

C-uppsats i Omvårdnad

Omvårdnad av patienter från en annan kultur - Vilka problem ställs sjuksköterskan inför?

FÖRFATTARE	Berit Hellman Suzanne Hägne
FRISTÅENDE KURS	Omvårdnad – Självständigt arbete I VOM080 HT 2007
OMFATTNING	15 hp
HANDLEDARE	Marie Edqvist
EXAMINATOR	Hans Ragneskog

Titel (svensk):	Omvårdnad av patienter från en annan kultur - Vilka problem ställs sjuksköterskan inför?
Titel (engelsk):	Nursing care of patients from a different culture - What sort of problems does the nurse meet?
Arbetets art:	Självständigt arbete I
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – Självständigt arbete I VOM080
Arbetets omfattning:	15 hp
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Berit Hellman Suzanne Hägne Författarna är leg. sjuksköterskor vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra i Göteborg e-post: berit.hellman@vgregion.se ; suzanne.hagne@vgregion.se
Handledare:	Marie Edqvist
Examinator:	Hans Ragneskog

ABSTRAKT

Det blir allt vanligare att vi inom svensk sjukvård vårdar patienter från främmande kulturer och det är viktigt att vårdpersonal kan bemöta dessa människor på ett korrekt och värdigt sätt och att ha förståelse för deras annorlunda seder. Syftet med denna litteraturstudie var att belysa vilka problem som kan uppstå när patienten har en annan kulturell bakgrund än sjuksköterskan, samt att beskriva vilka möjligheter som finns för att lösa dessa problem så att omvårdnaden kan bli bättre ur ett kulturkongruent perspektiv. Detta fördjupningsarbete i omvårdnad är en litteraturstudie baserad på tio vetenskapligt granskade artiklar som har analyserats utifrån Leiningers soluppgångsmodell. Resultatet visar att problemen är likvärdiga världen över och att det mest påtagliga problemet är kommunikationssvårigheter. Dessa svårigheter kunde leda till ett ömsesidigt missförstånd, oavsett om tolk användes eller inte. Sjuksköterskorna hade en varierande nivå av acceptans för patienternas annorlunda beteende och seder. En del upplevde dock inte detta som något problem, eftersom de valde att ignorera patientens önskemål. Generellt efterfrågades mer utbildning i transkulturell omvårdnad. Denna utbildning kunde bestå av erfarenheter blandat med teoretiska fakta. Vi har kartlagt de vanligaste problemen som en sjuksköterska kan stöta på samt beskrivit en del exempel på hur dessa kan lösas. Ett område som skulle kunna utforskas vidare är hur närstående ser på patientens situation under sjukhusvistelsen. En sådan undersökning kanske kan leda till resultat som underlättar mötet med patient och närstående från en främmande kultur. Vår förhoppning är att sjuksköterskor ska bli bättre i bemötandet av patienter från alla kulturer. På så sätt hoppas vi att vår akademiska profession även blir ett föredöme när det gäller att uppfylla Hälso- och sjukvårdslagets krav på likvärdig vård till alla, så att alla patienter får en kulturkongruent omvårdnad.

Key words: Omvårdnad, kommunikation, kulturkongruent

Innehållsförteckning

BAKGRUND	4
Inledning	4
Invandring i Sverige	4
Kultur	4
Släktskap och sociala faktorer	5
Kulturella värderingar, övertygelser och livsstilar	5
Religiösa, andliga och filosofiska faktorer	5
Utbildningsfaktorer	6
Språk och kommunikations faktorer	6
Invandrarens möte med sjukvården	6
Synen på hälsa och sjukdom	6
Kulturmötet	6
Omvårdnadsprocessen	7
Annorlunda beteende	8
Religion och livsåskådning	8
Sociala faktorer och familjens betydelse	8
Kommunikation	9
SYFTE	10
METOD	10
RESULTAT	11
Kulturmötet	11
Kulturella värderingar och livsstilar	12
Annorlunda beteende	12
Könsroller	12
Traditionell hälsovård	12
Släktband och sociala faktorer	13
Kommunikation	13
Utbildning	15
Patienternas utbildningsnivå	15
Sjuksköterskornas utbildning i transkulturell omvårdnad	15
Livsåskådning och religion	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	18
Attityder och fördomar	18
Hantering av önskemål om speciell mat	19
Andliga faktorer och traditioner	19
Könsroller	20
Synen på vården	20
Kontakten med närstående	20
Kommunikation	21
Utbildning	22
Förslag till framtida forskning	23
Vunnen kunskap och förhoppningar inför framtiden	23
REFERENSER	24
BILAGOR	
Bilaga 1: Artikelpresentation	
Bilaga 2: Leiningers soluppgångsmodell	

BAKGRUND

Inledning

Trots att det blir allt vanligare att vi inom svensk sjukvård vårdar patienter från främmande kulturer upplever vi att kunskapen om andra kulturer är för dålig bland sjuksköterskor. Många av invandrarna kommer från länder med kulturella seder som är främmande för svenska sjuksköterskor. Det är viktigt att all personal inom hälso- och sjukvård kan bemöta dessa människor på ett korrekt och värdigt sätt och ha förståelse för deras annorlunda seder. Vi ville undersöka vilka problem sjuksköterskan kan ställas inför och vilka möjligheter det finns att överbrygga dessa problem.

Invandring i Sverige

Sverige övergick efter andra världskriget från att vara ett utvandrarsland till att bli ett invandrarsland. Det var flyktingarna från Tyskland, de nordiska grannländerna och Baltikum som bidrog till förändringen. Många av dessa flyktingar återvände efter kriget till sina hemländer, men åtskilliga, däribland de flesta balter, blev kvar. I mitten av 80-talet började asylsökande från Iran, Irak, Libanon, Syrien, Turkiet och Eritrea att öka i antal i hela Västeuropa. Under slutet av årtiondet började också asylsökande från Somalia, Kosovo och flera av de forna öststaterna att söka asyl i Sverige. Under 2006 invandrade cirka 78700 personer till Sverige och av dessa var 24300 asylsökande, av vilka de flesta kom från Asien (1). Den ökade invandringen har lett till att Sverige har blivit ett mångkulturellt samhälle. För hälso- och sjukvårdspersonalen medför det en utmaning att kunna erbjuda god omvårdnad och behandling även till patienter med annan kulturell bakgrund (2).

Kultur

Enligt Ekblad m.fl. (3) är kultur en gemensam livsform av erfarenheter, värderingar, regler och idéer som finns i ett samhälle. Kultur är något vi lär oss och delar med andra. Det viktigaste är dock inte att finna en definition av begreppet kultur utan att använda det som ett perspektiv som kan anläggas på samspelet mellan människor. Människor i en kulturell gemenskap har många gånger likvärdiga uppfattningar om vad som är normalt och förväntat. Hansen (2) anser att vi alla är mer eller mindre resultatet av den kultur vi vuxit upp och lever i. Hon menar att kulturen fungerar som en referensram som överförs från en generation till en annan. Det är kulturen som bestämmer människans bild av sig själv och av världen, om vad som är rätt och orätt. Kulturen är avgörande för en människas språk och kommunikation, för hennes syn på tid, individualitet, grupp tillhörighet och auktoritet. Kulturen vi växer upp i påverkar till stor del våra föreställningar och värderingar. Dessa utgör i sin tur grunden för hur vi betar oss och uttrycker våra tankar och känslor. Eftersom vi tar våra egna normer som självklara blir vi inte medvetna om att alla inte tänker som vi förrän vi möter människor med andra seder och traditioner. Det är då viktigt att förstå att den personen också betraktar *sina* värderingar och normer som en självklarhet och att dessa är avgörande för hur en människa tänker kring hälsa och sjukdom. Om inte detta tas i beaktande, kan det uppstå etiska dilemman som inte alltid är så lätta att lösa.

Transkulturell omvårdnad

Världshälsoorganisationens (WHO) definition av hälsa lyder:

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (4)

Leininger (5) har en något mer utvecklad definition:

“Hälsa definieras som ett tillstånd av välbefinnande som är kulturspecifikt definierad, värderad och praktiserad, och som avspeglas i individers (eller grupper) förmåga att utföra sina dagliga rollaktiviteter i form av en livsstil som är kulturspecifikt formulerad, fördelaktig och organiserad”. (s. 78)

Enligt Leininger (5) är omvårdnad

“en inlärdd humanistisk och naturvetenskaplig profession och disciplin som fokuserar på mänskliga omsorgsfenomen och aktiviteter i syfte att hjälpa, stödja, befrämja eller förstärka individers eller grupper förmåga att bevara eller återvinna välbefinnande (eller hälsa) på ett kulturellt meningsfullt och gynnsamt sätt, eller att hjälpa människor att bemästra handikapp eller döendet.” (s. 80)

Ett annat begrepp hon använder sig av är kulturellrelaterad omsorg som har innebörden att inlärda och överförda värderingar, övertygelser och livsmönster som hjälper, stödjer, främjar eller förstärker personens eller gruppens förmåga att bevara hälsa och välbefinnande samt bemästra sjukdom och död. Syftet med Leiningers teori om kulturellrelaterad omsorg är att ge ökad kunskap och utveckling av omvårdnaden för patienter med annan kulturell bakgrund. Målet är att omvårdnaden skall vara kulturkongruent. De centrala begreppen i hennes teori som även ligger till grund för soluppgångsmodellen (bilaga 2) är: verklighetsuppfattning, religion, släktband, kulturellt betingade värderingar, ekonomi, teknologi, språk, etno-historia och miljö. Leininger anser att transkulturell omvårdnad är en jämförande omsorgsutövning. Förutsättningen för detta är att personalen införskaffar sig kunskaper om olika kulturers specifika uppfattningar (5).

Släktskap och sociala faktorer

I denna kategori vill Leininger att sjuksköterskan tar reda på närståendes och vänners betydelse för patienten, hur deras omsorg ser ut och hur patienten vill att sjuksköterskans omsorg skall vara (6, 7).

Kulturella värderingar, övertygelser och livsstilar

Här behöver sjuksköterskan veta patientens kulturella värderingar, dennes övertygelser och hur patientens livssituation ser ut. Vad är viktigt för patienten för att hon/han skall må så bra som möjligt (6, 7)?

Religiösa, andliga och filosofiska faktorer

Sjuksköterskan bör ta reda på om det finns behov av religiös eller filosofisk karaktär och hur detta ser ut. Hon/han behöver även veta om patienten tror att

dennes religion kan vara till hjälp att komma igenom en kris eller till att acceptera förestående död (6, 7).

Utbildningsfaktorer

Här efterfrågas det om patientens utbildning har någon betydelse för att hon/han mår dåligt eller om den kan hjälpa till vid tillfrisknandet. Patientens läs- och skrivkunnighet påverkar när sjuksköterskan ska informera och undervisa. Det är därför viktigt att hon/han tar reda på vilken nivå patienten befinner sig på, så att det skapas förutsättningar för patientens lärande (6, 7).

Språk och kommunikations faktorer

Sjuksköterskan måste ta reda på om det finns språkliga barriärer och om det behövs hjälp av en utomstående person som tolk när samtal skall ske. Hon/han måste ta reda på vilket/vilka språk patienten kan föra ett samtal på och hur hon/han ska hantera patientens språkliga förmåga (6, 7).

Invandrarens möte med sjukvården

Synen på hälsa och sjukdom

Människor från olika kulturer uppfattar hälsa och sjukdom, liv och död på olika sätt. Olika individer kan uppleva och uttrycka sina sjukdomssymtom på olika sätt. Detta kan bero på både personliga erfarenheter och på kulturellt betingade tankar om sjukdom och behandling. Att betrakta sjukdomars uppkomst och botemedel på olika sätt kan skapa problem i kontakten mellan patient och sjuksköterska. Metoder och teknologi enligt västerländsk modell kan verka främmande och skrämmande för en patient med annan kulturell bakgrund. Det är därför viktigt att västerländsk hälso- och sjukvårdspersonal är medveten om att på en del håll i världen anses det att sjukdomar kan uppkomma genom till exempel att vara i obalans med naturen, obalans mellan Yin och Yang eller att det är Guds straff. Det kan även vara någon som har utövat trolldom som orsakar sjukdom (2).

Sjukdomssymtom uppfattas och uttrycks väldigt varierande mellan olika kulturer. Skandinaver har ofta lärt sig att vara återhållsamma med att visa känsloutryck till exempel när det gäller smärta, medan det i andra delar av världen är kulturellt accepterat att visa sig mer uttrycksfull. Om en patient vill att vårdpersonalen ska ta hennes/hans smärta på allvar bör hon/han varken överdriva eller underskatta sin smärta. Den som beklagar sig mer än vad vi skandinaver tycker är passande, riskerar att inte bli trodd, och som sjuksköterska är det lätt att uppfatta patienter som besvärliga om de inte har vår inställning till västerländska behandlingsmetoder. Invandrapatienter riskerar ofta att råka ut för detta, eftersom de har andra normer för vad som är passande (2).

Kulturmötet

Hälso- och sjukvårdspersonal tycker ibland det är svårt att bedöma, förstå och vårda patienter från andra kulturer. Om personalens föreställningar om hälsa, sjukdom och behandling skiljer sig väsentligt från patientens, kan

sjukhusvistelsen bli påfrestande. Sjukhusmiljön kommer då att representera en ny och okänd subkultur och kan eventuellt framkalla ännu en kulturchock, som kan förändra patientens normala sätt att vara och bete sig. Det är därför inte konstigt att patienten reagerar på ett för oss onormalt sätt. I många kulturer ställer medicinmännen diagnos på ett sätt som är ovanligt i västvärlden. Den ställs för det mesta väldigt snabbt och baserar sig på de direkta symtomen. Diagnosen följs sedan ofta upp av en omedelbar behandlingsstrategi. Det västerländska förhållningssättet, att avvakta med slutgiltig diagnos, kan därför lätt uppfattas som tecken på osäkerhet. Patienten ifrågasätter varför det behövs så många undersökningar och provtagningar innan behandlingen påbörjas. Vårt sätt att dessutom låta patienten vara med och bestämma vilken behandling som är lämplig kan uppfattas som att personalen är inkompetent och inte vet vad de ska göra (2).

Omvårdnadsprocessen

Som sjuksköterska är det omöjligt att känna till alla aspekter på alla kulturer. Det finns emellertid metoder som kan förbättra samarbetet mellan sjuksköterskan och patienter från främmande kulturer. En sådan metod är att göra en *kulturell datainsamling*, det vill säga en systematisk genomgång av patientens föreställningar och tankar kring sjukdomen. En kulturell datainsamling utförs i tre faser där sjuksköterskan i den första kan ta upp generella frågor om etnicitet, religion, och vem som är beslutsfattare i patientens närmiljö. I den andra fasen tar hon/han reda på varför patienten har sökt vård och vilka förväntningar denne har. Denna fas riktar mer in sig på upplysningar som är specifika för det aktuella hälsoproblemet, vem som har hjälpt patienten under sjukdomstiden, vem som bestämmer och vilka regler som gäller för umgänge mellan könen. Det är till exempel inte säkert att det är acceptabelt att en manlig sjuksköterska vårdar en kvinnlig patient. Den tredje fasen syftar till att lära sig vilka kulturella faktorer som kan inverka på behandlingen. Den kulturella datainsamlingen är en kontinuerlig process och inget som avslutas efter respektive stadium (2).

En annan metod är att *vara patientens talesman*. För att kunna vara detta måste sjuksköterskan acceptera och respektera patientens inställning till hälsa och sjukdom. Hon/han måste värna om patientens värdighet, privatliv och val. Om patientens uppfattning och förväntningar kolliderar med sjuksköterskans betyder det inte att hon/han måste dela patientens åsikter, men hon/han måste försöka finna lösningar på de situationer där uppfattningar och förväntningar kolliderar (2).

När det är nödvändigt att patienten ändrar sitt hälsobeteende eller lär sig nya färdigheter som bryter mot hennes/hans traditionella syn på hälsa och sjukdom kan sjuksköterskan utnyttja *kulturella förhandlingar* eller *kulturella förlikningar*. Det är då viktigt att hon/han tidigare har gjort en kulturell datainsamling för att kunna anpassa förhandlingen till patientens kunskapsnivå. Att förhandla eller förlika blir oftast sjuksköterskans uppgift eftersom det är hon/han som träffar patienten mest (2).

Annorlunda beteende

Även utanför sjukvården är det mycket som skiljer olika invandrares beteende och synsätt från vårt svenska. Det finns stora variationer när det gäller fysisk kontakt, personligt utrymme och samtalsavstånd. I vissa kulturer är det inte tillåtet att röra vissa kroppsdelar hos det motsatta könet även om det är en undersökning. I många asiatiska kulturer är det tabu att röra personens huvud för att anden bor där. Vid en huvudskada är det därför viktigt att den som undersöker förklarar vad hon/han gör (8). En naken kropp kopplas i många kulturer samman med sexualitet. Detta kan leda till problem till exempel vid en läkarundersökning, där doktorn vill att patienten klär av sig. I vissa kulturer levs känslorna ut öppet medan det i andra är tabu att visa dem. Detta kan leda till att en person från den sistnämnda kulturen misstror den som ger uttryck för sina obehagskänslor (3). Tid är ett varierande begrepp. En del mäter sin tid i dag och natt eller viktiga måltider under dagen. Begreppen ”tid” och ”punktlighet” är kulturellt beroende precis som begreppet ”att vänta”. För en person från en annan kultur kan det vara mindre viktigt att komma i tid till ett läkarbesök än att sköta ett familjeärende (8).

Religion och livsåskådning

Människors uppfattning om sjukdom har i alla tider påverkats av religion och livsåskådning. Orsaken till sjukdomar kan vara brott mot taburegler eller rituella lagar. Behandlingen består därför i att be, göra bot, allmosor och pilgrimsfärder. Många hämtar styrka i sin religiösa tro, men ifrågasätter den även på grund av sjukdom och lidande. Omvårdnad präglas av en helhetssyn och det är orsaken till att den andliga dimensionen bör tillskrivas samma värde som den fysiska, psykiska och sociala. Vissa omvårdnadshandlingar är samma oavsett vilken religion patienten tillhör, medan vissa är speciellt knutna till en religion. Det kan ställa till problem för sjuksköterskan om de strider mot hennes/hans egen tro och övertygelse. Hon/han måste dock kartlägga trons referensramar och bedöma om de är en resurs eller hinder för patientens utveckling. Viktigt att ta reda på i ett tidigt stadium är om religionen påbjuder något speciellt, som till exempel att vissa födoämnen är förbjudna eller om patienten måste vårdas av person med samma kön (9). Det är viktigt att respektera högtider som är speciella för en viss kultur. Om det inte är absolut nödvändigt bör inte läkarbesök, undersökningar, operationer och dylikt planeras in under högtiden (8).

Sociala faktorer och familjens betydelse

Henderson förespråkade tidigt betydelsen av närståendes delaktighet i omvårdnaden. Hon ansåg att närstående bör vara engagerade för att patientens behov skall vara tillgodosedda (10). Leininger anser att sjuksköterskan måste sätta sig in i varje enskild patients förhållande till släkt och vänner och hur de kan göras delaktiga i omvårdnaden (7). Inom vissa kulturer är det närståendes sak att bära bördan och vara de som beslutar om behandlingsmetoder. Det är också närstående som beslutar huruvida patienten ska informeras fullt ut om sin sjukdom, behandlingsmetoder och prognos (8).

Kommunikation

Hälso- och sjukvårdslagen (11) förespråkar vård på lika villkor för hela befolkningen och med respekt för alla människors lika värde. Den ska också främja goda kontakter mellan personal och patient, vilket kan vara svårt när patient och vårdpersonal inte har samma kulturella bakgrund och inte talar samma språk. Lagen säger ingenting om när professionell tolk måste användas. Detta regleras istället i förvaltningslagen (1986:223 § 8). Lagen säger endast att tolk *bör* användas om någon inom en myndighet har kontakt med en person som inte behärskar svenska (12).

Travelbee anser att kommunikation är en ömsesidig process där det ges uttryck för känslor och tankar. Kommunikationen kan ske via ord, tonfall, mimik, gester och beröring med syfte att lära känna patienten och att kunna ge en heltäckande omvårdnad, det vill säga hjälpa patienten att kunna hantera sjukdom, lidande och ensamhet. Sjuksköterskan måste kunna förstå det patienten uttrycker verbalt och ickeverbalt annars går det inte att genomföra omvårdnadsåtgärder. Om sjuksköterska och patient inte kan kommunicera med varandra kan detta resultera i ångest och isolering (10, 13).

Om en person inte behärskar ett språk tillräckligt uppstår brister i kommunikationen. När en dialog förs på ett språk som för båda samtalande parter är främmande, till exempel engelska, uppstår lätt missförstånd mellan parterna. Om samtalet sker via tolk måste parterna beakta att det kan uppstå felaktiga översättningar som oftast beror på att tolken och patienten har olika utbildningsnivåer. Det är inte ovanligt att patienten är analfabet medan tolken är välutbildad. Ytterligare faktorer som påverkar kommunikationen är om det finns inbördes stridigheter i landet som patienten och tolken kommer ifrån. Detta kan då medverka till att patienten inte litar på tolken (14). Om tolken är av annat kön än patienten finns risk för att vissa detaljer utelämnas i tolksituationen (13). Hur rösten används är olika beroende på kulturella variationer. Tonen avspeglar känslor medan volymen förknippas med kultur. Volymen betecknas i Skandinavien som ohövlig och aggressiv om den är hög (2).

Viktigast när det gäller *ickeverbal* kommunikation är ansiktsuttryck. Det förmedlar känslor. Ögonkontakten är en annan viktig aspekt. Inom vissa kulturer undviks, av hövlighet, ögonkontakt med personer som har högre status. Istället riktas blicken mot den andres hals under samtalet. Gester och huvudrörelser kan ha olika betydelse. Om en svensk skakar på huvudet betyder det som regel nej, medan det kan betyda ja i flera andra länder. Många gester betyder samma sak överallt, som till exempel att vända tummen nedåt, medan andra har helt olika betydelser i olika kulturer. Ett exempel på detta är hur en person i Sverige kliar sig i huvudet när hon/han är förvirrad, medan det i Japan betyder att individen är arg (2). En person måste vara väl insatt i en kultur för att kunna förstå ickeverbal kommunikation. Om ickeverbal kommunikation tolkas fel kan det leda till missförstånd (14).

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa vilka problem som kan uppstå när patienten har en annan kulturell bakgrund än sjuksköterskan, samt att beskriva vilka möjligheter som finns för att lösa dessa problem så att omvårdnaden kan bli bättre ur ett kulturkongruent perspektiv.

METOD

Detta fördjupningsarbete i omvårdnad är en litteraturstudie baserad på tio vetenskapligt granskade artiklar. Artikelsökning skedde dels i databasen Cinahl, dels genom manuell sökning på referenser i artiklar och C-uppsatser. Vi sökte även direkt i olika tidskrifter. En artikel (17) fick vi i handen av en kollega som kände till vårt ämnesområde. I Cinahl begränsade vi oss till engelskspråkiga artiklar, dokument type; *research*, samt journal subset; *peer-reviewed*. För att hitta relevanta artiklar läste vi först titeln på artiklarna i våra sökresultat, därefter lästes artiklarnas abstract och i vissa fall hela artikeln. Vi började med att i Cinahl söka på *Multicultural nursing or transcultural nursing* vilket gav oss 804 träffar. Vi valde då att begränsa sökningen enligt nedan.

- Sökorden *Patient education and ethnic and multicultural nursing or transcultural nursing* gav åtta träffar varav vi skrev ut fyra artiklar och använde två (15, 16).
- Sökorden *emigration and immigration or ethnic groups or cultural diversity and nursing care or patient education or patient compliance* gav 13 träffar. Två artiklar skrevs ut, en som inte fanns i nätupplaga beställdes på Universitetsbiblioteket. Alla tre artiklarna användes (18-20)
- Sökning i Journal of Advanced Nursing på referenser i en C-uppsats gav oss artikel 21. Vi använde där även sökorden *transcultural nursing* vilket gav 65 träffar. Vid tillägg av sökordet *patient education* fick vi 47 träffar. Två av dessa artiklar skrevs ut, men användes ej.
- Sökning i Journal of Transcultural Nursing med sökorden *transcultural nursing, patient education, patient compliance* gav 482 träffar. När sökorden *Transcultural nursing* valdes i Title och de två övriga i title/abstract/text gavs 190 träffar. Tio artiklar skrevs ut varav ingen användes.
- Manuell sökning i Elsevier Science på en referens i en C-uppsats gav oss artikel 23.
- Manuell sökning i International Journal of Nursing studies på en referens i en C-uppsats gav oss artikel 24.
- Manuell sökning i NT Research på referens i en C-uppsats gav oss artikel 22. Denna artikel fanns ej i nätupplaga och beställdes därför på sjukhusbiblioteket.

Bägge författarna läste samtliga artiklar och granskade dem med utgångspunkt från Leiningers teori (5). Efter en första genomläsning sorterades några artiklar bort, eftersom de inte svarade mot syftet. Efter ytterligare en genomläsning var författarna överrens om vilka artiklar som skulle ingå i litteraturstudien. De utvalda artiklarna lästes då ytterligare en gång och sammanfattades utifrån rubrikerna som presenteras i artikelöversikten (bilaga 1).

Vid läsning av artiklarna framkom i huvudsak sex kategorier vilka var: *kulturmötet, kulturella värderingar och livsstilar, släktband och sociala faktorer, kommunikation, utbildning* samt *livsåskådning och religion*. Artiklarna analyserades på nytt utifrån dessa kategorier.

Resultatet presenteras med ovanstående kategorier som huvudrubriker och ett antal underrubriker, vilka är: *Annorlunda beteende, Könroller, Traditionell hälsovård, Patienternas utbildningsnivå* samt *Sjuksköterskornas utbildning i transkulturell omvårdnad*.

RESULTAT

Kulturmötet

Flera av artiklarna (15-20) tog upp olika nivåer av acceptans för den främmande kulturen. Cortis (18) beskrev att sjuksköterskorna upplevde att det fanns allt från ingen rasism alls till att det existerade i varje nivå av sjukvården. Några menade att eftersom rasism fanns i samhället så måste det naturligtvis finnas i sjukvården.

Några sjuksköterskor ignorerade kulturella olikheter hos patienterna och tyckte att kultur var obekvämt eller rent av ett problem. De förväntade sig att alla skulle integreras och anpassa sig till det samhälle de levde i (20). Andra ansåg inte att kultur påverkade vården och orsaken till detta verkade vara att de använde västerländska värderingar när de utförde vård, vilket ofta togs för givet och var accepterat som en norm (18). En del sjuksköterskor brydde sig inte om att ta till sig information om patientens kultur, de var helt ovilliga att integrera denna i vården och var inte intresserade av att lära sig något om andra kulturers sätt att leva (17, 19, 20).

Även om inte alla var uppenbart rasistiska upptäckte Cortis (18, 19) att sjuksköterskorna hade en del fördomar. De ansåg till exempel att pakistanier har en lägre smärtröskel och gillade att ligga kvar i sängen för att på så sätt visa att de var sjuka. Sjuksköterskorna tycktes också tro att alla i Pakistan fortfarande lever i storfamiljer och att samhället inte har förändrats på 30 år. Cortis (19) fann också att patienterna tyckte att sjuksköterskorna hade en negativ attityd, att de var okänsliga till deras behov och hade en etnocentrisk syn. Detta visade sig främst när patienterna inte kunde språket ordentligt.

Lundberg m.fl. (16) fann att en del sjuksköterskestudenter var medvetna om att alla skulle ha rätt till samma vård oavsett vilken kulturell bakgrund patienten hade och för att kunna utföra transkulturell omvårdnad måste studenterna

känna igen sina egna värderingar och vara öppna för kulturella olikheter. En sjuksköterska som hade bott utomlands hade upptäckt hur viktigt det var med egna kulturella traditioner, såsom till exempel jul och midsommar. Det upplevdes vara en del av en persons identitet (15).

Kulturella värderingar och livsstilar

Annorlunda beteende

Samtliga artiklar (15-24) tog upp frågan om att patienter från en annan kultur hade ett beteende som var främmande eller ovant för sjuksköterskan. I flera av artiklarna (15-17, 20-22) nämnde författarna att maten orsakade stora problem för patienter från främmande kulturer. De åt dåligt och ville helst ha mat hemifrån. Sjuksköterskorna hade ofta dålig förståelse för detta eftersom de uppfattade att det inverkar på vården. Smärta och oro uttrycktes på olika sätt och detta tolkades av sjuksköterskorna som att patienter från Sydeuropa, Asien eller Afrika har lägre smärtröskel och vill ha mer uppmärksamhet än patienter från Europa (16, 18, 23).

Ekblad m.fl. (15) och Murphy och Macleod Clark (21) fann att det var svårt för sjuksköterskorna att förstå att patient och närstående uppträdde annorlunda i sorg och kriser. Sjuksköterskorna förstod inte varför närstående kunde besöka en patient och bara sitta där utan att prata eller muntra upp henne/honom.

Murphy och Macleod Clark (21) beskrev att sjuksköterskorna nämnde olika exempel på hur de löste problem som uppstod när patienten hade ett annorlunda beteende. Det hjälpte att diskutera kolleger emellan och utbyta erfarenheter.

Könsroller

Det visade sig vara viktigt för patienterna att sjuksköterskorna tog hänsyn till deras kön. Kvinnor ville bli skötta av kvinnor och män ville bli skötta av män (16, 18, 19, 23). Det hände även att patienter eller närstående krävde att det skulle vara en läkare av samma kön som vårdade patienten (23). Vissa patienter visade även mindre respekt och bristande samarbetsvilja för kvinnliga sjuksköterskor eftersom kvinnor i deras kultur hade en underlägsen ställning (21, 23).

En sjuksköterskestudent, som Lundberg m.fl. (16) intervjuade, beskrev hur en manlig vårdare körde ut en muslimsk kvinna till dagrummet, utan att täcka hennes huvud. Detta gjorde kvinnan väldigt upprörd eftersom det fanns män i dagrummet och en muslimsk kvinna visar sig inte för främmande män utan att täcka huvudet.

Traditionell hälsovård

Vissa kulturer hade traditioner, seder och behandlingar, som var främmande för sjuksköterskan som skulle bedriva omvårdnad. Ett exempel på detta var att smörja in den sjuke eller det nyfödda barnet med oljor, vilket var ett sätt att distrahera den sjuke och att vara nära henne/honom (17, 19, 20). En del kulturer hade svårt att förlika sig med den västerländska vården och det hände

att patienter sökte vård på fel nivå, till exempel en akutmottagning istället för en vårdcentral (23). Patientens önskan att använda naturläkemedel kunde resultera i konflikt med vetenskap och beprövad erfarenhet (20, 23).

Ibland kunde patienterna neka behandling, vilket var ett oväntat beteende för sjuksköterskorna. Närstående trodde ibland också att patienten klarade mer än hon/han faktiskt gjorde (21, 23). Trots detta var det svårt för sjuksköterskan att få patienten att bedriva egenvård, eftersom denne hade uppfattningen att om en person är sjuk ska hon/han ligga i sängen och inte göra någonting (18, 21). Sjuksköterskorna upplevde ibland en bristande respekt för sin kompetens när patienten eller närstående inte brydde sig om de rutiner som de informerats om, och endast litade på läkaren och krävde dennes närvaro (23).

Släktband och sociala faktorer

Många patienter av annan kulturell bakgrund hade ett stort antal besökare hos sig och detta skapade problem för sjuksköterskorna (15, 16, 18, 20-23). Problemen som togs upp var att andra patienter blev störda, att närstående var högljudda och att telefonerna blockerades med samtal från närstående och vänner (16, 18, 21, 23). Ekblad m.fl. (15) visade att det var önskvärt att begränsa kontakten med närstående till en eller två personer. Detta bekräftades av Kirkham (20), där sjuksköterskorna ville att den som bäst behärskade språket skulle vara kontaktperson.

Sjuksköterskorna försökte hitta lösningar genom att om patienten mätte tillräckligt bra hänvisades hon/han med sina besökare till dagrummet (18). På vissa enheter fanns det inte något rum där patienter och besökare kunde vistas, vilket ansågs som ett organisatoriskt bekymmer (23). Det var svårt att ge omvårdnad till patienten när det var många besökare på plats (21, 22). Dock ansåg några av sjuksköterskorna att relationen med närstående var bra och att det var värdefullt med deras närvaro stora delar av dagen. De sågs som en resurs för att få fram information om patienten (18, 21, 22).

En del närstående ville vara delaktiga i omvårdnaden av patienten. De ville assistera patienten med den personliga hygien och se till att patienten fick enskildhet (18, 20). Ekblad m.fl. (15) fann att sjuksköterskorna uppfattade närstående till invandrade patienter som mer aktiva i omvårdnaden.

Lundberg m.fl. (16) och Ozolins och Hjelm (23) beskrev hur hot och konflikter med närstående förekom. Orsaken till dessa konflikter var bland annat olika åsikter om vad som var bäst för patienten. Lundberg m.fl. (16) kom dock fram till att tidigare erfarenheter av att vårda patienter från en annan kultur minskade risken för att hamna i en konflikt. Kirkham (20) betonade att om närstående behandlades med respekt kunde sjuksköterskorna bygga upp ett förtroende, vilket var av största vikt.

Kommunikation

Lundberg m.fl. (16), Cortis (18) och Murphy och Macleod Clark (21) fann att kommunikation var den största utmaningen i mötet mellan patienten och

sjuksköterskan. Standarden på omvårdnaden påverkades av att sjuksköterskorna inte hade förmågan att stödja patienterna, vilket resulterade i att individuell omvårdnad inte kunde ges. När de på grund av språksvårigheter inte förmådde förklara vad de skulle göra med patienten blev denne otrygg och det kunde då leda till missförstånd och oro (15, 16, 21, 22, 24). Ozolins och Hjelm (23) kom fram till att sjuksköterskorna, på grund av språksvårigheter, kunde misstolka situationer och tro att patienten simulerade sjukdom. Det var även svårt att avgöra om tystnad från patienten berodde på språkförbistring eller sänkt medvetande.

Bristen på tolkresurser och kostnadsfrågan återkom i flera av artiklarna (16, 18, 21, 22, 24) som orsak till att professionella tolkar inte anlätades. Cortis (18) upptäckte att hälso- och sjukvårdspersonalen inte alltid visste hur de skulle få tag i en tolk. Ibland hade sjuksköterskan råkat ut för att den tolk som beställts i förväg uteblev. Det var dessutom svårt att få tag i professionell tolk för minoriteter på kvällar, nätter och helger (24). En av sjuksköterskorna inom hemsjukvården, trodde att det var patienten som skulle ordna så att en tolk fanns närvarande vid besöket. Om det inte fanns någon tolk så var det patientens problem, inte sjuksköterskans (17). Svårigheter som uppstod när sjuksköterskorna använde professionell tolk var att patienten ibland ansåg att tolken hade en olämplig bakgrund (23). Detta berodde då oftast på interna stridigheter inom ett land (23) eller att tolken hade bristande kunskaper i omsorg och social välfärd (16). Sjuksköterskorna beskrev att det kunde infinna sig en känsla av att tolken röjde konfidentiella uppgifter och lämnade dessa vidare till myndigheterna (24). Cortis (18) fann att sjuksköterskorna hade dålig insikt i att patienten kunde kränkas när en tredje part deltog i samtalet. Sjuksköterskorna i Cioffis (24) undersökning ansåg att telefontolkning var pinsamt på grund av att avdelningen inte hade tillgång till en bärbar telefon. Trots detta användes denna metod som en utväg.

I tre av artiklarna (15, 16, 23) beskrev författarna hur användandet av närstående som tolk kunde vara svårt. Flera sjuksköterskor upplevde att närstående utelämnade och filtrerade informationen till och från patienten. Ibland svarade de själva utan att översätta frågan. Boi (22) fann att sjuksköterskorna inte ansåg att det behövdes en professionell tolk när det fanns närstående som kunde översätta. De sågs som en länk mellan patienten och sjuksköterskan och vården upplevdes då säkrare. Sjuksköterskorna i Cortis (18) studie förväntade sig att närstående skulle ställa upp som tolk. På ett av sjukhusen användes dessa medvetet som tolkar trots att det enligt sjukhusets policy inte var rekommenderat (24).

Några artiklar (15, 16, 22, 24) tog upp tillgång till flerspråkig personal som en resurs för den ansvariga sjuksköterskan att använda i relationen med patienten. Genom att utnyttja den flerspråkiga personalen löstes delar av de kommunikativa problem som fanns. Nackdelen med detta var dock att behandling ibland kunde fördröjas eftersom sådan personal inte alltid fanns tillgänglig (24). Missförstånd kunde uppstå mellan patient och sjuksköterska trots att de talade samma språk, på grund av att de kunde ha olika dialekter (15, 24). Cortis (19) fann att patienterna ansåg att sjuksköterskorna var ovilliga till att engagera sig i en meningsfull dialog med dem. De ifrågasatte hur

sjuksköterskan kunde veta hur de mådde när de inte hade någon dialog med varandra. De upplevde också att det var obekvämt att samtala med sjuksköterskan när språkliga barriärer fanns och då i kombination med negativa attityder. Cioffi (24) upptäckte att en del sjuksköterskor hade lärt sig några av de mest användbara orden och fraserna på patientens språk, för att underlätta dialogen.

Ickeverbalt kommunikation nämndes i flera av artiklarna (16, 20-24) och detta var ibland enda sättet att kommunicera på. Kirkham (20) visade att ickeverbalt kommunikation ansågs överbrygga svårigheter. Sjuksköterskan upprättade kontakt genom att se vänlig ut och skapa ögonkontakt. Studenterna i Lundbergs m.fl. (16) studie påtalade att kroppsspråket är olika i olika kulturer och därför uppstod ibland missförstånd mellan sjuksköterska och patient.

Utbildning

Patienternas utbildningsnivå

De Cicco-Bloom och Cohen (17) beskrev ett hembesök där sjuksköterskan undervisade på engelska, trots att hon insåg att patienten inte kunde språket. Ozolins och Hjelm (23) nämnde att sjuksköterskorna ibland använde sig av nedskrivna ord på patientens språk, men att det var oklart om patienterna kunde läsa. När flerspråkig personal användes gick det lättare att få en inblick i vilken utbildningsnivå patienten hade (24).

Sjuksköterskornas utbildning i transkulturell omvårdnad

Flera artiklar (15-18, 20-22) tog upp hur sjuksköterskorna såg på den utbildning de hade fått i transkulturell omvårdnad. De ansåg inte att utbildningen hade förberett dem på att kunna vårda patienter av annan kulturell bakgrund än den egna. Sjuksköterskorna saknade utbildning i att förstå skillnader inom olika kulturer, speciella ritualer, familjemönster, vardagligt liv och traditioner (15, 16, 22). Bristen på kulturell medvetenhet blev ännu större på grund av språkliga barriärer (22). Ekblad m.fl. (15) visade att hospicepersonalen ville veta mer om olika kulturer vid vård i livets slut. Sjuksköterskorna i Kirkhams (20) studie föreslog att erfarenheter blandat med teoretiska fakta om kulturella värderingar skulle få utbildningen i kulturell omvårdnad att bli mer effektiv.

Livsåskådning och religion

Många sjuksköterskor såg det som en utmaning att ge patienter möjlighet att utöva sin religion och andlighet. De tyckte att det var svårt att skapa förutsättningar på grund av att de många gånger saknade kunskap om hur patienten ville ha det. De hade inte heller tillräckliga kunskaper om andra religioner än kristendomen. Ett annat problem var att det var svårt att skapa avskildhet för patienten, för att till exempel kunna be (18, 19).

En del sjuksköterskor involverade inte religion över huvud taget i bedömningsprocessen och tyckte inte att behovet av andlighet var prioriterat (18, 19). Di Cicco-Bloom och Cohen (17) och Kirkham (20) fann att

sjuksköterskorna ignorerade patienternas behov av andlighet trots att de fick information om varför patienten ville ha det så.

En av sjuksköterskorna, som Ekblad m.fl. (15) intervjuade, ansåg att en patient föds in i en religion och kan vara djupt troende eller inte tro alls, men att sjuksköterskorna ofta hade förutfattade meningar. Det verkade som om ju närmare döden patienten kom, ju viktigare blev religionen. Boi (22) fann att sjuksköterskorna tyckte att det var viktigt att lära sig mer om de religioner och kulturer som är vanligast förekommande, för att kunna omvandla kunskap till praktiskt användande. En del sjuksköterskor använde närstående som en resurs när de hade frågor rörande religionen.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vid sökning efter artiklar var intentionen att i första hand hitta sådana som belyste förhållanden där patienten var från ett annat land än det hon/han vårdades i. Det fanns dock även exempel på när sjuksköterskan var den som inte tillhörde den inhemska kulturen. Då detta inte ingick i syftet har vi valt att inte redovisa detta i resultatet. Önskemålet var också att hitta artiklar som belyste ämnesvalet utifrån svenska förhållanden, men materialet blev inte tillräckligt stort. Artiklarna som användes är skrivna i Sverige, England, USA, Australien och Canada. Möjligen kan resultatet ha påverkats av att inte alla artiklar kom från samma land, eftersom möjligheter och svårigheter är olika i olika länder. I Australien till exempel, verkar det vara helt omöjligt att få tag i en tolk på jourtid, vilket troligtvis gör att sjuksköterskorna där inte har någon större rutin på att beställa tolk. De utnyttjar kanske därför i högre grad närstående som tolkar än vad svenska sjuksköterskor gör. I de svenska artiklarna upplevdes könsrelaterade problem som större än i artiklar från andra länder. Kvinnliga sjuksköterskor upplevde att de fick mindre respekt från både patienter och närstående än manliga kollegor.

Vid läsning av artiklarna framkom i huvudsak sex kategorier vilka var: *kulturmötet, kulturella värderingar och livsstilar, släktband och sociala faktorer, kommunikation, utbildning samt livsåskådning och religion*. Analysen av artiklarna, utifrån dessa kategorier, gjorde att det var lätt att få en samlad bild över vilka möjligheter och svårigheter sjuksköterskorna stötte på i omvårdnaden av patienter från främmande kulturer. Resultatet redovisas i dessa kategorier. I resultatdiskussionen har inte samma uppdelning gjorts, eftersom de situationer som beskrevs ibland kunde placeras in i flera av kategorierna. Vi har därför valt andra rubriker i diskussionen.

Samtliga artiklar var kvalitativa och grundade sig på olika former av intervjuer, med undantag av Ozolins och Hjelm (23) artikel. I denna studie fick sjuksköterskorna skriva ner sina upplevelser som de hade haft i samband med vård av kulturellt olika. Endast en artikel (19) grundade sig på intervjuer med patienter. De flesta av begreppen som ingår i Leiningers soluppgångsmodell (bilaga 2) kunde hittas i artiklarna, dock saknades begreppen *teknologiska faktorer* och *politiska och juridiska faktorer*. Dessa har därför utelämnats i

resultatet. Leininger nämner i sin teori inte så mycket om sjuksköterskornas utbildning, utan lägger tonvikten på patienten (6, 7). Trots att det var svårt att hitta något om patienternas utbildningsnivå i artiklarna, har *utbildning* redovisats som en egen rubrik, eftersom sjuksköterskornas brist på utbildning i transkulturell omvårdnad återkommande nämndes.

Samtliga artikelförfattare utom Ekblad m.fl. (15) har valt att inleda sina resultat med att tala om att det framkom ett antal teman under intervjuerna. Ozolins och Hjelm (23) har dessutom redovisat sina teman i form av en tabell, där de också har redovisat hur många av de intervjuade som har svarat enligt respektive tema. Lundberg m.fl. (16) har i resultatet beskrivit tre olika nivåer av transkulturell erfarenhet hos studenterna. Diskussionen ägnas däremot i stort sett enbart åt hur mycket, eller snarare lite, utbildning i transkulturell omvårdnad som ges i sjuksköterskeutbildningen. Artikeln av Cioffi (24) handlar enbart om kommunikation och vilka problem som kan uppstå när patient och sjuksköterska inte talar samma språk.

I de studier (15, 19) där intervjuer gjordes i fokusgrupper kanske resultatet kan ifrågasättas, eftersom denna typ av grupp ofta har ett litet antal deltagare, som kanske inte är representativt. Resultatet kan därför bli svårt att applicera i större skala. Detta fenomen nämner Ekblad m.fl. (15) i sin metodbeskrivning. Cortis (19) påpekar också att det finns en fara med fokusgrupper, då det kan finnas personer i gruppen som helt dominerar intervjun, vilket gör att inte alla kommer till tals. Det är då viktigt att den som intervjuar styr upp detta. Artikeln av Boi (22) hade endast sju deltagare som intervjuades var för sig och författaren påpekar mycket riktigt att det inte går att dra några slutsatser av resultatet eftersom deltagarna var så få. Resultatet var lite magert och bestod mest av citat från de intervjuade, men visar ändå ungefär samma saker som framkommit i övriga artiklar.

De författare som vi upplevde som mest otydliga i sitt sätt att skriva var Cortis (18, 19) och Kirkham (20). I Cortis (19) metodbeskrivning förekommer det, enligt vår åsikt, för mycket diskussion. Detta gör att det tar lång tid att komma fram till vilken metod som egentligen användes. Kirkham (20) har ingen tydlig avgränsning och det var därför svårt att hitta syfte och metod. Det är också oklart var diskussionen egentligen börjar. Cortis (18) har flera referenser i diskussionen vilka inte har nämnts vare sig i bakgrunden eller i resultatet.

Endast Murphy och Macleod Clark (21) och Boi (22) har varit riktigt tydliga med hur urvalet till studien gjordes. Övriga författare har beskrivit hur många som deltog och var de sökte deltagarna, men det framkommer inte hur de valde ut de som skulle intervjuas.

Ingen av författarna redovisade något resultat som var direkt överraskande för oss. De beskrev sjuksköterskornas upplevelser och beteende ungefär som vi förväntat oss. De generaliseringar vi kan finna är de intervjuade sjuksköterskornas, inte artikelförfattarnas.

Vi har valt att arbeta med Leiningers (6, 7) teori som utgångspunkt när vi analyserade artiklarna. Detta kan eventuellt ha påverkat vårt resultat, i den

meningen att vi letade efter hennes kategorier i artiklarna. Vi tror dock att de har varit till stor hjälp vid analysen, eftersom hennes teori är så heltäckande när det gäller kulturkongruent omvårdnad.

Resultatdiskussion

I denna litteraturstudie framkommer det att sjuksköterskor stöter på en hel del problem i mötet med en patient från en främmande kultur. Utifrån kategorierna i Leiningers soluppgångsmodell (bilaga 2) går det att påvisa vilka problem som uppstår. I artiklarna har sjuksköterskorna eller artikelförfattarna föreslagit olika problemlösningar men oftast har tonvikten lagts på problemet, inte lösningen.

Attityder och fördomar

Olika grader av rasism och fördomar nämndes i flera artiklar (15-20). Cortis (18) beskrev att sjuksköterskorna upplevde att det fanns allt från ingen rasism alls till att det existerar i varje nivå av sjukvården. Patienternas upplevelse av rasism i Cortis' undersökning (19) är inte förvånande. Egna upplevelser är att patienter från andra kulturer ibland hävdar att sjuksköterskan är rasist om hon/han inte tillgodoser alla patientens önskemål, eller om patienten missförstås.

En del sjuksköterskor ignorerade kulturella olikheter hos patienterna och tyckte att kultur var obekvämt eller rent av ett problem. De förväntade sig att alla skulle integreras och anpassa sig till det samhälle de levde i (20). Cortis (18) fann att en del sjuksköterskor inte ansåg att kultur påverkade omvårdnaden och att orsaken till detta var att de hade västerländska värderingar. Det är förvånande att sjuksköterskorna uttrycker det så, eftersom det är självklart att omvårdnaden påverkas av kulturella värderingar. Om sjuksköterskan ignorerar patientens värderingar blir omvårdnaden naturligtvis lidande. Det talas ofta om att ha ett öppet sinne för främmande traditioner, men när det inkräktar på rutinerna blir det besvärligt och attityden blir att "man får ta seden dit man kommer". Traditioner är viktigt och en del av ens identitet, vilket också påpekades i artikeln av Ekblad m.fl. (15), där en sjuksköterska som arbetat utomlands påpekade hur viktigt det var för henne med till exempel jul och midsommar.

Bortsett från uppenbar rasism beskrevs en del fördomar, såsom att pakistanier har lägre smärtröskel och gillar att ligga kvar i sängen för att påvisa sjukdom. Sjuksköterskorna tycktes också tro att alla i Pakistan fortfarande lever i storfamiljer och att samhället inte har förändrats på 30 år (18, 19). Föreställningen att invandrare i allmänhet lever i storfamiljer kanske grundar sig i att det ofta är många besökare samtidigt hos patienten. Cortis (19) fann att patienterna tyckte att en del sjuksköterskor hade en negativ attityd när patienten inte kunde språket ordentligt och att de var okänsliga till patienternas behov och hade en etnocentrisk syn. Detta kan bero på att sjuksköterskan kanske undviker en patient som inte kan språket, eftersom hon/han är rädd för att missförstå patienten, eller kanske helt enkelt är generad inför sina kolleger att prata ett främmande språk, som till exempel engelska i Sverige. Fördomen att patienter från sydligare länder har en lägre smärtröskel är djupt rotad.

Förmodligen beror detta på att dessa patienter är vana att uttrycka smärta på ett annat sätt än svenskar. Svenskarna biter gärna ihop och ska vara ”duktiga”, medan patienter från till exempel Pakistan klagar högljutt, för att så görs det i deras kultur (2).

Hantering av önskemål om speciell mat

Problemet med mat nämndes i flera artiklar (15-17, 20-22). Patienterna ville ha mat hemifrån eller tillagad av närstående på sjukhuset (15, 16). Sjuksköterskorna hade ofta dålig förståelse för detta eftersom de uppfattade att det inverkade på vården. I sjukvården i Sverige idag är detta ett stort problem eftersom vi årligen drabbas av virusorsakad gastroenterit, med alla bekymmer detta innebär. Det är därför inte rimligt att på ett akutsjukhus låta ”ickepersonal” hantera livsmedel. Vissa religioner förbjuder vissa födoämnen (9) och att som vårdpersonal ta reda på detta bör vara en självklarhet för att kunna tillgodose önskemålen hos patienten. Allt går inte att tillgodose eftersom en del har med olika slaktrutiner att göra. Inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns alltid en maträtt som inte innehåller griskött, för att den som inte äter gris lätt ska kunna utesluta detta även i samband med en sjukhusvistelse.

Andliga faktorer och traditioner

Di Cicco-Bloom och Cohen (17) och Kirkham (20) fann att sjuksköterskorna ignorerade patienternas behov av andlighet trots att de fick information om varför patienten ville ha det så. Frågan är om det alltid efterfrågas vilken religion patienten tillhör. Sannolikt är det mer vanligt att frågan ställs till en person av utländsk härkomst. Några sjuksköterskor bad närstående om hjälp när det var något med patientens religion som de inte förstod (22). Det borde vara mer naturligt att med hjälp av en tolk ställa frågan direkt till patienten.

De intervjuade i artikeln av Ekblad m.fl. (15) efterlyste mer konkret information om familjemönster, daglig livsföring och traditioner hos olika kulturer. I Sverige finns idag många olika nationaliteter och det är inte möjligt att lära sig allt om alla dessa. Det kan vara svårt att avgöra vilken kultur som ska prioriteras, och vilka patienter som därmed ska få en mer kulturkongruent omvårdnad.

Ekblad m.fl. (15) nämnde att människor uppträder olika i sorg och krissituationer. Det är ganska naturligt att det finns olika seder och traditioner även i samband med döendet. Att det bland vietnameser läggs föremål i munnen hos en avliden kan kännas främmande i Sverige, men har detta upplevts i verkligheten är det lättare att förstå hur viktigt detta är för de närstående. Murphy och Macleod Clark (21) betonade att utbyte av erfarenheter personal emellan kan göra att problem ibland är lättare att lösa. Situationen ovan, med den avlidna patienten, är ett exempel som sjukvårdspersonal kan ha vid utbyte av erfarenheter.

Könsroller

Det visade sig vara viktigt för patienterna att sjuksköterskorna tog hänsyn till deras kön (16, 18, 19, 23). Erfarenheten säger att de flesta av kollegorna är medvetna om detta, men att det ibland ignoreras, eller är omöjligt att ta hänsyn till. Bekymret tas även upp av Hansen (2) där det redan i den kulturella datainsamlingen påpekas att det kan finnas olika nivåer av acceptans i umgänget mellan könen. Studenten som berättade om den manlige vårdaren som körde ut en iransk kvinna i dagrummet utan att täcka hennes huvud (16), hävdade att detta var okunnighet. Det framgick dock inte vad hon gjorde åt situationen.

Synen på vården

I en del kulturer var det svårt att förlika sig med den västerländska vården och det hände att patienter sökte vård på fel nivå, till exempel en akutmottagning istället för en vårdcentral (23). Att en patient på detta sätt vänder sig till fel nivå, beror det på kulturella aspekter eller är det så att det inte går att nå den vårdgivare som är mest lämplig? Detta problem ses inom den svenska sjukvården men det framgår inte av artiklarna hur det fungerar i övriga länder.

I västvärlden ska all vård bedrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket kan leda till problem om patienten vill använda naturläkemedel (20, 23). Om patienten kommer från ett land där utvecklingen ligger flera decennier efter kanske det inte är så lätt att förstå detta med vetenskap. Många kan inte ens läsa och skriva. Hansen (2) uttrycker att vi är resultatet av den kultur vi växt upp i, alltså har patienten fått lära sig vissa saker som västvärlden inte anser vara lämplig och inte förstår sig på. Ett exempel på detta var att smörja in den sjuke eller det nyfödda barnet med oljor, vilket var ett sätt att distrahera den sjuke och att vara nära henne/honom (17).

De svenska sjuksköterskorna upplevde en bristande respekt för sin kompetens (23). Det framkommer inte i någon av artiklarna från de andra länderna att detta skulle vara ett specifikt problem. Detta kan bero på att det finns olika syn på manligt och kvinnligt och att svenskarna har ett mer jämställt synsätt.

Kontakten med närstående

Sjuksköterskorna i flertalet av artiklarna ansåg att patienter av utländsk bakgrund hade ett stort antal besökare hos sig och ibland upplevdes detta som problematiskt (15, 16, 18, 20-23). Leininger och Henderson påtalar vikten av de närståendes delaktighet i patientens omvårdnad (7, 10). Sjuksköterskorna uttryckte önskemål om begränsad kontakt med en till två av de närstående (15, 20) och då gärna med den som kunde språket bäst (20). Att ha en begränsad kontakt med ett fåtal närstående borde inte vara en orimlighet oavsett vilken kulturell bakgrund de har, eftersom kontakten med de närstående tar tid från den direkta omvårdnaden av patienten. En sjuksköterska måste försöka finna lösningar för att kunna bemöta alla patienter och närståendes behov. Att hänvisa patienten och dennes besökare till dagrummet när möjlighet finns (18) borde alltid anses som rimligt oavsett vem det gäller. Egna erfarenheter visar

dock att det är vanligt att det finns för få rum att vistas i på en avdelning. Detta framkom även i studien av Ozolins och Hjelm (23).

Medverkan hos de närstående sågs som en resurs (18, 20, 22) och borde vara tryggt för patienten. Detta fungerar dock inte alltid eftersom sjuksköterskan måste genomföra de medicinska åtgärder som de närstående inte har utbildning för. Det kan också vara generande för patienten att låta närstående delta för mycket i omvårdnaden. Sannolikt skulle detta kunna vara två av orsakerna till att det uppstår problem mellan personal och närstående. Lundberg m.fl. (16) och Ozolins och Hjelm (23) menade att grunden till detta är att det finns olika åsikter om vad som är bra för patienten. Ekblad m.fl. (15) kom fram till att närstående till patienter med invandrarbakgrund upplevdes som mer aktiva än svenska närstående, men det framgick inte på vilket sätt. När närstående vill vara delaktiga i omvårdnaden borde detta ses som en självklarhet om patienten tycker att det är acceptabelt. Sjuksköterskor behöver mer kunskaper och erfarenheter av andra kulturer för att undvika att hamna i en konfliktsituation.

Kommunikation

En del sjuksköterskor ansåg att kommunikation var den största utmaningen (16, 18, 21). Den hade stor betydelse i omvårdnadssituationer för att få en trygg patient och för att undvika missförstånd (15, 16, 21-24). Samtliga artiklar (15-24) tog upp kommunikationsproblem i någon form. Travelbee betonar att kommunikation är en ömsesidig process som är nödvändig för att sjuksköterskan ska kunna ge en heltäckande omvårdnad. Kommunikation är det primära i mötet med patienten, oavsett om den är verbal eller ickeverbal. Förstår inte sjuksköterska och patient varandra kan sjuksköterskan inte bedriva kulturkongruent omvårdnad (10, 13). Det är därför anmärkningsvärt att en sjuksköterska försökte undervisa på ett språk som patienten inte kunde, så som skedde vid hembesöket i Di Ciccio-Bloom's och Cohen's artikel (17).

Att samtala med patienter via en professionell tolk sågs ibland som besvärande av patienten då tolkens bakgrund kunde vara olämplig (23). Det framkom inte i någon av artiklarna vilka rutiner som fanns när tolk skulle beställas. Egna erfarenheter visar att det noga måste anges speciella önskemål, såsom kön på tolken och etnisk bakgrund, för att vara säker på att patienten kan lita på personen som tolkar. Flera av artiklarna (16, 18, 21, 22, 24) nämnde ekonomiska orsaker som en anledning till att tolkar inte används. Inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg, är det först under 2007 som budget för tolkanvändning har redovisats som en egen post. Det finns ingenting i svensk lag som säger att det måste finnas tolk till icke svensktalande patienter. Förvaltningslagen säger enbart att en sådan *bör* användas i kontakten med sjukvården (12). Det kanske behövs en lagändring för att alla ska få rätt till lika vård på lika villkor.

I vissa situationer är det enklast att närstående tolkar. Det var endast i de svenska artiklarna (15, 16, 23) som sjuksköterskorna såg ett problem med detta sätt att tolka. Flera av dem upplevde att närstående utelämnade och filtrerade informationen till och från patienten. Ibland svarade de själva utan att översätta. Frågan är hur sjuksköterskorna kunde veta att informationen

filtrerades och varför det bara var i de svenska artiklarna detta sågs som ett bekymmer. Kanske förekommer det även i övriga länder men det framgick inte av artiklarna.

Tillgång till flerspråkig personal sågs i flera av artiklarna (15, 16, 22, 24) som en resurs och denna personal löste en del av de kommunikativa problemen. Brister som kunde uppstå var att det förekom olika dialekter inom vissa språk vilket gjorde att missförstånd kunde uppstå samt att denna personal inte alltid var tillgänglig (24). Risken finns att det kan uppstå situationer när den flerspråkiga personalen får veta mer än de vill och behöver för att kunna ge fullgod omvårdnad. Det finns också en risk att patienterna får en falsk förhoppning om att denna person kan hjälpa dem att lösa alla deras bekymmer.

Cortis (19) fann att patienterna ansåg att sjuksköterskorna var ovilliga till att föra ett samtal med dem. De ifrågasatte hur sjuksköterskorna kunde veta hur de mådde utan en fungerande kommunikation. Patienterna kanske inte alltid är medvetna om att sjuksköterskor med tiden utvecklar en "klinisk blick". Genom denna bildar hon/han sig en uppfattning om hur patienten mår, även om hon/han inte kan patientens språk. Ickeverbalt kommunikation förekom men kunde leda till missförstånd eftersom kroppsspråket är olika i olika delar av världen (2, 14, 16). En del sjuksköterskor lärde sig enstaka ord och fraser för att kunna underlätta kommunikationen med patienterna (24). Detta kan vara inledningen till att bygga upp ett förtroende dem emellan.

Utbildning

Det Leininger efterfrågar under kategorin om utbildningsfaktorer är på vilken utbildningsnivå patienten befinner sig (6, 7). I artiklarna nämndes detta nästan inte alls. Det som nämndes var att sjuksköterskorna ibland använde sig av nedskrivna ord och bilder, utan att först ha skaffat sig kunskap om patientens läs- och skrivkunnighet (23). Det måste finnas i varje sjuksköterskas medvetande att alla patienter inte kan läsa och skriva.

Många av artiklarna (15-18, 20-22) betonade det faktum att sjuksköterskeutbildningen inte hade förberett dem inom ämnet transkulturell omvårdnad. Eftersom det är känt att invandringen i Sverige har ökat (1) borde även utbildningen inom ämnet ses över. Från höstterminen 2007 ges en fristående kurs i transkulturell vård inom Göteborgs Universitet (25). Behörighetskrav är att den sökande har en kandidatexamen inom exempelvis omvårdnad. Det finns även på grundnivå en valbar kurs, som rör transkulturell vård. Denna riktar sig till alla som har läst minst 60 högskolepoäng inom något av vårdprogrammen (26). Efter att ha studerat dessa kursplaner väcks intresset för att studera vidare inom ämnet transkulturell omvårdnad. Frågan är hur det går att väcka intresset hos kollegor och övriga medarbetare, när det går att ana ett motstånd hos vissa att bedriva kulturkongruent omvårdnad, trots att Hälso- och sjukvårdslagen säger att alla skall behandlas likvärdigt (11). Frågan som infinner sig är om den valbara kursen i grundutbildningen inte borde vara obligatorisk. Prioriteringen av en valbar kurs kan vara svår då det finns ett stort utbud av kurser som kan anses vara av större intresse för studenterna.

Förslag till framtida forskning

Ett av de områden som skulle kunna utforskas vidare är hur närstående ser på patientens situation under sjukhusvistelsen. En sådan undersökning skulle kanske kunna leda till resultat som kan underlätta mötet med både patient och närstående från en främmande kultur. Det kan dock uppstå svårigheter med detta eftersom alla kulturer har olika synsätt, vilket gör att forskningen kanske måste begränsas till en viss kultur.

Vunnen kunskap och förhoppningar inför framtiden

Efter att ha läst dessa artiklar har vi förstått att det finns likvärdiga problem världen över när sjuksköterskan och patienten är från olika kulturer. Vi har kartlagt vilka de vanligaste problemen är och vi har även beskrivit en del exempel på hur dessa problem kan lösas. Vi anser därmed att vi har uppnått syftet med denna litteraturstudie. Flera av frågorna som framkommit i resultatet handlar om att vi ska ge varandra ömsesidig respekt oavsett om vi är sjuksköterska eller patient, svensk eller invandrad. Det är därför vår förhoppning att sjuksköterskor ska bli bättre när det gäller bemötande av patienter från alla kulturer. På så sätt hoppas vi att vår akademiska profession även blir ett föredöme när det gäller att uppfylla Hälso- och sjukvårdslagens (11) krav på likvärdig vård till alla, så att alla patienter får en kulturkongruent omvårdnad.

REFERENSER

1. Migrationsverkets statistik. Tillgänglig från URL: <http://www.migrationsverket.se>
Tillgänglig 2007-10-01
2. Hansen I. Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle. Lund, Studentlitteratur; 1998
3. Ekblad S, Janson S, Svensson P-G. Möten i vården. Stockholm, Liber; 1996
4. WHO:s hemsida. Tillgänglig från URL:
<http://www.who.int/suggestions/faq/en/print.html>. Tillgänglig 2007-10-01
5. Reynolds C L, Leininger, M. Teorin om mångfald och universalitet i kulturellerad omsorg. I Grundberg T, Rooke L, Larsson Wenzel K. red. Anteckningar om omvårdnadsteorier 3. Lund, Studentlitteratur; 1995 sid 57-98
6. Leininger M, McFarland M R. Transcultural nursing, concepts theories, research & practice. New York, McGraw-Hill; 2002
7. Gebru, K. Kulturanpassad vård i livets slutskede. Malmö, Samhällsmedicinska Institutionen, Malmö FOU-enhet, delrapport 2003:4
8. Lippincott Williams & Wilkins, Inc. Understanding transcultural nursing. Tillgänglig från URL:
http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?Article_ID=541681 .
Tillgänglig 2007-10-02
9. Breivne G, Religion, livsåskådning och omvårdnad, kapitel 14. I Jahren Kristoffersen, N red. Allmän omvårdnad 2. Stockholm, Liber; 2002
10. Jahren Kristoffersen N. Teoretiska modeller i omvårdnad, kapitel 6. I Jahren Kristoffersen, N red. Allmän omvårdnad 1. Stockholm, Liber; 2002
11. Hälsa o sjukvårdslagen 2 § (1997:142) Tillgänglig från URL:
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>.
Tillgänglig 2007-10-01
12. Förvaltningslagen 8 § (1986:223) Tillgänglig från URL:
<http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/19860223.HTM>. Tillgänglig 2007-10-01
13. Eide H& Eide T. Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning. Lund, studentlitteratur; 1997
14. Barbosa da Silva A, Ljungquist M. Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige. Lund, Studentlitteratur; 2003
15. Ekblad S, Marttila A, Emilsson M. Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm. J Adv Nurs 2000; 31(3): 623-30
16. Lundberg P C, Bäckström J, Widén S. Caregiving to patients who are culturally diverse by Swedish last-year nursing students. J Trans Cult Nurs 2005; 16(3): 255-62

17. DiCicco-Bloom B, Cohen D. Home care nurses: A study of the occurrence of culturally competent care. *J Trans Cult Nurs* 2003; 14(1): 25-31
18. Cortis J D. Meeting the needs of minority ethnic patients. *J Adv Nurs* 2004; 48(1): 51-58
19. Cortis J D. Perceptions and experiences with nursing care: A study of Pakistani (Urdu) communities in the United Kingdom. *J Trans Cult Nurs* 2000; 11(2): 111-18
20. Reimer Kirkham S. Nurses' descriptions of caring for culturally diverse clients. *Clinical Nursing Research* 1998; 7(2): 125-46
21. Murphy K, Macleod Clark J. Nurses' experiences of caring for ethnic-minority clients. *J Adv Nurs* 1993; 18(3): 442-50
22. Boi S. Nurses' experiences in caring for patients from different cultural backgrounds. *NT Research* 2000; 5(5): 382-90
23. Ozolins L, Hjelm K. Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. *Clinical Effectiveness in Nursing* 2003; 7: 84-93
24. Cioffi J. Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *Int J Nurs Stud* 2003; 40: 299-306
25. Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Kursportalen. Tillgänglig från URL: <http://kursportal.student.gu.se>. Kursplan för Transkulturell vård - ett hälsoantropologiskt perspektiv, 7,5 högskolepoäng. Tillgänglig 2007-10-01
26. Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Kursportalen. Tillgänglig från URL: <http://kursportal.student.gu.se>. Världen i vården - mötet mellan professionella och patienter utifrån en mångkulturellt perspektiv. Tillgänglig 2007-10-01

Bilaga 1

ARTIKELPRESENTATION

Referens nr	15
Författare	Ekblad S, Marttila A, Emilsson M
Titel	Cultural challenges in end-of-life care: Reflections from focusgroups' interviews with hospicestaff in Stockholm
Tidskrift	Journal of advanced nursing 2000; 31(3): 623-30
Syfte	Att sammanställa erfarenheter bland hospicepersonal (majoriteten sjuksköterskor) som arbetar med patienter med annan kulturell bakgrund.
Metod	Kvalitativ. Intervjuer med tre fokusgrupper som hade deltagit i ett tredagarseminarium.
Urval	19 personer varav majoriteten var sjuksköterskor.
Resultat	Kulturkrockar i form av bl. a annorlunda beteende och kommunikation. Närstående användes som tolkar, vilket kunde leda till komplikationer, såsom utelämnande av uppgifter. Flera deltagare menade att deras syn på saker och ting ändrades många gånger under tiden man vårdade patienter från annan kultur. Man efterlyste mer kunskap om specifika kulturer.
Land	Sverige
Antal referenser	28
Referens nr	16
Författare	Lundberg P C, Bäckström J, Widén S
Titel	Caregiving to patients who are culturally diverse by Swedish last-year nursing students
Tidskrift	Journal of transcultural nursing 2005; 16(3): 255-62
Syfte	Att beskriva sistaårs sjuksköterskestudenters erfarenheter av att vårda patient från annan kultur.
Metod	Kvalitativ. Först gjordes en pilotstudie med fem studenter. Därefter enkät med öppna frågor till 107 studenter och intervjuer med 15 studenter.
Urval	Totalt 122 studenter som läste sista året på sjuksköterskeutbildning
Resultat	Författarna identifierade tre olika nivåer av kulturell medvetenhet som studenterna befann sig på.
Land	Sverige
Antal referenser	41
Referens nr	17
Författare	Di Ciccio-Bloom B, Cohen D,
Titel	Home care nurses: A study of the occurrence of culturally competent care
Tidskrift	Journal of transcultural nursing 2003; 14(1): 25-31
Syfte	Att beskriva hur sjuksköterskor orienterar sig och klarar av kulturella faktorer i patientens hem.
Metod	Kvalitativ. Observationer under hembesöket. Sjuksköterskorna intervjuades därefter.
Urval	14 sjuksköterske-patientpar, där patienten tillhörde första generationens invandrare.
Resultat	Sjuksköterskorna och deras arbetsgivare använde strategier för att undvika att ta itu med patienternas kulturella traditioner.
Land	USA
Antal referenser	34
Referens nr	18
Författare	Cortis J D
Titel	Meeting the needs of minority ethnic patients
Tidskrift	Journal of advanced nursing 2004; 48(1): 51-58
Syfte	Att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att vårda pakistanter på sjukhus.
Metod	Kvalitativ. Halvstrukturerade intervjuer.
Urval	30 sjuksköterskor med minst ett års erfarenhet, som de sista tre månaderna vårdat pakistanska patienter.
Resultat	Sjuksköterskorna hade begränsad förståelse för det pakistanska samhället och brister i mötet med denna kultur identifierades. Bristerna förklarades med bl. a dåliga förberedelser och rasism när förväntningar och upplevelser inte stämde överrens.
Land	England
Antal referenser	35
Referens nr	19
Författare	Cortis J D

Bilaga 1

Titel	Perceptions and experiences with nursing care: A study of Pakistani (Urdu) communities in the United Kingdom.
Tidskrift	Journal of transcultural nursing 2000; 11(2): 111-18
Syfte	Att förstå pakistanska patienters erfarenheter av omvårdnad.
Metod	Grounded theory. 18 individuella intervjuer och 10 fokusgrupper. Sammanlagt 55 deltagare.
Urval	55 pakistanska patienter som vårdats på sjukhus någon gång de sista 6-12 månaderna. Merparten hade invandrat som vuxna.
Resultat	Resultatet visar skillnader i gruppernas förväntningar och deras upplevelser. Patienterna upplevde att sjuksköterskorna hade dålig förståelse för kulturella skillnader.
Land	England
Antal referenser	48
Referens nr	20
Författare	Kirkham S R
Titel	Nurses' description of caring for culturally diverse clients.
Tidskrift	Clinical nursing research 1998; 7(2): 125-46
Syfte	Att undersöka om den ökade uppmärksamheten av kulturella olikheter resulterar i kulturellt känslig omvårdnad bland nytutexaminerade sjuksköterskor.
Metod	Kvalitativ. Intervju.
Urval	Åtta nytutexaminerade sjuksköterskor (examen inom två år).
Resultat	Tre olika nivåer av engagemang kunde identifieras hos sjuksköterskorna. Mycket i resultatet handlar om attityder hos sjuksköterskorna.
Land	Canada
Antal referenser	49
Referens nr	21
Författare	Murphy K, Macleod C
Titel	Nurses' experiences of caring for ethnic-minority clients
Tidskrift	Journal of advanced nursing 1993; 18(3): 442-50
Syfte	Att ur sjuksköterskesynpunkt undersöka om behovet av vård för etniska minoriteter inte bemöts som det ska och att kasta lite ljus över detta.
Metod	Kvalitativ. Intervjuer
Urval	18 sjuksköterskor, som under de tre senaste månaderna hade vårdat en patient från annan kultur.
Resultat	Fem olika områden, där sjuksköterskorna upplevde svårigheter identifierades, under intervjuerna.
Land	England
Antal referenser	36
Referens nr	22
Författare	Boi S
Titel	Nurses' experiences in caring for patients from different cultural backgrounds
Tidskrift	NT Research 2000; 5(5): 382-90
Syfte	Att belysa vilka problem sjuksköterskor stöter på när de vårdar patienter från en annan kultur.
Metod	Kvalitativ. Intervjuer.
Urval	Sju sjuksköterskor, som under den senaste månaden hade vårdat patienter med annan kulturell bakgrund.
Resultat	Alla intervjuade hade upplevt någon form av svårigheter. Dessa delades in i fyra kategorier.
Land	England
Antal referenser	18
Referens nr	23
Författare	Ozolins L, Hjelm K
Titel	Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden.
Tidskrift	Clinical effectiveness in nursing 2003; 7: 84-93
Syfte	Att undersöka och beskriva situationer där sjuksköterskorna upplevt problem i vården av invandrare.
Metod	Sjuksköterskor fick skriva om sina situationer, hur man reagerade, hur man handlade och hur man tänkte. Dessa berättelser analyserades sedan kvalitativt.
Urval	49 sjuksköterskor som gick specialistutbildning.
Resultat	Huvudproblemet som identifierades rörde kommunikation, men

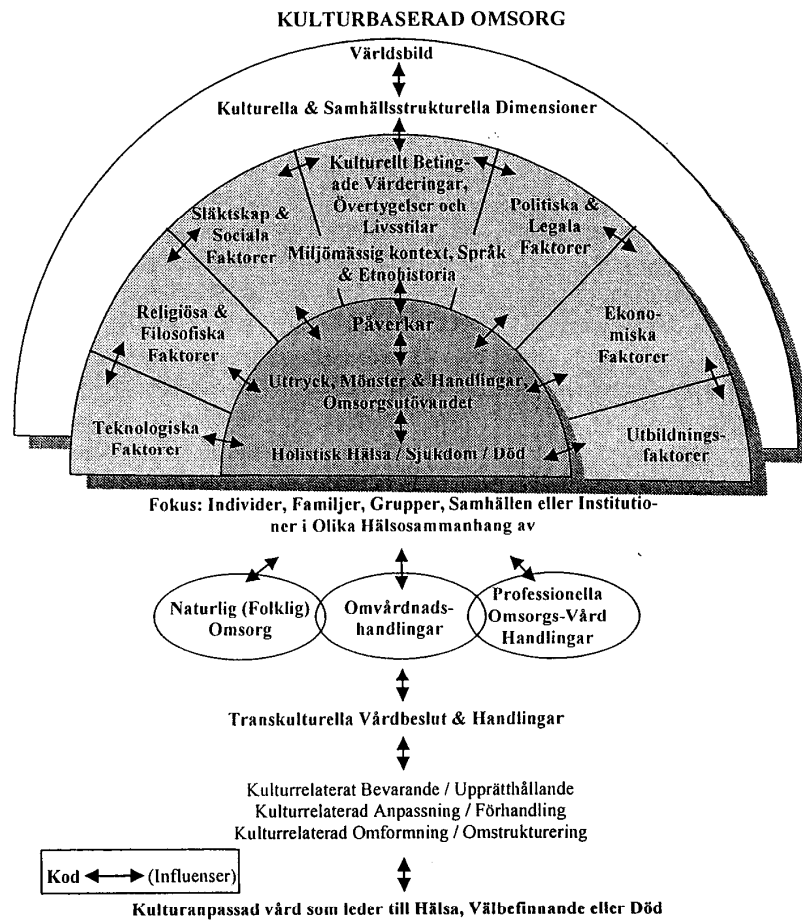
Bilaga 1

	sammanlagt identifierades nio olika problemområden.
Land	Sverige
Antal referenser	48
Referens nr	24
Författare	Cioffi J
Titel	Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: Nurses' experiences.
Tidskrift	International journal of nursing studies 2003; 40: 299-306
Syfte	Att på en akutavdelning undersöka och beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att kommunicera med patienter från olika kulturer,
Metod	Kvalitativ. Intervjuer.
Urval	23 sjuksköterskor med minst fem års yrkeserfarenhet av patienter som hade annat modersmål.
Resultat	Sjuksköterskorna upplevde att man inte kunde ge samma vård till patienter med ett främmande språk, som de engelsktalande patienterna fick. Mycket av detta grundade sig på att det var svårt att få tag i tolk.
Land	Australien
Antal referenser	34

Bilaga 1

Bilaga 2

Leiningers Soluppgångsmodell som beskriver kulturella omsorgsskillnader och omsorgstikheter



Källa: Gebru K, Kulturanpassad vård i livets slutskede sid 11