens ideologi og prestasjonstenkning (Løvlie, 2004).

Økende segregering kan også forklares med et misforhold mellom barnas forutsetning og omgivelsenes krav, som gradvis blir mer synlig jo lengre man kommer i utdanningsløpet. Det økende gapet mellom de funksjonshemmede elevenes forutsetninger og skolens krav, løses ved at de tas ut av klasserommet og får sin opplæring og undervisning av spesialpedagoger og assistenter (Tøssebro, J. & Wendelborg, C. 2014:56). Undersøkelsen hevder at skolen går fra en relasjonell forståelse til en individuell forståelse av hva funksjonshemming og særskilte

behov er. Slik kan det synes som inkludering blir den enkeltes ansvar, og at det skjer en marginalisering av disse elevene.

### **3.1.2 Arbeidsfordelingen mellom familien og det offentlige**

Arbeidsfordelingen mellom familiene og det offentlige gjør det viktig å undersøke familienes erfaringer. Undersøkelsen beskriver denne interaksjonen mellom hjelpeapparatet og familiene som en rekke møter gjennom barnets oppvekst. For noen skjer de første møtene rett etter fødselen når det blir klart at det er noe galt med barnet. For andre tar det tid før funksjonsnedsettelsen blir avklart (Tøssebro 2012:42). Familier med funksjonshemmede barn har ofte omfattende kontakt med det offentlige hjelpeapparatet, og undersøkelsen beskriver det som kan hevdes være et gap mellom idealer og virkelighet. Mange er fornøyd med tjenestene de får, særlig når tjenestene og tiltakene er på plass og fungerer, men dessverre beskriver mange foreldre disse møtene som kampen mot hjelpeapparatet. (Tøssebro, J. & Wendelborg, C. 2014:39).

Å få på plass tjenestene synes som en barriere, og tilgangen til tjenestene oppleves av mange som vanskelig. Det blir gitt mangelfull og vilkårlig informasjon om de ordninger og de muligheter for hjelp som finnes. Noe som gjør at det tar tid å få ting på plass, særlig når man ikke vet hva man skal be om. Noen snakker om et fragmentert hjelpeapparat, der mange aktører har ulike roller, og det er vanskelig å vite hvor man skal henvende seg for å få den rette hjelpen. Håpet har vært at ordninger som ansvarsgrupper, koordinator og individuell plan skal hjelpe familiene til en bedre oversikt (Tøssebro, J. & Wendelborg, C. 2014:40).

Undersøkelsen finner også at tjenestene som ytes oppleves å være personavhengig, og at hva man får både av tjenester og informasjon avhenger av hvem man møter. Slik blir tilbudet preget av en vilkårlighet. Forskerne finner at hjelpeapparatet synes å møte foreldrene med tre ulike roller, portvokter, portåpnere og støtfanger. Portvokterens tilnærming preges av å inneha en kontrollfunksjon og er opptatt av de gitte kriterier for tildeling av tjenestene. Portåpnerne hjelper familiene til å finne frem i systemet slik at tjenestene kommer på plass. Mens støtfangerne inntar en meklerfunksjon i forhold til andre deler av systemet (Tøssebro, J. & Wendelborg, C. 2014:41).

Familiene forteller om ekstraomganger, som handler om å søke, få avslag, for så å klage for endelig å få på plass de tjenestene man har krav på. Undersøkelsen fant at over halvparten hadde opplevd å få avslag på de vanligste tjenestene som gis familier med funksjonshemmede barn, som avlastning, omsorgslønn og ulike stønader (Tøssebro, J. & Wendelborg, C. 2014:41). Å klage på offentlige vedtak synes å være en del av tilværelsen når man har et funksjonshemmet barn (Tøssebro, 2012:41).

Noen foreldre forteller om å bli møtt med mistenksomhet i ulike former. I møte med saksbehandlere sitter de igjen med en opplevelse av å mistenkes for å ville misbruke en ordning. Hjelpeapparatet kreves også stadig en gjentakelse av søknadsgrunnlaget, der beskrivelser av barnets vansker og behov for hjelp må grundig dokumenteres. Noen tilstander og funksjonsnedsettelse bedrer seg over tid, men andre er vedvarende, kroniske og permanente. For disse er det en belastning å stadig skulle fremskaffe den samme dokumentasjon igjen og igjen (Tøssebro, J. & Wendelborg, C. 2014:41). Dette kommer i tillegg til at det å ha et funksjonshemmet barn kan være svært belastende, og medfører et betydelig omsorgsansvar.

### **3.2 Familier med minoritetsbakgrunn**

I studien «*Å vokse opp med funksjonshemming*», (Tøssebro, J. & Lundeby, H. 2002; Tøssebro, J. & Ytterhus, B. 2006; Tøssebro, J. & Wendelborg, C;2014) mangler data fra familier med innvandrerbakgrunn. Det pekes på ulike mulige årsaker til dette, det kan skyldes undersøkelsenes forskningsdesign, eksempelvis at invitasjon til å delta kun sendes ut på norsk, eller at intervjuene gjøres på norsk (Tøssebro, 2012:33). Dette er bekymringsfullt da andre undersøkelser tyder på at funksjonsnedsettelse forekommer minst like hyppig i denne gruppen som i befolkningen for øvrig, og erfaring fra andre land tyder på at eksempelvis autismespekterforstyrrelser relativt sett forekommer oftere blant barn med flyktningebakgrunn enn i befolkningen ellers (Berg 2012:23, Söderström, 2011:17).

Tøssebro (2012:52) mener det er all grunn til å frykte økte vansker for minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn om man snakker dårlig norsk, og har liten kunnskap om det norske

velferdssystemet. Det er en risiko for at man allerede i de første møtene med hjelpeapparatet vil ha problemer med å forklare en mulig engstelse for barnets utvikling, eller kunne forstå den informasjon som blir gitt om barnets funksjonsnedsettelse. Og med kunnskap om at det i mange faser og møter med hjelpeapparatet er viktig å vite hva du skal be om, å kunne argumentere for at du trenger og har rett på disse tjenestene. Vil dette være utfordrende å klare det uten gode norsk kunnskaper, og god kjennskap om det norske velferdssystemet. Det nevnes også at om du kommer fra et land i den tredje verden, vil ikke oppfatningen av hvordan arbeidsfordelingen mellom familien og det offentlige skal virke være den samme (Tøssebro, 2012:52).

Pr 1 januar 2014 var det 633 110 innvandrere og 126 075 norskfødte med innvandrerforeldre i Norge. Disse har bakgrunn fra til sammen 221 ulike land, og utgjør 14,9% av befolkningen (SSB, 2014). Denne statistikken forteller om et økende mangfold i befolkningen. I dette mangfoldet ligger det store forskjeller i landsopprinnelse, botid, utdanning og migrasjonsgrunn. Dette er ikke ensartede grupper, og generalisering er ikke mulig og vil være uheldig. Å skulle gi likeverdige tjenester til alle vil kreve ny og mer sammensatt kompetanse, og gir tjenesteapparatet andre utfordringer enn tidligere (Berg, 2012, Söderström, 2011:9). Tjenesteyterne skal gi likeverdige tjenester til alle uansett bakgrunn. Og for at tjenestene skal bli likeverdige må de ofte individuelt tilpasses og skreddersys (Berg, 2014:198).

Selv om forskning på minoritetsfamilier med funksjonshemming fortsatt beskrives som forskning på upløyd mark, finnes det noen studier som kan gi oss innsikt i utfordringer og erfaringer. Jeg refererer blant annet til data innsamlet fra en rekke større og mindre prosjekter gjort av NTNU Samfunnsforskning, der det største prosjektet er *«Etnisitet og funksjonshemming. Minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet»*. (Fladstad & Berg, 2008, Berg, 2011, Berg, 2012) I denne studien ble 47 minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn intervjuet. I tillegg ble ansatte i barnehager, habiliteringssenter, skoler, helsestasjoner, tolketjenester og fagmiljøer i 6 ulike kommuner intervjuet om sine erfaringer (Berg, 2012:8,10).

Internasjonale studier har tidligere konsentrert seg om spesifikke nasjonalitetsgrupper, men i denne studien ønsket man at familiene skulle reflekterte de største innvandrergruppene i Norge (Berg, 2012:23). Forskerne ønsket også å ha flere landbakgrunner representert, dette

for å tydeliggjorte eventuelle kulturforskjeller, ulike språklige utfordringer og få frem forskjeller i migrasjonsbakgrunn. Slik kunne man også få frem et erfaringsmateriale som kunne å gi mer kunnskap om de utfordringene familiene og tjenesteapparatet står ovenfor, sammen med eksempler på god praksis, som ville være et utgangspunkt for å utvikle gode samhandlingsstrategier (Berg, 2012:25).

### **3.2.1 Tidlig innsats og tilgang på hjelp**

Det kan se ut som om diagnostisering og utredninger kommer senere i gang og tar lengre tid for barn med minoritetsbakgrunn (Berg, 2014: 197). For noen oppdages funksjonshemmingen rett etter fødselen, og da oppleves det av noen som om hjelpen kommer automatisk, siden avklaring av hjelpebehovet ikke behøver å ta lang tid. Eventuell behandling og tiltak starter umiddelbart. I familier med barn der vanskene er mer diffuse, kan det å få en avklaring og hjelp oppleves som en kamp (Berg, 2014:187). Man kan møte et hjelpeapparat som innehar en «vente og se» holdning, mens man selv vet at noe er galt. I en slik fase kan det synes som om det er avgjørende at man selv har ressurser til å kreve utredning og tilrettelegging. Uten disse ressursene kan både utredning og behandlingstilbud komme sent på plass. Forskerne (Berg, 2014:187) stiller derfor spørsmål om vanskene til barn med minoritetsbakgrunn i større grad blir oversett, eller om deres problemer blir årsaksforklart annerledes. Tjenesteyterne i undersøkelsen forteller at kulturforskjeller og mangel på felles språk gir usikkerhet. Avvikende atferd kan forsøkes forklart med at barnet har flyktningebakgrunn eller har foreldre som ikke snakker norsk. Atferd kan også bli beskrevet som noe kulturelt, og slik blir funksjonsnedsettelsen bortforklart og usynlig (Berg, 2014:187).

Flere faktorer spiller inn, og mange spør hva handler dette egentlig om? Handler det om språk, kultur eller migrasjonshistorie? Dette er sammenvevde situasjoner som krever helhetlige vurderinger. Uten denne bevisstheten hos tjenesteapparatet kan avvik oppdages for sent, og utredninger kan ta unødig lang tid, noe som vil få konsekvenser for tilrettelegging av tilbud, opplæring og trening. I dag er betydningen av tidlig innsats noe det er stor faglig enighet om på tvers av profesjoner, og dette bør også få komme minoritetsbarna til gode, noe som ikke synes å være en selvfølgelighet (Berg, 2014:188).

Berg (2014:198) påpeker at siden dette ikke er en homogen gruppe, vil det i større grad være behov for tilpassede og individuelle tjenester, og nødvendige tiltak må oftere skreddersys om de skal være likeverdige. Det er også hensiktsmessig at tjenesteapparatet og fagpersoner har innsikt i de utfordringer man som innvandrere møter, i tillegg til de som kun handler om funksjonshemmingen. Det nevnes typiske problemer og utfordringer som lite kjennskap til norsk samfunnsliv, mangel på nettverk og språkproblemer. I tillegg kommer mulige integreringsutfordringer, eksempelvis en opphopning av levekårsproblemer, høy arbeidsledighet, sosial isolasjon og marginalisering. Noen familier vil også ha økte belastninger grunnet sin flyktningebakgrunn, som krig, forfølgelse, flukt og eksil (Berg, 2014:198).

Det er behov for at det finnes rutiner for hvordan disse tilleggsutfordringene løses, og at ansvarsgruppene og de som har koordineringen av tjenestene vet hvordan man innhenter nødvendig hjelp fra andre instanser. Noen løsninger kan ligge på andre felt enn det som synes naturlig at en ansvarsgruppe eller koordinator skal arbeide med. Men dette handler om å ha et helhetssyn på familiens situasjon, og synliggjør nødvendigheten av et godt tverrfaglig samarbeid. Erfaringene fra intervjuene syntes å være, at mer kompleks problemstillingene var, jo viktigere var god samordning av tjenestene (Berg, 2014:199).

### **3.2.2 Fortolkningsrammer på funksjonshemming og vår egen nære historie**

Mange fagpersoner er opptatt av hvilket syn innvandrere har på funksjonshemming, og mange av de fagpersonene som ble intervjuet, mente minoritetsfamiliene hadde større problemer med å akseptere at barnet var funksjonshemmet enn majoritetsforeldre. Dette blir av fagpersoner forklart med kulturbakgrunn og religiøs tilhørighet. Det ble hevdet at de forklaringsmodellene minoritetsforeldrene hadde inneholdt begreper om skam, skyld og straff. Og disse ble implisitt satt i kontrast til de norske eller majoritetens forklaringsmodeller (Berg & Fladstad, 2012:76).

Fuentes (2012:99) mener at forskjellen mellom majoritetens og etniske minoriteters oppfatning av funksjonshemming handler om gradsforskjeller. Etniske minoriteters syn på funksjonshemming ligger tettere opp mot den medisinske modellen, slik våre forklaringer

gjorde det ikke alt for langt tilbake. Dette kan være med å forklare den stereotypiske forklaring om skyld, skam og straff som synes å eksistere når etnisitet og funksjonshemming diskuteres.

Berg & Fladstad (2012:76) påpeker at vår egen nære historie viser at også vi satte funksjonshemming inn i andre forklaringsrammer enn de vi bruker i dag. Ikke langt tilbake ble barn med utviklingshemming plassert i store sentralinstitusjoner, og barn med sansetap fikk sin opplæring på spesialskoler. Å få et funksjonshemmet barn var vanskelig, og barna ble gjerne gjemt bort og samfunnet skulle skjermes. HVPU-reformen på begynnelsen av 1990-tallet, kan stå som et eksempel på at når de politiske idealene skifter, endres også på sikt den måten samfunnet tenker og kategoriserer gitte problemstillinger.

Det blir derfor viktig å ikke gjøre «de andre» for annerledes. Det er nødvendig å se minoritetsfamiliens fortolkninger i den kontekst den blir konstruert. Kontekst må her forstås som både samfunnsmessige og kulturelle forhold, og en må være bevisst at endringer skjer over tid, og er påvirket av enkeltpersoners livsløp (Berg & Fladstad, 2012:77).

Hvordan foreldre opplever å få et barn med funksjonshemming vil avhenge av mange forhold. Språk, informasjon, kommunikasjon og den situasjonen man er i kan være avgjørende for hvordan denne prosessen oppleves og forløper. Om man får et sykt barn på flukt, uten mulighet til medisinsk hjelp og uten gode forklaringer på hva som feiler barnet, kan nok dette føles som en straff fra Gud og at man selv har gjort noe galt. Har man ingen kunnskap om hva ulike funksjonshemninger kan skyldes, i tillegg til liten eller ingen utdanning, vil forutsetningene for å forstå hvorfor barnet er annerledes ha begrensninger. Men å kun knytte denne konstruksjon av forståelse til skyld og skam, gjør at man mister av syne at forståelsen bør forstås i lys av mer strukturelle forhold (Berg & Fladstad, 2012:77).

Mange av foreldrene beskriver også at de sammenlignet barnets framtidssikter med det som hadde vært situasjonen om barnet var født i hjemlandet. Noen tenkte på funksjonshemmede slektninger, og hvordan livsløpet og framtidssiktene hadde vært for dem. I Norge vil hjelpen og tilbudet av tjenester være annerledes, og med tid påvirker hvordan man opplever barnets muligheter til et godt liv (Berg & Fladstad, 2012:78).



Tid er også en faktor for å erkjenne barnets funksjonshemming, og for alle er dette en prosess med mye usikkerhet og mange ubesvarte spørsmål. Det vil i denne tiden være helt avgjørende å få informasjon man kan nyttegjøre seg. Forskerne fant at dette var den mest åpenbare barrieren for at foreldrene skulle akseptere diagnosen (Berg & Fladstad, 2012:79). Selv om diagnosen formidles via en tolk behøver ikke det være en garanti for at man forstår hva dette egentlig innebærer. Kanskje man ikke har det begrepsapparat som skal til for å kunne forstå hva diagnosen faktisk betyr, og språkvanskene kan også i ettertid gjøre det vanskelig å innhente den tilleggsinformasjon man trenger for fullt ut forstå. Slik blir man prisgitt den informasjonen ansatte i helsevesenet og andre i tjenesteapparatet gir (Berg & Fladstad, 2012:80).

### **3.2.3 Ulike stereotyper hos tjenesteyterne**

De underliggende profesjonelle forståelser vi har som fagpersoner og fagutøvere, bør stadig være grunnlag for refleksjon. Internasjonal forskning har avdekket en del stereotyper hos hjelpeapparatet når minoritetsfamilier får barn med funksjonsnedsettelse. Det finnes forestillinger om at familiene har religiøse forklaringer på funksjonsnedsettelsen, og at de på grunn av opplevd skyld og skam ikke søker hjelp. Det menes også at foreldrene har lave forventninger til sine barns framtid. Forskerne i de internasjonale studiene mener det er andre og mer komplekse årsaker til at minoritetsfamilier underforbruker offentlige tjenester, og hevder de største årsakene er institusjonell rasisme, dårlige materielle levekår, tjenester med liten tilgjengelighet, mangler ved informasjonen som ble gitt familiene, og dårlig tilrettelagte tjenester (Kittelsaa, 2012:105). Disse funn samsvarer med mange av funnene i de norske undersøkelsene.

Undersøkelsene viser hvordan ulike fagpersoner ikke stiller spørsmålstegn ved egen underliggende og «norske» forståelse. Kittelsaa (2012:117) mener dette er tilfelle når behovet for avlastning kontra omsorgslønn diskuteres, og at den eneste forståelsen som gjelder er at barn har det bedre i et avlastningstiltak enn hjemme med slitne foreldre. Foreldrenes slitenhet sees kun løst ved offentlig innsats der barna tas ut av hjemmet for en periode. Det er mulig at tjenester som ble tilrettelagt på en annen måte hadde dekket behovet bedre. Mange tror også at minoritetsfamiliene inngår i utvidede familienettverk som gir hjelp og støtte. Dette behøver

ikke være tilfelle, ofte mangler de både familie og sosiale nettverk, fordi disse ble igjen i hjemlandet (Kittelsaa, 2012:105). Dette kan i realiteten gi et større behov for avlastning. Det går igjen i intervjuer med hjelpeapparatet at ansatte mener minoritetsfamilier ikke vil ta imot avlastning, eller at de av ulike grunner kommer mye senere i gang med tiltakene. Flere utsagn tyder på at dette blir begrunnet i kultur, eller at man mener mødre heller foretrekker omsorgslønn enn avlastning. Og det synes som om disse forklaringsmodellene inneholdt en implisitt kritikk av mødrene fordi de setter egen inntekt foran barnets behov. Det kan hevdes at dette viser en manglende forståelse for den økonomiske situasjonen mange lavinntektfamilier med minoritetsbakgrunn er i. Begrensede økonomiske ressurser kan tvinge familier med dårlig råd til å si fra seg tjenester de absolutt trenger (Kittelsaa, 2012:121).

I intervjuene som Kittelsaa (2012:119) gjorde med lærere, synes det som om noen er bærer av stereotype oppfatninger av bakgrunn og kultur. Det var oppfatninger om at foreldrene ikke forsto sine barns diagnoser, og hva disse innebar, og noen mente at foreldrene hadde urealistiske forhåpninger til hva barna kunne oppnå. Her kan det finnes andre forklaringer enn at foreldrene ikke forstår, som igjen kan knyttes til kontekst. Kanskje foreldrene ikke vet hva skole for barn med alvorlige funksjonsnedsettelse kan være? Kommer man fra et land der funksjonshemmede barn ikke ville gått på skole, er det vanskelig å forholde seg til en skole som er annerledes enn den de selv kjenner til. Og det å tro at barnet vil bli bedre, kan handle om å ikke gi opp håpet om en bedring. Dette er et håp som finnes hos mange foreldre i samme situasjon, og behøver ikke være uttrykk for manglende innsikt hos foreldrene (Kittelsaa, 2012:119). Det kan i disse intervjuene synes som om det hjelpeapparatet tillegger foreldrene andre forklaringsmodeller eller årsaksforklaringer enn de ville ha gjort om dette var en majoritetsfamilie.

### **3.2.3 Manglende kulturelle markører hos tjenesteyterne**

I disse møtene vil det nødvendigvis være to forskjellige måter å forstå behov på, og dette kan forklare hvorfor tjenesteapparatet og foreldrene kan ha ulike oppfatninger om hva eksempelvis avlastning skal være. Kittelsaa (2012:123) sier at fagpersoner kan være «kulturelt blinde» når de tror at de hjelpetiltakene, eller det utdanningssystem de selv tilhører og representerer er universelle, og at de selv ikke er bærer av en egen kultur og tradisjon.

Noe av det samme konkluderer forskerne som skrev rapporten «*Skolen er fra Mars, elevene fra Venus – utdanning i et multietnisk samfunn*», etter å ha intervjuet elever og foreldre med minoritetsbakgrunn, og deres lærere ved flere skoler i Oslo (Trøften 2010:2). I intervjuene med lærerne var det ingen som nevnte det å være norsk som en del av sin identitet. Men lærerne knyttet alltid etnisitet til sine elever og deres foreldres identitet. Også elevene og foreldrene refererte til sin etnisitet som del av sin bakgrunn og beskrivelse av seg selv. Det er grunn til undring når lærerne ikke ser sin egen kultur og etnisitet som en markør, de plasserer seg selv automatisk i det store «vi», men samtidig ser de sine elever som «etniske» og med en annerledes kultur. Skolen opplevde selv at forskjeller ikke ble vektlagt og var av betydning. Men det er grunn til å spørre i hvilken grad skolen kommuniserer en ukritisk stereotyp fortelling om «det norske» som normalt eller vanlig, og de «andre» som annerledes? Forskerne (Trøften 2010) som skrev rapporten mente at disse elevene risikerte å bli definert til utenforskap, og at dette kommer i motsetning og kontrast til skolens vedtatte forståelse av at forskjeller ikke var viktige, eller tilstedeværende. Særlig når skolen hadde en praksis der forskjeller faktisk var til virkelige, og minoritetselevene opplevde en praksis der forskjeller fantes.

### **3.3 Pakistansknorske familier med funksjonshemmede barn**

Torunn Sajjad, den gang Torunn Arntsen Sørheim, var den første som med boken *Innvandrerfamiliers møte med tjenesteapparatet* (2000) satte innvandring og funksjonshemming på dagsordenen. Familiene som deltok i denne studien hadde pakistansk bakgrunn, og man ønsket å framskaffe kunnskap om hvordan familiene opplevde å ha barn med funksjonshemming. Studien hadde fokus på familiens møter med tjenesteapparatet og hvordan de kunne ta i bruk de offentlige tjenestene (Sajjad, 2012:60). Torunn Sajjad ble med dette den første som gav oppmerksomhet til denne tematikken i fagmiljøene.

Senere i sin medisinskantroposofiske studie observerte Torunn Sajjad (2012) samhandlingen mellom leger og pakistansknorske par som fikk genetisk veiledning. Parene var henvist til genetisk veiledning på bakgrunn av arvelige, genetiske, medfødte tilstander og sykdommer hos barn. Disse 35 parene hadde opplevd en eller flere reproduktive hendelser. Noe som innebar at de hadde fått barn med medfødt og/eller arvelig tilstand, eller at de hadde mistet

slike barn eller spontanabortert sent i svangerskapet (Sajjad, 2012: 68). Hensikten med den genetiske veiledningen var å innhente så detaljert informasjon som mulig om arvelige og genetiske sykdommer hos parene og deres biologiske slektninger. I tillegg til tester og undersøkelser, ble det gitt informasjon om diagnoser og risikoberegning.

Pakistansk ekteskapspraksis og det at noen av dem får alvorlig syke barn blir tidvis diskutert både i media og i tjenesteapparatet, og arv brukes ofte som forklaringsmodell når pakistansknorske par får barn med funksjonsnedsettelse eller sykdom (Sajjad, 2012:11). Sajjad (2012:363) mener det finnes en generell stigmatisering av pakistansknorske familier med funksjonshemmede barn, og den pakistanske ekteskapstradisjonen. Dette mener Sajjad (ibid) skjer ved at det er en overfokusering på den tilsynelatende uheldige effekten av søskenbarns ekteskap på bekostning av andre mulige årsaker. Sajjad (2012:21) viser interessant nok til at om man sammenlikner med risiko ved høy alder hos mor, viser studier at barn til mødre over 40 år, har samme økning i risiko som ved søskenbarns ekteskap.

Medfødte sykdommer og tilstander er ofte alvorlige og kroniske, men er ikke nødvendigvis arvelige og genetisk (Sajjad, 2012:11). Sajjad (2012) hevder at når legene baserer sin veiledning på en antagelse om at foreldrene har en ekteskapspraksis som er slektskapsbasert, kan disse antagelsene gi unøyaktige forklaringer på hvorfor et barn er sykt. Det har vært stor fokus på risikoen for negative, genetiske konsekvensene ved søskenbarns ekteskap, og derfor linkes syke barn og søskenbarns ekteskap ukritisk til hverandre.

Sajjad (2012: 363) poengterer det moralske aspektet som knyttes til forståelsen av risiko, det å utsette egne barn for en mulig risiko oppfattes som umoralsk. Ved dette overfører storsamfunnet det moralske og konkrete ansvar for å få barn med arvede tilstander, til de pakistansknorske parene, til familiene og til befolkningsgruppen. Sajjad (2012:364) mener dette er noe forenklet, at også forståelse av risiko er en sosial konklusjon, som medisinsk genetikk og biomedisinen kan hevdes å være konstruert. Sosiale konstruksjonene blir tolket på bestemte kulturelle måter. Denne overfokuseringen på de uheldige virkningene av søskenbarns ekteskap, mener Sajjad (2012) kan gå på bekostning av andre mulige årsaker som ikke er utforsket. Og slik forårsaker det en deterministisk måte å forstå sammenheng mellom sykdom og slektsbasert ekteskap som igjen gjenspeiles i den veiledning som gis.

Debatten som har vært rundt søskenbarnsekteskap bærer med seg interessante refleksjoner og kontraster (Sajjad, 2012:134). Ved å legitimere at det kun er følelser mellom to personer som skal danne grunnlaget for formelle ekteskap, blir dette en etnosentristisk tilnærming å forstå sosiale fenomener i andre kulturelle rammer på. Slik kan det synes som om det kun er majoritetssamfunnets forståelsesrammer som blir gjeldende.

Sajjad (2012:141) forteller hvordan det pakistansknorske miljøet opplevde å ikke ha «et språk» de kunne bruke for å bli hørt i debatten om søskenbarns ekteskap, og mente dette handlet om mangel på symbolmakt, eller ikke å beherske den debattformen som ble brukt av deltakerne som fikk komme til ordet. Diskursen var majoritetsstyrt, og ble knyttet til den generelle kulturelle diskvalifiseringen som den pakistansknorske gruppen opplevde i møte med storsamfunnet. Dette forsterket polariseringen, debatten ble kun ført på norske prinsipper, og slik ble en likeverdig deltakelse vanskeliggjort.

Sajjad (2012:150) mente debatten hadde sett annerledes ut om helsemyndighetene og de funksjonshemmedes organisasjoner hadde hatt en stemme. Nå ble tematikken i all hovedsak definert som noe kulturelt, og løsningen var å forandre kulturelle praksiser. Det mest hensiktsmessige hadde sannsynligvis vært å gi god informasjon for å sikre kjennskap til risiko for mulige arvelige og genetiske sykdommer i det pakistansknorske miljøet (Sajjad, 2012:58).

### **3.3.1 Holdninger i organisasjonen**

Sajjad (2012:18) viser til tidligere studier der pakistansknorske familier med barn med funksjonsnedsettelse i stor grad blir konfrontert med at de selv er ansvarlig for sine barns tilstander grunnet ekteskapspraksis. Og de holdninger de møter hos helsepersonell er at slektskapsbaserte ekteskap er helseskadelige.

I henhold til Pasientrettighetsloven §3-5 (1999) skal informasjon fra helsepersonell være *«individuell tilpasset til mottakers individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaringer og kulturell og språklig bakgrunn»*. Loven skal sikre hele befolkningen uansett bakgrunn, god nok tilgang til helsetjenester. Genetisk veiledning som var Sajjads (2012:325) utgangspunkt, omfattes også av Pasientrettighetsloven. Legene som deltok i studien nevnte

ikke loven, eller den kulturelle tilpasningen som loven fremhever, men legene hadde bevissthet omkring språklig tilgjengelighet og språklig tilrettelegging.

I sine intervjuer fant Sajjad (2012:326) to hovedholdninger hos legene. I den ene hovedholdningen oppfattet legene at veiledning til minoriteter ikke innebærer noen spesielle utfordringer. Alle som kommer til veiledning representerte uansett et mangfold av forskjeller, uten at forskjellene blir ansett for å være viktige å ta i betraktning. Pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn ansås ikke å utgjøre noen forskjell til pasienter fra majoritetsbefolkningen, fordi alle pasienter i utgangspunktet opplevtes forskjellig, og veiledning skal gis uansett pasientens bakgrunn. På denne måten ble veiledning av pasienter med minoritetsbakgrunn alminneliggjort. Og legene viser dermed at de er «fargeblinde», og ikke forskjellsbehandler på etnisk grunnlag (Sajjad 2012:328).

I den andre hovedholdningen Sajjad (2012:326) finner, mener legene at veiledning til minoriteter innebærer spesielle utfordringer. De mener at alle pasienter er forskjellige, men opplever også at mangfoldet gir flere typer utfordringer som påvirker veiledningen. Disse legene etterlyser en annen type kunnskap om pasientene enn den som følger med den henvisningen pasientene kommer med. Da tenkte legene på kunnskap om pasientenes bakgrunn og kultur, språkproblemer og kjønnsrelasjon. Disse legene fortalte også at de i stor grad håndterte utfordringene på egenhånd, og de hadde liten mulighet til å rådføre seg med noen som var i besittelse av kunnskap om veiledning til minoritetsfamilier.

Sajjads (2012) arbeid viser at kulturforskjeller kan være dype og komplekse, og kan ha betydning for personforståelsen. Derfor blir mulighet for å ha en krysskulturell kommunikasjon med relevant kulturforståelse, viktig for å få innsikt i pasientens forforståelse av sykdom. Men det synes som om veiledningen i stor grad dreide seg om å gi informasjon, og handlet ikke om problemstillinger som krevde en dialog med utgangspunkt i pasientenes kunnskap og livsverden. Sajjad (2012:332) mente derfor det var lite sannsynlig at pasientene ville kunne nyttegjøre seg den informasjon som ble gitt. Den mangelfulle eller lite relevante kontekstkunnskapen bidro til at legene ikke stilte den type spørsmål som de syntes å trenge for å gi god veiledning. Det var også hos legene en mangelfull refleksjon over egen kulturelle kontekst, og hvilken betydning den hadde for veiledningen de gav. Legene hadde derfor liten

bevissthet omkring det faktum at de suverent eide symbolmakten i disse møtene (Sajjad, 2012:333).

Undersøkelsen avdekket liten grad av individuell tilrettelegging. Sajjad (2012:347) fant det som et paradoks at legene mente at de trenger en annen type kunnskap enn den de hadde, men at de ikke stilte pasientene den type spørsmål som kunne gi dem en slik bedre innsikt. Sajjad forstår dette til å handle om et metodeproblem, at legene mangler redskaper til å utforske de temaene som de lurer på. Og mangelfulle kunnskaper om bruk av tolk er bare en del av problemet. Legene var usikker på om de virkelig nådde frem til pasientene, og hadde et stort ønske om relevant kunnskap. Sajjad (2012:347) påpeker at pasientene selv er den «eksperten» de etterspør. Pasientene er kilden til legenes læring og er betydningsfulle for denne kunnskapsutviklingen. Legene trenger å anerkjenne pasientene som bærere av erfaringer og kunnskaper som kan være interessante, og dermed gi dem rom som dialogpartnere.

### **3.4 Barnevernet og minoritetene**

Jeg velger videre å ta med forskning og studier gjort på forholdet mellom barnevern og minoriteter, selv om dette ikke direkte omhandler funksjonshemming. Men fordi dette også er møter mellom hjelpeapparatet og minoritetsbefolkningen der det finnes rom for stereotype holdninger. I en del tilfeller kan det også være vanskelig å vurdere om barnets utfordringer skyldes omsorgssvikt eller en funksjonsnedsettelse. Noe som gjelder uansett etnisk bakgrunn, men om det i tillegg også finnes språklige utfordringer og kulturelle forskjeller kan dette komplisere vurderingene som skal gjøres.

Aadnesen (2012) undersøkte i sin doktoravhandling samhandlingen mellom saksbehandlere i barnevernet og foreldre med minoritetsetnisk bakgrunn. Hennes fokus var saksbehandling i barnevernssaker vedrørende unge minoritetsjenter. Både foreldre og saksbehandlere ble intervjuet om sine erfaringer. Aadnesens (2012) belyser hvordan nye brukergrupper har endret kompetansebehovet i barnevernet, og poengterer hvordan en profesjon alltid vil være sårbar når sentrale oppgaver endrer seg. Barnevernets tjenester må tilpasses de behov mangfoldet i samfunnet avspeiler, og utvikle en kunnskap som møter gjeldende brukergrupper. Noe som

må være synlig både i praksisfeltet og i utdanningene. Forståelse av praksis og hvordan denne skal utføres er ingen objektiv kunnskap. De erfaringer og kunnskaper den enkelte går inn i de spesifikke situasjonene med, vil farge hvordan man handler. Det er derfor viktig å ha et bevisst forhold til egen forståelsesbakgrunn. Dette for å unngå en kulturalisering i møte med minoritetsfamilier (Aadnesen 2012:182).

Aadnesen (2012:151) fant at noen av saksbehandlere valgte ikke å være åpen om barnevernets kontrollfunksjon i kontakten med minoritetsforeldrene. Her refererer Aadnesen (2012:151) til Nygren (2004) som fremhever at det kan finnes et grunnsyn i organisasjoner som kan forklare hva som gjøres til enhver tid. Et slik manglende grunnsyn kan forklare mangel på eksempelvis åpenhet i saksbehandlers arbeid. En barnevernssak utøves ikke bare med teoretisk kunnskap som grunnlag, men også med visse verdimeslige prinsipper. Barnevernsarbeiderens private verdier kan ha forholdsmessig stort spillerom i vurderingene som gjøres. Det er derfor viktig at den enkelte arbeidsplass har en plattform eller grunnholdning som kan fungere som rettesnor i det daglige arbeidet (Aadnesen, 2012:151).

Det kommer frem i Aadnesens (2012:292) undersøkelse at saksbehandlerne legger «norske» forståelser av barnets beste til grunn for sine vurderinger. Aadnesen (2012) mener at for å få et bevisst forhold til vurderingsgrunnlaget, bør toleranse for «kulturelle forskjeller» bli et tema som er gjenstand for refleksjon både i utdanningene og praksis. Mange saksbehandlere tenker kun endring, og det kan slikt sett forstås som om man ønsker assimilering når foreldrenes forståelse kolliderer med deres «norske» forståelse av eksempelvis autonomi, kjønn og likestilling. Aadnesen(2012:292) siterer Frønes (2007) som slår fast at barndommen er i en «forandringens brennpunkt». Av den grunn bør våre forståelsesrammer og perspektiv forandre seg sammen med den. Dette kan blant annet innebære at det er ulik forståelse av barnets beste hos majoritet og minoritet. Nettopp fordi vi ikke oppfatter verden likt, med årsak i vår etniske og kulturelle bakgrunn, vil dette være naturlig. Det vil være en ulikhet i hva som oppfattes som et problem eller hva som er problematisk atferd. Den tradisjonelle vestlige forståelse av barnets beste er kanskje ikke tilstrekkelig for å utvikle et skjønn som er sensitivt nok for å være et flerkulturelt barnevern? Respekt, anerkjennelse, likeverd og like muligheter er sentralt for å skape en demokratisk praksis. Om barnevernets forståelse av barnets beste kun legger til grunn en vestlig forståelse, brytes disse demokratiske prinsippene.



Aadnesen (2012:287) fant i sine intervju av foreldrene at, hvordan etnisitet, kultur og religion ble forstått og tillagt betydning av saksbehandlerne, var sentralt for foreldrenes opplevelse av å bli lyttet til eller ikke. De foreldre som opplevde ikke å bli lyttet til, beskrev manglende muligheter for å kunne delta. De mente seg begrenset i å få fremlegge, utdype og forsvare sitt syn. De opplevde at deres vurderinger på ulike måter ble satt til side, og mente saksbehandlerne ikke lyttet til dem, og hadde antagelser som ikke stemte. De mente også at saksbehandlerne tilla dem som muslimer og innvandrere, verdier og praksiser som ikke var reelle, og at den vestlige og sekulære forståelsen var ansett som den eneste gjeldende. At deres forståelse av barnets beste var knyttet til tradisjoner fra hjemlandet og islam, ble ikke tillagt vekt. For dem var dette viktig, og når de ikke møtte forståelse, gav det foreldrene en følelse av avmakt, som resulterte i mistillit til saksbehandler (Aadnesen, 2012:287).

Aadnesen (2012:) konkluderer med et behov for at begge parter får fremme sine tanker om hva som er barnets beste, og en felles opparbeidet forståelse av hva som er barnets beste i et flerkulturelt samfunn. Barnevernet trenger å etablere et felles informasjonsgrunnlag, og faste rutiner for hvordan informasjon gis til foreldrene. Dette bør innebære at man sjekker for språklig og innholdsmessig forståelse av den informasjonen som blir gitt. Barnevernet bør ha fokus på en kontekstuell kulturforståelse, som medfører at man må gjøre seg kjent med familiens kulturelle bakgrunn, familiens minoritetssituasjon, og hvordan disse faktorene påvirker barnets og familiens situasjon.

Når informasjonen skal tilpasses brukernes individuelle forutsetninger tar dette tid. Saksbehandlerne var ofte under tidspress, barnevernloven har en ramme på 3 mnd for å gjøre undersøkelsene i hver enkelt sak. Ekstra ressurser i form av tid synes å være nødvendig (Barnevernloven § 6-9).

### **3.4.1 Kunnskapsstatus**

En kunnskapsstatus gjort ved NTNU Samfunnsforskning i 2014, *Møter mellom innvandrere og barnevernet*, gir både en oppsummering av den forskningen som er gjort, i tillegg til anbefalinger på områder med behov for mer forskning (Paulsen, Thorshaug & Berg, 2014).

Forskerne bak kunnskapsstatusen mener blant annet at grunnen til overrepresentasjonen av barn og unge med minoritetsbakgrunn i barnevernet, kan forklares og forstås med tre sett av forklaringer; kulturelle og minoritetsrelaterede faktorer, levekårsfaktorer og flyktningerelaterede faktorer. De kulturelle og minoritetsrelaterede faktorene til overrepresentasjonen, tilskrives kultur og møter mellom ulike kulturer i barnevernets arbeid. Det skjer «kulturelle misforståelser» og det vil eksempelvis eksisterer ulike forståelser og fortolkninger på hva «god omsorg» er. De perspektiver man har på kjønns- og generasjonsroller kan også være forskjellige. Og relasjonene vil være preget møter mellom minoriteten og majoriteten der en «oss» møter «dem» relasjon lett kan dominere (Paulsen m.fl, 2014:65).

Levekårsfaktorer mener forskerne handler om at innvandrerbefolkningen representerer en sosial og økonomisk underklasse i Norge. Mange innvandrerfamilier lever i en vedvarende fattigdom, og barn som vokser opp i familier med flere negative levekårsfaktorer, synes oftere å være omfattet av barnevernstiltak (Paulsen m.fl, 2014:66).

Flyktningerelaterede faktorer innbefatter konsekvensene av å ha opplevd krig, flukt, lange opphold på asylmottak og et liv i eksil. Alle er faktorer som negativt påvirker psykisk helse, foreldrekompetanse og omsorgssituasjonen for barn. Barn med flyktningebakgrunn er oftere representert i barnevernet enn barn med annen innvandrerbakgrunn. Forskerne påpeker at de ulike perspektivene ikke er gjensidig utelukkende, og at i en konkret barnevernssak kan elementer fra samtlige perspektiver være til stede (Paulsen m.fl, 2014:66). Det er her behov for mer forskning på denne overrepresentasjonen.

I tillegg utgjør vansker med kommunikasjon og samhandling, at møtene mellom minoritetene og barnevern blir utfordrende for begge parter. Her nevnes språklige vansker som også innbefatter ulik forståelse av barneoppdragelse. Diskusjonen preges av utfordringene handler om kulturforskjeller og barnevernets manglende kultursensitivitet. Det fremheves i kunnskapsstatusen at det ses behov for fokusere på interseksjonelle tilnærmelser, som evner å ta hensyn til både minoritetsperspektivet og levekårsperspektivet. Også her etterlyses mer forskning (Paulsen m.fl, 2014:67).

Det etterlyses også mer forskning på effekten av de tiltak som fungerer både generelt og spesielt for innvandrere. Erfaringene viser likevel at når det gjelder barneverntiltak er det behov for individuelle tilpasninger, og for denne gruppen med sammensatte utfordringer, både språklige, minoritetsrelaterede, kulturelle og levekårsmessige vil dette være særlig viktig.

Behovet er også til stede for studier som fokuserer på brukererfaringer og tar utgangspunkt i et brukerperspektivet (Paulsen m.fl, 2014:68).

### **3.4.2 Kultur som overgeneralisering**

Anja Bredal (2009:38) reiste spørsmålet om minoritetsbarn fikk et likeverdig tilbud fra barnevernet, eller om de ble forskjellsbehandlet på grunn av sin kulturelle bakgrunn. Var barnevernet for opptatt av kultur eller var de for lite kultursensitive? Barnevernet har blitt kritisert for begge deler. Anja Bredal tok utgangspunkt i barnevernets tilbud til jenter som var utsatt for en streng patriarkalsk og autoritær kontroll i ungdomstida (Bredal, 2009:38).

Bredal (2009:39) skisserer opp tre posisjoner som synes å være fremtredende i diskusjonen om barnevernet har tatt for mye eller for lite hensyn til kultur, og om terskelen for å gripe inn ovenfor minoritetsfamiliene er lavere eller høyere. Den første posisjonen argumenterer for at det blir tatt for lite hensyn til foreldrenes og familienes kultur. Man har for lite kunnskap om kultur og mener minoritetsgruppene må ordne opp selv. Og det hevdes at barnevernet er for raske til å gripe inn.

Den andre posisjonen hevder at det godtas for mye kulturell annerledeshet og at det derfor gripes inn for sent. Med det resultat at man svikter minoritetsbarna og får en høyere terskel for tiltak. I denne posisjonen hevdes det at man har en respekt for kulturen som fører til at man favoriserer familien fremfor barnet, og gjerne gutter fremfor jenter (Bredal, 2009:41).

Posisjon tre kritiserer at man er så opptatt av kultur, og det hevdes at kulturforskjellenes betydning overdrives. Andre sosiale forhold blir glemt, eksempelvis fattigdom, klasseforskjeller, rasisme og utestegning. Denne posisjonen mener at fokuset på kultur bare er med å stigmatisere minoritetsgrupper ytterligere, og er med å fremstille dem som mer annerledes enn de egentlig er. Bredal (2009: 43) hevder denne posisjonen erstatter én endimensjonal tilnærming med en annen. Og at dette bare bekrefter tendensen til polarisering, eller en «enten eller»-tenkning.

Bredal (2009) mener alle påstander stemmer, at det snakkes om å skulle ta hensyn til kultur, samtidig som kultur preges av å en «overgeneraliseres». Dette hevder hun skjer samtidig som man vet for lite om hva kulturforskjeller betyr i praksis. Praksis må tilpasses brukerne, som i

dette nevnte tilfelle er minoritetsjentenes faktiske situasjon. Og at dette må gjøres om tjenestene og den hjelpen som gis skal være likeverdige. Bredal (2009:56) er overbevist om at det er mulig, og nødvendig å både fokusere på kultur, klasse, rasisme og kjønn. Hun mener det er dette som er flerkulturell kompetanse, nettopp det å vurdere når kulturelle forskjeller er relevant. Og oppøve en evne til å gjenkjenne kulturspesifikke trekk ved de problemer barna har. Et barnevern som er kultursensitivt og antirasistisk må ta høyde for flere mulige maktrelasjoner. Både mellom majoritet og minoritet, og minoriteter i minoriteten.

Bredal (2009:43) peker på at slik selve kulturbegrepet brukes, bidrar det til å tvinge debatten inn i «enten eller»-posisjoner. Kulturbegrepet har fått en bestemt form i innvandrings og integrasjonsdebatten. Kultur kobles til avgrensede grupper som oppfattes som homogene, og kultur forstås som en determinerende faktor. «Kulturen» får mennesker til å gjøre ting på en bestemt måte. Samtidig er det en ensidig negativ fokus på innvandrede minoriteters kultur. Negative praksiser i majoritets kulturen omtales sjelden. Dette fører til at kultur overgeneraliseres. Kulturbegrepet i seg selv bærer med seg betydningen av generalisering, siden kultur viser til noe kollektivt, og noe som er delt av mange (Bredal, 2009:43).

Ønsket er å unngå et determinerende, homogeniserende og statisk kulturbegrep. I stedet trenger vi trening i å se kultur som begrep for verdier, kunnskaper og praksiser som flere mennesker deler. Vi må samtidig ta høyde for variasjon, endring og konflikt, at det faktisk finnes en sosial dynamikk. Dette mener Bredal (2009:45) vil gi mer komplekse forklaringsmodeller.

### **3.5 Kultursensitiv kommunikasjon**

Söderström (2012:131) omtaler kultur slik. «*Kultur er et komplekst og dynamisk begrep som ikke er enkelt å definere. Det sier noe om forskjeller, og om likheter, om individer og om kollektiv*». Vår kultur sier noe om hvordan vi tolker våre omgivelser, og samtidig noe om hvordan vi forsøker å skape mening i den verden vi lever i. Vi sosialiseres inn i vår kultur, og ulike tradisjoner og skikker overføres fra en generasjon til neste. Dette fungerer som en referanseramme for oss og er med å forme vår identitet. Samtidig er kultur noe som også er i konstant bevegelse og endring. Økt globalisering gjør at vi flytter mer på oss og i takt med nye erfaringer endrer vi våre fortolkninger. Å ha kulturkunnskap handler om å ha konkret

kunnskap om kjente forhold. Kultursensitivitet sier noe om hvordan vi tilnærmer oss noe som er ukjent (Söderström, 2012:131). Det er denne kultursensiviteten som er nødvendig om kommunikasjon mellom tjenesteytere og minoriteter skal være mulig.

I kultursensitiv kommunikasjon tar man i bruk en affektiv og kognitiv dimensjon i møtene med den andre. Og forutsetningen er at man inntar en fordomsfri, aksepterende og lyttende innstilling. Ordene som blir uttalt er ikke det viktigste, men å lete etter og fange opp intensjonen og meningsaspektet bak det som blir sagt (Söderström,2012:131). Man ønsker å avdekke de fellesmenneskelige erfaringene vi alle har, og legge til rette for en åpen og ærlig samtale med minoritetsspråklige om hvordan de opplever den situasjon de er i og deres oppfattelse av de tjenestene de mottar. Det blir riktig å erkjenne de forskjeller som finnes, og innta en åpen og nysgjerrig posisjon til det ukjente (Söderström,2012:131).

Offentlige tjenesteyteres vanlige kommunikasjonspraksis blir ofte forstyrret i møte med minoritetsspråklige. Det skjer en forskyvning av fokus fra å skape dialog og samhandling, til å synliggjøre det som eventuelt er ukjent og fremmed ved de minoritetsspråklige. De minoritetsspråklige blir ofte møtt med en etnosentrisk kommunikasjon der man tar sitt eget utgangspunkt for gitt og retter fokus mot det som oppleves annerledes med kommunikasjonspartneren. En interkulturell kommunikasjon fokuserer på det intersubjektive samspillet mellom samtalepartnerne med det for øye å etablere en konstruktiv dialog som skaper kontakt. Man søker å forstå den andres livsvilkår, historie og ressurser. Samtidig som tjenesteyteren også gransker sine egne kulturelle og faglige antakelser om den andre, være åpen og spørrende, aktivt lyttende og sensitiv på egne reaksjoner på samtalepartneren. En slik interkulturell kommunikasjon forsøker ikke redusere eventuelle forskjeller, men er åpen for utforskning og refleksjon gjennom anerkjennelse av hverandres sosiale kontekst. Interkulturell kommunikasjon er kultursensitiv (Söderström, 2012:132).

### **3.6 Kompetanseheving**

Kompetanseheving er en faktor og nevnes av flere som en forutsetning for gode nok tjenester. Sajjad (2012:59) fant at det var behov for en annen type kunnskap i tjenesteapparatet enn den medisinske og helse- og velferdsfaglige kunnskapen som gis gjennom grunn- og

videreutdanningene. Å ha kunnskap om krysskulturell kommunikasjon og kulturforståelse, samt innsikt i eksempelvis pasientens forforståelse av hva sykdom er, er relevant for å kunne unngå misforståelser.

Også Aadnesen (2012:290) kommenterer behovet for kompetanseheving i barnevernet. Her etterlyses mer forskning for å finne den kompetansen barnevernet trenger. Det man vet noe om er at kommunikasjon, kultursensitivitet og kulturell kompetanse alle bidrar til å styrke et godt barnevernsarbeid. Samtidig peker Aadnesen (2012:290) på at etniske minoriteter og barnevern har en begrenset plass i offentlige utredninger og stortingsmeldinger. NOU 2009:8 slår fast at barnevernet må ha spesifikk kunnskap om etniske minoriteter og kulturell kompetanse, men hva dette innebærer kommer ikke frem. Utredningen påpeker også behovet for en kultursensitiv kommunikasjon, uten at begrepet kultursensitivitet utdypes. Likevel er det en enighet om at profesjonsutdanningene ikke dekker behovet for en slik flerkulturell kompetanse. Aadnesen (2012:290) mener det kan stilles spørsmål om den overordnede verdi om likeverd og likebehandling blir ivaretatt. Og om man på et strukturelt nivå har tilrettelagt nok for likeverdig behandling i barnevernet.

Aadnesens (2012:290) undersøkelse gir grunnlag for å se nærmere på praksiser som kan fremme foreldrenes deltakelse og innflytelse i saksbehandlingen, og dermed styrke samhandlingen. Felles faglige plattformer, standardiserte metoder som gir større rettsikkerhet, ved at private ideologier ikke får like stort spillerom, og at saksbehandlerne må hente inn på forhånd bestemte opplysninger (Aadnesen, 2012:294). Økt kulturell kunnskap og kunnskapsutvikling på organisasjonsnivå er nødvendig, slik at ikke kompetansehevingen overlates til den enkelte, men er knyttet til arenaer for fagutvikling. Det bør tilrettelegges for refleksjon og drøfting av faglige problemstillinger i kollegagruppen (Aadnesen, 2012).

## **4 Metode**

### **4.1 Hvorfor kvalitativ metode**

Undersøkelsens problemstillingen gjorde det hensiktsmessig å bruke kvalitative forskningsmetoder. Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring, fenomenologien og teorier om fortolkning som vi kjenner som hermeneutikken. Dette gjør kvalitativ metode velegnet til å fange menneskelig erfaring og deres fortolkninger av disse erfaringene (Malterud, 2008:31). Jeg ønsket å undersøke de refleksjoner fagpersoner som arbeidet med minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn hadde, og jeg ville prøve å forstå deres vurderinger av egen praksishverdag. Kvalitative metoder er velegnet for å oppnå forståelse for sosiale fenomener i nære omgivelser, og kan gi innsikt i både holdninger og tauskunnskap (Malterud, 2008:31, Thagaard 2006:11).

Tidligere forskning har avslørt at det kan finnes stereotype holdninger og tendenser til en overgeneralisering av kultur hos tjenesteapparatet når minoriteter får barn med funksjonsnedsettelse (Söderström, 2011, Kittelsaa, 2012). Det ble viktig å undersøke om dette var tilstede i kommunene jeg gjorde undersøkelsen i. Hvordan reflekterte de rundt de tjenestene de skulle tilby, og var tjenestene likeverdige? Hvilke erfaringsgrunnlag hadde de i sitt arbeid?

#### **4.1.1 Mitt utgangspunkt og ståsted**

Postholm (2010:134) tydeliggjør behovet for at forskeren skal spesifikt klargjøre sin posisjon og sitt ståsted i forskningsteksten, og forholdet mellom forsker og forskningsdeltaker bør både uttales og synliggjøres. Som forsker kan man aldri være helt nøytral, så min forforståelse, mitt teoretiske og faglige ståsted ville farge mine tolkninger gjennom hele undersøkelsen (Thagaard 2006).

I starten av prosjektet var jeg programrådgiver i kommune A, og hadde en koordineringsrolle ovenfor andre tjenester når det ble bosatt nye flyktninger i kommunen. Dette gjorde at jeg hadde samarbeidet med de som jeg senere intervjuet. Så i kommune A, var

jeg kjent som en som «fulgte» flyktningene rundt i systemet, og var det Lipsky kaller bakkebyråkrat (Ask, 2011). I kommune B var jeg masterstudenten som var der ei uke for å samle inn data. Men min bakgrunn fra integreringsfeltet gav meg en felles yrkesidentitet med noen av informantene både i kommune A og B.

Å forske i eget fagfelt kan innebære en fare for identitetsblanding, noe som kan være uheldig. Samtidig kan dette redusere den sosiale avstanden mellom forsker og informant, og man kan komme nærmere når undersøkelsen skjer i et miljø forskeren i utgangspunktet kjenner godt (Thagaard, 2006:99). I mitt arbeid har denne insiderrollen vært verdifull, fordi den gav meg mulighet til mange uformelle samtaler med ulike fagfolk underveis i utformingen av prosjektet. Og disse samtalene har vært retningsgivende og avgjørende for hva som har blitt fremhevet og fått plass i undersøkelsen.

#### **4.1.2 Kritisk refleksiv praksis**

Schön (1983) hevder det er et gap mellom teori og praksis, og at det mangler sammenhenger mellom teorier og verdier som profesjonelle hevder at arbeider etter og det som faktisk blir gjort i deres praksis. Refleksjon, mener Schön (1983) kan bygge bro over dette gapet, og bruker begrepene «refleksjon over handling» og «refleksjon i handling». I den kritiske refleksjonen er maktaspektet sentralt.

#### **4.1.3 Metodefilosofisk tilnærming**

Som metodefilosofisk tilnærming er prosjektet påvirket av sosialkonstruktivistisk og hermeneutisk tenkning. Sosial konstruktivisme gir mening både på individ og strukturnivå, siden all kunnskap er historisk og kulturspesifikk, og må forstås i den konteksten den er skapt. Fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv vil derfor viten og kunnskap være konstruert av sosiale prosesser mellom mennesker, og våre handlinger bestemmes av sosialt konstruerte forståelsesformer (Burr, 1995:45).



Mitt utgangspunkt var at også fagutøveren eller tjenesteyteren var bærer av sin egen kulturelle kontekst, og slik representerer sin individuelle virkelighet også i en faglig sammenheng. I denne undersøkelsen ville sosiale konstruksjoner av holdninger og forestillinger, om både funksjonshemming og etnisitet være relevant. Å spørre hvilke sosiale konstruksjoner som ligger til grunn for de verdier vi bygger våre holdninger på, og slik forsøke å trenge dypere inn i en praksishverdag og dens refleksjoner. Særlig siden dette ikke nødvendigvis er direkte synlig eller fremtredende (Aadland, 2011, Thagaard, 2008).

Samtidig var det viktig å ha et fenomenologisk perspektiv på å skulle kartlegge informantenes subjektive livsverden, og å ha utgangspunkt i deres beskrivelse av hvordan et fenomen ble oppfattet. Ved å bruke en semistrukturert intervjuguide, og ved å benytte en type livsverdensintervju der informantenes historier ble de bærende ble dette ivaretatt (Thagaard, 2008, Kvale, 2004:138).

Hermeneutikken eller fortolkningsvitenskapens inspirasjon til undersøkelsen er forståelsen av at alle fenomener kan tolkes. Fortolkning og mening er sentralt i alt som blir gjort i samfunnsvitenskapen, og forskningsprosessen kan slik sies å bli en fortolkningsprosess av meningsfulle elementer. Fagpersonene som jeg snakket med i denne undersøkelsen gav meg sine meningsbærende historier. Disse historiene var fortolkninger av hva de selv hadde erfart og opplevd i ulike møter i sin praksis. Da jeg gjorde min analyse fortolket jeg igjen deres fortolkninger, og slik tok jeg i bruk en dobbel hermeneutikk (Gilje & Grimmen, 2007). Giddens hevder at samfunnsvitenskapen bygger på en slik dobbel hermeneutikk fordi vi skal forholde oss til en verden som allerede er fortolket av de sosiale aktørene selv. Deres beskrivelse og fortolkninger må få plass. Men det blir vår oppgave som forskere å rekonstruere disse fortolkningene ved hjelp av teoretiske begreper. Dette kan medføre at vi må gå utenom de oppfatninger aktørene selv har (Gilje & Grimmen, 2007:146).

En grunntanke i hermeneutikken er forforståelsen, vi møter aldri verden forutsetningsløst. Når vi prøver å forstå helheten av virkeligheten, kan dette beskrives ved den hermeneutiske sirkel eller hermeneutiske spiral, der delene av hva vi forsøker å fortolke, vår forforståelse og den kontekst det skal fortolkes i alle blir del av en fortolkningsprosess. Forskeren veksler mellom å studere delene og å se på helheten av sitt datamateriale. I denne prosessen er det viktig å ha et avklart forhold til den forforståelse man selv bringer inn i fortolkningsprosessen (Gilje &

Grimmen, 2007:153). Hva bringer jeg som forsker med meg inn i dette prosjektet? Og fra hvilket perspektiv ser og tolker jeg mine data, og hvordan har dette perspektivet påvirket prosessen (Malterud,2003).

## **4.2 Kommunene og informantene**

### **4.2.1 Likt og ulikt i kommunene**

Kommunene der undersøkelsen ble gjort viste seg ved nærmere ettersyn å være mer forskjellige enn forventet. Det de hadde til felles var størrelsen, den ene i overkant av 9000 innbyggere, den andre i overkant av 11000. Begge kommunene hadde bosatt flyktninger omentrent like lenge. Jeg har i oppgaven valgt å kalle dem kommune A, og kommune B.

Kommune A hadde i tillegg til bosetning av flyktninger, en stor tilstrømning av arbeidsinnvandrere til regionens maritime industri, noe som preget tjenestene i noen grad. Kommune B hadde et asylmottak sentralt beliggende i kommunesenteret. Skole, barnevern og annen administrasjon møtte barna fra asylmottaket i forskjellige sammenhenger, og måtte tilrettelegge ulike tilbud og tjenester for dem. Begge kommuner hadde på ulike tidspunkt hatt fokus på prosjekter som i utgangspunktet kunne tenkes å virke holdningsskapende og dermed påvirke kvaliteten på tjenestene i ulik grad.

Kommune B hadde i sitt prosjekt hatt et verdighetsperspektiv på sitt integreringsarbeid tidlig på 90-tallet, og hadde hatt fokus på medbestemmelse og brukermedvirkning.

Kommune A hadde vært deltakende i ulike prosjekter med tanke på å styrke tidlig innsats for barn og unge.

Som ovenfor nevnt var utgangspunktet å ha kommune B som en sammenlikningskommune, men en direkte sammenligning var ikke mulig, grunnet til dels store ulikheter i hvordan de løste sine oppgaver. Det var likevel mulig å sammenligne enkelte elementer av det arbeidet som ble gjort i den enkelte kommune.

### **4.2.2 Kommune A**

Jeg hadde ved oppstart av prosjektet et ønske om å intervju virksomhetsledere eller enhetsledere i kommunen. Dette viste seg å være vanskelig. Årsaken kan være travle

hverdager for mellomledere, og for noen var tema for undersøkelsen også ukjent og fremst som sært og eksotisk for en liten kommune. Dette var ikke problemstillinger de hadde erfaringer med. Jeg fikk to korte samtaler med teamleder på PPT og enhetsleder for Tiltak barn og unge i Kommune A. Begge samtalene var på ca. 15 minutter og skjedde da jeg henvende meg i kommuneadministrasjonen for å gjøre avtale om intervju. Av mer uformell art var det samtaler med flyktningkonsulenten og enhetsleder for sosiale tjenester, der jeg benyttet anledningen til å spørre om likeverdige tjenester og bruk av tilskudd.

To intervjuer ble gjennomført med en helsesøster som hadde barneskolen som sitt ansvarsområde, og rektor for barneskolen i kommunesenteret. Disse intervjuene ble gjort på deres respektive kontorer, og hadde en varighet på mellom 45-60 minutter.

Utgangspunktet var et ønske om å intervju fagpersoner som hadde et overordnet ansvar for sine tjenester og slik hadde påvirkningskraft i beslutningsprosesser. Selv om deres synspunkter delvis uteble i intervjuene, var de fleste representanter på Fagforumet stort sett enhetsledere og teamledere. Jeg opplever derfor at deres synspunkt og reelle utfordringer likevel i stor grad er representert i datamaterialet.

### **4.2.3 Fagforumet**

På Fagforumet i kommune A deltok representanter fra skole, barnevern, PPT, barnehagene, psykisk helse, helsesøster og jordmor. I tillegg til flyktningkontor og rusteam. Dette Fagforumet var starten på min undersøkelse. Fagforumets funksjon var å være en arena som skulle øke samhandling og fagutvikling på kryss av tjenestene i kommunen. Denne gangen var tema flerspråklige barn. Deltakerne til Fagforumet ble på forhånd bedt om å redegjøre for de sentrale og lokale føringer det hadde for forankring av sitt arbeid med gruppen flerspråklige/flerkulturelle barn. De ulike representantene holdt innlegg av noe varierende lengde. Problemstillingene som ble belyst var med som utgangspunkt for deler av en senere intervjuguide.

Fagforumet ble avholdt mars 2012, og intervjuene i kommunen ble gjort i mars/april 2013. Dette gav en mulighet for å undersøke om det hadde skjedd en eventuell endring i praksis i

tiden mellom Fagforumet og tidspunkt for intervjuene. Det ble derfor naturlig at jeg hadde spørsmål om opplevd endring til de jeg snakket med og intervjuet i mars/april 2013.

#### **4.2.4 Kommune B**

I kommune B intervjuet jeg en saksbehandler ved PPT kontoret, flyktningkonsulenten, en lærer som var ansvarlig for innføringsklassen på barneskolen, og to barnefaglig ansvarlige ved asylmottaket. Disse intervjuene ble gjort på den enkeltes arbeidssted, og de hadde en varighet på mellom 45 til 60 minutter. En samtale med leder for introduksjonsordningen var også verdifullt for å danne et helhetsinntrykk av hvordan kommunenes integreringsarbeid ble utført. Og særlig for å se om verdighetsperspektivet fortsatt ble ivaretatt i dette arbeidet. Intervjuene i kommune B ble gjort først, i slutten av februar 2012.

### **4.3 Undersøkelsen**

#### **4.3.1 Rekruttering av informanter**

Rekruttering av informanter skulle vise seg å være utfordrende. I begge kommuner ble informasjonsskriv sendt på epost til de virksomheter det var aktuelt intervjuene i. Dette gav liten respons, så deretter tok jeg kontakt direkte med enhetsledere og virksomhetsledere og presenterte mitt prosjekt. I kommune A lyktes jeg i å få en avtale med helsesøster ved helsestasjonen. Intervjuet med rektor ble gjort samme dag som jeg henvendte meg til virksomheten, og han hadde tid akkurat da.

I kommune B hadde jeg kun avtale om et intervju før jeg reiste til kommunen. Dette intervjuet, med en saksbehandler i PPT, fikk jeg ved hjelp av en bekjent. ”Snøballen” begynte først å rulle etter dette intervjuet, og også etter at jeg fikk et intervju med en velvillig flyktningkonsulent som tok imot uten avtale. Hun hadde forslag til hvem jeg burde snakke med, og dette ble videre en døråpner i kommunen. Det opplevdes som positivt å få «trø» i gangene, og i noen sammenhenger fikk være «flue på veggen».

Jeg intervjuet følgende personer:

- Kommune A: - Helsesøster med ansvar skolehelsetjenesten på grunnskolene i kommunen.
- Rektor på barneskole med ansvar for to innføringsklasser
- Kommune B: - Flyktningkonsulent med ansvar for bosetting.
- Rådgiver/Saksbehandler ved Pedagogisk Psykologisk Tjeneste.  
Førskolelærer med videreutdanning i spesialpedagogikk. Ansvar for barn i førskolealder i kommunen.
  - Lærer med ansvar for innføringsklassen ved barneskolen i kommunesentrum.
  - Leder kommunens Integrasjonssenter, ansvar for introduksjonsprogrammet. Norsk og Samfunnsfagundervisning.
  - To sosialkonsulenter som var barne- og familieansvarlige ved asylmottaket i kommunen. Drev foreldreveiledningskurs, oppfølging i forhold til skole, barnehage og helsesøster. Den ene hadde også ansvar for forberedelse av tilbakevending (Intervjuet sammen).

#### **4.3.2 Semistrukturert intervjuundersøkelse**

Det ble naturlig å gjøre en semistrukturert intervjuundersøkelse. En type samtaleintervju, der informantens synspunkter og de historier de ville fortelle fra sin praksis hverdag ble gjeldende (Kvale, 2004). Hadde et fleksibelt forskningsdesign og tilnærming som medførte at jeg gjorde endringer etter hvert. Dette ble valgt for at tjenesteyternes erfaringer, opplevelser og tause kunnskap skulle kunne hentes frem og være synlig i historiene. Det var også ønskelig å ha åpne forskningsspørsmål (Kvale, 2004)

Ikke alle intervju og samtaler har gitt samme mengde data til den ferdige oppgaven, men alle har vært med å danne en overordnet forståelse og innsikt i arbeidet som ble utført i kommunene. Her kan nevnes intervjuet med barnefaglig ansvarlige ved asylmottaket i kommune B. Også intervjuet som jeg fikk med leder for introduksjonsordningen i kommune B var verdifullt for å danne et helhetsinntrykk i hvordan særlig verdighetsperspektivet ble ivarettatt i arbeidet.

### **4.3.3 Intervjuguide**

Samtaler med veileder underveis i utforming av prosjektet, sammen med spørsmål som hadde sin bakgrunn i tidligere forskning, ble utgangspunkt for min intervjuguide. Enkelte spørsmål eller temaer som jeg ønsket å undersøke ble jeg også bevisst gjennom samtaler jeg hadde med ulike fagpersoner i kommune A, og etter deltakelse på Fagforumet der.

I tillegg ble spørsmål som var naturlig å stille til informantene i kommune B, og temaer som ble belyst der, tatt med i intervjuguiden i kommune A. Ett eksempel er temaet traumatiserte barn. Dette skjedde fordi det flere ganger i kommune B ble fortalt om arbeidet med tilrettelegging for et traumatisert barn.

På forhånd visste jeg at jeg ønsket å komme inn på organiseringen av tjenestene, og det tverrfaglige samarbeidet i kommunen. Dette for å finne i hvilken grad det var et samarbeid og en felles tanke i arbeidet, og i hvilken grad var arbeidet forankret oppover. Hvilke ressurser hadde informantene tilgang på, og hva fortalte de om fagutvikling, kompetanseheving og ytterligere behov de hadde? Hvordan snakket informantene om det som tidligere forskning har nevnt som kjente eller særegne utfordringer, språkproblemer og kulturelle forskjeller? Fant de det kulturalisering i de historiene som ble fortalt, og ble utfordringer, problemer og konflikter forklart ved å koble dette til personers kulturelle bakgrunn og ulikhet? Kjente de til problemstillingen om mangel på nettverk og rollemodeller? Og var de bevisst på effekten av å ha mindre kunnskap om velferdssystemet og hjelpeapparatet? Hvordan var bruken av tolk? Særlig interessant var det å undersøke tanker rundt foreldresamarbeid.

### **4.3.4 Gjennomføring av intervjuene**

Mange av mine intervjuer ble gjort uten båndopptaker. Det var flere årsaker til dette.

Vanskene med å finne informanter og få avtaler for intervju, gjorde at jeg direkte henvendte meg til ønskede informanter med forespørsel om avtale. Og intervjuene ble noen ganger gjort når informantene hadde tid til å flette inn en samtale med meg i en travel hverdag. Slik hang min forespørsel om intervju, presentasjon av tema for prosjektet, sammen med et intervju tatt noe på sparket. Av noen informanter ble nok dette oppfattet mer som en faglig samtale enn et formelt intervju. Postholm (2010:74) kaller dette uplanlagte, halvformelle intervjuer. Disse

intervjuene gav verdifull innsikt. Og siden spørsmålene var så åpne fikk det frem historiene, informantens refleksjoner og erfaringer. Hensikten med det ustrukturerte intervjuet er å oppnå forståelse av fenomenet som studeres (Postholm 2010:74).

Thagaard (2006:97) nevner hvordan intervju uten båndopptaker gjør at forskeren gjør en spontan førstesortering og førstereduksjon. Og slik starter analysen av datamaterialet allerede under intervjuet. Jeg gjorde notater under intervjuet, ofte med form av et tankekart, der jeg sorterte informasjonen i ulike temaer umiddelbart. Slik ble selve notatskrivingen en analyse. Umiddelbart etter intervjuene ble det gjort fyldige notater av innholdet i samtalene, og de fullstendige historiene ble nedskrevet.

## **4.4 Dataanalysen**

### **4.4.1 Gjennomføring av analysen**

Datamaterialet mitt opplevdes som omfattende og overveldende da analysearbeidet skulle starte. Det måtte helt naturlig en filtrering og en reduksjon til som start på analysen (Malterud 2009:95). I en analytisk reduksjon er det en utfordring å ikke miste nærheten til den kunnskapen som finnes i datamaterialet. Avgrensninger måtte gjøres, og var nødvendige, men det var viktig å ikke miste informasjon som var essensiell for den helhetlige forståelse. De originale notatene ble på flere tidspunkt tatt frem for kontroll.

Malterud (2009) snakker om å velge ut tekstelementer med potensiell kunnskapskraft. Det ble da naturlig å lese datamaterialet med dette utgangspunkt. Å stille spørsmål til data. «Hva handler dette egentlig om?» I presentasjonen av dataene mine var det viktig å bruke informantens historier og se om det fantes kunnskap som kunne gjelde flere (Malterud, 2009:95). Det kan oppleves som om den enkelte informant «gir» til datamaterialet og historiene.

Analysen startet med en gjennomlesning av alle tekstene etter intervju og Fagforum, også kommunenes nettsider og ulike rapporter/dokumenter ble gjennomlest. Jeg utarbeidet et skjema som gav meg mulighet til å sortere mine data i koder og ulike kategorier. Skjemaet ble laget i Word, og var inndelt i ulike rubrikker. Disse kalte jeg kjerne kategorier, kategorier,

substantive koder, og jeg hadde også en rubrikk for notater og en siste rubrikk som ble kalt informant. Dette for ikke å miste oversikten over hvem som hadde sagt hva. Det ble gjort plass til sitater, utsnitt og utdrag fra teksten. I notater nedtegnet jeg egne vurderinger underveis (Postholm, 2010:89, Malterud, 2009). Hensikten er å samle grupper av begreper som synes å omfatte de samme fenomener, og analyseprosessen ble videre preget av å stille spørsmål til de tekstene og utdragene jeg hadde, og slik lete etter og finne mønster i det datamaterialet. Hensikten var å finne kjerne kategorier som er forskningens hovedtema, og andre kategorier som gjerne var preget av min teoribakgrunn og tidligere forskning. Jeg samlet det som var likt og merket meg det som var ulikt. Lete etter felles eller atskilte opplevelser, hendelser og fenomener (Malterud, 2009:103).

Det ble også foretatt en sammenligning av data, både mellom kommunene, mellom tjenestene og mellom informantene. Fokus har vært å oppdage holdninger, erfaringer og situasjoner som kunne komme frem i historiene som ble fortalt. Analysen har vært preget av en temasentrert tilnærming, men for å beholde innholdet i historiene som informantene fortalte om familiene, har analysen også hatt en personsentrert tilnærming (Malterud, 2009:131, 153).

Det ble også gjort en sammenligning av kommunenes nettsider, med fokus på likeverdige tjenester og tilgjengelighet. Analyseprosessen har foregått over lang tid, og tidvis også mens nye data har blitt innhentet, og slik har jeg gått frem og tilbake mellom ulike datamaterialer, teori og forskning på feltet

#### **4.5 Etiske hensyn og overveielser**

Det er ikke uproblematisk å skulle stille spørsmål om hvordan man utfører egen praksis. Det kan av noen oppfattes som et kontrollerende kritisk blikk på hvordan man løser sine oppgaver. I kommune A mente de selv å ikke ha et erfaringsgrunnlag som gjorde at de kunne svare på min problemstilling. Det var derfor en fare for at mine spørsmål kunne forstås som kritikk av praksis, og at jeg dermed synliggjorde mangler ved arbeidet fagpersoner i kommunen gjorde.

Andre forskere som har måttet påpeke mangler ved praksisfeltet har fått råd om å fokusere på det som fungerer, men dette synes å svekke selve forskningens mål, å forbedre praksis. Dette



blir kun mulig om både det som fungerer og det som ikke fungerer får plass i en undersøkelse (Aadnesen, 2012:133). Man forpliktet seg som forsker til å gjøre en selvstendig tolkning av informasjonen og det datamateriale man har, selv om konklusjonen ikke vil deles av deltagerne i undersøkelsen (Aadnesen, 2012:134). Også Thagaard (2006:170) mener tolkning av data kan innebære etiske dilemmaer når forskerens perspektiv er forskjellig fra informantenes forståelse av situasjonen. Forskeren vil nødvendigvis ha et annet perspektiv enn informanten, og en utenforståendes perspektiv kan oppfattes som fremmedgjørende og bli avvist av informanten. Mitt perspektiv var annerledes enn mine informanters perspektiv fordi jeg i tillegg tolket det som ble fortalt fra et annet teoretisk og faglig ståsted. Jeg hadde også i noen grad muligheten til å vurdere utsagn mot tidligere forskning.

I intervjuene var jeg bevisst på hvordan jeg startet samtalen, det er viktig å få en god begynnelse, om kommunikasjonen mellom forsker og informant skal bli givende. Ofte for å komme i gang med intervjuets tema spurte jeg ”hvordan jobber du med disse familiene” eller ”hvordan jobber du med disse sakene”. Ofte brukte jeg åpne spørsmål som oppfordret til å fortelle utdypende. Jeg valgte bevisst å bruke ordet ”hvordan” og ikke ”hvorfor”, fordi det var viktig at intervjuet skulle ha en anerkjennende holdning (Kvale, 2004, Aadnesen, 2012:112).

All tolkning av andre menneskers handlinger og språklige ytringer gir mulighet for flere gyldige og alternative forståelser. Det er viktig å være kritisk til egne tolkninger og forståelsesrammer, og prøve å vurdere hvordan disse er påvirket av egen forforståelse (Thagaard, 2006).

Mine tolkninger av situasjonen eller det jeg fant i mitt datamateriale, var i tillegg til egen praksisbakgrunn også påvirket av tolkning fra ulike teoretiske referanserammer. Den forskning jeg kjente som hadde et minoritetsperspektiv, og min forståelse av hva funksjonshemming kan være, preget naturlig nok min tolkning av dataene i undersøkelsen. En kvalifisert fortolkning kan gjøres når empiriske data ses i lys av studiens teoretiske referanseramme, men forskerens forforståelse vil alltid påvirke (Thagaard, 2006).

Alle informanter var ansatt i kommunene undersøkelsen ble gjort i, og de uttalte seg som saksbehandlere eller fagpersoner med ulikt ansvarsområde. Dette utløste ikke behov for godkjenning fra eksempelvis REK eller NSD. Likevel tok jeg hensyn til kravet om

konfidensialitet som innebærer at informantene skal anonymiseres, og ikke være gjenkjennbare (NESH, 2006). Begge kommunene er små, og kan av den grunn være ”gjennomsiktige”. Og med tanke på den ”doble annerledesheten” familiene som jeg spurte om hadde, fryktet jeg en indirekte gjenkjennbarhet som kunne avsløre hvem barna og familiene var. Det syntes derfor nødvendig å anonymisere både kommunene undersøkelsen var gjort i, og historiene informantene fortalte.

I arbeidet med å skaffe et overblikk over kommunens arbeid, leste jeg en rekke plandokumenter, og rapporter som var skrevet i begge kommuner. Grunnet anonymiseringen kan ikke disse refereres til direkte, og i teksten er de referert til som plandokument, rapport eller lignende. I referanselisten blir de kalt ulike anonymiserte dokumenter. Alle notater og datafiler ble makulert ved prosjektets slutt.

## **4.6 Prosjektets reliabilitet og validitet og overførbarhet**

Det er naturlig at all forskning er underlagt krav til hvordan de resultater man hevder å ha funnet ble innhentet. Også kvalitativ forskning er underlagt kvalitetskrav. Er de funn man presenterer pålitelige? I kvantitativ forskning brukes begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet for å verifisere de krav man normalt vil måle arbeidet opp mot. Men de kan også brukes mer generelt. Stadig oftere ser en at begrepene er erstattet med troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet (Thagaard, 2006:169, Kvale, 2004).

### **4.6.1 Reliabilitet eller troverdighet**

Reliabilitet sier noe om det forskningsarbeidet man har gjort er utført på en pålitelig og troverdig måte (Thagaard, 2006:169). Et spørsmål som gjerne stilles er om det er mulig for andre å reprodusere den forskningen man har utført (Kvale 2004:250) En identisk reproduksjon av data vil være vanskelig. En intervjusituasjon er et unikt møte mellom intervjuer og informant. Og det er lite tenkelig at en annen forsker vil få de eksakt samme resultatene. Troverdigheten styrkes ved at forskeren gjør rede for hvordan dataene er innhentet. Og det skal skilles mellom den informasjonen som kommer fra informantene og de

egne vurderinger i forhold til dataene. Men å kunne vise til samme tendenser og funn i andre undersøkelser vil kunne underbygge prosjektets reliabilitet (Thagaard, 2006:170).

Mange av mine intervjuer ble gjort uten båndopptaker, og det kan tenkes at noe av informasjonen forsvant enten under eller rett etter intervjuet. Og at da jeg gjorde mine notater under og også rett etter intervjuene, valgte å vektlegge noe annet enn hva jeg ville ha vektlagt ved senere gjennomgang av et lydbåndopptak. Samtidig kan den uanstrengte samtaleformen jeg valgte å utføre mine intervjuer under, ha påvirket at dialogen fløt friere, og at dette påvirket informantens valg av tema eller innfallsvinkel, noe som kunne vært annerledes om vi begge var bevisst et opptak?

Slik gjorde jeg meg en erfaring under intervjuet med en lærer fra innføringsklassen, det ble i prinsippet to intervju, et med båndopptakeren gående, og et etter at den var slått av. Det var da de spennende refleksjonene kom, ”jeg har en kongstanke” sa han og kom med tanker om hvordan få flere minoritetsforeldre til å delta på foreldremøtene. Da sto jeg med kåpa i hånden, og både opptaker og notatblokk lå i veska. Kan det være at noen av informantene følte seg friere uten opptaker, og at også jeg som intervjuer var friere i mine ”tilleggsspørsmål?” Både Kvale (2004) og Thagaard (2006) er begge opptatt av hvordan intervjueren bruker seg selv som et redskap i innhentning av kunnskap. Verken samspillet eller situasjonen som oppstår vil være mulig for andre å gjenskape.

#### **4.6.2 Validitet eller bekreftbarhet**

Validitet handler om gyldighet. Om man med sin undersøkelse har klart å svare på de forskningsspørsmål man hadde i begynnelsen av prosjektet, og om man har målt det undersøkelsen var ment å skulle måle. Det er nødvendig å reflektere over om de fortolkninger forskeren har gjort er relevante, og gir et korrekt bilde av virkeligheten (Thagaard, 2006:170). Jeg kjente mange av de ansatte i kommune A, siden jeg var ansatt som programrådgiver der ved starten av prosjektet mitt. Det medførte at jeg tidligere hadde samarbeidet med de to informantene som jeg intervjuet, og jeg hadde også tidligere møtt mange av de som var tilstede på Fagforumet. Men mitt arbeid som programrådgiver innbefattet ikke arbeid med, eller gav meg noen innflytelse på arbeidet som ble gjort med eventuelle minoritetsbarn med

funksjonsnedsettelse. Det min stilling gav meg noe innsikt i var organisering, tverrfaglig samarbeid og informasjonsflyt. Jeg hadde også delvis innblikk i hvordan integreringstilskuddene ble brukt, siden disse tilskuddene ble utbetalt til kommunens flyktningkontor.

Særlig i starten, men også gjennom hele prosjektet ble samtaler med min veileder viktig for å bevare validiteten i min undersøkelse. Dette for å unngå rollesammenblandinger som kunne ødelegge for kvaliteten på dataene som ble samlet inn, men det ble også ganske tidlig klart at kommune A selv mente at de ikke hadde minoritetsbarn med funksjonsnedsettelse bosatt, og det ble nødvendig å gjøre en vurdering om det var hensiktsmessig å skulle fortsette undersøkelsen her. Mange små kommuner bosetter flyktninger, og det vil variere i hvilken grad den enkelte kommune har kompetanse på områder som kan oppfattes som spesialiserte. Det ble derfor likevel interessant å undersøke hvilke vurderinger fagpersoner og saksbehandlere gjorde seg i forhold til en brukergruppe de i utgangspunktet ikke mente de hadde.

På tidspunkt for intervju og senere tolkning av mine data, var jeg ansatt i en annen stilling i en nærliggende kommune, som gav avstand til innsamlet datamateriale. Det ble lettere å se situasjonen utenfra og i større grad anvende og støtte meg til aktuell teori og forskning i både analyse og tolkning (Gilje & Grimmen, 2007).

#### **4.6.3 Overførbarhet eller generaliserbarhet**

Alle historier fra praksis er i utgangspunktet en tolkning, en tolkning fra den som forteller, og en tolkning av meg som lytter til disse historiene (Burr, 1995, ). Å skulle generalisere mine funn til en annen kommune eller en annen undersøkelse var ikke hensikten med dette prosjektet. Men undersøkelsen gir grunn til å spørre hvordan andre små kommuner ivaretar sine oppgaver i forhold til minoritetsbarn med funksjonsnedsettelse.

## 5 Empirikapittel

Dette kapittelet er oppbygd med utgangspunkt i noen av historiene som ble fortalt under intervjuene i de to kommunene. Historiene er gjenfortalt slik jeg husker og forsto dem, og er valgt fordi alle inneholder elementer og fenomener som gir innsikt i hva arbeidet med minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn innebærer. I tillegg til historiene har jeg brukt sitater og utsagn fra ulike fagpersoner og tjenesteytere som enten har blitt intervjuet, eller uttalelser fra Fagforumet, og noe har blitt uttalt og fortalt i kortere samtaler underveis i prosjektet.

For å svare på min problemstilling ble det nødvendig med en tilnærming som var noe bredere enn kun å spørre om funksjonshemmede barn med minoritetsbakgrunn. Ting er vevd sammen, og for å forstå hvordan kommunene organiserte sitt tjenestetilbud, var det nødvendig å nærme seg temaene med utgangspunkt i hvordan hver enkelt tjeneste jobbet. En slik tilnærming var også nødvendig for å få tak i kommunenes tanker om likeverdige tjenester. I kommune A mente de selv at de ikke hadde noen erfaring med minoritetsbarn med funksjonsnedsettelse, og her ble det særlig viktig å fokusere på hvordan de ulike tjenestene arbeidet generelt.

### 5.1 Synlige og usynlige funksjonsnedsettelse

*«Minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn er det få av i denne kommunen»* var en reaksjon jeg ofte fikk da jeg startet undersøkelsen i kommune A. Og dette var nok den forståelsen og den oppfatningen de fleste hadde. De kjente til og nevnte den gutten som historien nedenfor forteller om, men ellers var dette et smalt og eksotisk valg av tema for en masteroppgave ble det ment.

Da jeg intervjuet en helsesøster på helsestasjonen i kommune A, startet vi intervjuet med at hun leste prosjektbeskrivelsen, og vi snakket om ulike funksjonshemminger. Jeg fortalte at jeg også innbefattet mulighetene for å oppdage og kartlegge skjulte funksjonshemminger, som autismespekterforstyrrelser, ADHD, generelle lærevansker og atferdsvansker av ulike slag.

*Helsesøster fortalte at hun tenkte mest på synlige funksjonshemminger, for det hadde hun erfaringer med. Hun var koordinator i ansvarsgruppen for en multifunksjonshemmet gutt som*

*hadde kommet til kommunen med en avklart diagnose. Det hadde likevel tatt to år før alle tjenestene var på plass, selv om gutten hadde vært ferdig utredet. Hun mente dette var fordi de var innflyttere til kommunen, og at foreldrene var arbeidsinnvandrere. Språket var en hindring for mye av arbeidet som skulle gjøres rundt gutten, og hadde preget arbeidet både i ansvarsgruppen, og i utarbeidelsen av individuell plan. Kommunikasjonen med foreldrene foregikk gjennom far, som leste og forsto, men han snakket dårlig norsk. Det nyttet derfor ikke å ringe, så de kommuniserte med far gjennom meldinger og et elektronisk IP- program*

Hun hadde gjort seg betraktninger om hvor lang tid det hadde tatt, og konkludert med at det ville gått raskere å få tjenestene på plass om de ikke hadde vært innflyttere. Selv med en ferdig utredet diagnose hadde tiden gått. For henne handlet dette om språkvansker, og innflytterstatus. Det er vanskelig å være pådriver for sin egen sak når man ikke får kommunisert de behov man har. Denne gutten hadde behov for ulik tilrettelegging på skolen, både ved at tilgjengeligheten måtte økes og det var behov for assistenter. Familien fikk også etter hvert tilbud om avlastning og organisering av transport.

### **5.1.1 Er det noe mer?**

En rullestol eller andre fysiske hjelpemiddel er vanskelig å overse, og når man trenger å tilrettelegge miljøet for å oppnå tilgjengelighet, er det umulig for omgivelsene å ikke observere hva dette handler om. Å skulle knytte diffuse vansker til en funksjonsnedsettelse eller en funksjonshemming krever en annen tilnærming, og kanskje en annen kunnskap.

Helsesøster tenkte det var vanskelig å oppdage hva som var hva, når man snakket om minoritetsbarn og skjulte funksjonshemminger. Hun fortalte om en henvendelse hun nettopp hadde fått fra en lærer i innføringsklassen angående en gutt. De lurte på om det her kunne være noe mer. Språket til gutten var dårlig, og han hadde en utagerende atferd. Samtidig som de tenkte at det var noe mer, stilte de seg spørsmålet om det kanskje var naturlig å være frustrert etter å ha flyttet til et annet land?

Den samme undringen, om det kunne være noe mer, uttrykte også rektor på barneskolen i kommune A da han ble intervjuet. Han mente de hadde minoritetsbarn der det nok var noe

mer enn bare migrasjonen som var årsak til vanskene. Han fortalte om en somalisk familie med tre skolebarn som kom med liten eller ingen skolebakgrunn. Særlig et barn hadde hatt vansker, men de hadde nok tenkt at dette kun handlet om bakgrunn, at de var analfabeter. Helt til de på et senere tidspunkt hadde tatt imot en annen familie og kunne sammenligne. Da så de at det nok hadde vært noe mer. Situasjonen videre for dette barnet ble av rektor beskrevet slik:

*«At det har gått seg til nå».*

Rektor fortalte at skolen opplevde at PPT ikke kunne tilby hjelp i slike situasjoner. De manglet testverktøy som kunne fange opp om det var lærevansker eller utviklingsvansker. PPT mente vanskene var knyttet til utfordringene barna hadde i forbindelse med migrasjonen. Eventuelle lærevansker kunne først fanges opp etter to år når språket var begynt å komme på plass.

Ved at PPT forklarte vanskene hos barna til å være knyttet til migrasjonen, kan det synes som om det ble det skapt en normalitetsforestilling som utelukket funksjonsnedsettelse som årsak. Og denne forestillingen ble nedfelt i praksis, og sammen med et håp om at ting skulle gå seg til, skapte det en barriere mot å få adekvat hjelp. Om tjenestetilbudet ikke tar høyde for at minoritetsbarn med funksjonsnedsettelse finnes i kommunen, vil man tilrettelegge tjenestene som om disse barna ikke eksisterer. Det blir som om å oppføre en offentlig bygning uten tanke for at det finnes mennesker med behov for rullestol. Det bygges ikke rullestolramper eller heiser, og slik blir rullestolbrukeren og rullestolbrukerens behov usynliggjort (Tøssebro, 2010:59).

Kommunenes forestilling om hvem de bosetter kan på samme måte få konsekvenser, for hva er normalforestillingen av hvem vi bosetter? Kanskje forestillingen ikke innbefattet en familie som kan ha behov for tilrettelegging i forhold til funksjonsnedsettelse. Og om disse funksjonsnedsettelsene i tillegg er usynlige, vil det i særlig grad kreve bevissthet for at disse skal oppdages.

### 5.1.2 Tidlig diagnostisering av autisme og lettere grad av utviklingshemming

Det man vet er at både diagnostisering av barn med eksempelvis autisme og lett grad av utviklingshemming kan være vanskelig. Det tar tid å finne rett diagnose, og noen får diagnosen først i skolealder (Grøsvik, 2008:19, 30). Grøsvik (2008:19) poengterer at selv om alle barn i Norge får oppfølging fra helsestasjonene, og det finnes screeningprogram som skal gjøre tidlig diagnostisering mulig, er det ikke et felles system for dette. Det gir en økt grad av tilfeldighet i hvor tidlig utviklingsavvik kan oppdages. Så for noen barn med lett utviklingshemming oppdages ikke vanskene før de møter økte krav både i skolen og sosialt i forhold til andre barn (Grøsvik, 2008).

Autisme diagnostiseres på grunnlag av tilstedeværelse eller fravær av en bestemt type atferd. Vanskene består blant annet i avvik i sosial utvikling og vansker i forhold til både språklig- og ikke-språklig kommunikasjon. Også barn med autisme kan få sin diagnose sent. En konsekvens av dette er at de i tillegg har utviklet psykiske tilleggslidelser, som igjen vil vanskeliggjøre diagnostiseringen. Tidlig diagnostisering er særlig viktig siden vanskene gjelder sosial samhandling, og at mange av vanskene kan forebygges og tilrettelegges for. Bekymring fra foreldre og primærhelsetjenesten synes å være en viktig faktor for å fange opp mulige autismspekterforstyrrelser (Grøsvik, 2008:51).

Grøsvik (2008:31) sier at når foreldre bekymrer seg for sine barns utvikling skal man ta det på alvor. Hun henviser til forskning som viser at når foreldre uroer seg for utvikling av språk og finmotorikk hos små barn, er de ganske treffsikre. Forholdet mellom stor grad av foreldrebekymring og senere påviste vansker, har en treffprosent på opptil 70 %. Å ha en lav terskel for å henvise videre til utredning om foreldrene er bekymret, vil i stor grad være avhengig av god kommunikasjon mellom tjenesteapparatet og foreldrene. Minoritetsforeldre må gis samme mulighet til å kommunisere sin bekymring, noe god tolkebruk og tillit mellom tjenesteapparat og foreldre vil kunne sikre.

Barn med fluktbakgrunn kan ha noen særskilte behov i forhold til helsetjenestene. Dette blir tydeliggjort i Barneombudets rapport, *Helse på barns premisser* (2013). Barneombudet fant



til dels store mangler i enkelte kommuners tjenester for blant annet barn med fluktbakgrunn, og barn som bor i asylmottak. Det er mangel på oversikt over hvordan disse barna blir ivaretatt etter at de er bosatt, men forskning viser at mennesker med fluktbakgrunn er i en risikosituasjon og kan trenge ekstra oppfølging (Barneombudet, 2013:38). Barneombudet (2013:39) påpeker at barn som har fått en oppholdstillatelse og er bosatt i en kommune har rett til helsehjelp på linje med andre barn.

Det anbefales kommunene å styrke skolehelsetjenesten og ha et lavterskel helsetilbud innen psykisk helse. Barneombudet fant også en svakhet i samarbeidet mellom kommunene og Spesialisthelsetjenesten, der enkelte ansatte var usikker på når de burde henvise videre. Dette hadde noen ganger den effekt at kommunene selv håndterte oppgaver som burde være utført av spesialisthelsetjenesten. Dette er svært uheldig, og fratrukker den enkelte kvalitet på det tilbudet de trenger (Barneombudet, 2013:43). Barneombudet fastholdt at kommuner som ikke ivaretar disse behovene, har mangelfulle tjenester.

## **5.2 Traumatiserte barn**

Ubehandlete traumer kan ha en utviklingshemmende effekt, og kan forveksles med både lære- og atferdsvansker. Kommune A og B hadde ulike erfaringer med traumatiserte barn, og hvordan de håndterte dette. Spørsmål om traumatiserte barn var i utgangspunktet ikke et fokus for undersøkelsen. Men historien nedenfor som ble fortalt av saksbehandler fra PPT i kommune B, og den måten hun forsto den til å være viktig for min undersøkelse, åpnet opp for nye spørsmål. Historien inneholder mange elementer av hva det vil innebære å oppdage og tilrettelegge for et traumatisert barn. Og den inneholder også gode eksempler på kultursensitiv kommunikasjon mellom foreldre med en helt annen bakgrunn, og deres forståelsesrammer og tjenesteapparatet.

### **5.2.1 Kommune B**

*Saksbehandler fra PPT fortalte om en somalisk gutt på 3 år som var født på flukt, og som ved tilvenning i barnehagen ikke klarte å tilpasse seg, barnet bare skrek og viste stor engstelse. Både foreldrene og barnehagen var fortvilt og trengte hjelp i denne situasjonen. Det ble*

*konkludert med at gutten var traumatisert. Foreldrene hadde tenkt at han hadde vært så liten, at han kunne umulig ha fått med seg alt som hadde skjedd på flukten. Faren mente også han var redd fordi han aldri hadde møtt så mange hvite folk som her. «Alle er jo hvite, og dere har et helt annet kroppsspråk» hadde far sagt. Foreldrene ønsket at gutten skulle gå i barnehagen, og derfor ville de tilrettelegge for at det skulle være mulig.*

Det ble fra PPT`s side etablert en tverrfaglig ansvarsgruppe bestående av styrer fra barnehagen, helsesøster og representanter for barnevern og psykiatri. Det ble laget et opplegg rundt gutten som gav en gradvis tilvenning i barnehagen, med foreldrene mye til stede. Det var derfor viktig at det i arbeidet med denne familien ble brukt mye tolk. Saksbehandler opplevde derfor foreldre som hadde god innsikt i barnet sitt. Det ble også fanget opp behov foreldrene hadde blant annet i forhold til visualisering av beskjeder i den daglige kommunikasjonen med barnehagen. Far hadde uttrykt behovet for å forstå og gjøre seg forstått i de daglige møtene med barnehagen slik:

*«Hvordan skal jeg formidle til barnehagen at han hadde feber i går, og har sovet dårlig?»*

Far hadde også her en forklaring på sønnens engstelse, som kunne oppleves som annerledes enn hvordan fagpersoner generelt ville årsaks forklart et oppstått traume. Vår faglige forståelse vil nok i større grad samsvare med diagnosemanualen DSMIV ( American Psychiatric Association, 1994). Der defineres et traume som «*en situasjon der en person opplever, er vitne til eller blir konfrontert med en eller flere hendelser som innebærer faktisk, eller trussel om, død eller alvorlig skade, eller trussel om fysisk skade mot seg selv eller andre*». Det kan være utfordrende når det vi oppfatter som vår vitenskaplige gjennomtenkte forståelse settes til side i møte med andre forklaringsmodeller. Kittelsaa (2012:119) fant noen oppfatninger hos lærere som tydet på at de mente foreldrene ikke forsto sine barns diagnoser. Men ingenting i historien til denne saksbehandleren tyder på at dette ble problematisert eller skapte en barriere for videre samarbeid.

Å gjøre en faglig god jobb for et traumatisert barn krever ressurser. Det krever samhandling både i tilretteleggingen og i gjennomføringen av tiltakene. Fagkunnskaper, tid og økonomiske midler må finnes i tjenestene for å gi et godt nok tilbud. Dette syntes å være til stede i kommune B.

## 5.2.2 Kommune A

Bekymring om mulig traumatisering hos flyktningbarn var tilstede i kommune A. Det ble av informanter uttrykt bekymring for manglende informasjon om bakgrunnen til barna og familiene deres når de kom til kommunen. Man visste lite om hva de hadde opplevd og vært utsatt for. Barnehagen fortalte at de delte ut et skjema til foreldrene når barnet begynte i barnehagen, her skulle relevant informasjon om barnet skulle fylles ut, men disse skjemaene var kun på norsk. På dette tidspunkt ved bosetting i kommunen, hadde de fleste foreldrene ingen eller svært mangelfulle norskkunnskaper, det var derfor usannsynlig at et skjema på norsk kunne fange opp mulige trauma eller traumatiske hendelser. Det er også lite sannsynlig at noen vil fortelle om krenkende og traumatiserende hendelser de og barna hadde opplevd i en kartleggingssamtale ved oppstart i barnehagen.

På Fagforumet fortalte psykiatrisk sykepleier i kommunen at de så en del traumatisering hos foreldrene, noe som for dem sannsynliggjorde at barna kunne være utsatt for de samme hendelsene. I intervju fortalte rektor på barneskolen at det ikke ble snakket om traumatisering i forbindelse med de problemene enkelte barn hadde. Det hadde tidligere vært noe fokus på temaet, særlig da flyktningene begynte å komme til kommunen, men ikke nå. I samtale med teamleder for PPT ble noe av det samme bekreftet, traumatiserte barn hadde aldri vært et eget tema i kommunen, dette selv om de viste at andre (sentralt) hadde dette som fokus.

Helsestasjonen var mye inne i den tidlige bosettingsfasen, og gjorde kartlegginger av helse, tuberkulosestatus og gjennomførte eller fullførte vaksinasjonsprogram. Helsesøster fortalte derfor at hun opplevde å komme tett på familiene i denne perioden rett etter mottak, og fortalte at i mottakssamtalen spurte helsesøstrene om flukten, og om barnet hadde vært utsatt for hendelser og eventuelle traumer. Helsesøster sa det var noe ulikt hva de ville fortelle.

Det kan være behov for en annen kartleggingsmetodikk for å avdekke traumatisering. Det er også sannsynlig at traumatiseringen ikke oppdages på helsestasjonen eller i en kartleggingssamtale. Det er mer sannsynlig at symptomer på traumatisering vil synes i barnets daglige miljø, og i fungeringen i barnehage eller skole. Det er derfor behov for en bevissthet og økt kunnskap om traumatisering på tvers av tjenestene.

Faren er som tidligere forskning viser at mangel på kunnskap kan gi tjenesteapparatet forenklete forestillinger om minoriteter og funksjonshemming. Forenklingen kan gjøre at man ikke ser de spesielle utfordringene, eller bare ser det som er ulikt. Som resultat kan det være at hjelpebehov bli oversett og tilleggs behov bli undervurdert. Enten ser man kun funksjonshemmingen eller man ser kun minoritetsbakgrunnen (Berg, 2014:182).

### **5.3 En praksis som var til beste for barna, og som tar familiene på alvor**

Det var hensiktsmessig for meg å undersøke i hvilken grad de rutiner eller de praksiser kommunene hadde var til beste for barna. Og i hvilken grad ble de utfordringer familiene hadde i møte med en ny hverdag hørt og forstått.

#### **5.3.1 Tilvenning i barnehagen**

Ved bosetting i kommunene er det et mål at flyktninger skal starte i Introduksjonsprogrammet innen 3 måneder. Dette forutsetter at kommunene har disponible barnehageplasser til de barna som skal bosettes. IMDI utbetaler et engangsbeløp til kommunene for å kunne ha nok barnehageplasser som er tilpasset denne gruppen barn. I kommune A var det et mål at foreldrene skulle komme i gang med sitt introduksjonsprogram, og dermed sitt integreringsløp så raskt som mulig etter bosetting. Og praktiserte derfor en rask oppstart i barnehagen for barna (Vedlegg 1.).

På Fagforumet reiste barnehagene i kommune A spørsmål ved den praksis at barna skulle ha en like rask oppstart i barnehagen som norske barn. Styrer i en av barnehagene uttrykte det noe oppgitt slik:

*«Kommer, og neste uke skal de begynne, og dette er kjempeutfordrende for barna».*

Det var satt av kun noen få dager med tilvenning sammen med foreldrene, så var det hverdag. På oppstartstidspunkt mente barnehagen at de ikke visste noen ting om barna, de hadde ikke oversikt over helse, eksempelvis tuberkulosestatus og kunnskap om nødvendige vaksiner. Både klær og klima var vanskelig i begynnelsen, og barnehagen mente det var behov for å

skape gode overganger for barna. Styrer opplevde at slik overgangen til barnehagehverdagen var nå, var den svært utfordrende for barna, og de var i tvil om de nåværende rutinene var til det beste for dem.

Det kan synes som foreldrenes behov, uttrykt gjennom flyktningetjenesten, og deres målsetningen om en rask integrering, kom i konflikt med barnas behov for en tilvenning som tok hensyn til deres utfordringer i en ny hverdag. Likeverdige tjenester tar hensyn til at mennesker er forskjellig og har ulike behov (LDO,2011). Dette kan stå som et eksempel på at å overføre regler brukt på norske barn, for minoritetsbarna kan bli feil. Like tjenester er ikke nødvendigvis likeverdige, og like gode tjenester for den det gjelder, tilpasninger er nødvendig.

Flere av tjenestene i kommune A uttrykte behov for å endre praksis for minoritetsbarna. Også skolen opplevde at de ikke hadde en praksis som stemte med det som var det beste for elevene. Rektor henviste i intervju til forskning som fortalte at det tok mellom fire og åtte år å lære et språk godt nok. Tilbudet de gav med norskundervisning i en innføringsklasse ett til to år etter ankomst mente han ikke dekket behovet. Han mente at også etter at elevene var tilbake i ordinære klasser befant de seg i en «gråson» og ville ha behov for mer norsk.

En psykiatrisk sykepleier som uttalte seg på vegne av psykisk helsetjeneste i kommune A, fortalte at de i sitt arbeid som oftest møtte minoritetsforeldrene og noen av ungdommer. Deres erfaring var at mange av foreldrene var plaget av angst, depresjoner og en del traumer. Og hun uttrykte hvordan foreldrene hun møtte hadde mange bekymringer for barna sine ved å si:

*«Foreldrene har de samme forventningene til at ungene skal ha det bra som norske foreldre har»*

Hun mente det var litt igjen å gå før disse barn ble godt nok ivaretatt, og at det også kan synes som hun mente det var en forskjell i tjenestene som ble gitt minoritetsbarna kontra majoritetsbarna.

## **5.4 Å legge lista lavere**

Denne historien ble fortalt av saksbehandler fra PPT i kommune B. Jeg har valgt å ta den med for å belyse hvordan fagpersoner i møte med et barn og en familie gjør mange valg om hvordan ulike problemstillinger skal løses. Den forteller også om de refleksjonene vi gjør oss i forhold til det lovverk vi bruker som rammer for vårt arbeid, og den forteller også noe om portåpnere og portvoktere.

*Saksbehandler fra PPT fortalte om en henvisning hun hadde fått fra en lege angående ei jente som bodde på asylmottaket. Legen mente det kunne være behov for tilrettelegging i forhold til pedagogikk, og ikke helse. Jenta som var 2,5 år gammel hadde ikke språk, og var sen i utviklingen. Saksbehandler fortalte om et mottakssystemet der det var en grense på fire år før det kunne tilbys barnehageplass til barn som bor i mottak. Det ville først da være mulig å sette i gang tiltak i forhold til språk i barnehagen. Saksbehandler vurderte likevel at det var nå jenta trengte mulighet til å lære språk, for å forstå og bli forstått, noe som bare kunne gis i barnehagen.*

*Hun søkte etter sin utredning fylkesmannen om lov til å få gjøre et unntak, og gi jenta et tilbud, og hadde i sin søknad henvist til barnehageloven §8, om at alle barn har rett til en barnehageplass. Hvor skal dette gis for et barn som bor i asylmottak?*

*Søknaden hadde fått avslag fra Fylkesmannen. Hun hadde likevel brukt sin sakkyndige vurdering som konkludere med at jenta trengte språkhjelp, og at dette måtte skje sammen med andre barn. Kommunen hadde til slutt gitt et tilbud om opphold i åpen barnehage to timer pr dag sammen med mor.*

Saksbehandleren uttrykte at hun ikke forsto det norske mottakssystemet. Å ikke kunne tilby barnehageplass til barn som bodde i asylmottak før fylte 4 år var uhensiktsmessig, skal man lære språk må man begynne mye før. I arbeidet med å tilrettelegge for denne jenta hadde saksbehandler møtt ulike reaksjoner fra andre i kommunen. At det var bra hun engasjerte seg, og brukte tid på barnet, særlig siden man ikke var sikker på om hun skulle bli eller ikke. En innvending hun hadde møtt var at jenta kunne bli sendt ut i morgen.

En slik tanke var fjern for saksbehandler, og hun tilrettela for jenta som om hun skulle bli til hun blir gammel. Denne saksbehandleren strakk regelverket for å kunne gi et tilbud med

utgangspunkt i barnets behov, noe som gjorde at det kunne tilbys barnet språktrening sammen med andre barn. Dette er et godt eksempel på både en portåpnerfunksjon og en meglerrolle i forhold til kommunen (Tøssebro, 2014). Saksbehandler kunne lett slått seg til ro med at her kunne ikke kommunen tilby noe, og brukt samme begrunnelse som Fylkesmannen gav i sitt avslag.

I rapporten *Dobbelt sårbar – funksjonshemmede barn og unge i asylmottak*, finner Berg og Kittelsaa (2012:80) eksempler på at hjelpeapparatet kan være tilbakeholden når det gjelder igangsetting av både utredninger, behandlinger og tiltak for barn som bor i asylmottak. Dette med den argumentasjon at man vet ikke hvor lenge familiene skal blir. Noen kan mene at en slik igangsetting er uetisk fordi man ikke vet om man får fullført opplegget, siden barnet mangler oppholdstillatelse. Andre igjen vil hevde at barn noen ganger blir svært lenge i asylmottak, og å skulle holde tilbake nødvendig helsehjelp og tiltak også er etisk uforsvarlig. Man vet at selv etter at opphold er gitt, er det mange familier som må vente lenge på bosettingskommune fordi mange kommuner vegrer seg mot å bosette flyktninger med omfattende hjelpebehov (Berg & Kittelsaa, 2012:80).

I kommune A hadde PPT en opplevelse av å få henvendelser de ikke skulle hatt. Saksbehandlerne her mente at de vanskene barna hadde ikke var lære- og utviklingsvansker. Dette var vansker med rot i migrasjonen, og derfor ikke henvisningsgrunn til dem. På fagforumet fortalte PPT at de sentrale føringene var klare, at etter opplæringsloven §5-1, kan alle melde fra om læring og utvikling som ikke var som forventet. PPT skal da kartlegge vanskene og ha en veilederrolle i forhold til foreldre og skole/barnehage. Likevel hadde PPT et spørsmål om hvor realistisk det var for dem å skulle følge de sentrale føringene når det gjaldt minoritetsbarna. Og de mente forventninger fra de andre tjenestene om at de skulle sette inn tiltak var noe de ikke kunne møte. Det manglet testverktøy som kunne brukes til kartlegging av lære- og utviklingsvansker hos minoritetsspråklige barn. Dette ble uttrykt sammen med en erkjennelse av at de kunne for lite om dette, og var eksempelvis usikker på hva de skulle tilby analfabeter. Tjenestene burde bli enig om hvor denne lista skulle ligge, mente PPT, og sa samtidig at

*«Vi kan ikke ta utgangspunkt i norske barn.»*

Det er forståelig at det kan oppleves en rådvillhet når man møter ukjente problemstillinger i forhold til nye brukergrupper, men å senke faglige krav til innhold i tjenestene som tilbys bryter med flere prinsipper i idealet om likeverdige tjenester. Tilpasninger må gjøres, men konklusjonen kan ikke være at vi skal kutte i tjenestene.

Denne tanken om at lista burde ligge et annet sted for minoritetsbarn, finnes også i en historie kommunens flyktningkonsulent fortalte på Fagforumet. Selve historien hører nok noen år tilbake i tid, men bærer med seg noen perspektiver og holdninger. Hun fortalte om en nyankommet tamilsk gutt som var blitt bosatt i kommunen sammen med sin familie. Lærerne var bekymret for hvilket utbytte han hadde av undervisningen. Hennes respons hadde vært at her i Norge og i klasserommet hadde han det lyst og varmt. Dette som en kontrast til hvor han kom fra. På respons på andre tjenesters bekymring om mulig traumatisering hos voksne og barn, mente flyktningkonsulent den viktigste var å fokusere på det som lå foran, ikke bak.

Kommune A og kommune B's resonnementet er helt forskjellig her. Der kommune A ønsker å gjøre kutt i de rettigheter minoritetsbarna har etter opplæringsloven, forsøker kommune B å påvirke sentrale myndigheter for å gi tilbud som barnet har behov for, men som ikke er hjemlet i loven. Sant nok er det for noen stor kontrast i velferd og standard på eksempelvis offentlige institusjoner for mange som kommer hit som flyktninger. Men en oppholdstillatelse gir samme rettigheter til bosatte barn som det norske barn har, og det kan ikke forsvares at kvaliteten eller målsettingene senkes. Det kan heller ikke være riktig at man fratras rett til behandling for sine traumer fordi tjenesteapparatet ønsker at fokus skal ligge på veien som ligger foran.

#### **5.4.1 Grunnholdninger i organisasjonen**

Hvordan kan denne forskjellen i refleksjon rundt hvordan lovverket forstås, og hvordan disse tolkningene være så forskjellig fra en kommune til en annen? Den engelske antropologen Mary Douglas (1986) skrev boken «*How Institutions Think*», og argumenterer her for at organisasjoner eller institusjoner kan inneha «tenkende» egenskaper. Og slik være bærere av holdninger som kan påvirke beslutninger og kvaliteten på tjenestene. Slik kan dette forklare hvorfor noen kommuner har ulik tilnærming til de samme tjenestemottakerne.



Kan denne forskjellen i refleksjon rundt hvordan lovverket skal benyttes og forstås være ulike holdninger som finnes i organisasjonen? Hvordan kan disse forskjellene forstås og forklares? Aadnesen (2012) brukte uttrykket grunnholdning og mente i sin undersøkelse å finne noe som fortalte om et manglende grunnsyn i hvordan barnevernet gjorde sine undersøkelsessaker. Aadnesen (2012:151) gjorde sine funn i barnevernet, men også innen flyktingarbeid og andre tjenester vil saksbehandlers private verdier ha et stort spillerom. Og hun konkluderte med at de fleste tjenester vil ha nytte av en felles plattform eller grunnholdning som det kan navigeres etter.

Begge kommunene hadde på ulike tidspunkt vært delaktig i prosjekter som kunne hatt en holdningsskapende virkning på tjenesteutøverne. Jeg presenterer her utdrag fra rapportene som ble skrevet fra disse prosjektene. Grunnet ønsket om å anonymisere informantene i kommunene, som tidligere beskrevet i innledningen og i metodekapittelet blir det videre referert til rapportene i anonymisert form.

#### **5.4.2 Flyktingarbeid med et verdighetsperspektiv**

Kommune B hadde deltatt i et brukermedvirkningsprosjekt der flyktingarbeid og bosettingsarbeid hadde et verdighetsperspektiv (\*) Flyktingkonsulenten fortalte hvordan tilrettelegging for spesielle behov begynte allerede før bosetting. Flyktingkonsulenten hadde hentet informasjon fra de som allerede var blitt bosatt, og disse opplysningene ble brukt som utgangspunkt for de prosedyrer de videre fulgte ved nye bosettinger. Og slik ble bosettingsarbeidet preget av brukermedvirkning. Dette ble av den tidligere flyktingkonsulenten beskrevet slik:

*«Å ta mennesker man skal hjelpe på alvor».*

Denne flyktingkonsulenten var opptatt av å skape gode holdninger, og gjorde det også ved at hele lokalbefolkningen var involvert i flyktingarbeidet. Flyktingene ble sambygdinger og naboer. Det var for henne selvsagt at medbrakt kompetanse skulle brukes her i Norge, og at man skulle i lønnet arbeid så snart som mulig for å oppnå selvstendighet. Avgjørelser skulle tas av flyktingen selv.

Hun forteller videre i rapporten om et godt samarbeid med flere andre tjenester. Kommunen hadde et eget flyktningeteam, der medlemmene kom fra alle kommunens etater, samt administrasjonen. Møtene i dette teamet ble brukt til utveksling av informasjon og til planlegging. Medlemmene i flyktningeteamet hadde alle et ansvar for at deres etater gav de forventede tilbud, og at den enkelte i hver etat var kjent med sine oppgavene. Informasjon skulle også gis tilbake til flyktningeteamet om det var opplysninger alle burde kjenne til (\*).

Det kan synes som om holdningene og samarbeidsmodellene man den gang jobbet frem, fortsatt finnes i tjenestene, og at dette også er synlig i den måten tjenestene er organisert på i dag. Og holdningen om at den bosatte er naboen og sambygdingen har fortsatt å være gjeldende.

Kommune B har utviklet flere kommunale retningslinjer (\*). Det er grunn til å tro at slike felles retningslinjer kan ha god effekt på samhandling og tverrfaglig tjenester.

### **5.4.3 Tidlig innsats for barn og unge**

Kommune A har siden 2007 vært med i et prosjekt der fokus var tidlig innsats for barn og unge, med hovedvekt på å utvikle bedre samhandling for utsatte barn og unge. I dette prosjektet deltok mange kommuner fra hele landet, og kommunene valgte selv hvordan de ville utforme sine delprosjekt. I august 2011 ble det gjort en evaluering av prosjektet der man konkluderer at dette har vært vellykket, også i kommune A (\*).

Man konkluderte med at det i kommune A var kommet på plass formelle strukturer og felles arenaer for samarbeid. Disse strukturene gikk på tvers av de ulike tjenestene, som barnehagetjenester, grunnskoletjenester, helsetjenester, sosialtjenester, helsestasjon, PPT og barnevern. Man ønsket både horisontal og vertikal ledelse med det samme for øye, å styrke forebyggingen, fremme folkehelse, å legge et godt grunnlag for tidlig å oppdage problematiske forhold og sette i gang tiltak tidlig. Et hovedfokus var å gi hjelp så tidlig som mulig.

Rapporten forteller at ved oppstart av prosjektet ble den av noen oppfattet til å være en for ledersentrert modell. På det tidspunkt hadde de ansatte ønsket mer konkrete verktøy de kunne

bruke i det daglige arbeidet med brukerne. Da denne rapporten ble slutført 2011 var det vesentlig flere som var fornøyd, men det poengteres at det kan være en svakhet at en overvekt av respondentene som var ledere (\*).

Enhetsleder for tiltak barn og unge formulerer i rapporten, at kommunens hovedmål med prosjektet var at tidlig innsats for barn og unge skulle være en grunnholdning. Men det er grunn til å stille spørsmål om dette innbefatter alle barn i kommunen. I min undersøkelse er det tydelig at mange er urolige, usikre og bekymret for minoritetsbarna i kommunen. Det kan synes som det finnes en form for handlingslammelse, og at det er få eller ingen felles innarbeidede rutiner på tvers av tjenestene når det gjelder minoritetsbarna. Barnehagen, skolen og helsestasjonen ser alle mangler ved de rutiner som allerede eksisterer. Dette kommer til uttrykk både på Fagforumet i mars 2012, og i intervju i mars 2013.

Rapporten sier lite om hvem kommunen har valgt å definere som utsatte barn og unge. Dette kan handle om de forestillingene vi har av hva et utsatt barn er. Om vi ikke definerer et bosatt barn med fluktbakgrunn som et utsatt barn, kan det falle utenfor vårt fokus og dermed kan deres behov usynlig gjøres. Rapporten pekte på at samhandlingskjeden i stor grad var på ledernivå, og det er derfor mulig at de faktiske behov førstelinjetjenesten hadde ikke ble fanget opp.

## **5.5 Å gi likeverdige tjenester til en mangfoldig befolkning**

Familier med barn som har funksjonsnedsettelse trenger ofte mange og sammensatte tjenester, og det vil ofte være behov for en stor grad av tilrettelegging for at disse tjenestene skal bli gode og likeverdige. Både fagpersoner i kommune A og i kommune B hadde noen tanker om hva likeverdige tjenester var, og hvordan likeverdige tjenester kunne oppnås. Jeg velger å ta utgangspunkt i denne historien som saksbehandler fra PPT i kommune B fortalte, der nødvendigheten av gode tverrfaglig sammensatte tjenester blir synliggjort.

*Saksbehandler forteller om ei østeuropeisk jente som var født i Norge, utredet og diagnostisert med barneautisme. Mor til jenta hadde til sammen fire barn og var gravid med den femte. Far i familien var mye fraværende, og var til liten støtte for mor. Flere av barna i denne familien hadde ulike utfordringer, deriblant et yngre barn med en uavklart diagnose. Mor hadde takket nei til barnehageplass til det yngste barnet, fordi hun var redd de skulle finne noe galt med han også, og det orket ikke mor. Mor ville ikke ha avlastning selv om behovet tydelig var til stede. Hun ville ikke ha avlastning hverken for jenta med autisme, eller noen av de andre barna. Mor ønsket heller ikke å bruke tolk møtene med tjenesteapparatet. Saksbehandler tenkte at her manglet mor tillit til at de kunne hjelpe, og å bedre situasjonen. Det ble laget en ansvarsgruppe som tilrettela bredt for familien, også med tanke på at mor skulle få avlastning. Etter en tid hadde mor begrunnet avslaget på tilbud om avlastning, med at hun ikke kunne sende fra seg barnet hun hadde født. I denne ansvarsgruppen var det en helsesøster som selv hadde et barn med en funksjonshemming. Hun møtte denne kvinnen med at ” sånn hadde jeg også det”, men hadde fortalt hvordan hun hadde klart å tenke at for de andre barna måtte hun ta imot tilbudet. Etter en tid hadde de nådd frem, og kom i posisjon til å hjelpe.*

Denne historien gir mange perspektiver på hva arbeidet med minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn kan innebære. Samtidig som denne moren gir stemme til det mange foreldre med funksjonshemmede barn føler og erfarer, og slik inneholder derfor historien både det generelle og det spesielle.

### **5.5.1 Tilrettelegging og tilpasninger av tjenester. Kommune B**

Problemstillingen i historien fra kommune B var at en mor ikke ønsket avlastning. Her kunne det vært enkelt for tjenesteapparatet og saksbehandlerne å tenke at dette handlet om kultur. Da er det en fare for at mors begrunnelse og engstelse ikke hadde blitt hørt heller hadde kommet frem i utredningen. Mor hadde avslått både avlastning og barnehageplass til barna. Ved å lytte til mor hadde saksbehandler og ansvarsgruppe tenkt at dette handlet om mangel på tillit. Og hadde fått kunnskap om at mor var redd for at hjelpeapparatet skulle finne noe galt med det siste barnet også, og at hun som mor ikke hadde samvittighet til å sende fra seg barna sine. Fordi tjenesteapparatet ikke brukte kultur som forklaring på avslaget om avlastning, kunne de fortsette å nærme seg den egentlige forklaringen til morens avslag. Tillit kunne bygges opp

gradvis, og tid gjorde at de kunne møte henne med forståelse. Det er vanskelig å sende fra seg et barn til avlastning, og en slik reaksjon er vanlig å finne hos mange foreldre som har behov for slike tiltak. Man har funnet ulike årsaker til det.

### 5.5.2 Avlastning

Avlastning skal gis når barnets behov for omsorg overstiger det foreldrene kan klare alene. Ved å kunne overlate ansvaret til andre skal foreldrene få tid for seg selv, og gis en håndterbar hverdag (Olsen 2006:78). I følge lov om sosiale tjenester § 4-2 skal de kommunale tjenestene tilby avlastning for personer og familier som har et *særlig tyngende omsorgsarbeid*. Tjenesten skal ha foreldrene eller omsorgsgiveren i fokus, men også barnet eller den som får omsorgen skal ha utbytte av tilbudet. Både omsorgsgiveren og omsorgsmottakeren skal ha medvirkning i tilretteleggingen av tilbudet. Det er den enkelte kommune, og da gjerne sosialtjenesten eller pleie og omsorgstjenesten som er ansvarlig for avlastningstilbudet (Rundskriv I -1/93).

Avlastningstjenestene er ofte tjenester det kuttet i, og de faktiske behov omsorgsgivere har blir ikke dekket. Olsen (2006:78) kaller avlastning et tilbud med mange fasetter. Tilbudet skal gi foreldrene et pusterom, men om tilbudet skal ha denne effekten sier det seg selv at foreldrenes faktiske behov må bli møtt. Det kan handle om at tidspunktet skal passe for familien, og at det stedet hvor barnet skal være og kvalitet på avlastningen skal oppleves som trygg nok. Kvaliteten på tjenesten vil derfor være avhengig av en reell brukermedvirkning fra tjenestemottakerne. Foreldre oppgir at de takker nei til tilbudet om avlastning fordi kvaliteten på tjenesten er for dårlig. Foreldrene skal føle seg trygge, og tilbudet skal oppleves som stabilt. Rekruttering av gode fritidskontakter og avlastningsfamilier er vanskelig, og da avslås gjerne tilbudet inntil dette oppfattes som tilfredsstillende (Lundebye & Tøssebro, 2006).

Foreldrenes ambivalens til avlastning har også en annen dimensjon. Å måtte ha avlastning bryter kanskje med den oppfatning vi har om en vanlig normal familie som klarer seg selv. Man ønsker ikke å fremstille barnet sitt som en byrde, og man liker ikke å bli oppfattet som noen som ikke håndterer omsorgen for egne barn. Mange trenger tid for å klare å tilpasse seg en slik rolle, og dermed akseptere tilbudet om avlastning (Lundebye 1998:51).

Mange norske familier kan synes at det er lettere å bruke familie eller venner som avlastning (Olsen, 2006). Det samme ønsket finner Kittelsaa (2012:122) i sin undersøkelse hos minoritetsfamilier, at de kanskje kunne tenke seg andre løsninger enn en kommunal avlastningsbolig. Å kunne få hjelp fra en slektning fra hjemlandet hadde passet bedre, og slik kunne hjelpen blitt gitt i hjemmet. For minoritetsfamiliene er det ofte problematisk at deres nettverk fortsatt befinner seg i hjemlandet, og dette bør kommunene som tilpasser tjenestene ha innsikt i. Her finnes det noen stereotypier om at minoritetsfamiliene tilhører store familier og sosiale nettverk som avlaster og bistår. (Kittelsaa, 2012).

Rundt temaet avlastningstjenester blir det synliggjort at opplevelser som er felles for alle foreldre med funksjonshemmede barn, får et annet fortegn for minoritetsfamiliene. Det synes som minoritetsfamilienes eventuelle avslag på avlastningstjenester, tolkes av tjenesteapparatet til å handle om kultur (Kittelsaa, 2012).

### **5.5.3 Tilrettelegging og tilpasninger av tjenester. Kommune A**

Kommune A hadde ingen historier som var direkte sammenlignbare hva angikk avlastning, men i en kort samtale med enhetsleder for tiltak for barn og unge i kommune A, spurte jeg hva hun tenkte om begrepet likeverdige tjenester. Hun fortalte at for henne var likeverdige tjenester, at de samme tjenestene som tilbys majoritetsbefolkningen, er de som også gis minoritetsbefolkningen. Hun mente at videre at:

*«Strukturene og tjenestene skal være så gode og kompetansen så høy at det ikke skal være nødvendig å gjøre for mange tilpasninger».*

Denne enhetslederen viser her noe av den samme holdningen som Sajjad (2012:326) fant igjen i sitt arbeid. En av hovedholdningene hos noen leger var å bli «fargeblinde» i møte med etniske minoriteter, fordi de mente at alle pasienter i utgangspunktet er forskjellige, og at deres veiledning skulle gis uansett bakgrunn. Slik mente legene at de ikke forskjellsbehandlet på bakgrunn av etnisitet.

Ved en anledning fikk jeg muligheten til å stille enhetsleder for sosiale tjenester i kommune A det samme spørsmål, om hva hun tenkte om likeverdige tjenester for minoritetsfamilier med

funksjonshemmede barn. Hun svarte at det ikke var så lett å tilby tjenester til denne gruppen, for det ikke var sikkert at de ville ha dem. Det er mulig at enhetsleder kulturaliserer noe, og forklarer problemet med at denne gruppen ikke vil ha de tjenester de får tilbud om, ved å knytte dem til personens kulturelle bakgrunn (Berg & Fladstad, 2012:81, Berg, 2012:117). Kanskje svaret er mer sammensatt enn som så. Å tilby tjenester til et mangfold i en befolkning byr på nye utfordringer, og det kan også være vanskelig å tilpasse avlastningstjenester til majoritetsfamilier, så dette gjør ikke minoritetsfamiliene spesielle. Spørsmålet man bør stille er om tjenestene først blir gode når de er riktig tilpasset sine brukere, uansett bakgrunn.

#### **5.5.4 Tidsbruk og ekstra stillinger**

Alle historiene som er tidligere nevnt, viser at det er tids- og ressurskrevende å få på plass tjenester for disse barna og deres familier.

Flere av informantene på Fagforumet i kommune A, nevnte at arbeidet med denne gruppen tok mye tid, at det krevdes mer innsats for den enkelte. Det var nødvendig med mer samordning og koordinering, og det var gjerne flere involverte rundt den enkelte.

Helsestasjonen i kommune A hadde lenge ønsket en ekstra helsesøsterstilling siden de brukte mye ekstra tid både på flyktningene og arbeidsinnvandrerne. I tillegg nevnte de også gruppen familiegjenforente, som kom på toppen av det antall flyktninger kommunen i utgangspunktet hadde sagt ja til å bosette. Helsestasjonen mente dette satte et ekstra press på dem.

Helsesøstrene som deltok på Fagforumet uttrykte det slik:

*«Det synes ikke i systemet hvor mye tid dette krever».*

Det hadde i mange år vært kjempet for å få denne ekstra stillingen på helsestasjonen. I intervju bekreftet helsesøster behovet ytterligere. En ekstra stilling ville gi tid til å spesialisere seg, å øke den kompetansen hun mente var nødvendig å ha i forhold til minoritetsfamiliene.

Tidsbruk ble ikke nevnt i samme grad i kommune B. Det kan sikkert forklares med at det her var en generell oppfatning at det var nok ressurser. Saksbehandler fra PPT forteller hvordan

hun var mye med foreldrene rundt i «systemet». Og hvordan hun var med å stille krav til tjenestene om foreldrene ikke opplevde dem som bra nok. Det var tydelig at hun hadde tid som hun brukte, og at dette var en prioritering.

Flyktningkonsulenten hadde ved intervju tidspunktet mange programveiledere i permisjon, men hun fortalte at dette var stillinger det var god søknad til. Hun var opptatt av å finne gode fagfolk, og ikke bare «snille damer». I tillegg til programrådgiverstillinger, hadde tjenesten ansatt flere tospråklige assistenter ved å bruke Tilskudd 1 og 2 (se vedlegg 1). De tospråklige assistentene var ansatt for å bistå både barn og voksne som var bosatt i kommunen med ulike funksjonshemninger. Det var også blitt brukt integreringsmidler til å ansette egen helsesøster som hadde kontor ved flyktingetjenesten.

Bruk av tolk for å sikre god kommunikasjonen påvirker tidsbruken i tjenestene. Arbeidet må planlegges og forberedes godt. Det tar også tid å bygge opp tillit, kanskje det må flere møter til, noe som er viktig for et godt samarbeid med foreldrene. Dette betyr å sette av nok tid til den enkelte, for å få gitt den rette og nødvendige informasjonen. Å koordinere tjenester der mange er involvert er også tidskrevende.

## **5.6 Bruk av tolk som ivaretagelse av en rettighet**

Gode rutiner for bruk av tolk i en virksomhet handler om flere ting. Bruk av tolk er nødvendig for å sikre at det gis likeverdige og gode tjenester (Berg, 2011:232). Det var derfor interessant å undersøke i hvilken grad de ulike tjenestene i begge kommuner brukte tolk, og hvilke tanker tjenesteyterne gjorde seg om tolkebruk. I begge kommuner ble det som oftest brukt telefontolk.

### **5.6.1 Tolkebruk i kommune A**



De ulike tjenestene brukte tolk i noe ulik grad. Helsestasjonen fortalte at de brukte mye tolk, og det var kun når de på forhånd hadde avklart hva som skulle skje i neste møte at det ikke ble bestilt tolk. Eksempelvis ved gjennomføring av et vaksinasjonsprogram, som gikk over tid.

Skolene og barnehagene brukte tolk i langt mindre grad. Barnehagene brukte tolk akkurat i starten etter bosetting, siden ble det mindre. Skolen fortalte at de brukte lite tolk i møte med foreldrene, og begrunnet dette med flere forhold. De hadde opplevd manglende kvalitet på de tolkene som tidligere var blitt brukt, og som rektor sa:

*«Lærerne syntes det er vanskelig.»*

Han mente de likevel hadde greid å kommunisere med litt norsk og kanskje noe engelsk. Noen ganger ble det også brukt eldre søsken som tolk i møte mellom skolen og familiene.

På Fagforumet fortalte barnevernet at de så på bruk av tolk som nødvendig for å skape gode relasjoner, og brukte tolk når det var nødvendig. PPT nevnte på Fagforumet at språk var et problem, uten at det kom frem om problemet var kvaliteten på tolketjenestene, eller tjenestens egen kompetanse i tolkebruk. Det kom heller ikke frem om de faktisk brukte tolk i situasjoner der det var naturlig å gjøre dette. Språk blir av mange i kommune A nevnt som hindring eller utfordring, uten at det spesifikt ble knyttet opp til bruk av tolk. Men med lite bruk av tolk, og liten kompetanse i tolkebruk, vil forsterke opplevelsen av at språk er vanskelig, og en barriere for god kommunikasjon.

### **5.6.2 Tolkebruk i kommune B**

PPT i kommune B fortalte at det så langt det var mulig ble brukt tolk sammen med foreldrene. Også i denne kommunen ble det for det meste brukt telefontolk. Saksbehandleren fra PPT opplevde at flyktningeforeldre kunne komme uanmeldt på kontoret hennes, noe som for henne var helt greit. Hun ringte tolketjenesten og bestilte tolk der og da. Det var sjelden tolketjenesten ikke fant en tolk til dem selv om det ikke var bestilt på forhånd. Hun fortalte også at hun alltid spurte foreldrene om de likte tolken de hadde brukt, noterte dette i mappen deres om de gjorde det, og brukte så denne tolken videre. Denne saksbehandleren nevnte også

at ved å bruke tolk opplevde hun foreldre som hadde god innsikt i barnet sitt. En innsikt hun neppe ville fått uten god kommunikasjon.

Flyktningetjenesten brukte mye tolk, nesten «to the bitter end» som flyktningkonsulenten uttrykte det, og hun fortalte at hun var aktiv for å få andre tjenester til å gjøre bruk av tolk. Enkelte ganger hadde hun vært behjelpelig med opplæring i tolkebruk. Særlig ved utarbeidelse av individuelle planer var det viktig for henne at flyktningetjenesten brukte tolk. Dette fordi den individuelle planen var knyttet opp til de rettighetene deltakerne hadde gjennom introduksjonsprogrammet.

Kommune B hadde utarbeidet en flerspråklig plan for barnehagene, som gav retningslinjer for blant annet bruk av tolk i barnehagene (\*Flerspråklig plan, 2012). Planen nevnte ulike tiltak for å ivareta det flerspråklige og det flerkulturelle i barnehagen. Den inneholdt veiledning til barnehagene i bruk av telefontolk, og oppfordret til at tolk skulle brukes i alle møter med foreldrene, særlig i de hyppige foreldresamtalene ved barnets oppstart i barnehagen. Det anbefaltes i planen at man i forkant av møtet skulle informere tolken om ord, begreper og tema samtalen vil omhandle og at man i disse samtalene burde ta opp få ting av gangen, og prioritere det viktigste. På den skriftlige innkallingen til foreldresamtale ble foreldrene informert om at det var bestilt telefontolk til dette møtet.

Flere skjema som ble brukt av barnehagene i forbindelse med barnets oppstart, var oversatt til tigrinja, arabisk, somali og engelsk. Dette var det henvisning til i planen, samt at planen informerte om Kunnskapsdepartementets internettside der flere skjema kunne lastes ned på ulike språk.

I intervjuet med en lærer for innføringsklassen, fortalte han om hvordan de hadde forsøkt å bruke tolk på et foreldremøte. Noe han ikke syntes var helt vellykket, fordi det hadde vært mange tolker og forskjellige språk i samme foreldregruppe. Forsøket forteller likevel om en forståelse av foreldrenes behov for informasjon, og et ønske fra skolens side om at de skulle få delta i barnas skolehverdag.

Språkproblemer skaper misforståelser som kan svekke tillit begge veier. Både tjenestemottaker og tjenesteyter har behov for å forstå hverandre. Men i en offentlig kontekst

vil det være tjenesteyter som har plikt til å legge til rette for god kommunikasjon. Ulikt lovverk understreker dette, som Pasient- og brukerrettighetsloven fra 1999, som fastslår pasientens rett til medvirkning og informasjon. Denne informasjonen skal være *«tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn»* (Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-5). I hjemmel §11, annet ledd poengteres det at det skal *«legges til rette for at samiskspråklige, fremmedspråklige og personer med funksjonshemming skal kunne utøve innsynsretten»* (Tolkeportalen, 2014). Lovverket legger vekt på at de individuelle forutsetningene den enkelte har ikke skal være til hinder for å forstå den informasjonen man blir gitt. Informasjonen man får, skal gi mulighet til medvirkning og et grunnlag for innsyn i egen situasjon.

I tidligere studier gjort på minoritetsspråklige brukere som mottar tjenester fra helse- og rehabiliteringstjenestene, synes det som om språk og kommunikasjonsproblemer blir tilleggs barrierer. Og disse barrierene kan gi effekter på behandlingsutfallet (Berg, 2011). Det er derfor avgjørende at disse barrierene minimeres, om tiltak skal kunne igangsettes og dekke de behov barnet og familien har.

Skolen i kommune A årsaks forklarte lite bruk av tolk med at lærerne syntes det var vanskelig, og at de hadde opplevd dårlig kvalitet på tolkene de tidligere hadde brukt. Kvaliteten på tolker kan være varierende, men det er likevel mye tolkebrukerne selv kan gjøre for å skape god kommunikasjon når tolk er en nødvendighet. Tolk er et kommunikasjonshjelpemiddel, og bruk av dette hjelpemiddelet er en ferdighet som kan oppøves (Berg, 2011:232).

Sajjad (2012:309) fant i lege- pasientmøter, at manglende kompetanse hos tolkebrukeren kunne gi tolken en annen rolle enn kun nøytral formidler av verbal kommunikasjon. Tolken kan bli en som forklarer for pasienten hva informasjonen betyr, og slik kan tolken komme i en problematisk maktsituasjon i forhold til både lege og pasient. Å på forhånd kontrollere tolkens kvalifikasjoner kan være nyttig, særlig der medisinske uttrykk og diagnoser skal gjøres rede for. Har tolken det begrepsapparat som skal til for å formidle denne informasjonen? Kommune B anbefalte i sin flerspråklige plan (\*) å forberede tolken på samtalens tema og avklare begreper på forhånd. Dette ivaretar og sikrer begge parters utbytte av samtalen.

### **5.6.3 Underforbruk av tolk**

Kvaliteten på tolkene, sammen med dårlig tilgjengelighet, blir brukt som forklaring på det underforbruk det offentlige har i tolkebruk (Berg, 2011:232). Skolen i kommune A årsaks forklarte sitt underforbruk med dette. Samtidig var det uenighet mellom skolen og flyktningkontoret om hvem som skulle dekke utgiftene til tolk når behovet var til stede. Mange tjenester opplever bruk av tolk som dyrt, noe denne uenigheten kunne fortelle om.

Berg (2011) nevner også en annen forklaring på underforbruk av tolk, at både ansatte og innvandrerne kan undervurdere behovet for å bruke tolk og man antar kanskje at etter noen år i Norge skal man kunne godt nok norsk til å klare seg uten tolk? Denne feilslutningen kan gjøres av begge parter. Det er ikke sikkert hverdagsnorsken strekker til for å gå i dybden på informasjon som blir gitt, og kanskje problemstillingene som diskuteres er nye? De fleste av oss kan ha bruk for avklaringer om fagterminologien er fjern fra den vi kjenner og bruker til daglig. Bruk av venner og familie som tolk, kan også skjule en del av underforbruket. De fleste er enig om at dette er dårlige løsninger, siden venner og familie også kan ha mangelfulle norskkunnskaper, men likevel skjer dette i for stor grad (Berg, 2011:23).

Det er lite sannsynlig at strategien til kommune A, å klare seg med litt norsk og litt engelsk, ivaretar de rettighetene den enkelte har til medvirkning, informasjon og innsynsrett. I kommune B knyttes bruk av tolk til den enkeltes rettigheter, som muliggjorde selvbestemmelse og brukermedvirkning. For denne kommunen var det naturlig at det ble brukt tolk i ansvarsgruppene og sammen med foreldrene når forhold rundt barnet skulle drøftes. En tjenesteyter sa at dette gav henne innsikt og kunnskap som var nyttig for å forstå foreldrene og hva de tenkte var barnets behov. Den kunnskap foreldrene hadde om sitt barn, ville ikke bli kommunisert til eksempelvis barnehagepersonalet i historien om den traumatiserte gutten, uten bruk av tolk. Dette var informasjon som var nyttig for å kunne gi en god tjeneste.

## **5.7 Bruk av tilskudd**

Bosetting av flyktninger utløser rett til ulike tilskudd som primært utbetales av Integrerings og mangfoldsdirektoratet (IMDI, 2012). Hensikten med tilskuddene er at de skal dekke de faktiske utgiftene kommunene har for å bosette flyktninger. Tilskuddene har noe ulike nedslagsfelt. Mange av tilskuddene kommunene mottar, er ikke øremerkede midler, og kommunene selv avgjør hvordan disse skal brukes. Bruk av tilskudd skiller kommune A og B mye fra hverandre.

I kommune A ble behovet for flere ressurser i form av penger nevnt av flere. Mange mente de fikk for lite, for å gjøre en god jobb. Høsten 2012 startet barneskolen to innføringsklasser med intensjon om at minoritetselevne skulle ha et tilbud her, ett til to år etter ankomst. Fra kommunen fikk skolen dekket utgiftene til en ekstra lærertime pr. elev pr. uke. Rektor mente dette var alt for lite til å dekke behovet de hadde for tilrettelegging til denne elevgruppen.

Kommunen fikk på dette tidspunkt (2012) utbetalt et særtilskudd til norsk og morsmålsopplæring i grunnskolen på kr 11.000 pr. år pr. barn i skolepliktig alder. Tilskuddet ble utbetalt sammen med de andre integreringsmidlene kommunen fikk (IMDI, Rundskriv 01/12). Disse midlene ble ikke utbetalt til skolen. Rektor fortalte i intervju at han tolket dette som et signal om at kommuneledelsen ikke hadde forstått hvilke utfordringer de faktisk hadde. Rektor var i intervjuet irritert over det fokus kommunen utad har som en foregangskommune for arbeidsinnvandrere, der også fylkeskommunen roste dem for deres arbeid på dette området. Rektor mente ingen gav nok oppmerksomhet til de vanskene skolen hadde med nok ressurser til barna.

Dette særskilte tilskuddet til norsk- og morsmålsopplæring ble avviklet fra 1 januar 2014 (IMDI, Rundskriv 01/14).

Barnehagetilskuddet, et engangstilskudd for bosatte barn i alderen 0-5 år, på kr 21.800 ble heller ikke disponert av barnehagene direkte. Hensikten og formålet med tilskuddet er gjøre kommunene i stand til å gi barn av nyankomne flyktninger et barnehagetilbud når familien etablerer seg i kommunen. Tilskuddet skal dekke utgifter til særskilt tilrettelegging, eksempelvis utgifter til tospråklige assistenter (IMDI, Rundskriv 01/12). Barnehagetilskuddet er et integreringstilskudd som fortsatt utbetales kommunene. Engangstilskuddet utgjør kr 24.400 per barn i 2015 (IMDI, Rundskriv 01/15).

### **5.7.1 Ekstratilskudd for personer med alvorlige, kjente funksjonshemninger og/eller atferdsvansker**

Kommunene kan søke og tildeles ekstra engangstilskudd, noe som blir omtalt som tilskudd 1. Kommunen kan også etter søknad tildeles Tilskudd 2, et ekstratilskudd som utbetales årlig i inntil 5 år, i samme periode som det utbetales integreringstilskudd.

Tilskuddene skal dekke ekstraordinære utgifter som kommunene kan ha som følge av å bosette flyktninger med nedsatt fysisk og/eller psykisk funksjonsevne, samt personer med voldelig atferd og rusproblemer eller alvorlige atferdsproblematikk (Rundskriv 02/2015).

Rundskrivet sier at *tilstanden må ha oppstått eller ha sitt opphav i tiden før bosetting*.

Hensikten er at tilskuddene skal være bosettingsstimulerende for denne gruppen. Det stilles krav til dokumentasjon vedlagt søknadene, eksempelvis sakkyndige vurderinger av

funksjonsnivå, hjelpebehov og kommunens ressursinnsats rundt personen. Søknadene skal inneholde beskrivelser av igangsatte og planlagte tiltak. Kostnadene skal regnskaps føres.

Tilskuddene er viktige for kommunenes arbeid med å tilrettelegge og gi i tilpassede tjenester.

### **5.7.2 Kommune A og bruk av tilskudd**

Under en kort samtale med flyktningkonsulenten i Kommune A, fortalte hun at det aldri hadde vært søkt eller brukt tilskudd 1 og tilskudd 2 i kommunen. Så langt hun viste hadde de aldri bosatt noen med kjente funksjonshemninger. På spørsmål om minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn, tenkte hun at dette nok mest gjaldt arbeidsinnvandrers familier.

Det er mulig at det aldri har vært bosatt flyktninger med kjente funksjonshemninger i kommune A. Det er også mulig at ingen etter bosetting har hatt behov for tilrettelegging som kan ha utløst grunn til å søke tilskudd 1 og 2. Men det kan også her være snakk om et underforbruk av offentlige tjenester. Dette underforbruket mener mange kan ha ulike årsaker, og det nevnes institusjonell rasisme, dårlige levekår, dårlig tilgjengelighet og lite tilrettelagte tjenester, sammen med mangel på informasjon (Kittelsaa, 2012:105). En årsak kan også være at kommuner selv har rett til å velge hvilke flyktninger de vil ta imot. Det hevdes at gruppen

flyktninger med kjente funksjonshemninger er vanskelig å bosette, og mange kommuner vegrer seg for å ta imot familier med behov for omfattende oppfølging og tilrettelegging (Berg & Kittelsaa, 2012:80). En kartlegging gjort av Sosial og helsedepartementet i 2007, konkluderte med at det var en stor utfordring å bosette flyktninger med ressurskrevende helseproblemer, og at disse hadde en uforholdsmessig lang ventetid før kommunene tok imot (Sosial og helsedirektoratet, 2007:6).

Så det er mulig at allerede tidlig i et bosettingsløp velges noen bort, og det kan tenkes at kommunene da er mindre oppmerksom på at de som bosettes likevel kan ha behov for tilrettelagte tjenester.

### **5.7.3 Kommune B og bruk av tilskudd**

I intervjuene i kommune B hadde informantene en klar opplevelse av at det var nok ressurser til å dekke behovene til denne gruppa.

Det ordinære integreringstilskuddet blir ikke utbetalt direkte til flyktningetjenesten, men de var med å bestemme hvordan midlene skulle fordeles. Dette mente flyktningkonsulenten var viktig, og begrunnet dette slik:

*«Vi vet hvor skoen trykker»*

Behovene i tjenestene varierte fra år til år, og ved å ha innflytelse på hvor tilskuddene skulle brukes kunne de fordeles slik at de kom flyktningene til gode på best mulig måte.

Flyktningkonsulenten opplevde likevel at skolene kunne si at de ikke hadde nok ressurser, men trodde dette var fordi ikke alle hadde gode nok rutiner på å kartlegge, slik at de fikk søkt og satt i gang tiltak tidlig rundt elevene dette gjaldt. Hun påpekte at det var et problem at det var bosetting av flyktninger hele året, men at man kun hadde mulighet til å søke tilskudd en gang hvert år.

Tjenesten hadde ansatt flere tospråklige assistenter ved å bruke tilskudd 1 og 2. Dette ble gjort både overfor aktuelle barn og voksne bosatt i kommunen. Det var også ansatt egen helsesøster som hadde kontor ved flyktningkontoret. Tilskudd 1 og 2 ble søkt via flyktningkontoret, og

flyktningkonsulentent hadde et bevisst forhold til at slike midler kunne bli aktuelt å søke ved nye bosetninger. Fortalte at dette var noe hun var oppmerksom på allerede i de første kartleggingssamtalene etter bosetting, og hadde et blikk for både barn og voksnes fungering. Flyktningkonsulentent gav også retningslinjer til skoler og barnehager om å se etter mulige funksjonsnedsettelse som kunne utløse behov for å søke tilskudd fra IMDI. Dette var viktig siden muligheten for å søke disse midlene er inntil to år etter bosetting. Flyktningkonsulentent beskrev sin involvering slik:

*«Var ikke selv inne i disse kartleggingene, men trakk i tråder for å få ting gjort».*

PPT opplevde ikke mangel på ressurser som et tema, og mente det var nok til å ivareta arbeidet de skulle utførte. Saksbehandler her mente at dette også handlet om organisering. Tilgang på kompetanse kan også oppleves som en ressurs for tjenesteyterne. Selv ledet hun et ressursteam som gav veiledning til barnehagene.

## **5.8 Samarbeid, koordinerte tjenester og forankring**

Berg (2014:198) påpekte i sin studie at minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn ikke var en homogen gruppe, og i større grad ville ha behov for tilpassede og individuelle tjenester. Det var derfor viktig å undersøke kommunikasjonen mellom tjenestene, og om det fantes gode samarbeidsrutiner og felles retningslinjer for det arbeidet som skulle utføres. Det var også hensiktsmessig å undersøke om arbeidet var forankret på ledelsesnivå i kommunen. I de to kommunene var det ulike sterke og svake sider som var synlige og dominerende.

### **5.8.1 Diffuse retningslinjer og mangel på samarbeidsrutiner. Kommune A**

Mange på Fagforumet i kommune A nevnte at arbeidet med denne gruppen krevde mer innsats. Flere tjenester var involvert og det ble erkjent et behov for god koordinering. Særlig når det kom nye familier til kommunen var det nødvendig med godt samarbeidet på tvers av tjenestene. Mange opplevde at de retningslinjene de hadde var for diffuse, og flertallet savnet skriftlig informasjon om den enkelte som kom, der eksempelvis kartlegging av skolebakgrunn



og kartlegging av helse var med. Mange mente det var et behov for å organisere tjenestene annerledes enn de gjorde i dag, og de uttrykte disse behovene for endring på ulike måter.

Barnehagene ønsket at det skulle frigjøres ressurser for å skape gode overganger for barna ved oppstart i barnehagen, og etterlyste felles retningslinjer ved mottak av nye barn. De ønsket at det ble gjort en bedre kartlegging, og ville gjerne være sikre på helsen til barna før de begynte, som tuberkulosestatus og nødvendige vaksiner. Samtidig mente de det burde gjøres en kartlegging av hva barna hadde opplevd, og hvilke traumer de eventuelt kunne ha. Helsestasjonen som gjorde kartleggingen av helsestatus tidlig i bosettingen, mente på sin side at tverrfaglig samarbeid var vanskelig på grunn av taushetsplikten. Men at de prøvde å være smidighet for å få dette til.

Skolen opplevde å få lite hjelp fra PPT, som for dem normalt var en viktig samarbeidspartner. PPT ville vanligvis hatt en veilederfunksjon når det gjaldt barn med vansker. PPT på sin side begrunnet dette med at de manglet nødvendig testverktøy som skulle til for å kunne kartlegge tilstedeværelse av eventuelle lære- og utviklingsvansker hos flerspråklige barn. Uten slike tilpassede verktøy ville det ta minst to år før testene de nå brukte kunne gi gode svar. PPT mente de vanskene barna hadde var knyttet til barnas migrasjon, og at disse utfordringene måtte håndteres på en annen måte.

Det er lett å forstå skolens usikkerhet i forhold til hvordan de skulle håndtere de vanskene de opplevde at barna hadde, og det synes som PPT's mangel på minoritetsspesifikk kunnskap forplantet seg til andre tjenester, og påvirket kvaliteten på tjenester som ble gitt der. PPT kunne ikke gi skolen veiledning og hjelp, fordi de bortdefinerte vanskene barna hadde til å være migrasjonsrelaterte. Men det kan være andre mulige forklaringer på de vanskene barna hadde, og resultatet var en tjeneste som ikke kunne gi skolen den hjelp de vanligvis mottok. Barnevernet opplevde at halvparten av det totale antall henvendelser de fikk, berørte fremmedspråklige. Et spørsmål som kan stilles er om noen av henvendelsene egentlig skulle ha vært behandlet andre steder i systemet.

### **5.8.2 Handlingsrom, fleksibilitet og foreldre som samarbeidspartnere. Kommune B**

I kommune B var det synlig i datamaterialet at den enkelte tjeneste og tjenesteutøver hadde en større mulighet til et fleksibelt samarbeid, og at tjenestene et større handlingsrom når utfordringene skulle løses.

Samarbeidet gjaldt også mellom tjenesteyter og foreldre. Foreldrene ble ansett som viktige samarbeidspartnere. Flyktningkonsulenten fortalte om et tilfelle der far hadde skjønt at noe var galt med barnet, og at dette hadde utløst en utredning, hvorpå sønnen ble diagnostisert med autisme. Det var gode eksempler på hvordan saksbehandlerne var støttespillere for foreldrene i systemet.

Det var utstrakt bruk av veiledning på tvers av tjenestene, Flyktningkonsulenten gav rettledning til skoler og barnehager om å se etter mulige funksjonsnedsettelse som kunne utløse behov for å søke tilskudd 1 og 2 fra IMDI (vedlegg 1). Flyktningkonsulenten var ikke selv med i kartleggingene av eventuelle funksjonsnedsettelse, påså at kartleggingene skjedde. Saksbehandler fra PPT ledet et ressursteam med jevnlig møter, og styrer i en barnehage med videreutdanning i flerspråklig pedagogikk, hadde en veilederrolle overfor de andre barnehagene i kommunen.

Det var også foretatt omorganiseringer som viste fleksibilitet og handlekraft i førstelinjetjenesten. Hadde ved en tidligere omorganisering flyttet flyktningetjenesten inn i Nav, men hadde valgt å flytte den ut igjen. Dette ble begrunnet med at flyktningarbeidet hadde «smuldret opp», og alle flyktningene satt på Nav. De mente dette var negativt for integreringsarbeidet som skulle gjøres, og det ble gjennomført en endring.

Det var synlig at det var en utstrakt bruk av ansvarsgrupper og tverrfaglige team.

### **5.8.3 Forankring**

Ved innkalling til Fagforumet i kommune A ble deltakerne bedt om å redegjøre for både de sentrale føringene og de lokale føringene arbeidet deres var forankret i. Ingen av tjenestene hadde lokale føringene som gav retningslinjer for hvordan de skulle arbeide med flerspråklige barn. Dette ble etterlyst av flere, og det ble uttrykt behov for en bedre forankring av dette arbeidet i kommuneadministrasjonen. Det var også etterlyst en felles enighet, om hvordan det

skulle samarbeides og man ønsket felles retningslinjer. Man mente det var behov for om stillinger, og at det slik ville bli synliggjort hvor tidskrevende dette arbeidet var for tjenestene.

Særlig skolen som måtte forholde seg til at det fra sentralt hold (IMDI), ble utbetalte tilskudd til kommunen som ikke kom tjenesten til gode, opplevde det som provoserende å skulle tilrettelegge med for få midler. De tolket det som et sprik mellom den virkelighet de jobbet i og hvordan kommuneadministrasjonen forsto de utfordringene en skole har når de skal tilrettelegge for flerspråklige barn. Pedagogisk ansvarlig uttalte dette hjertesukket på Fagforumet da behovet for morsmålsopplæring og ekstra språkopplæring ble nevnt.

*«Vi er på rett side av loven, men....»*

De sentrale føringene var klare for tjenesteyterne i de ulike tjenestene i kommunen, og la premisser for det arbeidet som ble utført av den enkelte. Det ble på Fagforumet redegjort for hvilket lovverk den enkelte hadde sine forankringer i. Men det syntes som det tidvis var et gap mellom de sentrale og de lokale føringene som gjorde at idealene ble senket på lokalt nivå. Eksempelvis bekreftet PPT at minoritetsbarn har de samme rettigheter som alle andre i forhold til Opplæringsloven (§ 5-1, 5-9). Alle kan melde fra om læring og utvikling ikke er som forventet, og PPT skal gi veiledning til foreldre og skole/barnehage. Disse sentrale føringene var klare, men likevel hadde PPT spørsmål om hvor realistisk det var å skulle følge de sentrale føringene.

Helsestasjonens arbeid var forankret i Lov om helsetjenester. Helsestasjonen gir lovpålagte helsestasjons- og skolehelsetjenester til alle barn mellom 0-20 år. I dette arbeidet har helsepersonell hovedansvar for kommunikasjonen. Den klare formuleringen loven gir kan være en forklaring på at helsestasjonen i kommune A hadde gode rutiner for bruk av tolk. Helsestasjonen skulle henvise barn som ikke hadde forventet språkutvikling til videre kartlegging. Dette opplevde de var vanskelig å vurdere når det gjelder minoritetsbarn. Hvordan kontrollerer man for forventet språkutvikling?

I kommune B var arbeidet i barnehagene og flyktningetjenesten lokalt forankret i ulike kommunale plandokumenter (\*div. plandokumenter).

## **5.9 Kompetanseheving, flerkulturell forståelse og fokuset som forsvant**

I kommune A var kompetanseheving ofte nevnt, både av deltakerne på Fagforumet og informantene som ble intervjuet. Helsesøster som ble intervjuet mente man trengte ekstra kunnskap og kompetanse for å gjøre en god jobb med minoritetsfamiliene, dette siden temaene var annerledes sammenlignet med norske familier.

Selv likte hun å jobbe med minoritetsfamiliene nettopp fordi hun måtte tenke annerledes, finne andre løsninger og samarbeide med andre i kommunen på en annen måte. Hun påpekte at med en ekstra stilling på helsestasjonen, så ville denne kunne spesialisere seg med denne flerkulturelle kompetansen som mål.

I kommune A ble kultur nevnt for å beskrive særtrekk og ulike aspekter ved de enkelte minoritetene det ble snakket om. Kultur ble knyttet til problemer eller utfordringer med språk, med migrasjonen eller diffust som «noe utfordringer med kultur». Kultur og atferd ble nevnt sammen, og ofte var utfordring fortegn når kultur ble diskutert. Spesifikke hendelser kom ikke frem i mitt datamateriale, men det ble nevnt behov for bedre kunnskap om kultur. Dette skjedde kun i kommune A, i kommune B ble kultur ikke nevnt som en egen faktor eller forklaring på opplevde utfordringer hos tjenesteyterne.

I kommune B var det blitt satset på kompetanseheving, og det var blant annet gitt videreutdanning til styrer i en barnehage med mange minoritetsbarn. Vedkommende gav deretter veiledning til de andre barnehagene i kommunen. Denne kompetansehevingen var forankret i en kommunal barnehageplan (\*div. plandokumenter), som hadde integrering i barnehagen som tema. I tillegg var det et ressursteam som møttes to ganger i måneden, som også gav veiledning til barnehagene.

Enhetsleder for virksomhet barn og unge avsluttet Fagforumet i mars 2012 med et ønske om å gjøre minoritetsbarn til et felles prosjekt med satsning i 2012. Enhetsleder mente at dette burde belyses politisk, og at det var behov for å få et helhetlig bilde for å arbeide grundig med temaet. Det ble derfor hensiktsmessig å undersøke i hvilken grad det hadde vært en endring

eller en styrking av dette arbeidet i tiden som hadde gått mellom Fagforumet i mars 2012, og mine intervjuer i mars/april 2013.

På dette spørsmål fra meg var det ulike svar. Noen mente de hadde de samme utfordringene, noe leder for PPT bekreftet, utfordringene var de samme som da Fagforumet var blitt avholdt. Deres virksomhet hadde deltatt på en del kompetansehevende kurs i regi av StatPed og visste at testverktøy var under utvikling, noe de mente ville gjøre deres arbeid lettere.

Noen mente at det hadde blitt noe bedre, særlig siden fokuset hadde flyttet seg til andre områder. Helsesøster svarte slik da jeg spurte henne:

*«Vi har sluttet å snakke om det, så da må det vel ha blitt bedre?»*

Om en reell endring hadde skjedd i kommunen i tidsrommet mellom Fagforumet og at intervjuene ble gjort, er det vanskelig å konkludere med. At oppmerksomheten rundt et tema avtar og et fokus forsvinner bekrefter ikke endring. Det er lite sannsynlig at de strukturer og holdninger datamaterialet vitner om, endrer seg uten bevisste og gjennomtenkte tiltak. Det synes å være behov for en annen type kunnskap i de fleste av virksomhetene i kommunen for at tjenestene skal bli likeverdige, og at praksis skal endre seg (Sajjad, 2012). Ikke minst er det behov for solide forankringen av tjenestene på ledelsesnivå, og ansvaret for dette endringsarbeidet kan ikke overlates til den enkelte tjenesteyter. Det er behov for å skaffe arenaer der kunnskapsutvikling, veiledning og refleksjon her en plass (Aadnesen, 2012).



## 6 Avslutningskapittel.

### 6.1 Likeverdige tjenester som ideal

Jeg ønsket å undersøke i hvilken grad to kommuner gav og tilrettela for likeverdige tjenester for minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn.

I datamaterialet mitt kommer det fram tydelige forskjeller i hvordan kommunene velger å gi sine tjenester, og det er også klare forskjeller mellom kommunene i hvordan de forholder seg til, og tolker hva likeverdige tjenestene skal inneholde.

I sin håndbok *Likeverdige tjenester for alle* beskriver Likestillings- og diskrimineringsombudet hva likeverdige tjenester er og hvordan likeverdige tjenester kan oppnås (LDO 2011:5). LDO poengterer at diskriminering kan skje selv om tjenesteyteren og lederen av virksomheten har gode hensikter. Dette kan fortelle oss at virksomheter behøver gode kunnskaper om hva likeverdige tjenester er, og en bevissthet rundt den enkeltes ansvar for å tilby likevektige tjenester. Dette understrekes særlig av det faktum at diskriminering kan være indirekte, ved at tilsynelatende nøytrale regler og rutiner, i praksis fører til mangelfull eller dårlig behandling av noen.

Å ivareta brukernes lovfestede rett til likeverdige tjenester kan plasseres på ulike nivå i en kommune, eller i en virksomhet. Men dette vil alltid i første rekke være et lederansvar. Virksomhetene skal organiseres slik at tjenesteytere og hjelpeapparat skal kunne overholde sine lovpålagte plikter, samtidig som man ivaretar krav til faglig forsvarlighet i utførelsen av arbeidet.

#### 6.1.1 Bruk av tolk, en nøkkel til tjenester som er like gode for alle

I møter mellom minoritetsbefolkningen og tjenesteytere handler mye om språk- og kommunikasjonsproblemer, og det er lett å undervurdere i hvilken grad dette skaper barrierer for at tilgangen på likeverdige tjenester skal være til stede. Det er nødvendig med tjenester som på best mulig måte kompensere for dette. God og riktig tolkebruk er en nøkkel til redusere språkbarrierer i samhandlingen mellom tjenesteyter og bruker.

Dette synes å bli noe ulikt vurdert i kommune A og kommune B. Kommune B brukte konsekvent tolk for å sikre brukernes rettigheter. I kommune A varierte dette, helsestasjonen og barnevernet brukte mye tolk, men eksempelvis skolen opplevde bruk av tolk som vanskelig og fant andre løsninger i kommunikasjonen med minoritetsfamiliene.

I historien i introduksjonskapittelet var det uenighet mellom flyktningetjenesten og skolen om hvem som skulle dekke utgiftene til tolk, og tolk ble dermed ikke bestilt til dette møtet. Det er grunn til å hevde at resultatet for denne familien var tjenester som ikke var like gode som de en annen familie i samme situasjon ville fått. Behovet denne familien hadde for å forstå det som ble sagt, og slik kunne gjøre seg nytte av informasjonen som ble gitt i møtet, ble ikke ivaretatt. Mangel på bruk av tolk var en hindring og en barriere som for denne familien skapte ulikhet.

I intervju fortalte rektor at lærerne syntes tolkebruk var vanskelig, og det er mulig at uten klare felles retningslinjer i tjenestene, er det større sannsynlighet for at tolk blir valgt bort. Å utarbeide felles retningslinjer for bruk av tolk er et lederansvar, og bør være forankret i en kommunes plandokumenter av ulik art.

I kommune B var det utarbeidet slike plandokumenter (\*), og det kan være en medvirkende årsak til at bruk av tolk var en mer integrert del av arbeidet tjenestene gjorde. Kommune B fjernet med sin «rause» tolkebruk eksisterende barrierer i møte med sine brukere, og slik var det mulig at de bygget den nødvendige tillit for å gjøre et godt arbeid.

### **6.1.2 Er det noe mer? Å ha like god tilgang til tjenester som allerede finnes**

Det finnes en usikkerhet i tjenestene på om hva det er man ser, og hva dette handler om. Er dette migrasjonsrelaterte vansker, eller utslag av kultur og kan det være fordi barna er tospråklige? Disse spørsmålene forteller om komplekse og sammensatte problemstillinger med mange årsaksforklaringer, og minst like mange løsninger. Det er forståelig at tjenesteyterne blir overveldet i møte med nye og fremmede utfordringer. Da kan det være lett å håpe at det skal gå seg til, og innta en «vente- og se-» holdning.

Men en slik holdning kan skape barrierer og hindre tilgang til tjenester som allerede finnes.



Å ikke ha god nok tid, og å stadig oppleve daglig tidspress i møte med disse nye problemstillingene, kan medvirke til at man bruker forenklete forklaringer for å finne raske løsninger. Slik kan det minst kompliserte bli å forholde seg til stereotype forestillinger, og å hoppe over andre forklaringsmodeller (Paulsen, m.fl., 2014:7).

Å ha nok kunnskap som fagutøver kan gjøre en tryggere, og det er mulig at man med en mer fagspesifikk kunnskap vil gjøre andre vurderinger i møtet med minoritetsfamiliene. En flerkulturell kompetanseheving kan ha en effekt, og kanskje særlig det å ha kunnskap og innsikt i de sammenvevde utfordringene som mange minoritetsfamilier opplever, og som kommer i tillegg til selve funksjonshemmingen. Disse tilleggsutfordringene kan innbefatte lite kjennskap til norsk samfunnsliv, mangel på nettverk, mulige integreringsutfordringer og en opphopning av levekårsproblemer, som høy arbeidsledighet, sosial isolasjon og marginalisering. Noen familier vil også bære med seg effekten av ekstra belastninger som en flyktningebakgrunn kan utgjøre (Berg, 2014:198).

Forskning viser at tjenester kan være personavhengige, og dette kan oppleves som en vilkårlighet i hvilke tjenester man får tilgang til. Man kan møte både dørvoktere og portåpnere når man henvender seg til hjelpeapparatet (Tøssebro, 2012). LDO (2011) mener at et underforbruket av offentlige tjenester kan tyde på det finnes ulikhet i tilgangen på noen tjenester, og tolker dette til at det eksisterer barrierer ute i virksomhetene. Det er mulig at noen av barrierene eksisterer grunnet personavhengige tjenester.

### **6.1.3 Å ha like god kvalitet på tjenestene uavhengig bakgrunn.**

PPT i kommune A mente at de ikke kunne ta utgangspunkt i norske barn, samtidig som de reiste et spørsmål om hvor lista skulle ligges for minoritetsbarna.

Minoritetsbarn har de samme lovfestede rettigheter som etnisk norske barn, og slik har de en lovfestet rett til tjenester som skal være av like god kvalitet, og dekke de reelle behov for hjelp og tilrettelegging som den enkelte måtte ha.

På dette grunnlag blir det rett å ta utgangspunkt i norske barn. Tjenestene man gir skal gi resultatlikhet, og det skal være lov å sette de samme mål for den enkelte uansett bakgrunn.

Det betyr at et minoritetsspråklig barn skal ha det samme utbytte av undervisningen i klasserommet som andre barn, og det skal tilrettelegges for at dette skal reelt.

Både rektor ved barneskolen og pedagogisk ansvarlig i kommune A var bevisst at minoritetsbarna ikke hadde det samme læringsutbytte som majoritetsbarn. Dette tilskrev rektor for få ressurser, og etterlyste de tilskudd som var tiltenkt nettopp å dekke det ekstra behovet minoritetselevne hadde for ekstra norsk- og morsmålsopplæring i grunnskolen.

Samtidig som man tar utgangspunkt i norske barn, vet man at tilleggsutfordringene gjør at minoritetsbarna kan trenger andre tjenester enn norske barn. Siden dette er barn som i tillegg til sin funksjonshemming, også har en minoritetsbakgrunn og/eller for noen en flyktningebakgrunn, kan det være behov tilrettelegging av andre typer tjenester.

PPT i kommune A mente de vansker man så hos minoritetsbarna skulle tilskrives migrasjonen, og ikke lære- eller utviklingsvansker. Dette kan være delvis riktig, barn med fluktbakgrunn har økt risiko for ulike psykiske lidelser grunnet i belastninger ved selve flukten, eller lange opphold på asylmottak (Barneombudet, 2013:43). Disse lidelsene kan kreve tilrettelegging av tilpassede helsetjenester. Barneombudet (2013) uttalte i sin rapport, at en kommune hadde mangelfulle tjenester om ikke behovet for ekstra oppfølgingen og tilrettelegging for disse psykiske helsevanskene var til stede.

En fare ved at PPT årsaks forklarer barnas vansker til kun å handle om migrasjon, er at den utelukker andre forklaringer på barnas vansker. Ved å automatisk å utelukke funksjonsnedsettelse som årsak til vanskene, kan det synes som om PPT hadde skapt en forestilling av en gjennomsnittsbruker. Og denne forestilling medføre at minoritetsbarn med funksjonsnedsettelse falt utenfor normen for hva en tenkt gjennomsnittsbruker var. Effekten av dette var manglende tilgang på nødvendige tjenester (LDO, 2011).

#### **6.1.4 Kan vi legge lista lavere?**

Minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn kan i større grad enn andre ha behov for tilpassede og individuelle tjenester. Dette må til om tjenestene for denne gruppen skal være likeverdige (Berg, 2014:198). Skal dette oppnås vil det kreve samarbeid og koordinering på

tvers av tjenestene, om tjenestene som gis skal ha like god kvalitet som dem man ville gitt andre i samme situasjon (LDO,2011).

Det ble av tjenesteyterne i kommune A uttrykt behov og ønske om bedre organisering, felles retningslinjer og mer skriftlig informasjon. I kommune A manglet det lokale føringer for arbeidet med flerspråklige barn, noe som synes å vise en mangel på forankring i av likeverdige tjenester i kommuneadministrasjonen.

Dette sto i kontrast til at alle tjenestene på Fagforumet opplevde at de sentrale føringene var klare. PPT redegjorde for de sentrale føringene gitt i Opplæringsloven (§5-1, 5-9), som bekreftet at minoritetsbarn hadde de samme rettigheter som alle andre barn om ikke læring og utvikling var som forventet. Selv om de sentrale føringene var klare, reiste PPT spørsmål om hvor realistisk det var å skulle følge de sentrale føringene for disse barna. Dette bryter klart med prinsippene for hva lovpålagte likeverdige tjenester er. Virksomheter har ingen valgfrihet i forhold til hva tjenestene skal inneholde. Likeverdige tjenester er forankret i internasjonale menneskerettigheter, og er et ansvar gitt norske myndigheter (LDO).

Det er grunn til å tro at mangel på felles enighet, retningslinjer og lokal forankring påvirket innholdet i tjenestene som ble gitt. Og tatt i betraktning at likeverdige tjenester er et lederansvar, er det sannsynlig at dette førte til usikkerhet hos tjenesteyterne til hva innholdet i tjenestene for denne gruppen faktisk skulle være.

### **6.1.5 Likeverdige tjenester som et lederansvar, er det godt nok å være på rett side av loven?**

Likeverdige tjenester er et lederansvar, og dette betyr at fokuset på likeverdige tjenester skal være tilstede i en kommuneadministrasjon. Det må lages rutiner, og prosedyrer som gjør det mulig for tjenesteyterne å gi likeverdige tjenester av samme kvalitet til alle. For at dette skal skje kan det være nødvendig med kompetanseheving, å utvikle en flerkulturell forståelse og en klar ansvarsfordeling mellom tjenestene. Virksomheter skal organiseres slik at tjenesteytere og hjelpeapparat skal kunne overholde sine lovpålagte plikter, og utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet.

I kommune B var det utarbeidet ulike plandokumenter og felles retningslinjer som forteller om tilstedeværelse av forankring i kommuneadministrasjonen. I kommune A manglet disse, og kan gi indikasjoner på at likeverdige tjenester i liten grad ble ivaretatt som et kommunalt lederansvar. En kommentar fra eningsleder for tiltak for barn og unge i kommune A, kan synes å bekrefte dette. Hun forsto likeverdige tjenester til, at de sammen tjenestene som tilbys majoritetsfamiliene skulle være de som gis minoritetsfamiliene. Videre tilpassinger skulle ikke være nødvendige mente hun.

LDO (2011) nevner hvordan like tjenester ikke behøver være likeverdige eller like gode. Det er først når det tas høyde for at folk er forskjellige, og tilpasser tjenestene etter den enkelte bruker, at de blir likeverdige.

Hvordan tilskuddene blir bruk i kommunene kan også fortelle noe om prioriteringer, og kanskje om i hvilken grad ledelsen i kommunen har forståelse for de utfordringene tjenestene faktisk har.

## **6.2 Stereotype holdninger og diskriminering**

LDO (2011) mener mangel på likeverdige tjenester kan føre til diskriminering og forskjellsbehandling. En årsak til en slik forskjellsbehandling kan være tjenesteyters stereotype holdninger og forstillinger om den man møter. I møte med det som oppleves som fremmed kan forenklete forestillinger om uforenlige kulturforskjeller bli så store at det skygger for kontekstavhengige vansker (Gullestad, 2002:81, Rogstad & Midtbøen, 2009).

Majoriteten har makt til å definere minoriteten som annerledes, og skaper kategoriseringer som bidrar til en asymmetrisk maktrelasjon. Rogstad & Midtbøen, (2009:4) hevder at minoriteten i møte med majoritetens praksisformer kan oppleve en forskjellsbehandling som majoriteten stiller seg uforstående til, og vil hevde ikke eksisterer. Dette vil nødvendigvis skape avstand og barrierer.

Rogstad & Midtbøen, (2009:9) nevner strukturell diskriminering, og beskriver dette som diskriminering uten noen klar ideologi, og som gjerne er ubevisst og henger igjen i «veggene» i institusjonene.

Mary Douglas (1986) argumenterte også for at organisasjoner kan inneha «tenkende» egenskaper, og dermed være bærer av holdninger som kan påvirke de beslutninger som tas av medlemmene. Disse holdningen kan påvirke kvaliteten på de tjenestene som tilbys, og dette kan være med å forklare hvorfor innholdet i begrepet likeverdige tjenester blir tolkes så forskjellig fra kommune til kommune.

Med et sosialkonstruktivistisk blikk kan det hevdes at man i et fellesskap former bestemte tankesett, og slik kan konstruere «sannheter» bli retningsgivende innenfor den enkelte virksomhet. Om disse konstruerte sannhetene får påvirker hvordan man utfører sine oppgaver i praksis, og denne praksis i stor grad avviker fra gjeldende lovverk, kan resultatet være virksomheter som er både indirekte og direkte diskriminerende.

Sajjad (2012:71) mente at å tilrettelegge tjenester til minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn, måtte forstås som et ansvar på institusjonsnivå, på et kommunalt og nasjonalt nivå. Noe som også innbefattet helsemyndighetene og utdanningsinstitusjonene. Sajjad (2012) hevdet at om ansvaret for tilretteleggingen av tjenestene var opp til den enkelte tjenesteyter, ville ikke dette ha effekt annet enn i enkeltmøter. Hun hevdet videre at den manglende og sporadiske tilretteleggingen som var synlig i ulike virksomheter og institusjoner, framstår som en form for institusjonell diskriminering av minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn (Sajjad, 2012; Söderström, 2011:41).

Söderström (2011:41) mener det ligger en form for innbakt diskriminering i et tjenestesystem som systematisk mangler god nok tilrettelegging for mennesker som andre behov og forutsetninger enn majoriteten.

Diskriminering kan skje på mange ulike grunnlag eller kjennetegn (LDO, 2011). LDO finner at tjenesteytere kan være flinke i å ta hensyn til et kjennetegn, men utfordringene øker når brukerne har flere. Det er en risiko for at det skjer en overfokusering på et kjennetegn, og at andre kjennetegn blir usynliggjort.

I NOU 2012:15 blir det å ha en flerdimensjonal tilnærming til diskriminering sett på som nødvendig om likestilling skal være mulig. Her kan interseksjonalitets begrepet hjelpe med et perspektiv, og en interseksjonell tilnærming vil ha et bredere nedslagsfelt for å kunne forstå diskriminering.

Flere forskjellsskapende kjennetegn blir gjerne behandlet enkeltvis, og ikke sett i en sammenheng. Men det er grunn til å hevde at flere sosiale kategorier og forskjellsskapende kjennetegn sammen kan påvirke individets muligheter i et livsløp.

Den interseksjonelle refleksjonen er kritisk til de sosiale kategoriseringene vi gjør oss, både som tjenesteytere og som medmennesker. Og det er ønskelig med en dekonstruksjon som utfordrer eksisterende maktstrukturer i samfunnet, og alltid forholde seg til forskjellsskapende kategorier som dynamiske og komplekse (Mattsson, 2010). Ved å ta i bruk kritisk refleksiv metode, eller å ha en kritisk refleksiv praksis, kan vi som fagpersoner utvikle en refleksivitet som er spørrende til oppleste og vedtatte antagelser både i teori og praksis. En slik refleksivitet har en særlig fokus på maktstrukturer, og beskrives som en evne til stadig å ta andres perspektiv, og gjennom den andres perspektiv stadig se seg selv som praksisutøver. Dette gir en mulighet til stadig å stille spørsmål til egne tanker, holdninger og handling, noe som igjen fører til egen kompetanseutvikling (Fook, 2002, Askeland, 2006:15).

## 7 Litteraturliste

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. Utg.). Washington, DC

Ask, T. (2011) *Flyktningfaglig praksis i bakkebyråkratiet*. I Berg, B. & Ask, T. (red). *Minoritetsperspektiver i sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Askeland, G. (2006). Kritisk reflekterende – mer enn å reflektere og kritisere. *Nordisk sosialt arbeid*. Nr. 2, s. 123-135.

Barneombudet (2013) *Helse på barns premisser* : Barneombudets fagrapport 2013. Oslo: Barneombudet.

Barnes, C., Mercer, G. & Shakespeare, T. (2008). *Exploring disability. A sociological introduction*. Cambridge: Blackwell Publishing Ltd.

Berg, B. (2011): ”Lost in translation? Om kulturell brobygging og bruk av tolk som kommunikasjonsmiddel. I: Berg, B og Ask, T. : *Minoritetsperspektiver i sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Berg, B. (2012).(red). *Innvandring og funksjonshemming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Berg, B. (2014). ”Dobbelt sårbar – minoritetsfamilier med funksjonshemmete barn.” I Tøssebro, J & Wendelborg, C. (red). *Oppvekst med funksjonshemming*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berg, B. & Fladstad, T. (2012). ” Bildene i hodet. Forestillinger om funksjonshemming” I: Berg, B.: *Innvandring og funksjonshemming. Minoritetsfamilier i møte tjenesteapparatet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bredal, A. (2009). "Barnevernet og minoritetsjenters opprør: Mellom det generelle og det spesielle". I: K. Eide, N.A. Qureshi, M. Rugkåsa og H. Vike (red.). *Over profesjonelle barrierer: Et minoritetsperspektiv på psykososialt arbeid med barn og unge*. Oslo: Gyldendal.

Brochgreivinks, T (2002): "Likestilling. Det flerkulturelle demokratiets hodepine" i Brochmann, Grete m. fl.: *Sand i maskineriet. Makt og demokrati i det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Burr, V. (1995) *Social Constructionism*. London. Routledge.

Danemark, Berth (red). *Sosiologiska perspektiv på funktionshinder och handikapp*. Holmsberg Malmö AB, (2009).

Douglas, M (1986). *How institutions think*: Syracuse, N.Y.:Syracuse University Press.

Eriksen, T. H. Og Sajjad, T. A. (2011). *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge* (5. Utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fook, J. (2002) «*Social Work Critical Theory and Practice*». London: Stage.

Foucault, M. (1961). *Galskapens historie. I opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Frønes, I. (2007). *Moderne barndom*. Oslo: Cappelen Akademisk.

Fuentes, J. (2012). "Etnisitet och funktionshinder". I Grönvik, L. & Söder, M. (red.). *Bara funktionshindrad? Funktionshinder och interseksjonalitet*. Malmö: Gleerups Utbildning.

Fuglerud, Ø. & Eriksen, T. H. (red.)(2007): *Grenser for kultur? Perspektiver fra norsk minoritetsforskning*. Oslo: Pax Forlag.

Gilje & Grimmen (2007): *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.



Gressgård, R. (2013). *Interseksjonalitet*. Tidsskrift for kjønnsforskning. Nr. 01. 2013.s 64-67.

Grue, L. (2006). *Normalitetens opprinnelse. Bidrag til en forståelse*. Hylland Eriksen, T. & Breivik, (red). *Normalitet*. Universitetsforlaget, Oslo.

Gullestad, M. (2002). *Det norske sett med nye øyne*. Universitetsforlaget, Oslo.

Guneriussen, W. (2008): Normalitet, mangfold og forvirring. Bjørnerå, Guneriussen & Sommerbakk (red.) *Utviklingshemming, autonomi og avhengighet*. Oslo, Universitetsforlaget.

Grøsvik, K. (2008). Utredning av utviklingshemming og autisme. I Eknes, J., Bakken, T. L., Løkke, J.A. & Mæhle. *Utredning og diagnostisering. Utviklingshemming, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Oslo: Universitetsforlaget.

IMDI Rundskriv 01/12 (2012). Integrering- og mangfoldsdirektoratet.

IMDI Rundskriv 01/14 (2014). Integrering- og mangfoldsdirektoratet

IMDI Rundskriv 01/15 (2015). Integrering- og mangfoldsdirektoratet

Kittelsaa, A. (2012). Erfaringer fra møter mellom familier og hjelpeapparatet. I Berg, B. (red.). *Innvandring og funksjonshemming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kittelsaa, A. & Berg, B. (2012). *Dobbelt sårbar. Funksjonshemmete barn og unge i asylmottak*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.

Kvale, S. (2004) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lundeby, H. & Tøssebro, J.: Det er jo milepæler hele tiden. I Tøssebro, J. Og B. Ytterhus (red.) (2006): *Funksjonshemmete barn i skole og familie – inkluderingsideal og hverdagspraksis*. Oslo, Gyldendal Akademisk

Løvlie, L. (2004): læreplan 2006 – fra enhetsskole til enrettingsskole? *Bedre skole, nr. 4*, 2006.

Likestilling og diskrimineringsombudet (2011) *Håndbok for tjenesteytere. Likeverdige tjeneste for alle*. Oslo: Likestillings og diskrimineringsombudet.

Olsen, B.C.R. (2006). Avlastning – et tilbud med mange fasetter. I Askheim, O.,P., Andersen, T. Og Eriksen, J. (red). *Sosiale tjenester for familier som har barn med funksjonsnedsettelse*. (2. Utgave). (s. 78-93). Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag AS.

Paulsen, V., Thorshaug, K. & Berg, B. (2014). *Møter mellom innvandrere og barnevernet. Kunnskapsstatus*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.

Postholm, M B. (2010). *Kvalitativ metode*. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier. 2. Utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Rogstad & Midtbøen (2009). *Rasisme og diskriminering: begreper, kontroverser og nye perspektiver*. Oslo: Norsk Forskningsråd.

Priuer, A. (2007). I Fuglerud, Ø. & Eriksen, T. H. (red.) (2007): *Grenser for kultur? Perspektiver fra norsk minoritetsforskning*. Oslo: Pax Forlag A/S.

Malterud, K. (2008). Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl

Mattsson, T. (2010) *Interseksjonalitet i sosialt arbete. Teori, refleksjon och praxis*. Malmö, Gleerups.

NOU 2001:22 (2001) *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmede barrierer*. Oslo, NO: Statens forvaltningstjeneste.

NOU 2009:8 (2009) *Kompetanseutvikling i barnevernet. Kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning*. Oslo: Barne-, likestilling- og inkluderingsdepartementet.

NOU 2012:15 (2012) *Politikk for likestilling*. Oslo: Barne-, likestilling- og inkluderingsdepartementet.

Nygren, P. (2004). *Utvikling og kvalitet i psykososialt arbeid*. Oslo: Pensumtjeneste.

Rubington, E. & Weinberg, M.S. (Eds.)(2011). :*The Study og Social Problems: Seven Perspectives*. Oxford University Press, 2003.

Sajjad, T.A. (2012). *Genetisk veiledning av pakistansk-norske familier: En medisinskanthropologisk studie*. Oslo: Unipub

Sajjad, T. A. (2012). «Pakistansk-norske familier med funksjonshemmede barn» I: Berg, B.: *Innvandring og funksjonshemming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Book.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Bosetting av flyktninger med ressurskrevende helseproblemer: en kartlegging av flaskehalser*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Solvang, P. (2009). I Danmark, Berth (red). *Sosiologiska perspektiv på funktionshinder och handikapp*. Holmsberg Malmö AB, (2009).

Söderström, S., Kittelsaa, A. & Berg, B. (2011). Snakker vi om det samme? Minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet. Avdeling Mangfold og inkludering. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.

Söderström, S. (2012). Kultursensitiv kommunikasjon. I Berg, B. (red.). *Innvandring og funksjonshemming*.(s. 129-150). Oslo: Universitetsforlaget.

Sørheim, T.A. (2000) *Innvandrere med funksjonshemmede barn i møte med hjelpeapparatet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thagaard, T. (2006). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode* (2. utg., 2. opplag). Bergen: Fagbokforlaget

Trøften, D. (2010). *"Skolen er fra Mars, elevene fra Venus- utdanning i et multietnisk samfunn"*. Oslo: OMOD

Tøssebro, J. (2012). Å vokse opp med funksjonshemning – et bakteppe. I Berg, B. (red.). *Innvandring og funksjonshemning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tøssebro, J. (2010). *Hva er funksjonshemming?* Oslo, Universitetsforlaget.

Tøssebro, J. Og Lundeby H. (2002). *Å vokse opp med funksjonshemning – de første årene*. (1. Utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tøssebro, J. (2005). Sosialt arbeid og sosiale problemer – i grenselandet mot sosiologisk teori. I Oltedal, S. (red) : *Kritisk sosialt arbeid*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Tøssebro, J., Engan, E. & Ytterhus, B. (2006). Har vi en inkluderende skole? I J. Tøssebro & B. Ytterhus (red.). *Funksjonshemmede barn i skole og familie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tøssebro, J. & Wendelborg, C. (2014). *Oppvekst med funksjonshemming. Familie, livsløp og overganger*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Aadland, E. (2011). «Og eg ser på deg...» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Aadnesen, B. N. (2012). *"Jeg kan ikke være den afrikanske mammaen i Norge. Men de må også skjønne at min bakgrunn er en del av meg"*. Doktoravhandling i sosialt arbeid. Trondheim: NTNU.

## **Anonymiserte dokumenter**

- \*Rapport fra prosjekt kommune A
- \*Rapport fra prosjekt kommune B
- \*Plandokument kommunale retningslinjer for bosetting. Kommune B
- \*Plandokument Flerspråklig plan. Kommune B

## **Litteraturliste fra nettkilder.**

Helse- og omsorgstjenesteloven. LOV-2011-06-24-30. §1-1, §1-2, §3-1 og §3-2 (2011).  
Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (sett 12.12.14)

Pasient- og brukerrettighetsloven. LOV-2013-06-21-79. §3-2. (2001). Hentet fra  
[http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3#%C2%A73-2](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-2) (sett  
12.12.14)

Prop. 91 L (2010-2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <http://lovdata.no/pro/#document/PROP/forarbeid/prop-91-1-201011>  
(12.12.14)

Statistisk sentralbyrå (2014). Befolkningsstatistikk.  
<Http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef> (sett 28.02.15)

[http://www.imdi.no/Documents/Tall\\_og\\_fakta/Anmodning\\_2014-2016\\_Kommuneoversikt.pdf](http://www.imdi.no/Documents/Tall_og_fakta/Anmodning_2014-2016_Kommuneoversikt.pdf). Hentet 21.04.2015.



## **Vedlegg 1. Ulike integreringstilskudd.**

### **Integreringstilskudd**

Integreringstilskudd skal dekke kommunenes gjennomsnittlige utgifter ved bosetting og integrering i bosettingsåret og de neste fire årene. Tilskuddene skal bidra til at kommunene gjennomfører et planmessig og aktivt bosettings og integreringsarbeid, med sikte på at de bosatte skal komme i jobb og greie seg selv. Erfaringene viser at et godt arbeid de første årene bidrar til lavere utgifter i årene etter at tilskuddet er falt bort.

I tillegg til de rene integreringstilskuddet finnes det ulike andre tilskudd som også er hensiktsmessig for en kommune å søke om og motta. Eksempelvis tilskudd til opplæring i norsk og samfunnskunnskap for voksne innvandrere, og er med å finansiere introduksjonsordningen. I tillegg kan integreringstilskuddet finansiere flyktningkontortjenester, sysselsetningstiltak og lignende. Sosialhjelp, barnevernstjenester, tolketjenester, helsetjenester og andre lignende tiltak (IMDI, 2015).

### **Skoletilskudd**

Skoletilskuddet var et særskilt tilskudd til norsk- og morsmålsopplæring i grunnskolen for elever fra språklige minoriteter som omfattes av integreringstilskuddordningen. Tilskuddet skulle dekke kommunens egenandel knyttet til undervisning av grunnskoleelever fra språklige minoriteter. Tilskuddet utgjorde i 2012 kr 11000,- pr. barn pr år, og blir utbetalt til kommuner med barn som ble omfattet av integreringstilskuddsordningen. Tilskuddet ble utbetalt i august/september hvert år. Kommunene skulle ikke sende inn noen egensøknad om dette skoletilskuddet. Kommunene mottok sammen med utbetalingen et brev og en liste som viste hvilke skolebarn det blir utbetalt for. Utbetalt sammen med integreringstilskuddet. Brevene ble adressert til flyktningkontorene i kommunene. Det var derfor nødvendig med et nært samarbeid mellom flyktningkontor og skoleetat (IMDI, Rundskriv 01/12).

Skoletilskuddet ble avviklet fra 1 januar 2014 (IMDI, Rundskriv 01/14).

## **Barnehagetilskudd**

Ved bosetting mottar også kommunene et engangstilskudd per barn i aldersgruppen 0-5 år som omfattes av integreringstilskuddsordningen. Formålet med dette tilskuddet er å gjøre kommunene i stand til å gi barn av nyankomne flyktninger et barnehagetilbud når familiene etablerer seg i bosettingskommunen. Tilskuddet skal dekke utgifter til særskilt tilrettelegging for barn av nyankomne flyktninger, som eksempel utgifter til tospråklige assistenter

## **Tilskudd 1 og Tilskudd 2**

Tilskudd ved bosetting av personer med alvorlige, kjente funksjonshemminger og/eller atferdsvansker. Denne tilskuddordningen består av to ulike typer tilskudd, Tilskudd 1 og Tilskudd 2. Tilskudd 1 er et engangstilskudd og er i 2015 på kr 175 900. Tilskudd 2 er på inntil kr 1 080 000 per person pr år, og tildeles årlig i integreringstilskuddsperioden, som er på maksimalt 5 år. Tilskuddet har samme innslagpunkt som Helsedirektoratets tilskuddordning for særlig ressurskrevende helse- og sosialtjenester i kommunene.

Bosettingskommunene kan for første bosettingssår søke om enten Tilskudd 1 eller Tilskudd 2. Søknadsfristen for tilskudd 1 er 13 måneder etter førstebosetningsdato, for tilskudd 2 gjelder årlig tildeling fra bosetningsdato og i 5 år ( Rundskriv, 01/2015).



## **Vedlegg 2. Informasjonsskriv til informanter.**

Marianne Gran  
Ulla  
6290 Haramsøy

### **Informasjonsskriv til informanter.**

#### **Prosjektbeskrivelse " Likeverdige tjenester til en mangfoldig sammensatt befolkning".**

Mitt navn er Marianne Gran og jeg er student ved funksjonshemming og samfunn, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap. NTNU Trondheim. Jeg skal våren 2013 skrive masteroppgave om tjenesteyting til minoritetsfamilier med funksjonshemmede barn.

Arbeidet med min undersøkelse vil bygge på tidligere forskning gjort ved NTNU Samfunnsforskning. "Å vokse opp med funksjonshemming" og " Snakker vi om det samme? Minoritetsfamilier med funksjonshemmete barn i møte med tjenesteapparatet".

"Å vokse opp med funksjonshemming" var en langtidsstudie hvor man har fulgte de samme familiene, med barn født i 1992/93, fra tidlig barneår til unge voksne. I datamaterialet fant man at barn der begge foreldrene har innvandrerbakgrunn nesten ikke forekom. Det ble derfor interessant å se hvilke tilleggsutfordringer minoritetsfamiliene har i sammenligning med det vi vet at majoritetsfamiliene erfarer.

Et samfunn med økende etnisk mangfold stiller tjenesteapparatet ovenfor nye utfordringer som krever en mer sammensatt kompetanse og tilnærming. I undersøkelsen "*Snakker vi om det samme?*" ønsket man å få frem erfaringsmateriale, finne eksempler på "god praksis" og se etter hensiktsmessige samhandlingsstrategier rundt denne gruppen. Her beveger vi oss fortsatt på oppløyd mark.

Dette vil utgjøre mitt kunnskapsgrunnlag og mine mål når jeg skal gjøre denne undersøkelsen.

Undersøkelsen vil bestå av samtaleintervju med en rekke fagpersoner som sitter med kunnskap om denne gruppen. Undersøkelsen vil gjøres i to kommuner med noe ulik oppbygning av sine tjenester. Jeg håper å kunne ta opptak av samtalene, og disse vil bli slettet ved undersøkelsens slutt. I den endelige oppgaven vil ingen opplysninger bli knyttet til navngitte personer og steder.

Min arbeid veiledes av professor i sosialt arbeid, Berit Berg. Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap ved NTNU.

Ved spørsmål og mer informasjon, ta gjerne kontakt med meg på mail granm@stud.ntnu.no eller mob. 48959944

Med vennlig hilsen

Marianne Gran