



Sjuksköterskans möte med patienter som tillskriver sig islam

FÖRFATTARE	Louise Gärdlund Mimmi Kjellberg
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Examensarbete på kandidatnivå HT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lisen Dellenborg
EXAMINATOR	Margret Lepp

Titel (svensk):	Sjuksköterskans möte med patienter som tillskriver sig islam.
Titel (engelsk):	Nurses meeting with patients who attributes to Islam.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete på kandidatnivå
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	19 sidor
Författare:	Louise Gärdlund och Mimmi Kjellberg
Handledare:	Lisen Dellenborg
Examinator:	Margret Lepp

SAMMANFATTNING (svenska)

Introduktion: Inom vården möts människor med olika kulturella och religiösa tillhörigheter. Denna litteraturstudie har som mål att vara ett hjälpmedel till att möta patienter som tillskriver sig islam. Studien beskriver kortfattat vad som kännetecknar islam som religion och att islam kan praktiseras på olika sätt.

Syfte: Syftet med denna uppsats är att beskriva kompetensområden som kan skapa goda förutsättningar i vårdmötet mellan sjuksköterskor och patienter som tillskriver sig islam. **Metod:** Litteraturstudie. Vi har använt oss av databaserna Cinahl och PubMed. Där fann vi 12 artiklar som vi använt oss av i vårt resultat. **Resultat:** Resultatet är indelat i fyra teman; det första temat tar upp vilken kulturell *kompetens* sjuksköterskan behöver för att vara öppen i sitt möte med patienter. Det andra temat betonar vikten av *kommunikation* och tolkens betydelse. Det tredje temat beskriver *närståendes* roll i vården av patienterna och till sist förklarar vi vissa *religiösa praktiker* som kan ha betydelse för mötet med patienter som tillskriver sig islam. **Slutsats:** Vi har kommit fram till att oavsett vilken religiös eller kulturell tillhörighet en patient tillskriver sig så bör sjukvårdspersonalen fråga patienten om hur han/hon önskar bli vårdad och att den personliga åsikten respekteras. Det är dock viktigt att vi som sjukvårdspersonal har en viss kunskap om hur religionen kan påverka omvårdnaden av en patient med muslimsk bakgrund och vara medvetna om de skillnader som kan finnas.

Nyckelord: Muslim patients, cultural competence, communication, patient experience and Islam.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
ISLAM	2
KULTUR.....	3
Kulturmöten.....	4
Religiösa och kulturella värden	4
KOMMUNIKATION.....	4
KULTURELL KOMPETENS	5
TEORIER OCH MODELLER FÖR KULTURELL VÅRD.....	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	7
LITTERATURSÖKNING.....	7
Figur 1. Tabell över litteratursökning.	7
LITTERATURANALYS.....	8
Figur 2. Teman och subteman.....	8
RESULTAT	9
SJKSKÖTERSANS KULTURELLA KOMPETENS.....	9
Otilräcklig kulturell kompetens.....	9
VIKTEN AV KOMMUNIKATION I OMVÅRDNADEN	10
När kommunikationen brister.....	10
Hur sjuksköterskan bör kommunicera	10
Tolkens betydelse för sjuksköterskan och patienten.....	11
MÖTET MED NÄRSTÅENDE.....	11
Syn på autonomi och självbestämmande	12
Närståendes ansvar mot patienten	12
KUNSKAP OM RELIGIÖSA PRAKTIKER	13
DISKUSSION	14
METODDISKUSSION.....	14
RESULTATDISKUSSION.....	14
REFERENSER	17

INLEDNING

I och med att antalet personer av annan etnisk, religiös och kulturell tillhörighet har ökat i Sverige, så har utmaningarna för sjuksköterskor också gjort det. De måste ha förmågan att anpassa sina vårdstrategier för att kunna möta patienternas kulturella och religiösa behov. Detta är en grundläggande del av omvårdnaden. Det är viktigt att vi inom sjukvården är medvetna om de kulturella och religiösa likheter och skillnader som finns mellan människor i dagens Sverige och hur de kan påverka omvårdnaden av patienter. I denna uppsats har vi valt att fokusera på islam, en religion som det skrivs mycket om i media, och de patienter som tillskriver sig islam, det vill säga de som aktivt praktiserar denna religion. Alla muslimer utövar inte sin religion eller kultur på samma sätt och detta bör vi vara medvetna om.

BAKGRUND

Ingen religion praktiseras utan en specifik kulturell och historisk kontext. Kulturella föreställningar och praktiker formar hur religionen i sin tur tolkas och praktiseras (1, 2). För att förstå en viss grupp av människor och deras religionsutövning måste vi förstå deras kulturella föreställningar och praktiker. Patienter som tillskriver sig en muslimsk identitet är inte en homogen grupp. Kultur är något vi socialiseras in i, vilket innebär att den ofta tas förgiven. Det är först när vi möter människor med annan kulturell bakgrund än den egna som vi blir varse att vi faktiskt har kulturella föreställningar och praktiker som skiljer sig från varandra. I mötet med människor från andra delar av världen är det viktigt att sjuksköterskor har med sig kunskapen att alla skillnader inte beror på kultur och religion, utan också kan bero på situationen i det nya värdlandet. Invandrare befinner sig ofta i en utsatt situation, inte bara för att många lämnar sitt land och dess sociokulturella värden, utan för att de måste sätta sig in i och anpassa sig till ett nytt samhälle. De kan också vara marginaliserade eller till och med stigmatiserade i det nya landet på grund av värdlandets invånares starka fördomar och rädslor, vilket t ex är tydligt vad det gäller muslimer framför allt sedan terrorattacken mot World Trade Center år 2001, som bidragit till en växande "islamfobi" i Europa.

Larsson (3) menar att en del av ansvaret för vår negativa och stereotypa syn på islam kommer från media (3). Vi bör vara medvetna om de likheter och skillnader som finns i hur man praktiserar sin religion, för att kunna bemöta dessa patienter med en förståelse och öppenhet. Enligt Giger och Davidhizar (4) brister många i sin kunskap om att muslimer utövar sin religion på olika sätt. Detta leder till stereotypa antaganden och försvårar situationen för både vårdare och patienter. Det är därför av stor betydelse att fastställa varje patients personliga åsikt (4).

Enligt Statistiska centralbyrån kom det över 102 000 invandrare till Sverige år 2009. Av Sveriges befolkning är 19 % födda utomlands eller har två utlandsfödda föräldrar (5). Sverige har de senaste årtiondena vuxit till ett samhälle med mer än hundra olika etniska grupper. Den kulturella mångfalden är stor och ställer krav på sjukvården och dess personal (6). Enligt Socialstyrelsen ska sjuksköterskors arbete präglas av ett etiskt förhållningssätt och bygga på beprövad erfarenhet och evidens.

Sjuksköterskor ska ha en helhetssyn som utgår från en humanistisk människosyn. Vi ska även visa en öppenhet och respekt mot olika värderingar och trosuppfattningar (7).

ISLAM

Islam är en religion som blivit allt större i Sverige under de senaste åren. Islam är, efter kristendom, den näst största religionen i världen och praktiseras av över en miljard människor världen över (8). I Sverige finns det ingen statistik över hur många som praktiserar islam. Enligt Nämnden för Statligt Stöd till Trossamfund (SST) finns det 110 000 medlemmar eller registrerade deltagare i islamiska föreningar (9). Den faktiska siffran praktiserande muslimer verkar dock vara högre. Enligt Larsson (10) så är den uppskattade muslimska befolkningen i Sverige mellan 250 000 och 400 000 människor vilka representerar mellan 1.8 och 4.4 % av den svenska populationen (10).

Islam är ett sätt att leva och bland muslimer finns det variationer mellan livsstil och värdeuppfattningar. I vilken omfattning religionen praktiseras kan variera (1, 10). Det muslimer har som gemensam grund inom islam är tron på Gud, Allah, och Guds sändebud profeten Muhammed. Koranen är deras heliga skrift. Islam grundar sig på fem grundpelare; (11)

- Trosbekännelsen: ”Det finns ingen Gud utom Gud och Muhammed är Hans sändebud”
- Bönen, en troende muslim bör be 5 ggr/dag.
- Allmosan, islam lär att man ska hjälpa sin nästa, därför bör 2,5 % av nettoinkomsten ges till de fattiga.
- Fastan, Ramadan som infaller under en månad varje år görs för att visa solidaritet med de människor som har det svårt.
- En gång under sin livstid bör en muslim, i mån av ekonomisk möjlighet, vällfärda till Mekka.

Alla muslimer erkänner dessa grundpelare men det finns variation i hur de uppfattas och praktiseras (2). Dessa grundpelare är rekommendationer men om någon drabbas av ohälsa eller allvarlig sjukdom behöver de inte följa dessa. Om en kvinna menstruerar, är gravid eller sjuk undantas hon också från kravet att fasta. I vissa muslimska familjer bör kvinnor inte visa håret för andra män än de i sin familj. Kvinnor får inte heller i vissa familjer, visa armar eller ben utan bör täcka dessa kroppsdelar för män utanför familjen (11). Vissa muslimska kvinnor och män tar inte i hand och undviker ögonkontakt med det motsatta könet för att visa varandra respekt och för att undvika sexuell attraktion (11, 12). Idealt inom islam har familjen stor betydelse, men det är inte bara de närmaste, som make, maka och barn som räknas till familjen, utan hela släkten ingår. Det kan med andra ord bli många som uppmärksammar den sjuke (11).

I livets slutskede, då någon dör, anses kroppen separeras från själen. Människan har under sin levnad själv ansvar för om själen blir god eller ond. Gud belönar eller straffar utifrån hur personen levt sitt liv. I det palliativa slutskedet är det viktigt att någon närstående läser ur Koranen för den sjuke. Efter döden bör kroppen tvättas

tre gånger på ett speciellt sätt och därefter kläs den döde med ett vitt tyg. Detta bör göras av den avlidnes närstående. Begravningen bör ske så snart som möjligt (11). Detta är viktig kunskap att ha i åtanke, vårdpersonalen bör även fråga de närstående till patienterna som tillskriver sig islam hur de vill göra.

KULTUR

Som vi nämnde ovan finns det ingen religion som existerar fri från kulturell tolkning. För att förstå religiösa föreställningar och praktiker måste vi förstå begreppet kultur. Kultur beskrivs av Giger och Davidhizar (8) som ett beteende som förändras med tiden. Beteenden formas genom kulturella, sociala och religiösa strukturer. Dessa är uppbyggda av värderingar, tro, normer och vanor som delas av personer inom samma kulturgrupp. Det kulturella tänkandet inom en grupp är en levande process och de kulturella värdena kan visa vägen för handlingar och beslut (8).

Enligt Stier (13) finns det olika sätt att förstå begreppet kultur. En av dem är de beteendemässiga beskrivningarna av kultur som syftar på hur vi handlar och beter oss. Det är genom att studera yttre beteendemönster och handlingar som vi kan lära oss att förstå en viss kultur. Enligt det beteendemässiga sättet att se på kultur är kulturens inre mening inte av betydelse. Det är det beteende som visar sig och är synligt som studeras. Människorna visar hur kulturella föreställningar och praktiker formar deras beteende. En annan beskrivning av kultur är den kognitivistiska, som fokuserar på det som pågår i människors medvetande, deras tankeprocesser och hur kultur hjälper oss att tolka upplevelser. Det påverkar vår förståelse av verkligheten. Med det kognitivistiska synsättet definieras kultur som en mental karta som hjälper individen i mötet med samhället (13).

Mohammadi, Evans och Jones (14) framför viktiga skillnader mellan det statiska och det dynamiska kulturbegreppet. Författarna menar att kulturer är dynamiska, de är varken statiska eller fixerade. De förändras över tid i förhållande till nya situationer. Förändringar sker genom framsteg inom teknik och kommunikation eller som ett resultat av händelser som migration, naturkatastrofer och krig. Kulturella regler kan ändras, vad som anses vara acceptabelt vid ett tillfälle skulle kunna bli oacceptabelt vid en annan tidpunkt (14). Kultur lärs in och kan läras om. Det är inte något cementerat som automatiskt kopieras från generation till generation, utan är dynamiskt och anpassas till rådande förhållanden i samhället. Kultur bestämmer inte människans handlingar, utan det är människans handlingar som utformar kulturen, samtidigt som kulturella ideer och föreställningar är med och formar människors handlingar. Detta är en feedback rörelse, en process som aldrig stannar av (15). Det statiska kulturbegreppet däremot låser fast människor i stereotyper och framställer kultur som en egenskap hos en grupp människor (16). Det statiska kulturbegreppet är det vanligast förekommande i massmedia och i det offentliga samtalet. Ses kulturbegreppet ur en statisk synvinkel kan kulturmöten upplevas som väldigt obegripliga och till och med främmande eftersom de fokuserar på skillnader (16, 17).

Kulturmöten

Kulturmöten kan resultera i en ömsesidig påverkan och är ofta ett möte med det främmande eller annorlunda. Beroende på om någon reagerar med rädsla eller nyfikenhet inför det främmande, resulterar det i olika reaktioner hos individen eller gruppen. Människor med olika värderingar möts varje dag utan att det får negativa konsekvenser och kan ofta upplevas givande. Det är när mötet är ofrivilligt som personer kan känna sig utlämnade, eller om de upplever sig marginaliserade som det är extra viktigt att de som är representanter för värdsamhället eller majoriteten är lyhörda och visar respekt (13).

Religiösa och kulturella värden

Religiösa värden har sin grund i kultur och historia. I olika samhällen har religionen olika stor betydelse för människor. Det skiljer sig också mellan olika människor inom samhällen. Religiösa värden kan vara styrande och påverka människors beteende, attityder och handlingar. Dessa är ofta omedvetna, eftersom värden kan vara djupt förankrade i en människas personlighet. Religiösa värden kan till exempel handla om hur man förhåller sig till livet och döden (18).

Runt om i världen finns olika kulturella värden och övertygelser om hälsa och sjukdom. Människor har olika förhållningssätt till vård och omsorg i frågor som rör till exempel abort, aktiv dödshjälp och informerat samtycke. Det är viktigt att vara medveten om att etiska tolkningar och etiska system är ett resultat av kultur och historia. Som sjuksköterska är det viktigt att förstå kulturella skillnader och likheter och hur de kulturella värdena kan påverka bland annat attityder, beteende, övertygelser, beslut och etiska val (18).

KOMMUNIKATION

Kommunikation är centralt för mänskliga möten. Vi kommunicerar bland annat genom tal och skrift, för att tillgodose våra behov och uppnå våra intentioner. Våra behov kan vara att informera, samarbeta, skapa relationer eller uttrycka våra åsikter och värden. Våra intentioner kan vara att utöva makt, fatta beslut eller att klara oss i vardagen. Kommunikation ger även en möjlighet till gemenskap och identitet, men kan även användas till att utesluta andra människor via till exempel jargong, yrkesspråk eller dialekt och språk (13). För en sjuksköterska är kommunikationen väldigt viktig. Det innefattar bland annat att förmedla information mellan kollegor och patienter, ha vårdande samtal och sociala samspel. En bra kommunikation kan öka förutsättningarna för att patienterna ska känna sig trygga och nöjda (19).

KULTURELL KOMPETENS

Att ge en säker, effektiv och kulturellt anpassad vård är några av målen som vårdpersonalen måste uppfylla. För att uppnå dessa mål krävs kunskap och förståelse för patientens kultur som innefattar språk, samspel samt attityder till hälsa och sjukdom (20).

Kulturkompetens är ett populärt begrepp inom omvårdnad som kritiseras av många för att riskera att förstärka stereotypa föreställningar om människor med annan kulturell bakgrund (21). Kulturkompetens hör ihop med en patientcentrerad vård, där de professionella ska försöka sätta sig in i patientens värld och se problemet genom patientens ögon (22). Om en sjuksköterska är kulturellt kompetent och kan kommunicera på ett bra sätt, förbättras villkoren för hälso- och sjukvården. Feldiagnostik, missförstånd, onödigt lidande och eventuellt skadliga komplikationer kan då undvikas (20, 23). Kulturell kompetens, innebär även att ha en öppenhet mot olikheter och inte diskriminera. Samhället ska vara kulturellt berikat, jämlikt, respektfullt, öppet och tolerant (1). Björk Brämberg (24) diskuterar kulturkompetens som att vara öppen inför människors olika bakgrunder och en vårdare ska vara kapabel att vårda en individ utifrån den öppenheten. Kulturkompetens är alltså inte en kunskap man förskaffar sig en gång för alla utan en process och en kunskap som bör utvecklas med tiden. Samma författare anser även att en bra vård kan skapas utan att vårdarna lär sig kulturella särdrag, och att patienter med invandrarbakgrund inte har annorlunda behov än andra patienter. Vårdpersonal ska vara försiktig med att kategorisera patienter eftersom det då är lätt att missa deras individuella behov (24).

TEORIER OCH MODELLER FÖR KULTURELL VÅRD

En del av sjuksköterskans kunskapsområde och grunden för yrkeskunnandet är vårdvetenskap. Inom detta ämne har det genom åren skapats olika vetenskapliga teorier som grund för vårdandet (25). En av omvårdnadsteoretikerna är Carper, som identifierar fyra olika kunskapsområden: det empiriska, det estetiska, det moraliska/etiska samt det personliga kunskapsområdet. Det empiriska avser omvårdnadens vetenskap, färdighet och tillvägagångssätt. Det estetiska är den subjektiva kunskapen, vårdandets konst där teorin implementeras i praktiken. Den moraliska kunskapen fokuserar på vilka etiska skyldigheter sjuksköterskor har för att frambringa en bra vård med respekt för det mänskliga livet. Personlig kunskap handlar om engagemang och att inte objektifiera patienterna i vårdmöten. White, en annan teoretiker, anser att det behövs ytterligare ett kunskapsområde, det sociopolitiska. Detta för att sätta sjuksköterskans roll i ett större sammanhang för att förstå hur samhället och kulturer påverkar hälsa och lidande (26).

Leininger har skapat en vetenskaplig teori, Theory of Culture Care Diversity and Universality - The Sunrise model, som riktar sig mot transkulturell omvårdnad (27). Leiningers grundprincip är att oavsett kultur så är omvårdnad det grundläggande för att växa och utvecklas. Omvårdnad är kärnan i sjuksköterskans arbete och omsorg är beroende av kultur. Leiningers teori lägger vikt på kultur, vård och hälsa och hur dessa samverkar. Hon tar upp att det är viktigt att vårdaren har kunskap om skillnader som kan finnas när patienten är av annat ursprung och

har en annan kultur (28, 29). Enligt Brämberg (24) sätter Leiningers teori fokus på sambandet mellan kultur, vård och hälsa (24).

Giger och Davidhizar (4, 8) har gjort en modell för transkulturell hälsa där grundprincipen är att varje person är kulturellt unik och detta kan fastställas med hjälp av deras modell som fokuserar på olika kulturfenomen. Några av dessa är kommunikation, plats, tid och möjlighet att påverka sin omgivning. För att kunna använda modellen krävs att vårdpersonalen samlar in data från patienten i form av ett formulär med många olika frågor. När datan sedan analyserats kan sjuksköterskan planera vården och anpassa den efter patientens behov som baseras på kunskap om dess kultur, ömsesidig respekt och samarbete mellan vårdare och patient. Modellen ger sjuksköterskan möjlighet att fokusera på de olika kulturfenomenen och dessa kommer sedan att öka förståelsen för patientens kultur och hur den påverkar hälsan och omvårdnaden (4, 8).

En annan modell är Kleinman och Bensons (21), The Explanatory Models Approach, som innehåller olika frågor. Dessa kan användas som en intervjuteknik där vårdpersonalen ska försöka förstå hur den sociala världen påverkar och inverkar på sjukdom. Denna modell ska användas i början av samtalet, som kommunikations-hjälp med en patient. Vårdpersonalen ska lägga sina professionella kunskaper åt sidan och lyssna på patienternas egna förklaringar och hur de ser på sin situation (21).

PROBLEMFÖRMULERING

Det finns flera böcker och studier på svenska som fokuserar på muslimer och islam. Enligt Carlbom (1) är många av böckerna inom ämnet mer av en handbok och gör ofta grova generaliseringar (1). Larsson (10) menar att även om det gjorts många studier de senaste tio åren så är vår kunskap fortfarande begränsad. I studier som Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet har gjort om invandrare, delas deltagarna sällan in efter religiös tillhörighet. I och med detta så är det svårt att hitta specifik information om hur patienter som tillskriver sig islam upplever hälso- och sjukvården i Sverige (10).

Det finns få studier som fokuserar på den kunskap som behövs för att skapa goda vårdmöten med patienter som har islam som religion. Vår brist på kunskap kan leda till att denna patientgrupp får sämre vård än andra patienter.

SYFTE

Syftet med denna uppsats är att beskriva de kunskaper som kan behövas för att skapa goda förutsättningar i vårdmötet mellan sjuksköterskor och patienter som tillskriver sig islam.

METOD

LITTERATORSÖKNING

Denna uppsats är litteraturbaserad och bygger på olika vetenskapliga artiklar. De databaser vi har använt oss av är PubMed och Cinahl. Eftersom PubMed är en medicinsk databas, så tyckte vi att det var svårt att hitta artiklar som beskrev upplevelser och kulturella möten. Vi hittade därför flest artiklar via Cinahl, som fokuserar på omvårdnad. Vi har sökt brett efter vetenskapliga artiklar, kvantitativa, kvalitativa studier, doktorsavhandlingar och vetenskapliga granskningar. Dessa behandlar möjliga vägar till förbättrat möte med personer som tillskriver sig Islam. Några av de sökord vi använt oss av är ”muslim patients”, ”cultural competence”, ”communicating”, ”patient experience and Islam”, multicultural and swedish. Under figur 1 redovisas vår litteratursökning i en tabell.

När vi använde oss av ”muslimer” eller ”islam” som sökord fick vi få träffar som svarade på vårt syfte, därför fick vi använda oss av mera övergripande ord, så som till exempel kulturell kompetens, multikulturellt, kommunikation och invandrapatienter.

Figur 1. Tabell över litteratursökning.

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal granskade	Referens nummer
2010-08-31	PubMed	Muslim patients	Links to full text, English, nursing journals	41	8	
2010-08-31	PubMed	Patient experience, islam.	Links to full text, English	46	2	35
2010-08-31	Cinahl	Multicultural AND Swedish	Peer reviewed, research article, 1999-2010.	9	2	6, 23
2010-09-01	Cinahl	Cultural competence AND Islamic	Peer reviewed	9	2	8, 12
2010-09-01	PubMed	Communicating, Muslims		8	2	34
2010-09-13	Cinahl	Muslim patients	Peer reviewed, research article	20	1	30
2010-09-13	Cinahl	Multicultural AND nurse	Peer reviewed, research article, 2000-2010.	42	2	23, 31
2010-10-04	Cinahl	Immigrant patients	Peer reviewed, 2005-2010	34	1	33
2010-10-06	Cinahl	Cultural encounters AND Communication	Peer reviewed	12	1	19
2010-10-06	Cinahl	Communicating AND Nurse AND patients	Peer reviewed, research article, 2003-2010.	60	1	32

Utöver våra sökningar fann vi artikel nummer 4 som vi har använt oss av via referenslistan i artikel nummer 8.

Flera av artiklarna kunde vi hitta med olika alternativa sökord. Då vi hittat en intressant artikel så läste vi sammanfattningen för att bedöma om den motsvarade vårt syfte och om vi kunde ha användning av den. Sedan kontrollerade vi om den fanns i full text. Vissa av de artiklar som verkade intressanta kunde vi inte komma åt, varken via internet eller via Göteborgs Universitetsbibliotek så dessa exkluderades.

LITTERATURANALYS

I början av granskningen hade vi 22 artiklar. För att urskilja artiklar som svarade mot vårt syfte gjordes vissa begränsningar där vi bland annat läste artiklarnas abstract och de som inte motsvarade vårt syfte valdes bort. Vi använde oss av innehållsanalys när vi läste artiklarna. Detta med hjälp av Fribergs beskrivning (25). Via analysen kom vi fram till olika teman och subteman som var genomgående i alla artiklar.

Figur 2. Teman och subteman

- Sjuksköterskans kulturella kompetens
 - Otillräcklig kulturell kompetens

- Vikten av kommunikation i omvårdnaden
 - När kommunikationen brister
 - Hur sjuksköterskan bör kommunicera
 - Tolkens betydelse för sjuksköterskan och patienten

- Mötet med närstående
 - Syn på autonomi och självbestämmande
 - Närståendes ansvar mot patienten

- Kunskap om religiösa praktiker

Vi har använt oss av 12 artiklar och en avhandling i resultatet. Artiklarna beskrivs i artikelöversikten, se bilaga 1. Artiklarna bygger på studier gjorda i Sverige, USA, Irland, Scotland, Oman och Nederländerna. Ingen av de studier som är gjorda i Sverige handlar om muslimer, utan handlar om bemötandet av invandrare inom svensk hälso- och sjukvård. Av de andra artiklarna vi valt handlar två om bemötande av muslimer och två om islamisk etik.

De exkluderade artiklarna fokuserade på samhällsproblem, sjukdomar som diabetes, psykisk ohälsa, barnlöshet, sjukgymnastik eller var sammanställningar av tidigare litteratur angående islam. Vi valde bort en artikel som handlade om hur man skulle vårda patienter med muslimsk bakgrund, för att det framkom inte vad författaren hade för syfte. Det fanns många artiklar om hur islam kan praktiseras och vi valde några för att förmedla vad som krävs för att ha kulturell kompetens i mötet och de skillnader som kan visa sig i vården.

Våra inklusionskriterier var att artiklarna skulle innehålla kunskap om hur islam kan praktiseras, hur religion och kultur kan påverka vården samt upplevelser av kulturell vård utifrån sjuksköterskors och patienters synvinkel. Artiklarna skulle även vara skrivna på 2000-talet för att spegla situationen för sjuksköterskor och patienter i vårt nuvarande samhälle.

RESULTAT

Utifrån vår litteraturgranskning har vi kommit fram till vissa teman och subteman som vi ser som viktiga kompetensområden för att ge en grundkunskap i mötet med patienter med islam som religion. Se figur 2.

SJUKSKÖTERSANS KULTURELLA KOMPETENS

Worth (30) framhåller för att kunna leverera en adekvat vård och undvika missförstånd är det av stor betydelse att fråga patienten och de närstående om råd hur de vill bli vårdade enligt deras religion eller kulturella värderingar. Det ska finnas en bra kommunikation som baseras på öppenhet och en vilja att prata om svåra och känsliga ämnen. Sjuksköterskan har även ett ansvar att vara flexibel i att förstå patientens behov. Det ska finnas en kontinuitet i vården så att patienter och närstående känner sig trygga (30).

När vårdpersonal ska lämna tråkiga besked till en patient, måste ämnet tas upp med försiktighet och det är viktigt att framföra information på rätt sätt. Då bör patientens kulturella bakgrund finnas i åtanke och hur den kan komma att påverka patientens upplevelse och respons av informationen. Vårdpersonal ska vara medveten om att det finns kulturella skillnader i hur patienten ser på vissa frågor, som till exempel livsuppehållande åtgärder eller beslut rörande palliativ vård. Det är också väldigt viktigt att varje patient ses som en individ och inte bara som en medlem i en kulturgrupp (4).

Sjuksköterskorna i Skott och Lundgrens studie (31) betonar att tillsammans med erkännande och öppenhet till mångfald, så finns det inga större skillnader mellan invandrare och svenskar när det gäller att se till patientens vård och vårdbehov. Sjuksköterskan kan vinna på att byta kunskaper med patienter från olika kulturer och förbättra sin kulturella kompetens. Sjuksköterskan bör inte tänka etnocentriskt, det vill säga utgå från att det egna etniska perspektivet är det normala. Han/hon bör se sig själv som kulturellt formad och unik, så som den patient de vårdar, för att öka förståelsen för denne. Det gäller att vara öppen för olika alternativ för att lösa svårigheter som kan uppstå (31). Att vara medveten om sina brister i kulturell omvårdnad kan göra vårdare mer öppna för patienter med invandrabakgrund och lära sig av dem. Öppenhet inför människors olika bakgrunder är en förutsättning för att kunna vårda patienter fördomsfritt (24).

Otillräcklig kulturell kompetens

Enligt Björk Brämberg (24) uppfattar vårdare ofta ett annorlunda beteende hos en patient som ett uttryck av patientens kultur. Exempelvis att patienter med en annan

kulturell bakgrund ofta var mer högljudda än svenska patienter. En del vårdare som möter invandrare genomför sitt vårdarbete enligt svenska värderingar och seder. Dessa vårdare uppfattar de kulturella skillnaderna som besvärliga och krävande. Många vårdare tycker sig ha otillräcklig kompetens i mötet med patienter av invandrarbakgrund (24). Vårdpersonalen i Worths (30) studie upplevde att de saknade kunskap om kulturella och religiösa föreställningar och praktiker samt hur de kunde anpassa vården efter patienternas behov. De var även rädda för att göra bort sig och förödmjuka patienterna när det gällde vissa av de kulturella regler som patienter med muslimsk bakgrund kunde ha (30).

VIKTEN AV KOMMUNIKATION I OMVÅRDNADEN

Enligt Ekblad (6) så är verbal och icke-verbal kommunikation viktiga delar i det kulturella mötet inom vården. Missförstånd kan uppkomma om patienter och personal talar samma språk, men missförstånden blir tydligare om patienterna och deras anhöriga inte talar samma språk som sjuksköterskan (6). I Hultsjös studie (23) beskrivs kommunikationsproblem med språkbarriärer och kulturella skillnader, som de största problemen hos sjuksköterskor som vårdar invandrare inom akutsjukvården (23). Vid språksvårigheter kan sjuksköterskan till en viss del använda sig av kroppsspråk, därför att så länge det finns en vilja att förstå så kommunicerar man på de sätt som båda kan använda sig av (31).

När kommunikationen brister

Jirwe, Gerrish och Emami (19) beskriver tillsammans med Worth (30) att många patienter upplever att det finns hinder när man inte pratar samma språk. Tillgången till hälso- och sjukvården blir svårare, de kan inte förmedla sina problem och symtom. De förstår inte alltid motiveringen till varför de får en viss behandling eller ordination och de kan inte heller ifrågasätta den (19, 30). Ett resultat av dessa kulturmöten mellan sjuksköterskor och patienter som inte talar samma språk kan leda till otillräckliga informationsutbyten och försämrad omvårdnad (19). Det kan även leda till misstolkningar och öka risken för feldiagnostisering och felbehandlingar (23). Detta kan upplevas som väldigt svårt för de patienter som redan känner sig sårbara och är oroliga över sin sjukdom (19). I Worths studie (30) tyckte patienterna att det var svårt att bygga upp en relation med sjuksköterskorna när de inte talade samma språk. Det var även svårt att förmedla sin sorg. Patienter som pratade samma språk som sjuksköterskan upplevde vården som bättre, då de kunde beskriva sin situation med hjälp av språket (30). Men även om alla pratar samma språk ansåg patienterna i McCabes (32) studie att sjuksköterskan var dålig på att kommunicera, för att hon var alldeles för styrd av sina praktiska uppgifter och tog sig inte tid att prata och informera patienterna (32).

Hur sjuksköterskan bör kommunicera

Enligt patienterna i McCabes studie (32) var det viktigt att sjuksköterskan tog sig tid och lyssnade på patienterna för att förbättra kommunikationen. De önskade även att sjuksköterskorna skulle vara öppna och ärliga i sin kommunikation och

använda ett språk som de förstod. En empatisk kommunikation var viktig eftersom den visade på ett känslomässigt engagemang mellan sjuksköterska och patient. Detta ökade förtroendet dem emellan (32). Fanns det en öppen kommunikation var det lättare att prata om svåra och känsliga ämnen och det blev även lättare att fråga patienten och de närstående om råd hur de kunde anpassa vården efter deras behov (11, 30).

Tolkens betydelse för sjuksköterskan och patienten

Personalen kunde ibland känna frustration över att inte kunna hjälpa patienterna på grund av språkbarriärerna, när de visste att deras stöd behövdes. Det var då viktigt att använda sig av en tolk som antingen kunde vara en professionell tolk, en anhörig, eller en arbetskollega (6). Använde vårdpersonalen sig av en anhörig som tolk bör de vara medvetna om att det kan leda till problem, eftersom de ibland bara översatte vissa utvalda delar av det som personalen eller patienten sa. De kunde undanhålla information som de inte tycker patienten borde få (6, 30). När de närstående försökte översätta och hjälpa patienten på olika sätt, kunde det leda till förvirring och missförstånd (31). Att ha en kollega som tolk kunde vara en fördel eftersom de kunde fungera som en länk mellan vårdaren och patienten, de kunde även informera om hur de anhöriga såg på omvårdnaden (6). Hos vissa muslimer i arabvärlden skulle tolken helst vara av samma kön som patienten, och en familjemedlem av samma kön borde tolka om det var något känsligt ämne som togs upp, som till exempel reproduktion, cancer eller HIV (8).

I Wiking, Saleh-Stattn och Johanssons et al studie (33) ansåg patienterna med invandrarbakgrund att skillnaderna i språk och kultur mellan dem och läkaren på vårdcentralen kunde orsaka problem i samtalen dem emellan. Många betonade hur viktigt det var att kunna använda sig av en tolk. Vissa av patienterna menade att bara tolken var kompetent så uppstod inga problem, medan andra tyckte att det ändå kunde ske missförstånd på grund av deras egen oförmåga att uttrycka sig om sina problem även då de använde sig av tolk. Vissa av patienterna i studien såg det som deras eget fel att missförstånden uppstod, det var deras fel att läkaren inte kunde förstå dem (33).

Björk Brämberg (24) uttryckte att ofta används en tolk bara när patienterna har inbokade besök hos en läkare och att sjuksköterskorna väldigt sällan använder sig av en tolk. Vården kan då inte ses som trygg och säker för patienterna eftersom missförstånd och frustration kan uppstå (24).

MÖTET MED NÄRSTÅENDE

Enligt sjuksköterskorna i Skott och Lundgrens studie (31) kunde det uppstå problem när familjen var stor och det rådde delade meningar om hur patienten skulle skötas dem emellan. Det kunde gå åt mycket tid till att informera familjemedlemmarna och ibland kunde familjen ha åsikter angående behandlingen som patienten fick. Om sjuksköterskan lyckades lugna familjen och fick dem att känna sig säkra, kände sig även patienten säker och trygg. Sjuksköterskorna i samma studie (31) beskrev även att patienten kunde bli väldigt passiv och svår att aktivera när familjen

hela tiden fanns runtomkring och hjälpte denne med saker som patienten skulle vinna på att göra själv. Ibland skulle patienten behöva aktivera sig för att återhämta sig snabbare. I vissa familjer ville de anhöriga inte att sjuksköterskan pratade med patienten angående sjukdomen för att inte oroa denne (31). Detta kunde kopplas till att vissa muslimer har ett grupporienterat tänkande där delar av autonomi överläts till familjen (6).

Syn på autonomi och självbestämmande

Enligt Westra, Willems och Smith (34) kunde det i mötet med en muslimsk patient vara bra att ha ett öppet sinne och vara medveten om att människor kan se på autonomi på olika sätt. I deras studie framhölls att för många muslimer var det svårt med absolut autonomi, det vill säga att patienten är självbestämmande, därför att han/hon har ett ansvar mot Gud att ta emot den vård som erbjuds, vårda sin kropp och värdesätta livet. Som människa var man en del i ett socialt sammanhang där imanen, den religiöse ledaren och släktingar spelade en stor roll i personliga beslut. En viktig vägledande princip för hur de som tillskriver sig islam bör leva var att visa respekt för den mänskliga värdigheten samt att bevara och skydda liv (34, 35). Westra et al (34) menade att diskussioner om att avstå från behandling som kunde orsaka skada eller förlänga lidandet inte var något som vanligtvis diskuterades bland muslimer. Inom delar av islam värderades livet ovillkorligt, därför kunde livsförlängande behandlingar inte vara av ondo. Det är Allah som gör den faktiska healingen och läkaren utför Allahs vilja (34).

Sjuksköterskor upplevde skillnader i individorienterat tänkande och grupporienterat tänkande i Ekblads studie (6). I vårt västerländska, individorienterade samhälle sågs individuella rättigheter, integritet och självbestämmande som viktigt. I det grupporienterade samhället bekräftades individen via familjen och släktingar. Individen var beroende av sin grupp och hade skyldigheter mot gruppmedlemmarna. Detta ledde till att de närstående var mer engagerade i den vård som rörde patienterna inom det grupporienterade tänkandet än i det individorienterade tänkandet (6).

Närståendes ansvar mot patienten

Bland muslimer var det vanligt att ta ansvar och ta hand om varandra. De närstående kunde därför vara involverade i medicinska beslut eller föra patientens talan (11). Patienten fick ofta många besök eftersom familj och vänner ville visa moraliskt stöd och kärlek till patienten. Bland vissa muslimer var det vanligt att de närstående samlades runt den sjuka eller döende patienten för att dem var väldigt nära Allah och bönerna då blev besvarade. Det var inte bara socialt viktigt utan även viktigt ur ett religiöst perspektiv (12).

Worth (30) visade i sin studie att vissa muslimer och minoritetsgrupper i Scotland hade fördomar till palliativ vård, de såg det som ett misslyckande att inte kunna ta hand om sina närstående när de befann sig i livets slutskede. Som patient eller som närstående kände de sig rädda för att inte kunna göra sig förstådda, de ville inte vara till besvär och de var rädda för att bli diskriminerade av vårdpersonalen. De kände sig inte sedda och bekräftade (30).

KUNSKAP OM RELIGIÖSA PRAKTIKER

För sjukvårdspersonal finns det rutiner hos en del muslimer som kan vara bra att känna till. Exempelvis att när en patient är döende, kommer många nära och kära för att besöka denne eftersom de vill visa stöd och omtanke för patienten (11). Det ses som viktigt ur en religiös synvinkel (12). Det är vanligt att läsa ur Koranen för att be om förlåtelse och få Guds nåd (11). Vårdare bör ha i åtanke att människor kan ha speciella seder kring hur de önskar bli vårdade och naturligtvis fråga patienten och närstående hur de vill ha det. Inom de flesta delar av islam har familjen ett stort inflytande. Många gånger vill de skydda den som är sjuk genom att undanhålla patienten dess tillstånd. Detta kan ses som ett hinder när man vårdar. Inom islam är det vanligt att familjen är det beslutande organet, det vill säga att de vet vad som är bäst för patienten (18).

Enligt Khlood och Rick (12) önskade vissa muslimska män eller kvinnor att bli vårdade av någon av samma kön, gick detta inte att uppfylla borde vårdpersonalen förklara för patienten varför så var fallet. Ibland kunde patienten då önska att ha en extra vårdpersonal eller anhörig, av samma kön, närvarande vid undersökningen eller behandlingen. Vid undersökningar önskade patienten att kroppen exponerades så lite som möjligt, särskilt om detta uttrycktes av patienten eller familjen. Författarna beskrev även att kosten var viktig för många muslimer, de borde till exempel inte äta griskött eller dricka alkohol. Vissa läkemedel kan innehålla förbjudna ämnen så som alkohol eller gelatin, som kan tillverkas av svin- eller nötsvål. Detta bör vårdpersonalen informera patienten om. Vissa muslimer kunde behöva hjälp med den personliga hygien inför bönen, där det anses viktigt att vara rituellt ren (12).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

När vi använde sökorden ”muslimer” och ”islam” så handlade många artiklar om hur Ramadan påverkar de som har diabetes, abortfrågor samt andra etiska dilemman. Många av artiklarna handlade även om hur det var att leva med kroniska sjukdomar. Dessa artiklar hjälpte oss inte att nå vårt syfte och de artiklar som kvarstod efter granskningen var väldigt få. De artiklar vi använt oss av i resultatet kan kanske upplevas som olika varandra. Studierna som är gjorda i Sverige riktar sig mot invandrare i allmänhet. För att få muslimernas perspektiv av vården har vi använt oss av studier från andra länder. Vi använde även artiklar om islamisk bioetik för att visa vilka skillnader som finns jämfört med den västerländska vården. Bioetik handlar om normer och värdekonflikter inom sjukvård. Studierna vi använt oss av har riktat sig mot sjuksköterskor inom hemsjukvården, akutsjukvård och på hospice. De har riktat sig mot patienter inom den palliativa vården samt på en vårdcentral. Oavsett kultur eller religion så liknade patienternas upplevelser varandra från de olika studierna och sjuksköterskornas likaså. Så även om studierna är olika varandra har vi hittat gemensamma teman i dessa som har hjälpt oss att bygga upp och knyta samman vårt resultat.

Fortsatt forskning inom området behövs för att bland annat lyfta fram hur muslimerna upplever vården och hur det är att bli vårdad i Sverige. Får vi mer kunskap om hur olika muslimerna kan praktisera sin religion kan vi kanske slå hål på mediernas stereotypa framställning av islam och muslimerna. Detta skulle bidra till ökad möjlighet för oss inom sjukvården att vårda patienter fördomsfritt.

RESULTATDISKUSSION

Vårt mål med denna litteraturstudie var att identifiera kompetensområden som kan skapa goda förutsättningar för vårdmöten mellan sjuksköterskor och patienter som tillskriver sig islam. För att detta ska uppnås är det viktigt att ha en förståelse för hur islam utövas för att kunna bemöta muslimska patienter utan fördomar.

Kleinman och Benson (21) menar att kultur, spelar roll i vården, kulturella faktorer är viktiga för diagnos, behandling och vård. Men det som är viktigast är att fråga patienten vad som betyder mest för dem angående sjukdom och behandling. På samma sätt menar Dowrick et al. (22) att kulturkompetens hör ihop med en patientcentrerad vård, där vårdpersonal ska försöka sätta sig in i patientens värld och se problemet genom patientens ögon (22). Kulturell kompetens innebär enligt Carlbom (1) att ha en öppenhet mot olikheter, att inte diskriminera och att samhället ska vara kulturellt berikat, jämlikt och respektfullt (1). Är ett samhälle kulturellt berikat och tolerant mot skillnader så behöver många av de generaliseringar av religioner som görs i dagens samhälle inte uppstå. Som sjuksköterska ska man vara öppen och inte diskriminera, oberoende var patienten kommer från. Många av de egenskaper som ingår i kulturell kompetens, det vill säga att kunna visa respekt, öppenhet och tolerans ingår i sjuksköterskors kompetensbeskrivning och bör därför vara självklara. Det som vi tycker kan fattas i

dagens sjukvård är kunskap om religioner och att de kan utövas och uttryckas på olika sätt. Detta är något som vi har med oss från grundskolan och som bör tas upp igen i sjuksköterskeutbildningen för att påvisa hur viktigt det är.

Kultur och religion har ofta stor betydelse för muslimer och det kan vara svårt att vårda någon utan att ta hänsyn till dennes sociala sammanhang. Familjen är av så stor betydelse att vi inte bör bortse från den. Saknas religiösa kunskaper om varför familjen betyder mycket kan det vara svårt att som sjuksköterska förstå varför vissa personer som tillskriver sig islam vill överlåta sin autonomi eller sin självbestämmanderätt i sina närståendes händer. Björk Brämberg (24) anser att vi inte behöver lära oss några kulturella särdrag för att agera patientcentrerat. Vi bör isolera individen från sitt sociokulturella sammanhang för att på så sätt fokusera på individen. Författaren ser kultur som ett statiskt begrepp och tycker att vi ska bortse från patientens kultur i vården (24). Vi menar dock i linje med Dellenborg, Skott och Jakobsson (17), att vi kan och bör använda oss av kultur för att förstå den enskilda personen, för kan en person någonsin förstås utanför sitt sociokulturella sammanhang? Vårt argument är att om vi använder oss av ett dynamiskt kulturbegrepp som tar hänsyn till förändring och förvandling inom gruppen minskar risken att fastna i stereotyper (17, 21).

Genom att använda sig av Carpers teori kan man fördjupa sig i det moraliska och det personliga kunskapsområdet för att inte objektifiera patienten utan bygga upp möten bestående av nyfikenhet och empati. Sjuksköterskan har en skyldighet att ge en bra vård med respekt för det mänskliga livet. White (26) gör ett viktigt och aktuellt tillägg till de olika kunskapsområdena med det sociopolitiska, som säger att man som sjuksköterska behöver förstå hur samhället och kulturer påverkar hälsan (26). Detta diskuterar även Kleinman och Benson (21) när de säger att människan inte kan bortse från sin kultur utan att vi är en del av den. De har skapat en modell som ska hjälpa vårdpersonal att förstå patientens livsvärld genom patientens ögon (21). Leiningers teori säger att vi ska ha kunskap om kulturella skillnader när patienten är av annat ursprung och har en annan kultur för att kunna ge en adekvat omvårdnad (29). Vi tycker att Leiningers Sunrise model verkar vara ganska komplicerad och svår att använda i praktiken, men att den kan vara ett bra verktyg att använda när vi behöver urskilja vårdbehov hos patienter med en annan kulturell tillhörighet än den egna. Giger och Davidhizar (4, 8) ser på varje individ som kulturellt unik och genom att använda deras frågeformulär får vi fram olika kulturella fenomen som visar på varje individs unika sätt att praktisera sin religion. Formuläret innehåller väldigt många frågor och det kan vara svårt tidsmässigt att använda dessa i praktiken. Vi tror att de kan vara nyttigt att läsa igenom alla frågorna för att få förslag och inspiration till vilka utav dem som sjuksköterskan kan behöva ställa för att få en djupare förståelse för patienten.

Brister i kunskapen om att personer inom islam ser annorlunda på autonomi kan orsaka problem i svensk sjukvård, samt bristen på självreflektion. Som vårdare kan vi ofta ta för givet att ett individorienterat tänkande är det enda rätta och att autonomi är något som alla önskar. Sjuksköterskan bör alltid ha i åtanke att vissa muslimer kan ha ett annat förhållningssätt till autonomi. Det är även viktigt att vårdpersonal reflekterar över sin egen förståelse om att de själva är kulturellt formade och inte representerar en universell sanning (21). Många vårdare vet inte att det grupporienterade tänkandet som finns inom islam grundar sig i religiösa

åtaganden. Att många närstående samlas hos den sjuke kan upplevas som besvärande och medföra mer arbete för sjuksköterskorna. Det kan till exempel gå åt mycket tid till att informera och diskutera med de närstående (31). Vi tycker det är viktigt att inte se de närstående som ett problem, utan använda dem som en resurs och en tillgång. Patienter kan känna sig trygga och bli lugnare av att ha närstående nära och vårdpersonal kan få en hjälpande hand, en tolkningsresurs om det finns språkproblem och någon som förmedlar patientens eventuella religiösa eller kulturella önskemål.

Brister i kommunikationen är en bidragande orsak till missförstånd som kan leda till brister i vården, det kan även göra båda parter osäkra. Detta gäller alla kulturella möten och inte bara möten med muslimer. Kommunikation är en av de viktigaste delarna i mötet med patienten. Flera av studierna visar att en sjuksköterska kommer långt i kommunikationen bara hon/han är empatisk, ärlig, öppen och medveten. Vi kan se på hälsan, sjukdomar och döden på olika sätt - den svenska vårdens perspektiv är inte det enda sanna.

Att använda sig av tolk är ett bra sätt att förmedla information men det kan även uppstå problem som Ekblad (6) och Worth (30) beskriver i sina studier. Sjuksköterskan bör vara medveten om att använder han/hon en närstående som tolk kan viss information utebli (6, 30). Det som vi tycker är positivt med att använda sig av närstående som tolk är att de känner varandra sen innan och de befinner sig ofta hos patienten. Det kan vara viktigt för patienten att få vara med att bestämma vem tolken är eftersom han/hon kanske inte vill diskutera gynekologiska problem, sexuella problem eller preventivmedel med en tolk av motsatt kön eller med sina föräldrar. Enligt Björk Brämberg (24) är det viktigt att vara delaktig i sin vård och det underlättar att kunna kommunicera med varandra. Att vara delaktig innebär att få ställa krav på vården och få sina behov uppmärksammade och tagna på allvar. Detta ökar möjligheten för patienter att få kontroll över sin vårdssituation (24).

Att bli bemött med respekt innebär bland annat att patienten får kommunicera och uttrycka sig om upplevelsen av sin situation och därefter få bekräftelse av vårdpersonalen. Om vi som sjuksköterskor misslyckas med att få patienterna att känna sig delaktiga kan det bero på att vi inte arbetar patientcentrerat. Patienterna kan känna sig kränkta och otrygga (24). Det är av stor vikt att veta att alla inte utövar islam på samma sätt och att fråga patienten hur denne vill bli vårdad för att vårdmötet ska bli lyckat.

REFERENSER

1. Carlbom, A. The Imagined versus the Real Other. Multiculturalism and the Representation of Muslims in Sweden. 2003. (Doktorsavhandling).
2. Holy, L. Religion and custom in a Muslim society. Cambridge: Cambridge University Press. 1991.
3. Larsson, G. Islam and Muslims in the Swedish Media and Academic Research: With a Bibliography of English and French Literature on Islam and Muslims in Sweden, European University Institute. 2006. [2010-10-20] Tillgänglig: http://cadmus.iue.it/dspace/bitstream/1814/6318/1/RSCAS_2006_36.pdf
4. Newman Giger, J. Davidhizar, R E. Multi-Cultural and Multi-Ethnic considerations and advanced directives: developing cultural Competency. Journal of Cultural Diversity. 2006; 13(1): 3-9.
5. Statistiska Centralbyrån. [2010-02-15] Tillgänglig: www.scb.se
6. Ekblad, S. Marttila, A. Emilsson, M. Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm. Journal of Advanced Nursing. 2000; 31(3), 623-630.
7. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. [2010-10-28] Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879_/2005-105-1_20051052.pdf
8. Newman Giger, J. Davidhizar, R E. Culturally competent care: emphasis on understanding the people of Afghanistan, Afghanistan Americans, and Islamic culture and religion. International Nursing Review. 2002; 49, 79–86.
9. Nämnden för Statligt Stöd till Trossamfund. [2010-10-11] Tillgänglig: <http://www.sst.a.se/statistik.4.7501238311cc6f12fa580005236.html>.
10. Larsson, G. Muslims in the EU: Cities Report (Sweden) Preliminary research report and literature survey. Budapest: Open Society Institute. 2007. [2010-10-20] Tillgänglig: http://www.islamicpopulation.com/Europe/Sweden/Sweden_Islam.pdf
11. Larsson, I-J. Hallingberg, K S. Människor och tro - Svensk sjukvård möter världsreligionerna. IJL Multi-Faith rådgivning. 1997. Älvsjö.

12. Khlood, S. Rick, Z. Considering Faith Within Culture When Caring for the Terminally ill Muslim Patient and Families. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2010;12(3): 156-163.
13. Stier, J. *Kulturmöten - En introduktion till interkulturella studier*. Lund: Studentlitteratur. 2004.
14. Mohammadi, N. Evans, D. Jones, T. Muslims in Australian hospitals: The clash of cultures. *International Journal of Nursing Practice*. 2007; 13, 310–315.
15. Eklund, M. *Interkulturellt lärande*. 2003. (Doktorsavhandling).
16. Hellman, J. Kulturrasism - en antropologisk backlash? *Tvärsnitt*. 1995; 2.
17. Dellenborg, L. Skott, C. Jakobsson, E. Transcultural encounters in a medical ward – experiences of care professionals. In press. *Journal of Transcultural Nursing*. 2010.
18. Stryhn, H. *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. 2007.
19. Jirwe, M. Gerrish, K. Emami, A. Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2010; 24, 436–444.
20. Donnelly, P L. Ethics and cross-cultural nursing, *Journal of Transcultural nursing*. 2000; 11(2) 119-126.
21. Kleinman, A. Benson, P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Medicine*. 2006; 3(10) 1673-1676.
22. Dowrick, C. Gask, L. Edwards, S. Aseem, S. Bower, P. Burroughs, H. et al. Researching the mental health needs of hard-to-reach groups: managing multiple sources of evidence. *BMC Health Services Research*. 2009; 9, 226.
23. Hultsjö, S. Hjelm, K. Immigrants in emergency care: Swedish health care staff 's experiences. *International Nursing Review*. 2005; 52, 276–285.
24. Björk Brämberg, E. Att vara patient och invandrare i Sverige. Ett individorienterat perspektiv. 2008. (Doktorsavhandling).
25. Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur. 2006. Kapitel 2.
26. White, J. Patterns of knowing: Review, critique and update. *Advances in Nursing Science*. 1995; 17(4), 73-86.

27. Nationalencyklopedin. Madeleine Leininger. [läst 2010-10-28] Tillgänglig: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sok/leininger?type=NE>
28. Hall, E. Four generations of nurse theorists in the U.S.: an overview of their questions and answers. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*. 1997; 17(2): 15-23.
29. Leininger, M. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices *Journal of Transcultural Nursing*. 2002; 13, 189-192.
30. Worth, A. Vulnerability and access to care for South Asian Sikh and Muslim patients with life limiting illness in Scotland: prospective longitudinal qualitative study. *BMJ*. 2009;338:b183.
31. Skott, C. Lundgren, M S. Complexity and contradiction: home care in a multicultural area. *Nursing Inquiry*. 2009;16(3):223–231.
32. McCabe, C. Nurse- patient communication; an exploration of patients experiences. *Journal of Clinical Nursing*. 2004; 13, 41–49.
33. Wiking, E. Saleh-Stattin, N. Johansson, S-E. Sundquist, J. Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2009; 23; 290–297.
34. Westra, E A. Willems, L D. Smit, J B. Communicating with Muslim parents: the four principles are not as culturally neutral as suggested. *European Journal of Pediatrics*. 2009; 168, 1383-1387.
35. Daar, S A. Khitamy, A B. Bioethics for clinicians: 21. Islamic bioethics. *Canadian Medical Association Journal*. 2001; 164(1):60-63.

Bilaga 1: Artikelöversikt.

Författare	Titel	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat
Björk Brämberg, E. Sverige. 2008	Att vara invandrare och patient i Sverige. Ett individ- orienterat perspektiv	Att ge en fördjupad förståelse hur det är att leva som invandrare i Sverige och upplevelsen av att vara patient.	Avhandling bestående av en inledande och en huvudstudie. Kvalitativ studie av patienter från hemsjukvården. Patienter med psykisk ohälsa exkluderades.	I den inledande studien var det 8 kvinnor som ville delta. De kom från östeuropa och mellanöstern och var mellan 54-89 år. I huvudstudien deltog 9 kvinnor och 6 män mellan 32-65 år. De talade svenska och hade invandrat till Sverige under 1975-94. De var födda i länder utanför norden.	Datan presenteras i fallbeskrivningar som tolkas och jämförs för att ge en övergripande bild av intervjumaterialet. Därefter görs en jämförande analys och en sammanfattande tolkning av allt material.
Daar, S A. Khitamy Al B. Canada. 2001	Bioethics for clinicians: 21. Islamic bioethics	Syftet var att diskutera bioetik utifrån islam och muslimers sätt att se på etik.	Artikeln är en veten- skaplig granskning och är gjord av Dr. Daar, professor i kirurgi på College of Medicine i Sultan Qaboos Universi- ty, Oman. Han är med- lem i etiska kommittén för genetik. Mr. Al Khitamy forskar på islam och jobbar på Microbio- logy Dept, Sultan Qabo- os University Hosp, Oman.	Fallstudie. Analysen är gjord av båda forskarna.	Läkare behöver veta att islam kan praktiseras på olika sätt och att det är viktigt att inte stereotypisera patienter. Det finns många likheter med judendom och kristendom. Inom islam är det förbjudet att inte skydda livet.
Ekblad, S. Sverige. 2000	Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm	Syfte ett var att samla reflektioner från fokusgrupper som deltagit i ett 3-dagars seminarium angående multi-kulturell vård i livets slut. Syfte två var att få kunskap om hur det är att arbeta med patienter med annan kulturell bakgrund på hospices. Sista syftet var att ta reda på om det behövs mer träning angående kulturell kompetens på dessa hospices.	Tre hospices deltog i studien. Det var 76 st ur vårdpersonalen som gått ett tre dagars seminarium angående kulturell vård ett halvår tidigare. Av dessa deltog 19 st i tre fokusgrupper, ca 5-8 deltagare på varje hospice. Deltagarna var motiverade till att vara med i studien. Fem av deltagarna var inte födda i Sverige. Det var bara kvinnor som deltog i studien.	En kvalitativ metod med fokusgrupper har använts. Intervjuerna varade mellan 1-2 h och spelades in. Datan analyserades utifrån ett grupperspektiv, resultatet sändes tillbaka till hospices för godkännande.	Resultatet presenterades utifrån teman: kulturella utmaningar i palliativ vård, kommunikation, vad som kan underlätta i multikulturell vård och om det finns ytterligare behov av multikulturell utbildning.
Hultsjö, S. Hjelm, K Sverige. 2005	Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences	Att identifiera om personal inom den somatiska och psykiska akutsjukvården upplevde problem med att vårda invandrare, och om så är fallet, jämföra dessa.	Intervjuer med fokusgrupper bestående av 22 kvinnor och 13 män som arbetar som vårdpersonal på akuten, ambulansen och psykakuten.	Kvalitativ metod med semistrukturerade fokusgrupps intervjuer. Personalen hade mer än 2 års erfarenhet. De intervjuades 3 ggr under 2 månader.	Datan presenterades i olika teman, t.ex svårigheter vid asylsökande, olika kulturella beteenden, könsroller och språksvårigheter.
Jirwe, M. Gerrish, K. Emami, A. Sverige. 2010.	Student nurses' experiences of comm- unication in cross-cultural care encounters.	Syftet var att utforska sjuksköterske- studenters erfarenhe- ter av kommunikation i kulturella vårdmö- ten.	10 st studenter, inne på sitt sista år på ett uni- versitet i Sverige. Fem av deltagarna hade svensk bakgrund och fem hade invandrar-bakgrund. Intervjuer gjordes för att ta reda på deltagarnas erfarenheter av kom-	En explorativ kvalitativ studie genomfördes med semi- strukturerade intervjuer som spelades in, skrevs om och analyserades med hjälp av ett inramande tillvägagångs- sätt.	Fyra teman hittades: Före- ställningar av tvärkulturella vårdmöten, svårigheter med kommunikation, kommunikations strategier och faktorer som inverkar på kommunikationen.

			<p>munikationen i interkulturella vårdmöten. Deltagarna hade alla erfarenhet av interkulturella möten.</p>		
<p>Khlood, S. Rick, Z. USA, Pittsburg. 2010</p>	<p>Considering Faith Within Culture When Caring for the Terminally ill Muslim Patient and Families.</p>	<p>Artikeln vill ge en generell överblick av den islamska tron och hur den kan uttryckas för att öppna upp till möjliga vägar för att stärka sjuksköterskor i mötet med den döende Muslimen och dennes närstående.</p>	<p>Artikeln är skriven av två forskare DrPH, PhD från Pittsburg. De använder sig bl.a av Leiningers Cultural Care Theory - the SunriseModel, för att illustrera att kulturell kunskap har betydelse i vården. Författarna har också använt sig av en iman från Islamic Center of Pittsburgh.</p>	<p>Artikeln är en av flera för att utbilda i kulturell kompetens. www.NursingCenter.com\CE</p>	<p>Tro, religion och andlighet bör inte ses som isolerade utan sammanlänkade med patientens kulturella kontext. Detta för att få en helhetssyn och en kulturell förståelse för patienten och dennes familjs önskan om hur patienten vill bli vårdad i livets slut.</p>
<p>McCabe, C. Irland. 2004</p>	<p>Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences</p>	<p>Syftet var att undersöka hur patienterna upplevde hur sjuksköterskor kommunicerar.</p>	<p>Det var åtta patienter från ett sjukhus på Irland som blev intervjuade. Man använde sig av ostrukturerade intervjuer som varade i ca 30 minuter dessa spelades in. Det var tre män och fem kvinnor som frivilligt deltog i studien. De hade blivit vårdade i minst fyra dagar.</p>	<p>Kvalitativ metod med hermeneutisk fenomenologisk framtoning har använts. Datan delades in i teman och subteman.</p>	<p>Resultatet presenterades i fyra teman, brist på kommunikation, närvarande, empati och snälla sjuksköterskor.</p>
<p>Newman Giger, J. Davidhizar, R E. USA. 2002</p>	<p>Culturally competent care: emphasis on understanding the people of Afghanistan, Afghanistan Americans and Islamic culture and religion.</p>	<p>Denna artikel ger information om människor från Afghanistan och islamisk kultur och religion. En religion som efter 9/11 fått ökade fientliga fördomar.</p>	<p>Författarna har använt sig av sin egen modell för att bistå till att förstå kulturella fenomen och individer från olika kulturer.</p>	<p>The Giger & Davidhizar Transcultural Assessment Model användes för att fördjupa kunskaperna i bemötandet av afghaner och muslimer i vården.</p>	<p>Det är viktigt att inom vården hitta meningsfulla och användbara vårdstrategier. Dessa baseras på kunskap om det kulturella arvet, trosföreställningar, attityder och beteenden hos patienter.</p>
<p>Newman Giger, J. Davidhizar, R E. USA. 2006</p>	<p>Multi-Cultural and Multi-Ethnic considerations and advanced directives: developing cultural Competency.</p>	<p>Uppmärksamma kulturella skillnader och ritualer i palliativ vård. Artikeln tar upp betydelsen av självbestämmanderätten och vissa kulturella trosföreställningar som kan skapa konflikter för vårdgivarna.</p>	<p>Författarna har använt sig av sin egen modell för att bistå patienter och närstående med att planera kulturellt anpassad vård.</p>	<p>The Giger & Davidhizar Transcultural Assessment Model användes för att se till de unika behov som finns för varje individ vid palliativ vård.</p>	<p>Med hjälp av modellen kan vårdpersonal få ökad kulturell förståelse. Det är viktigt att uppskatta olika synsätt och samarbeta med patienterna för att nå gemensamma mål. Respekt för kulturella skillnader leder till ökat förtroende och nöjdare patienter och närstående.</p>
<p>Skott, C. Lundgren, M S. Sverige. 2009</p>	<p>Complexity and contradiction: home care in a multi-cultural area</p>	<p>Syftet med studien var att ta reda på betydelsen av erfarenhet hos sjuksköterskor inom hemsjukvården i ett multikulturellt område i Sverige.</p>	<p>Intervjuer och gruppdiskussioner genomfördes med ett team som bestod av 5 sjuksköterskor som jobbar inom hemsjukvården i en förort i Sverige.</p>	<p>Intervjuerna och gruppdiskussionerna som hölls på sjuksköterskornas kontor, spelades in och tolkades av flera olika forskare med ett hermeneutiskt perspektiv.</p>	<p>Författarna kom fram till olika teman som var: ställe av mångfald, diskussioner om plats och vårdansvar.</p>
<p>Westra, E A. Willems, L D. Smit, J B. Nederländerna. 2009</p>	<p>Communicating with Muslim parents: the four principles are not as</p>	<p>Utmana lämpligheten av kommunikation utifrån de fyra principerna som ses som universella guidningsregler inom biomedicinsk etik.</p>	<p>Man tittade på ett fall där religionen hindrade muslimska föräldrar från att samtycka till livsuppehållande åtgärder.</p>	<p>En litteratur analys gjordes där man diskuterade principernas olika betydelse utifrån de som tillskriver sig islam och de som inte gör det.</p>	<p>Man kom fram till att använda sig av de fyra principerna i kommunikationen med patienten kan skapa konflikter. Principerna kan dock vara användbara när</p>

	culturally neutral as suggested.	Dessa är respekt för autonomi, att inte göra skada, sträva efter att göra gott och rättvisa.			man analyserar etiska dilemman.
Wiking, E. Saleh-Stattin, N. Johansson, S-E. Sundquist, J. Sverige. 2009	Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden.	3 olika syften som handlar om att utforska patienters erfarenheter gällande primärvårds konsultationer i Stockholm. Att ta reda på om patienternas tillfredsställelse med konsultationen med läkaren på vårdcentralen kan kopplas till bl.a. migrations relaterande faktorer. Det sista syftet var att analysera om patientens tillfredsställelse av konsultationen med läkaren.	Tre etniska grupper valdes ut för att de tillhörde de största icke-europeiska grupperna av invandrare i Sverige och tidigare studier av författarna har varit baserade på samma grupper. Ett frågeformulär som skapats för studien, översattes, och anpassades kulturellt efter respondenternas språk, delades ut till 78 invandrapatienter från Chile, Iran och Turkiet. Detta gjordes på 12 olika vårdcentraler i Stockholm.	52 patienter besvarade frågeformulären som sedan analyserades med beskrivande statistiska analyser.	De flesta av svaren berörde kommunikationsproblem som berodde på språk och kulturella skillnader mellan läkaren på vårdcentralen och patienten samt läkares förmåga att lyssna. Att ha en kompetent tolk var viktigt för att kunna skapa ett bra möte.
Worth, A. T Irshad, T et al. Scotland. 2008	Vulnerability and access to care for South Asian Sikh and Muslim patients with life limiting illness in Scotland.	Syftet var att undersöka vårderfarenheterna hos sikh och muslimska patienter i Skottland med livshotande sjukdomar och deras familjer. Författarna ville öka förståelsen för svårigheter vid palliativ vård.	25 avsiktligt utvalda patienter med sikh eller muslimskt ursprung. 18 anhörigvårdare och 20 professionella vårdare. 92 djupintervjuer gjordes.	Kvalitativ metod användes. Patienterna och deras anhöriga intervjuades i deras hemmiljö, på ett språk de förstod. De professionella intervjuades på telefon. Materialet lästes flera gånger för att få en heltäckande förståelse.	Datan presenterades utifrån följande rubriker: tillgå effektiv palliativ vård, barriärer till effektiv vård, barriärer hos patienter och anhöriga, barriärer hos de professionella samt att överkomma dessa barriärer hos sårbara grupper.