

**Samhandling mellom helsesøster og flerkulturelle foreldre i
barneskolen- En kvalitativ studie**



Universitetet
i Stavanger

Det Helsevitenskapelige fakultet

Master i Helsevitenskap

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Student: Arezoo Shaeri

Veileder: Helene Hanssen, Dosent / Professor

Antall ord: 20 920

Dato: Juni 2018

Forord

Da er jeg endelig ferdig med min masteroppgave. Det har vært en lang og krevende prosess, men også en prosess som har gitt meg verdifull lærdom og erfaring. Og da tenker jeg ikke bare på den teoretiske kunnskapen jeg har fått underveis, men spesielt på den innsikten jeg har fått gjennom å lytte til deltakernes egne erfaringer. Det å få praktisk erfaring med å gjennomføre intervjuer og i etterkant foreta analyser basert på intervjuene har vært svært givende og lærerikt. Å jobbe med kvalitativ metode i praksis har gitt meg en erfaring som aldri kan erstattes av kunnskap basert på teori alene.

Jeg er svært takknemlig overfor de helsesøstrene som sa ja til å delta i min studie. Uten dere hadde det ikke vært mulig å gjennomføre denne studien. Jeg ønsker også å rette en stor takk til virksomhetslederne i de to kommunene som gav grønt lys til at jeg kunne gjennomføre intervjuene, og som for øvrig var meget positivt innstilt til min studie.

Særlig vil jeg rette en stor takk til min veileder Helene Hanssen for mange konstruktive veiledningstimer og tilbakemeldinger underveis i prosessen med å skrive masteroppgave. Dine innspill har i stor grad bidratt til å løfte oppgaven faglig, metodisk og strukturelt.

Jeg vil også rette en stor takk til min kjære samboer, Christian Busch, som har støttet meg underveis i prosessen, og som har kommet med mange viktige og interessante innspill til min studie. Også en takk til min tidligere kollega Einar Liavad for gjennomlesning og gode innspill til oppgaven.

Til sist ønsker jeg å rette en takk til min arbeidsgiver ved NAV Hundvåg og Storhaug for at dere la til godt til rette for at jeg kunne gjennomføre min studie og for at dere har vist så stor interesse for min studie.

Arezoo Shaeri,
Sola, juni, 2018

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
Sammendrag	5
1.0 Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Studiens hensikt.....	9
1.3 Problemstilling	9
1.4 Begrepsavklaring.....	9
1.4.1 Flerkulturell	9
1.4.2 Negativ sosial kontroll	10
2.0 Tidligere forskning	10
2.1 Tidligere studier	11
2.2 Forskningsrelatert informasjon i offentlige publikasjoner	14
3.0 Teori	15
3.1 Rammer for skolehelsetjenesten og helsesøster	15
3.2 Kommunikasjon	17
3.3 Interkulturell kommunikasjon	20
3.4 Verbal kommunikasjon i et kulturelt perspektiv	21
3.5 Ikke-verbal kommunikasjon i et kulturelt perspektiv	23
3.6 Interkulturell kompetanse.....	23
4.0 Metode og metodiske overveielser	25
4.1 Problemstilling	25
4.2 Forskningsdesign.....	25
4.3 Datainnsamlingsmetode	26
4.4 Utvalgsriterier.....	28
4.5 Rekruttering av deltakere	29
4.6 Gjennomføring av intervjuer og transkripsjon	29
4.7 Min forforståelse	30
4.8 Kvalitativ innholdsanalyse	30
4.9 Systematisering og strukturering av data	30
4.10 Validitet og reliabilitet	33
4.11 Forskningsetiske vurderinger	34

5.0 Resultater	35
5.1 Viktige utfordringene for helsesøster i samhandling med foreldre	35
5.2 Hvordan kan helsesøster kan imøtekomme utfordringene?	36
5.3 Foreldre sine forventninger og oppfatning av helsesøsters rolle.....	37
5.4 Kulturelle utfordringer	39
5.4.1 Oppdragelse og negativ sosial kontroll – utfordringer som må løses i samhandling med foreldre	39
5.4.2 Spenninger mellom ulike kulturer.....	40
5.5 Kommunikasjon	42
5.5.1 Å kommunisere vanskelige temaer – en utfordring for helsesøster	42
5.5.2 Å ta i bruk flere arenaer for kommunikasjon med foreldre – et mer solid grunnlag for å løse utfordringer.....	44
5.6 Barnas utfordringer – et viktig utgangspunkt for samhandling med foreldre	46
5.6.1 I hvilken grad er det forskjeller på utfordringer mellom norske og flerkulturelle elever	46
5.6.2 Kontekstuelle psyko-sosiale og fysiske helse relaterte behov.....	47
5.6.3 Negativ sosial atferd.....	48
6.0 Diskusjon	51
6.1 Hvilken rolle bør helsesøster ha i samhandlingen med foreldre? – En avstemming av foreldres forventninger mot fleksibiliteten i helsesøsters rolle	51
6.2 Oppdragelse og negativ sosial kontroll – en utfordring som må løses i samhandling med foreldre	53
6.3 I spenningsfeltet mellom familiens og egen kultur	55
6.5 Tillitsbasert kommunikasjon – En fellesnevner for å løse utfordringer.....	57
6.6 Optimal samhandling med foreldre forutsetter god utredning av barna	61
7.0 Avslutning	65
8.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning	66
9.0 Litteraturliste	68

Vedlegg 1: Informasjonsskriv om studien som grunnlag for masteroppgave

Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse og samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Eksempel på analyseprosessen med utgangspunkt i en meningsbærende enhet

Sammendrag

Temaet for denne masteroppgaven er for det første å beskrive de utfordringer som helsesøster opplever i sin samhandling med flerkulturelle foreldre i barneskolen. For det andre er det å utrede hvordan disse utfordringene kan løses best mulig.

Bakgrunnen for valg av oppgave var en tanke om at skolen er en viktig integreringsarena for flerkulturelle barn og at helsesøster i skolehelsetjenesten har en posisjon og et ansvar som gjør at hun kan spille en viktig rolle i integreringsarbeidet. For å løse utfordringene må hun samhandle mye med foreldrene til barna. Ved å fokusere på de utfordringene helsesøster opplever i samhandlingen med foreldre og forsøke å utrede hvordan utfordringene kan løses var mitt håp at denne innsikten kunne bidra ny innsikt som kan bidra til å forbedre skolehelsetjenesten. Et vesentlig poeng for valg av oppgave var også at Norge og mange andre land deler utfordringen med et stadig økende antall med flerkulturelle innvandrere, noe som gjør at temaet fortjener større oppmerksomhet. Sist, men ikke minst trengs mer forskning på dette temaet.

Når det gjelder **forskningsmetode** valgte jeg en kvalitativ studie som metodisk overbygning. Intervjuer av fem helsesøstre fra to ulike kommuner i Norge ble benyttet som datainnsamlingsmetode. Jeg forsøkte å gjennomføre intervjuene i en fenomenologisk ånd, der det var viktig å få fram helsesøstrenes egne perspektiver og virkelighetsoppfatninger. Analysedelen ble gjennomført med inspirasjon fra Kirsti Malterud (2017) sin metode for systematisk tekstkondensering.

Resultatene i min studie viser at helsesøstre har varierende oppfatninger av i hvilken grad det er særskilte utfordringer i samhandlingen med flerkulturelle foreldre sammenlignet med etnisk norske foreldre. Viktige utfordringer som blir påpekt av deltakerne i min studie er manglende samsvar mellom foreldres forventninger til helsesøster og hennes faktiske ansvarsområde, negativ sosial kontroll og utfordringer knyttet til kommunikasjon. Ellers viser resultatene hvordan spenninger kan oppstå mellom barn med ulik flerkulturell bakgrunn, noe

som kan resultere i konflikter eller negative relasjoner mellom barn på en skole. Å kommunisere vanskelige temaer med foreldre blir beskrevet som en utfordring i seg selv. Min studie viser også at det ofte er en meget tett kobling mellom barnas utfordringer og utfordringene i samhandlingen med foreldre. For å løse problemene er det viktig at helsesøster har stor oppmerksomhet rundt disse utfordringene. Det krever til dels kulturell kompetanse og en god arbeidsmetodikk som sikrer at helsesøster klarer å avdekke utfordringer. I resultatene finnes gode argumenter for at en helsesøster bør innta en proaktiv, oppsøkende og involverende stil overfor foreldre og barn. Et viktig mål for helsesøster er å opparbeide seg tillit, både overfor foreldrene og barna. Helsesøster bør være spesielt oppmerksom på typiske bakenforliggende kulturspesifikke årsaker til atferd og helseproblemer hos barn. Det argumenteres også for at helsesøstre bør benytte flest mulig arenaer for kommunikasjon med barn og foreldre, både formelle og uformelle.

I **teoridelen** har jeg valgt å fokusere på kommunikasjon, inkludert interkulturell kommunikasjon og verbal og ikke-verbal kommunikasjon. Jeg har også valgt interkulturell kompetanse som et teoretisk tema. Ut over dette har jeg forsøkt å klarlegge politiske føringer, lover og regelverk som regulerer helsesøsters rolle og ansvar.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Norge har blitt mer og mer flerkulturelt. Det har vært en kraftig øking av ulike innvandringsgrupper de siste årene. Legger man til grunn Statistisk sentralbyrå sine framskrivninger (mellomalternativet) av folketallet i Norge i 2050 vil det bo 1,3 millioner innvandrere i Norge i 2050, det vil si 20% av befolkningen vil ha innvandrerbakgrunn. Det vil da være 250 000 innvandrere fra land i Vest Europa, 300 000 fra EØS-land i Sentral- og Øst-Europa og 800 000 fra andre land (Meld.St.6 (2012-2013), s.18).

Den høye andelen – og stadig økende andelen - av personer med innvandringsbakgrunn i Norge gjør det viktig å fokusere på gode integreringstiltak.

Forebyggende helse- og omsorgstjenester er viktig i Norge. Det forebyggende helsearbeidet skal rette seg mot grupper i befolkningen som har særlige risiko- og helseproblemer.

Helsestasjon og skolehelsetjenesten blir pekt på som særlig viktige aktører i dette arbeidet.

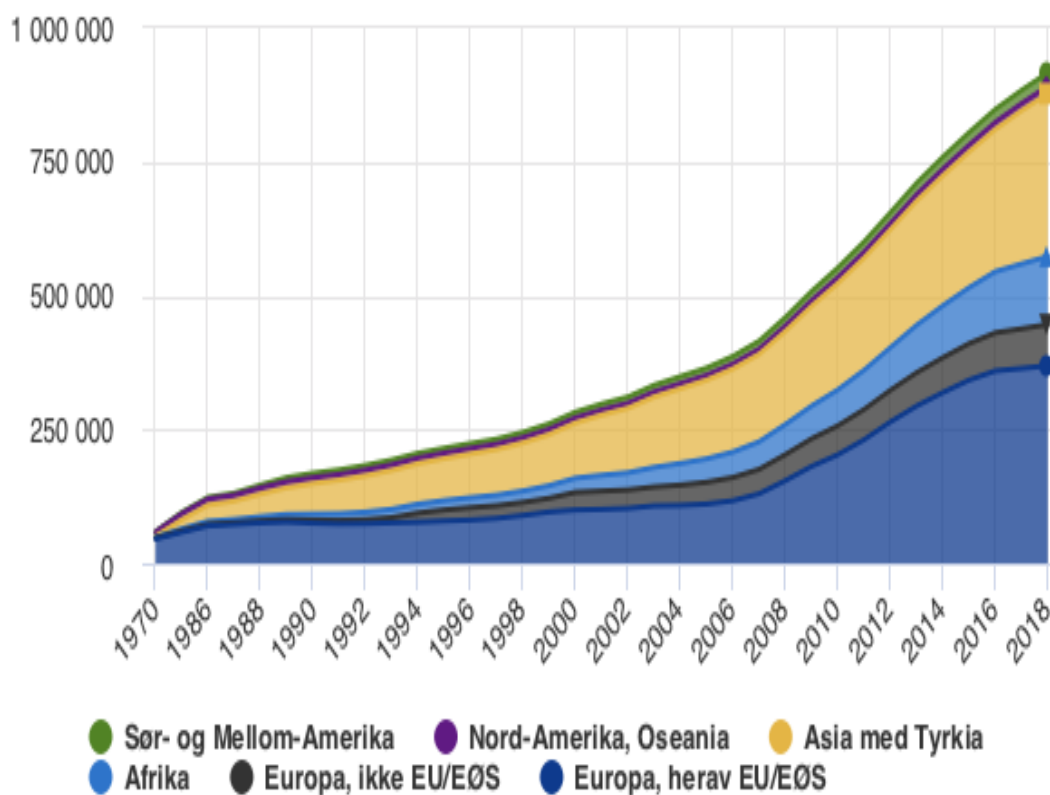
Man anser dette som viktig fordi skolehelsetjenesten har en kontaktflate ut mot alle barn, og man har dermed en mulighet til å nå ut til alle barn som trenger hjelp (Meld.St. 6 (2012-2013)).

Det at helsesøster spiller, eller i alle fall har potensiale til å spille, en stor og viktig rolle når det gjelder utviklingen og integreringen av barn og unge med flerkulturell bakgrunn er en viktig årsak til valg av tema. Det bør forskes mer på relasjonen mellom helsesøster og flerkulturelle foreldre og barn for at dette potensialet skal oppfylles mest mulig.

I Norge er det slik at alle innbyggere har krav på lik tilgang til og likeverdige helse- og omsorgstjenester (Meld. St.6 (2012-2013), s. 66). Språkbarrierer blir løftet fram som en risiko for at helsetilbudet ikke alltid blir optimalt for denne gruppen. Det blir også pekt på at kommunikasjonsproblemer også kan skyldes andre faktorer, slik som ulik sykdomsforståelse mellom etniske nordmenn og innvandrere. Dette understreker behovet for god kulturell kompetanse hos helsevesenet, og i vår sammenheng i helsesøster i skolehelsetjenesten. I et helse- og integreringsperspektiv er god kommunikasjon spesielt viktig. Det handler til syvende og sist om kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. Et annet poeng er at det er lite forskning på relasjonen mellom skolehelsetjenesten og flerkulturelle elever og foreldre, både i Norge og i utlandet.

Dette viser hvor viktig det er at det gjennomføres studier som kan øke vår innsikt når det gjelder spesielle utfordringer i samhandlingen mellom flerkulturelle foreldre og barn og helsesøster og hvordan helsesøster kan møte disse utfordringene. Nedenfor følger en grafisk fremstilling av utviklingen av innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre etter landbakgrunn.

Figur 1. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre etter landbakgrunn



Kilde: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, Statistisk sentralbyrå.

1.2 Studiens hensikt

Studiens hensikt er å belyse utfordringer helsesøster opplever at de har i samhandlingen med flerkulturelle barns foreldre og hvordan hun kan løse disse utfordringene. Jeg håper denne studien kan være et bidrag til en bedre forståelse av hvordan helsesøstre kan utvikle relasjoner og samhandlingsmønstre med foreldre slik at de opplever å bli godt ivaretatt av skolen og skolehelsetjenesten.

1.3 Problemstilling

- 1) Hvordan beskriver helsesøster utfordringer i samhandlingen med foreldre til flerkulturelle barn i barneskolen?**
- 2) Hva kan gjøres for å møte disse utfordringene best mulig?**

Problemstillingen har altså to deler. Den første dreier seg om hvordan helsesøster selv opplever utfordringene knyttet til å samhandle med flerkulturelle barns foreldre mens den andre er knyttet til å finne løsninger for å imøtekomme utfordringene. Det er et viktig poeng i denne oppgaven at det er helsesøsters egne erfaringer som skal fram i lyset.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Flerkulturell

Det ser ikke ut til å eksistere noen entydige og omforente definisjoner av begrepet av «flerkulturell». Andre begreper med omtrent samme innhold er også i bruk. Eksempler på andre tilsvarende begreper er fremmedkulturell, flerspråklig, flerkulturell og minoritetsspråklig. I NOU 2010 drøftes begrepet minoritetsspråklig.

«Utvalget har merket seg at begrepet minoritetsspråklig benyttes ulikt innen ulike deler av opplæringssystemet. Innen grunnopplæringen forstås elever fra språklige minoriteter som elever med annet morsmål enn norsk og samisk, jf. opplæringsloven §§2-8 og 3-12»

(NOU, 2010, s.25)

Videre blir begrepet «flerspråklig» i utredningen definert som «*En person som er vokst opp med to eller flere språk og som identifiserer seg med disse språkene og/eller en person som identifiserer seg med flere språk og bruker flere språk i sin hverdag, selv om språkbeherskelsen ikke er like god på alle språk*» (NOU, 2010:7, s. 26).

I denne oppgaven vil jeg benytte begrepet flerkulturell, som jeg mener at er et mer dekkende begrep enn flerspråklig og ikke så negativ ladet som uttrykket «fremmedkulturell».

Merk at jeg når jeg benytter ordet «foreldre» i denne oppgaven vil dette stort sett bety «flerkulturelle foreldre». Det vil fremgå dersom jeg sikter til norske foreldre eller foreldre generelt.

1.4.2 Negativ sosial kontroll

«Negativ sosial kontroll forstår vi her som ulike former for oppsyn, press, trusler og tvang som utøves for å sikre at enkeltpersoner lever i tråd med familiens eller gruppens normer. Kontrollen kjennetegnes ved at den er systematisk og kan bryte med den enkeltes rettigheter i henhold til blant annet barnekonvensjonen og norsk lov»
(Justis- og beredskapsdepartementet (2017), s. 12)

2.0 Tidligere forskning

Det viser seg at det er gjennomført få, men relevante studier som går direkte på relasjonen mellom helsesøstre og flerkulturelle foreldre.

For å finne relevant forskning har jeg utført søk i følgende databaser: Oria, Svemed+, Medline, DynaMed Plus, Sage journals og Cinahl.

Sentrale søkeord jeg har benyttet er «school nurs*», «cultural», «ethnicity», "ethnic*"«minority», transcultural, «intercultural, "competence" og family care. Jeg har søkt etter tilsvarende ord på norsk. For å få mest mulig moderne forskning valgte jeg å avgrense søkene er avgrenset fra år 2008 til 2017.

2.1 Tidligere studier

Jeg har funnet fram til noen artikler med temaer som inkluderer forholdet mellom flerkulturelle elever, deres foreldre og skolehelsetjenesten.

Whitman, Davis & Terry (2009) er en kvantitativ studie som fokuserer på utfordringer helsesøstre på offentlige skoler i Alabama har når det gjelder kommunikasjon med flerkulturelle elever og deres foreldre i den offentlige skolen. Den tar utgangspunkt i barnehagen og alle skoletrinn fram til og med 12. klasse. I studien argumenteres det om viktigheten av en aktiv involvering av elevenes familier i arbeidet med god helseomsorg. Forfatterne viser til konklusjoner fra andre studier om at det er essensielt å tilby tjenester som er kulturelt og lingvistisk tilpasset for å eliminere det forfatterne kaller rasemessige og etniske misforhold, samt understreker viktigheten av en aktiv involvering av familien i arbeidet med god helseomsorg overfor barna. Videre viser de til studier som har funnet at familieinvolvering fra skolehelsetjenesten korrelerer positivt med elevenes akademiske resultater, mindre fravær og høyere språklig kompetanse hos elevene. På den bakgrunn konkluderes forfatterne med at det er god grunn til å involvere foreldre i helsearbeidet overfor elevene. Også viktigheten av god kunnskap om ulike overbevisninger og praksiser med hensyn til helse, og omsorg og ulike sykdomsforståelse knyttet til de ulike kulturelle gruppene blir vektlagt i studien.

Ellers problematiseres helsesøstres bruk av tolk versus familienes barn som tolker i kommunikasjon med foreldre og hvordan det siste kan forringe god og presis kommunikasjon. Barn har ikke det samme vokabularet og forstår ikke nødvendigvis temaet det snakkes om på en korrekt eller presis nok måte. Å la barn fungere som formidlere av informasjon kan også rokke ved familiehierarkiet og kulturelt definerte roller ved at barna får en innflytelse som ikke harmonerer med kulturelle normer. Det kan sette barna i en vanskelig situasjon.

I undersøkelsen til Matza, Maughan & Barrows (2015) fikk helsesøstrene et spørreskjema for å avklare deres kjennskap til populasjoner i skolesamfunnet. Temaene her var demografi, språk, religion og sosiale «styrker». Videre fikk de spørsmål om helsemessige faktorer i spesifikke populasjoner, i hvilken grad de kunne gi en god beskrivelse av det sosiale og fysiske miljøet til skolebarna, inkludert bolig og transport, samt hvilken kunnskap de hadde om de ulike helsetjenestene. De fikk også spørsmål om hvilke faktorer de tar med ved

utarbeidelse av individuelle planer, samt spørsmål om hvilke ressurser og informasjon som de anså som viktig.

Forfatterne fant at de viktigste utfordringene helsesøstrene opplevde var språkbarrierer, både i forhold til elever og foreldre, utilstrekkelige ressurser og spesielt fraværet av opplæringsmateriale om kulturell kompetanse.

Forfatterne understreker viktigheten av at den enkelte helsesøster må finne ut hvilke tiltak som passer best overfor de ulike gruppene av minoritetsspråklige. De hevder at kulturell kompetanse vil gjøre helsesøstrene i stand til å jobbe mer risikobasert gjennom å rette oppmerksomheten mot bestemte populasjoner av flerkulturelle og jobbe risikobasert opp mot disse. Uten slik kunnskap er det grunn til å tro at helsesøstrene vil bruke lengre tid på å vurdere utfordringer og benytte mindre målrettede tiltak.

Hansson, Clausson & Janlöv (2012) er en kvalitativ studie som fokuserer på å avdekke spesielle helsemessige utfordringer som barn på internasjonale skoler har, spesielt barn av foreldre som har en jobb som gjør at de stadig må flytte til nye land og dermed stadig må tilpasse seg nye tilværelser og nye skolemiljøer. Studien viser til at flytteprosesser gjerne medfører en periode med ustabilitet, diskontinuitet, forvirring og nød før stabilitet kan oppnås. Situasjonen med kulturskifte har likhetsstrekk for barn som har opplevd mer eller mindre tvungen emigrasjon på grunn av krig eller andre vanskelige omstendigheter.

Forfatterne skiller mellom fire hovedkategorier helserelaterte behov:

1. Generelle fysiske helserelaterte behov.
2. Kontekstspesifikke fysiske helserelaterte behov knyttet til en livsstil i transitt.
3. Generelle psyko-sosiale helserelaterte behov.
4. Kontekstspesifikke psykososiale helserelaterte behov knyttet til en livsstil i transitt

(Hansson, et. al., 2012, s. 144)

Oppdelingen synes nyttig fordi den skiller mellom de helseproblemer som kan sies å være generelle og typisk for alle elever og de mer kontekstbestemte helseproblemer. Ved å sondere

mellom behov som er generelle og kontekstuelle vil helsesøster kunne bli mer bevisst og kunne jobbe målrettet mot kontekstuelle utfordringer. Artikkelen gjør oss i stor grad også oppmerksom på en annen viktig variabel, nemlig de umiddelbare utfordringene som kan oppstå på grunn av flyttingen til en ny ukjent tilværelse og nytt skolemiljø. Som i de øvrige studiene pekes det på språklige utfordringer. Elevene kan for eksempel ha vanskeligheter med å formidle sine helseproblemer på en presis måte. Helsesøstrene i studiet oppgir at de ofte må kompensere med ikke verbal kommunikasjon, som de hevder ikke er tilstrekkelig.

Utilfredsstillende kommunikasjon kan resultere i at elevene føler seg utilpass og blir flau. Deltakerne i studien oppgav også at de ofte måtte tjene som oversettere og fortolkere for foreldrene.

Rollen til helsesøster ble også ansett som viktig da helsesøster gjerne er den eneste helsepersonen foreldrene forholder seg til i begynnelsen av oppholdet i arbeidslandet på grunn av manglende generell kunnskap om helsevesenet (Hansson et. al. 2012)

Det at elevene i løpet av kort tid må tilpasse seg en ny rolle i et nytt miljø, finne nye venner og lære seg et nytt språk medfører ifølge artikkelen økte helsebehov for noen barn. Mange besøk til helsesøstrene viste seg å handle om relasjonsspesifikke temaer, For eksempel var problemer med å finne seg nye venner et stort problem. Helsesøstrene i studien rapporterte også om psykososiale problemer relatert til hjemlengsel, følelsen av fremmedgjøring og nervøsitet. Som en forklaring ble det pekt på at familienettverket ofte er svakere enn hjemme på grunn av færre familiemedlemmer.

Deltakerne i studien rapporterte også om utfordringer knyttet til mer «intime» temaer, som prevensjon og seksuelt overførbare sykdommer, hvor egen kulturell bakgrunn ofte er toneangivende i forhold til hvordan slike temaer skal adresseres og løses. Det ble også avdekket av jenter og gutter gjerne har ulik fremstilling av sine problemer.

I en annen studie som dreier seg om helsesøsterens tjenester overfor etniske minoritet tok man sikte på å finne ulike mønstre i helsesøsterbesøk basert på data om fattigdom, rase og etnisitet (Flemming, 2011). Studiet viste signifikante mønstre basert på disse variablene, der fattigdom var den største forklaringsfaktoren. En av konklusjonene var at kulturelle faktorer virker inn når det gjelder besøksmønstre og elevenes presentasjon av sine problemer overfor helsesøstre. For eksempel ble det vist at hvite og blant annet latinamerikanere (hispanic) har større

sannsynlighet for å komme med sosiale og emosjonelle bekymringer til helsesøstrene, mens asiatiske har større sannsynlighet for å fremlegge somatiske bekymringer som skjuler emosjonelle bekymringer.

2.2 Forskningsrelatert informasjon i offentlige publikasjoner

Når det gjelder forskning om innvandrerne fremgår det at denne er mangelfull og fragmentert og at det derfor er mangel på kunnskap om sykdomsforekomst hos innvandrerne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013-2017, s. 39).

I meld. St. 6. (2012-2013), s. 65 fokuseres det på at en del innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn kan ha sosiale og økonomiske levekår som fører til økt risiko for sykdommer, og at flere kvinner enn menn har psykosomatiske plager. Slike påviste kjønnsforskjeller knyttet til helse kan være viktig for helsesøster å være klar over for om mulig å vurdere kjønns spesifikke tiltak rettet mot gutter og jenter.

Stortingsmeldingen viser også til at barn og unge med innvandrerbakgrunn har et annet sykdomsbilde enn det som er tilfellet for norske barn og unge. Generelt har de flere symptomer på angst og depresjon enn andre barn, men det er viktig å understreke at det er store individuelle forskjeller mellom innvandringsmiljøene (Meld. St.6. (2012-2013) s. 70). Stortingsmeldingen viser også til forskning som viser at det er større avstand mellom elever som lykkes og ikke lykkes blant unge med innvandrerbakgrunn enn tilsvarende blant norske elever (Meld.St.6. (2012-2013), s. 50).

Det er viktig å få oversikt over kunnskap om helse- og kulturelle utfordringer som gjelder innvandrerbarn og ungdom. I nasjonal strategi om innvandreres helse (2013-2017) fremgår det syv typiske utfordringer: 1) helserelaterte utfordringer, 2) kulturelle utfordringer, 3) språklige utfordringer, 4) tilgang til helseinformasjon, 5) tilgang til og bruk av helsetjenester, 6) kompetanse hos helsepersonell, 7) forskning og utvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013-2017, s. 11). Dette dokumentet fremhever at forskjellen nok er større mellom etnisk voksne nordmenn og innvandrere fordi barna i større grad tillegger seg en vestlig livsstil.

Det fremgår videre at voksne innvandrere fra lav- og middelinntektsland, har høyere forekomst av psykiske lidelser, og at barn av innvandrere har høyere forekomst av psykiske plager enn norske barn. I tillegg foretrekkes andre typer behandlinger enn det som er vanlig i Norge dersom man kommer fra land utenfor EØS. Man ser også at særlig i kvinner i enkelte innvandringsgrupper er mer utsatt for sosial isolasjon og sosial kontroll av sin familie (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013-2017, s.23).

3.0 Teori

Jeg har i denne studien valgt å fokusere på teori om kommunikasjon og kulturell kompetanse. Årsaken var en tanke om at kunnskap om slik teori er vesentlig for å løse de utfordringer som helsesøster står overfor i samhandling med foreldre. Studiens resultater bekrefter også langt på vei viktigheten av slik teori. Innledningsvis vil jeg imidlertid ta for meg de formelle rammene for helsesøsters rolle og hennes oppgaver i skolehelsetjenesten. Å avklare slike føringer gir et viktig teoretisk rammeverk i forhold til problemstillingen og vil tjene som et utgangspunkt for diskusjon rundt resultatene som denne studien har kommet fram til. Slik sett vil juridiske publikasjoner, slik som relevante lov- og forskrifter og nasjonale retningslinjer tjene som verdifulle teoretiske bidrag.

3.1 Rammer for skolehelsetjenesten og helsesøster

Her vil jeg fokusere på å redegjøre for de formelle føringene som jeg mener har mest betydning for denne studien. Disse er:

- Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003)
- Merknader til forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003)
- Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (2017)

Det er Helsedirektoratet som har vært ansvarlig for utarbeidelse av retningslinjen. Denne er i stor grad basert på forskriften og uttyper bestemmelsene i forskriften.

Formålet med skolehelsetjenesten fremgår av forskriften.

- a) *Fremme psykisk og fysisk helse,*
- b) *Fremme gode sosiale og miljømessige forhold,*
- c) *Forebygge sykdommer og skader».*

(Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. § 1-1)

Formålet er nærmere redegjort for i merknadene til forskriften:

«Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal i et tverrfaglig samarbeid bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og ungdom gjennom tiltak for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen, fremme barns og ungdoms lærings- og utviklingsmiljø og bidra til å legge til rett for godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø i skolen...»

(Merknader til forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. Til § 1-1)

Retningslinjen formidler at barn, ungdom og foreldre skal ha et lett tilgjengelig lavterskeltilbud, noe som blant annet innebærer at de skal kunne henvende seg til skolehelsetjenesten uten avtale (drop inn). Det beskrives som forutsetning for å kunne drive forsvarlig og etter formålet med tjenesten. Også viktigheten av at barn, unge og deres foreldre er kjent med innholdet i tilbudet til skolehelsetjenesten fremheves som viktig (Helsedirektoratet, 2017, s. 17).

Videre drøftes betydningen av at tilbudet til barn, ungdom og foreldre bør tilpasses den enkeltes forutsetninger og behov. Det fremgår klart at dette blant annet innebærer *«å ta hensyn til språklige og kulturelle forskjeller i innvandrerbefolkningen»* Dette ses i sammenheng med det overordnede politiske målet om at alle skal ha likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av blant annet etnisitet (Helsedirektoratet, 2017, s.22).

Retningslinjen fokuserer også på at utviklingen av rett kompetanse må sikres i forhold til den demografiske utviklingen og at arbeidet i helsestasjonene må være *kultursensitivt*.

Disse forventningene gir viktige føringer til hvordan helsesøster skal kunne oppfylle sitt ansvar i møte med flerkulturelle foreldre. Retningslinjen gir imidlertid ingen nærmere instruksjoner eller forslag til hvordan disse føringene kan virkeliggjøres når det gjelder flerkulturelle foreldre og barn. Men den beskriver altså kultursensitivitet som en viktig forutsetning. Det er videre opp til skolehelsetjenestene og helsesøstrene å avklare innholdet

nærmere, med utgangspunkt i de aktuelle befolkningsgrupper, samfunnslag og de utfordringer de står overfor i sine skolemiljøet. Føringene tilsier at helsesøster må være forsiktig med å standardisere eller normere sin tjeneste for mye og at hun må utvikle og anvende ulike strategier når det gjelder informasjon til og samhandling med forskjellige befolkningsgrupper.

3.2 Kommunikasjon

Jeg har i denne studien valgt å beskrive kommunikasjon og kommunikasjonsprosessen i et interkulturelt perspektiv med utgangspunkt i fremstillingene til Brinkmann & Eriksen (1996) og Øyvind Dahl (2001).

For å illustrere kommunikasjonsprosessen benytter Brinkmann & Eriksen (1996) en klassisk prosessmodell for kommunikasjon, gjengitt her.

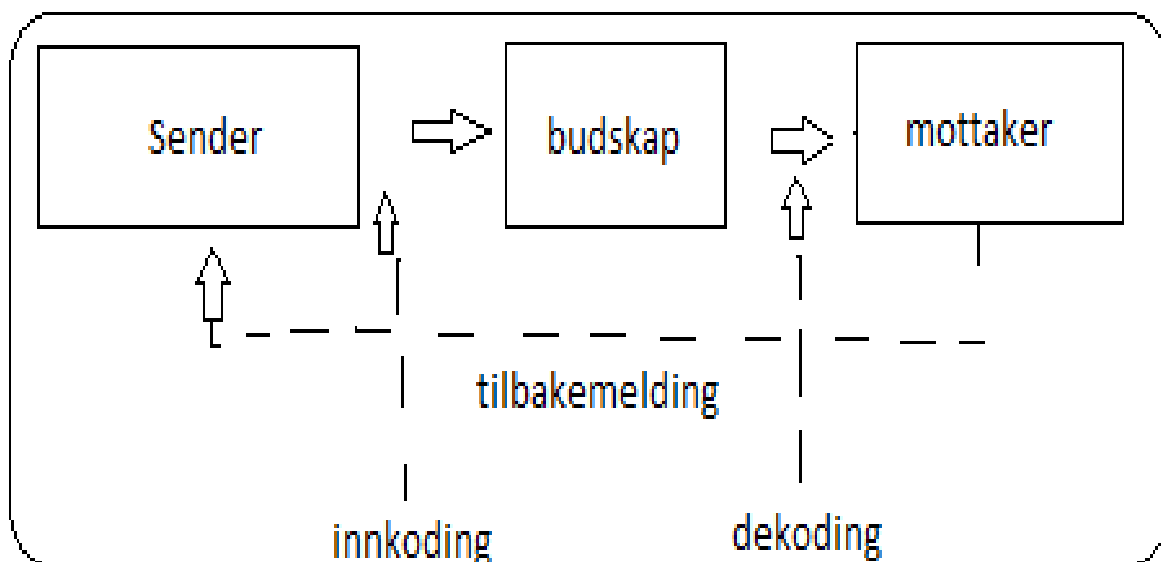


Diagram over kommunikasjonsprosessen (Brinkmann & Eriksen, 1996, s. 141)

Kommunikasjon handler ifølge forfatterne om overføring av tanker ved hjelp av tegn.

Når to mennesker kommuniserer veksler de på å være sendere og mottakere av informasjon. Forenklet kan man si at en aktør sender ut et budskap som en eller flere andre mottar. Dette er en forenkling fordi det ikke sikkert at mottakeren oppfatter informasjonen i budskapet slik den var intendert av avsenderen. Diagrammet illustrerer dette. Her er avsenderen av budskapet plassert til venstre og mottakeren til høyre. Budskapet er symbolisert i midten. Pilene viser retning fra avsender til mottaker. Etter at mottakeren har oppfattet og tolket informasjonen fra

avsenderen kan hun fortsette dialogen med å sende en tilbakemelding til senderen, representert med en stiplet linje. Det er verd å merke seg at jeg bruker uttrykket «oppfattet og tolket informasjon» fremfor «oppfattet budskapet». Årsaken er at det ikke er sikkert at han har oppfattet budskapet korrekt eller fått med seg alt. På et kontinuum med ingen forståelse i den ene polen og full forståelse på den andre kan man tenke seg ulike grader av korrekt oppfattelse. Brinkmann & Eriksen (1996) knytter en slik gradering opp mot begrepet effekt, som et mål på i hvilken grad senders budskap harmonerer med mottakers forståelse av budskapet, eller med andre ord i hvilken grad oppfattelsen av «budskapet» avviker fra det faktiske budskapet.

Så kan man spørre seg om hvilke mekanismer i diagrammet som fremmer eller reduserer denne effekten av et avsendt budskap. Det leder oss over til begrepene «innkoding» og «dekoding». Innkoding er ifølge Brinkmann & Eriksen (1996) et begrep som uttrykker selve måten et budskap blir formidlet på. Avsenderen er nødt til å omsette eller oversette et budskap som i første omgang er «mentalt» konstruert til ord og eventuelt ikke-verbale uttrykk, slik som kroppsspråk. En slik oversettelse er imidlertid ikke uten «forstyrrelser».

Man kan tenke seg at dess større kompleksitet som ligger i temaet som skal formidles, dess vanskeligere blir det for avsender å foreta denne oversettelsen. Avsender må forsøke å formidle det hun ønsker å på en mest mulig meningsbærende måte, og da må hun tenke hvilke forutsetninger mottakeren har til å forstå budskapet. Til dette må hun benytte ulike former for tegn, for eksempel ord, kroppsspråk, atferd og bilde og sette dette sammen på en måte som gir mening både for avsender og mottaker.

Øyvind Dahl (2001, s. 36) tar resonnementet videre med kultur som et utgangspunkt og introduserer oss for begrepet «koder». Koder er meningssystemer som tegnene er organisert inn i. Det finnes systemer som inneholder regler for hva tegnene skal bety, det vil si hvilken mening som skal tilskrives de lyder, fakter og begreper som brukes som tegn.

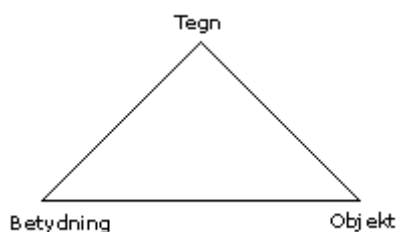
Det er klart at disse systemene eller «premissene» for koding i ulik grad vil variere fra person til person. Avkoding og dekodeing (tolkning) vil alltid være avhengig av ulike referanserammer hos aktørene. Det er derfor viktig at to aktører som kommuniserer har kjennskap til hverandres koder, for eksempel at de snakker det samme språket og forstår hverandres signaler for øvrig (Dahl, 2001). Han skriver videre at i en kommunikasjonsprosess går informasjon ofte fram og tilbake. Rollen som avsender og mottaker endres kontinuerlig i denne prosessen. Den som er avsender kan forsøke å tolke, på mottakers reaksjoner, om budskapet er forstått og forsøke å oppklare eventuelle misforståelser i løpet av prosessen.

En annen klassisk modell blir beskrevet både av Brinkmann og Eriksen (1996) og Dahl (2001) som kan bidra til å forklare mekanismene i den nevnte kommunikasjonsmodellen er trekantmodellen (også kalt den semiotiske trekant) Modellen er knyttet til forholdet mellom tre ulike begreper i et trekantforhold, der litteraturen gjerne bruker noe forskjellig uttrykk for de samme begrepene. Eksempler på begreper som brukes er:

Tegn, objekt og betydning.

Tegn, ting og tanke

Tegn, referent, referanse



Vi forholder oss her til den førstnevnte kombinasjonen av uttrykk. Objektet i trekanten står for en reell ting, for eksempel en ting eller et dyr. Betydningen eller referansen er den oppfattelsen av objektet som gir mening til objektet. Tegnet er den koden som benyttes for å beskrive objektet. En kan si at «betydningen» er en tolkning av objektet og at tegnet symboliserer objektet. Det er ingen direkte kobling mellom objekt og tegn (Dahl, 2001)

La oss ta et eksempel med en katt. Objektet er da selve katten. I dette tilfelle er sammensetningen av tegnene k-a-t-t som utgjør ordet «katt» og som benyttes som tegn. Alternativt kunne en avsender for eksempel brukt kroppsspråk til å beskrive katten. Eller hun kunne ha vist mottakeren et bilde av katten. Betydningen eller tolkningen av objektet katt kan imidlertid variere. Alt avhengig av sammenhengen kan katt oppfattes som for eksempel kosedyr, rovdyr, smittebærer, allergifremkallende objekt eller kanskje til og med tolkes som et objekt med spirituelle eller mystiske egenskaper. Ulike meningssystemer gir objektet ulike betydninger.

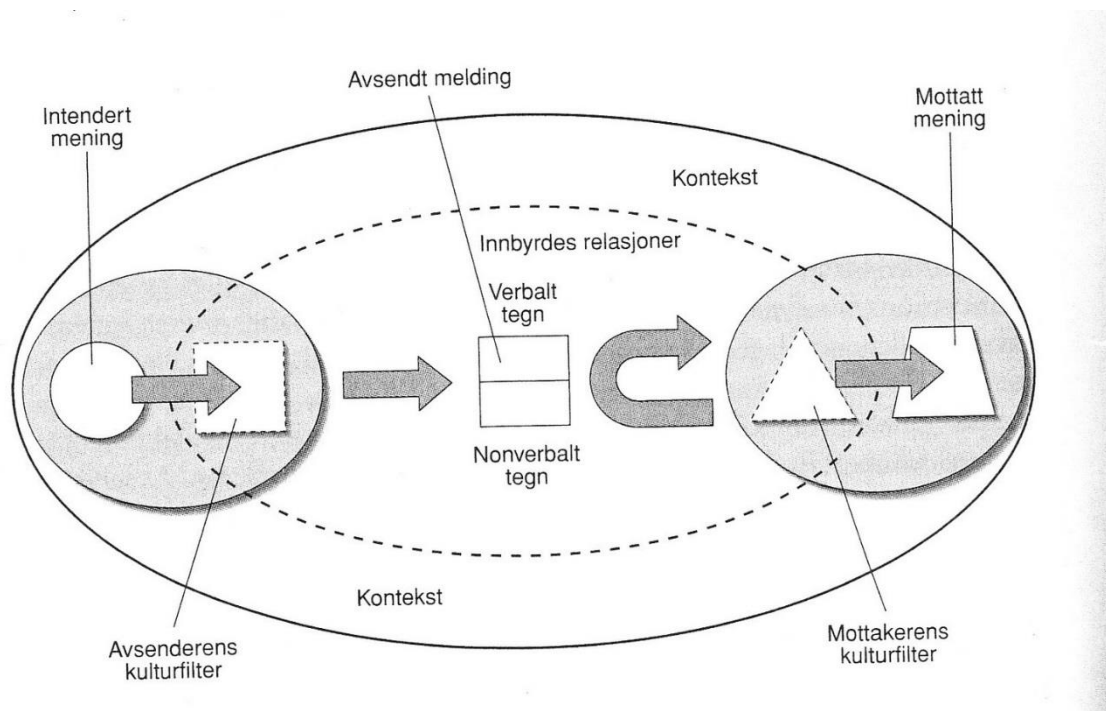
Av dette forstår vi at en avsender ikke bare må agere ut i fra sine egne meningssystemer, men også må ta hensyn til mottakerens meningssystemer. Men det krever at avsenderen har kjennskap til mottakerens meningssystemer. I kommunikasjonen med flerkulturelle foreldre er det kulturell kompetanse en nøkkelfaktor for å sikre slik forståelse. I tillegg kan en tenke

seg at avsenderens kultursensitivitet vil spille en viktig rolle i forhold til å bruke sin evne til å tolke mottakerens svar og kommentarer til det som blir formidlet av avsenderen.

En ting er tolkningen av fysiske objekter, men resonnerer vi rundt hva som kan være objekter innenfor vårt tema ser vi fort at helsesøster av og til må formidle betydningen av «objekter» som er mer abstrakte. Et eksempel på et slikt begrep er psykisk helse eller et begrep som uttrykker en eller annen form for psykisk lidelse. En kan tenke seg at meningsinnholdet i slike begreper vil kunne variere mellom ulike kulturer. Whitman et. al (2009) viser til at det kan være ulik sykdomsforståelse mellom innvandringsgrupper. La oss tenke oss at en helsesøster har fått mistanke om at en elev har traumer på grunn av sine tidligere opplevelser og ser at eleven trenger behandling, hjelp og støtte fra sin familie. Det er nok ikke alltid bare lett å oversette dette budskapet på en meningsbærende måte. Med dette nærmer vi oss neste tema som omhandler interkulturell kommunikasjon.

3.3 Interkulturell kommunikasjon

En kan illustrere kommunikasjonsmodellen ovenfor slik at «kultur» blir en eksplisitt variabel i modellen. Slik kan modellen som beskrevet av Brinkmann & Eriksen (1996) utvides til å slik at den tjener som en illustrasjon på en interkulturell kommunikasjonsprosess.



(Dahl, 2001, s. 66)

Det er denne modellen Dahl (2001) tar utgangspunkt i når han formidler hva interkulturell kommunikasjon er. Han understreker at i prosessen med innkoding og dekodning av informasjon vil den kulturelle referanserammen til avsender og mottaker spille en stor betydning. Dess større forskjell det er på den kulturelle bakgrunnen til aktørene i kommunikasjonsprosessen dess større fare for at mottaker gir informasjonen et annet meningsinnhold enn det som var intendert at avsenderen, dersom avsender ikke er oppmerksom på eller tar hensyn til dette. Som vi ser er avsenderens og mottakerens kulturfilter symbolisert med henholdsvis et kvadrat og en trekant. Ser vi diagrammet i lys av teorien til Brinkmann & Eriksen (1996) er kulturfilteret noe som påvirker innkodings og avkodingsprosessen. At kulturfiltrene er symbolisert ulikt er et uttrykk for at meningssystemene til avsender og mottaker er farget av aktørenes ulike kulturelle bakgrunn. Vi ser også at modellen nå inkluderer den øvrige konteksten kommunikasjonen foregår i og den innbyrdes relasjonen mellom aktørene.

Øyvind Dahl (2001) fremhever at vi må passe oss for å ilegge kultur altfor stor betydning. Flere andre faktorer kan ha en vel så stor betydning for kodingen enn kultur. Eksempler er utdanning, profesjon, kjønn, familieforhold, interesser, politisk orientering, og ulike opplevelser og erfaringer for øvrig. Et menneske, selv innenfor samme kultur, har variert bakgrunn og erfaringer. Kultur er heller ikke en statisk størrelse. Det er imidlertid viktig at vi er bevisst at ulik kulturbakgrunn kan spille en mer eller mindre betydelig rolle i en kommunikasjonsprosess. Dahl fremhever at det er mennesker, og ikke kulturer som møtes (Dahl, 2001, s. 19-20).

3.4 Verbal kommunikasjon i et kulturelt perspektiv

Verbalt språk er essensielt for kommunikasjon i dag. Det brukes imidlertid på svært varierte måter og har store kulturelle forskjeller. Dahl (2001) fremhever flere ulike aspekter knyttet til verbal kommunikasjon man må være klar over i kommunikasjonen med flerkulturelle personer og kommer med mange eksempler på dette.

For det første kan ord ha flere betydninger. Ofte må vi kjenne til sammenhengen ordet blir brukt eller situasjonen ordet står i (Dahl, 2001, s. 84). Tvetydigheter eller mangetydigheter kan skape særlige vanskeligheter når man kommuniserer på tvers av kulturer.

Tonefall er også viktig og varierer stort fra språk til språk. Ulikt tonefall kan gi språklige uttrykk vidt forskjellig mening og skape vanskeligheter i interkulturell kommunikasjon (Dahl,

2001, s. 86). Også setningsbygning og grammatikk kan spille en avgjørende rolle for forståelsen. Dess mer overfladisk kunnskap man har om et fremmedspråk og dess mindre man vet om grammatikk, dess større er sannsynligheten for misforståelser og feiltolkninger. Oversetter man en setning ord for ord har man ikke en nødvendigvis en god forståelse av meningsinnholdet.

Små variasjoner i grammatikk kan skape helt andre meninger. Dahl er også opptatt av språket som et uttrykk for virkelighetsoppfatning, at språket utgjør en felles referanseramme og en kollektiv kunnskap (Dahl, 2001, s. 91). I dette ligger blant annet at det i ulike kulturer er utviklet sine egne «korrekte» måter å uttrykke tanker, følelser eller viljes handlinger i forskjellige situasjoner. Måten man bruker språket på er altså koblet til kulturelle og sosiale forhold. Et eksempel er ordet «ja» eller «nei», som ikke alltid kan tolkes bokstavelig, men ulikt i forhold til for eksempel hva som anses som høflig i en bestemt situasjon. For eksempel kan ikke «ja» alltid tolkes som en bekreftelse på innholdet i det som blir sagt. Det kan for eksempel bety «jeg hører hva du sier». (Dahl, 2001) Han skriver også at forretningsfolk som har forhandlet med klienter med en annen kulturbakgrunn har opplevd at det de trodde var en avtale viste seg å ikke stemme.

Måter å uttrykke seg om temaer kan også være høyst ulikt fra kultur til kultur. I en lineær modell uttrykkes ting mest mulig direkte. Da sier man tingene som de er. I en såkalt «sløyfemodell» er måten ting blir sagt på og omstendighetene viktig. Dahl viser i et eksempel til at arabisk talemåte ofte preges av små sprang. Man innleder samtalen med et tema, forlater det igjen og kommer tilbake til temaet gjennom ord som understreker mer personlige relasjoner og slik fortsetter det. I spiralmodellen sirkler samtalen rundt og rundt temaet uten å gå rett på sak. Man snakker om et tema på en mer indirekte måte, men temaet sirkles mer og mer inn. (Dahl, 2001, 99-100). Andre eksempler på ulikheter er bruk av forretningspråk og humor.

Vi kan på bakgrunn av denne lærdommen om kommunikasjon utlede at det vil være svært viktig for helsesøster å være bevisst på ulike kulturelt betingede verbale uttrykksmåter. Dess mer hun kan om ulike kulturers uttrykksmåter og hva som er «korrekte» former for kommunikasjon i ulike kulturer, dess mer vil hun kunne tilpasse dialogen kulturelt. Det handler kort og godt om å ha et godt grep om de ulike meningsbærende systemer og å tilpasse sin kommunikasjon i forhold til disse.

3.5 Ikke-verbal kommunikasjon i et kulturelt perspektiv

Som nevnt ovenfor kan språk også være ikke-verbal. Man kan kommunisere muntlig, skriftlig eller ikke-verbalt, for eksempel gjennom ansiktsmimikk, øyekontakt, kroppsbevegelse, kosmetikk, taushet, kleddsel, håndbevegelse osv. Det kan være bevisst eller ubevisst. For eksempel ved samtale med andre kan man bruke øynene eller håndbevegelsen. (Brinkmann & Eriksen, 1996, s. 148). Øyekontakt er et fenomen som kan oppfattes svært ulikt. I noen kulturer er øyekontakt og stirring et uttrykk for «onde blikk». Nærhet kan tolkes som sympati eller brysom nærgåenhet (Brinkmann, 1996, s.148). Taushet kan være en kraftfull uttrykksform gitt omstendighetene, for eksempel en plutselig og uventet taushet i kommunikasjon eller taushet som «ingen respons».

Ikke-verbale uttrykksformer kan ifølge Dahl (2001), variere stort fra kultur til kultur. For eksempel kan øyekontakt og smil i en bestemt kontekst være uttrykk for noe positivt i en kultur og negativt i en annen. Verbal og ikke verbal kommunikasjon henger sammen. Formidlingen av et budskap dreier seg om et avstemt forhold mellom verbal og ikke verbal informasjonsformidling.

3.6 Interkulturell kompetanse

Jeg har valgt å bruke Øyvind Dahl (2001) sin teori om interkulturell kompetanse. Han definerer interkulturell kompetanse slik:

«Med begrepet interkulturell kompetanse vil vi forstå evnen til å kommuniser hensiktsmessig og passende i en gitt situasjon i forhold til mennesker med andre kulturelle forutsetninger»
(Dahl, 2001, s. 175)

Kulturell kompetanse dreier seg blant annet om å lære om sosiale og kulturelle faktorer det er viktig å være klar over i kommunikasjon med andre. Det handler videre om å være disse faktorene bevisst og bestrebe seg på å utvikle forståelsen gjennom erfaring.

Kulturell kompetanse kan avgrensnes i tre vesentlige komponenter;

- 1) Kommunikativ komponent (atferd)
- 2) Kognitiv komponent (kunnskap)
- 3) Affektiv komponent (holdninger).

(Dahl, 2001, s. 176)

Den kommunikative komponenten relaterer seg til kommunikativ kompetanse i en kulturell kontekst, blant annet gjennom evne til innkoding og avkoding av meldinger, evne til å skape og opprettholde kontakt og innta sosiale roller på en kulturelt akseptabel måte. Den kognitive komponenten handler om kunnskap og erfaringer, men også holdninger i forhold til disse. Man bør for eksempel ikke uten videre innta en etnosentrisk holdning overfor andre kulturer, det vil si ikke vurdere andre kulturer opp mot egne målestokker for hva som er en akseptabel kultur. Det er derfor viktig å tilegne seg kunnskap om andre kulturer. Den tredje komponenten - den affektive - har med følelsesregisteret å gjøre i møte med personer fra andre kulturer, for eksempel evnen til å vise empati, se den andres perspektiver, utvise respekt og «*evnen til å forholde seg «mentalt fleksibelt til nye situasjoner som kan være flertydige og dermed åpne for ulike fortolkninger»*» (Dahl, 2001, s. 176).

Dahl (2001) hevder også at kulturkompetanse handler om forståelsen av ulike typer konflikter. For det første handler det om interessekonflikter der kulturelle faktorer har betydning for samhandlingen mellom to parter med motstridende interesser. For det andre handler det om verdikonflikter, det vil si uenigheter om betydningen av bestemte verdier. For det tredje handler det om relasjonskonflikter, herunder maktkonflikter. Eksempler på det siste er blant annet knyttet til ekteskapsnormer, for eksempel at familien finner en ektefelle til sin sønn eller datter og som kanskje tvinges til å gifte seg mot sin vilje. Konflikter kan også være knyttet til manglende samsvar mellom samfunnets bilde av akseptable bolignormer, hygienenormer og oppdragelsesforhold. Slike konflikter kan løses ved at man gjør en ekstra innsats når det gjelder å tilegne seg kulturkompetanse for å forstå disse avvikende normene (Dahl, 2001, s. 190-192). Kulturelle aspekter det kan være verd å være oppmerksomme på er:

- 1) *universalisme versus partikularisme (aksept av regler)*
- 2) *kollektivism versus individualisme (gruppe – individ)*
- 3) *nøytral versus emosjonell (betydning av å vise følelser)*
- 4) *diffus versus spesifikk (grad av involvering)*
- 5) *tilegnet versus tilskrevet status*
- 6) *forhold til tid*
- 7) *betydningen av kontekst.*

(Dahl, 2001, s. 195).

Men igjen må man være forsiktig med å generalisere for å unngå stereotypisering.

4.0 Metode og metodiske overveielser

Jeg vil i dette kapitlet gjøre rede for mine metodiske valg i min studie, herunder orientere om det metodiske designet, datainnsamlingsmetode og utvalg. Så vil jeg presentere den faktiske fremgangsmåten jeg benyttet ved rekruttering og datainnsamlingen. Deretter vil bearbeidingen og analysen av innsamlede data presenteres. Jeg vil avslutningsvis skrive noen ord om studiens reliabilitet, validitet og etiske betraktninger.

4.1 Problemstilling

Studiens problemstilling var:

- 1) Hvordan beskriver helsesøster utfordringer i samhandlingen med foreldre til flerkulturelle barn i barneskolen?**
- 2) Hva kan gjøres for å møte disse utfordringene best mulig?**

4.2 Forskningsdesign

Kvalitativ metode ble valgt som metodisk overbygning. Det ble videre benyttet en eksplorerende og fenomenologisk tilnærming i denne studien. Fenomenologien handler om at det er respondentenes egne perspektiver og virkelighetsoppfatninger som er utgangspunktet ved innhenting og analyse av data. Ved å anvende denne metoden er målet å få fram et mest mulig autentisk bilde av hvordan deltakerne opplever og beskriver utfordringene. (Kvale & Brinkmann, s. 45).

Min studie dreier seg om sosiale prosesser innenfor et område som det ikke er forsket så mye på. Det var derfor viktig å få fram de reelle utfordringene som helsesøster opplever i sitt daglige arbeid med flerkulturelle foreldre. I og med at det er lite forskning på helsesøsters rolle og hennes samhandling med flerkulturelle foreldre var det viktig å ikke innsnevre temaene og spørsmålene for mye, men heller gå grundig til verks og belyse flere temaer og problemstillinger som kunne være potensielt viktige for å belyse problemstillingen. I motsatt

fall ville den være en risiko for å utelate viktige temaer og dermed gå glipp av viktige forklaringsvariabler.

Mitt valg av metode må også sees i sammenheng med min egen forforståelse og erfaringsramme. Jeg visste på forhånd ikke hvilke utfordringer og problemstillinger helsesøstrene var opptatt av, og jeg antok at de sosiale prosessene som utspiller seg mellom helsesøstre og flerkulturelle foreldre kan være varierende og komplekse. Det var viktig å stille spørsmål som kunne få helsesøstrene til å reflektere rundt sin rolle og sine erfaringer.

Selve problemstillingen, slik den er formulert og vinklet, var et argument for fenomenologi som metode. Helsesøster er jo en sentral part i samhandlingsprosessene med foreldre og barn, og det ville vært unaturlig å ikke legge stor vekt på deres egne perspektiver og erfaringer om utfordringer rundt denne samhandlingen.

Når det er sagt ønsket jeg også å belyse om helsesøstrene faktisk var bevisst alle utfordringer de burde være oppmerksomme på. Jeg ønsket også å finne ut av i hvilken grad kunnskapsnivået og oppmerksomheten rundt samhandling med flerkulturelle barns foreldre kunne variere fra helsesøster til helsesøster. Det var rimelig å anta at kulturell kompetanse samsvarer med helsesøstres "orienteringsevne" inn mot potensielle problemstillinger og utfordringer hun bør være klar over. Jeg antok at slik årvåkenhet til dels har sammenheng med kulturell kompetanse. De åpne spørsmålene i intervjuguiden er derfor supplert med mer objektivt formulerte spørsmål med mer avgrensede svaralternativer i forhold til kulturell kompetanse.

4.3 Datainnsamlingsmetode

Som datainnsamlingsmetode valgte jeg individuelle forskningsintervjuer av helsesøstre. Det ble benyttet en ganske detaljert intervjuguide, men med en overvekt av relativt åpne, men også noen lukkede spørsmål der det var naturlig. Etersom jeg var ute etter helsesøstres personlige erfaringer knyttet til et komplekst tema der helsesøster måtte tenke gjennom et bredt spekter av sosiale interaksjoner for å kunne besvare spørsmålene mine, måtte jeg velge en datainnsamlingsmetode som var egnet til å få fram denne type erfaring.

Jeg utarbeidet forhåndsdefinerte spørsmål (intervjuguide), basert på et såkalt «semistrukturert livsverden intervju:

«Et semistrukturert livsverdenintervju brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonenes egne perspektiver. Denne formen for intervju søker å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, og særlige fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet». (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46)

Ved utarbeidelse av intervjuguiden prøvde jeg derfor å unngå for åpne eller lukkede spørsmål. Kvale & Brinkmann (2015) anbefaler at spørsmålene i intervjuguiden «sirkler inn» temaene som skal drøftes. På den måten sikres en åpen samtale, samtidig som samtalen ikke blir så åpen at man fjerner seg fra temaet på dagsorden.

Jeg forsøkte å benytte dette prinsippet om å «sirkle inn temaene» ved å stille flere ulike spørsmål til hvert tema. Det medførte et større antall spørsmål, men de ble likevel holdt åpne slik at respondentene kunne resonnerer bredt og gi selvstendige og reflekterte svar. Spørsmålene ble formulert med tanke på at de ikke skulle være ledende eller knyttet til et bestemt antall svaralternativer. Den relativt detaljerte intervjuguiden gjorde at jeg også fikk forsikret meg om at alle temaer ble godt dekt på hvert intervju og mer egnet til å sammenligne besvarelsene og at de samme temaene ble godt belyst i alle intervjusituasjonene.

Ved tematiseringen av intervjuguiden benyttet jeg Kvale & Brinkmann sine prinsipper (spørsmål som må besvares) for tematisering av en intervjuundersøkelse.

Hvorfor: Klargjøre formålet med studien

Hva: Innhente forhåndskunnskap om emnet som skal undersøkes

Hvordan: Innhente kunnskap om ulike teorier og intervju- og analyseringsteknikker, og bestemme hvilken teori man skal bruke for å innhente den kunnskapen man ønsker
(Kvale & Brinkmann, 2015, s. 140)

Teori og forskning utgjorde på den måten viktige premisser for utforming av intervjuguiden. Formålet med studien ble nøye forklart overfor helsesøstrene og deres virksomhetsledere, jf. første spørsmål ovenfor.

4.4 Utvalgskriterier

Det er i denne studien benyttet et strategisk utvalg. I følge Thagaard (2013, s. 61) innebærer et strategisk utvalg at man velger ut deltakere som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver.

Det var et krav at helsesøstrene måtte ha god erfaring fra barneskolen og erfaring fra samhandling med flerkulturelle barn og foreldre. Jeg ønsket deltakere som hadde jobbet som helsesøstre på barneskoler med god erfaring fra flerkulturelle elever i to år eller mer.

Det er ifølge (Polit & Beck, 2017) vanlig at man velger ut deltakere med mål om fange opp mest mulig informasjon og variasjon i denne (maximum variation sampling). En måte å få til dette på var å intervjuv helsesøstre fra ulike kommuner og ulike områder i kommunen. Jeg valgte å intervjuv helsesøstre fra to kommuner, men det skulle vise seg at det var vanskelig å få tilstrekkelig med deltakere til å delta i min studie. Flere ønsket ikke å delta og oppgav stort sett at de ikke hadde tid som begrunnelse for dette. Blant de som ikke ville delta var det enkelte helsesøstre med ekstra relevant bakgrunn, for eksempel en som hadde som hovedoppgave å følge opp elever med flerkulturell bakgrunn i kommunen hun jobbet i. Slik sett så kan utvalget jeg endte opp med også karakteriseres som et tilgjengelighetsutvalg som igjen kan ha gått noe utover den strategiske «styrken» i denne studien.

Deltakerne i min studie er mellom 30 og 50 år. Man kan tenke seg at alder spiller en rolle når det gjelder måten helsesøstrene forholder seg til flerkulturelle foreldre på og hvordan de definerer og fortolker utfordringer, men antallet deltakere i min studie er altfor begrenset til å utlede noen sammenhenger her. Videre var fire av deltakerne etnisk norske mens en kom fra et ikke-vestlig land.

At antallet deltakere er begrenset til fem gjør at jeg jeg vanskelig kan trekke konklusjoner på et altfor generelt grunnlag. Jeg håper likevel at studien kan uttrykke en retning når det gjelder viktige utfordringer det kan være interessant å se nærmere på.

4.5 Rekruttering av deltakere

For å få tillatelse til å gjennomføre intervjuer sendte jeg epost til virksomhetslederne for helsestasjon og skolehelsetjenesten i de kommunene jeg ønsket å gjennomføre intervjuer og ba om tillatelse til å gjennomføre intervjuer av helsesøstrene. I eposten begrunnet jeg formålet med min studie og understreket hvordan denne kunne bidra til ny og verdifull innsikt for skolehelsetjenesten. Virksomhetslederne stilte seg positive til min studie, og jeg fikk lov til å henvende meg til aktuelle helsesøstre i de respektive kommunene. Jeg sendte etter det forespørsler til aktuelle helsesøstre om å tillatelse til å gjennomføre intervjuer med dem. Jeg begrunnet også overfor dem formålet med oppgaven og nytten med å delta i studien.

På grunn av vanskelighetene med å rekruttere kom jeg i gang med intervjuene betydelig senere enn forventet, men jeg klarte i alle fall å oppnå mitt mål om å intervju fem deltakere som hadde erfaring med foreldre og elever på barneskoler.

4.6 Gjennomføring av intervjuer og transkripsjon

Intervjuene ble gjennomført i løpet av januar og februar 2018. Intervjuene varte stort sett i mellom 45 minutter og 1 time. Jeg var nøye med å repetere formålet med studien i begynnelsen av hvert intervju. I tillegg forklarte jeg litt om min egen bakgrunn. Alle intervjuene ble gjennomført på helsesøstrenes egne kontorer og uten forstyrrelser. I hvert intervju gikk jeg systematisk igjennom de samme spørsmålene. Intervjuene ble tatt opp på lydopptak og senere transkribert.

Etter det første intervjuet besluttet jeg at det kunne være en god ide å sende intervjuguiden til deltakerne på forhånd. Det å skulle delta på intervjuer og få spørsmål man vanligvis ikke reflekterer så mye over kan gjøre det vanskelig å få belyst alle temaer så grundig som mulig. Spørsmålene mine stiller jo krav til at helsesøstrene tenker igjennom mange ulike situasjoner i sine møter med flerkulturelle familier. Deltakerne måtte også tenke gjennom hvordan samhandling med flerkulturelle foreldre varierer i forhold til samhandling med norske, noe som krever at de tenker igjennom enda flere situasjoner.

4.7 Min forforståelse

Jeg har selv flerkulturell bakgrunn. Det vil si at jeg har visse tanker, ideer og egne opplevelser knyttet til hva som kan være utfordringer i samhandlingen med flerkulturelle foreldre som ubevisst kan tenkes å påvirke gjennomføringen av min studie, for eksempel hvordan jeg formulerer og vektet spørsmål og svar i en intervjusituasjon. Jeg har prøvd å være bevisst på dette både i forberedelsene og gjennomføring av min studie. At jeg har valgt å intervju helsesøstre og ikke flerkulturelle foreldre tror jeg har bidratt til å redusere risikoen for at min forforståelse skal få for stor betydning på forskningen. Men min forforståelse kan også være positiv i den forstand at jeg selv har flerkulturell bakgrunn og selv har følt ulike typer utfordringer på kroppen, samt at jeg kjenner mange andre flerkulturelle personer som har opplevd ulike utfordringer som de har formidlet og drøftet med meg. Det kan ha gjort meg i bedre stand til å få frem flere aktuelle problemstillinger i lyset.

4.8 Kvalitativ innholdsanalyse

Formålet med dataanalyse er ifølge Polit & Beck (2017) å organisere, gi struktur til og belyse meningsinnholdet i data. Prosessen med analyse kan starte allerede under innsamlingen av data, det vil si som kan starte allerede under intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er jo slik at man allerede i intervjuet leter etter mønstre og forsøker å forstå (tillegge mening) til hva intervjupersonen prøver å formidle, altså en form for analyse av meningsinnholdet i det som blir formidlet underveis i intervjuet. Jeg har prøvd å ha dette i bakhodet under gjennomføringen av intervjuene.

4.9 Systematisering og strukturering av data

Det finnes ulike metoder og teorier som beskriver forskjellige måter å systematisere, strukturere og analysere datamateriale. Jeg har latt meg inspirere av en metode som kalles systematisk tekstkondensering (Malterud 2017). Årsaken til at valget falt på denne er at den er ganske intuitiv og oversiktlig og blir beskrevet som en metode som passer for de som ikke har så mye erfaring med å systematisere og analysere data. Ulempen er kanskje at den ikke er særlig koblet til filosofiske retninger innen dataanalyse. Jeg kunne ha valgt en mer avansert

modell, men det ville vært en større risiko for å ikke oppnå en ønskelig kvalitet på gjennomføringen gitt mine begrensede erfaring med kvalitativ analyse.

I følge Malterud (2017) består metoden av fire analysetrinn:

- 1) Å danne et helhetsinntrykk av dataene
- 2) Identifisere meningsbærende enheter i datamaterialet
- 3) Kondensering av de meningsbærende enhetene
- 4) Sammenfatning

Trinn 1 – Helhetsinntrykk av dataene

Jeg har lest gjennom det transkriberte materialet flere ganger. Jeg har også lyttet til intervjuopptakene noen ganger da dette også kan bidra til økt forståelse av meningsinnholdet i datamaterialet. (Malterud, 2017, s. 97) forutsetter at man i dette arbeidet må *«arbeide aktivt for å sette vår forforståelse og teoretiske referanseramme midlertidig i parentes»* En metode jeg benyttet for å få til dette var å lese informasjonen fra deltakerne mest mulig koblet fra intervjumalen. Det er jo ikke utenkelig at intervjuguiden til en viss grad kan være farget av min forforståelse. Dessuten er det et selvstendig poeng i dataanalyse å konstruere informasjonen i nye kontekster og sammenhenger for å få fram meningsinnhold som ellers ikke ville vært så synlig.

Malterud (2017) uttrykker under dette punktet at man skal lese datamaterialet med sikte på å identifisere noen foreløpige temaer. På dette tidspunktet er ikke poenget at de skal være så veldig gjennomtenkte eller logiske, men slik jeg tolker Malterud, mer på basert på øyeblikkets intuisjon og de temaene jeg fester meg ved når jeg leser gjennom materialet. Jeg festet meg blant annet ved begreper som for eksempel psykiske plager, levekårsstress, fattigdom, identitetskrise, begrensning i aktiviteter, negativ sosial kontroll, innesluttethet, fornektelse, redsel og helsesøster som kontaktpunkt og nettverk.

Trinn 2 – Identifisering av meningsbærende enheter i datamaterialet

Her skal man ifølge Malterud (2017) fokusere på de delene av teksten som gir mening til problemstillingen. Jeg forsøkte derfor å identifisere de delene av teksten som var relevante for studien og som kunne belyse viktige utfordringer. Jeg bygget videre på de intuitive temaene og forsøkte å revidere disse til foreløpige koder som de meningsbærende enhetene skulle

plasseres innunder. Her måtte jeg altså skille relevant fra irrelevant i teksten, og etter hvert som jeg innplasserte de meningsbærende enhetene så jeg stadig at kategoriene måtte revideres ytterligere. Jeg prøvde fortsatt å være oppmerksom på at kodene ikke skulle avspeile spørsmålene i intervjuguiden. De foreløpige kodene jeg nå endte opp med var livsbetingelser, helseproblemer, foreldres for forståelse av helsesøsters rolle, sosial atferd, avdekking av utfordringer og kommunikasjon.

Trinn 3 Kondensering av de meningsbærende enhetene

I analysens tredje trinn utførte jeg en kondensering av de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017). Det innebar at jeg lagde kunstige sitater basert på de meningsbærende enhetene. De kunstige sitatene fremstår på sett og vis som mer generell beskrivelser eller komprimering av de meningsbærende enhetene med sikte på å få innholdet i disse enda klarere fram. Jeg sorterte på nytt de kunstige sitatene inn i nye subgrupper.

Trinn 4 Sammenfatning – fra kondensering til kategorier

Til sist skulle det lages nye kategorier basert på subgruppene (Malterud, 2017). En utfordring jeg opplevde med kategoriseringen i denne studien er at kategorier er så tett vevd inn i hverandre. Prinsippet om å gjensidig utelukke kategoriene fullt ut blir derfor vanskelig. For eksempel er kategorien kommunikasjon nært koblet til de øvrige kategoriene. De nye kategoriene er nå uttrykk for den rekontekstualiseringen av teksten som jeg foretok gjennom analyseprosessen.

Tabellen nedenfor gir en sammenfatning av de kategorier og subgrupper jeg endte opp med å benytte meg av i denne studien.

Kategorier	Subgrupper
Foreldres forforståelse av helsesøsters rolle	Forventninger Oppfatninger
Kulturelle utfordringer	Oppdragelse/Negativ sosial kontroll Spenninger mellom ulike kulturer
Kommunikasjon	Formidling av vanskelige temaer Arenaer for kommunikasjon
Utredning av barnas utfordringer – et nødvendig utgangspunkt for god samhandling med foreldre	Kontekstuelle psyko-sosiale helserelaterte behov. Kontekstuelle fysiske helserelaterte behov. Negativ sosial atferd Livsvilkår Språklig kompetanse

4.10 Validitet og reliabilitet

Ifølge Tove Thagaard (2013) handler reliabilitet om forskningen er utført på en tillitsvekkende måte, med andre ord om forskningens pålitelighet. Man kan teste reliabilitet ved å gjennomføre samme undersøkelse flere ganger. I min studie er det blant annet et spørsmål om begrepsapparatet (for eksempel intervjuguiden) for analysen kan benyttes av andre på samme måte i andre forskningsopplegg med tilsvarende eller beslektede målsetninger.

Det er flere forhold som teller positivt inn på reliabiliteten i denne studien. For det første er intervjuene gjennomført med ganske lik struktur. Alle informantene har måttet forholde seg til de samme spørsmålene, i den samme rekkefølgen. Som nevnt har jeg prøvd å sirkle inn temaene ved å stille flere detaljerte spørsmål rundt disse. Et mål med dette har som nevnt vært å skape flere innfallsvinkler for resonnering slik at meningsinnholdet knyttet til de ulike temaene forhåpentligvis blir klarere og mer likt forstått av informantene. Det vil forhåpentligvis øke sannsynligheten for mer konsistent resonnering fra deltaker til deltaker og

på den måten sikre et bedre sammenligningsgrunnlag. At intervjuguidens tematikk er inspirert av tidligere teori og forskning bør styrke reliabiliteten.

Validitet handler om «*gyldigheten av de tolkningene undersøkelsen fører til*» (Thagaard, 2013, s. 194). Det er viktig at man har funnet fram til alle de mest relevante temaene (variablene) som påvirker samhandlingen mellom helsesøster og foreldrene. Jeg har blant annet pekt på informasjon, kommunikasjon, språklig forståelse og ulike kulturelle uttrykk og kulturkompetanse som viktige overordnede temaer som kan påvirke samhandlingen. Jeg mener dette i stor grad er dekkende temaer for tidligere forskning og teori. Jeg har for øvrig vært bevisst på at det skal være en konsistens mellom forskning, teori, intervjuguide og analyse.

4.11 Forskningsetiske vurderinger

Det har vært viktig å sikre deltakerne konfidensialitet og at deltakelse i studien er frivillig. Helsesøstrene som ble intervjuet ble i forkant av intervjuene informert om at de kunne trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt uten å måtte begrunne dette. Før intervjuene fikk helsesøstrene tilsendt en forespørsel om deltakelse i prosjektet, hvor målet var at en skulle oppnå et informert samtykke. Det ble tatt lydopptak av intervjuene, og disse vil bli slettet etter at denne studien er ferdig.

Studien hadde ikke behov for godkjenning av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Jeg har tatt en test på NSD sin hjemmeside. Svaret på testen var at studien ikke var meldepliktig. Når det ikke registreres personopplysninger, omfattes ikke prosjektet av meldeplikt, og jeg trengte derfor ikke å sende inn meldeskjema til dem. Studiens deltakere kan ikke identifiseres verken på en direkte eller indirekte måte.

Jeg vil støtte meg på de forskningsetiske retningslinjene utarbeidet av De nasjonale forskningsetiske komiteene. Det er utarbeidet egne retningslinjer for temaet medisin og helse hvor det er utarbeidet en «Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag (2010).

Veiledningen krever for det første at forskningsprosjekter skal «*inneholde en tilfredsstillende begrunnelse for valg av design om metode som er konsistent med og som kan belyse prosjektets problemstilling*» (Forskningsetiske komiteer, veiledning, 2010, s.11).

Man må altså basere seg på et tilfredsstillende design og metoder. Jeg har i metodekapittelet drøftet bakgrunnen for valg av undersøkelsesdesign og metode for min problemstilling.

Veiledningen foreslår selv kvalitativ analyse med semi-strukturerte intervjuer når hensikten er å «*få innsikt i individers livserfaringer og deres fortolkninger av disse*» (Forskningsetiske komiteer, 2010, s.11-12).

5.0 Resultater

I dette kapittelet vil jeg formidle resultater ved å ta utgangspunkt i de kategoriene jeg utledet i metodedelene. I følge Malterud (2017) er dette viktig for å ivareta en konsentrasjon rettet mot den empiriske dimensjonen, det vil si den innsikten som datainnsamlingen og dataanalysen har tilført. Innledningsvis vil jeg gi en generell oversikt over de viktigste utfordringene min studie avdekket og gi en sammenfatning av deltakerens forslag til løsninger. Jeg har utover dette bevisst valgt å ikke splitte utfordringer og løsninger i to separate seksjoner. Tanken er at jeg på den måten klarere under hvert tema får fram forbindelsen mellom utfordringer og hva som kan gjøres for å imøtegå de aktuelle utfordringene. Dette er også gjort for å være trofast mot måten deltakerne har utformet sine svar på. Som vi skal se kommer deltakerne ofte inn på løsninger, implisitt eller eksplisitt, når de avgir svar om utfordringer. Senere, i diskusjonsdelen, vil jeg avslutningsvis i større grad generalisere resultatene i forhold til utfordringer og løsninger på utfordringene. Resultatene følger stort sett oppsettet i tabellen over kategorier og subgrupper som beskrevet i metodedelene. Men først følger en sammenfatning av de viktigste utfordringene og løsningene på disse som deltakerne beskriver.

5.1 Viktige utfordringene for helsesøster i samhandling med foreldre

En utfordring helsesøster står ovenfor er manglende samsvar mellom foreldres forventninger til helsesøster og hennes faktiske ansvarsområde. Det blir pekt på at helsesøster ofte får en annen og nærmere relasjon til flerkulturelle foreldre enn til norske, på godt og vondt. En annen utfordring min studie avdekker er knyttet til oppdragelse og foreldres negative sosial kontroll over sine barn. Dette får konsekvenser for barnas atferd på skolen og deres mentale helse.

Negativ sosial kontroll kommer blant til uttrykk ved at foreldre nekter barna å delta på skoleturer, bursdager og begrensninger i hvem barna får lov til å være venner med. En beslektet utfordring har jeg kalt kulturelle spenninger. Slike spenninger kan oppstå mellom barn med ulik flerkulturell bakgrunn og kan resultere i konflikter eller negative relasjoner mellom elever på en skole. For noen barn er det problematisk når de ser at andre har en frihet de selv ikke har. Eksempler på dette er sjalusi, fordømming av andres «umoralske» atferd og baksnakking.

Utfordringen med sosial kontroll og kulturelle spenninger på en skole handler i stor grad om foreldrenes overbevisninger og formaninger overfor sine barn og kan ikke løses isolert som et problem som bare involverer samhandling med barna og med skolemiljøet som kontekst. De må løses i samarbeid med foreldrene.

En viktig utfordring som ble omtalt av deltakerne er å kommunisere vanskelige temaer med foreldre. Helsesøster må kunne overvinne foreldrenes skepsis og noen ganger feilaktige oppfatninger. Å bryte gjennom denne «muren» kan være en utfordring. Å få til et konstruktiv og tillitsfullt samarbeid mellom helsesøster og foreldrene er en utfordring i seg selv. Ellers viser resultatene i studien generelt at det ofte er en meget tett kobling mellom barnas utfordringer og familiære utfordringer. Årsaker til utfordringer bunner ofte i tidligere opplevelser, familiære problemer, dårligere livsvilkår, manglende nettverk, identitetskrise og oppdragerstiler dominert av negativ sosial kontroll. Denne koblingen trer klarere fram når man fokuserer på helsesøsters løsningsstrategier på de beskrevne utfordringene.

5.2 Hvordan kan helsesøster kan imøtekomme utfordringene?

Studiens funn viser for det første hvordan helsesøsters oppmerksomhet rundt de utfordringer som er avdekket er nødvendig for å løse utfordringene hun står overfor i samhandling med foreldre. Oppmerksomhet er en viktig forutsetning å kunne avdekke utfordringer og løse utfordringer. Men skal helsesøster bli oppmerksom på utfordringer kreves det at hun har kunnskap om typiske utfordringer og jobber på en måte som gjør at hun er i best mulig i stand til å bli oppmerksomhet på utfordringene. Et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag inkluderer kulturell kompetanse og god forståelse av kommunikasjonsprosesser. Når det gjelder

helsesøsters arbeidsmetodikk gir deltakere i studien gode argumenter for at en proaktiv, oppsøkende og involverende stil er å foretrekke.

Et viktig mål er å opparbeide seg tillit, både fra foreldrene og deres barn. Helsesøster bør være spesielt oppmerksom typiske bakenforliggende årsaker til atferd og helseproblemer hos barn. Hun bør videre benytte flest mulig arenaer for kommunikasjon med barn og foreldre, både formelle og uformelle. Noen deltakere peker på at særlig uformelle arenaer, slik som å utnytte det å møte foreldrene tilfeldig i gangen gir et bedre utgangspunkt for å skape tillit. Når et tillitsfullt forhold er etablert er det enklere å kommunisere og jobbe sammen med foreldre med vanskelige og kontroversielle temaer.

Det ble lagt vekt på ulike typer strategier helsesøster kan benytte overfor foreldrene når det gjelder det å ta opp vanskelige temaer. En strategi var å stille såkalte retoriske spørsmål på vegne av deres barn til foreldrene. Teorien bak dette var å la foreldrene leve seg litt mer inn i barnas verden og de utfordringer deres barn står ovenfor når de blir påvirket av familiens og den norske kulturen. Noen deltakere var klare på at helsesøster bør være litt modige og tøffe og være mindre redde for å ta opp vanskelige temaer med foreldrene, f.eks. i forhold til oppdragelse og sosial kontroll. Det ble hevdet at helsesøster bør være spesielt oppmerksom på atferdsendringer, særlig mot sommeren, som er en høytid for blant annet tvangsekteskap og omskjæring.

Ellers viste våre funn at det ligger mye potensiale for helsesøster ved i å ikke definere sin rolle for strengt. Noen deltakere var inne på at det å innta en utvidet rolle som kontaktperson og ressurs for familier som ikke har så store sosiale nettverk i Norge kan være en fordel i samhandling med foreldre. Noen familier ser til og med på helsesøster som en del av sitt nettverk. Det gjelder for helsesøster å utnytte de mulighetene som ligger i det å være en slik ressurs.

5.3 Foreldre sine forventninger og oppfatning av helsesøsters rolle

Flere deltakere gav ganske klart uttrykk for at helsesøsters arbeidsoppgaver ofte ikke er i samsvar med den rollen en del flerkulturelle foreldre forventer at helsesøster skal ha og at dette kan være en utfordring i samhandlingen med foreldre. De beskriver at foreldre ofte har

en forventning om at helsesøster skal kunne bidra til å løse mange typer familiære problemer, men som ikke faller inn under hennes oppgaver. En deltaker uttrykker blant annet følgende:

«...men opplever at en del av de fremmedkulturelle har en tanke om at jeg kan skrive et vedlegg om hjemmeforhold som gjør at de kan få en større og bedre bolig eller hjelpe dem med å ringe til legen å si at barnet er sykt...»

Generelt er deltakerne klare på at det ofte ikke er samsvar mellom helsesøsters rolle og foreldres forventninger til henne. Noen gav uttrykk for at foreldre ofte forventer mer enn man kan yte som helsesøster. Foreldre kan for eksempel ha større krav og forventninger til helsesøster når det gjelder å få hjelp med økonomiske problemer. Årsaken til dette kan være familienes utfordringer med økonomi generelt. Det ble også fremhevet at flerkulturelle foreldre ofte har et annet forhold til møteavtaler enn det norske foreldre har. De norske foreldrene sender eller ringer på forhånd for å avtale tid til et møte, mens de flerkulturelle foreldrene gjerne «dukker mer opp» og blir mer irriterte hvis helsesøster ikke har tid til dem.

Noen var inne på at årsaken til dette var at helsesøster gjerne får en annen type relasjon til flerkulturelle foreldre, som igjen påvirker forventninger og atferd overfor helsesøster. Det ble hevdet at selv om helsesøstrene forklarer sin rolle og oppgave, får hun ofte en relasjon til foreldrene som innebærer at hun blir kontaktperson for familien. Foreldre ønsker gjerne å ringe til personen de har snakket med før og som har kjennskap til barnet. Helsesøster er enkel å komme i kontakt med og flere foreldre derfor tar kontakt etter første møte. Det ble vist til to spesifikke årsaker til at relasjonen ofte utvikler seg på denne måten. For det første at flerkulturelle familier kan ha et begrenset sosialt nettverk i Norge, noe som kan medføre at familiene innlemmer helsesøster som en del av sitt nettverk. For det andre får helsesøster ofte en rolle som fortolker i forhold til det norske samfunnet og hvordan ting fungerer.

Som en løsning på denne utfordringen ble det hevdet at det er viktig å avklare sin egen rolle som helsesøster. Noen deltakere godtar til en viss grad en utvidet rolle som kontaktperson, fortolker og yter av praktisk bistand når det gjelder å kontakte andre offentlige hjelpeorganer og mener dette kan være en fordel. Som en deltaker uttrykker det:

«Men i slike tilfeller hjelper jeg med avklaringen, men kan også bidra med noe praktisk, for eksempel sende et skriv til kommunen om at boligen ikke er helsemessig forsvarlig osv. «

5.4 Kulturelle utfordringer

5.4.1 Oppdragelse og negativ sosial kontroll – utfordringer som må løses i samhandling med foreldre

Noen deltakere mener foreldrenes oppdragelse av sine barn er en faktor helsesøster må være oppmerksom på og at det generelt er store forskjeller mellom hvordan norske barn og en del utenlandske barn blir oppdratt.

Noen barn kommer fordi de opplever at norske barn har mer frihet og får lov til ting man selv ikke får. Det kan være problematisk når det gjelder bursdager og andre sosiale begivenheter og sosiale nettverk vi har tradisjon for i Norge. Da må man få fram viktigheten av at barn deltar i bursdager»

Noen deltakere beskriver forskjeller mellom ulike nasjonaliteter. En informant trekker spesielt fram at syriske og afghanske jenter blir passet spesielt godt på. De får ikke være med på fritidsaktiviteter sammen med andre og får heller ikke lov til å delta på skoleturer utenom skoletid. Guttene derimot, har ikke de samme restriksjonene. På den annen side hevder hun at andre jenter fra andre land, for eksempel fra Eritrea, får lov til å delta på slike turer. Helsesøsteren mener det er problematisk at mange jenter ikke får lov til å delta på sosiale aktiviteter. For eksempel er turer viktig for at elevene skal bli kjent med hverandre.

Deltakere i studien hevder sosial kontroll kan ha ulike årsaker, slik som sosiale problemer eller uvitenhet. Det kan skyldes mer bevisste holdninger hos foreldrene, for eksempel at de ikke ønsker at barna skal bli for norske. I tillegg til å beskrive negativ sosial kontroll som en frihetsberøvende atferd vises det også til at sosial kontroll kan komme til uttrykk gjennom ulike former for tvang. En deltaker mener forklaringen gjerne er knyttet til redselen for at noe seksuelt kan inntreffe. Hun antar at denne redselen for døtrenes seksualitet også er grunnen til foreldre nekter sine døtre HPV-vaksiner.

Det gjelder også vaksiner, eks HPV-vaksine. Årsaken er at de forbinder vaksinen med noe seksuelt. Jeg kan ikke overprøve foreldrene. Mange unge får heller ikke lov å delta på seksualundervisning».

Et annet problem er knyttet til overgrep/sosial kontroll, for eksempel tvangsekteskap. Dette kommer nok tydeligere frem på en ungdomsskole. Barn kan være underlagt sosial kontroll, men det er ikke sikkert at det er så synlig».

En annen deltaker beskrev det hun anså som forskjeller i oppdragerstiler i Øst- og Vest Europa. Det er et uttrykk for at viktige forskjeller mellom land der den kulturelle og religiøse bakgrunnen kanskje ikke er veldig stor. Deltakere viser også til at jenter fra enkelte land har restriksjoner:

«De fra Syria og Irak gjemmer seg. De tar ikke så mye kontakt»

«Men det går an å snakke med jentene fra Somalia og Eritrea og andre land. Men jentene fra Syria dekker seg og er vanskelig å komme inn på. De er mer reservert».

Markante kjønnsforskjeller i oppdragelsen blir også oppgitt som en årsak til at jenter blir mer beskyttet og får mindre frihet enn guttene. Et viktig tema som trekkes fram i den sammenhengen er sosial kontroll og overgrep. Sosial kontroll trenger ikke nødvendigvis å være så synlig. Andre årsaker som blir oppgitt av noen deltakere er ønsket om at elevene ikke skal bli for norske, eller rett og slett foreldres uvitenhet om de sosiale normene om dette i det norske samfunnet.

Deltakerne er inne på ulike måter helsesøster kan forsøke å løse disse utfordringene på. Her er det igjen viktig at helsesøster er oppmerksom på sosial kontroll og de forskjellige uttrykk for sosial kontroll. Det ble også hevdet at helsesøstre kanskje kan være litt tøffere og ikke være redde for å ta opp slike problemer med foreldre.

5.4.2 Spenninger mellom ulike kulturer

Noen av deltakerne er klare på at tilstedeværelsen av elever fra ulike kulturer kan medføre at det utvikles negative relasjoner og spenninger mellom elevene. Som en uttrykker det:

«Jentenes problemer kan gå mer på sjalusi og baksnakking. De Sør-amerikanske jentene føler at disse jentene fra Syria eller Afghanistan ser ned på dem, fordi de er mer åpne, er sammen med guttene og leker med dem, snakker med dem og reiser med dem. De er sosiale på en mer norsk måte. Guttene fra de øst europeiske landene er som norske gutter som er med på alt, men de fra Afghanistan kan være tøffe».

De viser også til at en del jenter ikke får den samme friheten som gutter, selv ikke når det gjelder skoleaktiviteter. Deltakerne peker videre på at det går et videre skille mellom kjønnene når det gjelder spenninger mellom ulike kulturer. Slike føyte spenninger kan føre til identitetskriser.

En deltaker hevder at helsesøster må kommunisere disse problemene til foreldrene, og metoden hun foreskriver er å stille spørsmål til foreldrene for å få dem å til å reflektere nøyere over hvilken identitetskrise deres barn går gjennom.

«Det norske har stor påvirkning. Dersom de bodde i Pakistan ville de forholdt seg til sin kultur og religion. Men her er kanskje kunnskapen og tilgjengeligheten større. Hvordan vil det være for dere: dersom barnet vil gifte seg med en norsk gutt eller jente, eller det samme kjønn? Du får barn som får greie på så mye mer enn du som voksen får. Informasjonsflyten er annerledes. Kommunikasjonen blir jeg jo aldri ferdig med.

Sitatet illustrerer den manglende symmetrien mellom kunnskapen til barna om det norske samfunnet og kulturen og kunnskapen til foreldrene. Deltakeren uttrykker at denne asymmetrien må imøtegås ved at helsesøster bruker mye tid på å kommunisere disse temaene med foreldrene.

5.5 Kommunikasjon

5.5.1 Å kommunisere vanskelige temaer – en utfordring for helsesøster

Informantene viser til ulike temaer som kan oppleves som vanskelig for foreldrene å forholde seg til, nemlig overvekt og sukkerinntak. En deltaker uttrykker det slik:

Jeg føler at foreldrene har en annen måte å ta imot tilbakemeldingene på. De kan ta tilbakemeldingen litt mer negativt, bekymre seg for at de ikke strekker til og tror at de ikke er gode foreldre. Jeg snakker mer med utenlandske foreldre enn norske om mat og søtsaker. Det kan være vanskelig å veilede i forhold til det.

Videre forteller hun at en del flerkulturelle elever har en annen måte å ta imot tilbakemeldingene på, og at de kan ta denne litt mer negativt enn det som er tilfellet for norske foreldre og bekymre seg for at de ikke strekker til.

Barnevernet er også et tema som mange flerkulturelle foreldre er opptatt av, og som flere av informantene kommer inn på. En informant mener dette skyldes at mange har en feilaktig oppfatning av hva som er den viktigste rollen til barnevernet. Som en av deltakerne uttrykker det:

«De er veldig redde for barnevernet. De opplever stor frykt for barnevernet, og som gjør at de går litt fortere i forsvar..».

En deltaker viser til at enkelte har en kultur hvor problemer bør løses innad i familien og at det å ta imot hjelp er et svakhetstegn. I tillegg kommer frykten for reaksjoner i sitt eget miljø.

«De har en tanke om at de kan ordne opp innad i familien, og de er ikke vant til å prate så mye om følelser som vi er. De har nok en større terskel for å ta imot hjelp og ser på det som et svakhetstegn. De kan som sagt være imøtekommende dersom de forstår at jeg er opptatt av barnas ve og vel, men samtidig er de redde for hva det kan føre til i sitt eget miljø. Det har noe med stolthet å gjøre».

Det kan også hende at foreldre overfor helsesøster benekter de utfordringene helsesøster hevder barna deres har. En deltaker kommer med noen eksempler på dette:

«Hvorfor skal jeg gå til lege? Hva er problemet? Nei, alt er bra, Hvorfor skal jeg komme til samtale? Foreldrene blir mistenksomme.»

Deltakeren mener dette kan skyldes manglende tillit eller usikkerhet knyttet til helsesøsters intensjoner. De er redde for at hun går inn og gjør noe annet enn hun har sagt.

En av helsesøstrene nevner også omskjæring og tvangsekteskap som en utfordring:

«Det kan være utfordringer med enkelte tema, for eksempel omskjæring. Jeg hadde noen tilfeller der jeg hadde kontakt med foreldre i forbindelse med utreise av landet og hvor jeg har tatt en slik samtale. Jeg visste at det kunne være en risiko for at jenter fra land der dette praktiseres eller i nærheten av slike land blir utsatt for dette. Da snakket jeg med mødre til disse jentene, noe som gikk veldig fint. Dette er noe jeg bekymrer meg for og derfor ønsker dialog om.»

Hva mener så deltakerne om hva som skal til for å løse utfordringene knyttet til å kommunisere slike vanskelige temaer til foreldrene og redusere foreldres skepsis. Det blir vist til at foreldrenes reaksjoner varierer og at det er stor forskjell på kulturer.

Det som kan ha noe å si er om kontakt er etablert fra før. Dersom kontakt allerede er etablert er det ikke så vanskelig hevder en deltaker. Det går også på hvordan foreldre oppfatter problemet og hvordan du presenterer problemet.

En deltaker beroliger foreldrenes skepsis gjennom å fremstille seg som person som er ute etter å hjelpe familien. Hun formidler overfor foreldrene at hun ikke må oppfattes som en barnevernsansatt som er ute etter å ta ungen deres og forteller at dette handler om helse og at hun er der for å finne ut at alt er bra. Og hvis ikke alt er bra så forteller hun at de sammen skal finne ut hva de gjør for at situasjonen skal endres. Hun forteller foreldrene at det også dreier seg om å gjøre ting bedre for dem, og uttrykker gjerne at hun synes de er gode foreldre.

Hun hevder foreldre også kan være skeptiske til obligatoriske samtaler. I de tilfellene forteller hun foreldrene at slike samtaler er noe som er obligatorisk for alle, også når det gjelder norske

familier. Det å skape trygghet gjennom beroligende dialog beskrives som et viktig virkemiddel

En informant er også opptatt av helsesøstre må være mer pågående i forhold til å stille familiene retoriske spørsmål for å få dem til å tenke gjennom utfordringene til sine egne barn på en annen måte:

«Vi kunne utvikle oss. Det er viktig å undre seg å tørre å stille spørsmål. Hvordan er det hos dere? Hvis vi bare tør å spørre så tror jeg ikke det meste er farlig å snakke om. Med de minste burde vi være mer tøffe og ha noen slags rutiner og tørre å ta opp temaer med foreldre, hvilke utfordringer de står overfor».

5.5.2 Å ta i bruk flere arenaer for kommunikasjon med foreldre – et mer solid grunnlag for å løse utfordringer

Kommunikasjon med foreldre kan ifølge informantene skje på flere ulike måter. Det kan være at helsesøster observerer en elev som hun selv vurderer at trenger oppfølging. Hun kan også få informasjon fra læreren, som gjerne allerede har knyttet kontakt med foreldrene. En deltaker sier hun gjerne avventer kontakten med foreldre, slik at det ikke blir for mye for foreldrene å forholde seg til med en gang, men at når de først kommer så planlegger de og kartlegger foreldrenes behov for helsesøster.

Deltakerne er også klare på at samtaler med barn uten foreldres kunnskap om og tillatelse til dette ikke er tillatt. Unntaket er hvis temaet gjelder overgrep og vold.

En informant sier hun forsøker å involvere foreldrene på mange arenaer. Som eksempler nevner hun 5-års kontrollen for de som skal begynne på skolen, i andre klasse ved vaksinerings og på deltakelse på foreldremøter for nye førsteklassinger. Hun forteller også at hun deltar i diverse undervisning, for eksempel psykologisk førstehjelp, pubertetsundervisning og prøver å være synlig i friminuttene. Generelt prøver hun å være veldig proaktiv. Tanken bak dette er at elevene og foreldrene skal bli trygge på henne slik at de lettere tar kontakt.

«Foreldre tror jeg tar kontakt med meg fordi de vet hvem jeg er og viser meg i arenaer der det er foreldre. Kontaktlærerne er veldig flinke til å nevne meg og si noe om at

hvis de ønsker møte med skolen så kan vi spørre helsesøster om hun vil være med og tilby ulike ting»

Hun hevder videre at hun benytter disse ulike anledningene til å avtale eventuell oppfølging med foreldre, barn, eller barn og foreldre.

En deltaker hevder hun vinner tillitt ved å være oppsøkende og vise stor interesse og engasjement i barnas aktiviteter på skolen. Hun involverer seg i barnas aktiviteter på deres egne premisser. For eksempel spiller hun rollespill og snakker gjerne med barna under et bord, dersom barna synes det er tryggere. Ved å ofte å oppsøke klasser blir hun et kjent ansikt for elevene. Elevene vet etter hvert hvem helsesøster er og at hun bare ønsker deres eget beste.

Andre hevder at det stort sett er skolen, eleven selv eller foreldrene som kommer med et problem. Eller de avdekker noe på en kontroll eller under de faste konsultasjonene, for eksempel om et barn er overvektig eller undervektig.

Deltakerne tydeliggjør hvordan helsesøster kan utnytte ulike arenaer for kommunikasjon for god samhandling med foreldre. De beskriver viktigheten av at helsesøster gir god informasjon om barnas problemer til deres foreldre og at samtalene med barn skjer på en transparent måte, med foreldrenes samtykke og viten.

«Men ved en barneskole er det stort sett helsesøster som tar kontakt med elevene. Når jeg snakker med mor og far forsøker jeg å finne ut hva foreldre trenger for å være gode foreldre for dette barnet. Jeg spør også foreldrene om jeg får snakke om noe som de i utgangspunktet ikke får greie på. Det er viktig at foreldre har kunnskap om barnas problemer for at de skal kunne være gode foreldre.»

Å utnytte de ulike arenaer for kommunikasjon på en mest mulig proaktiv og oppsøkende måte er også et viktig for å imøtegå utfordringene.

5.6 Barnas utfordringer – et viktig utgangspunkt for samhandling med foreldre

Svarene til deltakerne viser at barnas helsemessige og atferdsmessige problemer på skolen ofte er knyttet til deres bakgrunn, kultur og familiære forhold. I disse tilfeller holder det ikke at helsesøster forsøker å løse barnas utfordringer bare med utgangspunkt i faktorer i skolemiljøet til barna som kontekst. Hun må også hensynta barnas utfordringer med utgangspunkt i deres spesielle bakgrunn, og fokusere på familiære forhold og barnas livsvilkår for øvrig. Barnas utfordringer kan skyldes sammensatte forhold, og for å løse utfordringene kreves det at helsesøster er kjent med typiske årsaksmønstre når det gjelder helse og atferd og involverer barnas foreldre og samhandler med disse når det er nødvendig for å løse barnas utfordringer. I det følgende vil jeg fokusere på resultater som kan bidra til å gi et mer helhetlig og nyansert bilde av de faktorene som det er viktig at helsesøster er oppmerksom på og følger opp når det gjelder å avdekke barnas utfordringer. Først vil jeg imidlertid si noen ord om deltakernes ulike syn på i hvilken grad man kan trekke et skille mellom norske og flerkulturelle barns utfordringer.

5.6.1 I hvilken grad er det forskjeller på utfordringer mellom norske og flerkulturelle elever

Deltakerne hadde ulikt syn på i hvilken grad det er forskjeller på helsemessige og atferdsmessige utfordringer mellom flerkulturelle og norske elever.

Noen av helsesøstrene gav uttrykk for at det ikke er så store forskjeller. Som en uttrykker det:

«Det er ikke så store forskjeller på utfordringer mellom norske og utenlandske. Du vil alltid ha ytterpunktene, men de er ikke mange»

Andre la vekt på at det er større forskjeller. Overvekt, sukkerinntak og tannstatus blir definert som et særegent problem for de flerkulturelle barna blant enkelte av deltakerne. Andre la vekt på større forekomst av psykiske problemer hos enkelte grupper flerkulturelle barn. Også når det gjelder sosial atferd tyder svarene til deltakerne på at det er ulik oppfatning blant helsesøstrene når det gjelder hvor stor forskjellene er mellom flerkulturelle og norske barn. Som en deltaker sier:

«Jeg kan ikke peke på en helt typisk atferd hos fremmedkulturelle, på den måten at noe alltid går igjen. Jeg vil ikke si at det skiller seg ut noe typisk. Det er klart at en del har plager med ting de opplevde og har vært gjennom. I starten er det ofte språkproblemer. Noen kan ta dette ut på en annen måte gjennom atferd. Det kommer også an på hvilken aldersgruppe det er snakk om.»

Noen deltakere gav også flere ganger i intervjuene at ulike utfordringer som flerkulturelle har egentlig også gjelder norske. At det er ulik oppfatning blant deltakerne er noe som kan utledes av svarene på enkeltspørsmål, men var også noe jeg fikk et inntrykk av på bakgrunn av helheten i den enkelte deltakers svar. De helsesøstre som gav sterkest uttrykk for at det var forskjeller var også de som gav mest detaljerte svar og eksempler på disse utfordringene og hvordan man kan løse disse.

5.6.2 Kontekstuelle psyko-sosiale og fysiske helselaterte behov

Psykiske problemer blir trukket fram av deltakere som en utfordring for enkelte grupper flerkulturelle. Det ble hevdet at kvoteflyktninger ofte har psykiske problemer, noe som kan skyldes at de har opplevd krig og har traumer på grunn av det. Psykiske problemer kan komme til uttrykk på ulike måter. Eksempler som blir nevnt av deltakere er somatiske plager som vondt i magen eller andre uklare og diffuse problemer der det kan være vanskelig å avdekke en klar årsak. Som noen deltakere uttrykker det:

«De kan for eksempel si at de har vondt i magen, men det er stort sett psykisk»

«Utfordringene kan være så mange. De har vært på mange steder før de kom hit. Noen har mareritt på grunn av det de har opplevd»

En deltaker er inne på hvordan disse symptomene kanskje ikke er synlige med en gang, men kommer fram litt etter litt:

«Noen kommer med fysiske og enklere plager først, og så kan det hende at andre plager etter hvert kommer fram i lyset.»

Barna kan altså selv kan velge å holde tilbake deler av informasjonen om sin sykdom og de kan eventuelt gi ny informasjon etter hvert.

En deltaker var opptatt av nyetableringsfasen som et fokusområde for helsesøster. Men hun poengterer at familier opplever denne fasen ulikt. Hennes erfaring er at opplevelsen av hvor problematisk dette er varierer mellom ulike nasjonaliteter.

«De fra Afrika, for eksempel Eritrea synes det er vanskelig å komme inn i norske forhold enn de fra Syria for eksempel. Fordi de som er fra Syria har en annen bakgrunn som er mer lik den vestlige».

En annen interessant dimensjon ved psykisk sykdom går på selve definisjonen av denne. En deltaker hevder dette begrepet ikke nødvendigvis er innarbeidet på samme måte i andre kulturer som i vestlig medisin. Hun hevder at psykisk sykdom for noen nok kan være ukjent med utgangspunkt i våre definisjoner og begrepsbruk, men ikke nødvendigvis ukjent i systemet eller i følelser.

Det fremgår også av studiens resultater at levekårsstress er noe som kan gå utover barnas helse. Det ble hevdet at dersom et barn er veldig slitent og trøtt kan det dreie seg om noe så enkelt som at de har liten plass hjemme. Kanskje flere søsken må dele samme seng, noe som gjør det vanskelig å sove. Disse familiene kan slite med levekårsstress. De har gjerne lavere inntekter og bor trangere. Dette er noe som kan gi utfordringer i form av høyere stressnivå hos foreldrene. At foreldrene har høyt stressnivå kan igjen påvirke hverdagen til barna på en måte som ikke er bra.

Hvordan skal så helsesøstre løse en slik utfordring? Det blir pekt på viktigheten av at helsesøster gjør seg litt kjent med familien og familiens økonomi. Hun må våge å stille spørsmål, men bør gjøre dette på en måte som gjør at familiene føler omsorg og at opplever at helsesøster ønsker å hjelpe dem.

5.6.3 Negativ sosial atferd

På samme måte som under kategorien sykdom og helse beskriver noen av informantene hvordan sosial atferd er tett knyttet opp til barnas familiære forhold, livssituasjon og bakgrunn. Studiens funn har vist hvordan forhold ved barnas flerkulturelle bakgrunn er viktig

å ta hensyn til ved utredning av barnas utfordringer. Men når det gjelder atferd er enkelte av deltakerne klare på at man ikke må fokusere for mye på dette, men også fokusere på flere andre bakgrunnsvariabler som kan forklare en atferd. En deltaker mener helsesøster må være særlig bevisst på å ikke tolke sosial atferd bare på bakgrunn av barnas flerkulturelle bakgrunn, men se på alle barna som individer med ulike egenskaper. Eller blir det vist til at kjønn kan være viktig forklaringsfaktor når det gjelder sosial atferd:

«Ja, det er variabelt. Noen ganger tenker jeg at guttene er veldig flinke og at jentene kan være litt innesluttete og ikke komme. Det er kulturelt betinget. Jeg har tidligere jobbet på ungdomsskole, og det var større forskjeller der. Jentene er mer fri på barneskolen enn på ungdomsskolen. Når det gjelder muslimske barn var inntrykket at de var mer forknytt på ungdomsskolen. De er ikke rammet inn på samme måte på barneskolen.»

En annen ting helsesøster må være oppmerksom på er plutselige atferdsendringer. En deltaker hevder hun kan observere at elever som tidligere har vært veldig sosiale, har hatt «livsgnisten» og en sjarmerende væremåte, plutselig kan endre atferd, for eksempel ved at de begynner å gjemme seg og ikke lenger ønsker kontakt med andre. De kan også bli mer frekke med læreren og i det hele tatt ha forandret seg mye.

Som en løsning på disse problemene viser deltakere i min studie til at helsesøster ikke må tolke atferd som et varig trekk ved elever, men må ha øynene åpne for atferdsendringer, særlig plutselige atferdsendringer. Har man først oppdaget en negativ atferdsendring er det viktig å ta en samtale med vedkommende elev. I samtalen kan helsesøster forsøke å finne ut om barnet har problemer hjemme, for eksempel i forhold til grensesetting. Problemet kan være så mangt. Det kan være at barna ikke vil det moren sier at de må. Helsesøster må være spesielt oppmerksomme på atferdsendringer når sommerferien nærmer seg fordi dette er høytid i forhold til tvangsekteskap og arrangerte ekteskap. Kanskje familien reiser på besøk til hjemlandet, og man vet aldri hva som kan skje. Barna kan bli redde når reisen nærmer seg.

En deltaker var inne på at livsfasen elevene befinner seg i har betydning for sosial atferd.

«Noen barn finner seg ikke til rette i det nye landet. Noen har kanskje ikke bodd sammen med foreldrene på flere år og skal plutselig komme inn i familiene igjen.

Helsesøsteren var klar på at hun i slike tilfeller alltid starter med en samtale med både barn og voksne for å få avklart hvilke utfordringer de har. Ofte må hun koble inn familiesentrene eller fastlege for å utrede disse utfordringene. Det hender også at hun må sykemelde mor slik at hun får tid og overskudd til å være mor for en periode og bare kunne konsentrere seg om barna som har problemer med å tilpasse seg en ny kultur. Hun hevder det også er viktig at foreldrene blir involvert i lavterskeltilbud og kommunikasjon om trivsel på skolen, mobbing og i involvert i forhold til mer praktiske anliggender.

Vi ser igjen at måten disse deltakerne imøtegår utfordringene på er ved å involvere familien, stille spørsmål og i det hele tatt hjelpe familiene med å få orden på familielivet sitt. Ellers er helsesøsters oppmerksomhet rundt viktige faktorer en løsningsstrategi som gjentatte ganger blir fremhevet av deltakerne. Har ikke helsesøster den nødvendige oppmerksomhet rundt faktorer som barnas atferd, atferdsendringer, kulturelle faktorer, psykososiale faktorer osv. har hun ikke nødvendigvis noe godt utgangspunkt for å løse problemene. Oppmerksomhet er altså et første steg i de løsningsstrategier som beskrives av deltakerne.

Manglende språklig kompetanse kan være et problem som kan føre til negativ sosial atferd. Som en informant sier:

«Elevs helseproblemer kan skyldes språklige utfordringer hjemme. Barn kan være oppvokst i Norge, men har likevel lært språket sent. De kan snakke flytende norsk, men likevel kan de ha problemer med å forstå alt og forstå det som sies "mellom linjene"».

En annen informant er inne på noe tilsvarende:

«Det er klart at en del har plager med ting de opplevde og har vært gjennom. I starten er det ofte språkproblemer. Noen kan ta dette ut på en annen måte gjennom atferd. Det kommer også an på hvilken aldersgruppe det er snakk om.

Informantene beskriver her to ulike forhold knyttet til språkkompetanse som helsesøster bør være oppmerksomme på for å kunne imøtegå utfordringene med manglende språkforståelse. Den ene er evnen til å uttrykke seg på norsk og forstå norsk mer direkte etter ordlyden. Den andre faktoren er knyttet til å «lese mellom linjene», altså evnen til å foreta en korrekt tolkning av formuleringer i en mer helhetlig kontekst, utover bare en tolkning bare basert på ordlyden.

6.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg drøfte de viktigste resultatene i studien i forhold til oppgavens problemstilling, forskning og teori. Det er de viktigste funnene som vil være gjenstand for drøfting. Jeg vil innledningsvis drøfte forholdet mellom foreldres forventninger til helsesøster og hennes rolle og ansvar. Deretter vil jeg fokusere på negativ sosial kontroll og hvordan helsesøster bør forholde seg til foreldre i slike tilfeller. Videre vil jeg drøfte tillitsbasert kommunikasjon og til slutt diskutere den nære sammenhengen mellom barns helseproblemer og atferd som et utgangspunkt for samhandling med foreldre.

6.1 Hvilken rolle bør helsesøster ha i samhandlingen med foreldre? – En avstemming av foreldres forventninger mot fleksibiliteten i helsesøsters rolle

Min studie viser at deltakere opplever at det ofte ikke er samsvar mellom helsesøsters rolle og foreldrenes forventninger til helsesøster. Dette kan i seg selv være en utfordring, men også gi muligheter. Når det er sagt er det å trekke en klar grense for helsesøsters rolle og ansvar er ikke bare enkelt. En årsak er at regelverket presentert under kapittel 3.1 klart uttrykker at helsesøster plikter å ta hensyn til foreldres ulike behov og bakgrunn og ta hensyn til språklige og kulturelle forskjeller i innvandrerbefolkningen (Helsedirektoratet, 2017). Det er nok ingen tvil om at mange flerkulturelle foreldre på grunn av språklige utfordringer og manglende forståelse for hvordan det norske samfunnet fungerer har et større behov for veiledning og oppfølging enn norske foreldre.

Skal man forbedre og tilpasse skolehelsehelsetjenestens tilbud overfor flerkulturelle foreldre vil et første steg være å analysere og drøfte rammene for helsesøsters rolle og arbeidsoppgaver med hensyn til flerkulturelle foreldre i lys av lovverket og de formelle

føringene. Dette er særlig viktig fordi lovverket til en viss grad overlater til skolehelsetjenesten og den enkelte helsesøster å nærmere tolke innholdet i de ulike bestemmelsene. (Helsedirektoratet, 2017) gir imidlertid et nødvendig utgangspunkt, da denne gir uttrykk for den rettslige standarden som gjelder på dette lovområdet. Men retningslinjen gir i seg selv ikke detaljerte svar på hvordan tilbudet til skolehelsetjenesten kan tilpasses den meget komplekse sammensetningen av ulike flerkulturelle grupper. Å betrakte flerkulturelle som en og samme gruppe er i alle fall ikke tilstrekkelig. Det er også klart at god erfaring og tilstrekkelig kulturell kompetanse er nødvendig for å utarbeide gode strategier. Denne analysen bør nok gjøres på en mer planmessig og systematisk måte enn det som er tilfelle i dag. Den bør videre gjøres i et samarbeid med helsesøstre og andre relevante samarbeidspartnere. Dette også for å sikre de grunnleggende prinsippene om likebehandling og forutberegnelighet i forvaltningen. Det er også et spørsmål om ikke dette analyse- og planarbeidet bør løftes til et kollektivt nivå. Ved at flere helsesøstre og andre viktige aktører i skolehelsetjenesten i fellesskap utreder rolleavklaringer, utfordringer og hvordan disse kan møtes beste mulig, får man utnyttet mer erfaring og utnyttet mer kompetanse enn helsesøstrene vil klare hver for seg.

En måte helsesøster kan avgrense sin egen rolle er å gjøre det mot oppgaver som faller inn under andre forvaltningsorganers ansvarsområde.

I retningslinjen fremgår det at skolehelsetjenesten bør ha oversikt over elevenes helsetilstand (Helsedirektoratet, 2017). Med utgangspunkt i drøftingen i kapitlene ovenfor vil dette kunne være vanskelig å få til uten et spesielt fokus på de særlige helsemessige utfordringer som flerkulturelle skolebarn og deres familier står overfor. Disse kravene er derfor et argument for at helsesøstrenes kulturelle kompetanse må være tilfredsstillende og at elevenes helsetilstand faktisk utredes med forankring i slik kunnskap. Og så må man ikke miste av syne at barna først og fremst er enkeltindivider med hver sine spesifikke egenskaper, utfordringer og reaksjonsmønstre.

Dessuten tyder våre funn på at det kan være hensiktsmessig og smart noen ganger for helsesøster å yte en service ut over det lovpålagte. I en overgangsperiode kan man hjelpe foreldrene med å bygge bro og å ta kontakt med andre myndigheter. Å hjelpe foreldre med å skrive henvendelser og klager til andre offentlige instanser er noe helsesøster kanskje kan bidra med i en startfase, men som man ikke kan pålegge helsesøstrene med utgangspunkt i de

formelle retningslinjene. Som noen av deltakerne var inne på valgte de bevisst av og til å etterkomme noen av forventningene som de strengt tatt ikke hadde trengt, men gjorde det fordi de så det som en fordel for videre samhandling med foreldrene å hjelpe disse litt ekstra. Uavhengig av helsesøsters formelle ansvarsområder tyder studiens resultater på at ligger et stort potensial i å bli betraktet som en del av foreldrenes nettverk. Det er da grunn til å tro at helsesøster har en større innflytelse i forhold til familier som er nyankomne og overfor familier med lite sosialt nettverk. Når familienettverket er mindre og antallet «konkurrerende» innflytelsessfærer er mer begrensede virker det logisk at helsesøstrenes argumenter overfor foreldrene kan få større kraft. Å utnytte denne tiden med for eksempel å avklare overfor foreldre de forventninger som det norske samfunnet har til sine innbyggere og understreke viktigheten av å la barna bli en integrert del av det norske samfunnet, vil forhåpentligvis kunne være et virkningsfullt tiltak. At helsesøster spiller en viktig rolle i begynnelsen av et opphold i et land på grunn av manglende generell kunnskap om helsevesenet får også støtte av forskning (Hanson, et.al, 2012).

Men det betinger igjen at helsesøstrene ikke er tilbakeholdne med å legge opp til en slik dialog med foreldre. Ellers er det selvfølgelig viktig å avklare forventninger i dialog med foreldrene så tidlig som mulig. Det kan være ulike sosiale praksiser som må avstemmes, f.eks. viktigheten av å overholde avtalte møter etc.

6.2 Oppdragelse og negativ sosial kontroll – en utfordring som må løses i samhandling med foreldre

Negativ sosial kontroll blir av offentlige myndigheter beskrevet som et alvorlig samfunnsproblem som kan hindre god integrering (Justis- og beredskapsdepartementet, 2017) Negativ sosial kontroll blir også beskrevet som et problem av deltakere i min studie.

Studiens resultater tyder på at tiden barna går på barneskolen er en viktig tid for å ha dialog med foreldre angående praksiser og overbevisninger man i det norske samfunnet ikke kan gå på akkord med. Skolen er en viktig arena for integrering. Men dersom foreldre nekter barna sine omgang med norske barn, nekter dem å delta på sosiale tilstelninger på skolen eller på skoleturer eller nekter dem å delta på bursdagsfeiringer kan det vanskelig bidra til god integrering. Hvordan skal disse barna skal kunne bli godt integrert når foreldre bare tillater at

de har sosial omgang med medelever og venner fra egen kulturkrets eller nekter dem å ha noen som helst relasjon til det motsatt kjønn i barne- og ungdomstiden?

Så kan man argumentere for at dette også er et juridisk spørsmål og at enkelte juridiske hensyn slik som respekten for et privatliv og familieliv etter menneskerettighetskonvensjonen artikkel 8 kan stå imot en for tøff «inngripen» i familielivet (Menneskerettsloven, 1999, Vedlegg 1, Art. 8) Men det er forskjell på dialog og tvang. Respekten for familielivets fred bør ikke være til hinder for at helsesøster inngår dialog med foreldre. Deltakere i denne studien har da også tatt til orde for å være litt «tøffere» med foreldrene og stille dem retoriske spørsmål angående barnas situasjon i møte med den norske kulturen. I regjeringens handlingsplan mot negativ sosial kontroll fremgår følgende:

«Det er viktig at innvandrere får informasjon om normer og regler i det norske samfunnet i ulike faser av integreringsprosessen. Informasjonen bør gis til nyankomne så tidlig som mulig, og den bør gjentas og utdypes i takt med at den enkelte får en bedre forståelse av det norske samfunnet» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2017)

Det er naturlig å argumentere for at helsesøstre bør være involvert i en slik strategi. Ved at helsesøstre adresserer slike temaer overfor foreldre allerede i barneskolen kan foreldre få større innsikt i norske forventninger og viktige forutsetninger for barnas mentale helse. Det vil gjøre at foreldre får bedre tid til å reflektere bredere over disse viktige temaene og de utfordringer deres barn vil stå overfor med en for stor begrensning i frihet før barna begynner på ungdomsskolen.

Det er for øvrig ikke sikkert at foreldrene vil protestere i den grad man kanskje tenker. Som det fremgår av resultatene i denne studien kan også foreldrenes manglende kunnskap om den norske kulturen på dette feltet kunne være en mulig årsak til negativ sosial kontroll.

I forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. 2003, §1-1, fremgår det at formålet med skolehelsetjenesten blant annet er å *«fremme gode sosiale og miljømessige forhold»*

Spørsmålet er om dette formålet lar seg innfri dersom man unnlater å ta opp betente temaer, f.eks. av hensyn til religionsfriheten. En kan for eksempel spørre seg om nekting av sosial omgang med gutter eller etnisk norske er forenlig med formålsparagrafen i den nevnte forskriften. Riktignok fremgår det av den faglige retningslinjen at man skal ta hensyn til språklige og kulturelle forskjeller i innvanderbefolkningen (Helsedirektoratet, 2017). Men spørsmålet er om slike retningslinjer kan tas til inntekt for en oppdragelsesform som er

dysfunksjonell og skadelig for barna. Dessuten kan negativ sosial kontroll sees på i et likestillingsperspektiv. At gutter i enkelte miljøer gis en så markant større frihet enn sine søstre er ikke forenlig med et samfunn som er basert på likestilling mellom kjønnene. Nå er det ikke denne studiens hensikt å forsøke å komme med noen juridisk avklaring på disse spørsmålene, men snarere å komme med noen temaer og hensyn som bør utredes nærmere. Retningslinjen avklarer ikke nærmere slike grensesnitt.

6.3 I spenningsfeltet mellom familiens og egen kultur

Resultatene i denne studien peker på ulike forhold som kan forklare spenninger eller konflikter mellom ulike kulturer. Ett «spenningsfelt» oppstår på bakgrunn av at barna blir dratt mellom ulike kulturer, sine foreldres kultur og den norske kulturen, med hver sine verdier og forventninger. Dette kan selvsagt skape forvirring og frustrasjon. Som resultatene tyder på kan det også medføre at barna får identitetsproblemer og det kan skape frustrasjoner hos barna. En annen type «spenningsfelt» fremgår også av våre resultater og kan oppstå mellom ulike etniske grupper på en skole. Eksempler som ble nevnt var jenter som ser ned på andre jenter fordi de leker og snakker med gutter, noe som kan være uakseptabelt i den ene av de to kulturrene. Jeg har ikke funnet noen informasjon som går direkte på dette temaet i de studiene jeg har funnet fram til. Men at det kan utvikle seg spenninger og konflikter mellom elever av ulik opprinnelse virker logisk. Det virker også naturlig at elever som opplever at andre har større frihet enn seg selv kan bli frustrerte når de opplever at andre elever har større frihet enn de selv har. Men teorien om kommunikasjon kan kanskje bidra til å belyse disse utfordringene nærmere. Kommunikasjonsmodellen under punkt 3.3 kan tjene som illustrasjon (Dahl, 2001). Som beskrevet i det kapittelet trenger ikke kommunikasjon å være verbalt. Et budskap kan demonstreres på ulike måter. Å utvise arroganse, se ned på andre osv. er også et budskap som kan sies å være formidlet gjennom avsenderens kulturfilter, bevisst eller ubevisst. Likeledes kan det å demonstrere at man har mer frihet enn andre også sees på som en form for budskap, også formidlet gjennom avsenderens kulturfilter, og vil kunne ha en negativ effekt på det som i modellen kalles «innbyrdes relasjoner». Denne måten å «kommunisere på» er jo ikke særlig tillitsbyggende. En måte helsesøster kan forsøke å håndtere slike spenninger kan være å gjøre barn og foreldre bevisst på mekanismene i en kommunikasjonsprosess og vektlegge hvordan både muntlig språk og kroppsspråk kan bidra til kulturelle spenninger. Når det gjelder de eldste barna kan hun kanskje ta fram modellen, og

så kan barna sammen med helsesøster diskutere konkrete problemstillinger. Ved at barna selv blir årvåkne for de problemer de skaper ved å opptre på bestemte måter kan de forhåpentligvis bli mer bevisste i forhold til å unngå slik atferd. Jeg understreker at dette er mine egne refleksjoner.

Det er i det hele tatt grunn til å tro at slike konfliktlinjer kan skape et dårlig klima på skolen som går utover barnas mentale helse, og noen av informantene understreker også dette. Men det at noen grupper elever «ser ned på andre» trenger kanskje ikke å være et uttrykk for oppriktig arroganse, men kanskje sjalusi og frustrasjon over at noen har mer frihet enn det de har selv.

Helsesøster bør være oppmerksomme på utviklingen av slike negative sosiale relasjoner og generelt oppmerksom på den sosiale dynamikken som kan utspille seg på en skole med mange ulike grupper flerkulturelle elever. Det er viktig at hun ikke tenker status quo, men er bevisst på at skolemiljøet er noe som forandrer seg kontinuerlig. Det virker logisk at dess mer oppsøkende og tilstede helsesøster er i elevenes naturlige arenaer, dess større sannsynlighet er det for at hun klarer å overvåke denne utviklingen. På den måten kan hun også raskt iverksette tiltak når hun oppdager en foruroligende utvikling, samt lettere få til en kontinuerlig overvåking av elevenes helse.

En informant var inne på at det er viktig at foreldre får mer informasjon om den situasjonen som barna deres befinner seg i. En foreslått løsning, jf. resultatene, var å stille foreldre retoriske spørsmål på en slik måte at foreldre lettere kan leve seg inn i situasjonen til barna. Dette kan nok for en del helsesøstre fremstå som en tøff oppgave, og jeg har ikke data til å kunne konkludere med at dette er vanlig for helsesøstre å ta opp med foreldre. Men jeg kan uansett ikke finne noen spesielle argumenter for at slike temaer ikke skal kunne bringes på bane.

6.5 Tillitsbasert kommunikasjon – En fellesnevner for å løse utfordringer

Denne studien har vist at kommunikasjon med foreldre er en nøkkelstrategi for å løse utfordringer og har vært en rød tråd som har blitt trukket fram under de fleste temaer vi har vært inne på i denne studien.

Basert på denne studiens resultater kan det utledes en fellesnevner for å kunne kommunisere godt med foreldre, nemlig tillitt. Det handler om å bygge relasjoner over tid og klargjøre overfor foreldrene at man faktisk er der for å hjelpe, å være en ressurs, hvor fokuset er barnas beste. En god og tillitsfull relasjon må være på plass for å løse utfordringene og sikre gode samhandlingsmønstre med foreldrene.

Det handler også om å utfordre foreldrenes eventuelle feilaktige oppfattelse av helsesøsters rolle og intensjoner når hun tar kontakt med dem. Når foreldrene blir trygge på at helsesøster virkelig er der for å hjelpe familiene tyder studiens resultater på at foreldrene blir enklere å samarbeide med.

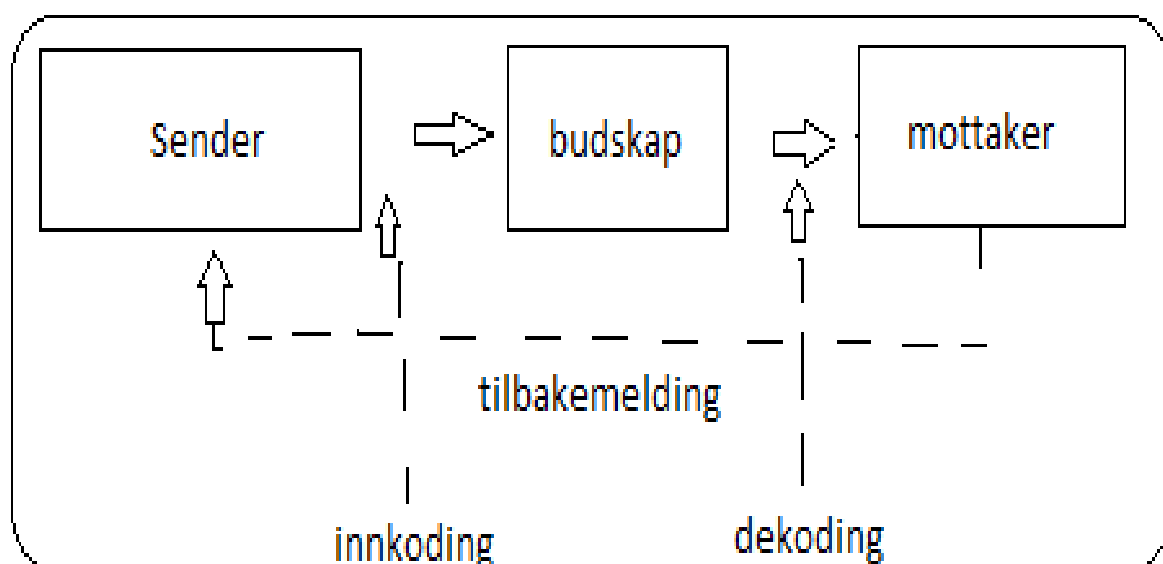
En strategi som blir trukket fram av deltakerne er som nevnt, når temaet krever det, en litt tøff og utfordrende kommunikasjonsstil overfor foreldrene. En skal selvfølgelig være høflig, men det er ikke sikkert en altfor vennlig tone er nok ikke alltid å foretrekke

Helsesøster må spørre seg hvordan hun kan opptre med tyngde overfor foreldrene slik at de forstår alvor med hva hun prøver å formidle. Dahl (2001) fremhever at ulike kulturer har forskjellige kommunikasjonsformer. Hvordan helsesøster skal øve innflytelse overfor foreldre gjennom kommunikasjon har altså ikke noen standardløsning, men må utledes gjennom kunnskap om kulturkunnskap og kultursensitivitet. Jeg definerer kultursensitivitet bredere enn formell kulturkompetanse ved å inkludere helsesøsters erfaring, sensitivitet og oppmerksomhet rundt hva som fungerer og ikke fungerer når det gjelder kommunikasjon. De deltakerne som går lengst i å utforme kommunikative strategier viser også til at de har fått denne innsikten gjennom sin erfaring. Disse deltakerne har også hatt en involverende og proaktiv stil og har gjennom dette klart å bli oppmerksomme på utfordringer og virkningsfulle samhandlingsmønstre. Når en deltaker beskriver at hun kommuniserer med barna på deres premisser, at hun gjerne spiller rollespill med dem eller kommuniserer under et bord dersom barna synes det er tryggere, tyder dette på en fin kombinasjon av de tre komponentene kulturell kompetanse består av (Dahl, 2001), særlig den kommunikative og den affektive

komponenten. Det tyder på at disse helsesøstre evner å skape og opprettholde kontakt på akseptable måter for barna, jf. den kommunikative komponenten, og benytter sitt følelsesregister aktivt for å leve seg inn i barnas verden. Ved å kommunisere med denne «verdenen» som kontekst ivaretar hun den affektive komponenten. Fremgangsmåten illustrerer også hvordan man ved å benytte en kontekst for samhandling på mottakers premisser bedrer den innbyrdes relasjonen mellom helsesøster og barna. Viktigheten av kontekst og innbyrdes relasjoner kommer til uttrykk i kommunikasjonsprosess diagrammet til Dahl (2001).

Men som Dahl (2001) beskriver bør man igjen være klar over at ulike kulturer har forskjellige kommunikasjonsformer, så noe fasitsvar på kommunikasjonsstrategier kan man vanskelig utlede. I sin framstilling av «sløyfemodellen» er måten tingene blir sagt på og omstendighetene viktig. I sirkelmodellen er trikset å unngå å gå rett på sak og sirkle seg nærmere og nærmere temaet (Dahl, 2001) Dersom helsesøster er klar over slike kulturelle uttrykk når hun kommuniserer med foreldrene desto større repertoar av kommunikasjons virkemidler kan hun benytte.

Kommunikasjonsstrategiene som beskrevet av deltakerne kan også drøftes i lys av kommunikasjonsdiagrammet som vises i teoridelen, gjentatt her. (Brinkmann & Eriksen, 1996).



Helsesøster kan her sees på som sender av informasjon. Når deltakere beskriver kommunikasjonsstrategier er det særlig innkodingsprosessen de viser til, altså selve måten

helsesøster prøver å formidle sitt budskap for å gjøre det så meningsfullt som mulig for mottakeren. Former for innkoding som beskrives av deltakerne er for eksempel «tøff og direkte kommunikasjon» og «retoriske spørsmål» og det å «overbevise foreldre om sine faktiske intensjoner». Det siste innebærer et forsøk på å ufarliggjøre seg selv. Men disse deltakerne også har et fokus på temaene «dekoding» og «tilbakemelding» i diagrammet. Det er ved over tid å ha fokus mot og oppfatte hvordan foreldre responderer i kommunikasjon med dem at de har de har kunnet utarbeide strategier for innkoding. Når for eksempel deltakere sier de opplever at foreldre går i forsvarsposisjon eller uttrykker mistenksomhet overfor intensjonene deres, så er dette igjen også et utgangspunkt for justering av innkodingsstrategiene. Jeg tror dette diagrammet kan egne seg som et verktøy i helsesøstrenes verktøykasse når det gjelder å utforme kommunikasjonsstrategier. Det gjør at hun blir mer bevisst på og kan ha fokus på de viktigste elementene i kommunikasjonsprosessen og dynamikken i en slik prosess. Jeg tror diagrammet vil være et godt utgangspunkt for en mer planmessig tilnærming og kontinuerlig forbedring av kommunikasjonen med foreldre.

Noen av denne studiens resultater egner seg også å diskutere gjennom den semiotiske trekanten. En deltaker nevnte som et eksempel på en utfordring at i noen kulturer hadde man ikke noe begrep for psykisk helse. Meld.St.6 (2012-2013) og Whitman el. al. (2009) viser også til at sykdomsforståelse kan variere mellom nordmenn og innvandrere. Det å formulere for eksempel en psykisk lidelse når mottaker mangler relevante begrepsapparat kan by på utfordringer. Ser vi på den semiotiske trekanten vil jo da objektet «psykisk lidelse» ikke gi noen mening bare ut i fra det språklige uttrykket. Her blir utfordringen for helsesøster å utforme et annet tegn, jf. modellen, som kan beskrive den bestemte lidelsen på en meningsbærende måte for mottakeren. Kjennskap til mottakerens kulturelt betingede meningssystemer vil kunne bidra med innsikt i hvordan dette kan gjøres.

Eksempelet ovenfor er også interessant å drøfte med utgangspunkt i kommunikasjonsprosess modellen til Dahl (2001). Ulike definisjoner av helse og sykdom, eller manglende definisjoner, kan være uttrykk for svært forskjellige kulturfiltre hos avsender og mottaker. Det kan kreve at helsesøster må bruke mer tid på å avstemme kulturfiltrene. Eksempelet ovenfor illustrerer at hun må ha kunnskap om at forskjellige kulturer kan ha ulike eller manglende definisjoner av begreper benyttet innen helsefeltet. I slike tilfeller må nok helsesøster også bruke mer tid på forberedelsene til en samtale.

Et viktig tema beskrevet av deltakere i min studie var forsvarsmekanismene som noen foreldre velger å ta bruk når de blir konfrontert med et vanskelig tema. Her har vi sett at det er viktig at helsesøster fremstiller seg som en ressursperson som foreldrene kan stole på. Det er viktig for å få foreldrene til å innse at helsesøster ønsker et konstruktivt samarbeid med dem, et samarbeid basert på gjensidig tillit, og at hun kan hjelpe foreldrene på en måte som er i familiens interesse. Ingen ting er bedre enn at helsesøster og foreldre sammen finner gode løsninger på eventuelle utfordringer. På den måten vil foreldrene få et eierforhold til hvordan utfordringen skal løses, og det er grunn til å tro at de da i større grad følger opp det de har blitt enige med helsesøster om. Slike forsvarsmekanismer kan sees på som et uttrykk for det Dahl (2001) beskriver som en relasjons/maktkonflikt. Det er jo grunn til å tro at foreldre kan gå i forsvarsposisjon når de føler at de står ovenfor en trussel mot deres oppfatninger eller ære. Andre resultater i studien antyder at det foreligger det Dahl (2001) kaller verdikonflikter. Et eksempel på dette er utsagnet til noen deltakere om at det i noen kulturer var status å være litt stor og at kostholdet dermed ikke var et problem i disse foreldrenes øyne. Helsesøster derimot er opptatt av at det å være overvektig ikke var sunt. Vi ser dermed at noen foreldre og helsesøster kan legge vekt på ulike verdier knyttet til kosthold. Det er mulig denne kategoriseringen av konflikter kan hjelpe helsesøster å utvikle målrettede strategier.

Mye ser ut til å handle om at helsesøster er klar på sin egen rolle overfor foreldrene. Dette handler også om å fjerne frykt og justere oppfatninger, myter og forventninger til det norske helsesystemet og helsesøster spesielt. Dette er ikke gjort på en dag. Helsesøster må bruke god tid til å bli kjent med foreldre og involvere dem og barna gjennom hele skolegangen til barna.

Ellers viser resultatene oss at starten av et skoleopphold er en kritisk fase som bør brukes for det det er verdt når det gjelder å legge til rette for god kommunikasjon og relasjoner. Som nevnt får dette støtte av forskning (Hansson, et. al, 2012).

Ved at helsesøster løsriver seg noe fra et for formalistisk, systematisk og planmessig opplegg når det gjelder sin kontakt og kommunikasjon med elever og foreldre og griper mulighetene for kommunikasjon når de dukker opp tyder våre resultater på at helsesøster da også kan fremstå som mer genuint interessert i familien, og dessuten vil helsesøster bli enda bedre kjent med foreldre og barn, noe som også er med å skape tillit. Man kan heller ikke utelukke at foreldre oppfatter slike situasjoner som mindre truende, fordi det for foreldrene fremstår som

mindre sannsynlig at helsesøster har en agenda utover det å bli bedre kjent når ting skjer mer spontant.

(Helsedirektoratet, 2017) uttrykker at helsesøster gjennom sin jevnlige kontakt med familier er i en unik posisjon til å komme tidlig inn med forebyggende tiltak, samt at hjemmebesøk gir bedre mulighet til å oppnå kontakt og tillit med familien og barnet enn vanlige konsultasjoner.

Misforståelser kan også føre til frustrasjon. At en elev forstår det ordrette, men likevel har problemer med å forstå det som blir sagt mellom linjene, slik som en deltaker uttrykte det, kan skape forvirring og frustrasjon hos elevene. Det er også grunn til å tro at dess mindre elevene og foreldre forstår når det gjelder måten ting blir formidlet på, f.eks. manglende forståelse av tonefall, tvetydigheter eller mangetydigheter, så vil mottakerens kulturfilter kunne forsterke eller dreie en feiloppfatning slik at det fremstår som noe negativt eller støtende. Det er ikke så mye som skal til. Ifølge Dahl (2001) vil selv små variasjoner i setningsoppbygging eller grammatikk kunne spille en avgjørende rolle for forståelsen. Å ikke forstå er frustrerende i seg selv, og frustrasjon kan bidra til negativ atferd.

At helsesøster har en forståelse for ulike kulturelle dimensjoner ved språklig formidling og forståelse for hvordan språklige barrierer kan skape frustrasjoner hos elever og foreldre er derfor viktig. Vår empiri og teori viser oss at kunnskap om språklige virkemidler i et kulturelt perspektiv og veloverveide kommunikasjonsprosesser kan være nyttig.

6.6 Optimal samhandling med foreldre forutsetter god utredning av barna

Årsaken til at jeg velger å fokusere på barnas helse og barnas sosiale atferd min studie som omhandler utfordringer i samhandling med foreldre er at et tilfredsstillende samarbeid med foreldre ikke kan skje uten at helsesøster er oppmerksom på og kan avdekke helsemessige og sosiale utfordringer hos elevene. Dette trer tydelig fram i studiens resultater. Dersom helsesøster ikke kjenner til barnas særlige utfordringer, ikke har god kjennskap til typiske sammenhenger mellom atferd på skolen og de bakenforliggende problemene for dette, for eksempel familiære årsaker, har hun heller ikke en solid plattform og gode verktøy når det gjelder kommunikasjon og samhandling med foreldrene. Et godt samarbeid med foreldrene forutsetter at barnas helsemessige og sosiale profil er utredet på en god måte. De konklusjoner som helsesøstre kommer fram til på bakgrunn av sine utredninger av barnas problemer vil

kunne ha stor betydning for den videre samhandlingen med foreldrene. Helsesøstrenes forforståelse og holdninger til i hvilken grad det forekommer forskjeller i utfordringer mellom norske og flerkulturelle barn kan tenkes å spille en rolle for hvilke strategier hun velger.

Denne studiens resultater tyder på at utfordringer knyttet til barnas helse og sosiale atferd kan være tegn på problemstillinger som gjelder familie og bakgrunn. De kan altså bare løses ved å samhandle med foreldrene. Ulike typer utfordringer vil forutsette forskjellige typer samhandlingsmønstre med foreldre. Dersom helsesøster mot formodning ikke skulle klare å avdekke slike utfordringer på grunn av manglende forståelse for, manglende kartlegging og avdekking av problemer og lite trekksikre tiltak vil det i seg selv medføre en selvstendig utfordring i samhandlingen med foreldre. For hvordan kan helsesøster samhandle godt med foreldre når det gjelder å løse de faktiske utfordringene dersom årsaksforholdene defineres på en feilaktig måte eller ikke avdekkes i det hele tatt? En kan også tenke seg at manglende avdekking av problemer vil kunne skape frustrasjon hos foreldre. En uheldig sosial atferd vil jo også kunne komme til uttrykk i hjemmet til barna. En av informantene viser for eksempel til barnas frustrasjon i forhold til å finne en identitet mellom to kulturer. Foreldrene kan ha liten innsikt i disse problemene og trenger hjelp til å forstå hvorfor barnet mistrives, er ensom, trist eller frustrert.

At informantene har ulike oppfatninger om i hvilken grad psyko-sosiale utfordringer og atferd er koblet til flerkulturell bakgrunn kan skyldes at helsesøstre har ulikt erfaringsgrunnlag. Ulikt erfaringsgrunnlag kan skyldes variasjoner når det gjelder demografisk sammensetning av elevgruppene på de ulike skolene og dermed forskjellig erfaring. Men i og med at forskjellene i oppfatning blant informantene synes å være såpass ulike er det grunn til å tro at forskjellige metoder for å avdekke helseproblemer, helsesøstrenes kulturelle kompetanse og ulikheter i forhold til hvordan den kulturelle kompetansen anvendes eller utnyttes kan spille en rolle for de ulike oppfatningene.

Deltakere i min studie var av den oppfatning at de ikke hadde fått god nok opplæring med sikte på å øke deres kulturelle kompetanse. Forskning viser hvor viktig det er at helsesøstre har god kunnskap om ulike overbevisninger og praksiser med hensyn til helse og omsorg og sykdomsforståelse (Whitman et. al. 2009). Skal man finne årsakene holder det ikke at

helsesøster bare leter etter årsakene i skolemiljøet, men vel så mye utreder elevenes generelle livsvilkår og miljø og særlig utreder om årsaken er knyttet til problemer hjemme.

Forskningen støtter opp om resultatene vår når det gjelder å betrakte kulturell kompetanse som en dynamisk størrelse med flere variabler. (Matza et. al 2015) viser hvordan kulturell kompetanse og helsesøstrenes kunnskap om parametere som demografi, språk, religion, sosiale «styrker og svakheter», samt det fysiske miljøet til elevene, slik som bolig er viktig. Forfatterne i den studien argumenterer også for at utarbeidelse av tiltak og individuelle planer må ha god forankring i denne kunnskapen og forståelsen. De hevder at det ikke er tilstrekkelig å bare ha generell kunnskap om andre kulturer, men at kulturforståelse også en kontinuerlig prosess. Helsesøster må anstrenge seg for å bli godt kjent med bakgrunnen og livsbetingelsene til barn og deres familier. Forskningen understøtter altså deltakerne i min studie som poengterer det komplekse landskapet helsesøster står overfor når hun skal forstå og utrede utfordringer. Og enklere blir det ikke med så mange ulike grupper flerkulturelle familier å forholde seg til. Men skal helsesøster klare å tilby tilpassede tjenester kommer man ikke utenom å etablere slik kunnskap. Viktigheten av kulturell kompetanse fremgår også av stortingsmeldingen om en helhetlig integreringspolitikk (st. meld 6, (2012-13). Den poengterer at barn med innvandringsbakgrunn har et annet sykdomsbilde enn det som gjelder norske barn. Særlig har de flere symptomer på angst og depresjon enn andre barn.

Skal helsesøstre klare å gjennomføre utredninger, lage tiltaksplaner og iverksette disse med utgangspunkt i et slikt komplekst landskap av helsemessige og atferdsmessige utfordringer kan det være smart å benytte begreper og kategorier som kan være til hjelp for å få oversikt og system i utredningsarbeidet. En studie har utformet en slik kategorisering jeg mener kan være hensiktsmessig å ta i bruk både i forhold til utredning av helsemessige og atferdsmessige utfordringer (Hanson et. al. 2012). Kategoriene handlet om henholdsvis de generelle fysiske og psyko-sosiale helserelevante behov og om de tilsvarende kontekstspesifikke behov. Begrepet «kontekstuel» leder oppmerksomheten til helsesøster mot de mer spesifikke bakenforliggende årsakene til de psyko-sosiale og fysiske utfordringene til barna. Helsesøster har da en begrepsmessig plattform til å vurdere både de generelle og kontekstuelle faktorene. Man kan så tenke seg at det etter hvert kan bygges inn erfaringsbasert informasjon under de ulike kategoriene.

Men som Dahl (2001) og deltakere i min studie var inne på er det viktig å ikke glemme at den kulturelle komponenten alene ikke kan forklare helse og atferd. Helsesøster bør også ha et

helhetsblikk mot alle aktuelle faktorer som kan spille en rolle og ikke glemme at barn og foreldre først og fremst er individer med hver sin distinkte bakgrunn og personlighet. Et interessant eksempel er knyttet til to deltakere som beskrev sin erfaring med syriske barn på forskjellige måter. Begge viste til nettopp syriske barn som en «kategori», men kom til ulikt resultat med hensyn til hvor vestlig orientert deres tankegang var. Det trenger jo ikke å bety at en av dem må ta feil. Det kan hende at helsesøstrene hadde blitt kjent med syriske familier fra ulike landsdeler med hver sine subkulturer. Syria er et land med mange ulike folkegrupper. Kanskje det er en fordel å betrakte kategorier som midlertidige. Dersom helsesøster er åpen for at «kategorier» må justeres etter hvert som ny erfaring kommer fram i lyset, vil hun forhåpentligvis kunne oppnå mer «nøyaktige» kategorier etter hvert.

En måte helsesøstre kan tilnærme seg flerkulturell innsikt er ved å opprette samarbeidsforum for helsesøstre som har større innslag av flerkulturelle elever i sitt skolemiljø. Da vil alle kunne få utfordret sin egen forståelsesramme, og det vil være en kilde til økt kunnskap og ikke minst bevisstgjøring rundt dette viktige temaet. Jeg tror man på den måten vil kunne komme fram til mer riktige kategorier, også på et mer detaljert nivå.

Forskning støtter resultatene som tilsier at etnisitet er en viktig faktor i forhold til hvordan flerkulturelle formidler sine helsemessige problemer (Flemming, 2011) og at kjønn er en viktig variabel når det gjelder flerkulturelle elevers formidling av helseproblemer (Hanson et. al, 2012). Det kan være store forskjeller mellom etnisiteter når det gjelder slik formidling. Helsesøstre kan altså ikke ta for gitt at det alltid slik at elevene på eget initiativ skal fremlegge sine problemer overfor helsesøster. Og når de først fremlegger sine problemer bør helsesøster ha kunnskap om ulike måter elevene velger å kommunisere disse problemene på. Dette stiller igjen krav til helsesøstrenes kulturelle kompetanse og understreker at helsesøster må ha en ide om hvilke elever som i mindre grad enn andre er tilbøyelige til å oppsøke helsesøster med sine problemer og som er mindre tilbøyelige til å formidle sine problemer på en klar og dekkende måte. En måte helsesøster kan forsøke å imøtekomme disse problemene på er, som resultatene i denne studien understøtter, er å oppsøke disse elevene ofte ved sine naturlige arenaer på skolen og bli godt kjent med dem. Når hun godt kjent med disse elevene kan hun bygge tillit og få elevene til å åpne seg mer om sine problemer.

Deltakere poengterer at det er viktig for helsesøster å rette oppmerksomheten rundt de utfordringene som følger av at man er ny i Norge. Et slikt perspektiv synes naturlig og får også støtte av forskning. I følge (Hanson et. al, 2012) medfører flytteprosesser gjerne en

periode med ustabilitet, diskontinuitet, forvirring og nød før stabilitet kan oppnås. Å ha et spesielt fokus på familier som befinner seg i denne fasen vil derfor være hensiktsmessig.

Forståelsen for sammenhengen mellom psykiske og somatiske plager er viktig. Den nevnte forskningen tyder på at det er all grunn for helsesøster til å være spesielt oppmerksom på slike interaksjoner mellom somatiske og psykiske lidelser når det gjelder flerkulturelle elever. Lærdommen er at når det gjelder fysiske plager hos flerkulturelle elever må helsesøster være spesielt oppmerksom på sannsynligheten for at disse kan ha en psykisk komponent.

Ellers tyder våre resultater på at det ikke holder ikke holder at helsesøstre «utredet» elevene en gang i blant, f.eks. i begynnelsen av skolegangen når hun skal bli kjent med eleven og foreldrene. Denne studiens funn understreker tvert imot viktigheten av at helsesøster kontinuerlig overvåker skolemiljøet og elever, særlig de elevgrupper som etablert kunnskap og erfaring tilsier at det er stor sannsynlighet for at vil møte utfordringer. Det er kulturell kompetanse og kultursensitivitet som må til for å skaffe til veie slik innsikt. Dersom man ikke lykkes med dette kan det få alvorlige konsekvenser, for eksempel dersom man ikke oppfatter faresignalene til barn som tilhører kulturkretser hvor overgrep som tvangsekteskap er legitimert og institusjonalisert.

7.0 Avslutning

Denne studien har resultater som er i overensstemmelse med mye av den internasjonale forskningen. Den understreker at det er bestemte utfordringer i samhandlingen med flerkulturelle foreldre helsesøstre bør være spesielt oppmerksomme på og understreker at hun bør iverksette målrettede tiltak i forhold til disse utfordringen. Jeg har presentert og særlig diskutert følgende typer utfordringer for helsesøster.

- Utfordringer knyttet til foreldrenes oppfatning av helsesøsters rolle og ansvar.
- Utfordringer knyttet til helsesøsters kommunikasjon med foreldre.
- Utfordringer knyttet til å utrede og følge opp barnas helse og sosiale atferd
- Manglende kulturell kompetanse beskrives som en selvstendig utfordring for helsesøster, men er også knyttet til de øvrige utfordringene.

- Ulike oppfatninger mellom helsesøstre om styrken og viktigheten av årsakssammenhenger knyttet til familienes flerkulturelle bakgrunn kan sees på som en utfordring i seg selv.

Min studie understreker generelt at utfordringene må utredes ved at helsesøster fokuserer på et større spekter av årsakssammenhenger, der viktige vurderingsmomenter knyttet til familienes flerkulturelle bakgrunn og familieliv inngår.

Skal helsesøster klare å løse disse utfordringen kreves det for det første at hun er oppmerksom på disse, har god kulturell kunnskap, utnytter kompetansen på en god måte og utvikler den gjennom å høste stadig nye erfaringer. Det er viktig at hun etablerer slik erfaring på en mest mulig bevisst og målrettet måte. For det andre er det viktig at hun bygger opp en relasjon til foreldre og barn basert på mest mulig tillit. For det tredje er det viktig at hun avpasser foreldrenes oppfatninger og forventninger mot fleksibiliteten i sin egen rolle. At helsesøster for egen del avklarer sin egen rolle mot lovverk og retningslinjer og mot hva som er hensiktsmessig og gjennomførbart i forhold til egen kapasitet er viktig. Ellers har denne studien viet kommunikasjon og kommunikasjonsvirkemidler et stort fokus og drøftet dette i lys av teori og resultater.

8.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Resultatene i min studie tyder på at det er en nær kobling mellom familiers flerkulturelle bakgrunn og særlige utfordringer som oppstår på grunn av dette. Noen av utfordringene, slik som negativ sosial kontroll, er en spesielt viktig utfordring som må løses for å sikre barnas helse og trivsel. Mye tyder på at det å jobbe mot dette er viktig i et integreringsperspektiv.

I handlingsplanen mot negativ sosial kontroll fremgår følgende:

«Innsatsen mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse skal være kunnskapsbasert og utvikles i tråd med ny kunnskap og nye erfaringer i arbeidet.» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2017)

Det kan derfor være særlig god grunn til å forske nærmere på dette fenomenet. Forskning på hvordan helsesøster selv eller i samarbeid med andre aktører kan jobbe mot negativ sosial kontroll kan inngå som en del av en slik forskningsstrategi. Forskningen bør ta sikte på å avklare omfanget av og utviklingen av negativ sosial kontroll i norske skoler i dag, samt utrede de ulike uttrykk negativ sosial kontroll kan ha. Handlingsplanen understreker

viktigheten av dette arbeidet og tydeliggjør viktigheten av at temaet negativ sosial kontroll vies betydelig oppmerksomhet, både i praksis og i forskning. Det er klart at skolen er en viktig arena i dette arbeidet.

En annen problemstilling som ikke har inngått som et sentralt fokusområde i denne oppgaven er knyttet til hvordan helsesøstre samhandler med lærere, smittevernkontor, PPT-tjeneste og andre instanser helsesøster har et utstrakt samarbeid med kan samarbeide for å identifisere og løse utfordringer. Resultatene fra min studie viser med all tydelighet at helsesøster ikke er en isolert aktør i arbeidet med kommunikasjon med foreldre og barn, men avhengig av et konstruktivt samarbeid med lærere og andre relevante instanser. Det kan derfor være grunn til å forske mer på hvordan helsesøster kan samarbeide med andre aktører i sitt arbeid med å utrede utfordringer og løse disse.

Ut over dette er det selvsagt rom for å spisse forskningen mer mot utfordringer som gjelder bestemte grupper flerkulturelle familier eller etnisiteter eller forske mer i dybden på bare enkelte av de utfordringene som denne studien peker på. Et fokusområde kan være på kulturelle spenninger mellom ulike nasjonaliteter på en skole eller fokusere på den identitetskrise noen elever går gjennom og hvordan dette kan komme til uttrykk i for eksempel negativ atferd på en skole.

En ting som er sikkert er at skolen er en svært viktig integreringsarena, og vi har sett at helsesøster har et stort potensial for å bidra positivt i integreringsarbeidet. Jeg mener denne studien har bidratt til å anskueliggjøre hvor viktig det er for helsesøstre i skolehelsetjenesten å ha et stort fokus på spesielle utfordringer i kommunikasjon med flerkulturelle foreldre. Det bør være et uttalt mål for skolehelsetjenesten å jobbe for å etablere relevant kulturell kunnskap og finne gode arbeidsformer for å identifisere utfordringer og løse disse.

9.0 Litteraturliste

Barne- og likestillingsdepartementet (2012) *En helhetlig integreringspolitikk* (Meld. St nr.6. (2012-2013). Hentet fra
URL:<https://www.regjeringen.no/contentassets/ae2661f20cfe4899b303a5951334a9c1/no/pdfs/stm201220130006000dddpdfs.pdf>

Brinkmann, J. & Eriksen, T.H. (1996) *Verden som møteplass: Essays om tverrkulturell Kommunikasjon*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Dahl, Øyvind (2001). *Møter mellom mennesker: Interkulturell kommunikasjon*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2001.

Flemming R. (2011) *Use of School Nurse Services Among Poor Ethnic Minority Students in the Urban Pacific Northwest*. Public Health Nursing Vol. 28 No. 4, 308-316.

Forskningsetiske komiteer (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet fra URL:
<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten av 11 april 2003*. Hentet fra URL: [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450?q=forskrift om helsestasjon](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450?q=forskrift%20om%20helsestasjon)

Hansson A., Clausson E. & Janlöv A. (2012) *International School Children's Health Needs: School Nurses' Views in Europe*. The Journal of School Nursing 28(2), 144-152

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester- og god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandrernes helse (2013-2017)*
Hentet fra URL:
https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf

Helsedirektoratet (2017). *Nasjonale faglige retningslinjer for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom.*

Nasjonale faglige retningslinjer. Hentet fra:

<http://legeforeningen.no/PageFiles/289617/Retningslinjer%202017-Helsestasjons%20og%20skolehelsetjenesten.pdf>

Justis- og beredskapsdepartementet. (2017) *Retten til å bestemme over eget liv. Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017-2020).*

Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/e570201f283d48529d6211db392e4297/handlingsplan_rettet-til-a--bestemme-over-eget-liv.pdf

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forsknings intervju.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2015.

Matza M., Maughan E. & Barrows B.M. (2015) “*School Nurse Cultural Competence needs Assessment*”, NASN School nurse, 30(6), 344-349

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag.* 4. utgave. Universitetsforlaget.

Menneskerettsloven. *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett av 21.05.99. Vedlegg 1 (Den europeiske menneskerettskonvensjon med protokoller):* Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30?q=europeiske+menneskerettskonvensjon>

NOU 2010:7. *Mangfold og mestring. Flerspråklige barn, unge og voksne i opplæringsystemet.* Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Hentet fra: <https://lovdata.no/static/NOU/nou-2010-07.pdf>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer

Statistisk sentralbyrå (2018): *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre: 14 prosent av befolkningen er innvandrere*. Hentet fra URL: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/14-prosent-av-befolkningen-er-innvandrere>

Thagaard, Tove. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. 4. Utgave. Fagbokforlaget.

Whitman M.V, Jullet A.D. & Allison J.T. (2009). *Perceptions of school nurses on the challenges of service provision to ESL students*, *Journal of community health*, 35(2), 208-2013.

Vedr. Studie som grunnlag for masteroppgave.

Arezo Shaeri er student ved Masterstudium i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger (UiS), Det Helsevitenskapelige Fakultet.

Som del av studiet, skal studentene gjennomføre et selvstendig vitenskapelig arbeid, en masteroppgave.

Studenten har valgt å arbeide med følgende tema:

Hvordan beskriver helsesøster utfordringer i samhandling med foresatte til fremmedkulturelle barn i barneskole.

Arbeid med masteroppgaven følger forskningsetiske retningslinjer og eksisterende godkjenningsordninger for forskning innenfor helse- og samfunnsfag. Studiene er vurdert som ikke meldepliktig til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).

Veileder for arbeid med masteroppgaven er dosent i helse- og sosialfag ved UiS, Helene Hanssen.

Arbeidet forventes slutført: Vår 2018.

Dersom det er spørsmål kan undertegnede kontaktes.

Stavanger, den 16.11.2017



Dosent, Tlf. +47 51834267

Emneansvarlig



Dosent, Tlf. +47 51834263

Veileder



Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjekt:

Hei!

Navnet mitt er Arezoo Shaeri, og jeg er masterstudent i helsevitenskap ved Universitet i Stavanger (UiS), Fakultet for helsevitenskap. Jeg arbeider for tiden med min masteroppgave som har følgende problemstilling:

Hvordan beskriver helsesøster utfordringer i samhandling med foreldre til fremmedkulturelle barn i barneskolen?

Hva skal til for å løse utfordringene?

Studiens formål

Gjennom å delta i denne studien kan du bidra til ny kunnskap som kan gi grunnlag for en enda bedre skolehelsetjeneste i Norge. Jeg håper derfor du er villig til å dele din erfaring gjennom en samtale med meg.

Fremmedkulturelle elever representerer en stadig større gruppe elever ved norske skoler. Skolen er en viktig sosial arena for barn og spiller en stor rolle for integrering. Helsesøster har også stor betydning i dette arbeidet gjennom helse- og omsorgsmessig oppfølging av disse elevene og gjennom samhandlingen med deres foreldre.

I Stortingsmelding nr. 6 (2012 – 2013): *En helhetlig integreringspolitikk* anføres det at det forebyggende helsearbeidet skal rette seg mot grupper i befolkningen som har særlige risiko- og helseproblemer. En del innvandrergupper faller inn under denne gruppen. Helsestasjon og skolehelsetjenesten blir pekt på som særlig viktige aktører i dette arbeidet da de har en kontaktflate ut mot alle barn og dermed har mulighet til å nå ut til de som trenger hjelp.

Det bør forskes mer på relasjonen mellom skolehelsetjeneste og fremmedkulturelle barn og foreldre for at dette potensialet skal oppfylles mest mulig. Målet med denne oppgaven er å bidra med kunnskap slik at dette arbeidet kan gjøres enda bedre.

Hvorfor blir du forespurt om å delta?

Du inviteres til å være deltaker i mastergradsprosjektet mitt fordi du jobber som helsesøster ved en eller flere barneskoler og derfor vil kunne være med å belyse den valgte problemstillingen min. Virksomhetsleder for skolehelsetjenesten i kommunen har stilt seg positiv til at studien kan gjennomføres.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du takker ja til å delta i mastergradsprosjektet innebærer det at det at jeg gjennomfører et individuelt intervju med deg. Jeg ønsker å legge opp til en mest mulig åpen samtale og ikke styre samtalen for mye med mange forhåndsdefinerte spørsmål. Målet med intervjuet er først og fremst å få fram et bilde av om, og i så fall hvilke utfordringer du som helsesøster opplever i samhandlingen med fremmedkulturelle barn sine foreldre og hvordan du mener eventuelle utfordringer kan løses. Jeg ønsker at samtalen blir tatt opp på lydfil. Intervjuene er planlagt gjennomført i løpet av vinteren 2018. Dersom det er mulig kan intervjuene gjennomføres på din arbeidsplass, eller et annet sted som passer for deg. Jeg ønsker å intervju til sammen fem helsesøstre.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle personopplysninger om deg vil bli behandlet konfidensielt og bare være tilgjengelig for meg selv og min veileder. Det vil ikke være personopplysninger knyttet til intervjumaterialet. Disse vil gis en kode som kobles til intervjudeltakerne. Koblingsnøkkel oppbevares separat fra øvrig data, og alt vil bli lagret i samsvar med regler for dataoppbevaring fra Personvernombudet for forskning (NSD). Deltakerne vil anonymiseres og vil ikke kunne gjenkjennes i oppgaven. Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.18. Da vil lydfiler slettes og datamaterialet vil være anonymisert. Resultatene fra studien vil presenteres i min masteroppgave.

Studien er vurdert som ikke meldepliktig til NSD.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Din deltakelse vil være anonym.

Dersom noe er uklart eller du ønsker mer informasjon om prosjektet kan du sende meg epost: arezoo.shaeri@gmail.com

Tilbakesending av svar

Jeg håper at du takker ja til å delta i prosjektet.

Dersom du takker ja ber jeg deg sende svar til ovenstående epostadresse.

Med vennlig hilsen

Arezoo Shaeri

Samtykke til deltakelse i masterprosjekt

Jeg har mottatt informasjon om masteroppgaven til Arezoo Shaeri som har følgende problemstilling:

«Hvordan beskriver helsesøster utfordringer i samhandling med foreldre til fremmedkulturelle barn i barneskolen? Hva skal til for å løse utfordringene?»

Jeg samtykker med dette til å delta i studien.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Innledende spørsmål

- Hvor lenge har du jobbet som helsesøster ved barneskoler?
- Har du noe ide om hvor mange fremmedkulturelle elever det er ved skolen? / Andel av totalt antall elever
- Vet du hvilke nasjonaliteter som er representert ved skolen?

Helseproblemer og utfordringer

1. Kan du si litt om hva som er typiske helseproblemer/utfordringer hos fremmedkulturelle elever?
2. Kan du si litt om hvordan fremmedkulturelle elevers helseproblemer blir avdekket og fulgt opp?
3. Når kobles foreldrene inn? Hvilke typer problemer gjør at du må ta kontakt med foreldrene?
4. Er det sånn at fremmedkulturelle elevene kommer til deg med sine problemer eller hender det at du også avdekker problemer selv?
5. Hender det at fremmedkulturelle elever kommer med «uklare» problemer fordi de for eksempel føler skam eller flauhet og ikke tør å si ting direkte? Er det forskjell på nasjonaliteter?
6. Er det forskjell på hvilke problemer fremmedkulturelle gutter og jenter kommer med?
7. Har fremmedkulturelle gutter lettere enn jenter for å fortelle om sine problemer eller motsatt?
8. På hvilken måte er fremmedkulturelle elevers helseproblemer knyttet til familiære forhold (elevenes utfordringer hjemme)?
9. Er det noen grupper fremmedkulturelle som utmerker seg spesielt i forhold til utfordringer hjemme?
10. På hvilken måte bidrar foreldrene når det gjelder kartlegging og utredning av elevers problemer?

11. Hvis du sammenligner norske elever med fremmedkulturelle elever. Er det forskjell på helseproblemer og utfordringer? Ulik hyppighet av problemer?

Foreldres forventninger til helsesøster

1. Opplever du at det er samsvar mellom foreldrenes forventninger til deg som helsesøster og de oppgavene du har?
2. Er det forskjell på forventningene til fremmedkulturelle foreldre og norske?
3. Er det eksempler på at foreldre har vanskeligheter med å akseptere «innblanding» fra helsesøster?

Kommunikasjon

1. Kan du si litt om din kontakt med elevene?
2. Hvordan etablerer du kontakt med foreldrene?
3. Hender det at foreldrene selv tar initiativ til kontakt med deg?
4. Er foreldrene samarbeidsvillige?
5. Hvordan opplever du at det er å kommunisere verbalt og ikke verbalt? Føler du at foreldrene forstår det du formidler?
6. Hvordan reagerer foreldrene når de blir konfrontert med barnas problemer?
7. Hender det at dere bruker barna som tolker?

Kulturell kompetanse

1. Synes du helsesøstrene har fått tilstrekkelig kulturell kompetanse når det gjelder å avdekke helseproblemer hos elever og samhandle med deres foreldre?
2. I hvilken grad mener du at du har nok kompetanse og er bevisst kulturelle normer, f.eks. i forhold til kommunikasjon?

Vedlegg 4: Eksempel på analyseprosessen med utgangspunkt i en meningsbærende enhet

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Subgrupper	Kategori
<p><i>De får ikke lov til å gå på kino med venner eller gå på besøk hos venner. For eksempel folk fra Syria er ikke vant med et åpent miljø, de er ikke vant til den oppdragelsen. Når man er mer enn 10 år så blir man mer beskyttet, særlig jentene. "Du skal vente til du skal gifte deg osv..".</i></p>	<p>Personer fra enkelte nasjoner får ikke lov til delta på fritidsaktiviteter. De er ikke vant til et åpent miljø. Det er særlig utover jentene.</p>	<p>Oppdragelse/negativ sosial kontroll</p>	<p>Kulturelle utfordringer</p>