

Sjuksköterskors kulturkompetens i transkulturella vårdmöten

En studie av kulturkompetensens roll
inom sjukvården

FÖRFATTARE

Karin Olsson
Vera Wiltberger

PROGRAM/KURS

Sjuksköterske
-programmet,

180 högskolepoäng

Examensarbete i
omvårdnad
OM 5250
VT 2011

OMFATTNING

15 högskolepoäng

HANDLEDARE

Birgitta Danielsson

EXAMINATOR

Lisen Dellenborg

Institutionen för Vårdvetenskap & hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel: transkulturella	Sjuksköterskors kulturkompetens i vårdmöten – en studie av kulturkompetensens roll inom sjukvården
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ högskolepoäng/kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	28 sidor
Författare:	Karin Olsson Vera Wiltberger
Handledare:	Birgitta Danielsson
Examinator:	Lisen Dellenborg

SAMMANFATTNING

Syftet med denna uppsats var att beskriva vårdmötet med patienter med annan etnisk bakgrund än sjuksköterskors och om/hur mötet påverkas av sjuksköterskors kulturkompetens. Materialet som ligger till grund för denna studie utgörs av tio kvalitativa nationella och internationella artiklar och en avhandling som hämtades ur vårdvetenskapliga databaser och via manuell sökning. Textanalysen genomfördes enligt Febe Fribergs metod i form av en beskrivande syntes som bidrag till evidensbaserad vård. I analysprocessen användes för ämnet relevanta sökord. Ur resultatet framkom att det fanns både hinder och möjligheter i det interkulturella mötet och att begreppet kulturkompetens tolkades på olika sätt av sjuksköterskorna. Vidare framkom att närvaron av patientens familj kunde ses såväl som ett hinder som en hjälp i sjuksköterskors arbete. Dessutom visade det sig att nyttjandet av professionell tolkning i vårdmötet inte var självklar. Det framkom att sjuksköterskors kulturella förförståelse påverkade vårdmötets utgång och att problem i kommunikationen var ett återkommande bekymmer. Studien visade även att sjuksköterskor inte sällan kände sig otillräckliga i mötet med patienterna och önskade bli mer kulturkompetenta. Vidare kunde det konstateras att brister i utbildningen var anledningen till att sjuksköterskestudenter och praktiserande sjuksköterskor inte var tillräckligt förberedda på att möta patienter med annan etnisk bakgrund än deras egen. Studien ledde till slutsatsen att sjuksköterskor som tolkar kulturkompetens utifrån ett vidgat synfält, där även de egna kulturella erfarenheterna och värderingarna inkluderas, kan erbjuda transkulturell individanpassad vård.

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
HISTORISK UTVECKLING.....	5
STATISTIK.....	6
LAGAR OCH FÖRORDNINGAR.....	6
CENTRALA BEGREPP.....	7
KULTUR.....	8
HÄLSA OCH OHÄLSA SOM KULTURELLA BEGREPP.....	9
VÅRDMÖTEN MELLAN MÄNNISKOR MED OLIKA ETNISKA BAKGRUND.....	10
KOMMUNIKATION.....	10
TOLKNING.....	12
KULTURKOMPETENS.....	12
MODELLER FÖR UTVECKLANDET AV KULTURKOMPETENS.....	13
Madeleine Leininger.....	13
Josepha Campinha-Bacote.....	14
Larry D. Purnell & Betty J Paulanka.....	15
OMVÅRDNADSTEORETISK FÖRANKRING.....	15
PROBLEMFÖRMULERING.....	16
SYFTE	16
METOD	16
DATAINSAMLINGSMETOD.....	16
DATAANALYS.....	17
ANALYS AV ARTIKLAR.....	18
INKLUSIONS- OCH EXKLUSIONSKRITERIER.....	18
ETISKA ASPEKTER.....	18
RESULTAT	19
KULTURKOMPETENS I VÅRDMÖTET.....	19
Kultur.....	19
Kunskap 19	
Utbildning.....	20
Vårdmöten mellan människor med olika etniska bakgrund.....	21
Attityder 21	
SVÅRIGHETER I VÅRDMÖTEN MELLAN MÄNNISKOR MED OLIKA ETNISKA BAKGRUND.....	22
Vanmakt, osäkerhet och otillräcklighet i mötet.....	22
Kommunikation.....	23
Familj.....	25
Yttre faktorer.....	26
MÖJLIGHETER I VÅRDMÖTEN MELLAN MÄNNISKOR MED OLIKA ETNISKA BAKGRUND.....	26
Det öppna och holistiska synsättet i vårdmötet.....	26
Familj.....	27
Kommunikation.....	27
DISKUSSION	27
METODDISKUSSION.....	27
RESULTATDISKUSSION.....	28
Kultur.....	28
Sjuksköterskans önskade och upplevda förhållningssätt i vårdmötet.....	29
Attityder 29	
Kommunikation.....	30
Familj.....	30
Kulturkompetens.....	31
Utbildning.....	32
SLUTSATS.....	32
FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING.....	33
LITTERATURFÖRTECKNING	34

INLEDNING

Egenupplevda situationer på praktik- och arbetsplatser visar att det kan råda osäkerhet bland sjuksköterskor i mötet med patienter med annan etnisk bakgrund än den egna. Dessa möten kan innebära en ökad sårbarhet och en större utmaning för båda parterna, därför är det viktigt att skapa medvetenhet för de kulturella skillnaderna och deras betydelse i det professionella mötet. Om vårdmötet misslyckas kan patienter uppleva frustration av att känna sig missförstådd och sjuksköterskor kan känna sig otillräckliga i sitt arbete. Som resultat av detta försämras vården.

Det är uppsatsförfattarnas uppfattning att begreppet kulturkompetens tillskrivs en allt större betydelse i vårdsammanhang och att detta begrepp kan tolkas på olika sätt, vilket kan påverka vårdmötet. Uppsatsförfattarna tycker sig ha upplevt i vården att det finns en tendens att kategorisera, genom att betrakta patienter från liknande kulturer som en homogen grupp. Enligt Ahmadi (2008) kan detta medföra att patienten som individ försvinner och därmed reduceras till en anonym medlem i en etnisk eller kulturell till synes homogen grupp. Enligt Helman (2007) präglas vårdmöten alltid av sjuksköterskornas roll som representanter för vårdinstitutionen. Detta innebär att patienter redan från början kan hamna i en underordnad position. Vidare finns det en tendens att uppfatta patienter vilka inte tillhör majoritetskulturen som den svagare parten i mötet med sjuksköterskan. Anledning till detta anses vara att patienten saknar kunskap om majoritetskulturen och ofta kan vara okunnig om sina rättigheter (Ahmadi, 2008). Ur detta perspektiv blir sjuksköterskans roll och kulturkompetens en betydelsefull och avgörande faktor för patientmötet.

Uppsatsförfattarna ville med anledning av ovanstående problematik undersöka hur ett vårdmöte kan se ut och om/hur sjuksköterskors kulturkompetens spelar in i sammanhanget.

BAKGRUND

HISTORISK UTVECKLING

I uppsatsen kommer den moderna sjukvården att stå i fokus, men för att kunna få en förståelse för hur sjukvården ser ut idag följer nedan en kort historisk överblick över Sveriges utveckling till dagens samhälle som utgörs av många olika etniciteter.

Sveriges syn på invandring i början på 1900-talet var restriktiv. Det infördes pass- och viseringstvang, dessutom krävdes det speciella arbets- och uppehållstillstånd. Antal invandrare som kom till Sverige fram till 1940-talet var således lågt och innebar cirka 5000-7000 personer per år. I slutet av andra världskriget ökade antalet till 30 000 personer per år vilket berodde på tillströmning av flyktingar från Baltikum och andra grannländer i Norden. Den organiserade invandringen av yrkesutbildad arbetskraft i samband med högkonjunkturen började kring slutet av 1940-talet och ökade stegvis till 1960-70-talet. Som mest kom det mer än 75 000 personer per år till Sverige, främst från grannländerna men även från södra Europa (Larson, 1999). Ungefär vid mitten av 1960-talet anammar fackföreningsrörelsen en mer avvisande inställning till invandring

och den fackliga pressen börjar ifrågasätta den okontrollerade arbetskraftsinvandringen (Lundh, 2010). Efter 1970-talet sjönk antalet invandrare kraftigt till cirka 35 000 per år och bestod främst av anhöriga till de tidigare invandrarna (Larson, 1999).

Det politiska klimatet i Sydamerika ledde till en ny våg av invandring av politiska flyktingar under 1970-talet. Under 1980-talet anländer asylsökande från Asien, Afrika och Mellanöstern. I sviterna av balkankriget som ägde rum under 1990-talet kom en ny våg av flyktingar främst från Bosnien-Hercegovina.

Sverige är det land i Västeuropa som tog emot flest flyktingar i förhållandet till den egna folkmängden och idag har – som redan nämnts ovan – cirka 19 % av den svenska befolkningen utländsk bakgrund (Larson, 1999).

STATISTIK

Enligt Statistiska Centralbyrån, SCB, är de största invandrargrupperna efter svenskar som återvänder hem efter längre utlandsvistelse, irakier, somalier och polacker. Sveriges befolkning utgörs i dag av omkring 180 olika nationaliteter. I enlighet med tidigare år i statistiken är det fler män än kvinnor som invandrar. Vid årsskiftet 2010/11 är andelen av Sveriges befolkning med utländsk bakgrund nära 19 %. Ungefär 15 % av Sveriges befolkning är födda utomlands, den största gruppen bildar finländare (171 000) och irakier (121 000). Ungefär 411 000 personer som är födda i Sverige har två utrikes födda föräldrar (SCB, 2010).

LAGAR OCH FÖRORDNINGAR

The International Council of Nurses, ICN, har formulerat en etisk kod som ska vägleda sjuksköterskor i deras dagliga arbete. I riktlinjerna nämns bland annat sjuksköterskors uppgift att verka *”för en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattning hos individ, familj och samhället respekteras”* men tar även upp sjuksköterskors ansvar att *”initiera och stödja åtgärder som tillgodoser, i synnerhet svaga befolkningsgruppers hälsa och sociala behov”* (ICN, 2011).

Under de inledande bestämmelserna till Hälso- och sjukvårdslagen (1997:142) nämns det under rubriken Mål för hälso- och sjukvården § 2:

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården” (Socialdepartementet, Sveriges riksdag, 1982).

Även i Sjuksköterskans kompetensbeskrivning nämns det under helhetssyn och etiskt förhållningssätt att sjuksköterskan ska visa öppenhet och respekt för olika värderingar och trosuppfattningar (Socialstyrelsen, 2005).

Patientsäkerhetslagen § 1 säger att: *”Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls”* (Socialdepartementet, SFS, 2008).

CENTRALA BEGREPP

Etnicitet

Detta uttryck har traditionellt används av antropologer för att beteckna det som anses utmärka en specifik grupp av människor i förhållande till andra etniska grupper (Magnússon, 2002).

Enligt Jirwe, Momeni och Emami (2009) kan etnicitet definieras som en tillhörighet till en grupp människor som anses ha gemensamt ursprung och för gruppen specifika särdrag såsom religion. Gruppen kännetecknas av intern sammanhållning, lojalitet mot värderingar, normer samt seder. Vidare har de språk och symboler gemensamt. Till skillnad från de förstnämnda författarna anser Eriksen (1998) att det är svårt i dagens globaliserade värld att försöka avgränsa kulturer från varandra och att bortse från eventuella likheter och gemensamheter som kan finnas över de kulturella gränserna.

Uppsatsförfattarna anser i enlighet med Barth (1998) och Wolf (1992) att etnicitet inte bara är något som ”finns” utan framförallt även någonting som sker och görs i form av social organisation. Enligt det senare synsättet syftar etnicitet på hur människor organiserar sin etniska identitet i möten med andra etniska grupper i olika kontexter. Etnicitet är således inte något statiskt eller ”medfött”.

Mångkulturell

Detta begrepp används i de för uppsatsen valda artiklarna. Begreppet beskriver ofta ett samhälle/organisation där olika etniska grupper existerar sida vid sida och på olika sätt interagerar med varandra i olika sammanhang. Eriksen (1998) poängterar dock att begreppet ”mångkulturell” inte automatiskt står för jämlikhet utan snarare ger uttryck för asymmetriska maktförhållanden. Enligt Carlbom (2003) är ”mångkulturell” ett mycket problematiskt begrepp då det kan leda till stereotypisering och marginalisering av människor som inte tillhör majoritetskulturen. Ytterligare en svaghet är att begreppet inte reflekterar att kultur genomgår en kontinuerlig förändring genom tiden och i möten mellan människor. Av den anledningen väljer uppsatsförfattarna att inte använda begreppet i studien trots att det används frekvent i samhället och i litteraturen.

Interkulturell

Stier (2004) använder begreppet interkulturell för att definiera möten med människor med *olika* kulturella bakgrunder, medan han beskriver möten mellan människor med *gemensam* kulturell bakgrund som intrakulturell. Samtidigt anser uppsatsförfattarna att även möten inom en och samma grupp kan vara interkulturella i den meningen att det kan handla om möten över klass-/ och generationsgränser eller dylikt.

Etnocentrism

Enligt Stier (2004) innebär etnocentrism att utgå från sin egen kultur eller etnicitet, och anse dessa överlägsna, då andra grupper värderas. Detta menar Stier frammanför stereotyper, attityder och fördomar (Stier, 2004).

Simultan dual etnocentrism

Begreppet syftar på att sjuksköterskor bedömer och agerar utifrån sin syn på den kliniska verkligheten och sina förväntningar på patienten vilka präglas av hans/hennes kulturella referensramar. Omvänt bedömer och agerar patienten utifrån sin syn på sjukvården och sina förväntningar på sjuksköterskor och på vården (De Santis, 1994).

Transkulturell omvårdnad

Är en humanistisk och vetenskaplig förankrad omvårdnad som fokuserar på likheter och olikheter bland människor med olika kulturella bakgrunder. Transkulturell kunskap används för att ge kulturspecifik eller kulturkongruent vård till människor baserad på deras kulturella värderingar och trosförställningar i relation till hälsa och sjukvård (Ekman & Emami, 2007).

Reflexivitet

Är enligt Helman (2007) vårdpersonalens förmåga att på ett ärligt vis granska det egna kulturella ”bagaget” såsom fördomar eller särskilda övertygelser som kan äventyra en human, framgångsrik vård.

KULTUR

Uppsatsförfattarna väljer att definiera kultur enligt antropologen Lisbeth Sachs som ”*människors gemensamma, delade, socialt inhämtade medvetenhet, vilken överförs och vidmakthålls genom kommunikation*” (Hanssen, 1998, s. 9).

Begreppet kultur kan sägas innefatta en mängd olika antaganden som går i arv från generation till generation och är i ständig förändring vilket innebär att kulturen aldrig blir statisk (Hanssen, 1998; Kleinman & Benson, 2006). Man kan uttrycka det som att en mental kulturell karta skapas av människorna som hjälper dem att orientera sig i tillvaron och ger dem kunskap om hur de bör bete sig. De förändringar som sker inom en grupp blir till sist en del av den ”kulturella kartan”. På detta viset förändras kartan och återspeglar nya beteenden, meningar och ordningar som samhällets invånare förpliktas till att följa (DeMarinis, 1998). Kulturen kan sägas vara den referensram som hjälper individen att strukturera sin omgivning (Hanssen, 1998).

Kultur är följaktligen vad människor gör den till. Människan är inte alltid medveten om sin egna kulturella bakgrund, men kan bli det då något inträffar som drar uppmärksamhet till den. Detta inträffar ofta då människor med olika kulturella bakgrunder möts eller då någon byter sin kulturella kontext. DeMarinis (1998) menar att genom att i dessa situationer vara öppen för de kulturella yttringarna som visar sig i mötet kan man få insikt i, och förstå, sitt eget handlande. Istället för att se den främmande kulturen som något skrämmande kan den hjälpa människor att bli uppmärksamma på sin egen kulturella bakgrund, sina referensramar och sitt sätt att tänka (Hanssen, 1998). I sammanhanget är det viktigt att poängtera att fördomar, det vill säga förväntningar, föreställningar och den egna förförståelsen är del av det egna agerandet (Birkler, 2007).

Människor bär inte med sig sin kultur som en sköldpadda bär med sig sitt skal. Med detta menas att personer påverkas av sin kulturella bakgrund, men som individer förändras de ständigt och anpassar sig mer, eller mindre, till sina aktuella omständigheter. Varje ny erfarenhet innebär en möjlighet för individen att antingen bekräfta eller utmana sina normer, värderingar och övertygelser. Individen är med detta sagt inte en slav under sina traditioner (Magnússon, 2002). Detta innebär att ingen person ska tvingas till att vara representant för den egna kulturella bakgrunden. Sett ur ett patientperspektiv innebär det även att en patient ska bli bemött med den

respekt och omsorg som den individ han eller hon är (Hanssen, 1998). Omvårdnadsvetenskapen lyfter fram att människan är unik och därmed ska bemötas individuellt utefter sina unika förutsättningar (Willman, 2009). Detta styrks även av Kleinman och Benson (2006) som anser att sjukvårdens huvudsyfte måste vara att se människan bakom patienten istället för att göra stereotypa antaganden som grundar sig på etnicitet, ålder, kön, religion och dylikt.

Kulturella yttringar manifesterar sig i människors liv och leverne som ett sätt att organisera tillvaron på, men avspeglar sig även på andra sätt, såsom klädedräkt, språk, matvanor och religiös utövning. De mer osynliga återspeglarna av en kultur kan ses i reaktioner vid smärta och fruktan och vad som är skamligt eller osedligt (Hanssen, 1998).

Genom tiderna har människan byggt olika typer av gränser mellan den egna gruppen och andra grupper (Stier 2004). Gränsdragningar kan skifta karaktär i takt med att exempelvis politiska, sociala eller ekonomiska förutsättningar förändras (Barth, 1998). Enligt Stier (2004) är fenomenet att dra gränser typiskt för alla kulturer och etniska grupper. Han säger vidare att vi tidigt i livet får lära oss att hellre umgås med vissa grupper och undvika andra, vilket sker i den sociala process som alla människor genomgår. Ett ”vi” och ”de” tänk uppstår. ”De” tillskrivs egenskaper som står i kontrast till ”vi”. Denna tillskrivningsprocess speglar individens och vi-gruppens önskan att förklara och förstå sina egna och andras handlingar genom att attribuera de ”andra” vissa karaktärsdrag och egenskaper. Genom att på detta vis anta att ”de” är annorlunda stärks och synliggörs den egna identiteten. Vidare resonerar Stier (2004) att kontakt med ”de” kan väcka känslor av obehag jämfört med umgänget inom den egna gruppen. Samtidigt bör det uppmärksammas att definitionen av ”de andra” kan ha olika innebörd beroende av den omgivande kontexten (Barth, 1998).

HÄLSA OCH OHÄLSA SOM KULTURELLA BEGREPP

Människor har det gemensamt att de under sin livstid möter både sjukdom och död, men hur de uppfattar, uttrycker och förklarar sjukdom och död varierar ändå på grund av olika förhållanden (DeMarinis, 1998).

Begreppen hälsa och ohälsa är direkt kulturrelaterade. En och samma sjukdom kan ha helt olika innebörder i skilda kulturer. En sjukdom kan således delvis tolkas utifrån sitt kulturella sammanhang och blir därför inte endast ett biologiskt tillstånd. Ett tillstånd kan på grund av detta tolkas mycket olika i olika etniska grupper. I den ena etniska gruppen kan tillståndet vara ett resultat av att en synd har begåtts, medan tillståndets tolkning i en annan etnisk grupp inte alls påverkas av ett religiöst värderingssystem. Sjukdom och beskrivningar av vad sjukdom är kan med det sagt se mycket olika ut i olika samhällen, men kan även skilja sig mellan olika grupper av människor inom samma samhälle (DeMarinis, 1998).

En kulturkrock kan uppstå i vårdmöten när patienters och vårdinstitutionens syn på vård och omsorg kolliderar. Enligt Ahmadi (2008) kan ett vårdmöte alltid innebära en risk att patienten hamnar i underläget om dessa saknar kunskap om majoritetssamhällets syn på vård och omsorg och är omedvetna om sina rättigheter.

DeMarinis (1998) poängterar att detta möte är ett möte mellan två *människor* med olika kulturella bakgrunder, inte ett möte mellan två olika *kulturer*. Detta är en distinktion som är viktig att framhäva enligt DeMarinis då vårdtagaren genom detta synsätt i första hand uppfattas som en människa. Vidare framhäver DeMarinis att det inte finns en person från en kultur som är den andre lik utan att var och en är en individ som delar en gemensam kulturell grund med andra (1998).

VÅRDMÖTEN MELLAN MÄNNISKOR MED OLIKA ETNISKA BAKGRUND

Respekt för patienters integritet och autonomi är en av de grundläggande etiska värderingarna i vården. Bäärnhielm (2007) menar att det måste finnas utrymme för ett kontinuerligt reflekterande över vad etik och respekt för patientens integritet och autonomi betyder. Vidare menar författaren att kulturmötet ska innehålla en fungerande kommunikation och ett gott bemötande (Bäärnhielm, 2007). För att vidare kunna analysera vad ett gott vårdmöte är krävs det en överblick över moraliska och etiska värderingar som ligger till grund för människans handlande. Altruistiska känslor är en nödvändig förutsättning för kommunikation som baseras på sympati, empati och barmhärtighet (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2003).

Enligt De Santis (1994) möts det tre olika kulturer i ett vårdmöte mellan patient och sjuksköterska från olika kulturer. En av dessa är sjuksköterskans egna professionella kultur som inbegriper antaganden, värderingar och praktiker. Vidare nämner De Santis patientens kulturella identitet, som grundas i patientens erfarenhet av hälsa och ohälsa, personliga värderingar, övertygelser samt praktiker. Sistnämnda är omgivningens kultur där patienten och sjuksköterska möts (sjukhus, ute i samhället, i familjen). Sjuksköterskor tar inte enbart med sig sina professionella kulturella föreställningar in i mötet utan även sin egna kulturella bakgrund (Kleinman & Benson, 2006). Målet för både patienter och sjuksköterskor är att om möjligt komma fram till åtgärder som fungerar för båda (De Santis, 1994). Om sjuksköterskor blir medvetna om det som De Santis kallar för ”simultan dual etnocentrism” leder detta till en medvetenhet om kulturell mångfald i vården vilken i sin tur kan vara en hjälp i arbetet. Betydelsen av att bli varse av hur sjuksköterskors egna kulturella bakgrund påverkar relationen till patienten får inte underskattas (Holland, 2010).

Birkler (2007) förklarar att förförståelsen skapar förväntningar som människan bär med sig in i mötet med andra. Att inte kunna förstå en annan människa kan antingen bero på att jag inte vill ändra min förförståelse eller att "den andres" handlingar inte är meningsfulla utifrån min förståelsehorisont (Birkler, 2007).

KOMMUNIKATION

Kommunikation är ett ömsesidigt utbyte, att dela något med någon eller några. Det är något som skapar förbindelser, en aktivitet som människan skapar och arbetar med. Att kommunicera är något som människan lär in genom att ge och ta emot kommunikation. Människan kommunicerar för att överleva, samarbeta och för att tillfredställa personliga behov. Men att kommunicera handlar inte enbart om verbala uttryck, en stor del består även av kroppsspråk vilket förmedlar det som inte sägs klart och tydligt. Det kan handla om symbolik eller om ”det som sägs mellan raderna” i ett

möte (Fossum, 2007). Denna så kallade icke-verbala kommunikation kan både underlätta ömsesidig förståelse men även försvåra densamma och spelar därmed en avgörande roll i de mänskliga samspelet och har en viktig innebörd för kulturmöten (Stier, 2004).

Det är som regel komplext med kommunikationssituationer av interkulturell karaktär vilket innebär en sannolikhet till att ömsesidiga missförstånd uppstår. Variationen mellan individer *inom* en etnisk grupp kan vara större än *mellan* olika etniska grupper och kulturella processer kan dessutom skilja sig inom samma etniska grupp (Stier, 2004; Kleinman & Benson, 2006). Som redskap för en god interkulturell kommunikation lyfter litteraturen fram begreppet ”mindfullness” (Bäärnhielm, 2007). I ett vårdsammanhang kan detta begrepp användas som ett verktyg för att kunna se nya möjligheter i en kommunikativ situation av interkulturell karaktär. Genom att byta referensram, använda nya begrepp och försöka vara en kreativ problemlösare kan dessa nya möjligheter upptäckas. Det är även viktigt att försöka förstå värderingar som skapar motpartens självbild, vara öppen för olika former av identitet samt försöka förstå problem utifrån den andres kulturella och personliga referensramar. En meningsfull kommunikation i vårdsammanhang förutsätter således ett intresse att förstå den andres perspektiv (Bäärnhielm, 2007).

I vårdsammanhang uppstår det en kunskapsbaserad objektivering av patienter som hjälper sjuksköterskor att utöva och behålla sin professionalitet eftersom det skapar distans. I kontrast till detta förhindrar den etiska objektiveringen, som resulterar i att patienter nedvärderas, en autentisk kommunikation och innebär en kränkning av patienters integritet och grundläggande rättigheter (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2003).

Enligt da Silva och Ljungquist (2003) präglas en tvåvägskommunikation av att båda parter, det vill säga sändaren och mottagaren, är aktiva och ansvariga för sina attityder och handlingar gentemot varandra. Kommunikationen kännetecknas av respekt för den andres autonomi, integritet och värdighet och av att visa tolerans, sympati och öppenhet. I en professionell vårdrelation skall sjuksköterskor och patienter bekräfta varandra (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2003).

Då det gäller kommunikationsproblem inom vården visar forskning att problemen uppstår på grund av att många vårdare hellre fokuserar på sjukdomar och behandling av dessa än på patienten, dennes livssituation och hälsoproblem (Fossum, 2007).

Ett annat kommunikationshinder är hur sjuksköterskor ser på patienter och hur de uppfattar sig själva som vårdare (Fossum, 2007). Om det kulturella avståndet är stort mellan patient och vårdare i en kommunikativ situation kan vårdaren lätt tolka en patients besvär i kroppsliga termer istället för emotionella. Det kan vara lättare att göra det konkret kroppsliga till något gemensamt i situationen. Det abstrakta och emotionella kan vara svårare att hantera. Det är även möjligt att patienten har en dålig kunskap om hur vårdaren arbetar och vice versa, vilket ytterligare begränsar förståelsen parterna emellan. Sker kommunikationen på olika språk blir tolkens roll central (Bäärnhielm, 2007).

TOLKNING

I lika hög grad som en diskussion om kultur och kulturmöten kommer handla om kommunikation, kommer den att handla om språk (Stier, 2004). Vidare menar Bäärnhielm (2007) att nyckeln till kommunikation är språket. Språket ger oss ord att uttrycka känslor och uppfattningar, men språk kan samtidigt vara en källa till begränsningar i kommunikationen. Vidare kan ord ha skilda betydelser i olika sociala grupper. För en lekman kan ett ord ha en betydelse som får en helt annan innebörd för den professionelle. Ord och begrepp kan med detta sagt ha olika språkliga och kulturella betydelser. Patienter som inte behärskar svenska har en begränsad förmåga att kommunicera på svenska och det kan vara särskilt svårt att verbalt förmedla till exempel känslor (Bäärnhielm, 2007).

Entrena (2007) påpekar att det finns lagar som reglerar den rätt med vilken en person som inte behärskar svenska kan kräva tolkservice i sin kontakt med myndigheter. Behovet av tolk kan vara ömsesidigt, men det finns tillfällen då endera parten inte önskar tolk. Vid dessa tillfällen är det tillräckligt om endast en part önskar tolkning (Entrena, 2007; Justitiedepartementet, 1986).

Både diagnostik och behandling är beroende av en god språklig kontakt, men det är även viktigt att patienten får hjälp med att uttrycka sig rent känslomässigt i svåra frågor. Med en tolk kan nyanseringar i språket förmedlas och förstås vilket gynnar kontaktskapandet i mötet (Ekblad, Janson, & Svensson, 1996). Tolkservice är ett viktigt led i att kunna ge vård på lika villkor (Ekblad, Janson, & Svensson, 1996; Socialdepartementet, Sveriges riksdag, 1982).

Att ge anhöriga rollen som tolk innebär en risk att information filtreras och försvinner, denna filtrering kan vara avsiktlig eller omedveten. Det händer att anhöriga som tolkar undviker att lämna information som anses åsamka oro för patienten, eller försöker hindra en anlitad tolk att förmedla besked till patienten om livshotande sjukdom. Motiveringen till detta beteende kan ligga i deras kulturella erfarenheter och att läkaren i deras hemland inte skulle meddela patienten om en sådan allvarlig sjukdom utan bara underrätta patientens familj. Trots att behovet finns anlitas inte alltid tolk. Det finns olika skäl till detta. Att det tar tid och är dyrt är två anledningar som gör att tolk inte används. Det har begåtts allvarliga misstag inom vården som ett resultat av att tolk inte har anlitas. Konsekvenserna faller på sjukvårdspersonalen. Det borde därför i allra högsta grad ligga i vårdpersonalens intresse att anlita tolk och inte förlita sig på patienters vänner och anhöriga (Entrena, 2007).

KULTURKOMPETENS

Enligt Helman (2007) leder en ökad kulturkompetens hos sjukvårdspersonalen till en positiv effekt i diagnosticering och behandling av ohälsa och att rätt medicinska resurser sätts in. I ett längre förlopp kan detta leda till att skillnaderna i hälsa mellan minoritetsgrupper och majoritetsgrupper minskar (Helman, 2007). Kulturkompetens handlar inte bara om att ha kunskap om andra kulturer. Kulturkompetens handlar även om att förstå och kunna relatera till kulturella skillnader (Jirwe, Momeni, & Emami, 2009). Att utveckla kulturell omvårdnad är beroende av många faktorer som till exempel sjuksköterskors attityder och flexibilitet. Att vara fördomsfull eller agera

rasistiskt ointetgör möjligheten att utveckla kulturanpassad vård (Holland, 2010). Enligt Stier (2004) kan trångsynthet, osäkerhet och rädsla inte motverkas endast med relevant information utan problemet är mer komplext och utmanande än så. Åtgärder måste sättas in på en tanke-, känslö- och beteendemässig nivå för att en attitydförändring ska kunna ske (Stier, 2004).

Enligt De Santis (1994) är kulturkompetens sjuksköterskors förmåga att för en tid kunna åsidosätta sina egna kulturella värderingar och traditioner för att kunna se situationen ur patientens synvinkel. Vidare måste sjuksköterskor granska sina egna värderingar i förhållande till patienters och inkludera dessa i vårdhandlingarna (De Santis, 1994). Detta kan kopplas till Helman (2007) som menar att kulturkompetens alltid kräver *reflexivitet* hos sjuksköterskor. Han menar att det inte är meningsfullt att lära ut så kallade kulturella särdrag och ”typiska” trosuppfattningar. Detta kan gynna en generalisering i vårdhandlingarna vilket kan leda till missförstånd och felaktiga beslut om patienten inte motsvarar dessa stereotypa förväntningar eller beter sig därefter (De Santis, 1994). Konsekvensen kan bli att vissa patientgrupper marginaliseras eller stigmatiseras. Kulturkompetens handlar inte om att ha den rätta kompetensen att vårda patienter med invandrabakgrund, utan att kunna vårda alla patienter (Jirwe, Momeni, & Emami, 2009).

Sjuksköterskors kulturkompetens innefattar olika dimensioner: Sjuksköterskors kulturella medvetenhet, deras attityder, flexibilitet och värderingar samt förmåga till kommunikation över kulturella gränser (De Santis, 1994). Begreppet *kulturell medvetenhet* tas även upp av Jirwe, Momeni och Emami (2009) som hävdar att detta förhållningssätt kan vara till hjälp för att identifiera fördomar och attityder samt som en hjälp till att uppmärksamma risken att diskriminera människor på grund av kulturella skillnader.

Birkler (2007) menar att sjuksköterskan inte kan förstå patientens totala situation utan endast kan vara medveten om att han/hon alltid uppfattar patienten utifrån den egna förförståelsen. Hogg (2010) menar att det är omöjligt för sjuksköterskor att bli experter på varje kulturell eller etnisk grupp och att en sådan specifik expertis skulle kunna leda till generalisering och stereotypa antaganden. Enligt Kleinman och Benson (2006) finns det en problematik med sjukvårdens syn på kulturkompetens som anses vara en färdighet som kan läras ut. Dessutom påpekar författarna att patientens etniska tillhörighet inte alltid är primära för ett uppkommet problem utan att det kan finnas andra orsaker (Kleinman & Benson, 2006).

MODELLER FÖR UTVECKLANDET AV KULTURKOMPETENS

I kommande avsnitt presenteras tre teorier angående skapandet av kulturell kompetens.

Madeleine Leininger

Leininger (2002) menar att vården alltid ska vara skräddarsydd för varje individ eller grupp. Hennes *Sunrise model* syftar till att vårdpersonalen ska upptäcka potentiella element som bidrar till förståelse av patienternas behov och hälsokrav. Sådana element kan vara historiska, kulturella och sociala strukturer samt världsåskådning. För att

kunna erbjuda rätt vård och god omvårdnad krävs det medvetenhet om vårdens värderingar, uttryck eller mönster och att dessa används medvetet. Modellen syftar även till att belysa betydelsen av religion, släktskap, samt de politiska och ekonomiska förutsättningarna som präglar den värld patienterna lever i. Sjuksköterskor kan använda sig av Leiningers modell för att ta reda på underliggande information om patientens förutsättningar genom noggranna, strukturerade frågeställningar, tålmod, aktivt lyssnande, och genom att ta till sig och bekräfta det de ser och hör samt att de tror på patienten. Leiningers ansats baseras på antagandet att människor vill berätta sin historia (Leininger, 2002).

Leininger (2002) betonar även vikten av känna till patientens livsmiljö och yttre omständigheter som till exempel matvanor och/eller familjens levnadsvillkor. Vidare ska sjuksköterskor försöka få klarhet över till vilken grad patienter litar på majoritetskulturens hälsosystem eller om den egna kulturens hälsosystem är prioriterad. Vidare är det av vikt att ta reda på tidigare erfarenheter relaterat till hälsa och ohälsa då de är relevanta för hur patienter tolkar eller upplever vården (Leininger, 2002).

För att säkerställa en omfattande bedömning kan sjuksköterskor använda sig av modellens vägledande principer, det vill säga att till exempel visa intresse, vara uppmärksam på kön, klasskillnader, kommunikationsbehov och spatiala behov. Avgörande är även att sjuksköterskor är medvetna om hur de själva har präglats av sin kulturella bakgrund och förförståelse. Innan sjuksköterskan kan använda modellen som bedömningsinstrument för patientens livsvärld måste de bli medvetna om den egna kulturkompetensen respektive de områden som de behöver utveckla (Leininger, 2002).

Josepha Campinha-Bacote

Campinha-Bacotes (2002) modell kan användas för att utveckla och implementera en sjukvård som är mottaglig för kulturella olikheter. Hon ser kulturkompetens som en fortlöpande process i vilken sjukvården strävar efter att arbeta utifrån patientens kulturella kontext. Modellen kräver ett utgångsläge som innebär en vilja att *utvecklas och bli* kulturellt kompetent snarare än att redan anse sig *vara* kulturellt kompetent. Modellen förenar tankar om transkulturell omvårdnad, medicinsk antropologi och multikulturell rådgivning i sin strävan att ge sjukvården underlaget till en utveckling inom kulturell kompetens. Modellens process behandlar fem områden som ska integreras med varandra i utvecklingen mot kulturkompetens. Dessa är kulturell kunskap, kulturellt kunnande, kulturella möten, kulturell medvetenhet och kulturellt begär. Av dessa fem är de sista två begreppen mer relevanta för den föreliggande studien. Kulturell medvetenhet innebär enligt modellen individens kännedom om sin egna kulturella bakgrund som står i relation till fördomar och antaganden om andra människors kulturella historia. Utan kulturell medvetenhet finns det risk för att överföra egna värderingar, mönster och övertygelser på andra kulturer. Kulturellt begär betyder i sammanhanget att sjukvården ska ha en äkta motivation till att *vilja*, snarare än känna sig tvungen, att engagera sig i utvecklingen mot kulturell kompetens (Campinha-Bacote, 2002; Dayer-Berenson, 2011).

Campinha-Bacotes (2002) modell bygger dessutom bland annat på antagandet att det finns mer variationer inom etniska grupper än mellan etniska grupper och att kulturkompetens är en viktig faktor för att kunna ge kulturellt mottaglig vård till patienter med annan etnisk bakgrund än den egna. Det finns även en direkt relation mellan kunskapsnivån inom hälso- och sjukvården och dess förmåga att tillhandahålla kulturellt mottagliga tjänster (Campinha-Bacote, 2002; Dayer-Berenson, 2011).

Larry D. Purnell & Betty J Paulanka

Kulturkompetens innebär, enligt Purnell och Paulanka (2003), att utveckla en medvetenhet om egna tankar, känslor och miljö utan att låta detta ha en otillbörlig påverkan på människor med annan bakgrund än den egna. Kulturkompetens inom vården innebär att anpassa omvårdnaden så att den följer patientens kulturella bakgrund. Detta gör kulturkompetens till en medveten icke-linjär pågående process (Purnell L., 2002; Purnell & Paulanka, 2003).

Denna modell för kulturkompetens baseras på nitton olika antaganden som alla berör kultur som begrepp. Vidare beskriver den tolv områden som alla står i direkt relation till hur den kulturella kompetensen kan uppnås (Purnell L., 2002; Purnell & Paulanka, 2003).

Modellen förser sjuksköterskor med ett ramverk som hjälper dem att reflektera över och ta hänsyn till varje patients unika karaktärsdrag i samband med planering av patientens vård. Modellen har en struktur som innebär en analysering av patientens kulturella bakgrund och den tillåter sjuksköterskor att se individen, familjen, eller gruppen inom dess egna unika kulturella miljö. Den uppmuntrar även sjuksköterskor att använda kommunikativa strategier för att övervinna identifierade barriärer (Dayer-Berenson, 2011).

OMVÅRDNADSTEORETISK FÖRANKRING

Uppsatsförfattarna utgår från Løgstrups (1992) tankemodell. Enligt denna modell är människornas liv sammanflätade på så vis att de i varje möte med en medmänniska alltid har något av den andras liv i sin egen hand. Løgstrup anser att människor under normala omständigheter möter andra människor med en naturlig tillit och att det krävs speciella omständigheter som till exempel krig eller andra former av svek för att människor istället möter andra med misstro. Han talar om en form av grundförtroende som är medfött. Att på förhand känna tillit till varandra hör till att vara människa, och enligt honom skulle vi förtvina om vi i stället mötte varandra med misstro (Løgstrup, 1992). Enligt Myra Levines teori, som beskrivs av Egidius (1988), har varje individ en känsla av identitet och egenvärde som kan hotas i samband med hospitalisering, sjukdom och ohälsa. Den sociala integriteten utgörs av att människan tillhör olika grupper såsom familjen, släkt, föreningar och kultur. Enligt Levine måste vården planeras så att patienten kan upprätthålla sina sociala kontakter och kulturspecifika rutiner (Egidius & Norberg, 1988). Katie Erikssons omvårdnadsteori, som beskrivs av Thorsén (1997), kännetecknas av ett helhetstänkande och att hon söker efter samband och likheter i vårdandet av människor. Hennes teori präglas av en kristen människosyn där människan består av kropp, själ och ande. I likhet med Løgstrup (1992) anser även hon att vårdandet är en naturlig instinkt som finns i alla människor (Thorsén, 1997).

Den naturliga omvårdnaden omfattar hela människan medan den professionella vården har tappat helhetssynen och är mer och mer inriktad på det biomedicinska synsättet (Thorsén, 1997).

PROBLEMFÖRMULERING

Dagens samhälle ställer nya krav på sjuksköterskor. I vårdmöten mellan människor med olika etniska bakgrunder kan nya behov och förutsättningar leda till sårbarhet och utmaningar för både sjuksköterskor och patienter. Detta kan påverka mötet negativt och i värsta fall innebära hinder och svårigheter i sjuksköterskors professionella arbete vilket kan få konsekvenser för patienter. Under dessa förutsättningar får sjuksköterskornas kulturkompetens en betydande roll i mötet med patienter med annan etnisk bakgrund än sjuksköterskornas egna. Denna litteraturstudie avser att skapa kunskap kring dessa komplexa vårdmöten och belysa kulturkompetensens roll i dessa möten.

SYFTE

Denna uppsats syftar till att beskriva vårdmötet mellan sjuksköterskor och patienter med olika etnisk bakgrund och om/hur det påverkas av sjuksköterskornas kulturkompetens.

METOD

Uppsatsförfattarna har valt att göra en beskrivande syntes med grund i analys av kvalitativ forskning som bidrag till evidensbaserad vård. Den litteratur som används för vägledning i analysprocessen är Febe Fribergs (2006) metodbok. Materialet består av tio vetenskapliga, kvalitativa artiklar och en avhandling. Målet var att genom en beskrivande syntes, vilket innebär en analys av materialet med ett minimum av omtolkning, belysa bärande teman i de valda studierna. Resultatet är en beskrivande sammanfattning av studiernas innehåll. De återkommande teman som har framkommit i analysen av det valda textmaterialet har sedan kopplats till olika teoretiska utgångspunkter vilka har valts med hänsyn till studiens syfte där tonvikten ligger på fenomen som omvårdnad och kulturell kompetens.

DATAINSAMLINGSMETOD

Artiklarna som användes för uppsatsens resultat valdes ut genom sökningar i vårdvetenskapliga databaser. Initialt användes Cinahl, Cochrane och PubMed som sedan valdes bort eftersom systemet saknar funktionen *Peer reviewed* vilket ansågs värdefullt då detta kvalitetssäkrar urvalet. Då uppsatsförfattarna var mer bekanta med och kunniga i att hantera de första två databaserna valdes även Cochrane bort. För att hitta avhandlingen användes först LIBRIS och SwePub men valet föll på GUNDA då det var den enklaste vägen att beställa materialet. Under processen uppmärksammades ytterligare artiklar via referenser som hittades i den initiala sökningen. Då uppsatsförfattarna ansåg dessa vara relevanta för syftet söktes artiklarna manuellt via titel i databasen Cinahl. Vad gäller valda sökord började processen i ett sökseminarie som anordnades av Göteborgs universitet. Svensk MeSH användes för att hitta engelska motsvarigheter till valda sökord.

De använda sökorden är: *cultural competence, nursing, relation, minority, culture, cultural values, nurses, care, transcultural nursing, multicultural, communication, ethnic minority, culturally diverse, patient*. Dessa användes delvis var för sig samt i kombination. Sökningarna gjordes under fem dagar i slutet av februari 2011.

Databas	Sökord	Träffar	Lästa	Valda artiklar
Cinahl	cultural competence AND nursing AND relation	16	2	Leishman (2004)
Cinahl	nursing AND minority AND culture	125	4	Cortis (2004)
Cinahl	cultural values AND nurses AND care	160	5	DiCicco-Bloom & Cohen (2003) Ozolins & Hjelm (2003)
Cinahl	transcultural nursing AND multicultural	66	6	Skott & Lundgren (2009) Høye & Severinsson (2008)
Cinahl	communication AND ethnic minority AND nursing	29	1	0
Cinahl	culturally diverse AND patient AND care	83	6	Cioffi (2003) Lundberg m fl (2005)
Manuell/ Cinahl	Minority ethnic users experiences and expectations of nursing care	1	1	Hamilton & Essat (2008)
Manuell/ Cinahl	Nurses' experiences of caring for ethnic-minority clients	1	1	Murphy & Macleod (1993)
GUNDA	Att vara invandrare och patient i Sverige	1	1	Brämberg (2008)

DATAANALYS

Under arbetsprocessen lästes ett stort antal abstracts. Endast de artiklar vars abstracts indikerade relevans för studiens syfte och som var tillgängliga för studenter valdes ut för fortsatt bearbetning. De 27 artiklar som valdes efter första granskningen skrevs ut för vidare läsning. I nästa steg valdes de artiklar vars problemområde och innehåll motsvarade uppsatsförfattarnas syfte och frågeställning. Dessa granskades med hjälp av utvalda kriterier enligt Polit, Beck och Hungler (2001) som hittades genom återkommande referenser i det valda materialet. Slutligen användes tio artiklar och en avhandling vilka sammanställdes i en granskningsmatris (se bilaga 1). Under arbetsprocessens gång lästes de utvalda artiklarna flera gånger, de relevanta fynden sammanställdes i följande huvud- och underteman:

- **Kulturkompetens i vårdmötet**

kultur, kunskap, utbildning, vårdmöten mellan människor med olika etniska bakgrund, attityder

- **Svårigheter i vårdmöten mellan människor med olika etniska bakgrund**

Vanmakt, osäkerhet och otillräcklighet i vårdmötet, kommunikation, tolk, familj, yttre faktorer

- **Möjligheter i vårdmöten mellan människor med olika etniska bakgrund**

Det öppna och holistiska synsättet i vårdmötet, familj, kommunikation

ANALYS AV ARTIKLAR

Under analysprocessen av valda artiklar gjordes en preliminär sammanställning av relevanta fynd i form av olika tema. Som nästa steg sattes rubriker samt underrubriker för dessa teman. Det visade sig att antalet teman var för många och att de därför behövde kondenseras. Ett kreativt infall resulterade i att skriva ner alla preliminära teman och subteman skrevs ner på lappar vilka sedan stuvades om i ett försök att hitta likheter och olikheter. Detta resulterade i en ny struktur som sedan kunde användas för vidare strukturering av resultatet. Under handledningen växte resultatets slutgiltiga struktur fram enligt beskrivna teman i det föregående stycket. Innehållet har därefter bearbetats flera gånger. Stort vikt lades vid att återge artiklarnas innehåll så precist som möjligt utan att förändra andemeningen.

INKLUSIONS- OCH EXKLUSIONSKRITERIER

Följande inklusionskriterier valdes: peer-reviewed, kvalitativ ansats, vårdvetenskaplig inriktning, publicerade på engelska, publicerade mellan 2000-2010.

Det gjordes ingen urskiljning vad gäller artiklarnas ursprungsland. I artikelsökningen uppmärksammades artiklar äldre än tio år via artiklarnas referenser. En artikel som återkom flera gånger granskades. Uppsatsförfattarna valde att inkludera artikeln då den behandlade samma problematik som uppmärksammades i yngre forskning. Detta faktum indikerar att liten eller ingen förändring har skett under en längre period och ansågs av värde för helheten i arbetet. Artiklar där sjuksköterskor inte tillhörde majoritetskulturen för studiens ursprung exkluderades, till exempel hittades studier där svenska sjuksköterskor arbetade i mellanöstern. Artiklar som behandlade psykiatrisk vård exkluderades. Ingen hänsyn togs till ålder, kön eller typ av sjukvårdsinriktning.

ETISKA ASPEKTER

Uppsatsförfattarna har i sin granskning av använda artiklar kontrollerat att artikelförfattarna redovisar att etiska principer har följts. I en av artiklarna hade de etiska principerna kunnat förklaras på ett tydligare vis. Bristerna ansågs dock inte vara av så allvarlig karaktär att artikeln inte kunde användas. I bearbetningen av artiklarna har författarna varit noggranna med att inte förändra materialet eller framställa eventuella egna åsikter. Stor hänsyn har tagits till en korrekt referenshantering där källor tydligt framgår.

RESULTAT

KULTURKOMPETENS I VÅRDMÖTET

Kultur

Resultatet i de granskade artiklarna visar att begreppet kultur tolkas och uppfattas på olika sätt av de intervjuade. Deltagarna i Cortis (2004) studie tolkade begreppet bland annat som ursprunglig samhällsgrupp, livsstil, sociala förhållanden, värdesystem och språk. Till exempel nämndes bland annat musik, klädstil, hygien, normer, mat och religiös övertygelse (Cortis, 2004). Hur kulturella skillnader och olikheter tolkas av deltagarna beror bland annat på individen, familjens struktur, ansvar och betydelse, språk, religion, nationalitet men inte primärt på kultur i sig (Skott & Lundgren, 2009). Sjuksköterskorna i Cortis (2004) studie hade svårigheter att relatera begreppet kultur till patientens vård. Det rädde delade uppfattningar om huruvida kulturkongruent vård bidrog till patientens återhämtning. I artikeln hänvisas till tidigare forskning och det konstateras att dessa olika uppfattningar påverkas av det västerländska värdesystemet som oftast är normbildande i vården (Cortis, 2004). I samma studie beskrev en sjuksköterska sin upplevelse om hur kultur påverkar patientvården. *"I do not think that culture influences patient care too much because at the end of the day patient care is patient care regardless to who the person is ... so you are going to do all your basic nursing care"* (Cortis, 2004, s. 55). I kontrast till ovan nämnda studier finner Brämberg (2008) i sin avhandling att sjuksköterskornas önskan att lära sig mer om andra kulturer inte grundas endast på viljan att ge god vård utan syftar till människans behov av att kategorisera och definiera det okända, det vill säga att göra det okända mer begripligt. Olikhet som upplevs av en etnisk grupp i relation till en annan kan ligga till grund för att människor ser sig själva som normen och de andra som avvikande (Høye & Severinsson, 2008). Skott och Lundgren (2009) anser att kulturell olikhet används som en etnocentrisk term eftersom den fokuserar på vad som skiljer en annan människa från mig själv och inte hur jag skiljer mig från henne. Annan forskning verifierar att kultur uppfattas på detta sätt, nämligen som något tillhörande "de andra", i motsättning till att se kultur som något som kan tillämpas på "jaget" (Cortis, 2004). Även upplevelser av otillräcklighet i vårdmötet och sjuksköterskors tendens till stereotypisering skapas av ett tankesätt som präglas av "vi och dem" (Høye & Severinsson, 2008).

Kunskap

Upplevelserna som beskrivs i Hamilton och Essats (2008) studie visar att sjukvårdspersonalens kunskap om patienternas kultur och religiösa seder upplevs som bristfällig.

Möten med patienterna präglades av sjuksköterskors dåliga kulturkompetens och deras etnocentriska agerande med tendens till att skylla på och lägga ansvaret för mötets utgång på patienten. Detta kommunicerades både verbalt och icke-verbalt (Hamilton & Essat, 2008). Sjuksköterskor var medvetna om att kulturkompetens i den professionella rollen var bristfällig och att de behövde förbättra sin förståelse för andra kulturer (Høye & Severinsson, 2008) Bristfällig kulturkompetens skapade frustration bland sjuksköterskor (Leishman, 2004; Murphy & Macleod Clark, 1993). Vidare pekar

Høye och Severinssons (2008) forskning på ett behov av ökad kunskap om patienters etnicitet vilket skulle öka den ömsesidiga respekten i mötet.

Två studier uppmärksammar att kunskapsbrist skapar svårigheter i vårdmötet. Sjuksköterskor tyckte att det skapade problem att inte veta vad som var acceptabelt eller inte i vårdmötet (Murphy & Macleod Clark, 1993; Høye & Severinsson, 2008). Vidare ansåg sjuksköterskor att bättre kulturkompetens skulle hjälpa dem att undvika konflikter som uppstår på grund av deras okunskap och på det sättet förbättra kvalitén på vårdmötet (Leishman, 2004). Enligt författaren behövs det självinsikt och medvetenhet om andra kulturer för att kunna tackla denna konfliktproblematik (Leishman, 2004). Dock visar en studie av Hamilton och Essat (2008) att patienter inte bara efterfrågade kunskap om kulturella och religiösa rutiner utan även önskade att sjuksköterskor visade *förståelse* för deras kultur och seder. Det är således inte kunskap i sig som är det viktiga utan hur denna kunskap appliceras och att sjuksköterskor visar kulturell känslighet. Saknas denna känslighet blir de kulturella skillnaderna mer påtagliga. Detta påverkar hur sjuksköterskans och patientens gemensamma grund bildas (Hamilton & Essat, 2008).

Leishmans (2004) studie visar att det finns en insikt bland sjuksköterskor och en tydlig strävan från deras sida att ändra och förbättra vårdmöten med patienter med annan etnisk bakgrund än deras egna. Sjuksköterskor ser kombinationen av kunskap och förståelse som en nyckel till att kunna ge bra vård. De eftersträvar en holistisk vård som bygger på kunskap och förståelse och där individens behov spelar en central roll (Leishman, 2004). Slutligen hävdar Leishman att kulturkompetens leder till ökad förståelse och respekt för patientens kulturella bakgrund och religion. Även Hamilton och Essat (2008) anser att kunskap om kultur och religion är viktigt men att det är lika viktigt att patienterna behandlas med respekt.

Utbildning

Det konstateras att det finns brister i utbildning om kulturkompetens under utbildningen samt i den dagliga verksamheten (Leishman, 2004; Lundberg, Bäckström, & Widén, 2005). Sjuksköterskor ansåg genomgående att de inte var tillräckligt förberedda för att arbeta i multikulturella sammanhang och att den förberedelse som erbjudits var präglad av majoritetens kultur (Cortis, 2004). Detta styrks av äldre forskning där resultaten uppvisar att sjuksköterskor inte hade blivit förberedda i sin utbildning för de utmaningar och problem som de upplevde sig erfara i sin vård av etniska minoritetspatienter (Murphy & Macleod Clark, 1993). Studenter ansåg att det var viktigt för dem i sin utbildning att bygga upp en kunskap som kunde göra dem kulturellt kompetenta. De ville lära sig mer om det de refererade till som ”kulturens grundstenar” och förstå hur de i sin roll som sjuksköterskor kunde skapa ett beteende som gynnade en kulturellt lämplig vård. De såg att det fanns en risk i att inte vara medveten om de kulturella variationerna, och att detta kunde skapa missförstånd (Lundberg, Bäckström, & Widén, 2005). Enligt resultat i Hamilton och Essats (2008) studie räcker praktiktiden inte till för att uppnå kulturkompetens, däremot kan diskussioner och utbyte av studenternas erfarenheter som samlades under praktiktiden öka medvetenheten om vikten av kulturkompetens. Sjuksköterskor angav att det finns reala och omedelbara behov av att förbättra den kulturella kompetensen i utbildningen

och i den dagliga verksamheten. Vissa var nervösa och kände sig osäkra när de skulle vårda patienter med annan etnisk tillhörighet än de själva (Leishman, 2004).

Vårdmöten mellan människor med olika etniska bakgrund

Leishmans (2004) studie visar att självinsikt eller brist på den samt sjuksköterskors känslor gentemot patienter påverkade vårdmötet. Sjuksköterskors upplevelser i mötet med dessa patienter präglades av ödmjukhet och insikt om att man inte kan ta något för givet. Möten med människor med icke-svensk bakgrund ledde till att sjuksköterskor vidgade sina vyer. Kontakten skapade närhet och förståelse och insikt om att patienter med icke-svensk bakgrund är patienter ”som alla andra”. Dessa möten och de förändrade synsätten ledde till att rasism och fördomar som sjuksköterskor hade i början avtog och ersattes med respekt för olika nationaliteter och religioner. Sjuksköterskor som började se patienter som individer och inte som del av en viss ”kultur” försökte att hitta en position mellan universalitet och mångfald för att kunna möta patienten (Skott & Lundgren, 2009). Sjuksköterskor upplevde bristande kulturkompetens som en stressfaktor men visade samtidigt kulturell flexibilitet och såg varje patient som individ (Høye & Severinsson, 2008). Att bli medveten om motsägelser mellan patientens och den egna ståndpunkten ansågs som central. Sjuksköterskor förstod att de hade en betydande roll i att inta en medlande position mellan individuell och kulturell mångfald i det dagliga vårdmötet. De ansåg även att de behövde stöd från organisationen för att kunna fylla denna funktion (Skott & Lundgren, 2009).

Enligt Brämberg (2008) är det sjuksköterskor som sätter normen för hur ett vårdmöte ska gå till. Hon menar att patienters delaktighet är beroende av vårdarnas villkor och att det finns ett auktoritärt synsätt som utgör ett hinder för patienters delaktighet. Patienter efterfrågar en individanpassad vård vilket kräver lyhördhet och ett öppet förhållningssätt från sjuksköterskans sida. Delaktighet bygger på ett bra vårdmöte vilket präglas av sjuksköterskors attityd av öppenhet, intresse och engagemang, detta förhållningssätt bjuder in patienter till att vara delaktiga (Brämberg, 2008). Annan forskning visar att sjuksköterskor ibland upplevde en avsaknad av respons från patienten trots deras ansträngningar att skapa en relation. Deltagarna i en av studierna uttryckte att patientrelationen stundtals påverkades av känslor präglade av ilska och förbittring (Murphy & Macleod Clark, 1993).

Attityder

Transkulturell Kommunikation mellan patienter och sjuksköterskor förbättras när sjuksköterskor blir medvetna om sina egna attityder (Skott & Lundgren, 2009).

I de granskade studierna framkommer en stor mängd attityder och inställningar hos sjuksköterskor som återspeglas i vårdmötet. En faktor till haltande vård av patientgrupper som tillhör en etnisk minoritet anser Cortis (2004) vara den dolda rasismen som antydde existera enligt deltagande intervjupersoner. Anledningen till att vissa sjuksköterskor kände sig otillräckliga i sitt sätt att vårda patienter kan enligt studierna beror på sjuksköterskors brist på förståelse för patienternas kulturella förutsättningar vilket kunde påverka den individanpassade vården negativt (Cortis, 2004). Murphy och Macleod Clark (1993) konstaterar att det fanns liten synbar

förståelse för patientens sätt att bete sig vid sjukdom. Det framkom även att en viss etnocentrism förekom hos sjuksköterskorna i deras tolkning av patienters och de anhörigas beteende, särskilt i relation till sjukdomsrollen och mat (Murphy & Macleod Clark, 1993).

Resultat från DiCicco-Bloom och Cohen (2003) visar att sjuksköterskor kunde ta sig an patientens kulturella göranden och låtanden genom ett etnocentriskt beteende. Sjuksköterskor utgick ifrån sina egna kulturella värderingar och övertygelser och gjorde dessa till norm för sitt agerande gentemot patienter. Etnocentrism kunde visa sig i att sjuksköterskor hanterade kulturella olikheter på ett vis som de själva trodde skulle skydda patienter. I mötet med människor med annan etnisk bakgrund än deras egna agerade sjuksköterskor ibland genom flykt eller valde att snabbt avsluta patientmöten. Dessa möten kunde till exempel resultera i att patienter skrevs ut från vårdenheten i förtid (DiCicco-Bloom & Cohen, 2003).

Enligt Hamilton och Essat (2008) är kulturell okänslighet relaterad till attityd och personliga övertygelser vilket påverkar hur patienterna blir bemötta. Upplevelser av patienter med annan kulturell bakgrund visar att de ansågs sig bli sämre behandlade än patienter från majoritetskulturen. Detta kunde visas öppet genom att visa likgiltighet eller dold genom oförståelse för patienternas önskemål. Patienter upplevde även att sjuksköterskors attityder var viktigare än kulturell kunskap (Hamilton & Essat, 2008).

I en studie uppmärksammas det faktum att vissa sjuksköterskor var ovilliga att lära sig av komplexa situationer med kulturella inslag där patienter kände sig felbehandlade (DiCicco-Bloom & Cohen, 2003). Detta kan stå i kontrast till en sjuksköterskas uttalande som lyder ”*You can understand if you really want to, although you must have a desire to understand*” (Skott & Lundgren, 2009, s. 226). Detta styrks även av DiCicco-Bloom & Cohen (2003) som såg att sjuksköterskorna var empatiska, respektfulla och villiga att anstränga sig för att undvika att patienter kände sig utanför och socialt isolerade i komplexa kommunikationssituationer (Cioffi, 2003).

SVÅRIGHETER I VÅRDMÖTEN MELLAN MÄNNISKOR MED OLIKA ETNISKA BAKGRUND

Vanmakt, osäkerhet och otillräcklighet i mötet

Studier visar att sjuksköterskor upplevde att de utmanas i sitt tänkande och handlande till exempel i situationer där patienternas uppförande avvek från majoritetskulturens beteende (Ozonlins & Hjelm, 2003). Att konfronteras med nya utmaningar och ställa för stora krav på sig själv i vårdmötet kunde enligt en studie resultera i stress (Høye & Severinsson, 2008).

I vårdmöten upplevdes vissa sjuksköterskor göra stereotypa antaganden om patienters behov och hade en allmän negativ inställning gentemot dem, vilket skapade barriärer som försvårade patienters förmåga att förmedla behov och önskemål (Hamilton & Essat, 2008).

Studier visar att osäkerhet kunde leda till att sjuksköterskor undvek att ha kontakt med patienter, de kände sig osäkra i omvårdnaden av patienter med annan kulturell

bakgrund än den egna (Lundberg, Bäckström, & Widén, 2005; Leishman, 2004). En orsak till att sjuksköterskor kunde känna sig osäkra i kontakt med patienter var att de var dåligt insatta i deras kulturella förväntningar (Høye & Severinsson, 2008). Vissa upplevde även en oförmåga att kunna ”göra någonting” för sina patienter, som i dessa fall inte ville ha hjälp, vilket genererade känslor av hjälplöshet (Murphy & Macleod Clark, 1993).

Studier påvisade även att sjuksköterskor många gånger kände att deras vård låg under önskad standard de uttryckte en känsla av otillräcklighet då de inte kunde ge ”total vård” vilket ledde till att vården tenderade att bli uppgiftsorienterad. Sjuksköterskor kunde dela in vården i två delar, fysisk och psykisk, där den psykiska inte upplevdes kunna tillgodoses.

”I think the basic care, the looking after care, is as good as you can make it, but not the talking to and listening to their problems” (Murphy & Macleod Clark, 1993, s. 448).

I en studie gavs sjuksköterskor möjlighet att förklara varför de inte nådde upp till den förväntade vårdnivån i mötena med patienter med annan etnicitet. De sade sig utgå från holistiska ansatser i sitt arbete, men uppgav olika förklaringar till varför holism inte till fullo genomsyrade vården i slutänden. Det framgick även i studien att uppfattningarna om vad holistisk vård är och hur den används i vården varierade bland sjuksköterskor. *”I am going to respect their culture and their ethnicity, but how this affects their care delivery I really don't know”* (Cortis, 2004, s. 54).

Trots att vissa sjuksköterskor ansträngde sig för att utöva kulturellt kompetent vård och möta patienters vårdbehov utifrån kulturella olikheter var de benägna att undvika att återkomma till patienten om möjlighet fanns, till exempel genom att be arbetsledaren utse någon annan i deras tycke bättre lämpad sjuksköterska att ta över. Samma studie visar att vissa sjuksköterskor inte anpassade sitt eget beteende och handlande till patientens kulturella yttringar utan ansåg dessa betydelselösa i vårdmötet (DiCicco-Bloom & Cohen, 2003).

I Høye och Severinssons (2008) artikel berättar kvinnliga sjuksköterskor hur de ser på sin professionella status: att vara stolt över det valda yrket, att skydda och bevara patienternas integritet och att bekräfta den egna professionella identiteten var viktiga faktorer. Hotades deras professionella och personliga identitet i mötet med patienter vars kultur präglas av patriarkaliska inslag upplevdes detta som frustrerande (Høye & Severinsson, 2008).

Kommunikation

Enligt Skott och Lundgren (2009) kan tron på jämlikhet, vilken är djupt rotad i den svenska kulturen, vara ett hinder i kommunikation med patienter med annan etnisk bakgrund. Jämlikhet som koncept innebär att förneka att det finns individuella skillnader. Universalitet som koncept kan missbrukas som argument mot att erkänna olikhet. Olikheter är inte nödvändigtvis ett hinder för kommunikation och förståelse (Skott & Lundgren, 2009). Brämberg (2008) konstaterar dock att patienter som inte talar samma språk som sjuksköterskorna får sämre vård.

Att inte kunna kommunicera med vårdpersonalen upplevdes av patienter som ett fundamentalt problem framförallt på grund av utanförskapet, att de kände sig exkluderade samt på grund av missförstånd som kommunikationsbristen medförde. (Hamilton & Essat, 2008)

I en studie uppmärksammades den negativa effekt som språkbarriärer kunde ha på patienterna, såsom ångest och rädsla. Detta påverkade sjuksköterskorna i form av egna känslor såsom frustration, otillräcklighet och ovissheten i att kanske inte bli förstådda av patienten (Cortis, 2004). Murphy och Macleod Clarks (1993) resultat visar att majoriteten av sjuksköterskorna hade problem att skapa en god relation med patienten vilket konstateras vara en följd av kommunikationsproblem. Vissa uttryckte svårigheter i att lära känna patienten på grund av språket vilket resulterade i den skrala relationen. Patienten fick den nödvändiga vården men inget ”extra” utöver detta (Murphy & Macleod Clark, 1993). Sjuksköterskors frustration i vårdmötet hade sitt ursprung i oförmågan kunna förklara vårdprocessen för patienter, språket sågs som ett hinder och missförstånd uppstod. Många upplevde stress till följd av att inte kunna ge önskad vårdstandard. De upplevde även stress då de inte kunde förstå och hantera orsakerna till patienternas bekymmersamma känslor som rädsla och nedstämdhet (Murphy & Macleod Clark, 1993).

I Murphy och Macleod Clarks (1993) artikel framkom att kommunikation var den största utmaningen i mötet med patienten. Många av sjuksköterskorna ansåg att kommunikationsproblemen påverkade standarden på vården. De ansåg sig inte kunna ge psykologisk vård och beklagade att de inte kunde förklara för patienten vad de gjorde i sina vårdande handlingar (Murphy & Macleod Clark, 1993). Då verbal kommunikation inte är möjlig fanns det risk för att sjuksköterskor missuppfattade patienter, vilket kunde få negativa konsekvenser. En negativ konsekvens var att en korrekt anamnes inte kunde ställas. Artikelns författare påtalar att språkliga missuppfattningar indirekt kunde leda till att patienten utsattes för skada. Det fanns även en osäkerhet i huruvida patienten förstod sjuksköterskans information korrekt. Anhöriga ansågs inte vara kapabla till att tolka i samtalet, men användes likväl ofta trots detta (Ozonlins & Hjelm, 2003).

Tolk

Studier visar att det finns en brist på lämpliga tolkresurser vilket påverkar situationen där kommunikationsproblem uppstår. Brist på tolkar när de som mest behövdes upplevdes som ett problem av sjuksköterskor (Murphy & Macleod Clark, 1993). Det framkom i en nyare studie att sjuksköterskorna var medvetna om att en bättre tillgänglighet till tolkar påverkade omvårdnadens kvalitet (Cioffi, 2003).

Icke-verbal kommunikation framhövdes av studiens deltagare. Vissa såg det som enda sättet att nå fram till patienten (Murphy & Macleod Clark, 1993). I Cortis (2004) studie var verbal kommunikation en stor utmaning för merparten av sjuksköterskorna, men vissa uttryckte att detta inte var ett stort problem då de kunde klara sig genom icke-verbal kommunikation och anhörigas tolkande. Då ingen tolk fanns på plats i den mer akuta situationen använde sig sjuksköterskorna av bland annat kroppsspråk och patientens familj för att kommunicera (Cioffi, 2003).

Problem med att använda anhöriga som tolkar uppmärksammas i artikeln av Ozonlins och Hjelm (2003). Sjuksköterskan visste inte om viktig information förmedlades till patienten och vilken information som själv erhöles: ”often when one asks a question, the relative answers without asking the patient, you don’t get an unbiased anamnesis” (Ozonlins & Hjelm, 2003, s. 88).

Sjuksköterskor i en studie uppgav att anhöriga var den vanligaste källan till tolkning även om vissa var tveksamma till om detta var lämpligt. De var oroliga för att anhöriga kunde ”filtrera” bort information till patienten, till exempel om informationen var av personlig och känslig karaktär (Murphy & Macleod Clark, 1993). Fanns det inga anhöriga som kunde hjälpa till i kommunikationen sågs detta som ett problem av sjuksköterskor som förväntade sig att anhöriga tolkade för dem. De flesta kände till sjukhusets tolkservice men använde sällan denna. De visste även inte riktigt hur tolkservicen fungerade (Cortis, 2004). I en annan studie framkom att sjuksköterskor var medvetna om grundregeln att inte använda familjemedlemmar som tolkar men sade sig göra detta ändå (Cioffi, 2003).

Brämberg (2008) framhåller vikten av att ha kompetens, till exempel kunskap om hur man kommunicerar med tolk, för att kunna överbrygga kommunikationshinder. De sjuksköterskor som hade fått utbildning i att kommunicera med tolk använde tolk mer frekvent än sina kollegor som inte hade fått träning (Brämberg, 2008).

Familj

Återkommande resultat i de granskade studierna är sjuksköterskors berättelser om patienternas besökare (Cortis, 2004). I studierna framkom både positiva och negativa aspekter av sjuksköterskors möte med patienternas familjer. Exempel på negativa aspekter är konflikter som uppstod då anhöriga och sjuksköterskor inte hade samma uppfattning om vad som ansågs vara bäst för patienten. Dessutom upplevde sjuksköterskor att vissa patienter inte respekterade dem och avdelningens rutiner. Sjuksköterskors kompetens kunde ifrågasättas och vissa patienter ville hellre tala med läkaren (Ozonlins & Hjelm, 2003). Andra studier visar att antalet besökande anhöriga sågs som ett problem, delvis på grund av den ökade ljudnivån som kunde uppstå under besöket (Murphy & Macleod Clark, 1993; Ozonlins & Hjelm, 2003; Høye & Severinsson, 2008). Lika problematiskt uppfattades det i den äldre studien att anhöriga tog med mat till patienten, framförallt på grund av lukter, eftersom de ansåg detta besvärligt för nyopererade medpatienter som var illamående (Murphy & Macleod Clark, 1993). Sjuksköterskor i Høye och Severinssons (2008) studie tyckte att det var bekymmersamt att familjer till patienter med annan etnisk bakgrund än sjuksköterskornas egna inte respekterade besökstiderna vilket kunde upplevas som stressande. Det rådde även en uppfattning om att dessa familjers behov och krav påverkade vårdrutinerna negativt (Høye & Severinsson, 2008). En annan studie visar att vissa sjuksköterskor såg besökande anhöriga som en viktig del av patienternas kulturella identitet och var av den uppfattningen att dessa besök skulle hanteras med flexibilitet (Cortis, 2004).

Sjuksköterskor var oförberedda på familjens och patientens yttringar av sorg och smärta. De hade svårt att relatera till familjens emotionella manifestationer som de

trodde hade sitt ursprung i patienternas kulturella bakgrund (Høye & Severinsson, 2008). Sjuksköterskor agerade inte enligt ICN:s etiska kod (2011), där även vård av familjen inbegrips, när de kände sig stressade av mötet med patienter med annan etnisk bakgrund. Följden av den upplevda stressen blev att de inte gick in i rollen som familjens tröstare. Istället uttryckte de frustration och rättfärdigade sitt beteende med att hänvisa till gällande rutiner och regler (Høye & Severinsson, 2008). Vissa sjuksköterskor kände sig överflödiga i vårdmötet på grund av att familjerna var de som tillfredsställde patientens emotionella behov (Høye & Severinsson, 2008). Sjuksköterskor som upplevde sig ha ytliga relationer till patienter kommenterade hur svårt det var att närma sig anhöriga och hur reserverade dessa tedde sig (Murphy & Macleod Clark, 1993). Det uppfattades även som problematiskt när patient eller anhörig inte reagerade så som sjuksköterskor förväntade sig (Ozonlins & Hjelm, 2003).

Yttre faktorer

De granskade studierna visar att det finns olika faktorer som påverkar den individanpassade vården. Skott och Lundgren (2009) påpekar bland annat att spatiala och organisatoriska förutsättningar kan vara ett hinder för att kunna bygga upp och upprätthålla en bra relation med patienten. En organisatorisk faktor som kan anses komplicera den individanpassade vården är en brist på resurser, vilket Leishmans (2004) studie visar på. Vissa sjuksköterskor i denna studie önskade kunna ta hänsyn till kulturella och andliga behov men hindrades på grund av att omgivning och arbetsmiljö inte var anpassad för detta ändamål (Leishman, 2004) detta faktum bekräftas även i Murphy och Macleod Clarks (1993) studie. Det kan ses som ett anmärkningsvärt fynd att vissa sjuksköterskor i Leishmans (2004) studie ansåg att förmågan att ge kulturkongruent vård inte var en fråga om resurser utan kan åstadkommas genom de egna attityderna, sättet att kommunicera samt betydelsen av att behandla patienter med respekt (Leishman, 2004).

I DiCicco-Bloom och Cohens (2003) artikel påvisas att vissa sjuksköterskor hade förmågan att förstå behovet av kulturkompetent vård men att deras önskan att utöva sådan vård hindrades av yttre faktorer, i detta fall brist på stöd från arbetsgivaren (DiCicco-Bloom & Cohen, 2003).

Många av deltagarna i studien av Murphy & Macleod Clark (1993) önskade att det fanns riktlinjer till hjälp i deras arbete, samtidigt som det påpekades att det fanns en risk för ett stereotypiskt bemötande. Därmed skulle riktlinjerna inte gynna en bättre vård.

MÖJLIGHETER I VÅRDMÖTEN MELLAN MÄNNISKOR MED OLIKA ETNISKA BAKGRUND

Det öppna och holistiska synsättet i vårdmötet

Forskning visar att en del sjuksköterskor var medvetna om att det inte bara är människans etnicitet utan även andra faktorer som utgör hennes kulturella identitet (Leishman, 2004).

"We have all the same visions and feeling, even if we carry different burdens" (Skott & Lundgren, 2009, s. 226). Detta citat visar att sjuksköterskor kunde anamma en öppen attityd

gentemot patienterna då de blev varse hur patienters och deras egna kulturella bakgrund präglade vårdmötet (Skott & Lundgren, 2009). Forskningen visar att sjuksköterskor var medvetna om vikten av att respektera och behandla varje patient som individ oavsett kulturell bakgrund och att det behövs en holistisk ansats för ett lyckat vårdmöte (Leishman, 2004). Sjuksköterskor som upplevde sig få en god kontakt med sina patienter såg detta som ett resultat av tiden de hade investerat i vårdmötet. Detta i kombination med att använda icke-verbal kommunikation och tålmodighet ansågs vara särskilt hjälpfulla verktyg för att bygga en relation. ”*I knew he liked me and was very pleased to see me, maybe because I tried so hard to speak to him*” (Murphy & Macleod Clark, 1993, s. 445).

Familj

Familjer sågs som ett hinder i vården men även som en tillgång för att kunna ge bra vård (Skott & Lundgren, 2009). I tidigare forskning framkommer det att vissa sjuksköterskor tyckte sig ha en god relation till anhöriga och såg deras närvaro på avdelningen som positiv. Anhöriga var en hjälp i deras strävan att uppnå en relation med patienten. De spenderade mycket tid med patienten vilket upplevdes positivt av sjuksköterskor. Andra sjuksköterskor tyckte dock att den ständiga närvaron av anhöriga var besvärlig då det hindrade dem från att närma sig patienten (Murphy & Macleod Clark, 1993). Sjuksköterskor i Leishmans (2004) studie var av den uppfattningen att varje individ är unik och ska respekteras vilket även inkluderade familjemedlemmarna, med andra ord ska omvårdnaden vara lika för alla. I en studie framkom att det fanns kunskap bland sjuksköterskor om åtgärder som stöttade familjer i en krissituation och att kunskap om andra kulturers hälsosystem och praktiker kunde förbättra vården om dessa integrerades i vårdplanen (Høye & Severinsson, 2008).

Kommunikation

En del sjuksköterskor kände sig osäkra i kontakt med patienter med annan etnisk bakgrund än deras egna då de inte kunde kommunicera på ett gemensamt språk. Dessa sjuksköterskor förstod dock vikten av att ta reda på patienters behov och önskemål. Till hjälp i detta kunde de använda sig av externa resurser som till exempel tolk eller arbetskamrater med samma etniska bakgrund som patienten för att lösa kommunikationsproblemet, samtidigt var dessa sjuksköterskor medvetna om det faktum att kommunikationssvårigheter kunde uppstå trots en till synes god språkförståelse hos patient och familj (Høye & Severinsson, 2008).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Denna uppsats syftar till att beskriva vårdmötet mellan sjuksköterskor och patienter med olika etnisk bakgrund och om/hur det påverkas av sjuksköterskornas kulturkompetens. Då studiens syfte formulerades blev det tydligt att kärnan i arbetet förmodligen skulle inbegripa upplevelser i möten mellan människor. En möjlig och passande metod hade därför varit att genomföra intervjuer som sedan analyserats med hjälp av innehållsanalys. Detta tillvägagångssätt ryms dock inte inom ramen för denna

C-uppsats, varken tids- eller resursmässigt. Författarna valde Fribergs (2006) metodbok som vägledning för examensarbetet. Uppsatsförfattarna valde att genomföra studien med hjälp av en beskrivande syntes av de valda kvalitativa artiklarna.

De fynd som har grupperats under valda teman skulle kunna haft en annan struktur, i den meningen att vissa fynd i artiklarna hade kunnat hänvisas till ett av de andra temana. De sorterades med andra ord in under de teman där de ansågs vara mest relevanta för syftet. Författarna är medvetna om att denna tankeprocess är personligt präglad vilket kan ha påverkat hur resultatet tolkats vidare.

Arbetet är främst inriktat på sjuksköterskors upplevelser i vårdmötet med patienter med annan etnisk bakgrund än deras egna. Uppsatsförfattarna valde dock att inte helt exkludera material som speglar patienternas upplevelser, då de belyser viktiga aspekter i exempelvis möte och kommunikation. De valde inte heller att exkludera studier på grund av ursprungsland eftersom det ansågs att studiens frågeställning är av universell karaktär. En artikel av äldre ursprung återkom som referens under artikelsökningen. Denna lästes och bedömdes kunna tillföra en historisk aspekt av värde för vad vissa fynd i senare forskning uppmärksammar. En artikel var skriven på en något svårförstålig engelska vilket komplicerade kondensering av innehållet. Ambitionen var emellertid att återge innehållet så precist som möjligt, författarna är dock medvetna om att en viss tolkningsproblematik kan ha påverkat vissa återgivna resultatet.

Författarnas urvalskriterier har påverkat hur det slutliga valet av artiklar föll ut. En svaghet och konsekvensen av detta är att vissa fynd som kunde varit viktiga för ämnet har fallit bort. Författarna påstår således inte att resultatet är heltäckande. Även om antalet artiklar är begränsat till tio plus en avhandling, anses det slutgiltiga urvalet vara av god kvalitet och passa studiens syfte.

RESULTATDISKUSSION

Kultur

I resultatet framkom att sjuksköterskor tolkar begreppet kultur på många olika sätt och att detta har en direkt inverkan på vårdmötet. Kultur tolkades via yttre faktorer såsom klädstil och mat men även via mer abstrakta faktorer som till exempel religion (Cortis, 2004; Skott & Lundgren, 2009). I en tillskrivningsprocess kan attribut sättas på individer med annan kulturell bakgrund vilket kan resultera i ett ”vi-och-de”-tänkande (Cortis, 2004; Stier, 2004). Detta är ett sätt att göra det okända mer begripligt då kontakt med människor olik mig själv kan leda till obehag på grund av att man är tvungen att lämna den egna kulturella referensramen (Stier, 2004; Brämberg, 2008). Detta äventyrar vårdmötet eftersom det kan leda till att sjuksköterskor sätter sig själv som normen och ser patienter som avvikande (Høye & Severinsson, 2008). Genom ovanstående resonemang kategoriseras patienter vilket i sin tur leder till att dessa indelas i homogena grupper. Detta leder till en vård som inte ligger i linje med sjukvårdens etiska koder då sjuksköterskors förväntningar och förförståelse om patienter präglar vårdhandlingarna och besluten (ICN, 2011; Socialdepartementet,

Sveriges riksdag, 1982). Sjuksköterskors handlingar bör istället styras av en humanistisk och holistisk människosyn.

Sjuksköterskans önskade och upplevda förhållningssätt i vårdmötet

I flera artiklar som användes i denna litteraturstudie uttryckte sjuksköterskor frustration över bristfällig kunskap om patienternas kultur och deras kulturella förväntningar, hade en önskan om att förbättra sin förståelse för andra kulturer samt kände att deras vård inte höll önskad kvalitet (Leishman, 2004; Murphy & Macleod Clark, 1993; Hamilton & Essat, 2008). Det framkommer att det finns en strävan och vilja att kunna ge holistisk vård där individens behov står i centrum, vilket bekräftar Erikssons omvårdnadsteori som ser människan ur ett helhetsperspektiv där kropp, själ och ande är ett (Thorsén, 1997; Leishman, 2004). Denna studie visar även att patienter inte efterfrågar kulturkunskap i allmänhet utan framförallt öppenhet för den egna kulturella bakgrunden. Det finns en önskan från patienters sida att sjuksköterskor är lyhörda, anammar ett öppet förhållningssätt samt själva önskar en individanpassad vård (Brämberg, 2008). Patienternas önskan i kombination med sjuksköterskornas strävan visar att det finns bra förutsättningar för ett gott vårdmöte. Denna litteraturstudies resultat visar dock att detta goda vårdmöte inte alltid uppnås.

Attityder

Denna studie visar att det finns negativa attityder i vården som till exempel brist på förståelse för patienter, en etnocentrisk tolkning av patienters och anhörigas beteenden samt en viss antydan av dold rasism (Cortis, 2004). Fördomsfullhet och rasism anses av Holland (2010) omöjliggöra en kulturanpassad vård. Vidare kunde egna kulturella värderingar och övertygelser utgöra normen i sjuksköterskors agerande i förhållande till patienter och resultatet visar att det kan finnas en ovilja att som sjuksköterska lära sig av komplexa vårdmöten mellan människor med olika etnisk bakgrund (DiCicco-Bloom & Cohen, 2003). Enligt uppsatsförfattarna kan detta tolkas som att kulturell okänslighet förkommer bland sjuksköterskor vilket kan relateras till Barbosa da Silva och Ljungquist (2003) som menar att en etisk objektivitet innebär en kränkning av patienters integritet och deras grundläggande rättigheter.

Fynd visar även att det fanns en vilja hos sjuksköterskor att göra patienter delaktiga i svåra kommunikationssituationer. Dessutom framkommer det i Hamilton och Essats (2008) studie att sjuksköterskor var kapabla att förstå patienternas situation om viljan fanns, de ansåg även att vårdhandlingar borde präglas av respekt och empati. Denna inställning bland sjuksköterskor går väl ihop med patienters förväntningar på sjuksköterskerollen, där sjuksköterskors attityder ansågs viktigare än kunskap om olika kulturer (Hamilton & Essat, 2008). Ovan nämnda fynd kan kopplas till omvårdnadslitteratur som säger att sympati, empati och barmhärtighet är en förutsättning för kommunikation i alla möten (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2003).

Attityder såsom fördomar och förförståelse påverkar det professionella vårdmötet och leder till negativa konsekvenser för patienter. Dessa attityder genereras av underliggande faktorer såsom tankar, känslor och beteenden. Stier (2004) menar att problem som orsakas av dessa attityder kräver en bearbetning av de underliggande faktorerna och att det först genom denna bearbetning kan ske en attitydförändring.

Kulturkompetens kan antas innebära, om begreppet tolkas enligt Jirwe, Momeni och Emami (2009), att sjuksköterskor bör vara beredda på och motiverade till att genomföra denna bearbetning av tankar, känslor och beteende som Stier (2004) beskriver. Det är även viktigt att sjuksköterskor kan reflektera och förutsättningslöst granska det egna kulturella bagaget. Detta är något som Helman (2007) kallar för reflexivitet, en förmåga som är betydelsefull för att kunna utvecklas mot att bli kulturkompetent. Även om sjuksköterskors attityder och föresättningar är centrala för vårdmötets kvalitet spelar trots allt yttre faktorer som organisation och miljö in, vilka kan komplicera och försvåra vårdmötet istället för att stödja och underlätta detsamma (DiCicco-Bloom & Cohen, 2003; Murphy & Macleod Clark, 1993).

Kommunikation

Sjuksköterskor möter många svårigheter i kommunikationssituationer med patienter med annan etnisk bakgrund än deras egna vilket leder till stress och utgör ett hinder för att kunna skapa en god relation (Cortis, 2004; Murphy & Macleod Clark, 1993). Försämrade vård kan uppstå på grund av att patienter inte talar samma språk som sjuksköterskor (Brämberg, 2008). Detta fynd är betydelsefullt med tanke på att kommunikation skapar förbindelser och utgörs av ett ömsesidigt utbyte mellan två individer (Fossum, 2007). Först när detta utbyte sker kan det som De Santis (1994) kallar för simultan dual etnocentrism uppstå vilket bildar grund för ett vårdmöte där kulturell mångfald uppskattas och därmed blir en hjälp för det mänskliga samspelet. Att vidare kunna se sig själv som en kreativ problemlösare och inse betydelsen av det egna intresset av att förstå den andres perspektiv är bärande för en meningsfull kommunikation (Bäärnhielm, 2007). Studien visar på betydelsen av tolkning i vårdmöten men den visar även att det fanns brister i hur tolkresurserna användes, vilket tyder på att lag om tolkning inte alltid efterföljs (Murphy & Macleod Clark, 1993; Cortis, 2004; Entrena, 2007; Justitiedepartementet, 1986). Även om sjuksköterskor vet att anhöriga är olämpliga för uppgiften används de som tolkresurs, trots att detta kan innebära att information försvinner och förvrängs (Cioffi, 2003; Murphy & Macleod Clark, 1993; Ozonlins & Hjelm, 2003; Entrena, 2007). Brämberg (2008) anser att det är viktigt att sjuksköterskor får utbildning i användandet av tolk, först då kan de övervinna kommunikationshinder. Det är av stor betydelse att sjuksköterskor blir medvetna om vikten av professionell tolkning, och att denna ska ses som en viktig ingrediens i kulturkompetent vård.

Familj

Det är av värde att uppmärksamma att familjer har en inverkan på vårdmötet som är både positiv och negativ. Studien visar att familjernas närvaro delvis upplevdes som störande av sjuksköterskor och att familjens behov och krav kunde påverka vårdrutinerna negativt. Samtidigt tyder studien på att familjer kan utgöra ett stöd i sjuksköterskors arbete då de blir en extra resurs i sjuksköterskors strävan att skapa en relation med patienten, vilket kan ses som en tillgång för ett gott vårdmöte (Murphy & Macleod Clark, 1993; Skott & Lundgren, 2009). Patienters behov av att kunna upprätthålla sina sociala kontakter måste tillgodoses när vård planeras (Egidius & Norberg, 1988).

Kulturkompetens

Centrala fynd i resultatet visar en tendens att se kulturkompetens som fakta vilken kan läras in, det vill säga ett sorts ”utbildningspaket” som existerar parallellt med sjuksköterskans egen uppfattning om patientens kultur. Kritik av detta sätt att förstå kulturkompetens kan hänvisas till Kleinman och Benson (2006). Leiningers (2002) modell för kulturkompetent vård påpekar vikten av att ta reda på underliggande information och fakta som präglar världen patienten lever i. Detta upplever vi kan vara ett för detaljerat sätt att gripa sig an en utveckling av kulturkompetent vård. Modellen innebär en risk att sjuksköterskan skaffar sig detaljkunskap som kan leda till en generaliserad stereotyp syn på den enskilda patienten. Modellens syfte leder således inte nödvändigtvis till kulturkompetent vård. En modell av Campinha-Bacote (2002) vars kärna är *viljan* att utvecklas och bli kulturkompetent står i kontrast till Leiningers tankar.

Viljan att bli kulturkompetent innebär en ständig process som kräver en kulturell känslighet och flexibilitet av sjuksköterskan, därför kan denna modell tolkas som mer användbar i mötet med en patient vars kulturella kontext kan vara mycket olik någon annan från samma etniska grupp. Synsättet att se kulturkompetens som något som kan läras ut står i kontrast till Jirwe, Momeni och Emamis (2009) ansats att kulturkompetens inte är förmågan att kunna vårda patienter med annan etnisk bakgrund än deras egna utan snarare förmågan att kunna vårda alla patienter. Detta stöds även av Kleinman och Bensons forskning (2006). Detta kan relateras till den studie som visar att sjuksköterskor i kontakten med patienter med annan etnisk bakgrund än deras egna insåg och förstod att dessa var patienter precis som alla andra (Skott & Lundgren, 2009). Skott och Lundgrens studie visar att sjuksköterskor önskade verktyg för att kunna ge kulturanpassad vård. Faran med detta är att ramverk och riktlinjer som är anpassade till etniska gruppers påstådda särdrag leder till en generaliserad vård som inte tar hänsyn till patientens individuella behov. Ramverk och riktlinjer bör inte ses som en hjälp för att kunna uppnå kulturkompetens. Istället kan sjuksköterskor ”lyfta blicken” och se patienter som unika individer och inte som del av en homogen kulturell grupp.

Positiva fynd i studien visar att det finns sjuksköterskor som väljer ett individperspektiv när de vårdar patienter med annan etnisk bakgrund än deras egna (Skott & Lundgren, 2009). Vissa möten präglades av ödmjukhet och att sjuksköterskor inte tog något för givet i mötet utan istället såg kontakten med människor med annan kulturell bakgrund som en möjlighet att vidga sina vyer (Skott & Lundgren, 2009; Høye & Severinsson, 2008). Dessa sjuksköterskors inställning och agerande kan tolkas som att de har fått insikt i det som Hogg (2010) påpekar, nämligen att det är omöjligt att bli expert på kulturella eller etniska grupper. Deras professionella agerande återspeglar Løgstrups (1992) tankar om att möten mellan människor präglas av naturlig tillit och en form av grundförtroende. Detta är en förutsättning för att kunna vidga sina vyer och vara ödmjuk i det mänskliga samspelet. Detta tar sig uttryck genom De Santis (1994) tankar om kulturkompetens, nämligen att sjuksköterskan åsidosätter sina egna kulturella värderingar och traditioner och ser situationen ur patientens perspektiv. Här kan sjuksköterskan ta Purnell och Paulankas (2003) modell till hjälp som ramverk

för att kunna reflektera över och ta hänsyn till patienternas kulturella särdrag samt utveckla en medvetenhet om egna tankar och känslor som kan påverka människor med en annan bakgrund än den egna. Kritik kan framföras mot att omvårdnaden ska *följa* patientens kulturella bakgrund eftersom forskning visar att kulturella faktorer inte alltid är orsaken till problem i vårdmötet och att kultur i sig är i ständig förändring vilket kräver flexibilitet (Kleinman & Benson, 2006; Hanssen, 1998).

Utbildning

Sjuksköterskestudenter och praktiserande sjuksköterskor uttryckte att de inte är tillräckligt förberedda på att arbeta i en vårdmiljö där människor med olika etnisk bakgrund möts, vilket ansågs bero på brister i utbildning (Leishman, 2004; Lundberg, Bäckström, & Widén, 2005; Cortis, 2004; Murphy & Macleod Clark, 1993). Det är intressant att sjuksköterskestudenter ville förstå hur de i sin roll som sjuksköterskor kan skapa ett beteende som gynnar en kulturellt lämplig vård med tanke på att förväntningar, föreställningar och egen förförståelse har stor inverkan på det egna agerandet (Birkler, 2007; Lundberg, Bäckström, & Widén, 2005). Det är viktigt att sjuksköterskor via utbildning och vägledning blir medvetna om sin egen förförståelse, sina värderingar och den egna kulturella bakgrunden, då detta påverkar vårdmötet i hög grad. Detta är betydelsefullt även utifrån den aspekt att sjuksköterskor i sin yrkesroll representerar majoritetskulturen vilken sätter normen och präglar hierarkin i vårdmötet där patienten kan anses vara den svaga parten (Ahmadi, 2008; Helman, 2007; Brämberg, 2008).

SLUTSATS

I arbetets process framkom att uppsatsens syfte var mer komplext än väntat. Uppsatsförfattarna försökte trots detta att sondera vad som händer i vårdmöten och hur kulturkompetens i dess komplexitet spelar in.

Patienter efterfrågar inte allmän kulturkunskap utan önskar en öppen inställning till deras kultur vilket är viktig kunskap för sjuksköterskors i deras förhållningssätt i vårdmötet. Familjernas roll i detta möte ses övervägande som något positivt då de kan vara en värdefull resurs i sjuksköterskors strävan att uppnå en god vårdrelation.

Studiens fynd visar att det är viktigt att lägga en gemensam grund för sjuksköterskor i hur de kan ta sig an begreppet kulturkompetens och vikten av att vara medveten om den egna rollen i vårdmötet. Den roll som sjuksköterskor har i vårdmötet präglas de facto av förförståelse och attityder, båda positiva och negativa, vilka har betydande konsekvenser för det mänskliga samspelet. Möten med patienter med annan etnisk bakgrund än deras egen kan innebära att sjuksköterskor känner sig otillräckliga i sitt arbete vilket i sin tur betyder att de inte kan ge en holistisk vård. Detta går i linje med det inledande påståendet att vården försämras till följd av otillräckligheten.

Kulturkompetens eller avsaknaden av denna kan ha stor inverkan på utgången av vårdmötet där människor med olika etnisk bakgrund sammanträffar. Det kan konstateras att kulturkompetens tolkas på en mängd olika sätt och har olika betydelser för olika sjuksköterskor. Detta resulterar i att de griper sig an vårdmötet på olika sätt och med olika förväntningar vilket har negativa men även positiva följder för detta

möte. Sjuksköterskor som vill och strävar efter att ge en god transkulturell vård utifrån individuella behov och önsningar kan inte alltid fullfölja detta på grund av att organisation och miljö inte tillåter eller stödjer deras strävan.

Att kommunikation har en nyckelroll för vårdrelationen är inget nytt, detta bekräftas även i studiens resultat som visar att sjuksköterskor upplever stress och frustration om de inte når fram till patienter med annan etnisk bakgrund än de själva. För att denna problematik inte ska avspeglas i vårdens kvalitet är det bland annat viktigt att det skapas medvetenhet om den professionella tolkens betydelse och att denne används på ett ändamålsenligt sätt som gagnar kulturkompetent vård.

Utbildningen kan lägga en grund för en kulturkompetens som yttrar sig genom att sjuksköterskor anpassar sitt agerande och förhållningssätt till situationen och individen, det vill säga fungerar som medlare mellan den individuella och den kulturella mångfalden. Först när sjuksköterskor tolkar kulturkompetensen utifrån ett vidgat synfält där även den egna kulturen och de egna värderingarna inkluderas kan transkulturell vård erbjudas.

FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING

Ett fynd i Skott och Lundgren (2009) artikel som skulle kunna vara av intresse för vidare forskning är att svenskarnas tro på jämlikhet kan bli ett hinder i kommunikationen med patienter med annan etnisk bakgrund än den svenska. Denna tro på jämlikhet tar inte i tillräcklig stor utsträckning hänsyn till att det finns individuella skillnader. Detta leder till att den i grunden fina tanken med jämlikhet, nämligen att alla ska få lika behandling, kan leda till att individuella skillnader åsidosätts (Skott & Lundgren, 2009).

Ett annat fynd från en norsk studie som kan vara intressant för vidare forskning är hur kvinnliga sjuksköterskors professionella och personliga identitet påverkas av mötet med män av icke-norsk bakgrund som anammar ett patriarkaliskt förhållningssätt gentemot sjuksköterskor (Høye & Severinsson, 2008).

LITTERATURFÖRTECKNING

- Ahmadi, F. (2008). *Kultur och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Barbosa da Silva, A., Ljungquist, M. (2003). *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige*. Lund: Studentlitteratur.
- Barth, F. (1998). *Ethnic groups and boundaries: the social organisation of cultural difference*. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press.
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad – Etik och människosyn*. Stockholm: Liber.
- Brämberg, E. B. (2008). *Att vara invandrare och patient i Sverige – ett individorienterat perspektiv*. Doktorsavhandling. Växjö: Växjö University Press.
- Bäärnhielm, S. (2007). Möten in den mångkulturella vården. I B. Fossum (red.), *Kommunikation - Samtal och bemötande i vården* (ss. 287-307). Lund: Studentlitteratur.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural nursing* , 13(3), 181-184.
- Carlbom, A. (2003). *The imagined versus the real other: multiculturalism and the representation of muslims in Sweden*. Lund: Sociologiska Institutionen. Lund Universitet.
- Cioffi, J. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies* , 40, 299-306.
- Cortis, J. D. (2004). Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing* , 48(1), 51-58.
- Dayer-Berenson, L. (2011). *Cultural Competencies for Nurses – Impact on Health and Illness*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- De Santis, L. (1994). Making anthropology clinically relevant to nursing care. *Journal of Advanced Nursing* , 20, 707-715.
- DeMarinis, V. (1998). *Tvärkulturell vård i livets slutskede - Att möta äldre personer med invandrarbakgrund*. Lund: Studentlitteratur.
- DiCicco-Bloom, B., & Cohen, D. (2003). Home Care Nurses: A Study of the Occurrence of Culturally Competent Care. *Journal of Transcultural Nursing* , 14(1), 25-31.
- Egidius, H., & Norberg, A. (1988). *Teorier i omvårdnadens arbete*. Stockholm: Författarna och Esselte Studium AB.
- Ekblad, S., Janson, S., & Svensson, P.-G. (1996). *Möten i vården - transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Liber utbildning.
- Ekman, S.-L., & Emami, A. (2007). Cultural diversity in health care. *Scandinavian Journal of caring sciences* , 21(4), 417-418.
- Entrena, E. (2007). Att kommunicera med hjälp av tolk. I B. Fossum (red.), *Kommunikation - samtal och bemötandet i vården* (ss. 309-327). Lund: Studentlitteratur.
- Eriksen, T. H. (1998). *Etnicitet och nationalism*. Nora: Nya Doxa.
- Fossum, B. (2007). Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I B. Fossum (red.), *Kommunikation - samtal och bemötande i vården* (ss. 23-39). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Hamilton, M., & Essat, Z. (2008). Minority ethnic users experiences and expectations of nursing care. *Journal of Research in Nursing* , 13, 102-110.

- Hanssen, I. (1998). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, Health and Illness*. New York: Hodder Arnold.
- Hogg, C. (2010). Understanding the theory of health and illness beliefs. I K. Holland, & C. Hogg, *Cultural Awareness in Nursing and Health Care - An Introductory Text* (ss. 16-31). London: Hodder Arnold.
- Holland, K. (2010). Cultural care: knowledge and skills for implementation in practice. I K. Holland, & C. Hogg, *Cultural awareness in nursing and healthcare* (ss. 58-78). London: Hodder Arnold.
- Holland, K. (2010). Culture, race and ethnicity: exploring the concepts. I K. Holland, & C. Hogg, *Cultural Awareness in Nursing and Health Care – An Introductory Text* (ss. 1-15). London: Hodder Arnold.
- Høye, S., & Severinsson, E. (2008). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 338-348.
- ICN (2011). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtat från Svensk sjuksköterskeförening: <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf> den 7 februari 2011
- Jirwe, M., Momeni, P., & Emami, A. (2009). Kulturell mångfald. I F. Friberg, & J. Öhlén (red.), *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt* (ss. 441-458). Lund: Studentlitteratur.
- Justitiedepartementet. (den 7 maj 1986). *SFST*. Hämtat från Regeringskansliets rättsdatabaser: http://62.95.69.15/cgi-bin/thw?%24%7BHTML%7D=sfst_1st&%24%7BHTML%7D=sfst_dok&%24%7BSHTML%7D=sfst_err&%24%7BBASE%7D=SFST&%24%7BTRIPSHOW%7D=format%3DTHW&BET=1986%3A223%24 den 20 mars 2011
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Medicine*, 3 (10).
- Larson, H.-A. (1999). *Boken om Sveriges Historia*. Stockholm: Forum.
- Leininger, M. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*. New York: McGraw-Hill.
- Leishman, J. (2004). Perspectives of cultural competence in health care. *Nursing standard*, 13, 33-38.
- Lundberg, P. C., Bäckström, J., & Widén, S. (2005). Caregiving to Patients Who Are Culturally Diverse by Swedish Last-Years Nursing Students. *Journal of Transcultural Nursing*, 16, 255-262.
- Lundh, C. (2010). *Invandring till Sverige*. Norhagen: Författaren och SNS Förlag.
- Løgstrup, K. (1992). *Det etiska kravet*. Göteborg: Daidalos.
- Magnússon, F. (red.) (2002). *Etniska relationer i vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Murphy, K., & Macleod Clark, J. (1993). Nurses' experiences of caring for ethnic-minority clients. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 442-450.
- Ozonlins, L.-L., & Hjelm, K. (2003). Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 7, 84-93.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. F. (2001). *Essentials of Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott.

- Purnell, L. D., & Paulanka, B. J. (2003). The Purnell Model for Cultural Competence. I L. D. Purnell, & B. J. Paulanka, *Transcultural Health Care – A Culturally Competent Approach* (ss. 8-39). Philadelphia: L. A. Davis Company.
- Purnell, L. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193-196.
- SCB. (den 20 december 2010). *Statistiska centralbyrån*. Hämtat från Sveriges folkmängd den 31 december 2010, preliminära uppgifter: http://www.scb.se/Pages/PressRelease____305657.aspx den 3 februari 2011
- Skott, C., & Lundgren, S. (2009). Complexity and contradiction: home care in a multicultural area. *Nursing Inquiry*, 16(3), 223-231.
- Socialdepartementet. (den 9 september 2008). *SFS*. Hämtat från Sveriges Riksdag: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2010:659> den 13 mars 2011
- Socialdepartementet. (1982). *Sveriges Riksdag*. Hämtat från Svensk författningssamling SFS - Riksdagen Hälsa- och sjukvårdslag (1982:763): <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763> den 7 februar 2011
- Socialstyrelsen. (februari 2005). *Socialstyrelsen*. Hämtat från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf den 7 februar 2011
- Stier, J. (2004). *Kulturmöten - En introduktion till interkulturella studier*. Lund: Studentlitteratur.
- Thorsén, H. (1997). *Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik*. Stockholm: Liber.
- Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I A.-K. Edberg, & H. Wijk (red.), *Omvårdnadens grunder - hälsa och ohälsa* (ss. 23-39). Lund: Studentlitteratur.
- Wolf, E. (1992). Etnicitet. i B. Frykman Skarin, & H. (. Brembeck, *Brottningar med begrepp* (ss. 133-164). Göteborg: Författarna och Etnologiska Föreningen i Västsverige.

Bilaga 1: Artikelgranskning enligt Polit, Beck & Hungler (2001)

1	
Brämberg (2008)	Att vara invandrare och patient i Sverige – Ett individorienterat perspektiv
Titel	Återspeglar avhandlingens innehåll och det centrala fenomenet.
Abstract	Innehåller forskningsfråga, syfte och resultat. Metoden förklaras utförligt i huvudstudiens metodavsnitt.
Introduktion	Finns inte då avhandlingens upplägg skiljer sig från en publicerad artikel.
Metod	Beskriver mycket utförligt den valda analysmetoden, datainsamling, processen i tolkningsarbete samt etiska aspekter, urval redovisas.
Resultat	Organiserad i berättelser som följs av olika jämförelser och tolkning av material.
Diskussion	Diskussionen börjar med en resultatsammanfattning. Därefter diskuteras fynden i relation till tidigare forskning. Förslag ges till fortsatt forskning.
Referenser	Anses relevanta.

2	
Cioffi (2002)	Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences
Titel	Något lång titel men relevant för innehållet.
Abstract	Metod, syfte och resultat redovisas.
Introduktion	Ger en god insikt i tidigare forskning, författarna hänvisar även till teoretiska ramverk som passar syftet.
Metod	Urvalsprocess beskriven, etiska aspekter finns med, analysprocessen är kort men konkret.
Resultat	Väl avgränsade teman beskriver studiens resultat. Konkret och lättläst upplägg.
Diskussion	Författarna lyfter viktiga frågeställningar och en tydlig punktlista på rekommendationer delges läsaren.
Referenser	Anses relevanta.

3	
Cortis (2004)	Meeting the needs of minority ethnic patients
Titel	Titeln hade kunnat återspegla studiens syfte bättre. Innehållet handlar till stor del om hur sjuksköterskor upplever mötet med patientgruppen även om innehållet även behandlar hur patientgruppens behov kan mötas.
Abstract	Välformulerat och strukturerat upplägg. Ger läsaren god insikt i vad studien handlar om.
Introduktion	Ger god insikt i tidigare forskning och förklarar väl hur den aktuella forskningsfrågan uppstod. Den tidigare forskningen som refereras till anses undersöka den etniska minoritetsgruppen som homogen, detta förklarar varför författarna i denna studie väljer att specificera sitt urval till patienter med Pakistan som hemland. Syftet är klart och konkret förklarat i introduktionen.
Metod	Urval, bortfall och etiska aspekter är dokumenterat. Kort men begriplig förklaring av analysen, kunde vara lite utförligare.

Resultat	Resultatet är indelat i tema och författaren använder citat för att framhäva vissa fynd i studien.
Diskussion	Författaren har holism som nyckelord och utgår från denna vårdteori i sin diskussion om hur sjuksköterskorna kan möta dessa patienters behov. Tidigare forskning och studiens fynd diskuteras på ett sakligt och förståeligt vis. Inga rekommendationer ges.
Referenser	Anses relevanta.

4	
DiCicco-Bloom & Cohen (2003)	Home care nurses: A study of the occurrence of culturally competent care
Titel	Återspeglar väl innehållet i artikeln.
Abstract	Metod, resultat och syfte redovisas på ett kortfattat sätt.
Introduktion	Väl utförd introduktion, utförlig beskrivning av problemområde som författaren ämnar undersöka vidare. En berättelse från en av deltagarna i studien redovisas i början som utgångsläge för vidare resonemang kring behovet av forskning i ämnet.
Metod	Utförligt beskriven vad gäller både urval, eventuellt bortfall (inget) och analysmetoder. Etiska aspekter har övervägts och blivit godkända.
Resultat	Resultatet återges i form av tre kategorier och förtydligas med hjälp av nedtecknade berättelser från intervjudeltagarna.
Diskussion	Författarna drar egna slutsatser efter tydligt resonemang kring studiens fynd. Rekommendationer kring hur resultatet kan användas för att höja standarden på kulturkompetent vård ges. Studiens begränsningar redogörs. Dessa relateras till antalet deltagande sjuksköterskor och de två olika miljöerna och arbetsgivarna.
Referenser	Anses vara relevanta för studien.

5	
Hamilton & Essat (2008)	Minority ethnic users experiences and expectation of nursing care
Titel	Titeln återger artikelns innehåll.
Abstract	Är lite längre än 200 ord men innehåller samtliga relevanta punkter.
Introduktion	Innehåller bakgrundsfakta om den aktuella situationen i England, belyser att det finns olika modeller för kunskapsökning med hänvisning bland annat till Leininger. Syftet är klart formulerat.
Metod	Författarna använder sig av fokusgrupper från tio olika geografiska områden. Är mycket utförlig och strukturerad. Lätt att förstå hur undersökningen gick till. Analysmetoden beskrivs väl men ingen information om etiska aspekter. Stavfel: quantitative istället för qualitative.
Resultat	Resultatdelen består av tre teman som underbyggs av citat från fokusgrupper samt annan forskning.
Diskussion	Författarna kondenserar information som framkom i fokusgrupperna. Fokuserar främst på sjuksköterskors utbildning. Eventuella svagheter och självkritik redovisas inte. In- eller exkluderingskriterierna av materialet eller val av fokusgrupp redovisas inte.
Referenser	Referenser är relevanta.

6	
Høye & Severinsson (2008)	Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study
Titel	Återger artikelns innehåll
Abstract	Innehåller alla relevanta punkter såsom forskningsfråga, syfte, förklaring av metod och diskussion.
Introduktion	Mycket utförlig. Innehåller statistik om invandring, definition av kultur, problem som uppstår i samband med multietnicitet, lagar, familjens betydelse för den sjuke, konsekvens av psykisk stress, konsekvens av bristfällig kommunikation, familjens förväntningar på sjuksköterskor, olika strategier för att uppnå kulturkompetens, sjuksköterskors erfarenheter. Forskningsfråga finns men ingen hypotes. Många relevanta referenser.
Metod	Urvalsbeskrivning är utförlig, analysmetoder är bra beskrivna och etiska aspekter tillgodoses. Även denna del är underbyggd med bra referensmaterial. Kompletteras med överskådliga tabeller
Resultat	Resultatdelen är indelad i olika teman, där citaten av deltagarna följs av en sammanfattning av deras betydelse.
Diskussion	Författarna tar upp de teman som identifierades i resultatdelen. Begränsningar redovisas. Det ges förslag på strategier och incitament till ytterligare forskning.
Referenser	Referenserna är relevanta för ämnet.

7	
Leishman (2004)	Perspectives of cultural competence in health care
Titel	Titeln är till viss grad missvisande eftersom artikeln inte bara handlar om perspektiv utan framförallt om brister i samband med kulturkompetens
Abstract	Bra strukturerat, kort och koncist, alla punkterna är med.
Introduktion	En bra redovisning av tidigare forskning där författarna har tittat på teorier kring transkulturell vård, statistik, demografi. Sjukvårdspersonalens kulturella medvetenhet, krav som ställs på sjuksköterskor men även om olika hälsosystem. Kulturkompetensens roll inom utbildningen undersöks också. Ingen forskningsfråga men en hypotes.
Metod	Tydliga in- och exkluderingskriterier. Tillstånd för undersökningen söktes och beviljades. Etiska aspekter följdes. Intervju med öppna frågor. Redovisning av analysmetoden och förklaring av tillvägagångssätt.
Resultat	Tar upp teman som framkom i metoddelen. De olika temana beskrivs med hjälp av deltagarnas citat som följs av en kondensering. Inga referenser används i resultatdelen. Resultat och diskussion går in i varandra. Ingen tydlig avgränsning av sammanställning och de egna slutsatserna.
Diskussion	Uppdelat i underrubriker. Författarna reflekterar över studiens begränsningar relaterat till annan forskning. Författarna har baserat på sina slutsatser utvecklat ett ramverk för kulturkompetens inom sjuksköterskeutbildning. Förslag till ytterligare forskning finns.
Referenser	Författarna använder sig av färsk forskning och aktuell statistik

8	
Lundberg, Bäckström & Widén (2005)	Caregiving to Patients who are Culturally Diverse by Swedish Last-Year Nursing Students
Titel	Relevant rubrik som återspeglar fynden i studien
Abstract	Metod, syfte och resultat redovisas tydligt.
Introduktion	Ger läsaren en god bakgrund för vidare läsning av artikeln vad gäller historik, teoretiskt ramverk och utbildningssituation för sjuksköterskor i Sverige.
Metod	Väl beskriven metod, inkluderar bortfall och hänsyn är tagen till etik.
Resultat	Är indelat i tre teman. Författarna ger på vissa ställen referenser till andra studier där de olika studiernas fynd har likheter. Lättläst, citat förtydligar deltagarnas uttalanden.
Diskussion	Författarna lägger stor vikt vid det valda teoretiska ramverket, i detta fall Leininger. Rekommendationer ges och författarna betonar vikten av att utbildningen vidareutvecklas för att hjälpa studenter att bli kulturkompetenta i sitt yrke.
Referenser	Till synes relevanta för studien.

9	
Murphy & Macleod Clark (1993)	Nurses' experiences of caring for ethnic-minority clients
Titel	Titeln är konkret och återspeglar innehållet i studien.
Abstract	Syftet är tydligt förklarat. Resultat och metod är väl beskrivna. Sammanfattningen väcker intresse till vidare läsning.
Introduktion	Introduktionen ger en klar bild över tidigare forskning. Artikelns författare visar på ett överskådligt sätt grunden för artikelns forskningsfråga och tydliggör syftet.
Metod	Väl beskriven metod som inkluderar kriterier för urval och bortfall av potentiella deltagare. Etiska aspekter har tagits hänsyn till. Analysmetoder beskrivs väl. Pilotstudie föranledde den riktiga studien. En erfaren forskare inom vårdfältet ombads granska data, hennes kommentarer stödde forskarens slutsatser.
Resultat	Resultatet är indelat i teman vilket förenklar läsning och förståelse. Resultatet ger svar på forskningsfråga och avspeglas i artikelns rubrik. Citat används flitigt för att tydliggöra och förklara deltagarnas upplevelser och uttalanden.
Diskussion	Resultatet diskuteras med hänvisning till tidigare forskning. Författarna uppmärksammar relevanta fynd, drar slutsatser av dessa vilket föranleder till en vidare rekommendation. Ingen självkritik redovisas, enbart ett uttalande om att resultatet inte kan spegla alla sjuksköterskors upplevelser.
Referenser	Relevanta för studiens ämne.

10	
Ozolins & Hjelm (2003)	Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden

Titel	Titeln är tydlig och återger innehållet i artikeln.
Abstract	Är tydligt indelat i underrubriker med syftet överst vilket förenklar vidare läsning. Innehåller metod och ansats. Återger kortfattat resultat beskrivet i nio teman och författarnas slutsatser och rekommendationer. Intresse för att läsa vidare väcks.
Introduktion	Tydliggör att det finns behov av forskning med denna inriktning. Hänvisar till teoretiska ramverk och ger förslag på tidigare forskning som kretsar kring ämnet. Något fattig introduktion för läsaren, ger inte en komplett bakgrund till syftet med studien.
Metod	Redovisar urval och bortfall finns med, en tydligare urvalsprocess hade önskats. Etisk ansökan har gjorts med bifall. Innehåller en tydlig beskrivning av dataanalysen. Två av varandra oberoende forskare har bearbetat materialet, hög samstämmighet påvisades.
Resultat	Resultatet visas med hjälp av teman och en tabell för huvudkategorier och underkategorier. Citat används för att understryka betydelse i uttalanden.
Diskussion	Diskussionen har ”results” som rubrik vilket skapar lite förvirring för läsaren. Författarna summerar de viktigaste fynden i studien och dessa diskuteras med hänvisning till tidigare forskning och litteratur. Viktiga frågeställningar lyfts och slutlig rekommendation ges.
Referenser	Relevanta, vissa är äldre men dessa är genomgående referenser till litteratur och modeller vilka anses nödvändiga för bakgrund och diskussion.

11	
Skott & Lundgren (2009)	Complexity and contradiction: home care in a multicultural area
Titel	Motsvarar artikelns innehåll.
Abstract	Syftet är tydligt formulerat, detsamma gäller för presentationen av metoden och resultatet. Forskningsfråga saknas.
Introduktion	Tar upp hur vården förändrats över tid, hur kulturell bakgrund påverkar vården, om hemsjukvård, betydelsen av plats i relation mellan patienter och sjuksköterskor, koncept av det privata rummet och hur olika etnicitet påverkar kommunikation. Syftet är formulerat, hänvisning till att vidare forskning behövs.
Metod	Presentationen av metoden är väl strukturerad i olika stycken. Författarna använder sig av hermeneutisk tolkning och intervjuer. Etiska aspekter iaktogs och metodens trovärdighet belyses.
Resultat	Resultatet är indelat i olika teman. Inga referenser används förutom utdrag ur intervjuerna.
Diskussion	I diskussionen återgår författarna till titelns nyckelord. De tar ställning till begränsningar och kondenserar det som framkom i resultatdelen. Författarna presenterar en egen slutsats. Implikationer för den kliniska verksamheten ges.
Referenser	Referenser är relevanta.