



Hvordan kan nyfødtsykepleier utøve kulturell kompetent omsorg til innvandrerforeldre med barn på nyfødtintensiv avdeling?

Lovisenberg diakonale høgskole
Videreutdanning i Nyfødtsykepleie
Fordypningsoppgave

Kandidatnummer: 117 & 101

Antall ord: 6549

Dato: 06.12.18



ABSTRAKT

Lovisenberg diakonale høgskole
Dato 06.12.18

Tittel: Hvordan kan nyfødtsykepleier utøve kulturell kompetent omsorg til innvandrerforeldre med barn på nyfødtintensiv avdeling?

Bakgrunn: Økende innvandring fører til at helsevesenet møter flere familier med en annen kulturbakgrunn. Kulturforskjeller kan føre til situasjoner som kan utsette pasienten for dårligere kvalitet på helsetjenesten.

Hensikt: Undersøke hvordan nyfødtsykepleier kan utøve kulturell kompetent omsorg, og hva innvandrerforeldrene mener er viktig for at de skal føle seg ivaretatt.

Metode: Litteraturstudie med syv kvalitative forskningsartikler hvor studier sammenlignes og resultatene drøftes opp mot teori og egne erfaringer. Artikkene er funnet gjennom databasene Medline Ovid, Cinahl og SweMed.

Resultat: Sykepleierne fokuserte på det strukturelle- og organisatoriske, og å få en oversikt over de kulturelle faktorene som påvirket samhandlingen. For innvandrerforeldrene var det viktig med tillit og respekt, samt en god kjemi med nyfødtsykepleier. Nyfødtsykepleierens tilgjengelighet, språkforståelse og grunnleggende kunnskaper var også av stor betydning.

Konklusjon: For å bli kulturell kompetent må nyfødtsykepleier opparbeide en kombinasjon av kulturelle holdninger, kulturelle kunnskaper og kulturelle ferdigheter. Nyfødtsykepleierens refleksjon og bevisstgjøring av kulturelle forskjeller kan bidra til å optimalisere omsorg og behandling til innvandrerfamilier. Økt forståelse av andres kultur, vil bedre samarbeidet og kommunikasjon, og omsorgen for barnet blir bedre ivaretatt. Det er behov for kompetanseheving blant nyfødtsykepleiere for å sikre et likeverdig helsetilbud til alle uavhengig av kultur.

Nøkkelord: Nyfødtintensiv avdeling, intensiv avdeling, nyfødtsykepleier, sykepleier, foreldre, innvandrerforeldre, flerkulturell sykepleie, kulturell kompetanse.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Problemstilling	1
1.2 Avgrensninger	1
1.3 Begrepsavklaring	2
1.4 Teoretiske perspektiver	2
1.4.1 Kulturell kompetanse	2
1.4.2 Kulturelle forskjeller	3
1.4.3 Nonverbal kommunikasjon	4
1.4.4 Madeleine Leiningers sykepleieteori	4
1.4.5 Prinsipper for å kunne utøve kulturell kompetent sykepleie	5
1.4.6 Nyfødtsykepleierens funksjon og ansvar	5
1.4.7 Juridiske og etiske aspekter	6
2.0 Metode	7
2.1 Søkestrategier	7
2.2 Flyttdiagram	8
2.3 Inklusjonskriterier	8
2.4 Eksklusjonskriterier	9
2.5 Kildekritikk	9
3.0 Resultat	10
3.1 Sykepleiers perspektiv	10
3.2 Foreldrenes perspektiv	10
3.3 Sykepleier- og foreldre perspektiv	11
4.0 Diskusjon	12
4.1 Utfordringer	12
4.2 Kommunikasjonsferdigheter	15
4.3 Bygge tillit	17
4.4 Handlingsalternativer	18
4.5 Forbedringspotensialer	19
5.0 Oppsummering	21
Litteraturliste	22
Vedlegg	26
Litteraturmatrise	26

1.0 Innledning

Norge har en økende andel innvandrere som pr i dag er på rundt 17 prosent (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2018). Det betyr at helsevesenet vil møte flere pasienter og pårørende med en annen kulturbakgrunn enn den norske. Innvandrerfamilier får ofte dårligere helsetilbud og oppfølging enn etnisk norske (Hafstad, 2018). At kulturforskjeller utsetter pasienter for dårligere kvalitet på helsetjenesten vil være i strid med Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §1-1). Kulturell kompetanse går ut på å ha evne til å forstå og respektere familiens kulturelle kontekst, og kunne handle i overensstemmelse med den (McFarland, 2018, s. 46). Økt kulturell kompetanse kan bedre kvaliteten på pleie og behandling, da det er vist å ha en positiv innvirkning på pasienttilfredshet og helseresultat (Gallagher & Polanin, 2015).

Kompetanse innenfor flerkulturell sykepleie er ett av læringsutbyttene for utdanningen av nyfødtsykepleiere. Nyfødtsykepleier skal sikre familien et likeverdig behandlingstilbud, et faglig forsvarlig forløp, samt å myndiggjøre foreldre. På denne måten blir pasientforløpet kvalitetssikret (Lovisenberg diakonale høgskole, 2017). Nyfødtsykepleiers refleksjon og bevisstgjøring av kulturelle forskjeller kan bidra til å optimalisere omsorg og behandling til innvandrerfamilier med barn innlagt på nyfødtintensiv avdelinger.

1.1 Problemstilling

På bakgrunn av dette er følgende problemstilling formulert:

«Hvordan kan nyfødtsykepleier utøve kulturell kompetent omsorg til innvandrerforeldre med barn på nyfødtintensiv avdeling?»

1.2 Avgrensninger

Oppgaven vil fokusere på hvordan nyfødtsykepleier kan utøve god kulturell kompetent omsorg til innvandrerfamilier. Vi ser på hva nyfødtsykepleier mener er utfordringer i å utøve kulturell kompetent omsorg, og vi ønsker å få frem hva foreldrene mener er viktig for at de skal føle seg ivaretatt. Oppgaven tar for seg innvandrerforeldre som har noe norsk språkforståelse, men som likevel kan feiltolkes på grunn av den kulturelle konteksten. Foreldrene kan ha et mindre norsk ordforråd og kan ha vanskeligheter for å forstå innholdet og sammenhengen i det som blir sagt. Sammen med kulturelle forskjeller, ulikt nonverbalt språk og ulike måter å forstå sykdom og behandling på, kan dette føre til misforståelser.

1.3 Begrepsavklaring

Innvandrere er i denne oppgaven definert som en person som er født i et annet land, har to utenlandskfødte foreldre og er bosatt i Norge (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2007).

Ved bruk av ordet foreldre i denne oppgaven vil dette bety innvandrerforeldre.

Innvandrerforeldre kan også være flerkulturelle. I denne oppgaven forstås flerkulturell med mennesker som har bakgrunn fra flere nasjoner, for eksempel barn av innvandrere eller barn som har foreldre fra ulike land (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2007).

1.4 Teoretiske perspektiver

I dette kapitlet presenteres de teoretiske perspektivene for denne oppgaven. Teorien vil gi innsikt og angi hvilket perspektiv oppgaven arbeider innenfor (Dalland, 2013, s. 186).

1.4.1 Kulturell kompetanse

Kultur reflekterer delte og lærte verdier, idealer, og meninger, som vil påvirke våre tanker, avgjørelser og valg. Kultur handler om hvordan vi møter fremmede, og en bevissthet på at kommunikative og språklige barrierer kan være grobunn for misforståelser. I en dynamisk samhandling med andre mennesker har vi alle et kulturfilter som preger vår persepsjon. Jo større forskjeller det er mellom personenes kultur og deres kulturelle filter, desto større er sjansen for misforståelser (Dahl, 2013, s. 90-91). I følge Campinha-Bacote (2007) er kulturell kompetanse en kombinasjon av kulturelle holdninger, kulturelle kunnskaper og kulturelle ferdigheter;

1. *Kulturelle holdninger* innebærer å være bevisst på egne verdier og oppfatninger, som kan beskrives som brillene vi ser verden gjennom, og prinsipper vi bruker i valg og vurderinger. Manglende oppmerksomhet på dette vil ubevisst påvirke vår atferd ovenfor andre. En del av den nødvendige kulturelle bevisstheten, innebærer å bli bevisst på egne stereotyper, fordommer og antagelser angående mennesker som er annerledes enn oss selv.
2. *Kulturell kunnskap* er å ha kjennskap til andre kulturer og andre måter mennesker oppfører seg på, som kan utvide vår forståelse for andre. En bør undersøke ulike

kulturelle grupper og undersøke hva slags syn på sykdom og behandling de ulike grupper har.

3. *Kulturelle ferdigheter* innebærer å ha gode samarbeids- og kommunikasjonsferdigheter. For å bli bedre kjent med familien og for å tilpasse aktuelle tiltak kan helsearbeideren utføre en datasamling der en gjennomgår familiens tro, holdninger, kunnskaper og sykdomsatferd (Campinha-Bacote, 2007; Hanssen, 2007, s. 85).

1.4.2 Kulturelle forskjeller

For foreldre på en nyfødttintensiv avdeling kan det være en konstant utfordring å forstå og å tilpasse seg avdelingens kultur. Innvandrerforeldre kan kanskje møte en ukjent helse- og sykehusverden, og i tillegg bringer de med seg sitt sett av kulturelle koder. Forskjellige måter å hilse på, feste blikket under en samtale og klesdrakt er eksempler som beskriver ulike kulturelle bakgrunn. Videre møtes et ulikt rammeverk av livssyn og verdier til å forstå og tolke verden (McFarland, 2018, s. 48). Foreldres punktlighet angående avtaler kan være annerledes enn det som forventes på vestlige sykehus (Wehbe-Alamah, 2018, s. 125-126). Personlig sfære eller rom, altså det rom vi liker å bevare rundt oss selv, kan være svært ulikt i forhold til situasjon (Svartdal, 2012). Noen vil ha behov for mer skjerming for eksempel under amming. I andre situasjoner kan det føles som at personalet har for stor avstand, for eksempel under en alvorlig samtale (Wehbe-Alamah, 2018, s. 125). Kulturforskjellene kan medføre maktforskjeller mellom helsepersonell og foreldre, som kan være gjenstand for frustrasjon og utrygghet hos foreldrene. Kompleksiteten og mangfoldet i kulturbegrepet viser at det er viktig at helsepersonell jobber kontinuerlig med sin kulturelle forståelse, når de jobber med innvandrerforeldre. De kan da kommunisere bedre med foreldrene, samt vise respekt og empati (Eriksen & Sajjad, 2012, s. 44-45).

Den kulturelle virkelighetsforståelsen til medlemmer av en bestemt kultur, blir betegnet som et emisk perspektiv. Det innebærer at man ser kulturen innenfra, og at man oppfatter kunnskapen om egen kultur som den riktige. Det kreves ofte stor tillit for at emiske oppfatninger blir delt med noen utenfor kulturen. En etisk synsvinkel er når en ser kulturen utenfra. Noen ganger kan det være store forskjeller mellom helsepersonells profesjonelle anbefalinger og foreldrenes emiske oppfatninger av hva som bør gjøres. Hvis foreldrene tar i

bruk emiske helbredende ritualer innen en kultur, bør helsepersonell kjenne til disse ritualene og hjelpe familien til å bruke dem. Hvis ritualene ikke er gunstige for barnet, må de vurderes og diskuteres med familien (McFarland, 2018, s. 46).

1.4.3 Nonverbal kommunikasjon

Nonverbale uttrykksformer kan variere fra kultur til kultur. Kroppsspråk er en måte å kommunisere et budskap på ved hjelp av kroppsuttrykk uten bruk av tale eller skriftspråk (Dahl, 2013, s. 176). Håndhilsning mellom ulike kjønn kan bli sett på som tabu i noen asiatiske og muslimske kulturer, mens latin-amerikanere kan ofte utføre håndhilsningen på en fastere og lengre måte enn europeere er vant med. I verdensdeler som Amerika og Europa, blir et stort smil sett på som en vennlig gest, mens i andre deler av verden kan dette bli sett på som flørting. Direkte og langvarig øyekontakt kan i noen kulturer bli sett på som frekt, aggressivt og truende. Betydningen av stillhet har også stor kulturell variasjon. Det kan være et tegn på enighet, behov for å tenke over saken, eller et ønske om å være høflig (Wehbe-Alamah, 2018, s. 125). Formidlingen av et budskap dreier seg om et avstemt forhold mellom verbal og nonverbal informasjonsformidling (Dahl, 2013 s. 194).

1.4.4 Madeleine Leiningers sykepleieteori

Sykepleieteoretiker Madeleine Leininger har fordypet seg innenfor kulturell sykepleie, og har utviklet «Sunrise modellen». Modellen skal hjelpe sykepleiere til å utforske og reflektere over egne valg og handlinger, slik at de bedre kan utøve kulturell kompetent sykepleie. Hun hevder at sykepleiere må utføre en kulturell datasamling som inneholder informasjon om sosiale, teknologiske, religiøse, filosofiske, økonomiske og utdannings- faktorer for å begynne og danne seg et helhetlig bilde av pasientens verdensbilde. Verdensbildet til pasienten har en innvirkning på hvordan pasienten forstår informasjon, aksepterer profesjonell sykepleie og etterkommer behandlingen. Nesten alle kulturer har ulike ritualer og aktiviteter de tar i bruk for å opprettholde velvære, forebygge sykdom og gjenvinne helse (Wehbe-Alamah, 2018, s. 118-119). I redegjørelsen for mulige sykepleierintervensjoner og avgjørelser, mener Leininger at sykepleien kan planlegges på grunnlag av tre forskjellige handlingsmuligheter;

1. *Kulturell bevaring* er å legge til rette for bevaring av foreldrenes verdier og kulturelle uttrykk i forbindelse med behandling. Så lenge ingen av disse går på bekostning av den medisinske behandlingen, er dette tradisjoner sykepleier bør hjelpe til å bevare.

2. *Kulturell tilpasning* er å hjelpe foreldrene å tilpasse seg behandling eller å forhandle med pårørende for å kunne gi kulturell kompetent sykepleie.
3. *Kulturell remønstring* er tilfeller hvor pårørendes livsstil ikke er egnet for en tilfredsstillende behandling og velvære for barnet deres. Sykepleier bør samarbeide med foreldrene for å endre de uheldige vanene, samtidig som respekten for familiens kulturelle verdier og tro er med som en veiledende faktor (Hubbert, 2018, s. 291-292).

1.4.5 Prinsipper for å kunne utøve kulturell kompetent sykepleie

I følge Leininger er det ni prinsipper for å kunne utøve kulturell kompetent sykepleie.

1. *Kjenne seg selv*: kjenne sine egne kulturelle verdier, tro, livsstil, bias, stereotypier, etnosentriske holdninger og fordommer.
2. *Ha kunnskap*: reflektere over og ha kunnskap om pasientens kultur.
3. *Teoretisk rammeverk*: ta i bruk teorier og teoretiske modeller som kan hjelpe og forstå pasienten på et holistisk plan.
4. *Klarering av formål, mål og prosess*: Forklare familien hvilke rammer avdelingen har, slik som tidspunkt for stell, besøktider og planen videre.
5. *Tilstedeværelse*: Vise at en er oppriktig interessert i familien og barnet og har tid til dem, samtidig med å lytte aktivt til det foreldrene har å si.
6. *Flerkulturell kommunikasjon*: Vær oppmerksom på ulikheter som kjønn, alder og andre verbale og ikke-verbale kommunikasjonsmåter.
7. *Miljømessig kontekst*: Vær observant ovenfor kulturforskjeller som kan påvirke oppfatning av helse, velvære, sykdom og død.
8. *Emiske og etiske perspektiver*: Utforsk og reflekter over foreldrenes emiske perspektiver, og sykepleierens etiske perspektiver.
9. *Samarbeid*: Involver foreldrene i evaluering og vurdering av funn, samt utvikle en god samarbeidsplan for omsorgen av barnet deres (Wehbe-Alamah, 2018, s. 117).

1.4.6 Nyfødtsykepleierens funksjon og ansvar

Nyfødtsykepleierens funksjon og ansvarsområder inngår i enhver vurdering og intervensjon for å sikre optimal sykepleie. De mest sentrale for denne oppgaven er nyfødtsykepleiers helsefremmende og veiledende funksjon. Helsefremmende funksjon går ut på at nyfødtsykepleieren skal være kvalifisert til å kommunisere og samhandle med mennesker i

krise, uansett kulturell bakgrunn. Den veiledende og undervisende funksjonen går ut på at nyfødtsykepleier skal veilede foreldrene med utgangspunkt i deres læreforutsetninger, samt sikre at informasjonen er forstått, slik at foreldrerollen styrkes. Foreldrene skal oppleve at de er likeverdige medlemmer i teamet rundt barnet. Nyfødtsykepleiers forebyggende funksjon har også en betydning for denne oppgaven, da kunnskap om det nyfødte barnets vekst og utvikling vil bidra til å forebygge utviklingskader og fremme normalutvikling (Lovisenberg diakonale høgskole, 2016).

1.4.7 Juridiske og etiske aspekter

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleien skal være kunnskapsbasert og bygges på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund, 2011). Et av de overordnede etiske prinsippene er autonomi, som omhandler en persons evne til å selv bestemme sine handlinger (Sagdahl, 2017). Nyfødtsykepleier er juridisk og moralsk pålagt å følge helseloven (Lovisenberg diakonale høgskole, 2016). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1) har som formål å sikre hele befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet uansett bakgrunn. Dette fordrer at pasienten har forstått den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Pasienter har rett til medvirkning ved valg av behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1, 1999). Barnets rettigheter ivaretas gjennom forskriften om barns opphold i helseinstitusjon (2000, § 6) som stadfester at barn har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under institusjonsoppholdet.

2.0 Metode

Metoden som er benyttet for å belyse problemstillingen er et litteraturstudium, som baserer seg på allerede eksisterende kunnskap om temaet (Dalland, 2013, s. 207).

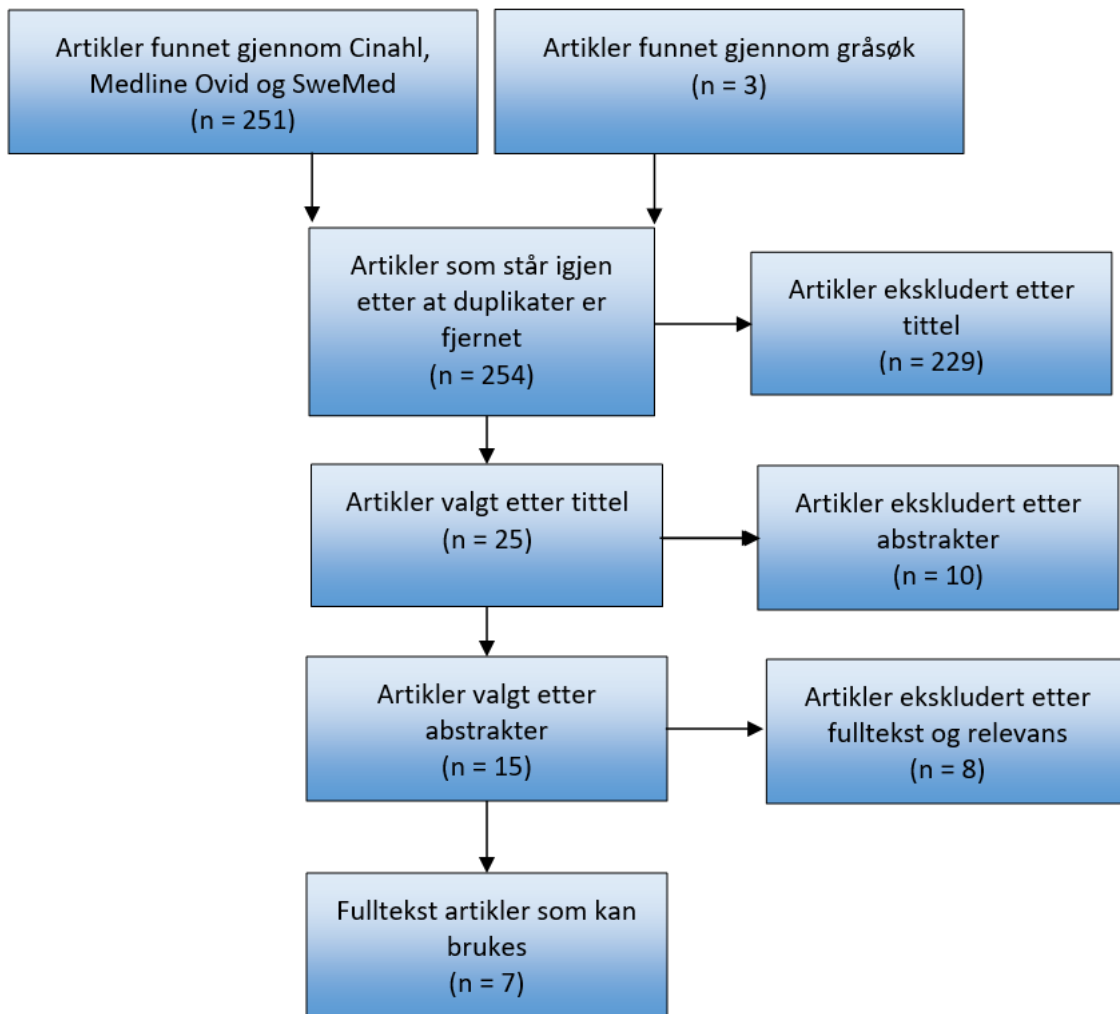
2.1 Søkestrategier

Prosessen startet med å finne relevante søkeord, som senere ble organisert inn i et PICO-skjema. Det er ikke benyttet søkeord under C (comparison) da det ikke er aktuelt for denne problemstillingen. Søkeordene er organisert på følgende måte:

Population	Intervention	Comparison	Outcome
Neonatal intensive care unit Intensive care Migrant parents Parents Healthcare providers Nurses	Cross-cultural nursing Transcultural nursing		Culturally competent nursing

Det ble utført systematisk søk i Medline Ovid, Cinahl og SweMed med MeSh-ordene, og tekstord med trunkering. Søk ble gjennomført i perioden 20.09.18 til 16.11.18, og etterprøvd 30.11.18. Søkene er utført ved å kombinere alle ordene under P med OR, alle ord under I med OR og til slutt ble det søkt med P AND I AND O. Det ble avgrenset fra år 2008 til nåtid, engelsk og nordisk språk, samt fagfelleurdert litteratur. I tillegg er det gjort gråforskning i Google Scholar, og håndforskning ved bruk av litteraturlisten til relevante artikler. Antall treff er redegjort for i flyttdiagrammet.

2.2 Flytdiagram



2.3 Inklusjonskriterier

Fortrinnsvis ble det søkt etter litteratur som møtte kriteriet om *relevans*, for at de inkluderte artiklene skulle bidra til å belyse problemstillingen (Dalland, 2013, s. 60). Noen av søkene ga treff fra andre avdelinger enn nyfødtintensiv. Fordi kulturell kompetent omsorg gjelder på tvers av avdelinger, ble de likevel ansett som relevante og overførbare og vi valgte å inkludere de. Kriteriene *gyldighet og holdbarhet* er benyttet ved at det kun er fagfellevurderte artikler som er tatt i bruk, og artikler som ikke er kommersielt finansiert. Videre er det sett på studiedesignet og tatt i bruk sjekklister for kvalitativ forskning for å vurdere artiklene i forhold til hensikt, metode, resultat, etiske overveielser og referanseliste (Helsebiblioteket, 2016). Det er kun benyttet artikler med kvalitativ metode, da slikt studiedesign er velegnet for å belyse tematikken i problemstillingen.

2.4 Eksklusjonskriterier

Utydelig studiedesign har vært grunnlag for ekskludering av artikler og det er kun tatt med artikler fra de siste ti årene. Det er ikke funnet relevante studier med annet design enn kvalitativ metode. Det er videre ekskludert artikler der hovedutfordringen var språkproblematikken. De fleste artikler fra land som er svært annerledes enn Norge er ekskludert fordi avdelingen har en annen helsestruktur, og det vil være vanskelig å sammenligne med egen praksis.

2.5 Kildekritikk

Det er gjennomgående svært få artikler om kulturell kompetent omsorg på nyfødteintensiv avdelinger, noe som gjør det vanskelig å sammenligne studier mot hverandre. Studien fra Iran har noen interessante funn, som var en årsak til at vi ønsket å ha den med på tross av ulik helsestruktur. Det kan virke som at sykepleierne i Iran har enda mindre tid til foreldrene enn det vi har i Norge ut i fra hvordan sykepleierne ordlegger seg i artikkelen. Dette kan ha noe med hvordan helsevesenet er organisert, og at det kanskje ikke er like mye fokus på brukermedvirkning slik det er i Norge. Vi har ikke funnet noen randomisert kontrollerte studier, som ville gitt et høyere nivå av forskningsbevis for å belyse problemstillingen.

3.0 Resultat

Av de inkluderte studiene er alle basert på et kvalitativt studiedesign. Forskerne tar i bruk intervju som metode i alle studiene, samt observasjon i den ene studien. Resultatene er presentert på bakgrunn av hvem som er intervjuet, enten sykepleier eller foreldrene.

3.1 Sykepleiers perspektiv

Nicholas, D. B., Henderson, L. & Reis, M. D. (2014). *Connection Versus Disconnection: Examining Culturally Competent Care in the Neonatal Intensive Care Unit*: Utforsker nyfødtsykepleiers erfaringer og behov relatert til kulturell kompetanse på en nyfødtintensiv avdeling. Det er utført fokusgruppeintervjuer av 58 nyfødtsykepleiere som jobber på nyfødtintensiv avdelinger i Canada. Artikkelen tar for seg ulike prosesser som førte til at de enten fikk god kjemi eller dårlig kjemi med innvandrerforeldrene.

Henderson, L., Reis, M. & Nicholas, D. B. (2015). *Health Care Providers' Perspectives on Providing Culturally Competent Care in the NICU*: Undersøker erfaringer og persepsjoner til nyfødtsykepleiere som ivaretar innvandrerfamilier på to ulike nyfødtintensiv avdelinger i Canada. Det ble utført syv ulike fokusgruppeintervjuer av 58 nyfødtsykepleiere, der de identifiserte ulike kulturelle faktorer som påvirket samhandlingen og omsorgen til innvandrerfamiliene på avdelingen.

3.2 Foreldrenes perspektiv

Wiebe, A. & Young, B. (2011). *Parent Perspectives From a Neonatal Intensive Care Unit: A Missing Piece of the Culturally Congruent Care Puzzle*: Utforsker foreldrenes persepsjon av hva som er kulturell kompetent omsorg. Intervju av 21 familier med barn innlagt på nyfødtintensiv avdeling i Canada. Studien fant fire faktorer som var viktige for foreldrene: nyfødtsykepleier-foreldre forhold som var bygget på omsorg og tillit, respektfull og passende kommunikasjon, tilgjengelig sosial og åndelig støtte, og et imøtekommende og fleksibelt organisatorisk miljø.

Tavallali, A. G., Jirwe, M. & Kabir, Z. N. (2017). *Cross-cultural care encounters in paediatric care: minority ethnic parents' experiences*: Beskriver innvandrerforeldres forventninger og erfaringer om kulturell omsorg. Semistrukturerte intervjuer av 12

innvandrereforeldre som hadde barn innlagt på barneavdeling i Stockholm. Artikkelen viser til tre hovedkategorier: grunnleggende sykepleie som kunnskap og respekt, kulturfølsomhet og forståelse, og påvirkning av forholdene, som for eksempel sykepleierens tilgjengelighet og språkforståelse. Språkforståelse og tilgjengeligheten av flerspråklige sykepleiere økte foreldrenes tilfredshet med avdelingen.

Høye, S. & Severinsson, E. (2009). *Multicultural family member's experiences with nurses and the intensive care context: A hermeneutic study*: Belyser opplevelsen for flerkulturelle familier som har familiemedlemmer innlagt på voksenintensiv avdeling i Norge.

Datainnsamling gjennom dybdeintervjuer av fem familier, som viste at sykepleiere må være sensitive ovenfor familiens kulturelle behov for å kunne imøtekomme deres forventninger og behov på en respektfull måte.

3.3 Sykepleier- og foreldre perspektiv

Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Aghajari, P. & Foronda, C. (2017).

Factors influencing nurse-to-parent communication in culturally sensitive pediatric care: a qualitative study: Utforsker faktorer som påvirker sykepleier-foreldre-kommunikasjon med tanke på kulturell sensitiv omsorg. Semistrukturerte intervjuer av 25 sykepleiere og 9 foreldre fra en barneavdeling i Iran. Faktorer som påvirket kommunikasjonen mellom sykepleier og foreldre i kulturelt sensitiv omsorg var ulike organisatoriske faktorer og menneskelige faktorer.

Van Keer, R-L., Deschepper, R., Francke, A. L., Huyghens, L. & Bilsen, J. (2015). *Conflicts between healthcare professionals and families of a multi-ethnic patient population during critical care: an ethnographic study*: Undersøker faktorer som medvirket til konflikter mellom sykepleiere og flerkulturelle familiemedlemmer i et intensivmiljø. Det er gjort et etnografisk feltarbeid over seks måneder på en intensivavdeling i Belgia. Datamateriell ble samlet gjennom interaktiv observasjon, dybdeintervjuer med ni sykepleiere, pasientenes journal og gjennom loggbok. Konfliktene oppstod ofte på grunn av ulike syn på hva som var god omsorg. Sykepleiernes synspunkter på god omsorg var hovedsakelig basert på en biomedisinsk omsorgsmodell, mens familiens syn på god omsorg var basert på en helhetlig tilnærming.

4.0 Diskusjon

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Nyfødtsykepleier skal utøve etisk og faglig forsvarlig sykepleie, og i det ligger helhetlig sykepleie til pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011). Kultur er en del av det helhetlige bildet til pasienten, og det å ta med pasientens kulturelle bakgrunn er et premiss for utøvelsen av grunnleggende sykepleie.

I det følgende vil vi drøfte problemstillingen om hvordan nyfødtsykepleier kan utøve kulturell kompetent omsorg ut i fra et nyfødtsykepleier- og foreldreperspektiv, og hvordan dette kan bedre omsorgen til barnet. Dette samsvarer med læringsutbyttet for nyfødtsykepleierutdanningen, som krever kompetanse innenfor flerkulturell sykepleie (Lovisenberg diakonale høgskole, 2017).

4.1 utfordringer

Studier viser at gjennomgående utfordringer for sykepleiere er at de opplever å ikke gjøre seg forstått ovenfor foreldrene. Sykepleierne mente at foreldrene ikke var nok tilstede og særlig at far var fraværende. Innvandrerforeldrene var mer tidskrevende og det var vanskelig å forstå deres kulturelle normer og regler (Nicolas et al., 2014; Hendson et al., 2015; Valizadeh et al., 2017).

I studien til Nicolas et al. (2014) følte sykepleierne seg utilstrekkelig i møte med innvandrerfamilier, fordi de ikke klarte å gjøre seg forstått språklig, eller fordi de følte at de oppførte seg upassende i forhold til familiens kultur. Sykepleierne opplevde å ha dårlig kjemi med familien, noe som resulterte i at de følte at de ikke gjorde en god nok jobb. Erfaringer fra praksis er at språket og familiens kultur ikke alltid er en hindring for en god relasjon til foreldrene, men de gangene det oppleves å ikke få gjort en god nok jobb, grunnes det ofte i dårlig kommunikasjon. Utilstrekkelig kommunikasjon og informasjon til foreldrene påvirket samhandlingen dem imellom, og gjorde det vanskelig for sykepleier å se familiens behov (Hendson et al., 2015). Sykepleiere har behov for ytterligere kulturell kompetanse, slik som kunnskap om ulike oppfatninger og væremåter i forhold til kultur, helse og det sosiale (Nicolas et al., 2014). Dersom kjemien med familien var god, kunne det føre til et forståelsesfullt og tillitsfullt forhold. Et tiltak kan være å benytte Leiningers «Sunrise modell», som viser at nyfødtsykepleiere må kunne utføre en kulturell datasamling for å danne

seg et helhetlig bilde av familiens verdensbilde. Det vil ha en innvirkning på hvordan de forstår informasjon, aksepterer profesjonell nyfødtsykepleie og etterkommer behandlingen (Wehbe-Alamah, 2018, s. 118-119). For nyfødtsykepleieren betyr dette i praksis å spørre familien om hvordan de ønsker å bli møtt og om det er noen spesielle tilretteleggelser de ønsker at vi skal hjelpe de med. Av erfaring kan det for eksempel være hvem av foreldrene som skal ringes til hvis det oppstår noe. På denne måten tar nyfødtsykepleier i bruk kulturelle ferdigheter og sin helsefremmende funksjon.

Dårlig kjemi, der helsepersonell og familien ikke kom så godt overens, kunne føre til misforståelser og konflikter (Nicolas et al., 2014; Van Keer et al., 2015). En årsak til dette kan være at nyfødtsykepleier har et annet kulturfilter enn det familien har, og dermed vil sjansen for misforståelser øke (Dahl, 2013, s. 90-91). Nyfødtsykepleiers manglende kunnskap om kulturelle forskjeller kan føre til stereotyping og hindre en tillitsfull kommunikasjon (Van Keer et al., 2015). På en annen side kan vektlegging av kulturelle forskjeller undergrave muligheten for å se hverandres likheter og dermed trekke oppmerksomheten bort fra relasjonsbyggingen. Konflikter kan oppstå fordi familien har et annet syn på hva som er riktig behandling av barnet. Fra egen erfaring har vi sett at noen foreldre ikke ønsker å gi donormelk til barnet sitt, på tross av informasjon om at det er det beste for premature barn.

Nyfødtsykepleieren benytter seg av sin forebyggende funksjon ved å informere om fordelene ved å gi donormelk, og mulige konsekvenser ved å unnlate å gi det. Dette er nødvendig informasjon for å fremme barnets normalutvikling, og for å øke foreldrenes grunnlag for brukermedvirkning. Autonomibegrepet omhandler en persons evne til å selv bestemme sine handlinger, og dermed retten til medbestemmelse (Sagdahl, 2017). Foreldrene har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Dette samsvarer med Leiningers prinsipp om å *utforske og reflektere over foreldrenes emiske perspektiver* (Wehbe-Alamah, 2018, s. 117). Hvis foreldrenes valg ikke er forsvarlige, er det viktig at nyfødtsykepleier undersøker og tilstreber forståelse for hvorfor de handler som de gjør. Det kan være store forskjeller mellom nyfødtsykepleiers profesjonelle anbefalinger og foreldrenes emiske oppfatninger av hva som bør gjøres (McFarland, 2018, s. 46). I slike tilfeller bør nyfødtsykepleier ta i bruk sin veiledende funksjon ved å informere og veilede og kanskje også noen ganger forhandle med foreldrene for at barnet skal få best mulig omsorg. Nyfødtsykepleier trenger god kunnskap om foreldrenes personlige og kulturelle bakgrunn for å kunne handle etisk. Hva nyfødtsykepleier vurderer som meningsfylt og viktig i en situasjon må alltid ses sammen med hva familien selv

mener er meningsfylt og viktig (Hanssen, 2004, s. 38). Nyfødtsykepleier må være varsom med å bruke sin egen kultur som målestokk når en skal definere hva som er best for familien.

At foreldrene ikke er tilstede så mye som nyfødtsykepleierne ønsker, kan ha ulike årsaker. Ofte har ikke innvandrerforeldre et like stort sosialt nettverk rundt seg. Hvis de har andre barn hjemme, kan det være utfordrende å få nok tid i avdelingen (Nicolas et al., 2014). Fars tilstedeværelse kan være påvirket av kulturelle eller religiøse regler. Ofte er han hovedforsørger for familien (Valizadeh et al., 2017). I praksis begrunner ofte fedre dette med at de må jobbe fordi mor ikke har inntekt, eller fordi de er i en etableringsprosess i Norge. Studier har vist at det likevel er viktig at vi ytrer behovet for fars ressurser for å bedre samarbeidet, ettersom han ofte har en høyere utdanning og bedre språkforståelse (Valizadeh et al., 2017). Ved å prøve å forstå foreldrenes verdensbilde, benytter nyfødtsykepleier sine kvalifikasjoner i å kommunisere og samhandle med mennesker, altså sin helsefremmende funksjon (Lovisenberg diakonale høgskole, 2016). Foreldre med en høyere sosioøkonomisk bakgrunn, vil ofte være mer komfortabel med å forholde seg til et intensivmiljø og helsepersonell, som kan bedre kommunikasjonen (Wiebe & Young, 2011).

Studien til Hendson et al. (2015) viste at nyfødtsykepleierne opplevde det som en ekstra byrde å måtte sette seg inn i andres kulturelle normer og ritualer, og samarbeidet ble sårbart. Ved å erkjenne Leiningers prinsipp om *å kjenne seg selv og ha kunnskap* om familiens kultur, vil nyfødtsykepleier kanskje kunne gå i den situasjonen uten fordommer og etnosentriske holdninger. Kommunikasjon med innvandrerforeldre tok lenger tid, og nyfødtsykepleier var usikker på om det som var sagt ble forstått. Nyfødtsykepleier må ta i bruk sin undervisende og veiledende funksjon for å sikre at informasjonen er forstått. Foreldrene kan kanskje oppfatte at nyfødtsykepleier er uinteressert eller diskriminerende fordi de ikke har nok tid. Leiningers prinsipp om *klarering av formål* og *tilstedeværelse* er viktig for at foreldrene skal kunne forstå hvilke rammer avdelingen har. Nyfødtsykepleier bør på den ene siden vise at en er oppriktig interessert i familien og barnet og har tid til dem, samtidig med å lytte aktivt til foreldrene (Wehbe-Alamah, 2018, s. 117). For at det skal være et likeverdige behandlingstilbud, må pasienter/foreldre med ulike behov og forutsetninger iblant behandles ulikt. På en annen side har vi sett at det kan være vanskelig for nyfødtsykepleier å sette av ekstra tid til innvandrerforeldre på grunn av den økte effektiviseringen i hverdagen. Mer kontinuitet i oppfølgingen av familien, ville gjort at nyfødtsykepleier kjenner familien bedre. Det vil være tidsbesparende og det vil skape et bedre tillitsforhold.

Ved rapport i vaktskiftet opplevde mange av nyfødtsykepleierne at innvandrerfamilier kunne bli beskrevet som «vanskelige familier». Dette medførte at den påtroppende nyfødtsykepleiers holdninger ble påvirket av den andre, og førte ofte til en stigmatisering av familien, som videre kunne påvirke forholdet mellom dem negativt (Nicolas et al., 2014). Det oppleves i egen praksis at nyfødtsykepleiere ikke viser nok varsomhet i hvordan de ordlegger seg og omtaler foreldrene. En kulturell kompetent nyfødtsykepleier må være bevisst på egne stereotypier, fordommer og antagelser om mennesker som er annerledes enn seg selv, for å unngå at dette skal påvirke atferden ovenfor andre (Dahl, 2013, s. 90-91). Nyfødtsykepleieren må bruke sin helsefremmende funksjon, som går ut på å være kvalifisert til å kommunisere og samhandle med mennesker uansett kulturell bakgrunn (Lovisenberg diakonale høgskole, 2016). Kulturelle holdninger krever selverkjennelse og refleksjon, slik som beskrevet i Leiningers prinsipp om å *kjenne seg selv* (Wehbe-Alamah, 2018, s- 117). I tillegg må nyfødtsykepleier ha solid kunnskap og ferdigheter om kultur, for å oppnå kulturell kompetanse (Campinha-Bacote, 2007). På denne måten kan nyfødtsykepleier bli i stand til å gi den kulturelt tilpassede omsorgen til familier med en annen kulturell bakgrunn. Dette er i overensstemmelse med Pasient-og brukerrettighetsloven (1999, §1-1) som sier at hele landets befolkning skal ha lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet uansett bakgrunn.

4.2 Kommunikasjonsferdigheter

Nonverbal kommunikasjon var en stor utfordring for mange foreldre. Kroppsspråk, volum og tonefall på stemmen kunne oppfattes sterkere hvis nyfødtsykepleier hevet stemmen og pekte, når foreldrene ikke forstod konteksten i informasjonen som ble gitt. God omsorg avhenger ikke av at familien og nyfødtsykepleier snakker samme språk, men av nyfødtsykepleierens kroppsspråk og tilstedeværelse. Nonverbale kommunikasjonsferdigheter bidrar til en bedre relasjon og større tillit enn verbale kommunikasjonsferdigheter (Wiebe & Young, 2011). Dette bekrefter studien til Tavallali et.al, (2017) som fant at det viktigste med kulturell kompetent omsorg ikke nødvendigvis var sykepleiers kulturelle kunnskaper, men heller respekten og tilstedeværelsen til sykepleier som gjorde at foreldrene følte seg trygge og ivaretatt. Det hevdes samtidig at sykepleiers kliniske kunnskap og erfaring var fundamentalt for at det skulle skapes et tillitsforhold. Nyfødtsykepleiers forebyggende funksjon trer her frem i form av å ha kunnskaper om hva som forebygger utviklingsskader og fremmer normalutvikling hos barnet (Lovisenberg diakonale høgskole, 2016). Sykepleiers nonverbale

kommunikasjonsferdigheter sammen med sykepleiers kliniske kunnskap og erfaring, vil være to viktige hovedkomponenter for foreldrenes opplevelse av god behandling.

Erfaring fra praksis er at nyfødtsykepleiere er opptatt av klokken og presise avtaler om når det skal utføres stell og måltider for barnet. Årsaken til at foreldrene kommer for sent, kan være fordi de har en annen tidsoppfatning enn det som er vanlig i sykehusmiljøet (Wehbe-Alamah, 2018, s. 125-126). Når foreldrene ikke møter til avtalt tid, kan det i praksis oppfattes som at de ikke bryr seg. Hvis nyfødtsykepleier ikke kommuniserer tydelig forventinger til foreldrene, kan det skape misforståelser og mistillit fra foreldrene. Nyfødtsykepleier kan oppfatte foreldrene som uengasjerte og til og med tvile på deres omsorgsevne. Noen innvandrereforeldre er vant med at i deres hjemland er det sykepleier sitt ansvar å ta vare på barna hvis de er innlagt (Tavallali et al., 2017). Dette motstrider med vanlig praksis her i Norge, der vi ønsker å inkludere foreldrene i størst mulig grad, i lys av tanken om familiebasert omsorg. Vi ønsker og oppfordrer til at foreldrene har hovedomsorgen for barnet. Det forventes at foreldrene engasjerer seg og tar del i omsorgen. Det krever at foreldrene får informasjon om betydningen av deres tilstedeværelse, også med tanke på barnets beste og dets rettigheter til å ha minst en av foreldrene hos seg under institusjonsoppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6). Nyfødtsykepleieren må ta i bruk sin undervisende og veiledende funksjon, for å veilede foreldrene med utgangspunkt i deres læreforutsetninger. Nyfødtsykepleier må også sikre at informasjonen er forstått, slik at foreldrerollen styrkes. Foreldrene skal ha muligheten til å oppleve at de er likeverdige medlemmer i teamet rundt barnet (Lovisenberg diakonale høgskole, 2016). Ved å inkludere foreldrene, vil de også bli myndiggjort. Det reduserer maktforskjellen og skaper trygghet mellom nyfødtsykepleier og foreldrene.

I noen kulturer er det mindre vanlig å være så direkte i språkbruken som vi kanskje er vant med i Norge. Det kan for eksempel være støtende å få direkte beskjed om en alvorlig diagnose, uten noe rom for håp i ordleggelsen. Når man sier det så direkte, kan foreldrene føle at den som gir beskjeden ikke vil de godt (Høye & Severinsson, 2009). I motsetning vil dette kanskje bli sett på som et tillitsbrudd og tilbakeholding av informasjon fra et norsk helseperspektiv. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) skal pasienten (foreldrene) ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand. Det bør undersøkes på forhånd hvordan foreldrene ønsker å motta informasjon. Nyfødtsykepleieren bør ta i bruk sine kulturelle ferdigheter for å lære familien å kjenne og se behovet for å

porsjonere informasjonen på en sensitiv måte (Campinha-Bacote, 2007). Dette styrkes gjennom Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) som sier at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, kultur og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

4.3 Bygge tillit

Det foreldrene mente var viktigst for deres tillit til avdelingen, var at nyfødtsykepleierne oppriktig brydde seg om barnet deres. Å dekorere sengen til barnet, passe på at barnet var ren og mett, og at nyfødtsykepleierne responderte raskt hvis barnet deres gråt var viktig. Det ga foreldrene større trygghet hvis nyfødtsykepleier tok seg tid til veiledning i stell, mating og amming, at hun hilste på foreldrene når de kom inn til avdelingen, og ga de en oppdatering hvis det var noe nytt med deres barn (Wiebe & Young, 2011). Erfaringer fra praksis er at dette tilstrebes til alle pasienter, uavhengig av kulturell bakgrunn. En erkjenner likevel at nyfødtsykepleierne kan være usikre på sin kulturelle kompetanse og kan kvie seg for å gå dypere inn i relasjonen. Det kan dermed være fare for at foreldrene blir mer overlatt til seg selv. Familien kan få dårligere oppfølging, for eksempel i form av at mor ikke får nok ammeveiledning.

Foreldrene følte en større trygghet og nærhet hvis de hadde en sykepleier med flerkulturell bakgrunn. Det var lettere å åpne seg og å dele følelser med en flerkulturell sykepleier, men det var viktig at sykepleieren hadde gode språkkunnskaper (Tavallali et al., 2017).

Erfaringsmessig har foreldre formidlet at det er ekstra utfordrende for de å forstå informasjon som blir gitt hvis nyfødtsykepleier selv snakker dårlig norsk, og vi opplever at det kan føre til utrygghet. Når begge partene i kommunikasjonen har dårlig språkforståelse, kan det hemme nyfødtsykepleieren sin undervisende og veiledende funksjon. Det er en risiko for at oppfølgingen av barnet også svekkes på grunn av dårlig språkforståelse. I studien til Wiebe & Young (2011) var en stor bekymringsårsak for innvandrereforeldre at de ofte ikke forsto medisinske terminologier og undersøkelser som skulle utføres. Mange foreldre var redde for å spørre, og følte også at informasjon kunne bli tilbakeholdt. Innvandrereforeldrene observerte gode strategier som noen av nyfødtsykepleierne tok i bruk, som det å besvare spørsmål på en sensitiv måte, veilede ved å demonstrere og ta seg tid til å forklare vanskelige ord med et enkelt språk. Dette er enkle strategier som ofte tas i bruk på eget arbeidssted, men kan bli forstyrret av nyfødtsykepleierens eventuelle fordommer eller negative holdninger. Mange av

foreldrene var tryggere på å spørre spørsmål og ytre sine behov hvis de følte at nyfødtsykepleieren oppriktig brydde seg om barnet deres (Wiebe & Young, 2011). Ved at tillit og trygghet var opparbeidet, virket det til at språkforståelsen ble mindre viktig.

4.4 Handlingsalternativer

En kulturell kompetent nyfødtsykepleier bør kjenne til at ulike kulturer kan ha andre teorier om årsaken til sykdom. Hvis foreldrene tar i bruk emiske helbredende ritualer innen en kultur, bør nyfødtsykepleier kjenne til disse ritualene og hjelpe familien til å bruke dem. Hvis ritualene ikke er gunstige for barnet, må de vurderes og diskuteres med familien (McFarland, 2018, s. 46). Ifølge Madeleine Leininger kan kulturelle handlinger utføres i henhold til kulturell bevaring, tilpasning eller remønstring.

Kulturell bevaring bør tas i bruk så lenge det ikke går på bekostning av den medisinske behandlingen til barnet (Hubbert, 2018, s. 291). En faktor som påvirket foreldrenes opphold, var blant annet mangel på skjerming under amming (Wiebe & Young, 2011). En kan se for seg at mors personlige sfære vil bli truet, som kan føre til stress og en uheldig ammesituasjon. Ved ta i bruk kulturell bevaring og sørge for god skjerming under ammesituasjonen, vil nyfødtsykepleier benytte seg av sin helsefremmende funksjon.

Et annet eksempel kan være at foreldrene ønsker besøk for å utføre trosbekjennelsen til barnet. Kanskje nyfødtsykepleier ikke tillater dette grunnet de strenge besøksreglene på avdelingen. Det er viktig at nyfødtsykepleier har kulturell kunnskap om at trosbekjennelsen kan være viktig for foreldrenes tro, da det kan sammenlignes med en dåp. Det vil ha en positiv innvirkning på relasjonen mellom nyfødtsykepleier og foreldrene. En må forsøke å se hele verdensbildet til familien for å få en forståelse, som beskrevet i Leiningers Sunrise modell (Wehbe-Alamah, 2018, s. 118-119). Grunnlaget for om kulturell bevaring skal tas i bruk, bør vurderes ut i fra barnets tilstand.

Kulturell tilpasning er å forhandle med foreldrene for å kunne gi kulturell kompetent sykepleie (Hubbert, 2018, s. 291-292). Det kan være å tilrettelegge for at søsken kan overnatte med foreldrene i avdelingen, da innvandrerforeldre ofte mangler et sosialt nettverk som kan hjelpe de hjemme. Kjernefamilien vil da være samlet, og omsorgen vil være familiebasert. I mange kulturer er emosjonelle, sosiale og spirituelle aspekter ved helse like viktig som de

psykiske og medisinske aspektene (Wiebe & Young, 2011). Erfaringer fra praksis har vist oss at det er utfordrende å imøtekomme familiens ønsker om å bo sammen under oppholdet. Mange av rommene for små til å få plass, samt det vil være en større smitterisiko ved å ha flere familiemedlemmer der. Tanken om at familien er samlet ser ut til å være viktig, og vi ser en økende implementering av familierom i nyfødttintensiv avdelinger. Ved å tilrettelegge oppholdet for familien, vil nyfødtsykepleier ta i bruk sin helsefremmende funksjon (Lovisenberg diakonale høgskole, 2016).

Kulturell remønstring kan brukes der foreldrenes livsstil ikke er egnet for en tilfredsstillende behandling og velvære hos barnet. Nyfødtsykepleier må endre de uheldige ritualene, samtidig som respekten for foreldrenes kulturelle verdier og tro er med som en veiledende faktor (Hubbert, 2018, s. 292). På eget arbeidssted er det erfart at foreldre har gitt honning til barnet som rituale eller som medisin for ulike tilstander. Honning er frarådet innenfor biomedisinsk behandling til barn under ett år (Helsedirektoratet, 2017), og sykepleier må derfor forklare foreldrene hvilke konsekvenser dette kan ha for barnet. Nyfødtsykepleier må ta i bruk sin forebyggende funksjon ved å dele sin kunnskap som kan bidra til å forebygge utviklingsskader og fremme normalutvikling hos barnet (Lovisenberg diakonale høgskole, 2016).

Leiningers teorier kan kritiseres ved at det er en manglende problematisering av maktaspektet. På en side hevder Leininger at det er pasienten som legger føringer for sykepleien, men på en annen side kan det tolkes som at det er sykepleier som definerer hva som er det beste for pasienten. Det kreves en bevissthet rundt maktbalansen i relasjonen mellom sykepleier og foreldre.

4.5 Forbedringspotensialer

For å kunne utføre kulturell kompetent omsorg tar artiklene for seg noen hovedkomponenter som kan forbedres. Det er behov for en hevet flerkulturell kompetanse i læreplanen for sykepleieutdanningen. Det bør også være kontinuerlig opplæring og utvikling innenfor flerkulturell kompetanse på alle nivåer på avdelingen og på sykehuset (Nicolas et al., 2014). Dette bekreftes av en annen studie, som konkluderer med at kulturell kompetent omsorg bør vurderes og implementeres som et eget aspekt når det gjelder omsorg for innvandrerfamilier (Hendson et al., 2015). I tillegg fremkommer det at språkforståelse og tilgjengeligheten av

flerspråklige sykepleiere, kan tilrettelegge kommunikasjonen og øke foreldrenes tilfredshet på avdelingen (Tavallali et al., 2017). I praksis bør avdelingsleder fremme behovet for flerkulturelle sykepleiere ved nyansettelser. Nyfødtsykepleier må ta i bruk sin undervisende og veiledende funksjon ovenfor sine kollegaer for å videreføre en god, kunnskapsbasert praksis. Ved å ta i bruk Leiningers ni prinsipper for kulturell kompetent omsorg, kan det være en oversiktlig måte å fokusere og implementere dette på i avdelingen.

I et litteraturstudie er fagstoffet allerede analysert og innhentet av andre. Det er da lett å bli påvirket av andres fremstilling. Til tross for at utvelgelsen av artiklene er gjort systematisk, er det likevel en fare for at valgene kan være farget av subjektive vurderinger. Vi har gjennom oppgaven brukt eksempler fra egen praksis for å vise til utfordringer som også kan være kjent ved andre nyfødttintensiv avdelinger. Vi ser at det er behov for utdanning og kompetanseheving blant nyfødtsykepleiere for å sikre et likeverdig helsetilbud til alle uavhengig av kultur og hvor de kommer fra.

5.0 Oppsummering

Oppgaven har forsøkt å belyse at en kulturell kompetent nyfødtsykepleier må være bevisst egne holdninger, oppfatninger og verdier da det påvirker atferden ovenfor andre. En må også ha kunnskap om andre kulturer for å kunne utvide sin forståelse, samt vise kulturelle ferdigheter som innebærer å ha gode samarbeids- og kommunikasjonsferdigheter.

Nyfødtsykepleier må se alle mennesker som enkeltindivider, og ikke stigmatisere og generalisere ut ifra forutinntatte holdninger. Verdensbildet til familien består av mange andre faktorer som kan være viktigere enn kulturell eller religiøs bakgrunn, som for eksempel sosial situasjon, arbeidsforhold, utdanning, alder og økonomi. Det vil ha en innvirkning på hvordan familien forstår informasjon, aksepterer profesjonell sykepleie og etterkommer behandlingen.

For innvandrerforeldre var det ikke kulturkunnskap og strategier som var det viktigste med kulturell kompetanse, men heller god veiledning og kommunikasjon med en genuin omsorg fra nyfødtsykepleiers side. Denne omsorgen er grunnlaget for et tillitsfullt og respektfullt forhold til nyfødtsykepleier som gjør det mulig for familier å føle seg møtt og ivaretatt på en kulturell kompetent måte. Ved at man oppnår økt forståelse av andres kultur, vil samarbeidet og kommunikasjon bedres, og omsorgen for barnet blir bedre ivaretatt.

Det er behov for mer fokus på kulturell kompetanse under utdanning og en kompetanseheving blant nyfødtsykepleiere for å sikre et likeverdig helsetilbud til alle uavhengig av kultur.

Litteraturliste

Arbeids- og inkluderingsdepartementet. (2007). *Et inkluderende språk*. Hentet 22. november 2018 fra:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/aid/publikasjoner/veiledninger_og_brosjyrer/2007/veileder_inkluderende_sprak_2007.pdf

Campinha-Bacote, J. (2007). Becoming Culturally Competent in Ethnic Psychopharmacology. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(9): 26-33. Hentet 20. november 2018 fra: <https://www.healio.com/journals/jpn/2007-9-45-9/%7B7bab06b5-1705-45d5-b9e5-951450b352d9%7D/becoming-culturally-competent-in-ethnic-psychopharmacology#divReadThis>

Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker. Innføring i interkulturell kommunikasjon*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A. (2012). *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (FOR-2000-12-01-1217). Hentet 28. november 2018 fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Gallagher, R. W. & Polanin, J. R. (2015). A meta-analysis of educational interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students. *Nurse Education Today*, 35(2), 333-340. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.10.021>

Hafstad, A. (2018). *Migrasjonshelse blir ikke prioritert*. Hentet 27. november 2018 fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/11/22/-migrasjonshelse-blir-ikke-prioritert/>

Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. Hentet 15. november 2018 fra:

<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2017). *Mat og måltider for spedbarn*. Hentet 15. november 2018 fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1271/Mat%20og%20m%C3%A5ltider%20for%20spedbarn%20IS-2553.pdf>

Hendson, L., Reis, M. & Nicholas, D. B. (2015). Health Care Providers' Perspectives of Providing Culturally Competent Care in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 44(1): 17-27. Doi: [10.1111/1552-6909.12524](https://doi.org/10.1111/1552-6909.12524)

Hubbert, A. O. (2018). The Sunrise Enabler's Application in Conflict Resolution for Nurse Administrators and Managers. I: M. R. McFarland & H. B. Wehbe-Alamah. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practice*. (4. utg., s. 39-56). New York: The McGraw-Hill Education.

Høye, S. & Severinsson, E. (2009). Multicultural family member's experiences with nurses and the intensive care context: A hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(1): 24-32. Doi: [10.1016/j.iccn.2009.10.003](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.10.003)

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2018). *Innvandrerbefolkningen i Norge*. Hentet 17. november 2018 fra: <https://www.imdi.no/om-integrering-i-norge/innvandrere-og-integrering/innvandrerbefolkningen-i-norge/>

Lovisenberg Diakonale Høgskole. (2016). *Nyfødtsykepleierens funksjon- og ansvar*. Hentet 20. november 2018 fra: <https://ldh.app.box.com/s/j8fntyha0zm4ii343g0ydxu83hw1nhi>

Lovisenberg Diakonale Høgskole. (2017). *Studieplan Videreutdanning i Nyfødtsykepleie*. Hentet 02. desember 2018 fra: <https://www.ldh.no/nyf%C3%B8dt/attachment/7658?ts=15aa409c4e2>

McFarland, M. R. (2018). The Theory of Cultural Care Diversity and Universality. I: M. R. McFarland & H. B. Wehbe-Alamah. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practice*. (4. utg., s. 39-56). New York: The McGraw-Hill Education.

Nicholas, D. B., Henderson, L. & Reis, M. D. (2014). Connection Versus Disconnection: Examining Culturally Competent Care in the Neonatal Intensive Care Unit. *Social Work in Health Care*, 53(2): 135-155. Doi: [10.1080/00981389.2013.864377](https://doi.org/10.1080/00981389.2013.864377)

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 09. November 2018 fra: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 10. november 2018 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Sagdahl, M. (20017). *Autonomi*. Hentet 22. November 2018 fra: <https://snl.no/autonomi>

Svartdal, F. (2012). *Personlig rom*. Hentet 03. november 2018 fra: https://snl.no/personlig_rom

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. Doi: [10.1111/scs.12314](https://doi.org/10.1111/scs.12314)

Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Aghajari, P. & Foronda, C. (2017). Factors influencing nurse-to-parent communication in culturally sensitive pediatric care: a qualitative study. *Contemporary Nurse*, 53(4): 474-488. Doi: [10.1080/10376178.2017.1409644](https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1409644)

Wehbe-Alamah, H. B. (2018). Cultural Assessments and Transcultural Communication for Culturally Congruent Care. I: M. R. McFarland & H. B. Wehbe-Alamah. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practice*. (4. utg., s. 39-56). New York: The McGraw-Hill Education.

Wiebe, A. & Young, B. (2011). Parent Perspectives From a Neonatal Intensive Care Unit: A Missing Piece of the Culturally Congruent Care Puzzle. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(1): 77-82. Doi: [10.1177/1043659609360850](https://doi.org/10.1177/1043659609360850)

Vedlegg

Litteratormatrise

Forfattere	Nicholas, D. B., Henderson, L. & Reis, M. D.	Henderson, L., Reis, M. & Nicholas, D. B.	Wiebe, A. & Young, B.	Tavallali, A. G., Jirwe, M. & Kabir, Z. N.
Årstall	2014	2015	2011	2017
Design	Kvalitativt design	Kvalitativt design	Kvalitativt design	Kvalitativt design
Hensikt	Utforsker nyfødtsykepleiers erfaringer og behov relatert til kulturell kompetanse på en nyfødtintensiv avdeling.	Undersøker erfaringer og persepsjoner til nyfødtsykepleiere som ivaretar innvandrerfamilier på nyfødtintensiv avdelinger.	Utforsker foreldrenes persepsjon av hva som er kulturell kompetent omsorg.	Beskriver innvandrereforeldres forventninger og erfaringer om kulturell omsorg.
Studiestørrelse	Fokusgruppeintervjuer av 58 ulike nyfødtsykepleiere som jobber på nyfødtintensiv avdelinger i Canada.	Fokusgruppeintervjuer av 58 ulike nyfødtsykepleiere som jobber på nyfødtintensiv avdelinger i Canada.	Intervju av 21 familier med barn innlagt på nyfødtintensiv avdeling i Canada.	Semistrukturerte intervjuer av 12 innvandrereforeldre som hadde barn innlagt på barneavdeling i Stockholm.
Resultat	Artikkelen tar for seg ulike prosesser som førte til at de enten fikk god kjemi eller dårlig kjemi med innvandrerforeldrene.	Nyfødtsykepleierne identifiserte ulike kulturelle faktorer som påvirket samhandlingen og omsorgen til innvandrerfamiliene på nyfødtintensiv avdelingen.	Studien fant fire faktorer som var viktige for foreldrene: sykepleier- foreldre forhold som var bygget på omsorg og tillit, respektfull og passende kommunikasjon, tilgjengelig sosial og åndelig støtte, og et imøtekommende og fleksibelt organisatorisk miljø.	Artikkelen viser til tre hovedkategorier: grunnleggende sykepleie som kunnskap og respekt, kulturfølsomhet og forståelse, og påvirkning av forholdene. Språkforståelse og tilgjengeligheten av flerspråklige sykepleiere økte foreldrenes tilfredshet med avdelingen.

Forfattere	Høye, S. & Severinsson, E.	Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Aghajari, P. & Foronda, C.	Van Keer, R-L., Deschepper, R., Francke, A. L., Huyghens, L. & Bilsen, J.
Årstall	2009	2017	2015
Design	Kvalitativt design	Kvalitativt design	Kvalitativt design
Hensikt	Belyse opplevelsen for flerkulturelle familier som har familiemedlemmer innlagt på voksenintensiv avdeling.	Utforsker faktorer som påvirker sykepleierforeldre-kommunikasjon i forhold til kulturell sensitiv omsorg.	Undersøker faktorer som medvirket til konflikter mellom sykepleiere og flerkulturelle familiemedlemmer i et intensivmiljø.
Studiestørrelse	Datainnsamling gjennom dybdeintervjuer av fem familier på voksenintensiv avdeling i Norge.	Semistrukturerte intervjuer av 25 sykepleiere og 9 foreldre fra en barneavdeling i Iran	Det er gjort et etnografisk feltarbeid over seks måneder på en intensivavdeling i Belgia. Datamateriell ble samlet gjennom interaktiv observasjon, dybdeintervjuer med ni sykepleiere, pasientenes journal og gjennom loggbok.
Resultat	Sykepleiere må være sensitive ovenfor familiens kulturelle behov for å kunne imøtekomme deres forventninger og behov på en respektfull måte.	Faktorer som påvirket kommunikasjonen mellom sykepleier og foreldre i kulturelt sensitiv omsorg var organisatoriske faktorer og menneskelige faktorer.	Konfliktene oppstod ofte på grunn av ulike syn på hva som var god omsorg. Sykepleiernes synspunkter på god omsorg var hovedsakelig basert på en biomedisinsk omsorgsmodell, mens familiens syn på god omsorg var basert på en helhetlig tilnærming