



Kulturelt tilpasset sykepleie til
innvandrerefamilier med barn innlagt på
sykehus

Kandidatnummer: 135
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie, Emne 14B

Antall ord: 8566

Dato: 14.04.2020

Tittel: Kulturelt tilpasset sykepleie til innvandrerfamilier med barn innlagt på sykehusProblemstilling:

Hvilken kompetanse trenger sykepleier for å utøve kulturelt tilpasset sykepleie til innvandrerfamilier med barn innlagt på sykehus?

Teoretisk perspektiv:

I teorikapittelet blir oppgavens teoretiske perspektiv beskrevet. Først presenteres sykepleierens juridiske og etiske ansvar, samt sykepleierens funksjons- og ansvarsområde. Deretter spisses oppgaven inn på innvandring og kultur. Videre beskrives Papadopoulos, Tilki og Taylors modell for utvikling av kulturell kompetanse, og barns utvikling ut fra Eriksons psykososiale utviklingsteori og Piagets kognitive utviklingsteori. Til slutt beskrives det spesielle for familier på sykehus og kommunikasjonen med dem.

Metode:

Oppgaven er en litteraturstudie basert på allerede eksisterende litteratur. Det er anvendt fagbøker, forskningsartikler, lovverk og rapporter. Anvendte forskningsartikler er funnet gjennom søk i anerkjente databaser, og er av kvalitative design. Valgt litteratur er kritisk vurdert ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning. Nettsider og fagartikler fra internett er kvalitetssikret ved bruk av TONE-prinsippet.

Drøfting:

I oppgaven drøftes forskningsresultatene opp mot lovverk, retningslinjer og annen faglitteratur på området. Egne kliniske erfaringer er tatt med for å belyse problemstillingen. Ved å ta utgangspunkt i Papadopoulos, Tilki og Taylors modell for utvikling av kulturell kompetanse drøftes kompetansen sykepleieren trenger i møte med innvandrerfamiliene og deres barn innlagt på sykehus.

Avslutning:

Oppgaven konkluderer med at sykepleieren trenger å ha generelle sykepleiefaglige ferdigheter og holdninger i bunn, og deretter bygge på med kulturspesifikk kompetanse. Kulturell kompetanse er en kombinasjon av kulturell bevissthet, kulturell kunnskap og kulturell sensitivitet. Denne kompetansen består av ulike kunnskaper, ferdigheter og holdninger ut fra et kulturelt perspektiv. Sykepleieren må respektere forskjeller, være interessert i å lære av familien og aktivt lytte til barnet og familiens behov for å skape et tillitsfullt forhold til familien. Følelsen av trygghet, sikkerhet og tillit blir sett på som noe av det viktigste i det kulturelle møtet.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Innledning | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.2 | Presentasjon av problemstilling | 2 |
| 1.3 | Avgrensning og presisering..... | 2 |
| 1.4 | Begrepsavklaring | 2 |
| 1.5 | Oppgavens disposisjon | 3 |
| 2 | Teoretisk kunnskapsgrunnlag..... | 4 |
| 2.1 | Sykepleiers juridiske og etiske ansvar | 4 |
| 2.2 | Sykepleiers ansvar og funksjonsområde | 5 |
| 2.3 | Innvandring..... | 6 |
| 2.4 | Kultur..... | 6 |
| 2.5 | Modell for utvikling av kulturell kompetanse..... | 7 |
| 2.6 | Barns utvikling..... | 8 |
| 2.7 | Familien på sykehus | 9 |
| 2.8 | Kommunikasjon med familien | 9 |
| 3 | Metode | 11 |
| 3.1 | Metodebeskrivelse..... | 11 |
| 3.2 | Litteratursøk og søkehistorikk | 11 |
| | <i>Tabell 3.2.1: Søkehistorikk.....</i> | <i>13</i> |
| 3.3 | Kildekritikk | 14 |
| 3.4 | Etiske vurderinger | 15 |
| 4 | Resultat av forskning | 16 |
| | <i>Tabell 4.1: Artikkelmatrise</i> | <i>16</i> |
| 5 | Drøfting | 20 |
| 5.1 | Kulturell bevissthet..... | 20 |
| 5.2 | Kulturell kunnskap..... | 22 |
| 5.3 | Kulturell sensitivitet | 24 |
| 5.4 | Kulturell kompetanse | 26 |
| 6 | Avslutning | 29 |
| | Referanseliste | 30 |
| | Vedlegg 1 | 34 |

1 Innledning

Innledningen presenterer bakgrunn for valg av tema og relevansen innenfor sykepleiefaget, problemstilling, avgrensninger for oppgaven og begrepsavklaring. Temaet for oppgaven er kulturelt tilpasset sykepleie til innvandrerfamilier med barn innlagt på sykehus.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som mange andre land i Europa, opplever Norge endringer i befolkningens sammensetning på grunn av innvandring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Innvandringen er en berikelse og skaper et kulturelt mangfold. Samtidig kan det skape nye utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Mennesker kommer til Norge enten frivillig eller drevet på flukt fra hjemlandet. De har med seg en annen kultur med andre normer, erfaringer og språk (Hanssen, 2019). I følge Statistisk sentralbyrå bor det over 944 400 innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2019a). Over 230 000 av disse er barn under 20 år (Statistisk sentralbyrå, 2019c). Som sykepleier vil man kunne møte på flere av barna som pasienter (Grønseth & Markestad, 2017).

Sykepleiere skal ha oppdatert kunnskap om kulturelle utfordringer og vite om barrierene som eksisterer for at alle tilbys likeverdige helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Imidlertid kan mange sykepleiere oppleve å ha for liten kunnskap, og føle på en utilstrekkelighet som utfordrer en god og forsvarlig utførelse av sykepleien til innvandrerpasienter og deres familier (Alpers, 2017). De kulturelle forskjellene kan skape utfordringer i møtet mellom sykepleieren og familien, og videre forårsake usikkerhet og misforståelser. Det kan så skape manglende relasjonell omsorg, dårligere tilrettelegging og manglende kartlegging av grunnleggende behov (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018). I hvilken grad sykepleieren mestrer å møte og behandle pasienter med innvandrerbakgrunn på en god og tilpasset måte avhenger i stor grad av sykepleierens kompetanse (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018).

I tillegg til at kulturforskjeller er et forskningsrelevant tema, har jeg opplevd forskjellene og utfordringene der jeg jobber. Jeg har observert hvordan de kulturelle forskjellene kan utfordre møtet mellom sykepleieren og innvandrerfamilien ved at det oppstår misforståelser på grunn av ulike forventninger til behandlingen, språkbarrierer eller manglende tillit.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Fra bakgrunn av tema vil det være interessant å utforske hvilken kompetanse sykepleieren trenger i møte og behandlingen av innvandrerpatienter og deres familie. Følgende problemstilling er derfor utarbeidet:

Hvilken kompetanse trenger sykepleier for å utøve kulturelt tilpasset sykepleie til innvandrerfamilier med barn innlagt på sykehus?

1.3 Avgrensning og presisering

Når barn legges inn på sykehus blir barnet og foreldrene ofte sett på som en helhet (Tveiten, 2012). Mye av tryggheten og kommunikasjonen til barnet skapes gjennom en god relasjon til familien (Grønseth & Markestad, 2017). Oppgaven vil derfor ta utgangspunkt i at sykepleien skal tilpasses både barnet og foreldrene. For å avgrense vil det ikke være fokus på søsken. Oppgaven vil konsentrere seg om innvandrerfamilier fra ikke-vestlige land, der barnet er i alderen 3 – 5 år. Barnet kan være både første- og andregenerasjonsinnvandrer, som vil si at det enten har vært med på innvandringen eller er blitt født i Norge. Det settes ikke noen avgrensning til type diagnose blant barna, da det er like viktig å utøve kulturelt tilpasset sykepleie uavhengig av diagnose og avdeling (Papadopoulos, 2006).

1.4 Begrepsavklaring

Her gjøres det kort rede for sentrale begreper i problemstillingen. Begrepene vil bli utdypet senere i oppgaven.

Kompetanse: Et bredt begrep som inkluderer både kunnskap, utførelse og holdninger (Dalland, 2017). For å kunne utøve sykepleie kreves det både kunnskap, holdninger og ferdigheter, noe som sammenfattes i ordet kompetanse (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). Kompetanse rettet mot samhandling og helsehjelp til mennesker på tvers av ulike kulturer og språk kalles kulturell kompetanse (Stubberud & Eikeland, 2019).

Innvandrerfamilier: Innvandrerfamilier vil her ses på familier hvor foreldrene er innvandrere, og barna har innvandrerbakgrunn (Oppedal et al., 2008). Barna kan da være både første- og andregenerasjonsinnvandrere, som vil si at de enten har vært med på innvandringen selv, eller har blitt født i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2019b).

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven startet med å presentere bakgrunn for temavalg, problemstilling og sentrale avgrensninger. Kapittel to presenterer teoretisk kunnskapsgrunnlag med teori relevant for å besvare problemstillingen. Kapittel tre består av oppgavens metode, søkeprosess og kildekritikk. Videre vil valgte artikler bli presentert i kapittel fire, før funn og teori drøftes for å besvare problemstillingen i kapittel fem.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I følgende kapittel beskrives teori relevant for å besvare problemstillingen. Først presenteres sykepleierens juridiske og etiske ansvar, samt sykepleierens funksjons- og ansvarsområde. Deretter spisses oppgaven inn på innvandring og kultur. Videre beskrives Papadopoulos, Tilki og Taylors modell for utvikling av kulturell kompetanse. Til slutt presenteres barns utvikling og det spesielle med familier på sykehus og kommunikasjonen med dem.

2.1 Sykepleiers juridiske og etiske ansvar

Alle pasienter skal tilbys likeverdige helsetjenester preget av god kvalitet. For å nå målet skal helsepersonell, i følge Nasjonal strategi om innvandrerhelse, ha oppdatert kunnskap om kulturelle utfordringer, særskilte helseutfordringer hos ulike grupper og hvilke barrierer som eksisterer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Videre skal sykepleieren utøve faglig, etisk og juridisk forsvarlig sykepleie og gir barnet og foreldrene den informasjonen som er nødvendig for å forstå innholdet i helsehjelpen og hvordan helsetilstanden er (Helsepersonelloven, 1999, §4). Denne informasjonen skal være tilpasset de individuelle forutsetningene som erfaringer og kultur- og språkbakgrunn. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). I pasient- og brukerrettighetsloven §3 (1999) lovfestes pasientens rett til å medvirke ved behandling. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten. Det er de som har foreldreansvaret for barnet som har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år. Samtidig, om barnet er i stand til å danne seg egne synspunkter på det samtykke dreier seg om, skal de med foreldreansvar gi barnet informasjon og anledning til å si sin mening før de avgjør spørsmål om å samtykke til helsehjelp (Barnekonvensjonen, 1989; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-4). Barnas særegne rettigheter på sykehus ivaretas gjennom forskriften om barns opphold i helseinstitusjon (2000). Den stadfester at barnet kun skal legges inn på helseinstitusjon når det er medisinsk nødvendig, og at barnet har rett til å ha minst en forelder hos seg under oppholdet.

Sykepleierens humanistiske og etiske verdigrunnlag forplikter sykepleiere til å respektere det enkelte menneskes liv og verdighet (Norsk sykepleierforbund, 2019). Et menneske er alltid mer enn dets kulturelle eller etniske identitet (Hanssen, 2019). Sykepleien skal være kunnskapsbasert og preget av omsorg og respekt (Norsk sykepleierforbund, 2019). Det innebærer at sykepleieren må være bevisst på egne holdninger og unngå etnosentrisme, som

vil si at man har sin egen kultur som standard og vurderer andre ut fra den (Hanssen, 2019). I Norge kommer prinsippene om medvirkning og autonomi foran lojalitet og gruppetilhørighet. Det kan virke fremmed for personer fra andre kulturer med en kollektivistisk tenkning hvor gruppen er kjerneenheten (Hanssen, 2019). Autonomiprinsippet bevisstgjør pasientens rett til selvbestemmelse og medvirkning (Brinchmann, 2016). I kollektivism blir autonomi mindre viktig, og man prioriterer det som er best for gruppen, noe som kan oppfattes rart for skandinaviske sykepleiere (Hanssen, 2019). Sykepleiere skal stå opp og være talspersoner for pasienten, og være spesielt lydhøre og spørrende til personer med innvandrerbakgrunn. Samtidig må man stille de samme kravene til alle pasienter uavhengig av kulturell bakgrunn (Høye, 2017). Sykepleiere har ved rettferdighetsprinsippet en plikt til å behandle alle likt og fordele ressurser rettferdig (Brinchmann, 2016).

2.2 Sykepleiers ansvar og funksjonsområde

All sykepleie skal bygge på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene (Kristoffersen et al., 2016). Sykepleiere har et ansvar for å utføre sykepleie som fremmer helse, forebygger sykdom og ivaretar pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleien baseres i tillegg på teoretisk og erfaringsbasert kunnskap, kliniske vurderinger og ferdigheter (Kristoffersen et al., 2016). Sykepleiernes grunnleggende funksjonsområder er blant annet av forebyggende, helsefremmende og behandlende art (Kristoffersen et al., 2016). I denne oppgaven vil sykepleierens hovedfunksjonsområde være den behandlende funksjon. Det innebærer både observasjon, datasamling, planlegging, utførelse og evaluering (Kristoffersen et al., 2016). Selv om innvandrerpasienter har de samme grunnleggende behovene som norske pasienter, kan de ha ulike forventinger til behandlingen (Hanssen, 2019). Ulike forventinger kan skape utfordringer i møte mellom sykepleieren og innvandrerfamilien. Et møte på tvers av ulike kulturer beskrives ofte som et kulturelt møte. I det kulturelle møtet kan det lett oppstå misforståelser og mistolkninger på grunn av ulik uttrykksform og forventninger, og det vil da være viktig at sykepleieren er åpen for å lære og tilpasser sykepleien til den enkelte familie og deres kulturelle behov (Hanssen, 2019).

2.3 Innvandring

Innvandrere er forskjellige, og har opplevd ulike migrasjonsformer. I Norge finnes både arbeidsinnvandrere og deres familier, flyktninger og innvandrere gjennom familiegjenforening (Lidén, 2017). Migrasjonen er en stressende begivenhet i et menneskes liv, og innebærer å bli skilt fra alt som er kjent og nært, fra hjemlandets kultur, fra familie og venner, og fra innarbeidede roller i samfunnet. Endringen kan føre til både sosiale, kulturelle og psykologiske tap (Hanssen, 2019). Slike faktorer kan øke sårbarheten for sykdom og virke inn på både den fysiske og psykiske helsen (Alpers, 2018).

I dag finnes det over 75 000 barn under 5 år med innvandrerbakgrunn i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2019c). Barn som selv har vært med på innvandringen kan oppleve å møte andre utfordringer i livet enn de som er norskfødte. At familien velger å flytte fra hjemlandet kan få konsekvenser for både omsorgssituasjon og tilhørighet (Lidén & Bredal, 2009). Uavhengig om barnet har vært med på migrasjonen eller ikke vil det kunne kjenne på at det å vokse opp med flere kulturer både er en berikelse og en belastning. Det kan være forskjell på foreldrenes oppfattelse av barnets beste og hva det norske samfunnet vektlegger (Brenna, 2009). Samtidig kan det å vokse opp innenfor to kulturer innebære ekstra tilgang på ressurser, noe som har vist at kan gjøre barna mer fleksible, tilpasningsdyktige og empatiske (Oppedal et al., 2008).

2.4 Kultur

Det finnes over to hundre forståelser av ordet kultur. Ordet har sin opprinnelse i det latinske begrepet «colare», som betyr å dyrke (Horntvedt, 2012). Kultur henviser til det som er lært, det kognitive og det symbolske aspektet ved tilværelsen. Professor Hylland Eriksen (2010) beskriver det som de ferdighetene, væremåtene og oppfatningene som personer har opparbeidet seg som medlemmer av et samfunn.

I alle kulturer er mennesker opptatt av sykdom og behandling, og det som oppfattes som sykdom hos noen behøver ikke klassifiseres som det hos andre (Eriksen & Sajjad, 2015). Allerede fra småbarnsalder har man fått sin egen kulturs forklaring på sykdomssymptomer som feber, smerter og temperatur (Grønseth & Markestad, 2017). Kulturbakgrunn og livserfaring spiller en stor rolle på hvordan mennesker tenker og handler ved sykdom (Hanssen, 2019). Sykdom må altså ses på som et relativt begrep, der meningsaspektet er forskjellig i ulike kulturer (Eriksen & Sajjad, 2015).

2.5 Modell for utvikling av kulturell kompetanse

Kompetanse er en kombinasjon av kunnskaper, ferdigheter og holdninger som behøves for å utføre en gitt oppgave (Dalland, 2017). Å ha kompetanse er avgjørende for at sykepleiere skal kunne utføre jobben sin på en faglig forsvarlig måte (Kristoffersen et al., 2016). Sykepleierens kompetanse skal bygge på forskning, erfaringer og kunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2019). For å fremme inkluderingen av kultur til sykepleierens kompetanse publiserte Irene Papadopoulos, Mary Tilki og Gina Taylor i 1998 en modell for utvikling av kulturell kompetanse. De hevder at kulturell kompetanse er en kombinasjon av kunnskaper, holdninger og ferdigheter som man tilegner seg i løpet av livet (Papadopoulos, 2006). For å strukturere disse kunnskapene, holdningene og ferdighetene er modellen delt inn i fire stadier:

Kulturell bevissthet beskrives som det helt grunnleggende for at helsepersonell skal kunne utvikle kulturell kompetanse. Det innebærer at sykepleieren er bevisst på egne verdier og oppfatninger (Papadopoulos, 2006). Verdier utvikles allerede som småbarn, og påvirkes av familie og sosialt miljø (Alpers, 2017). Å bli bevisst på egne stereotypier, fordommer og antagelser om mennesker som er annerledes enn seg selv er en viktig del av å bli kulturelt bevisst. En mangel på denne bevisstheten og manglende respekt overfor pasienter med ulike synspunkter beskrives ofte som en av de alvorligste barrierene for kulturell kompetent sykepleie. Det advares sterkt mot etnosentrisme (Papadopoulos, 2006). Sykepleierne må passe på at de ikke vurderer andres kultur og verdier ut fra ens egen kultur, og samtidig være bevisst på hvordan de bruker makten sin (Alpers, 2018). Ettersom de kjenner systemet og utøver det er de i en maktposisjon ovenfor pasienten. Når man har med familier som føler seg fremmede innenfor den norske helsevesenets subkultur, og som i tillegg ikke behersker språket, kan maktforholdet bli enda skjevare (Hanssen, 2019).

Kulturell kunnskap innebærer at helsepersonell har forståelse for historisk, sosiokulturell og geografisk bakgrunn til pasienten (Papadopoulos, 2006). Det betyr at sykepleieren bør ha kunnskap om ulike oppfatninger av helse og sykdom, og hvordan det kan påvirke atferden (Stubberud & Eikeland, 2019). En bør ha kjennskap til barnets og foreldrenes verdensbilde, da det er grunnlaget for handlinger og tolkninger (Papadopoulos, 2006). Sykepleieren må samle de relevante kulturelle data og vurdere barnets tilstand på en måte som tar hensyn til kulturen (Alpers, 2018; Papadopoulos, 2006). Kunnskap om ulike kulturer er viktig for å møte mennesker fra andre kulturer på en god måte. Å vise kunnskap om en pasients kultur vil

kunne gi pasienten en opplevelse av å bli møtt med omsorg og respekt, og gjøre at møtet med sykehuset oppleves trygt (Hanssen, 2019).

Kulturell sensitivitet er hvordan helsepersonell ser på menneskene de pleier og respekterer dem. Sensitivitet handler om evnen til å være følsom ovenfor andre. Tillit, empati og kommunikasjonsferdigheter er vesentlige egenskaper (Papadopoulos, 2006), og er nødvendige for at sykepleietiltakene skal ha effekt (Alpers, 2017). Gjennom kommunikasjon og samhandling blir holdningene og verdiene til sykepleierne formidlet (Hanssen, 2019). Kulturell sensitivitet er derfor nødvendig for å kunne vise omtanke og barmhjertighet for familien på en individuelt tilpasset måte gjennom samhandlingen (Papadopoulos, 2006).

Kulturell kompetanse kan beskrives som en kombinasjon og anvendelse av stegene ovenfor. I tillegg trengs det ytterligere praktiske ferdigheter og andre omsorgsevner (Papadopoulos, 2006). Med kulturell kompetanse øker bevisstheten på rollen man tar i situasjonen, man ser alternativer, og er mer selvreflekterende og ydmyk (Grønseth & Markestad, 2017). For å oppnå kulturell kompetanse må man ha et kulturelt ønske og en motivasjon til å tilegne seg kompetanse (Stubberud & Eikeland, 2019). En kombinasjon av kulturell bevissthet, kulturell kunnskap og kulturell sensitivitet vil veilede sykepleiere i å vite hvordan man skal stille spørsmål, overkomme språkbarrierer og skaffe informasjon om pasientens verdier, tro og behov (Papadopoulos, 2006).

2.6 Barns utvikling

For alle barn, uavhengig av kultur, er sykehusinnleggelse en stor forandring (Grønseth & Markestad, 2017). For barn med innvandrerbakgrunn kan det være en ekstra belastning, da foreldrenes helseforståelse og språkkunnskaper kan komme i veien for adekvat samhandling (Høye, 2017). For å kunne hjelpe barnet i å mestre stresset som medføres er det nødvendig at sykepleiere vurderer tiltakene sine med utgangspunkt i barnets utviklingstrinn (Grønseth & Markestad, 2017). To anerkjente teorier om barns utvikling er Erik Homburger Eriksons teori om psykososial utvikling og Jean Piagets teori om kognitiv utvikling (Håkonsen, 2014). Erikson setter barnets utvikling inn i en sosial og kulturell sammenheng med fokus på følelser. Barn mellom 3 – 5 år er i den tredje av åtte biologiske faser, hvor barnet preges av evnen til initiativ versus skyldfølelse. Barnet er ofte nysgjerrig og ivrig etter å lære og utforske nye ting. Barnet kan oppleve stolthet og økt selvfølelse ved følge av mestring

(Erikson, referert i Håkonsen, 2014). På den andre siden kan barnet lett føle på en skyldfølelse som følge av initiativet og handlingene det medfører. Videre kan barnet da bli svært forsiktig og tilbakeholdent (Erikson, referert i Håkonsen, 2014). Piagets kognitive utviklingsteori handler om den tankemessige utviklingen til barnet. Barn mellom 3 – 5 år er i fasen som kalles preoperasjonelle stadiet. Stadiet karakteriseres av at barnet begynner å bruke språket og tilegner seg logisk tenkning. Piaget hevder at den største begrensningen for barnet er at tankeprosessene er egosentriske. Barnet mangler evnen til å se og oppfatte andre menneskers perspektiver (Piaget, refert i Håkonsen, 2014).

2.7 Familien på sykehus

Barnet og foreldrene blir ofte sett på som en helhet ved sykehusinnleggelse (Tveiten, 2012). Uansett årsak til barnets innleggelse blir hele familien berørt, og innleggelsen kan skape flere endringer i familiens hverdag (Sjøbjerg, 2019). Foreldrene er normalt de viktigste personene for barnet, og representerer trygghet og forutsigbarhet. Det er foreldrene som kjenner barnet best og vil være sykepleierens beste samarbeidspartner. Sykepleieren må derfor forholde seg til alle tre, og tilpasse sykepleien til det (Tveiten, 2012). Både barnet og foreldrene trenger omsorg og støtte. Ofte skjer innleggelsen uten forvarsel, og situasjonen etterlater seg liten tid for forberedelse. Det kan oppleves skremmende for mange (Sjøbjerg, 2019). Barnets utrygghet kan forsterkes ytterligere dersom foreldrene endrer atferd grunnet engstelse. Foreldrene kan føle seg usikker på rollen sin på sykehuset. De vil ha et behov for bekreftelse, rolleavklaring og informasjon (Grønseth & Markestad, 2017). Innvandrerforeldre kan føle seg ekstra fremmede på sykehuset, og om de i tillegg ikke behersker språket, kan de ha behov for mer tilrettelegging og støtte i foreldrerollen (Hanssen, 2019).

2.8 Kommunikasjon med familien

Kommunikasjon kan defineres som utveksling av verbale og nonverbale tegn og symboler mellom to eller flere personer (Eide & Eide, 2017). I kommunikasjonen med barn er det nødvendig å skape et kontaktforhold preget av trygghet og interesse (Eide & Eide, 2017). Når barnet er blitt 3 år kan det som oftest lage enkle setninger. Det er best å bruke et dagligdags språk, og ikke snakke langsomt eller med babyspråk da 3 – 5 åringer ofte kan mislike å bli snakket til som småbarn (Grønseth & Markestad, 2017). Kommunikasjonen kan heller aldri løsriveres fra den kulturelle konteksten samhandlingen skjer i. Det er viktig å lytte aktivt og

utforske hva barnet og foreldrene ser på som verdifullt (Eide & Eide, 2017). Kulturforskjeller er ofte en svært viktig medvirkende årsak til kommunikasjonsproblemer, misforståelser og konflikter (Eriksen & Sajjad, 2015). Misforståelser kan få uheldige følger for behandlingsutfallet og vil kunne skape frustrasjon og mindre tilfredshet (Helsedirektoratet, 2011). I tillegg til problemer med den språklige kommunikasjonen, kan det være ulikheter i den nonverbale samhandlingen. Hver kultur har sin egen karakteristiske form for kroppsspråk (Hanssen, 2019). Å tilhøre ulike kulturer gir ulike koder med ulikt meningsinnhold som kan oppfattes forskjellig (Orvik, 2015).

Noen ganger kan det være nødvendig å tilkalle tolk for å bryte kommunikasjonsbarrierer og oppnå adekvat samhandling med familien (Stubberud & Eikeland, 2019). Selv om barnet kan norsk, skal barnet aldri brukes som tolk mellom sykepleieren og foreldrene (Helsedirektoratet, 2011). Andre familiemedlemmer skal i hovedsak heller ikke brukes som tolk da de ofte ikke har tilstrekkelig kunnskap om norsk kultur eller helsevesen til å forstå det som blir sagt (Hanssen, 2019). Dersom man ikke får til at en tolk er til stedet, er det mulig å bruke tolketjenester over telefon. Det muliggjør at familien kan være anonym, om det er ønskelig (Hanssen, 2019).

3 Metode

Metode er den systematiske fremgangsmåten som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019). Følgende presenteres fremgangsmåten for litteratursøket, valg av artikler og faglitteratur før kapittelet avsluttes med gjennomgang av kildekritikk.

3.1 Metodebeskrivelse

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave, hvor det anvendes eksisterende fag- og forskningslitteratur for å drøfte den selvvalgte problemstillingen (Dalland, 2017). Anvendte forskningsartikler er av kvalitativt design, som tar sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Thidemann, 2019). Det er et bevisst valg å ekskludere kvantitative artikler, da jeg ønsket å finne ut om familienes og sykepleiernes opplevelser og erfaringer, samt utforske egenskaper og karaktertrekk ved sykepleiere.

3.2 Litteratursøk og søkehistorikk

For å belyse problemstillingen er det anvendt faglitteratur. Jeg har benyttet meg av bibliotekets søkemotor Oria for å finne relevante fagbøker. Litteratur som jeg har hatt stor nytte av er *Transcultural Health and Social Care* av Irene Papadopoulos (2006), *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* av Ingrid Hanssen (2019) og *Pediatri og pediatrik sykepleie* av Grønseth og Markestad (2017). I tillegg har jeg brukt andre fagbøker med fokus på barn, kulturell kompetanse, kommunikasjon og flerkulturell sykepleie. For å beskrive barns utvikling har jeg benyttet sekundærlitteratur, hvor Håkonsen (2014) refererer til Eriksons psykososiale utviklingsteori og Piagets kognitive utviklingsteori. Oppgaven inneholder litteratur fra nyere rapporter som er direkte rettet mot det aktuelle temaet og baserer seg på statistikk og forskning fra Norge. Rapportene og fagartiklene fra internett er vurdert kildekritisk med TONE-prinsippet (NTNU, 2020). For å forme og strukturere oppgaven har jeg brukt Thidemanns motivasjonsbok til bacheloroppgaven (2019) og Rienecker og Jørgensens bok om oppgaveskriving (2017).

Videre søkte jeg strukturert etter forskning som kunne svare på problemstillingen.

Søkeprosessen startet med å finne relevante søkeord, som ble systematisert i vedlagt PICO-skjema. Jeg brukte norsk MeSH (Medical Subject Headings) for å finne de norske

søkeordene til engelske emneord. Databasene Cinahl og Pubmed ble brukt for å søke etter forskning. Først utførte jeg et søk med flere emneord for å få oversikt over forskingen på temaet. Jeg kombinerte emneord med OR for de under samme bokstav i PICO skjemaet, og AND mellom de ulike kolonnene. Jeg brukte ordene (*Child OR Parents OR Nurses*) AND (*Transcultural nursing OR pediatric nursing*) AND (*Cultural competence OR cultural sensitivity*). Jeg stilte krav til at artiklene var fra de siste 10 årene og engelskspråklige. Etter å ha lest gjennom overskrifter og abstrakter, endte jeg med to artikler som jeg anså som relevante til å besvare problemstillingen. Videre ønsket jeg å spisse inn søket mer og kombinere færre emneord. Jeg brukte PubMed, med emneordene *Child AND Immigration AND Health Care*. Emneordene kom jeg fram til etter å ha lest gjennom de to inkluderte artiklene. Overskriften på denne artikkelen fanget oppmerksomheten min da jeg allerede hadde sett den i en av referanselistene.

Etter å ha diskutert søkene med fagfolk innenfor emnet ble jeg rådet til å øke tidsavgrensningen. Neste søk ble avgrenset til siste 15 år og engelsk språk. Jeg kombinerte emneordene *transcultural care AND pediatric nursing* i Cinahl, og fant to relevante artikler som kunne svare på problemstillingen. Den siste inkluderte artikkelen er en ny studie fra 2019. Jeg ønsket å finne noe som var nytt, og kombinerte emneordene *cultural sensitivity AND pediatric nursing* på Cinahl, avgrenset til siste 5 år og engelskspråklig. Jeg valgte å ikke avgrense noen av søkene til «peer reviewed» da jeg sjekket tidsskriftene og de inkluderte artiklene gjennom Norsk senter for forskningsdata (NSD). Da fikk jeg oversikt over at tidsskriftene var godkjente publiseringskanaler, og at artiklene var fagfellevurdert. Det er i tillegg tatt i bruk sjekklister for kvalitativ forskning for å vurdere artiklene i forhold til riktig struktur og relevans.

Søkeprosessen vises i tabellen nedenfor.

Tabell 3.2.1: Søkehistorikk

| Nr | Dato | Database | Søkeord | Avgrensning | Antall treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Inkludert artikkel |
|----|------------|----------|---|--|--------------|----------------|----------------|--|
| 1. | 18/11-2019 | Cinahl | (child OR parents OR nurses) AND (transcultural nursing OR pediatric nursing) | Siste 10 år, engelsk språk | 65 | 34 | 8 | Cross-cultural care encounters in paediatric care: minority ethnic parents' experiences (2017) |
| 2. | 18/11-2019 | | AND (cultural competence OR cultural sensitivity) | | | | | Nurses in Action: A Response to Cultural Care Challenges in a Pediatric Acute Care Setting (2015) |
| 3. | 22/11-2019 | PubMed | child AND immigration AND health care | Siste 10 år, engelsk språk | 72 | 14 | 5 | Meeting Swedish Health Care System: Immigrant Parents of Children with Asthma Narrate (2015) |
| 4. | 18/12-2019 | Cinahl | transcultural care AND pediatric nursing | Siste 15 år, engelsk og skandinavisk språk | 13 | 8 | 3 | Obstacles to Transcultural Caring Relationships: Experiences of Health Care Staff in Pediatric Oncology (2007) |
| 5. | 18/12-2019 | | | | | | | Bridging obstacles to transcultural caring relationships – Tools discovered through interviews with staff in |

| | | | | | | | | |
|----|------------|--------|--|------------------------------|---|---|---|--|
| | | | | | | | | pediatric oncology care (2008) |
| 6. | 20/12-2019 | Cinahl | cultural sensitivity AND pediatric nursing | Siste 5 år, engelsk språk | 6 | 4 | 1 | Cultural sensitivity in paediatric nursing care: a concept analysis using the Hybrid method (2019) |

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk defineres som et redskap som setter i gang en vurdering av kvaliteten på benyttede kilder (Rienecker & Jørgensen, 2017). Litteraturen er grunnlaget, og den kunnskapen hele oppgaven tar utgangspunkt i (Thidemann, 2019). Skolebiblioteket er brukt som ressurs for finne forskning og litteratur, og for å sikre riktig kildebruk.

Søkeprosessen startet med å kombinere flere søkeord for å få en oversikt over relevant forskning på temaet. Videre begrenset jeg søkeordene og søkte mer spesifikt. I søkeprosessen stilte jeg krav til både relevans og gyldighet. De inkluderte forskningsartiklene er alle publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Det vil si at de er fagfellevurdert av eksperter innenfor fagområdet (Rienecker & Jørgensen, 2017). Alle forskningsartiklene er kvalitative. En svakhet med det er at man ikke alltid kan si hvor representative de er da utvalget av deltakere er relativt lite. Det kan være vanskelig å generalisere resultatene. På den andre siden går man i dybden og finner utdypende svar (Thidemann, 2019), noe som jeg var ute etter.

Artiklene baserer seg på forskning fra ulike deler av verden. Jeg har vært bevisst på å bruke flest artikler fra land som ligner på Norge. Fire av artiklene er fra Sverige (1, 3, 4, 5) og en er fra USA (2), som begge er land med en vestlig kultur. Den siste studien (6) er tatt med da den inkluderer resultater fra forskning gjort over hele verden. To av artiklene (4-5) er av de samme forfatterne, noe jeg ser på som en styrke, da de har tatt med seg resultatene fra den første studien og gått i dybden på den neste. Begge artiklene er eldre enn 10 år, men etter kritisk vurdering anser jeg de fortsatt som relevante for å besvare problemstillingen da de kommer med utdypende svar på hvilken kompetanse sykepleiere trenger i møte med innvandrerfamilier.

Som nevnt tidligere har jeg benyttet meg av tidligere pensumbøker og annen relevant faglitteratur. Jeg anser det som trygt å bruke bøker fra pensumlistene, samt bøker fra skolens bibliotek, da disse er ansett som pålitelige kilder fra skolens side. Jeg har brukt Håkonsen (2014) som sekundærlitteratur for å beskrive Eriksons og Piagets utviklingsteorier. Selv om Håkonsen gjengir teoriene, og kan ha tolket dem på sin måte, anser jeg det som trygt å bruke da det er Håkonsens bok vi har hatt som pensum. Boken til Papadopoulos (2006) er på engelsk. Det tas derfor forbehold om at det kan forekomme misforståelser i oversettelsen, selv om det er prøvd unngått etter beste evne. Videre brukte jeg Papadopoulos, Tilki og Taylor sin modell for utvikling av kulturell kompetanse for å belyse problemstillingen min. Modellen ble først publisert i 1998, og testet i flere år etterpå. Den har bygget videre på tidligere anerkjente modeller for å passe inn i denne tidssonen og den europeisk sykepleiekulturen (Papadopoulos, 2003).

3.4 Etiske vurderinger

Jeg har overholdt Lovisenberg Diakonale Høyskole sine retningslinjer for oppgaveskriving, jobbet selvstendig og fulgt reglene for referansehenvisning i henhold til APA 6th. Jeg har brukt mest primærlitteratur for å minske risikoen for feilsitering eller misforståelser. Når jeg har brukt sekundærlitteratur kommer det tydelig fram i kildehenvisningen. Det er i tillegg tydeliggjort hvor jeg deler egne erfaringer.

4 Resultat av forskning

I dette kapittelet blir forskningsartiklens hensikt, metode og funn presentert. Artiklens funn relevante for problemstillingen vil videre bli drøftet sammen med annen litteratur og teori i neste kapittel. Et gjennomgående funn i de inkluderte artiklene er at gjensidig respekt er grunnlaget for et godt samarbeid uavhengig av kultur. Sykepleieren må kunne vise respekt, være interessert og aktivt lytte til barnet og foreldrenes behov. I tillegg må sykepleieren først og fremst ha generelle sykepleiefaglige ferdigheter og holdninger i bunn, og deretter bygge på med kulturspesifikk kompetanse. Den kulturelle kompetansen består av ulike kunnskaper, holdninger og handlinger som tar hensyn til kulturell variasjon.

Tabell 4.1: Artikkelmatrise

| Nr. | Forfatter | Tittel | Tidsskrift | Hensikt | Metode | Funn |
|-----|--|---|---|--|---|--|
| 1. | Azar Gashasb Tavallali, Maria Jirwe, Zarina Nahar Kabir (2017) | Cross-cultural care encounters in paediatric care: minority ethnic parents' experiences | Scandinavian Journal of caring sciences | Å beskrive forventninger og erfaringer med kulturelt tilpasset sykepleie blant etnisk minoritetsforeldre | Kvalitativ studie: semistrukturerte intervjuer mellom oktober 2011 og mars 2012. Utvalget bestod av 12 innvanderforeldre med barn innlagt på sykehus i Stockholm. | 3 hovedkategorier: 1. Grunnleggende kompetanse: klinisk kunnskap og å vise respekt 2. Kulturell sensitivitet: Bruke kulturell kunnskap og skape trygghet 3. Påvirkende årsaker: Ukjennskap med majoritetskulturen og helsesystemet, samt språkbarrierer Sykepleierens grunnleggende kompetanse er viktigere enn behovet for kulturspesifikk kunnskap |
| 2. | Sandra J. Mixer, Emily | Nurses in Action: A Response to | Journal of Pediatric Nursing | Å oppdage og beskrive | Ved å bruke Leiningers teori om kulturell omsorg og | Studien avdekket fem verdifulle omsorgsfaktorer: familie, tro, kommunikasjon, |

| | | | | | | |
|----|--|---|---------------------------------------|---|--|--|
| | Carson, Polly M. McArthur, Cynthia Abraham, Krystle Silva, Rebecca Davidson, Debra Sharp, Jessica Chadwick. (2015) | Cultural Care Challenges in a Pediatric Acute Care Setting | | Sykepleie-handlinger som fremmer helse, trivsel og kulturell omsorg til spanske og kaukasiske familier med barn innlagt på sykehus i USA. | forskningsmetode basert på «Sunrise-modellen» ble 12 familier intervjuet. Samtidig ble 12 generelle informanter, deriblant sykepleiere, intervjuet for å gi ytterligere kulturell innsikt. | omsorgsintegrasjon og å møte de grunnleggende behovene. Temaene ble brukt til å formulere hvilken kompetanse sykepleieren trenger for å yte kulturelt tilpasset sykepleie til barna og deres familie. |
| 3. | Ingela Rydström, Ann-Charlotte Dalheim Englund (2015) | Meeting Swedish health care system: Immigrant parents of children with asthma narrate | Clinical Nursing Research | Skape en bredere forståelse av innvandrereforeldres opplevelse av det svenske helsevesenet | Kvalitativ analyse hvor 12 foreldre til barn med astma ble intervjuet | Både positive og negative opplevelser. Det oppleves positivt å bli møtt med respekt og anerkjennelse. Problemer med kommunikasjon, diskriminering og manglede tillit opplevdes negativt. De negative opplevelsene er utfordrende for helsepersonell, som forventes å tilby likeverdige helsetjenester. |
| 4. | Pernilla Pergert, Solvig Ekblad, Karin Enskär, Olle Björk (2007) | Obstacles to transcultural caring relationship s: Experiences of Health Care Staff | Journal of Pediatric Oncology Nursing | Utforske kvaliteten på sykepleien til barn med innvandrerbakgrunn innlagt på barnekreftavdeling. | Kvalitativ studie: 5 fokusgruppeintervjuer og 5 individuelle intervjuer. Deltakerne var målrettet valgt ut. | Det finnes flere hindringer for å utøve tilpasset kulturell sykepleie: 4 hovedkategorier: 1. Språklige 2. Kulturelle og religiøse 3. Sosiale 4. Organisatoriske |

| | | | | | | |
|----|--|--|---|--|--|---|
| | | in Pediatric Oncology | | | | Når sykepleierne ikke klarte gjenkjenne hindringene resulterte det i ulikheter i utøvelsen av sykepleien. |
| 5. | Pernilla Pergert, Solvig Ekblad, Karin Enskär, Olle Björk (2008) | Bridging obstacles to transcultural caring relationships – Tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care | European Journal of Oncology Nursing | Utforske hvordan helsepersonell kontinuerlig løser hindringer ved utøvelse av kulturell sykepleie til innvandrerfamilier | Kvalitativ studie: 5 fokusgruppeintervjuer, komplettert med 5 individuelle intervjuer. | Sykepleiere må bygge bro over hindringer som oppstår for å sikre kvalitet og likeverdig helsetjeneste. 3 nødvendige hjelpemidler: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kommunikasjonsverktøy : ferdigheter innenfor non-verbal kommunikasjon og tolkebruk 2. Kulturelle verktøy: Kulturell kunnskap og refleksjon 3. Organisatoriske verktøy: Tid og opplæring |
| 6. | Parvaneh Aghajari, Leila Valizadeh, Vahid Zamanzadeh, Akram Ghahramanian, Cynthia Foronda (2019) | Cultural sensitivity in paediatric nursing care: a concept analysis using the Hybrid method | Scandinavian Journal of Caring Sciences | Belyse hovedelementene av kulturell sensitivitet i pediatrik sykepleie | «The hybrid-method» med 3 faser: teori, feltarbeid og sluttanalyse. I den teoretiske fasen ble artikler mellom 2007 og 2017 gjennomgått. I feltarbeidet ble 25 sykepleiere og 9 foreldre intervjuet. I slutfasen ble de to | Kulturell sensitivitet handler om en persons kunnskaper, forståelse og respekt når man møter noen med en annen kultur 3 aspekter: <ol style="list-style-type: none"> 1. Være bevisst på forskjeller og likheter 2. Akseptere kulturelle forskjeller, ha kunnskap, vise respekt og aktivt lytte. |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>andre fasene sammenlignet og analysert.</p> | <p>3. Tilpasse sykepleien til pasientens kulturelle behov.</p> <p>Feltarbeidets 3 aspekter:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Være bevisst på egen kultur, familiens kultur og kulturforskjeller. 2. Skape en felles forståelse og lette kommunikasjonen. 3. Tilpasse pleieplanen til familiens kultur. |
|--|--|--|--|--|--|--|

5 Drøfting

Når sykepleiere møter og behandler barn og deres familie med en annen kultur kan det lett oppstå hindringer på grunn av ulike forventninger eller språkbarrierer. Hindringene kan lede til misforståelser og dårligere behandling (Pergert, Ekblad, Enskär & Björk, 2007). Ved å ta utgangspunkt i Papadopoulos, Tilki og Taylor sin modell for utvikling av kulturell kompetanse vil jeg drøfte resultatene i de valgte forskningsartiklene og besvare problemstillingen min om hvilken kompetanse sykepleier trenger for å utøve kulturelt tilpasset sykepleie til innvandrerfamilier med barn innlagt på sykehus.

5.1 Kulturell bevissthet

Kulturell bevissthet er noe av det mest sentrale og grunnleggende for å utvikle kulturell kompetanse (Papadopoulos, 2006). Å være kulturelt bevisst innebærer å være bevisst på egne verdier og oppfatninger (Alpers, 2017). Forskningen til Aghajari, Valizadeh, Zamansadeh & Foronda (2019) sier at for å kunne forstå forskjeller mellom egen og andres kultur må man først og fremst være klar over sin egen kultur, stereotypier og fordommer ovenfor andre. At alle mennesker er likeverdige tenker de fleste, men spørsmålet er imidlertid hvordan man skal håndtere og vise andre respekt når tradisjoner, kultur og ulikheter skaper stor avstand. Forskningen til Tavallali, Jirwe & Kabir (2017) viser nemlig at det ofte er utfordringer relatert til sykepleierens egen forståelse og fordommer for familiens verdier og kultur, samt manglende kjennskap til kulturelt mangfold som utfordrer sykepleien til innvandrerfamilier. En slik holdning kan lett føre til etnosentrisme (Hanssen, 2019). De aller fleste av oss har forhåndsdømt en person ut fra at bakgrunn eller kultur ikke samsvarer med vår egen (Papadopoulos, 2006). Det kan være lett å identifisere en familie ut fra synlige deler, som klesdrakt, språk og matvaner (Grønseth & Markestad, 2017). For å unngå etnosentrisme viser forskningen til Pergert, Ekblad, Enskär & Björk (2008) at sykepleieren må ha et ønske om å forstå den andre. Det underbygges med forskningen til Aghajari et al. (2019) som sier at å være bevisst på ulikhetene kan forhindre at eventuelle konflikter oppstår. Til forskjell fra Aghajari et al (2019) er Pergert et al. (2008) i tillegg opptatt av viktigheten av å ikke bare se på forskjellene mellom kulturene, men prøve å finne likheter. Det utdypes videre ved å si at å fokusere på likhetene hos hverandre kan gjøre det lettere å bygge broer som skaper trygghet og tillit (Pergert et al., 2008). For eksempel kan sykepleier finne ut at familien verdsetter familieliv, gjensidig respekt og rettferdighet slik som sykepleieren selv. Forskjellene vil bare være hvordan de verdiene tolkes og vises (Papadopoulos, 2006).

Et annet relevant funn i forskningen til Tavallali et. al (2017), er at innvandrereforeldre kan føle at de er avhengige av sykepleierne, og at sykepleierne er i en maktposisjon. På den ene siden har sykepleieren makt i kraft av sin yrkesrolle, fagkunnskaper og innsikt i avdelingens rutiner, men på den andre siden er det foreldrene som kjenner barnets reaksjoner, uttrykk og vaner best (Grønseth & Markestad, 2017). Foreldrene i studien til Tavallali et al. (2017) mente at det var viktig at sykepleierne hørte på foreldrenes egne erfaringer og forventninger for å kunne utøve kulturelt tilpasset sykepleie til barnet bedre. Det kan utdypes videre med forskningen til Rydström og Englund (2015) hvor det kommer fram at sykepleieren må passe på at maktbalansen ikke gjør at foreldrene lar være å ta opp kritikk eller stille spørsmål. For eksempel i mange østasiatiske samfunn kan det bli ansett som uhøflig å svare «nei» til en person som har høyere status enn en selv. Det kan føre til at foreldrene unnlater å stille spørsmål (Hanssen, 2015). I følge Aghajari et al. (2019) bør sykepleieren derfor hjelpe foreldrene til å forstå at de har de samme rettighetene og mulighetene til å diskutere behandlingen og tanker rundt det. Sykepleieren skal være familiens talsmann, og må strebe etter å bevare og forhandle for at barnet og familien skal få følge sine kulturelle skikker og vaner (Aghajari et al., 2019). Videre er medvirkningen av behandlingen lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven § 3. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samsvar med familiens preferanser (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Selv om barnet ikke er eldre enn 3-5 år har det jamfør FNs barnekonvensjon rett til å medvirke (Barnekonvensjonen, 1989). Det innebærer at barnet må få tilpasset informasjon og gis anledning til å uttale seg før det tas avgjørelser som berører barnet. Barnets synspunkter skal alltid tas med i vurderingen, men det er foreldrenes samtykke som gjelder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-4). Imidlertid er det viktig å ikke forveksle «rett til å medvirke» med «skal medvirke». Man skal ikke påtvinge en bestemt form for autonomi. Da vil integriteten lett krenkes og formålet med loven viskes ut (Hanssen, 2019).

Det kan være store forskjeller i familiestrukturer mellom kulturer. Foreldrene i studien til Mixer et. al (2015) la vekt på viktigheten av at sykepleieren respekterte ulikhetene og tilrettela for å blant annet kunne ha besøk av mange gjester om gangen. I familier med innvandrerbakgrunn, særlig fra asiatiske land, er det vanlig med storfamilier og en kollektivistisk tankegang. Familien har stor verdi og fungerer som et sosialt sikkerhetsnett som tar vare på hverandre (Mixer et al., 2015). De vil gjerne ha besøk av hele storfamilien, og det er ofte forventet at hele familien skal ta vare på den syke (Hanssen, 2019). Fra egen praksis har jeg sett hvordan det å ha besøk av mange både kan være en berikelse og en

belastning for det syke barnet. Stresst situasjoner preget av kaos kan lett oppstå når det er mange folk i rommet. Barn i 3 – 5 års alderen trenger å opprettholde kontakten med søsken og andre viktige omsorgspersoner. Det kan skape trygghet og tilhørighet, noe som videre kan styrke barnets livskvalitet og mestringsevne (Grønseth & Markestad, 2017). For øvrig bør sykepleieren være tydelig og rolig for å kartlegge situasjonen rundt barnet og eventuelt si fra om det ikke lenger er forsvarlig med alt besøket (Grønseth & Markestad, 2017).

5.2 Kulturell kunnskap

I flere år har den norske regjeringen jobbet for at innvandrere skal få likeverdige helsetjenester som etnisk norske. For å nå målet må helsepersonell ha oppdatert kunnskap om kultur, kulturelle utfordringer og særskilte helseutfordringer i ulike grupper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Imidlertid avdekker flere nordiske studier fremdeles et klart behov for at sykepleiere får mer kunnskap om ulike kulturer for å gi likeverdige helsetjenester til innvandrerfamiliene (Alpers, 2017; Pergert et al., 2008; Tavallali et al., 2017). Forskningen til Pergert et al. (2008) sier at å vite noe om normer og verdier innenfor en kultur, og hvordan det kan påvirke synet på helse og sykdom kan være nyttig i det kulturelle møtet. Kulturell kunnskap kan være nøkkelen til å forstå kulturforskjeller og samtidig unngå å krenke kulturell og religiøs praksis (Pergert et al., 2008). Det kan i tillegg gi barnet og foreldrene en opplevelse av å bli møtt med omsorg og respekt, og skape en trygg opplevelse på sykehuset (Hanssen, 2019). I møte med norsk helsevesen kan mange innvandrere nemlig oppleve mangelfull forståelse for sitt syn på sykdom, tolkning av symptomer og forventninger til foreldrenes deltakelse i forløpet (Grønseth & Markestad, 2017).

Når det gjelder foreldrenes forventninger om sykepleierens kulturkunnskap varierte det i følge forskningen til Tavallali et. al (2017) ut fra hvor mange år foreldrene hadde bodd i landet, lengden på sykehusoppholdet og barnets diagnose. Foreldre som hadde vært i landet i færre enn 5 år var mest bevisste. Ingen av foreldrene forventet at sykepleieren skulle ha detaljert kunnskap om alle kulturer, religioner eller tradisjoner, men kunnskap om de største etnisk minoritetsgruppene og de ulike religionene kunne være nyttig (Tavallali et al., 2017). Samtidig bør sykepleierne ha kunnskap om at det finnes individuelle forskjeller innenfor samme kultur. Har for eksempel barnet selv vært med på flukten er det særlig utsatt for stress under sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2017). Flukt strider mot barns grunnleggende behov og rett til omsorg, beskyttelse og stabilitet (Barnekonvensjonen, 1989).

For å utøve tilpasset sykepleie til disse barna trenger sykepleier kunnskap om hva barna har flyktet fra og hva de har med seg av erfaringer og opplevelser. Det er nødvendig med kunnskap om både den somatiske og psykiske helsen (Grønseth & Markestad, 2017).

Til forskjell fra de fleste foreldrene som hadde vært kort tid i landet, mente foreldre som hadde vært lenge på sykehuset at sykepleierne hadde tilstrekkelig kulturell kunnskap da de hadde hatt tid til å bli kjent med hverandre og hverandres kulturer (Tavallali et al., 2017). Forskningen til Aghajari et al. (2019) støtter opp om det og påpeker at kulturell kunnskap tilegnes gjennom erfaring og kulturelle møter. Videre sier forskningen til Aghajari et al. (2019) at å møte forskjeller gjør at en person revurderer sine egne verdier og øker ønsket om å skaffe seg mer informasjon om andre kulturer. Det finnes det flere eksempler på fra avdelingen jeg har jobbet. Jeg har sett at det ofte oppstår usikkerhet og misforståelser i oppstarten av en ny relasjon med ulike kulturelle bakgrunner. Videre har jeg observert at når man etterhvert blir kjent med både barnet, foreldrene og deres kultur vil det være lettere å tilpasse sykepleien etter deres behov. Noe av det mest essensielle for å skape en god og trygg relasjon raskere har vist seg å ha en primærsykepleier. Lovverket bygger opp om det og sier at barn fortrinnsvis skal tas hånd om av det samme personalet under hele oppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 4). Videre vil kjente personer og primærsykepleiere bidra til å skape trygghet og øke toleransen for stress hos barnet (Grønseth & Markestad, 2017).

Å ha bare kulturell kunnskap i det kulturelle møtet har blitt kritisert. Forskningen til Pergert et al. (2008) påpeker at uten kulturell sensitivitet eller kulturell bevissthet er det en stor risiko for at den kulturelle kunnskapen kan brukes til å styrke maktposisjonen sykepleieren har ytterligere. Det kan parallelt føre til stereotypi (Pergert et al., 2008). Å ha fokus på kultur, religion og det som er annerledes og fremmed, må ikke gjøre at man glemmer at ethvert menneske har en unik historie og egne grunnleggende behov (Hanssen, 2019). Den kulturelle kunnskapen må heller brukes til å tilpasse pleieplanen og behandlingen til barnet ut fra kultur og kulturelle behov (Aghajari et al., 2019). Sykepleieren kan bruke kunnskapen sin og samle informasjon om barnet og foreldrenes tro, holdninger, kunnskaper og sykdomsatferd i en kulturell datasamling (Eriksen & Sajjad, 2015). Denne kunnskapen kan hjelpe sykepleierne til å bygge bro over eventuelle motsetninger mellom familien og en selv (Hanssen, 2019).

5.3 Kulturell sensitivitet

Kulturell sensitivitet handler om å være klar over forskjeller så vel som likheter som finnes i ulike kulturer. Disse forskjellene og likhetene påvirker verdier, kunnskap og holdninger (Papadopoulos, 2006). Ved sykepleie til barn må kulturell omsorg utøves i tråd med familiesentrert omsorg, som innebærer samarbeid med familien, respekt for familiens kultur og støtte i familiesituasjonen (Aghajari et al., 2019). Et gjennomgående funn i alle de inkluderte artiklene er at gjensidig respekt er helt grunnleggende for et godt samarbeid mellom sykepleieren og familien. Videre sier forskningen til Aghajari et al. (2019) at sykepleieren må være interessert i hva barnet og foreldrene forteller og aktivt lytte. Sykepleieres holdninger og syn på pasientene som unike personer hvor forskjeller respekteres er avgjørende for at det skal etableres tillit mellom dem (Tavallali et al., 2017). Manglende tillit vil først og fremst gjøre det vanskeligere å utøve kulturelt tilpasset sykepleie og videre hindre utviklingen av et godt samarbeid (Pergert et al., 2007).

Noen innvanderforeldre er vant med at sykepleieren tar fullt ansvar for det syke barnet når det er innlagt på sykehus i hjemlandet, og kan derfor trekke seg litt unna (Tavallali et al., 2017). Sykepleiere i Norge kan oppfatte disse foreldrene som uengasjerte og tvile på omsorgsevnen da dette først og fremst motstrider med praksisen i Norge hvor man ønsker å inkludere foreldrene i størst mulig grad. For det andre kan det gå på tross av barnets behov for samvær med foreldrene. Barn mellom 3 – 5 år er fortsatt svært avhengige av foreldrene for trygghet og støtte (Grønseth & Markestad, 2017). Videre har barnet rett på å ha minst en av foreldrene hos seg til enhver tid ved innleggelse i sykehus i Norge (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6). Oppsummert vil det ofte gjøre at norske sykepleiere forventer at foreldrene tar del i behandlingen og er tilstede hos barnet under oppholdet. For å kunne forvente foreldredeltakelse svarte foreldrene i studien til Tavallali et al. (2017) at sykepleieren måtte vise forståelse og gi informasjon om betydningen av tilstedeværelsen. Samtidig burde sykepleieren trygge foreldrene i deres rolle som forelder til det syke barnet (Tavallali et al., 2017). For øvrig viser norsk forskning på barneavdelinger at når helsepersonell tilrettelegger og involverer foreldrene i beslutningene om barns helsetilbud, fremmes foreldrenes aktive medvirkning og gir dem bedre mulighet til å gi informasjon om barnet og familien. Da kan helsepersonellet i større grad utforme barnets helsetilbud i overensstemmelse med de reelle behovene barnet og familien har (Aarthun, Øymar & Akerjordet, 2017)

Et annet relevant punkt innenfor kulturell sensitivitet er omsorg. Omsorg kan vises på mange måter. Et vennlig klapp på skulderen eller en klem kan være til stor glede, og gi følelse av både varme, støtte og empati (Pergert et al., 2008). Imidlertid er det viktig å anse når det er passende. I noen kulturer kan det være upassende at en sykepleier av motsatt kjønn tar på barnet eller på en av foreldrene. Sykepleieren må derfor tilpasse seg den enkelte familie og lære hvor grensen deres går (Pergert et al., 2008). Videre sier forskningen til Mixer et al. (2015) at sykepleieren må skaffe seg kompetanse om hvilken atferd og holdning hver enkelt pasient og familie ser på som omtenkfull. Omsorgen bør tilpasses det enkelte barnet og ta hensyn til de kulturelle behovene og religion (Aghajari et al., 2019). I følge forskningen til Pergert et al. (2008) kan et vennlig og empatisk blikk være nok for noen. Barn av ikke-etnisk norske foreldre og som heller ikke går i barnehage er ofte vant til et forutsigbart kvinnefelleskap hjemme med lite varierte sosiale opplevelser. Da kan overgangen til de nye omgivelsene på et sykehus være ekstra skremmende. Det å nå forholde seg til ukjente voksne i hvite klær, da spesielt mannlige leger og sykepleiere, som trykker og kjenner på kroppen uten å forstå hva som sies, kan være grensesprengende for barnet (Grønseth & Markestad, 2017).

Kommunikasjonsferdigheter er et annet sentralt aspekt ved kulturell sensitiv sykepleie. God kommunikasjon er essensielt for å utvikle kontakt med barnet og familien, og er avgjørende for et godt behandlingsforløp (Aghajari et al., 2019). På den ene siden fremhevet sykepleierne i studien til Pergert et al. (2007) at kommunikasjonsbarrierer var hovedproblemet i det kulturelle møtet. På den andre siden nevnte foreldrene i studien til Tavallali et al. (2017) viktigheten av tydelig kommunikasjon. De var klar over sine egne vansker med språket, og flere skammet seg over det lille de kunne. Videre beskrev de at sykepleieren burde vise forståelse for språkproblemer og tilrettelegge informasjonen, noe som er lovfestet. Informasjonen skal være tilpasset de ulike forutsetningene til barnet og foreldrene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3). Foreldrene i studien til Mixer et al. (2015) støtter opp om viktigheten av god kommunikasjon og forteller at det ikke kan overdrives. Sykepleieren må passe på at det som kommuniseres blir forstått, og kontinuerlig vurdere om det er behov for tydeligere forklaring. I følge Pergert et al. (2008) kan man prøve å bruke tegn, demonstrasjon eller skriftlig informasjon for å lette kommunikasjonen. Piaget hevder at barn i 3- 5 års alderen har begynt å utvikle logisk tenkning. Barnet trenger da gode forklaring med forståelig språk og konkrete eksempler for å forstå det som kommuniseres (Piaget, referert i Håkonsen, 2014). Ved at barnet for eksempel får peke på hvor det gjør vondt eller får se utstyret som

skal brukes før prosedyren kan misforståelser unngås (Grønseth & Markestad, 2017). I tillegg kan foreldre med lite norskkunnskaper ha behov for demonstrasjoner og eksempler for å få full forståelse (Hanssen, 2019). Først og fremst kan forskjeller i språk og kultur lett føre til misforståelser som kan ha alvorlige effekter på pasientsikkerheten og videre behandling (Aghajari et al., 2019; Eriksen & Sajjad, 2015). For det andre kom det fram i forskningen til Pergert et al. (2007) at den hverdagslige praten faller ut når sykepleieren ikke klarer kommunisere med barnet og foreldrene. De mente så at det ville kunne gå utover utviklingen av et trygt og tillitsfullt forhold.

5.4 Kulturell kompetanse

I følge modellen til Papadopoulos, Tilki og Taylor er kulturell kompetanse en syntese og anvendelse av de tre stegene ovenfor. Uten kulturell bevissthet, kulturell kunnskap og kulturell sensitivitet er det vanskelig å utvikle kulturell kompetanse og utøve kulturelt tilpasset sykepleie (Papadopoulos, 2006). I tillegg trenger man et ønske og en motivasjon til å øke den kulturelle kompetansen (Stubberud & Eikeland, 2019). Det er ikke nok å respektere familiens kulturelle oppfatning. Poenget er å være åpen og fleksibel, akseptere ulikheter og finne likheter, og ha et ønske om å lære av hverandre (Stubberud & Eikeland, 2019).

Papadopoulos (2006) påpeker at å bli behandlet på en slik kulturelt kompetent måte er forventet av alle som lever i dette årtusenet. Ut fra rettferdighetsprinsippet har sykepleiere en plikt til å behandle alle tilfeller likt og fordele ressursene rettferdig (Brinchmann, 2016). I følge Papadopoulos betyr ikke det at alle skal bli behandlet på samme måte, men det skal tilrettelegges pasientens behov (Papadopoulos, 2006). Det kan utdypes videre med forskningen til Pergert et al. (2008) hvor det kommer fram at lik helsetjeneste for alle ikke betyr identisk behandling, men sykepleie tilpasset det enkelte barnets behov uavhengig av bakgrunn. For å oppnå tilpasset sykepleie bør sykepleieren kartlegge både barnets og foreldrenes sykdomsforståelse for å finne ut hva de trenger av informasjon og hvordan informasjonen må tilrettelegges (Grønseth & Markestad, 2017). Uavhengig av kultur og kulturelle forskjeller må sykepleier derimot aldri glemme å se barnets perspektiv. «Bare å skulle undersøkes» eller «bare å ta et lite fingerstikk» kan være en stor jobb for et førskolebarn. På grunn av dette er det svært viktig at sykepleier bruker god tid, lytter til barnets spørsmål og forklarer det som skal skje på en tilpasset måte slik at barnet forstår (Lindheim, 2017). I følge Eriksons utviklingsteori kan barn i alderen 3 – 5 år lett føle skyld og

se på sykdom som en straff (Erikson, referert i Håkonsen, 2014). Skyldfølelsen kan forsterkes ytterligere om familien tror at sykdom er en straff fra Gud, noe som er et synspunkt i flere religioner over hele verden (Hanssen, 2019). Sykepleieren må da bruke sin kompetanse og forsikre barnet om at det som skjer, ikke er en straff (Grønseth & Markestad, 2017).

Et annet viktig aspekt innenfor kulturell kompetanse er at sykepleieren må kjenne til rutiner for tolkebestilling og vurdere når det er behov for tolk (Rydström & Englund, 2015). Dersom foreldrene til barnet ikke snakker norsk vil det være et stort behov for tolk. Alle sykepleiere skal i følge de yrkesetiske retningslinjene gi pasienten tilpasset informasjon og forsikre seg om at den er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019). Det kan underbygges med lovverket hvor det står at barnet og foreldrene skal få informasjonen på en hensynsfull og forståelig måte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3). Flere av informantene i studien til Mixer et al. (2015) snakket om viktigheten av tolketjenesten og at de opplevde at de kunne stille flere spørsmål og få sagt alt de ønsket. Til tross for viktigheten kan det flere ganger oppstå problemer med bruk av tolk. Selv om ordene leksikalsk blir forstått og oversatt riktig, kan budskapet være vanskelig å forstå fordi meningsinnholdet i budskapet faller utenfor forståelsesrammen (Hanssen, 2015). Videre fortalte foreldre i studien til Rydström & Englund (2015) at tolken noen ganger kom i veien for å opprette kontakt med sykepleierne. Andre ganger stolte de ikke på at tolken overholdt taushetsplikten, og var bekymret for at tolken skulle bruke den personlige informasjonen utenfor sykehuset. Flere av foreldrenes løsning på det var at de heller ønsker å bruke en de kjente som tolk (Rydström & Englund, 2015), noe som strider med helsedirektoratets veileder for bruk av tolk (2011). Sett under ett sier Pergert et al. (2007) at man kan si at familiene ofte motsetter seg tolk på grunn av mangel på tillit til tolken og til sykepleieren. Sykepleieren vil da ha et ansvar for å skape tillit og få familien til å stole på at det nødvendig for et godt behandlingsresultat (Hanssen, 2019)

Forskningsresultatene viser imidlertid at det ikke er tilstrekkelig med bare de kunnskapene, ferdighetene og holdningene jeg har presentert til nå i oppgaven. For å kunne utøve adekvat kulturelt tilpasset sykepleie til innvandrerfamilier med barn innlagt på sykehus trengs det ytterligere ferdigheter, holdninger og fagkunnskaper (Aghajari et al., 2019; Rydström & Englund, 2015; Tavallali et al., 2017). Forskningen til Tavallali et al. (2017) utdyper med å si at sykepleieren bør ha generelle kliniske ferdigheter og utøve faglig forsvarlig sykepleie preget av respekt og tillit. Uavhengig av kultur oppleves det trygt når en sykepleier har mye kunnskap og viser at vedkommende er til å stole på (Tavallali et al., 2017). Betydningen av

trygghet er vanskelig å overdrive. Særlig gjelder det når det dreier seg om pasienter med en annen kulturbakgrunn. Opplevelsen av trygghet avhenger i stor grad om pasienten føler kontroll over situasjonen og får tilpasset omsorg (Hanssen, 2019).

Da foreldrene i studien til Mixer et al. (2015) fikk spørsmål om hva omsorg betydde for dem, rapporterte flere at omsorg var en kombinasjon av fagkunnskap, kompetanse og de menneskelige egenskapene som inngår i sykepleie. Videre sier forskningen til Tavallali et al. (2017) at god omsorg ikke avhenger av om sykepleieren og familien snakker samme språk, har samme kulturelle forståelse eller har likt syn på sykdom. Det handler mye mer om sykepleierens tilstedeværelse og opprettelse av tillit. Tillit var nemlig et ord som gikk igjen i de fleste intervjuene (Aghajari et al., 2019; Mixer et al., 2015; Pergert et al., 2007, 2008). Når foreldrene og barnet følte seg trygge og ivaretatt ble den beste sykepleien utført. I praksis har jeg fått observert dette, og sett at tilliten skapes ved å bry seg om barnet og familien, og gi det lille ekstra. Det lille ekstra kan for eksempel være å pynte sengen til barnet, leke med det eller spille et spill. 3 – 5 åringer trenger å leke. Leken gir glede, latter og mestringsopplevelser, og gjennom leken reduseres barnets engstelse og stress. I leken kan barnet bearbeide følelser og traumatiske opplevelser (Grønseth & Markestad, 2017). På den ene siden er barn i denne alderen fortsatt svært følelsesmessig knyttet til foreldrene og de identifiserer seg med dem. Det gjør at de ofte handler slik foreldrene forventer (Grønseth & Markestad, 2017). På andre siden er det svært viktig å skape en egen tillit til barnet. Som sykepleier har man en unik mulighet å påvirke hvilke erfaringer og opplevelser barnet husker etter sykehusoppholdet. Historien om hva som skjedde vil kunne virke inn på barns tillit til både helsepersonell og andre voksne i framtiden (Lindheim, 2017).

Avslutningsvis kan man derfor si at sykepleieren bør både ha generelle kunnskaper for å utvikle ferdigheter og holdninger, og kulturspesifikk kunnskap om bakgrunn til de familiene den møter. En slik kulturell kompetanse vil kunne rettlede sykepleieren i å kunne stille gode spørsmål, overkomme språkbarrierer, gi tilpasset informasjon og gi barnet og familien en god opplevelse med sykehuset (Papadopoulos, 2006).

6 Avslutning

Det er ingen tvil om at sykepleiere trenger kulturell kompetanse i møte med innvandrerfamilier på sykehus. Oppgavens formål var å finne ut hva denne kompetansen består av, og hva sykepleieren trenger for å øke kompetansen slik at det blir enklere å utøve kulturelt tilpasset sykepleie til innvandrerfamilier med barn innlagt på sykehus. Jeg har tatt for meg Papadopoulos, Tilki og Taylor sin modell for utvikling av kulturell kompetanse, i tillegg til flere forskningsartikler og annen faglitteratur. Ut fra forskning og litteratur kan man oppsummere med at kulturell kompetanse er en kombinasjon av kulturell bevissthet, kulturell kunnskap og kulturell sensitivitet. Sykepleieren må være bevisst på egne holdninger, verdier og oppfatninger av andre, ha kunnskap om andre kulturer, samt vise kulturelle ferdigheter som innebærer gode kommunikasjons- og samarbeidsevner. I det kulturelle møtet er det ekstra viktig at sykepleier ser alle som enkeltindivider, og ikke forhåndsdommer eller stigmatisere ut fra forutinntatte holdninger eller utseende.

For innvandrerforeldrene selv var det ikke kulturkunnskapen som var det viktigste med kulturell kompetanse. Sykepleieren burde først og fremst ha generelle sykepleiefaglige ferdigheter og holdninger i bunn, og deretter bygge på med kulturspesifikk kompetanse. Uavhengig av kultur opplevdes det trygt når en sykepleier hadde mye kunnskap og var til å stole på. Foreldrene mente det viktigste i det kulturelle møtet var respekt, tilpasset informasjon og god kommunikasjon preget av omsorg for barnet. Denne omsorgen var grunnlaget for å skape tillit mellom innvandrerfamilien og sykepleieren, og fikk familien til å føle seg møtt og ivaretatt på en kulturelt tilpasset måte.

Som beskrevet i innledningen blir Norge mer og mer preget av et kulturelt mangfold på grunn av innvandring. Det kommer til å bli vanligere å møte barn med innvandrerbakgrunn på sykehuset og ellers i helsetjenestene. På grunn av dette er det viktig å sette enda mer fokus på kulturell kompetanse under utdanningen og blant ansatte på sykehusene for å sikre et likeverdig helsetilbud til alle uavhengig av kultur og bakgrunn. I denne litteraturstudien fant jeg i tillegg ut at det finnes lite norsk forskning på området. Kanskje det nå er på tide å starte og forske mer på kulturell kompetanse og kulturelt tilpasset sykepleie i Norge?

Referanseliste

- Aghajari, P., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V. & Foronda, C. (2019). Cultural sensitivity in paediatric nursing care: a concept analysis using the hybrid method *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 609-620. <https://doi.org/10.1111/scs.12654>
- Alpers, L.-M. (2017). *Helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter* (Doktoravhandling). Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo.
- Alpers, L.-M. (2018). Sykepleiers kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter. I J. Debesay & C. Tschudi-Madsen (Red.), *Migrasjon, helse og profesjon* (s. 26-38). Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Barnekonvensjonen. (1989). *Konvensjon om barnets rettigheter* (20-11-1989 nr 1 Multilateral). Hentet fra <https://lovdata.no/traktat/1989-11-20-1>
- Brenna, L. R. (2009). Barnets beste - hvem bestemmer? I R. Hjermann & K. Haanes (Red.), *BARN* (s. 166-173). Oslo: Universitetsforlaget.
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Debesay, J. & Tschudi-Madsen, C. (2018). Migrasjonens betydning for profesjonsutøvelse i helsetjenesten. I J. Debesay & C. Tschudi-Madsen (Red.), *Migrasjon, helse og profesjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling og etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eriksen, T. H. (2010). *Små steder - store spørsmål. Innføring i sosialantropologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A. (2015). *Kulturforskjeller i praksis: perspektiver på det flerkulturelle Norge* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). (FOR-2000-12-01-1217). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1217>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hanssen, I. (2015). Interkulturell kommunikasjon i klinisk pasientbehandling. *Best Practice Nordic*.
- Hanssen, I. (2019). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle: Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/likeverdige-helse--og-omsorgstjenester/id733870/>
- Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk: for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene* (IS-1924). Oslo. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf/)
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-2019-04-10-11). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Horntvedt, T. (2012). Utvalgte begreper i flerkulturell forståelse. I P. I. Båtnes & S. Egden (Red.), *Flerkulturell forståelse i praksis* (s. 221-241). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Høye, S. (2017). Norske sykepleieres møte med annerledeshet. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/01/norske-sykepleieres-mote-med-annerledeshet>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lidén, H. (2017). *Barn og migrasjon: mobilitet og tilhørighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lidén, H. & Bredal, A. (2009). Migrasjonens barn. I Reidar Hjermann & K. Haanes (Red.), *BARN* (s. 150-162). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lindheim, M. Ø. (2017). Når barn er på sykehus. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-livsutfordringer/naar-barn-er-paa-sykehus>
- Mixer, S. J., Carson, E., McArthur, P. M., Abraham, C., Silva, K., Davidson, R., ... Chadwick, J. (2015). Nurses in Action: A Response to Cultural Care Challenges in a Pediatric Acute Care Setting. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(6), 896-907. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.05.001>

- Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- NTNU. (2020). Finne kilder. Hentet 2020 fra <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Finne+kilder#section-Finne+kilder-Hvordan+velger+jeg+ut+kilder>
- Oppedal, B., Azam, G. E., Dalsøren, S. B., Hirsch, S. M., Jensen, L., Kiamanesh, P., ... Seglem, K. B. (2008). *Psykososial tilpasning og psykiske problemer blant barn i innvandrerfamilier* (4). Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-200814.pdf>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Papadopoulos, I. (2003). The Papadopoulos, Tilki and Taylor model for the development of cultural competence in nursing. *ResearchGate*
- Papadopoulos, I. (2006). *Transcultural Health and Social Care*. London: Churchill Livingstone Elsevier.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K. & Björk, O. (2007). Obstacles to Transcultural Caring Relationships: Experiences of Health Care Staff in Pediatric Oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24(6), 314-328. <https://doi.org/10.1177/1043454207308066>
- Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K. & Björk, O. (2008). Bridging obstacles to transcultural caring relationships - Tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(1), 35-43. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.07.006>
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2017). *Den gode opgave* (5. utg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Rydström, I. & Englund, A.-C. D. (2015). Meeting Swedish Health Care System: Immigrant Parents of Children With Asthma Narrate. *Clinical Nursing Research*, 24(4), 415-431. <https://doi.org/10.1177/1054773814534439>
- Statistisk sentralbyrå. (2019a, 5. mars). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef>
- Statistisk sentralbyrå. (2019b, 5.mars). Slik definerer SSB innvandrere. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/slik-definerer-ssb-innvandrere>

- Statistisk sentralbyrå. (2019c). STATISTIKKBANKEN - Innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/07111/tableViewLayout1/>
- Stubberud, D.-G. & Eikeland, A. (2019). Flerkulturell kompetanse i sykepleie til akutt og/eller kritisk syke pasienter. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 233-255). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Sørbjerg, I. L. (2019). Omsorg for foreldre til akutt og/eller kritisk syke barn på sykehus. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 202-214). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tavallali, A. G., Jirwe, M. & Kabir, Z. N. (2017). Cross-cultural care encounters in paediatric care: minority ethnic parents' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 54-62. <https://doi.org/10.1111/scs.12314>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Tveiten, S. (2012). Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie? I S. Tveiten, A. Wennick & H. F. Steen (Red.), *Sykepleie til barn - familiesentrert sykepleie* (s. 11-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aarthun, A., Øymar, K. A. & Akerjordet, K. (2017). How health professionals facilitate parents' involvement in decision-making at the hospital: A parental perspective. *Journal of Child Health Care*, 22(1), 108-121. <https://doi.org/10.1177/1367493517744279>

Vedlegg 1

| P – Population/patient <i>Pasient</i> | I – Intervention <i>Intervensjon</i> | C - Comparison <i>Sammenligning</i> | O – Outcome <i>Utfall</i> |
|---|--|---|-------------------------------------|
| Child | Transcultural nursing/care | Immigration | Cultural competence |
| Parents | Pediatric nursing | | Cultural sensitivity |
| Nurses | Health care | | |