

Kulturmöten inom palliativ vård

Vilka hinder finns och vad kan sjuksköterskan göra för att främja ett gott kulturmöte?

| | |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------|
| FÖRFATTARE | Ellen Christiansson Frida Nygren |
| PROGRAM/KURS | Sjuksköterskeprogrammet Examensarbete i Omvårdnad, 15hp VT 2012 |
| OMFATTNING | 15 högskolepoäng |
| HANDLEDARE | Annika Janson Fagring |
| EXAMINATOR | Elisabeth Björk Brämberg |

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

| | |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Titel (svensk): | Kulturmöten inom palliativ vård – Vilka hinder finns och vad kan sjuksköterskan göra för att främja ett gott möte? |
| Titel (engelsk): | Culture meetings in palliative care – What problems exist and what can nurses do to facilitate a good meeting? |
| Arbetets art: | Självständigt arbete |
| Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning: | Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i Omvårdnad, 15hp OM5250 |
| Arbetets omfattning: | 15 Högskolepoäng |
| Sidantal: | 31 |
| Författare: | Ellen Christiansson Frida Nygren |
| Handledare: | Annika Janson Fagring |
| Examinator: | Elisabeth Björk Brämberg |

SAMMANFATTNING

I Sverige bor ca 1,4 miljoner utlandsfödda personer som liksom svenskar, kan behöva palliativ vård, dvs. vård i livets slutskede. I takt med att den äldre befolkningsgruppen blir större, ökar behovet av palliativ vård vilket gör att sjuksköterskan kommer i kontakt med personer av annan kulturell bakgrund i flera olika vårdssammanhang. I vården skapas kulturmöten, såväl positiva som negativa, vilket har gjort sjuksköterskans kulturkompetens allt viktigare. Innebörden av kultur är komplex och har betydelse för hur personer med olika kulturell bakgrund ser på hälsa, sjukdom, lidande, behandling, död och omvårdnad. Olika syn och bristande kunskap och förståelse hos sjuksköterskan kan göra kulturmötet komplicerat. Syftet med denna uppsats är att belysa vilka hinder som upplevs av sjuksköterskan respektive patienten i kulturmöten inom palliativ vård av patienter över 65 år; samt vilka möjligheter sjuksköterskan har för att främja ett gott kulturmöte. Litteraturoversikt valdes som modell för uppsatsen och 15 artiklar från databaserna Cinahl, PubMed och Scopus användes som grund för resultatet. Resultatet visade att hinder som uppstår i kulturmöten beror på olika kulturell bakgrund, bristfällig kulturkompetens, olika syn på autonomi och bristfällig kommunikation. Möjligheter som visade sig i resultatet grundades på sjuksköterskans kulturkompetens och utbildning samt respekt för kulturell variation och autonomi. Kommunikationsfärdigheter visade sig också ge möjligheter för ett gott kulturmöte. Slutsatsen av resultatet blev att sjuksköterskans kulturkompetens är avgörande för en tillitsfull relation som är grunden för ett gott möte. Egenskaper som mod, intresse, engagemang och empati är viktiga hos sjuksköterskan och individanpassad vård, ett holistiskt synsätt och god kommunikation krävs för att kunna utföra god transkulturell omvårdnad.

Nyckelord: *kultur, kulturkompetens, palliativ vård, transkulturell omvårdnad, tillit, familj autonomi, kommunikation.*

ABSTRACT

In Sweden there are about 1.4 million foreign-born persons, who, like Swedes may need palliative care, i.e. end of life care. As the older population becomes larger, the need for palliative care increase and the nurse meets people of different cultural backgrounds in a variety of care settings. In health care, there are cultural meetings – both positive and negative, that make cultural competence among nurses more important. The meaning of culture is complex and relevant to how people with different cultural background experience health, sickness, suffering, treatment, death, and nursing. Different views and lack of knowledge and understanding of the nurse make cultural meeting complex. The purpose of this paper is to highlight the obstacles faced by the nurse and patient in cultural meetings in palliative care of patients over 65 years, and the opportunities nurses have to facilitate a good cultural meeting. For this essay literature review was selected as a model and 15 articles from the databases Cinahl, PubMed, and Scopus was used as the basis of the results. The results showed that the obstacles that arise in cultural meetings due to different cultural background, lack of cultural competence, different views of autonomy and poor communication. Opportunities which was shown in the result was based on nurses' cultural competency and training and respect for cultural diversity and autonomy. Communication skills were also found to provide opportunities for a good cultural meeting. The conclusion of the result was that the nurses' cultural competence is essential for a trusting relationship, which is the foundation of a good meeting. Properties such as courage, interest, commitment and empathy are important among nurses, and individualized care, a holistic approach and good communication is required to perform good transcultural nursing.

Keywords: *culture, cultural competence, palliative care, transcultural care, trust, family, autonomy, communication.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|----------------------------------------------------------------|-----------|
| BAKGRUND | 2 |
| INLEDNING..... | 2 |
| INVANDRING I SVERIGE..... | 2 |
| KULTUR | 2 |
| KULTURKOMPETENS | 3 |
| PALLIATIV VÅRD | 3 |
| HÄLSOSYSTEM OCH OLIKA KULTURELL BAKGRUND | 4 |
| TEORETISK REFERENSRAM..... | 5 |
| Transkulturell omvårdnad | 5 |
| Modeller för att möjliggöra god transkulturell omvårdnad | 6 |
| Begrepp | 6 |
| PROBLEMFÖRMULERING..... | 8 |
| SYFTE..... | 8 |
| METOD..... | 9 |
| LITTERATURSÖKNING | 9 |
| URVAL..... | 9 |
| DATAANALYS | 9 |
| RESULTAT | 10 |
| HINDER FÖR ETT GOTT KULTURMÖTE | 10 |
| Olika kulturell bakgrund | 10 |
| Kulturkompetens och utbildning..... | 12 |
| Syn på autonomi..... | 13 |
| Kommunikation | 14 |
| MÖJLIGHETER FÖR ATT FRÄMJA ETT GOTT KULTURMÖTE | 15 |
| Olika kulturell bakgrund | 15 |
| Kulturkompetens och utbildning..... | 17 |
| Syn på autonomi..... | 18 |
| Kommunikation | 19 |
| DISKUSSION..... | 20 |
| METODDISKUSSION..... | 20 |
| RESULTATDISKUSSION | 22 |
| Olika kulturell bakgrund | 22 |
| Kulturkompetens och utbildning..... | 23 |
| Syn på autonomi..... | 24 |
| Kommunikation | 25 |
| Fortsatt forskning | 26 |
| SLUTORD | 27 |
| REFERENSER..... | 29 |
| BILAGA 1: SÖKTABELL | |
| BILAGA 2: ARTIKELPRESENTATION | |

BAKGRUND

INLEDNING

Under sjuksköterskeutbildningens verksamhetsförlagda utbildning har vi upplevt att möten mellan personer med olika kulturell bakgrund är väldigt vanligt, både vad gäller etnicitet, ålder, kön, klass samt socioekonomisk bakgrund. Kursen "Världen i vården – mötet mellan professionella och patienter utifrån ett mångkulturellt perspektiv" har gjort oss mer medvetna om begreppet *kultur* (se definition nedan) och dess betydelse inom omvårdnad. Därför vill vi nu utveckla vår kunskap inom detta område genom att göra en litteraturöversikt. Då den äldre befolkningsgruppen i Sverige blir allt större och fler lider av kroniska sjukdomar har behovet av palliativ vård oberoende vårdsammanhang ökat. *Kulturmöten* (se definition nedan) i den palliativa vården kan bli komplicerade då det palliativa skedet är en mycket känslig och viktig del i omvårdnad, eftersom existentiella frågor ofta blir aktuella och en persons kulturella värden kan förstärkas och/eller förändras. Vi upplever att det finns brister i sjuksköterskans kunskap vad gäller *kulturkompetens* (se definition nedan) och vill därför belysa vilka hinder som finns och vilka möjligheter sjuksköterskan har för att främja ett gott kulturmöte inom palliativ vård av äldre. Ett gott kulturmöte kan beskrivas som ett möte grundat på ömsesidig respekt för autonomi, integritet och kultur samt tillit, god kommunikation, delaktighet och ett holistiskt synsätt. Vi ställer oss frågan om ökad kulturkompetens hos sjuksköterskan skulle kunna bidra till bättre omvårdnad av äldre patienter med annan kulturell bakgrund. Inriktningen i denna uppsats kommer att vara hinder och möjligheter för ett gott kulturmöte oavsett kulturell bakgrund och inte konkreta strategier och ritualer som gäller någon viss kultur. Vilka hinder och möjligheter sjuksköterskan och patienten upplever kan skilja sig åt och därför kommer uppsatsen belysa båda perspektiven.

INVANDRING I SVERIGE

I Sverige bor ca 1,4 miljoner utlandsfödda personer (1) och år 2010 beviljades 105 102 personer från länder som Thailand, Kina, Somalia, Iran, Irak och Indien, uppehållstillstånd (2). Alla som flyttat till Sverige har kommit hit pga. en unik anledning (3). Personerna är bl.a. flyktingar, studerande, anknyningsinvandrare samt arbetare (1, 2). Att flytta till ett nytt land kan ge stora möjligheter men även innebära svåra utmaningar och prövningar (4), såsom att utsättas för diskriminering och rasism (3). *Kulturmöten*, d.v.s. möten mellan personer med olika kulturell bakgrund, kan skapa kulturkrockar (4) om patient och vårdpersonal inte har samma kulturella bakgrund och synen på exempelvis hälsa, sjukdom och omvårdnad skiljer sig (5). Leininger (6) menar att i ett möte mellan två kulturer är det den dominerande kulturen som tar över och på så vis bestämmer över den andra kulturen. Både mellan människor från olika länder liksom mellan människor inom Sveriges gränser kan kulturskillnader identifieras. Det är viktigt att inte enbart se en persons etnicitet som dennes kultur då kultur innefattar så mycket mer, exempelvis politiska och sociala aspekter om vad som ska ses som ett lands eller grupps kultur. Då en del invandrare har varit med om krig och övergrepp och kanske blivit svikna av någon de tidigare kände tillit hos, kan just tillit vara något som är svårt att bygga upp på nytt (3).

KULTUR

Kultur kan definieras som den komplexa helheten av kunskap, moral, tro, lagar, konst, seder samt andra vanor och förmågor. En kultur färgas av den världsbild och de idéer, begrepp, lagar, känslor, och meningar som delas och uttrycks genom sättet att leva (7). Kulturen är både kollektiv och individuell och med hjälp av likheter och olikheter förenas och splittras grupper. Människan utvecklas och får kunskap och erfarenhet i den sociala miljö hon befinner sig i. Kunskap och erfarenhet får sin mening och kan förstås i relation till sin kultur, till det aktuella samhällets referensramar, under speciella villkor i ett visst socialt sammanhang – en viss kontext (4, 7, 8). Kultur är aldrig statisk utan kan beskrivas som en flytande process som kan förändras över tid (1, 4, 7). Begreppet *kulturrelativism* innebär att varje samhälle och kultur bör förstås utifrån sina egna referensramar (4). Oreflekterade fördomar kan leda till *etnocentrism* – man tror att den egna

kulturen alltid är den rätta och bästa (1). Ascher (9) menar att man inte ska bortse från kulturen men inte överdriva betydelsen av den. Johnsson (3) belyser vikten av att ifrågasätta och reflektera över vad man menar med kultur och att omvårdnaden inte behöver skraddarsys av en persons kulturella tillhörighet.

Identitet skapas och får sin mening i kulturella och sociala sammanhang och har betydelse för vem man blir, hur man uppfattar, förstår och reflekterar kring sig själv och sin omvärld. Språket spelar stor roll för människans identitet och en trygg anknytning till något eller någon främjar en känsla av sammanhang (1). Ålder och kön är de viktigaste faktorerna vad gäller identitet men allt från språk och hemvist till utbildning och religion spelar in. En del av identiteten föds man med, en del får man genom sin uppväxt och i mötet med andra och en del väljer man. Alla erfarenheter är intersubjektiva och en persons identitet framträder först i jämförelse med någon annans (4).

KULTURKOMPETENS

Kulturkompetens har blivit aktuellt i takt med att världen krymper och mångkulturella samhällen blir allt mer vanliga. Kulturell bakgrund kan ha betydelse och kan behövas ta hänsyn till för att skapa förståelse för det okända (5, 7). Kulturkompetens är enligt Kleinman (10) viktigt inom vården och spelar stor roll vid behandling, omvårdnad och diagnostisering. Men han kritiserar just begreppet kulturkompetens då det kan tolkas som enbart kompetens om specifika kulturella aspekter. Betydelsen av kulturell bakgrund kan komma att överdrivas vilket kan leda till generalisering och att individen bakom kulturen glöms bort. Han menar att grunden till kulturkrockar inte bara kan förklaras med hjälp av just en persons kultur utan att ett individorienterat synsätt hos vårdpersonal alltid krävs (10). Kulturkompetens kan också ses som vårdpersonalens behov att kategorisera in patienter i en viss kultur för att förstå det okända och kan leda till att personalen inte alltid tillgodoser individanpassade behov. Den individanpassade vården ska se till patientens livshistoria och individuella berättelse, utan fördomar om ”specifika kulturella behov” (11). Ahmadi (5) och Helman (7) menar att begreppet kulturkompetens är mångtydigt och kan delas in i generell och specifik kunskap. *Generell kunskap* karaktäriseras av att den går att använda på alla personer i alla samhällen oavsett kulturell bakgrund och innefattar kulturell känslighet, respekt, öppenhet, empati och uppmärksamhet för andra kulturer och förståelse för olika världsbilder. *Specifik kunskap* innefattar bl.a. kunskap om speciella kulturella grupper, deras tro och religion, utövande av ritualer och föreställningar om döden. Kulturkompetens kan alltså beskrivas som hur specifik och generell kunskap varvas, förstås och används i praktiken; och bör ses som ett tillägg till klinisk kompetens då kulturkrockar mellan vårdare och patienter inom vården uppstår hur man än gör eftersom vård aldrig sker i ett vakuum utan är en del i ett större sammanhang. I sjuksköterskans kompetensbeskrivning (12) finns ett krav på mångkulturellt kunnande och sjuksköterskan ska främja god omvårdnad genom att tillgodose patientens kulturella, andliga och sociala behov oavsett ålder, hudfärg, trosuppfattning, kultur, handikapp eller sjukdom, kön, nationalitet, politisk åsikt, ras eller social status. Enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod (13) ska sjuksköterskan främja en god miljö där mänskliga rättigheter, värderingar och tro hos patienten respekteras.

PALLIATIV VÅRD

Det första moderna hospicet startades i England i slutet av 1960-talet av läkaren Cicely Saunders där man använde sig av en filosofi som syftade till att lindra lidandet hos svårt sjuka och döende patienter. Den filosofin ligger nu till grund för *palliativ vård*. Verksamhetens filosofi spred sig senare världen över och kom till Sverige i slutet av 1980-talet (14). Den första definitionen av palliativ vård utformades av WHO 1990 och lyder som följer:

”Palliativ vård är en aktiv helhetsvård av de sjuka och familjen i ett tvärfackligt sammansatt vårdlag vid en tidpunkt när förväntningarna inte längre är att bota och när målet för vården inte längre är att förlänga livet. Målet för palliativ vård

är att ge högsta möjliga livskvalitet åt både patienten och de närstående. Palliativ vård ska tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Den ska också kunna ge anhöriga stöd i sorgearbetet” (15).

I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (16) står det att:

”Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården”

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (16) är vård i livets slutskede ett av vårdens prioriteringsområden. Vårdens inriktning och mål styrs av brytpunkten för när det palliativa skedet startar. Brytpunkten kan ha betydelse för hur vården framöver ska bedrivas vad gäller planering, ställningstaganden och stöd till patient och anhöriga (17).

Före 1950 dog människor ofta i hemmet och kyrkan var mer delaktig i döendeprocessen än vad den är idag. Under andra halvan av 1900-talet och fram till nu dör ca 90 % av Sveriges befolkning istället på sjukhus (14). Den traditionella synen på döden generaliseras av en kort ålderdom med döendet i hemmet, medan den moderna synen medför en längre ålderdom och döende på sjukhus under vård av professionella. Det postmoderna förhållningssättet till döden innebär att patienten ska ha självbestämmande och valfrihet och utforma sin död på det sätt den själv önskar (18).

I västvärlden finns det enligt WHO (15) etniska minoriteter som får vård av sämre kvalitet och är därför inte tillfredsställda med den palliativa vården. För att möta dessa människors behov måste vårdarbetare bli mer medvetna om kulturell variation, speciellt vad gäller autonomi, ritualer och synen på död (14). I en del kulturer betyder exempelvis döden inte slutet utan det kan finnas en föreställning eller tro om ett fortsatt liv (7). Kultur och religion har stor betydelse för patientens copingstrategier i krisdrabbade tider då dessa kan ge stöd och vägledning med hjälp av exempelvis kulturella ritualer (5).

Basal palliativ vård är något som all sjukvårdspersonal ska känna till och kunna bedriva (18). Sjuksköterskan behöver både professionell och personlig kunskap för att utföra god omvårdnad i livets slut (17, 19). Sjuksköterskor har beskrivit palliativ vård som en spänning mellan det professionella, det personliga och det privata och tycker det är svårt att veta hur man bäst agerar då en patient vårdas i ett palliativt skede. En annan svårighet som beskrivs är att balansera mängden verbal kommunikation och lyssnande (17, 18).

HÄLSOSYSTEM OCH OLIKA KULTURELL BAKGRUND

Då vi lever i skilda delar av världen lever vi också i olika *hälsosystem*. Med hälsosystem avses hur människor försöker bevara och återvinna sin hälsa, hur man handlar och behandlar, tolkar och beskriver, erfar och försöker komma till rätta med hot mot sig själv och sin omgivning (7). För att förstå ett hälsosystem måste en definition på hälsa finnas och enligt WHO (15) definieras hälsa som:

”Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom”.

Begreppet kultur har betydelse för hur man upplever sin omvärld och är därför relevant när det gäller en persons välbefinnande. Kultur, människosyn och symboliska värden har betydelse för hur människan ser på hälsa (1, 20) och medicinsk antropologi beskriver hur människor i olika kulturer ser på och förklarar hälsa och ohälsa. Synen präglas av tidigare erfarenheter och kan därför skilja sig åt även om personerna kommer från liknande sociala och kulturella bakgrunder (7).

Hur människor ser på kroppen präglas av individen samt av hennes kulturella och sociala bakgrund. Människor i skilda kulturer har olika uppfattningar om hur kroppen ska se ut, hur den ska fungera, vad den har för gränser, hur sjukdom visar sig och upplevs samt hur kroppen reagerar på olika sorts behandling. Kroppen uttrycker en stor del av en människas kommunikation och kultur kan på så sätt visa sig genom kroppen (7, 21).

Synen på äldre varierar världen över. I västvärlden kopplas äldre ofta till förlust av produktion och reproduktion och ses som en börda med minskad social status som ska vårdas utanför hemmet. Då kognitiv förmåga värderas blir gamla med nedsatt kognitiv funktion automatiskt mindre värda. I en del kulturer har äldre personer högre status eftersom de bär på värdefull historia och kunskap och de vårdas ofta i hemmet av familjen (7). Att bli gammal i en annan kultur än sin egen kan leda till en känsla av oro och ensamhet pga. att få känna till ens historia, anhöriga kan befinna sig i hemlandet samt att kontaktnätet i det nya landet inte är så stort. Om en person även har en kognitiv nedsättning kan språket glömmas bort vilket kan leda till isolering (20).

När människor blir sjuka brukar sjukdomens orsak kopplas till något det finns kunskap om i en viss kultur. Ohälsa kan vara ett resultat av något av större vikt och orsaken har betydelse för vilken bot människan tror på (7, 21). Människan väljer den behandling som hon tidigare upplevt har fungerat (20). Sjukdomens orsak styr vilken behandling och vilken typ av botare som blir aktuell och människan söker hjälp på olika sätt då sjukdom är ett faktum. Vi söker hjälp hos oss själva, vänner, släktingar eller en shaman, präst eller läkare (7). Då människor drabbas av ohälsa uppkommer ofta tankar som "varför jag, varför nu?" Tankarna kan variera och frågor ställas olika beroende av bakgrund, erfarenhet och kunskap. I väst letar människor ofta efter orsaken inne i kroppen, det finns en strävan att försöka ta reda på vilket organ som är skadat. I många andra delar av världen söker människor orsaken utanför kroppen. Att försöka ta reda på om relationer med levande och döda är störda är vanligt förekommande (22).

Sjukdom och dödsfall sörjs i alla samhällen, såväl stora som små, med hjälp av *ritualer*, vilka kan te sig olika beroende på kultur. För individen och samhället kan ritualer fungera som psykiskt och fysiskt skydd då de kan inge kontroll över det okända och minska både ansvars- och skuld känslor. Symboler, så som kläder, kroppsutsmyckning, doft, mat, sång och dans utmärker ritualer (7) och symboliska värden kan inge tillit (22).

Oberoende hälsosystem blir *existentiella frågor* betydelsefulla i livets slutskede eftersom de rör viktiga frågor om livet, så som kärlek, ensamhet, ansvar, skuld, lidande, död och den tid som väntas återstå. *Religion* och *tro* påverkar vilka frågor som uppkommer och vad som kan ge tröst. Oberoende religiös tillhörighet eller om man överhuvudtaget har en tro är existentiella frågor viktiga. En persons tro kan ställas på prov om personen drabbas av sjukdom och relationen till en eventuell Gud kan svikta. Människan söker svar på, för henne, obegripliga, svåra, känslomässiga och viktiga frågor som uppkommer. När en person vårdas palliativt kan en önskan finnas om att träffa en företrädare för sin religion, för att samtala om existentiella frågor (23).

TEORETISK REFERENSRAM

Transkulturell omvårdnad

Leininger (6) menar att *transkulturell omvårdnad* syftar till att ge en holistisk vård anpassad efter varje individs kulturella behov. Hennes teori Culture Care Diversity and Universality utgår från ett transkulturellt perspektiv som ska ligga till grund för en kulturanpassad omvårdnad och göra det möjligt för sjuksköterskan att förstå, förklara och tolka olika kulturella bakgrunder och därmed utföra god omvårdnad. Kultur och omvårdnad är beroende av och påverkar varandra och för att kunna bedriva god kulturanpassad omvårdnad måste båda delar förstås. I olika kulturer finns olika

föreställningar om vad omvårdnad är och vad syftet med den är vilket styrs av olika normer och värderingar.

Modeller för att möjliggöra god transkulturell omvårdnad

”Sunrise Model”

Leiningers (24) utarbetade modell – ”Sunrise Model” kan användas som mall för transkulturell omvårdnad. Den utgår från ett holistiskt perspektiv och beskriver många faktorer som påverkar omvårdnaden och välbefinnandet hos patienten såsom världsbild, teknologiska faktorer, religiösa och filosofiska faktorer, släktskap och sociala faktorer, kulturella värden, trosuppfattningar och livsstilar, politiska faktorer, ekonomiska faktorer och utbildningsmässiga faktorer. Genom att använda ”Sunrise Model” kan sjuksköterskan få en helhetsbild av patienten som ger förståelse och möjlighet till reflektion kring patientens livsvärld och kultur. Många faktorer påverkar varandra och måste förstås i relation till varandra. Exempelvis är kön, ålder, klass, ras och historia relaterade till sociala faktorer som religion, släktskap, politik och ekonomi medan kulturella värden är kopplade till kön och ålder etc. Utifrån dessa faktorer kan sjuksköterskan ställa frågor för att få en grund att bygga omvårdnaden på. Omvårdnaden kan sedan utformas genom att bevara eller upprätthålla, anpassa, förhandla eller omstrukturera värden efter patientens behov.

”The ACCESS model”

Genom ”The ACCESS model” menar Narayanasamy (25) att sjuksköterskor får hjälp att skapa sig utgångspunkter i hur omvårdnad kan utföras utifrån ett transkulturellt perspektiv, framför allt i hennes möten med personer från minoriteter. Om sjuksköterskan utgår från modellen får hon hjälp i planeringen av sitt arbete. Modellen syftar till att göra sjuksköterskan medveten och uppmärksam på speciella behov och önskningar som visar sig hos patienten samt att göra sjuksköterskan medveten om sitt etiska ställningstagande och moraliska ansvar vad det gäller hur den transkulturella omvårdnaden utförs. ”The ACCESS model” innehåller följande delar:

- **Assessment** – bedömning och utvärdering utifrån ett helhetsperspektiv angående kulturella aspekter gällande patientens hälsa och livsstil.
- **Communication** – att sjuksköterskan använder och uppmärksammar såväl verbal som icke-verbal kommunikation.
- **Cultural negotiation and compromise** – vara medveten, kunna förhandla och kompromissa om olika kulturella aspekter.
- **Establishing respect and rapport** – strävan efter att skapa respekt och goda relationer.
- **Sensitivity** – att vara känslig i bemötandet av patienters olika behov och önskningar.
- **Safety** – att genom respekt och acceptans förmedla trygghet till patienten.

Begrepp

Tillit

Tillit kan ha stor betydelse för att ett gott möte mellan patient och sjuksköterska ska skapas (22). Tillit skapas i kulturella och sociala sammanhang och grundar sig på symboler, meningsskapande och erfarenhet och är kopplad till en persons önskningar, förväntningar och begär (21, 22). Olika personer upplever tillit på olika sätt och tillit kan vara kopplad till exempelvis en viss metod eller person som har gjort något gott för en själv. Tillit byggs i en viss kontext och är beroende av just sammanhang och bakgrund. Människor upplever och känner ofta tillit till det som känns bekant och till det som upplevs fungera. Tillit är mycket viktigt inom omvårdnad, både för att omvårdnaden ska fungera och för att patienten ska känna sig trygg (22).

Familjecentrerad omvårdnad och familjen

Med *familjecentrerad omvårdnad* menas att familjen som helhet görs delaktig i vården av en familjemedlem. Sjukdom och hälsa kan påverka och påverkas av familjen och gör den därför till en viktig del i omvårdnaden. Familjens resurser tas tillvara på och familjen involveras i omvårdnaden och deltar som en självklar del i kommunikationen (26). Synen på vad en *familj* är kan vara beroende av kulturell bakgrund. En familj har vissa funktioner, så som att skydda och värna om familjens hälsa och välbefinnande (27). De som har samma härkomst eller blodsband kan beskrivas som en släkt och de som lever under samma tak som en familj. Betydelsen av begreppen familj och släkt är inte statiska utan kan variera över världen och i olika kulturer (4).

Familj och närstående till döende patienter kan också lida och behöva stöd. Den palliativa vården ska även vara till för familj och närstående som kan behöva hjälp med att handskas med tanken på döden och trots sorg känna livskvalitet (28). Viljan hos både patient och familj att bli förvarnad om slutet kan vara ett sätt att förbereda sig på det faktiska slutet men kan vara mycket känslösamt och svårt (17, 18). Hur den döende patienten ser på döden påverkar även familjens syn och hur mycket patienten vill prata om döden påverkar också hur mycket och på vilket sätt familjen kommunicerar med varandra om döendeprocessen (19).

Sorg och sorgearbete är något som sjuksköterskan kommer i kontakt med inom palliativ vård. Sjuksköterskan kan behöva stötta och stärka familjen då sorg kan uppkomma redan då en insikt eller misstanke om att döden är nära (18, 19). Inom olika kulturer finns skilda synsätt på döden och olika sätt att utöva sorgearbete. Olika kulturer har egna unika uppfattningar om döden och även unika ritualer som utförs i samband med sorgearbete. Men även inom en kultur eller religion kan synsätt och ritualer skilja sig åt (19).

Autonomi

Autonomi betyder självständighet, oberoende, rätt till självbestämmande eller självstyre (29). Inom all vård, speciellt palliativ vård, är etiska frågor mycket viktiga och arbetet ska utföras efter fyra etiska grundprinciper: autonomiprincipen, rättvisepincipen, principen att inte skada samt godhetsprincipen. Respekt ska visas för varje individs integritet, autonomi, kroppsliga och själsliga identitet samt för uppfattningar, värderingar, livsvärld och religion. Vården ska vara rättvis och inte särbehandla människor oavsett ålder, hudfärg, kultur och religion (14, 30). Självbestämmanderätten finns stadgad i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) (16) som säger att vården i den utsträckning det går ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska få individuellt anpassad information och valmöjligheter om bl.a. undersökningar, behandlingar, vårdgivare och vårdgaranti.

Rätten till autonomi och integritet grundar sig i idén om människovärdet som menar att människan är en unik individ som ska fatta individuella beslut utifrån sina egna värderingar (31). Sjukvården ska skapa förutsättningar för patientens autonomi och delaktighet och forskning har visat att patientdelaktighet leder till bättre resultat för vård och behandling (32). För att autonomi ska upprätthållas bör patienten få tillräcklig och förståelig information som gör att patienten kan välja att samtycka eller avböja. Alla ska ha rätt att fatta sina egna beslut så länge de inte skadar någon eller inkräktar på någon annans autonomi (31, 32). Vårdpersonal kan inte avsäga sig sitt professionella ansvar bara för att patienten har rätt att bestämma över sig själv. Personalens ansvar ligger i att utöver informera patienten; lyssna på och stödja patienten i vilket beslut som än fattas (31).

Självbestämmanderätten har kommit att bli ett av de svåraste etiska dilemman som sjukvårdspersonal ställs inför och innefattar allt från vardagliga frågor till frågor som avgör över liv och död. Etiska dilemman angående självbestämmande framkommer tydligt då patienten har nedsatt förmåga

att fatta egna beslut vilket gör det svårt för sjukvården att garantera att autonomi upprätthålls (31, 32).

Kommunikation

Kommunikation och specifika symboler är uttryck för kultur. Inom vården är kommunikationen av stor betydelse för vad som kommer att uppfattas positivt respektive negativt och för hur vårdens resultat kommer att se ut. Både verbal och icke verbal kommunikation kommer att tolkas av mottagarens tidigare erfarenheter, känslor och värderingar (21). Språket förklarar verkligheten vi lever i. Vilket språk och vilka ord som används styr både *vad* och *hur* saker ses och förstås. Ord kan därför lätt missförstås och abstrakta och andliga begrepp är ofta ännu mer otydliga och svåra att tolka (4).

God kommunikation är viktigt inom palliativ vård. Personer med olika kulturell bakgrund kan kommunicera på olika sätt, både vad gäller icke verbal och verbal kommunikation. Samtalsavstånd, kroppskontakt, blicken, samtalstonen och mycket annat kan skilja sig åt. Kort samtalsavstånd kan upplevas närgånget medan långt avstånd som ointresse och avståndstagande. Ögonkontakt från kvinna till man kan upplevas oanständigt. Lång ögonkontakt i sig kan tolkas både positivt och negativt beroende på kultur. Högt röstläge kan vara ett uttryckssätt för ilska, smärta, glädje eller oro och ångest. Kommunikationen ska bl.a. ge information och stöd men dålig kommunikation kan leda till missförstånd (33). I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (16) finns inga bestämmelser om tolkanvändning vid vård av icke svenskspråkiga patienter men enligt Förvaltningslagen (1986:223 § 8) (34) är myndigheter ansvariga för att vid behov använda tolk vid kontakt med någon som inte behärskar det svenska språket. Behovet av tolk är ömsesidigt och uppstår mellan två parter - det är alltså aldrig enbart den ena parten som är i behov av översättningsstöd.

PROBLEMFORMULERING

Då den äldre befolkningsgruppen stadigt ökar i Sverige ökar samtidigt behovet av palliativ vård. När palliativ vård sker i ett mångkulturellt samhälle finns det risk att kulturkrockar uppstår och försämrar mötet mellan sjuksköterskan och patienten, dels pga. bristande kunskap om och förståelse av kulturens betydelse. Kulturkrockarna grundar sig i hinder som kan uppstå pga. olika världsbild, syn på sjukdom, hälsa och döende, etiska förhållningssätt, språk- och kommunikationssvårigheter samt familjeförhållanden. Syftet med denna uppsats är att belysa vilka hinder som upplevs av sjuksköterskan respektive patienten i kulturmöten inom palliativ vård samt vilka möjligheter sjuksköterskan har för att främja ett gott kulturmöte. Kan ökad kulturkompetens hos sjuksköterskan leda till ett gott kulturmöte med äldre patienter med annan kulturell bakgrund? Resultatet ska kunna appliceras inom alla olika vårdssammanhang där palliativ vård bedrivs och där allmänsjuksköterskan verkar. Fokus kommer att ligga på mötet med patienten innan dödsfallet och inte inkludera omhändertagande av kroppen, begravning och tiden efter. Avsikten med denna uppsats är inte att generera kunskap om någon specifik kultur eller religion utan är att finna möjligheter som kan underlätta kulturmötet mellan sjuksköterska och patient oavsett deras kulturella bakgrunder.

SYFTE

Syftet med denna uppsats är att belysa vilka hinder som upplevs av sjuksköterskan respektive patienten i kulturmöten inom palliativ vård; samt vilka möjligheter sjuksköterskan har för att främja ett gott kulturmöte.

METOD

Genom en litteraturoversikt kan befintlig forskning studeras och analyseras för att få en överblick över det valda avgränsade kunskapsområdet. I en litteraturoversikt kan både artiklar med kvantitativ och kvalitativ ansats användas för att på ett strukturerat sätt sammanställa forskningsresultat och skapa en utgångspunkt för vidare forskning (35). För att få en överblick över det valda kunskapsområdet valdes just metoden litteraturoversikt för denna uppsats.

LITTERATURSÖKNING

En inledande sökning gjordes i Cinahl med sökord som ansågs vara relevanta för det valda ämnet. 65+ och peer reviewed blev en första avgränsning för att med vetenskapliga artiklar få svar på syftet. I sökningarna användes Boolesk söklogik, där AND och OR skrivs in mellan de valda orden samt trunkering (35), på relevanta böjbara ord exempelvis *care** och *nurs**.

De primära sökorden *culture* och *palliative care* resulterade i för många träffar i Cinahl och därför valdes fler och andra specifika ord med innebörden kultur, så som *cultural competence*, *cultural sensitivity* och *transcultural care*. Sökningen fortsatte genom att synonymer identifierades till *palliative care* och *transcultural care*, vilka var *terminal care*, *multicultural care* och *crosscultural care*. Begreppen *cultural issues*, *nurse*, *nursing*, (*nurs**), *death*, *dying*, *minorities* och *end of life* användes även i sökningarna. Vidare söktes artiklar med hjälp av samma ord och/eller i andra kombinationer i PubMed och Scopus. Flera artiklar hittades i alla tre databaser och valdes därför ifrån den databas som söktes i först.

Två sekundärsökningar gjordes på intressanta referenser i valda artiklar. I artikeln *Palliative Care in a Multicultural Society: A Challenge for Western Ethics* (36) valdes en intressant referens som genom en sökning på försteförfattaren Woods S, referens nr 28, gav oss *Respect for persons, autonomy and palliative care* (37). I artikel *From competence to vulnerability: Care, ethics, and elders from racialized minorities* (38) gjordes en sökning på de två försteförfattarna Randhawa G och Owens A, referens nr 58, vilket ledde till tre träffar varav en, *It's different from my culture; they're very different': providing community-based, 'culturally competent' palliative care for South Asian people in the UK* (39), valdes. Båda sekundärsökningar gjordes i PubMed. Se bilaga 1 för sökta tabell.

URVAL

För att uppfylla syftet och ta del av aktuell forskning valdes enbart vetenskapligt granskade artiklar ut. Ingen språkavgränsning gjordes men endast artiklar skrivna på engelska valdes pga. författarnas språkkunskaper. Inget speciellt vårdsammanhang valdes och ingen tidsavgränsning gjordes. Dock valdes enbart artiklar publicerade efter 1999 öfr att ge en aktuell bild av ämnet.

Någon avgränsning om kvalitativa och kvantitativa artiklar gjordes ej. Resultatet bygger på 8 kvalitativa artiklar, 1 kvantitativ/kvalitativ artikel, 2 fallbeskrivningar, 2 litteraturoversikter och 2 begreppsanalyser. Artiklarna som valdes ut skulle belysa hinder och möjligheter för kulturmötet i palliativ vård och artiklar skrivna om patienter över 65 år blev ett inklusionskriterie.

DATAANALYS

I sökningsresultaten granskades först titlarna vilket ledde till ett urval baserat på titlarnas relevans för syftet. Vidare lästes abstrakten i de valda artiklarna vilket resulterade i att ytterligare några kunde väljas bort. Därefter skrevs 24 artiklar ut och lästes. De som ej svarade på syftet sorterades bort, exempelvis valdes en artikel bort pga. fel ålderskategori. 15 artiklar återstod och valdes som grund för denna uppsats. Se bilaga 2 för artikelpresentation.

Artiklarna analyserades som enligt Friberg (35) innebär att artiklarna läses var för sig och flera gånger för att identifiera det centrala innehållet samt finna likheter och skillnader i resultat, metod,

analys, tolkning och teoretiska utgångspunkter. Anteckningar som svarade mot syftet skrevs ner. Anteckningarna lästes flera gånger med fokus på hinder och möjligheter för ett gott kulturmöte. Identifierade skillnader och likheter i artiklarna sorterades enligt Friberg (35) in i teman och kategorier vilket ledde till en resultatuppdelning i två huvudteman: *Hinder för ett gott kulturmöte* och *Möjligheter för att främja ett gott kulturmöte* samt fyra kategorier: *olika kulturell bakgrund, kulturkompetens och utbildning, syn på autonomi och kommunikation* vilka alla ansågs innefatta både hinder och möjligheter. Se resultatindelningen i figur 1.

RESULTAT

Resultatet kommer att presenteras i två övergripande teman – *Upplevda hinder för ett gott kulturmöte* samt *Sjuksköterskans möjligheter att främja ett gott kulturmöte*. Hindren inleder och möjligheterna avslutar resultatet. De två övergripande teman är indelade i fyra kategorier: *Olika kulturell bakgrund, kulturkompetens och utbildning, syn på autonomi och kommunikation*, vilka alla innefattar både hinder och möjligheter.

Figur 1. Presentation av resultatets indelning

| Övergripande teman: _____ | Hinder för ett gott kulturmöte | Möjligheter att främja ett gott kulturmöte |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kategorier: | | |
| Olika kulturell bakgrund | <ul style="list-style-type: none"> • Föreställningar om religion och tro • Olika syn på döende, lidande, diagnos, behandling och familj | <ul style="list-style-type: none"> • Religion, tro och tillit • Syn på döende, lidande och behandling • Familjen |
| Kulturkompetens och utbildning | <ul style="list-style-type: none"> • Bristfällig kulturkompetens och utbildning | <ul style="list-style-type: none"> • Kulturkompetens och utbildning |
| Syn på autonomi | <ul style="list-style-type: none"> • Olika syn på autonomi | <ul style="list-style-type: none"> • Respekt för autonomi |
| Kommunikation | <ul style="list-style-type: none"> • Missförstånd, rädsla och brist på förståelse • Kommunikation genom en tredje part | <ul style="list-style-type: none"> • Känslor, skriftlig information, icke verbal kommunikation och stöd • Tolkanvändning • Involvera familjen |

HINDER FÖR ETT GOTT KULTURMÖTE

Nedan följer resultatet över de hinder som identifierats vilka är uppdelade i kategorierna: *olika kulturell bakgrund, kulturkompetens och utbildning, syn på autonomi och kommunikation*.

Olika kulturell bakgrund

Föreställningar om religion och tro

Flera författare beskriver hur hinder kan uppstå inom den palliativa vården pga. av olika föreställningar om religionens betydelse och kulturell syn på död, lidande, diagnos, behandling och familj (36-42). Sjuksköterskor upplever en oro och hjälplöshet då de ska vårda en patient med annan kulturell bakgrund (38, 39). En sjuksköterska beskriver hur komplicerat hon tycker det är att vårda patienter med annan kulturell bakgrund trots att hon gör det varje dag:

"And so I sort of, you know, it does go through my mind, you know, 'Oh, this is strange, why are you expressing yourself like that?' Although that's what I see at work all the time, it's still different to my culture, and although I can try to, sort of, empathise with them, it's different from my culture; they're very different." (39, s.418)

Olika föreställningar om religion och tro kan hindra ett gott möte och leda till att tilliten till sjuksköterskan brister. Minoritetsgrupper upplever att den palliativa vården ej är anpassad efter deras behov och önsknings, vilket är en stor anledning till att tillit saknas (43). Sjuksköterskor beskriver att det är svårt att tillgodose patientens kulturella behov samtidigt som de vill upprätthålla västerländska vårdprinciper. Detta gör att sjuksköterskorna upplever att patienterna inte känner någon tillit till vården. Sjuksköterskorna beskriver också att det är mer komplicerat att vårda en patient från ett annat land än sitt eget (44).

Personer som kommit till ett nytt land kan ha svårigheter med språk, samt minnen av traumatiska upplevelser. Dessa svårigheter, minnen och känslor kan förstärkas i livets slutskede (38, 40). Owens (39) menar att en del sjuksköterskor upplever att det är svårt att utföra och förklara palliativ vård utan att vara diskriminerande pga. att synen på palliativ vård i stort skiljer sig inom olika kulturer. Owens menar även att palliativ vård är grundad i västvärlden för vita medelklasspersoner. Skiljer sig patientens kulturella bakgrund från denna beskrivning finns det risk för orättvis och ojämlig vård.

Religion och tro skiljer sig i olika kulturer och kan ha en avgörande roll i livets slutskede. Därför upplever sjuksköterskor att det kan vara svårt att tillgodose patientens religiösa behov pga. att det inte finns tillräckligt med information om olika religioner att tillgå (40, 42). När religionen är avgörande kan det vara svårt att utföra palliativ vård på sjukhus eller hospice, om patienten inte kan utöva sin tro där. Då är palliativ vård i hemmet oftast patientens önskan (42). I vissa kulturer och religioner är det även vanligt att tro att det som sker i livet är Guds vilja och då är det svårt att få dessa patienter att tro att en människa, i detta fall sjukvårdspersonal, kan lindra och bota (40, 45).

Olika syn på döende, lidande, diagnos, behandling och familj

Kemp (40) menar att tanken på döden påverkar alla på något sätt oberoende kulturell bakgrund, vilket sjuksköterskan måste vara medveten om, men inte alltid är. Döden väcker olika känslor hos människan såsom rädsla och undvikande beteende. En del kulturer firar döden, andra skojar om den men ingen ignorerar den. Något gemensamt i alla kulturer är att människan vill dö med värdighet, vilken upprätthålls på olika sätt och blir en viktig del att förstå för sjuksköterskan inom den palliativa vården.

Synen på lidande skiljer sig mellan olika kulturer. Palliativ vård är till för att lindra lidandet, vilket kan bli problematiskt, då en del patienter anser att lidandet är en del av livet och något som måste uthärdas för att visa styrka. Lidandet kan i dessa fall ses som förtjänat, ett straff eller som en reningsprocess. Vissa anser även att behandling kan vara värre än lidandet i sig. I exempelvis Asien vill man vara vid sina sinnens fulla bruk när man är döende och inte drogad av smärtstillande läkemedel (40) och i Indien tros den palliativa vården skynda på döendet pga. att döden då accepteras (43). Lidande orsakas ofta av smärta och sjuksköterskan kan ha svårt att identifiera smärtan eftersom den kan uttryckas på olika sätt inom olika kulturer. I vissa kulturer ska smärta inte visas eftersom det tyder på svaghet. Patientens familj kan därför uppmana patienten att inte uttrycka smärtan och istället visa sig stark, vilket gör det svårt för sjuksköterskan att identifiera smärtan (40).

I en studie (44) upplever en sjuksköterska att det finns svårigheter att vårda och kommunicera med en patient som tidigare levit i ett annat hälsosystem. Det som är verklighet för patienten kan vara totalt orealistiskt för sjuksköterskan och tvärtom. Sjuksköterskan frågar sig själv:

"How can you open a discussion with a patient, when they're saying things that you know are totally unrealistic?" (44, s. 97)

Kemp (40) beskriver också att kulturbarriärer kan göra det svårt för patienten att förstå innebörden av diagnos och behandling vilket kan leda till missförstånd mellan sjuksköterska och patient. I icke västerländsk kultur förlitar sig patienten inte alltid på tekniken som finns i västerländsk sjukvård, vilket kan skapa problem för sjuksköterskan då hon ska föreslå och utföra teknisk diagnostisering och behandling.

Sjuksköterskans och patientens relation kan påverkas negativt om de har skilda åsikter om vem som ses som den självklara vårdaren, vilket skiljer sig mellan olika kulturer (43). I Turkiet och Marocko är det t ex. en självklarhet att barnen flyttar hem till sina föräldrar då de blir sjuka vilket skiljer sig från den västerländska synen (46). Det beskrivs i forskningen att det inom många kulturer är en skam att se någon naken och patienten kan därför vilja vårdas i total avskildhet och av samma kön – något som västvärldens sjukvård inte lägger stor vikt vid (43, 46). Vissa etniska minoriteter vill också lösa medicinska problem på egen hand med bl.a. örter istället för att söka hjälp hos en västerländsk läkare, vilket i västvärlden kan vara svårt att förstå och acceptera (43).

Forskning visar att synen på vad en familj är och vad denne ska ha för roll i den palliativa vården skiljer sig åt i världen och kan göra att sjuksköterskan upplever svårigheter att tillgodose patientens önskningsar vad gäller familjens delaktighet (40, 41). I en del kulturer tros exempelvis sjukdom uppkomma från störda familjereationer. Om sjukdomen tros bero på detta blir västerländsk medicinsk behandling oväsentlig. Sjuksköterskan får svårt att använda sig av de metoder hon vanligtvis använder (40). En familj beskriver att de mår psykiskt dåligt då deras anhörig vårdades palliativt pga. sorg, stress, press och sömnsvårigheter, och att de saknade tillräckligt stöd från sjuksköterskan (43).

Kulturkompetens och utbildning

Bristfällig kulturkompetens

Kulturkompetens återkommer ständigt som något sjuksköterskan inom palliativ vård måste inneha, men i många fall saknar (38, 40). Kagawa-Singer (45) menar att kulturkompetens inte längre är en etisk eller moralisk plikt för sjukvården utan en lag som måste följas.

Sjuksköterskor upplever att det är svårt att lära sig specifik kunskap om olika kulturer då de kommer i kontakt med patienter från många olika kulturella bakgrunder (44). Vissa sjuksköterskor menar att det som utgör den specifika kunskapen i kulturkompetensen kan leda till generalisering och att individen och dess autonomi och rätt till valmöjlighet glöms bort (38, 40, 41, 45). En del sjuksköterskor beskriver att de vill ha specifik kunskap men upplever att de blir arga och frustrerade om kunskapen ej är tillgänglig då de just behöver den. Om den information som finns om en viss kultur förhindrar, försvårar eller stör de vanliga, ideala rutinerna för den palliativa vården kan den även upplevas som ett hinder för vårdandet. Frustrationen bygger ofta på brist på kunskap och information och påverkar mötet negativt. Sjuksköterskor beskriver att även om de innehar kulturkompetensens och avser att ge god palliativ vård åt alla oavsett kulturell bakgrund upplever de att de inte alltid tillgodoser behoven hos de äldre patienterna som är en mycket sårbar grupp (38). Patienter i en studie (43) bekräftar att de är missnöjda med vården och vårdrelationen pga. att sjuksköterskor har för lite kulturell känslighet. De anser att sjukvårdspersonal behöver mer förståelse för vad kulturell känslighet egentligen innebär.

Trots att kulturkompetens ses som en mycket viktig del i vårdandet av patienter av annan kulturell bakgrund inom palliativ vård, får den enligt sjuksköterskor ytterst lite utbildningsutrymme, men

anses behövas (38, 39, 47). Sjuksköterskor har viljan att lära sig om andra kulturer men nya sätt att handskas med sjukdom och döende kan inge oro och de upplever det som en utmaning att arbeta som sjuksköterskor i ett multikulturellt sammanhang pga. för lite utbildning inom området (44).

Syn på autonomi

Olika syn på autonomi

Genom forskning (37, 40, 41, 45) har det framkommit att autonomi är av stor betydelse och relevans inom palliativ vård. Då synen på autonomi skiljer sig kulturer emellan kan etiska dilemman uppstå, exempelvis vad gäller diagnosavslöjanden i livets slutskede, vilket kan skapa hinder i mötet mellan sjuksköterskan och patienten. Hur patienten, vårdgivarna och familjen uppfattar och ser på autonomi har stor betydelse för om omvårdnaden uppfattas som god eller ej. Enligt Patricia m.fl. (47) upplever många sjuksköterskor att det pga. många svåra etiska ställningstaganden är en utmaning att vårda patienter med annan kulturell bakgrund inom palliativ vård, vilket beror på behov och önskningar hos patienterna som sjuksköterskan inte är så van vid. Sjuksköterskor beskriver att vanligt förekommande etiska problem som rör sjukvården är val av behandling, om livsförlängande behandling ska sättas in samt att balansera patientens och familjens önskningar med vårdens resurser.

Flera författare (36, 37, 40, 41, 45, 48) belyser att det i västerländsk vårdkultur för många är en självklarhet att autonomi innebär att varje person tar egna beslut och får information om diagnos samt dess svårighetsgrad vilket är speciellt viktigt inom palliativ vård (36). Detta sätt att se på autonomi gäller dock inte världen över. I vissa delar av världen upplever patienten att ett diagnosavslöjande kan vara fruktansvärt och förta allt hopp som möjligtvis finns. Detta skapar motsättningar i mötet mellan sjuksköterska och patient (41, 45). En patient uttrycker sitt missnöje efter att ha fått reda på en svår diagnos:

"How am I to get better without having hope? Please just decide what you need to do and talk with my family." (41, s.216)

Om sjuksköterskan inte är medveten om att synen på autonomi även kan skilja sig inom ett lands gränser kan det skapa hinder för förståelse och gott bemötande. Sjuksköterskans etiska kod i Japan präglas exempelvis av den västerländska synen på autonomi men stämmer inte överrens med befolkningens. Autonomi där syftar till att svåra diagnoser samt beslut tas av familjen (49).

Västerländska sjuksköterskor upplever att de utför ett övergrepp på patienten om denne själv inte får bestämma eftersom autonomin då tas ifrån patienten (41, 47). Kvinnor har länge varit förtryckta i många delar av världen men har på senare tid fått mer självständighet och rätt till mer beslutsfattande. Om sjuksköterskan måste ta ifrån kvinnan hennes autonomi upplever sjuksköterskorna att utvecklingen gällande jämlikhet går bakåt (41). En studie (46) beskriver att det i turkiska och marockanska familjer är vanligt att männen tar beslut. Studien beskriver att männen ofta nekar hemsjukvård för anhöriga i det palliativa skedet trots att det ofta är kvinnorna i familjen som vårdar patienten. Hade kvinnorna fått ta del i beslutsfattandet skulle de troligtvis varit mer positiva till förslaget, vilket belyser vikten av att kommunicera med alla berörda parter.

Då det finns olika meningar världen över gällande synen på diagnosavslöjanden till patienten menar Lapine (48) att tilliten mellan anhöriga och vårdpersonal kan brista. Om sjuksköterskan ljuger och undanhåller sanningen upplever hon att tilliten brister. Patienten kan däremot uppleva att tillit skapas genom att sjuksköterskan undanhåller sanningen, eftersom det kan stämma överrens med den kulturella synen på autonomi. Då patienter som vårdas palliativt ofta är äldre är inte demens en ovanlig diagnos. Diagnosen demens gör det oavsett patientens kulturella bakgrund svårt för

sjuksköterskan att besluta vem som ska få information och ta beslut om patienten själv inte är i stånd att göra det (47).

Australienska sjuksköterskor utbildas i kulturkompetens, ändå följer den västerländska synen på autonomi med ut i arbetslivet då den är djupt socialt och kulturellt inpräntad (36). Skiljer sig synen mellan sjuksköterska och patient kan problem uppstå och det finns risk för att patienten såras. Sjuksköterskor har beskrivit att det upplevt stor ångerfullhet om det framkommit att de behandlat patienten fel, vad det gäller dennes syn på autonomi (41).

Kommunikation

Missförstånd, rädsla och brist på förståelse

Att kommunikationssvårigheter uppstår i kulturmöten inom palliativ vård av äldre återkommer i forskningen och gör att både sjuksköterskor och patienter känner sig oroliga och frustrerade (38-40, 42-44, 46, 48). Patienter kan pga. språkbarriärer t.o.m. avskräckas från att uppsöka vård över huvudtaget (43). Sjuksköterskor menar att även de blir rädda om de inte förstår, vilket gör att de drar sig ifrån att vårda patienter med annan kulturell bakgrund, vilket i sig skapar ett hinder för en god relation (38). Sjuksköterskor oroar sig över att patienten ska missa viktig information eller inte förstå diagnos, behandling, biverkningar eller att döden är nära. En sjuksköterska beskriver:

”Often, our communication is reduced to nods and smiles and some very basic communication about the types of treatment – you feel they really miss out.” (44, s.96)

I livets slut blir språkbarriären allt mer tydlig och ett större hinder, då det gäller djup kommunikation om meningen med liv och död, vilken är en fundamental del i den palliativa vården (40). Språket och kommunikationen har även betydelse för hur människan beskriver och upplever lidande och död, vilket kan försvåra förståelsen mellan sjuksköterska och patient med olika kulturella bakgrunder (45). Sjuksköterskan upplever att om kommunikationen brister är det svårt att utföra patientcentrerad vård eftersom den grundar sig i patientens önsknings. Att lyssna aktivt för att förstå patientens livshistoria och bakgrund kan bli ett hinder om sjuksköterskan och patienten inte kan kommunicera särskilt väl. Om dessa hinder finns kan det vara svårt för sjuksköterskan att framföra vilka valmöjligheter som finns, vilket resulterar i att patienten inte har möjlighet att ta adekvata beslut (39).

En patient som vårdas palliativt beskriver att sjukvårdens specifika och komplicerade terminologi gör att han inte förstår, vilket gör honom orolig. Han beskriver också att han väljer att ignorera det han inte förstår och tar bara till sig den enklaste informationen. Han och hans fru skuldbelägger även sig själva för att de inte förstår men forskning har visat att afro-amerikaner i Amerikansk sjukvård inte får tillräckligt med kommunikationshjälp och information om provsvar och behandlingar (45).

Skriftlig information kan vara ett hinder för kulturmötet inom palliativ vård då den kan vara svår att översätta till andra språk på ett helt korrekt sätt och kräver att patienten får återkoppling på innehållet (40). Patienter tycker dock att de får för lite skriftlig information (43) och sjuksköterskor bekräftar att information på rätt språk ofta är svår att få tag på men att patienter från kulturella minoriteter ändå sällan är läskunniga (44).

Kommunikation genom en tredje part

Trots att sjuksköterskan tar hjälp av tolkar för att underlätta kulturmötet i den palliativa vården upplevs hinder i kommunikationen och missförstånd uppstår lätt då det är svårt att prata genom en tredje part pga. att information kan ändras och/eller undanhållas (38, 40, 44). Sjuksköterskor menar att språkbarriären som finns trots tolkanvändning begränsar relationen och gör kommunikationen

stel och formell (38) och att tolkar inte är tillgängliga då de mest behövs. Den underliggande meningen som kan förstås genom tonläge och kroppsspråk upplevs försvinna och om tolken inte är av samma kön som patienten kan intima problem vara svåra att ta upp (44).

Det framgår av forskningen att det inte rekommenderas att använda familjen, speciellt barn, som tolk. Om familjen tolkar kan känslomässiga besked vara svåra att ge, vilket kan skapa hinder för en god vård (39, 44) men sjuksköterskor beskriver att de föredrar att familjen tolkar framför professionell tolkning (39). Ett ytterligare hinder med tolkning är att patienter ofta misstror professionella tolkar av samma kulturella bakgrund pga. av oro för att de ska lämna ut privat information till samhället (39, 44).

MÖJLIGHETER FÖR ATT FRÄMJA ETT GOTT KULTURMÖTE

Nedan följer resultatet över de möjligheter som identifierats, vilka är uppdelade i kategorierna: *olika kulturell bakgrund, kulturkompetens och utbildning, respekt för autonomi och kommunikation.*

Olika kulturell bakgrund

Religion, tro och tillit

Chater (36) påpekar att människans religion och kultur kan hjälpa henne att hantera livets slutskede. Om sjuksköterskan tar till vara på just patientens sätt att hantera livets slutskede skapas möjligheter för ett gott kulturmöte. Västerländska sjuksköterskors syn på palliativ vård, som innebär att vårda alla aspekter av människan såsom känslor, upplevelser och familj och strävan efter att upprätthålla livskvalitet, ger patienterna en möjlighet att vårdas mer än bara medicinskt och de kan därmed få sina kulturella behov tillgodosedda (39).

Kemp (40) menar att det är sjuksköterskans uppgift att fråga om patienten är troende och vem som kan bistå med andlig vård och stöd för att hjälpa patienten att finna mening i livets slut. Att sjuksköterskan även pratar om sin tro kan vara lugnande för patienten även om deras tro skiljer sig åt. Sjuksköterskan rekommenderas att läsa på i patientens religiösa skrift, om en sådan finns, vilket kan ge henne ökad kunskap som kan leda till bättre förståelse. I västvärlden kan en präst användas för att ge så kallad andlig vård, vilket dock inte är lika vanligt i andra kulturer. Prästen symboliserar för många; trygghet, stöd, kunskap och visdom och sjuksköterskan rekommenderas att tillkalla präst om patienten så önskar.

Kagawa-Singer (45) belyser att tillit är en viktig aspekt i mångkulturell vård men kan vara svår att upprätthålla. Det finns dock en stark vilja hos västerländska sjuksköterskor att inge tillit och de menar att de har för avsikt att alltid skapa tillit hos patienten. Forskning påpekar att om god palliativ vård ska kunna utföras är det av stor vikt att patienter och anhöriga känner tillit till vårdgivarna (43). Forskning belyser att sjuksköterskans bemötande av patienter av annan kulturell bakgrund är oerhört betydelsefullt. Då sjuksköterskan visar intresse och respekt för patientens kultur och försöker sätta sig in i dennes livsvärld, kan ett respektfullt möte skapas. Respekten skapar möjlighet för ett gott kulturmöte som kan leda till att tillit skapas mellan sjuksköterskan och patienten (37, 39). Davis m.fl. (49) belyser att då patienter och anhöriga i många delar av världen känner stor tillit till sjuksköterskor finns det en anledning för sjuksköterskorna att bevara den tillit som redan finns.

Sjuksköterskor menar att om patienten är öppen om sin kultur och kommunicerar sina behov är det lättare att utföra holistisk vård (38). Owens (39) och Kemp (40) belyser också vikten av att inte påtvinga patienten de lösningar som västvärlden anser vara de riktiga om patienten själv inte tycker det. En sjuksköterska beskriver:

"I have strong feelings about that actually; quite strong. That we've got to make sure that we're not trying to make a Westernised service for a culture that actually, you know, doesn't need to deal with some of the things that we feel are important."
(39, s.417)

Det är också av stor vikt att se alla patienter som enskilda individer oavsett kulturell bakgrund och inte utgå ifrån att alla har samma behov. Genom att fråga vilka behov som finns och utgå ifrån dem kan sjuksköterskan främja ett gott kulturmöte (39, 40).

Owens (39) påpekar också att kulturen kanske inte alls behöver ha en så stor betydande roll i alla situationer. Många problem som uppstår i kulturmöten kan även uppstå mellan personer som till synes har samma kulturella bakgrund.

Olika syn på döende, lidande och behandling

Då synen på döendet skiljer sig från patient till patient är det av stor vikt att sjuksköterskan har ett öppet förhållningssätt och kan bemöta olika synsätt. Om patienten ser lidandet och smärta som oundvikligt bör sjuksköterskan fokusera på att utbilda patienten och ge kunskap gällande smärta och smärtbehandling. Om patienten tror att lidandet är ett straff bör sjuksköterskan fokusera på att samtala om förlåtelse och acceptans. Skulle patienten neka medicinsk behandling i livets slutskede ska omvårdnaden syfta till att göra det så bra som möjligt ändå. Sjuksköterskan måste därmed uppmärksamma skillnader i olika synsätt för att kunna ge valmöjligheter, vilka kan ge patienten mer kunskap om alternativ som tidigare inte kändes till (40).

Familjen

Ett flertal författare belyser att i många kulturer världen över är familjen oerhört viktig för patienten som vårdas palliativt (41-43, 46). Det är som tidigare nämnt en självklarhet i en del kulturer att familjen finns vid patientens sida, tar emot diagnosavslöjanden, beslutar angående behandlingar och skyddar patienten (37, 49). Patienter upplever en trygghet av att omslutas av sin familj i livets slutskede. De har beskrivit att de upplevt ett gott omhändertagande, kärlek och skydd när deras anhöriga befunnit sig vid deras sida samt tillgodosett deras kulturella behov i form av exempelvis mat, som i många kulturer är en mycket viktig faktor för god livskvalitet (43, 46, 48). Då palliativ vård kan fås i hemmet menar Chater (36) att familjen kan vara en central del i vården och därför är det en stor fördel om sjuksköterskan tillsammans med familjen planerar vården och tar hänsyn till aktuella behov och önsningar.

Det framgår i forskningen att i olika kulturella sammanhang världen över samlas familjen hos den döende patienten och utför sina speciella ritualer och seder (42, 43). Det är av stor vikt att sjuksköterskan och annan vårdpersonal gör detta möjligt, d.v.s. förenar vården med familjen och dess ritualer (38, 42). Chater (36) anser att familjen är den viktigaste stöttnings för patienten då denne går igenom emotionella faser och sorg. Forskningen belyser vikten av att sjuksköterskan ger stöd till familjen, vilket kan förebygga stress och depression. Genom att utöver stöd, integrera familjen i dagliga vårdrutiner blir det lättare för sjuksköterskan att utföra individuell kulturanpassad vård (39, 40, 43). En indisk kvinna berättar:

"My husband does not like porridge or bread for breakfast, so I had to prepare Indian dishes and give him. At least then he will be happy you know and I will be satisfied I have done something good for him." (43, s.82)

Kemp (40) menar att sjuksköterskan ska lära familjen att vårda och planera vården, förklara hur det aktuella hälso- och sjukvårdssystemet fungerar och förklara värdet av familjens delaktighet. Anhöriga menar att de utöver att få information om även vill berätta om sin döende anhörig, vilket

är viktigt för sjuksköterskan att ta hänsyn till (43). Sjuksköterskan kan också få hjälp av familjen då de är bra på att påpeka patientens behov, exempelvis behov av mer smärtlindring (47).

Kulturkompetens och utbildning

Sjuksköterskor menar att patienten inte bör placeras i ett kulturellt fack utan ses som en unik individ med egna erfarenheter och behov. Därför anser de att generell kulturkompetens är mer givande än specifik kunskap om en viss kultur då alla patienter ändå har sin personliga världsbild och livshistoria på som är viktigare att ta till vara på (38).

Flera studier menar att om sjuksköterskan blir medveten om och reflekterar kring sin egen kulturella bakgrund och vad den har för betydelse för förförståelse och etiska värden så kan hon få insikt om sig själv, vilket kan hjälpa henne att bemöta den äldre patienten i den palliativa vården. Ju mer sjuksköterskan reflekterar över hur patientens världsbild skapas, desto mer lär hon sig om sig själv (45, 48, 50). Genom att sjuksköterskan är kulturellt känslig förstår hon vilken effekt den egna subkulturen, i det här fallet sjuksköterskans, kan ha på patienten (50).

Gunaratnam (38) menar att palliativ vård av äldre patienter med en annan kulturell bakgrund ska vara en aktiv process att försöka komma in i patientens värld. Det viktigaste enligt många sjuksköterskor är att alltid lyssna, finnas där och försöka förstå vikten av det patienten berättar. Richardson m fl. (44) anser att sjuksköterskan bör anpassa vården efter varje individ för att kunna tillgodose kulturella behov vilka kan skilja sig från individ till individ. Det är viktigt för sjuksköterskan att tänka på att alla från samma kultur inte tycker samma och att varje kultur har sina specifika etiska koder, exempelvis om vad autonomi innebär. Den gyllene regeln säger: "behandla andra som du själv vill bli behandlad" men att alltid tänka så kan vara etnocentriskt (48). Sjuksköterskan ska, om hon är kulturkompetent, växla mellan att hitta skillnader och samtidigt behandla alla "lika", utefter individens behov (39).

Kulturkompetens kan skydda sjukvårdspersonal genom att hjälpa till med moraliska och känslomässiga frågor som ofta uppkommer inom palliativ vård (38, 44). I den Australienska sjuksköterskeutbildningen ingår en kurs i kulturkompetens pga. det mångkulturella samhället sjuksköterskorna sedan ska ut och arbeta i, vilket är något fler sjuksköterskeutbildningar bör ta efter (36).

Kulturkompetens kan fås genom olika strategier vilket det finns delade meningar om. Tre studier (43, 44, 47) beskriver att en del sjuksköterskor vill ha utbildning och stöd i hur man bemöter personer från andra kulturer, kommunicerar fysiska, psykiska och kulturella aspekter av hälsa och sjukvård samt hur man ger adekvat symptomlindring. En studie (50) har visat att rollspel och diskussioner om patientfall har varit lyckade utbildningsmetoder. Dessa har bidragit till kunskapsutveckling om kulturella skillnader och bidragit till medvetenhet och känslighet om kulturens betydelse. Sjuksköterskor har även beskrivit att de blir mer självreflekterande och självkritiska då de får tillfälle att prata och diskutera om kulturella svårigheter (39).

En annan utbildningsstrategi som tas upp i en studie (44) syftar till att personer med annan kulturell bakgrund kan bidra med viktig kunskap genom att hålla i studiecirkel och utbildning. Patricia m fl. (47) betonar i sin forskning betydelsen av att sjuksköterskan, utöver kulturella skillnader, måste förstå den äldre patientgruppens specifika behov. Detta bekräftas av sjuksköterskor som belyser att mer kunskap behövs om just äldre patienter och palliativ vård i stort (38, 43) och det är i västvärlden sjuksköterskans etiska plikt att arbeta för att förbättra den palliativa vården för äldre (47). Kemps studie (40) visar att sjuksköterskor anser att de förutom utbildning måste ta ett individuellt ansvar för att skaffa sig kulturkompetens. Det är även av stor vikt att ledningen i organisationer som sjukhus, hemsjukvård, hospice och sjukhem tar sitt ansvar för att kulturkompetens finns hos vårdpersonalen (43, 45). Kulturkunskap kan förutom i utbildningen även

fås i praktiken genom deltagande observation, litteratur, andra professioner och av patienten själv. Om sjuksköterskan börjar läsa på om de vanligaste etniska grupper hon vårdar kan det vara ett första steg i kompetensutvecklingen som sedan kan utvecklas och byggas på genom att patienten och dennes familj berättar om sin personliga syn på hälsa och sjukvård (38, 40).

Syn på autonomi

Respekt för autonomi

Forskning visar att i många delar av världen, exempelvis Vietnam, Japan, Korea, Syd- och Östeuropa, Mellanöstern och Central- och Sydamerika och vissa delar av Ryssland är det en självklarhet att beslut i den palliativa vården fattas i samråd av eller helt av familjen, då dessa kulturer präglas av en kollektiv anda istället för individualism. Inom dessa kulturer beskriver patienter att det är viktigare att vårdpersonal undanhåller information och ljuger om svårighetsgraden av en diagnos istället för att säga sanningen. På detta sätt anses de kunna skydda patienten. Det är av stor vikt att sjuksköterskan är medveten om dessa skillnader för att kunna skapa ett gott kulturmöte (40, 41, 45, 47-49). I en fallstudie bekräftar en patient att han upplever en lättnad när familjen tar beslut som angår honom (42).

Forskningen belyser att patienten själv måste få avgöra vad som är autonomi och om beslutsfattandet ska överlåtas till någon annan. Respekterar sjuksköterskan detta kan tillit skapas som i sig är en avgörande faktor för ett gott möte (37, 41, 48). Hur autonomi uppfattas kan även ändras efter känslomässiga behov och efter vilken fas sjukdomen är i. I den mån patienten är i stånd att göra sina egna val, och även sina misstag, finns det ett mervärde i att låta denne göra det, vilket Woods (37) belyser. Om sjuksköterskan möjliggör det som för patienten är autonomi, kan rädsla lindras så att patienten kan ta kontroll över sin situation (47).

Patricia (47) och Lucy (41) menar att patienter i västvärlden anser att autonomi innebär att de ska få vara delaktiga i sin egen vård och få reda på allt som har med deras sjukdom att göra. Först då de får tydliga svar på exempelvis hur lång tid de har kvar att leva kan de börja leva, uppskatta livet mer, fullfölja drömmar samt ta vara på tiden som finns kvar. Eftersom svåra besked gällande en sjukdom kan mottas på mycket olika sätt är det av stor vikt att sjuksköterskan visar respekt för hur patienten vill handskas med problemet.

För att sjuksköterskan som arbetar inom palliativ vård i ett mångkulturellt samhälle ska kunna tillgodose patientens behov är det av stor vikt att arbeta både patient- och familjecentrerat (41). Vården bör balansera patientens behov av att få veta, familj och släktingars behov av att skydda patienten och vårdarnas behov av att vara öppna och sanningsenliga vad gäller diagnos och prognos (47, 48). Då sjuksköterskor och läkare ställs inför situationer då de inte vet vem de ska ge information till och vem som ska fatta beslut kan hinder för en god relation uppstå. En fördel kan då vara att vid första kontakt med patienten våga inleda ett samtal om aktuella känsliga ämnen. På ett lugnt och respektfullt sätt kan frågor ställas om vem som ska få ta del av information och vem som ska fatta beslut (36, 41, 48). Detta skapar en guide för hur sjuksköterskor framöver ska agera i just den enskilda patientens situation. Att fråga skapar autonomi och genom förståelse för patientens sätt att se på autonomi skapas respekt (41, 48). Enligt Chater m.fl. (36) är det för sjuksköterskan viktigare att vårda patientens känslor och önskningsar än själva sjukdomen under det palliativa skedet.

Då ett etiskt dilemma om autonomi uppstår i kulturmötet i den palliativa vården menar Lapine (48) att det är av stor vikt att en etisk kommitté tillkallas. En fallbeskrivning visar att en etisk kommitté genom konsultation kan bidra med att upprätthålla en öppen dialog som avlastar vårdpersonalens skuld-känslor över att ta fel beslut. Det kan även ge familjen stöd och vägledning som leder till att patienten får sin autonomi tillgodosedd.

Kommunikation

Känslor, skriftlig information, icke verbal kommunikation och stöd

Sjuksköterskor beskriver att kommunikation är den viktigaste grundpelaren i palliativ vård och att kommunikationen är mycket mer än bara språket i sig. Den innefattar även förmågan att kunna förstå och empatisera med kulturella variationer och trosuppfattningar (39). Sjuksköterskan bör vara medveten om att hennes och patientens tankesätt kan skiljas sig åt. För att förstå hur patienten tänker måste kommunikationen fungera. Då samhällen blivit mer mångkulturella, har kulturellt känslig kommunikation hamnat i centrum och endast information räcker inte för att nå patienten (41). En studie (39) belyser att om sjuksköterskor lär sig hälsningsfraser på patientens språk kan isen brytas och ett lättamt och avslappnat möte kan inledas.

För att möjliggöra bättre kommunikation mellan sjuksköterska och patient från olika kulturer i den palliativa vården kan skriftlig information vara till hjälp om patienten är läskunnig och förstår den nivå materialet är skrivet på (40). Sjuksköterskor beskriver att de då de vårdar en patient i ett palliativt skede även upplever att de genom icke verbal kommunikation kan visa empati genom att exempelvis hålla patientens hand, vilket kan upplevas meningsfullt för båda (44). En del asiater menar att även om direkt information om tillståndet inte ges eller förstås, kan mycket utläsas genom just icke verbal kommunikation (45). Detta belyser vikten av sjuksköterskans möjlighet att använda sig av icke verbal kommunikation för att skapa ett gott möte, men sjuksköterskan måste vara medveten om att det krävs mer tid för att trygghet och tillit ska skapas med hjälp av enbart icke verbal kommunikation (46).

En studie (46) om patienter med familjer, som var i kontakt med palliativ vård, visar att de önskade att kommunikationen varit bättre och att de var missnöjda med att information ofta gavs för sent. De menade på att om de fått stöd och hjälp med papper och hela vårdssystemet i sig hade det varit lättare att förstå sammanhanget. Patienterna påpekade att de även hade velat bli vårdade av personal från samma land som de själva. Trots de hinder som upplevdes tyckte de att kommunikationen fungerade bättre med sjuksköterskan än med läkaren, vilket grundade sig i att sjuksköterskan lade mer tid på mötet. Detta belyser vikten av hur viktig tiden är för att ett kulturmöte ska upplevas bra.

Tolkanvändning

Det framgår i forskningen att tolk alltid ska användas inom palliativ vård av äldre om så behövs men att medvetenhet om bristerna krävs hos sjuksköterskan (38-40, 48). Kemp (40) menar att om patienten godkänner familjen som tolk kan den ge mycket innehållsrik interpersonell information som sjuksköterskan kan ta till vara på. Trots att många sjuksköterskor har erfarenhet av tolkanvändning önskar de att de fick mer utbildning i att använda tolk på ett bättre sätt för att främja kommunikationen som är en viktig del i ett gott kulturmöte (44).

Involvera familjen

Det är av stor vikt att sjuksköterskan även kommunicerar med patientens familj under det palliativa skedet (39). Genom att involvera familjen i patientens vård kan sjuksköterskan skapa möjligheter för ett gott möte genom öppen kommunikation om behandlingar och tillstånd. Genom öppen kommunikation med hela familjen kan tillit skapas och göra mötet avslappnat, vilket är av stor betydelse i livets slutskede. Att öppet tala om att slutet är nära ger patienten möjlighet att avsluta sitt liv på ett värdigt sätt. Patienten hinner då koncentrera sig på återstående tid, reflektera, säga vad som vill sägas till nära och kära och uppfylla sina sista önskningar (47). Med effektiv kommunikation, tydliga förklaringar och respekt för patientens rättigheter kan även etiska dilemman lättare undvikas (36).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Litteraturoversikten var en givande modell som gav en god överblick av det valda kunskapsområdet. Litteraturoversikten har genererat kunskap och förståelse som kan användas i vår framtida yrkesroll som sjuksköterskor.

Den inledande sökningen gjordes med sökorden "culture" och "palliative care". Då begreppet "culture" hade en för vid betydelse identifierades och formulerades nya sökord som fick träffar som svarade på syftet. Många ordkombinationer användes där alla aspekter av begreppen innefattades, vilket anses ha givit resultatet rättvisa. De sökord och kombinationer som ej gav relevanta träffar uteslöts och nya testades i stället. Hade fler och/eller andra begrepp och kombinationer används hade resultatet kunnat bli annorlunda. Vi anser dock att begreppen och kombinationerna som användes var relevanta för vårt syfte.

Ingen avgränsning för kvantitativ eller kvalitativ ansats gjordes vilket ledde till att artiklar med olika forskningsansatser valdes till grund för resultatet. Artiklarna svarade alla på syftet som var att belysa hinder och möjligheter samt att öka förståelsen för problemområdet. Hade fler artiklar med kvantitativ ansats valts kunde statistik på fungerande och icke fungerande strategier för att främja ett gott kulturmöte kunnat styrka eller ändra resultatet. Begreppsanalyserna gav djup förståelse för ämnet, speciellt autonomi och litteraturoversikterna stärkte resultatet i artiklarna med kvalitativ ansats genom att belysa liknade hinder och möjligheter. Skulle vi skriva en ytterligare uppsats skulle primärkällor i eventuella litteraturoversikter användas istället. Det kunde ha varit en fördel att ha någon mer artikel med kvantitativ eller kvalitativ ansats till resultatet istället för begreppsanalyserna och litteraturoversikterna då de eventuellt hade varit mer relevanta för uppsatsens syfte. Hade sökningen gjorts om hade begrepp som exempelvis "experience" förmodligen använts tillsammans med de tidigare sökorden för att skapa mer kunskap och förståelse för just upplevelser och erfarenheter.

I sökningen gjordes ingen tidsavgränsning men flertalet av de valda artiklarna är från 2000-talet och framåt. Därför anser vi att resultatet ger en aktuell bild av problemet. Hade en tidsavgränsning gjorts hade en del av träffarna eventuellt inte hittats och inte varit med i urvalet.

Sökningen avgränsades till 65+ för att få en bild av den palliativa vården av äldre patienters specifika problem. Denna avgränsning minskade träffantalet avsevärt vilket tyder på att området inte är särskilt beforskat. Detta sågs som en fördel då det är ett nytt intressant och viktigt ämne i dagens vård. Avgränsningen syftade till att ge svar på de äldres specifika behov. Artiklarna var dock inte helt inriktade på just de äldres behov utan upplevdes mer övergripande. Detta kan anses negativt då det kanske inte ger en helt rättvis bild utifrån frågeställningen. Det positiva med resultatet var att en övergripande bild av kulturmöten inom palliativ vård framkom, vilken kan appliceras i alla vårdsammanhang och av alla allmänsjuksköterskor. De 15 valda artiklarna anses svara väl på syftet och speglar det problemområde som valts.

De flesta artiklarna som granskades och användes i resultatet var skrivna i USA och Storbritannien medan ett fåtal kom från Australien, Nederländerna och Nya Zeeland. Artiklarna är skrivna i västerländska länder vilket har präglat resultatet. Detta kan vara en begränsning då resultat inte med säkerhet kan representera alla delar av världen. Sjukvårdspersonal i västvärlden anses kunna ha mest nytta av resultatet men även vårdpersonal i andra delar av världen kan lära sig av helheten och ta med sig att människor med olika kulturell bakgrund har olika behov och önskningar och ser på sjukdom, hälsa och sjukvård på olika sätt. Sjuksköterskorna i artiklarna är från ovan nämnda länder medan patienterna som sjuksköterskorna vårdat till största del är från Japan och Kina men även från Mexico, Laos och delar av Afrika och patientfallen som beskrivits är från bl.a. Ryssland, Indien,

Marocco och Vietnam. De beskrivna patienternas bakgrund stämmer inte helt överrens med invandrades bakgrund i Sverige, vilket skulle kunna göra resultatet mindre applicerbart i Sverige. Även de beskrivna sjuksköterskornas bakgrund och religion kan skilja sig från Svenska sjuksköterskors och kan påverka deras upplevelse av att vårda patienter från andra kulturer.

Artiklarna som använts i resultatet speglar såväl sjuksköterskan som patientens perspektiv. Patientupplevelsorna beskrivs ofta utifrån patientfall som rör en eller några patienter med familjer. Artiklarna som speglar sjuksköterskans perspektiv belyser dock ofta ett stort antal sjuksköterskors upplevelser vilket ger sjuksköterskan större plats än patienten i den här uppsatsens resultat. Att både sjuksköterske- och patientperspektivet tas upp anses dock relevant då det ger resultatet en större bredd och belyser skillnader och likheter.

Vårdsammanhang som sjukhus, hospice, hemsjukvård, äldreboenden, samhällsförankrad vård, och sjukhem, vilka bedriver palliativ vård belyses i artiklarna, dock är hemsjukvård och hospice lite mer förekommande. Syftet var att oberoende vårdsammanhang finna hinder och möjligheter för ett gott kulturmöte, vilket kunde besvaras väl och resultatet anses kunna appliceras inom alla vårdformer. Syftet var inte att belysa en specifik patientgrupp men flera patienter i artiklarna har cancer vilket kan färga resultatet. Detta anses nämnvärt men behöver inte påverka resultatet negativt då de hinder och möjligheter som beskrivits skulle kunna uppkomma oavsett sjukdom.

En del artiklar belyste endast synen på autonomi, vilket har gjort ämnet överrepresenterat bland de valda artiklarna och på så vis påverkat uppsatsens resultat. Synen på autonomi kan dock ses som ett av de största hindren inom kulturmöten då detta ämne utgjorde många av sökträffarna.

Under analysförfarandet upplevdes inga svårigheter att finna huvudtemana: hinder och möjligheter. Flera artiklar belyste samma ämnen och vidare delades de in i kategorier. Dessa innehöll både hinder och möjligheter, vilket till en början gjorde det något komplicerat att finna bra rubriker. Hinder och möjligheter som ofta nämndes valdes till grund för resultatet. Ett fåtal hinder och möjligheter som inte nämndes särskilt ofta prioriterades bort då de ej ansågs lika relevanta som övriga, exempelvis att en patient ville ha viss indisk maträtt.

Artiklarna beskriver upplevelser av sjuksköterskor som vårdar patienter över 65 år samt fallbeskrivningar tillhörande samma åldersgrupp, vilket var syftet med studien. En del artiklar innehöll fallbeskrivningar gällande patienter av olika åldrar, i dessa fall valdes endast patienter tillhörande den ovan nämnda ålderkategori. Både män och kvinnor representerades i artiklarna, vilket gav ett genusperspektiv.

Artikeln *When Cultures Clash: Physician, Patient, and Family Wishes in Truth Disclosure for Dying Patients* (48) tar upp läkarens perspektiv, vilket kan anses irrelevant i den här uppsatsen. Vi menar dock att det är en tillgång för sjuksköterskor att få reda på hur kulturkrockar uppstår även mellan patient och läkare. Eftersom sjuksköterskan utgör en central del i patientens vård anser vi att det är av stor vikt att hon är medveten om allt som rör och påverkar patienten. Artikeln belyste också betydelsen av den etiska kommittéen då etiska dilemman uppstår, vilket är något som även sjuksköterskan kan ha användning av.

Artikeln *Respect for persons, autonomi and palliativ care* (37) är en begreppsanalys som tar upp begreppet autonomi i relation till etik och palliativ vård. Den belyser etiska dilemman gällande vad som är gott och för vem och därmed ansåg vi den relevant för vår uppsats då den gav förståelse för vad autonomi kan betyda för olika personer. Eftersom identiteten skapas i kulturella och sociala sammanhang anser vi att en persons syn på autonomi även präglas av detta. Torts att artikeln inte tar upp etnisk bakgrund i förhållande till autonomi gav den oss djup förståelse om olika synsätt som i sig kan vara präglade av kulturell bakgrund.

Friberg (35) anser att forskarna bör ta ställning till etiska frågor under forskningsprocessen. När artiklarna granskades upptäcktes det att etiska ställningstaganden av forskarna enbart gjordes i fem artiklar (39, 42-44, 46) varav fyra med patientperspektivet och en med sjuksköterskeperspektivet, vilket anses som en brist. Etiska ställningstaganden borde ha gjorts och/eller beskrivits i metoden i alla artiklar. Flera forskare tar dock upp etiska frågor i artiklarna i relation till synen på autonomi och respekt för olika kulturell bakgrund vilket anses positivt och relevant.

RESULTATDISKUSSION

Enligt vad som framkommit i resultatet finns det både hinder och möjligheter som påverkar kulturmöten inom palliativ vård. Sjuksköterskan bör ha kunskap om båda faktorerna – hindrena för att skapa medvetenhet om vad som kan förbättras samt möjligheterna för att främja det som redan är bra och eventuellt göra det ännu bättre. Uppsatsens resultat belyser kulturens eventuella påverkan på vårdmötet och kan bidra till en ökad medvetenhet hos sjuksköterskor. De möjligheter som påvisats i denna uppsats hoppas kunna användas och bidra till en bättre omvårdnad av alla äldre patienter oavsett kulturell bakgrund, i den palliativa vården.

Olika kulturell bakgrund

I resultatet har det framkommit att hinder lätt uppstår då patient och sjuksköterska har olika kulturell bakgrund och är uppvuxna i olika hälsosystem med allt vad det innebär; hur hälsa och sjukdom upplevs och beskrivs, vad för tro som finns gällande behandling och bot och hur omgivningen påverkar (7). Kulturen har därför betydelse för hur man upplever sin omvärld och är därmed relevant när det gäller en persons välbefinnande (1, 20). Detta är något som anses framkommit tydligt i resultatet. Hur människor agerar och reagerar är starkt påverkat av deras kultur och något sjukvårdspersonal måste vara medvetna om och reflektera över. För att uppnå målet med palliativ vård, som är att lindra lidande, måste sjukvårdspersonal ta reda på och förstå vad lidande och välbefinnande är för den enskilde patienten. Leiningers (6) beskrivning av transkulturell vård och dess betydelse för förståelsen av patientens kulturella bakgrund styrker resultatet då hon anser att den transkulturella omvårdnaden i större utsträckning gör det möjligt att förstå, tolka och beskriva patientens omvårdnadsbehov. Vi anser att ett transkulturellt perspektiv kan hjälpa sjuksköterskan att bedriva god palliativ vård och för att ett gott kulturmöte ska skapas. Först när sjuksköterskan förstår innebörden av både omvårdnad och kultur kan hon utföra kulturkompetent omvårdnad. Leiningers teori kan kritiseras då hon utgår från att vården ska anpassas efter varje individs kulturella behov vilket Johnsson (3) även påpekar. Ses kulturen som det centrala för omvårdnadsbehoven finns en risk att patienten bedöms och behandlas enbart efter sin kulturella bakgrund och inte efter sina faktiska individuella behov. Sjuksköterskan bör istället ha ett individorienterat perspektiv och inte överkulturalisera patienten och dess behov.

Patienters kulturella bakgrund kan påverka och förstärka känslor i livets slutskede och styra över behov och önskningar. Detta skapar oro och rädsla hos både sjuksköterskan och patienten, vilket gör att tilliten, som är grunden för ett gott möte, kan brista (38, 39). Om sjuksköterskans oro och rädsla kan minska med hjälp av ökad medvetenhet, kunskap och kulturkompetens finns bättre förutsättningar för ett gott möte. Tillit är ofta kopplat till något som är bekant (21, 22) och därför är det nödvändigt för sjuksköterskan att ta reda på vad det är, och försöka upprätthålla det. Eftersom tillit också är något kulturellt och socialt betingat och grundar sig på meningsskapande, erfarenheter, önskningar, förväntningar och begär (21, 22) är det en stor utmaning att skapa tillit i just ett kulturmöte där de ovan nämnda faktorerna med största sannolikhet skiljer sig åt. Tilliten är av största vikt för att kommunikationen mellan patient och sjuksköterska ska fungera och för att skapa ett gott kulturmöte. Forskning belyser att sjuksköterskan ska visa respekt och intresse för att möjliggöra en tillitsfull relation (37, 39) samt att patienten ska vara öppen om sin kultur och kommunicera sina behov (38). Intresse och respekt för patienten kan bidra till en avslappnad

relation där sjuksköterskan kan uppmana patienten att berätta om sina kulturella behov så att dessa kan tillgodoses.

För att patienten ska kunna vara öppen om sin kultur måste denne ges möjlighet till det. Den möjligheten kan sjuksköterskan skapa genom att använda sig av soluppgångsmodellen (24) där många viktiga aspekter tas upp. Alla aspekter anses viktiga för omvårdnaden men i den här uppsatsen har dock de som anses mest relevanta dvs. olika världsbild, religiösa och filosofiska faktorer, släktskap och sociala faktorer, kulturella värden, trosuppfattningar och livsstilar tagits upp och diskuterats. Genom att med intresse och känslighet ställa frågor öppnas samtal upp, vilket kan vara ett bra tillvägångssätt för att skapa en god relation. Att göra en bedömning och utvärdering med ett helhetsperspektiv av patientens situation tas även upp i ”The ACCESS model” (25), vilket gör de två ovan nämnda modellerna användbara och betydelsefulla inom transkulturell omvårdnad då de kompletterar varandra bra.

Sjuksköterskor beskriver att det är svårt att tillgodose patientens religiösa behov samtidigt som de vill upprätthålla västerländska vårdprinciper (44). Detta dilemma blir ett stort hinder i den palliativa vården eftersom religiösa ritualer och böner kan vara avgörande för att patienten ska finna mening och känna välbefinnande. Vi anser att det idag finns en brist i sjukvården då det varken finns tid eller plats för att på ett enkelt och smidigt sätt tillgodose de religiösa behoven men att sjuksköterskor måste göra så gott det går för att tillfredsställa patientens behov. Familjen deltar ofta i ritualerna och vill vara nära patienten i livets slutskede (42, 43) vilket måste respekteras. Detta kan dock komma att bli ett hinder då den palliativa vården som bedrivs på sjukhus, i nuläget inte ger utrymme för många besökande och privat tid. Med tanke på dagens utveckling av mångkulturella samhällen är detta en utmaning för vården och något som borde förbättras vid om- och nybyggnationer och organisatoriska förändringar. Synen på vad en familj är och vad den ska ha för roll i den palliativa vården kan vara beroende av kulturell bakgrund (4). Eftersom den inte alltid är det och beror mer på individen än den kulturella bakgrunden bör sjuksköterskan öppet visa medvetenhet om att en familjs konstruktion kan variera vilket kan skapa respekt hos patienten med familj vilket i sig kan inge tillit. Västerländska kärnfamiljer består ofta av föräldrar och barn medan andra kulturer kan räkna hela släkten som familj.

Om patienten vill lindra lidandet på ett sätt som för sjuksköterskan är obekant (7) kan det av sjuksköterskor upplevas främmande och vara svårt att acceptera (43). Ett gott möte anser vi är svårt att uppnå utan acceptans, vilket inte kan skapas utan intresse, engagemang och motivation hos sjuksköterskan. Oavsett kulturell bakgrund vill människan dö med värdighet och eftersom synen på lidande skiljer sig (40) måste sjuksköterskan först och främst ta reda på vad värdighet betyder just för den enskilde patienten, vad lidandet tros bero på och hur det önskas lindras. Återigen belyses vikten av att alltid fråga och respektera patientens synsätt. Sjuksköterskan behöver inte alltid förstå det som är främmande men att däremot försöka begripa och respektera varför någon gör eller vill ha det på ett visst sätt kan underlätta kommunikationen och ge möjlighet för ett gott kulturmöte.

Kulturkompetens och utbildning

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning (12) finns ett krav på mångkulturellt kunnande och enligt ICN:s etiska kod (13) ska sjuksköterskan främja och respektera mänskliga rättigheter, olika värderingar och tro vilket Kagawa-Singer (45) bekräftar genom att påpeka att kulturkompetens är en lag som ska följas. Kleinman (10) kritiserar dock begreppet kulturkompetens eftersom det kan tolkas som att enbart specifik kulturkunskap är viktig och menar att grunden till kulturkrockar inte bara kan förklaras med hjälp av just en persons kultur. Ett kritiskt förhållningssätt till begreppet gör oss medvetna om både för och nackdelar med kulturkompetens, men anser att mycket ligger i hur begreppet värderas och som Ahmadi (5) och Helman (7) skriver är begreppet kulturkompetens mångtydigt. Ses det som enbart specifik kulturkunskap anser vi att kulturkompetensen kan vara ett hinder för ett gott möte pga. risk för generalisering. Tolkas kulturkompetens som både specifik och

generell kunskap trycker vi på att kulturkompetensen är av stor betydelse eftersom den generella kunskapen innefattar förhållningssätt som respekt, öppenhet, lyhördhet och acceptans för olika synsätt vilka ligger till grund för ett gott möte.

Vi efterfrågar mer utbildning i kulturkompetens vad gäller den generella kunskapen i den svenska sjuksköterskeutbildningen, vilket även en del andra sjuksköterskor världen över också gör. Mer samtal och reflektion kring kulturens betydelse kan bidra till att både sjuksköterskor och patienter blir tryggare i relationen. Richardson m fl. (44) anser att sjuksköterskan bör anpassa vården efter varje individ för att kunna tillgodose kulturella behov vilka kan skilja sig från individ till individ och vi menar ett individorienterat perspektiv kan ligga till grund för ett gott möte vare sig patientens kultur spelar roll eller inte. Om och vilken betydelse kulturen har för varje patient är individuellt och något sjuksköterskan bör ta reda på genom att tidigt i vårdrelationen fråga.

Sjuksköterskor menar att specifik kulturkunskap kan leda till generalisering (38-40, 44) vilket är en viktig reflektion och något vi håller med om. Att läsa på om en viss kultur kan hjälpa sjuksköterskan en bit på vägen mot ett gott kulturmöte men det är av stor vikt att medvetenhet finns om att individen bakom kulturen kan glömmas bort. Reflektion kring varför generaliseringar och fördomar uppstår och vad de har för inverkan på sjuksköterskans bemötande kan generera medvetenhet och bidra till reflekterade individanpassade handlingar. Tolkas kulturkompetens som enbart kunskap om specifika kulturer är kulturkompetens inte det vi efterfrågar. Vi efterfrågar den del av kulturkompetensen som ger oss ett respekterande, öppet förhållningssätt, helhetssyn och acceptans av individen oavsett kulturell bakgrund.

Sjuksköterskor upplever en svårighet att vårda patienter från ett annat hälsosystem eftersom det som är verklighet för patienten kan vara totalt orealistiskt för sjuksköterskan och tvärtom (44). För att förstå det okända används kulturkompetens för att kategorisera in patienter i en viss kultur, vilket kan leda till att personalen inte alltid tillgodoser individens behov (11). Det anser vi som en viktig reflektion och menar att sjuksköterskor måste reflektera över om och när kulturen är relevant för en persons hälsa och välbefinnande. Genom att inneha kulturkompetens men att samtidigt ha ett kritiskt förhållningssätt till överkulturalisering menar vi att sjuksköterskan på ett medvetet sätt kan värdera när kulturell bakgrund är relevant och att det alltid är individens behov som ska komma först oavsett kulturell bakgrund.

Genom att reflektera över vad patientens kulturella bakgrund har för betydelse kan sjuksköterskan även lära sig mycket om sig själv (45, 48, 50). Reflektion är just vad vi anser behövas – både i utbildningen och i arbetslivet. Om tid finns att reflektera över sig själv och andra, med andra, kan medvetenhet om kulturens betydelse skapas. Sjuksköterskor påpekar sitt individuella ansvar för att skaffa sig kulturkompetens (40) vilket är av stor betydelse. Finns inte vilja och intresse för att skapa ett gott kulturmöte spelar utbildning inte så stor roll. Engagemang är också betydelsefullt för att sjuksköterskan ska kunna skapa ett tillitsfullt kulturmöte. Skapas ett gott kulturmöte genom ett öppet förhållningssätt angående kulturens betydelse bör detta leda till god omvårdnad.

Syn på autonomi

Etiska dilemman uppstår lätt pga. olika syn på autonomi och påverkar om omvårdnaden blir god eller ej (37, 40, 41, 45). Den skilda synen påverkar också sjuksköterskans upplevelse av att handskas med dessa svåra frågor eftersom hon ställs inför nya problem som hon inte tidigare varit med om (47). Att synen på autonomi skiljer sig och har så stor betydelse för mötet i vården var en relativt ny kunskap för oss och något som borde tas upp mer under utbildningen med tanke på hur mycket autonomi diskuterats i övrigt. De etiska frågor som uppstår gällande kulturmöten och palliativ vård är något som också borde ha diskuterats mer i utbildningen för att underlätta den nyutexaminerade sjuksköterskans självkänsla och självreflektion.

Etiska dilemman angående självbestämmande framkommer tydligt då patienten har nedsatt förmåga att fatta egna beslut (31, 32). Nedsatt förmåga att fatta egna beslut kopplas ofta till kognitiva nedsättningar men kan även relateras till kulturmöten och palliativ vård där kommunikations-svårigheter ofta uppstår och patienten har svårt att uppfatta och uttrycka sig.

Att i ett tidigt skede i mötet fråga patienten om dennes syn på autonomi – vem ska få information och vem ska fatta beslut kan skapa en guide för hur den vidare vården ska genomföras (36, 41, 48). Detta är en mycket väsentlig utgångspunkt för ett gott kulturmöte och något som bör finnas som rutin inom alla vårdssammanhang. Att våga fråga är en möjlighet för en enkel lösning på ett komplicerat hinder. Att inte fråga patienten om dennes syn på autonomi gör att sjuksköterskan inkräktar på det som patienten anser är just autonomi.

Enligt resultatet hjälper inte alltid utbildning i kulturkompetens vad gäller den olika synen på autonomi eftersom den västerländska synen är djupt socialt och kulturellt inpräntad (36). Det är ett dilemma eftersom utbildning ses som en möjlighet men kanske ändå inte ger tillräckligt med kunskap som går att applicera i praktiken. Vi anser dock att det ändå är utbildning som ger möjlighet till förståelse men att den bör kompletteras med reflektion och diskussion på plats i yrkeslivet. Med vidare utbildning kan sjuksköterskan fortsätta sin utveckling i kulturkänslighet i nära anknytning till verklighetens hinder.

Den studie (46) som tog upp att det är vanligt att männen i turkiska och marockanska familjer som tar beslut, ledde våra tankar in på genusperspektivet i autonomifrågor. I Sverige anses det att beslut ska fattas av alla oavsett kön vilket inte stämmer överrens med den ovan beskrivna studien. Vi menar att kvinnornas jämställdhet och autonomi här kränks. Om kvinnorna skulle tillfrågas utan tillåtelse från männen, kränks kanske den kulturella synen på autonomi istället och vi utgår från oss själva och vår syn på autonomi på ett etnocentriskt sätt. Autonomifrågan kopplat till genus och jämställdhet skapar för sjuksköterskan därmed ett svårt etiskt dilemma som bör diskuteras.

Hälso- och sjukvårdslagen säger att respekt ska visas för patientens autonomi och att patienten ska få individuellt anpassad information (16). Vi anser att det finns brister i formuleringen av denna lag då den inte påpekar eller är tillräckligt tydlig om att synen på autonomi kan skilja sig utan istället påpekar vikten av att ge just patienten information.

Kommunikation

Kommunikation, utöver tillit, är en av de viktigaste delarna för att främja ett gott kulturmöte inom palliativ vård (4), vilket även påpekas i ”The ACCESS model” (25). En specifik kulturs sätt att kommunicera har betydelse för hur och vad som uppfattas, vilket gör kulturskillnader mer betydelsefulla än bara språket i sig (4). Om sjuksköterskan är medveten och öppen för att förstå dessa skillnader kan ett gott möte skapas genom att ords och handlingars betydelse och mening diskuteras. Genom att fråga patienten om vad vissa begrepp eller beteenden betyder för just henne/honom kan en större förståelse skapas, vilket kan vara grunden för ett tillitsfullt möte.

Språkbarriärer har visat sig inge rädsla hos både sjuksköterskor och patienter och har även avskräckt patienter från att över huvudtaget uppsöka vård (43). Detta är bekymmersamt och borde inte vara så i dagens mångkulturella samhällen. Både sjuksköterskor och patienter från olika kulturer är rädda för och drar sig helst från att utsättas för en mångkulturell vårdrelation (38, 46). Medvetenhet om den ömsesidiga rädslan skulle kunna bli en trygghet i mötet och någonting som sjuksköterskan och patienten skulle kunna prata om och vända till något positivt.

Sjuksköterskor är oroliga att patienter av annan kulturell bakgrund ska missa väsentlig information (44) och en patient beskriver att så är fallet då han väljer att ignorera det han inte förstår (45). Detta bekräftar sjuksköterskans oro över att informationen inte ska nå fram och den här insikten bör leda

till en förbättring av kommunikationen i vården. Kommunikationshindret menar vi försämrar patientsäkerheten eftersom patienten kan gå miste om viktig information om exempelvis allvarliga biverkningar och komplikationer. Skriftlig information (40) och tolkanvändning är exempel på konkreta möjligheter för att underlätta kommunikationen, men medvetenhet om att brister finns krävs (38-40, 48). Vi upplever att varken skriftlig information på rätt språk eller tolk används tillräckligt ofta och på rätt sätt. Det finns en brist i vem som har ansvar för dessa områden. Sjuksköterskan har rätt att tillkalla tolk om så behövs men detta utnyttjas inte pga. tidsbrist, att tolken ej finns tillgänglig vid rätt tillfälle och att sjuksköterskor inte alltid vet hur en tolk beställs eller hur den ska användas på bästa sätt. Vem som är ansvarig för att skriftlig information på rätt språk finns tillgänglig råder det tvivel om vilket kan vara orsaken till att den inte finns. Viljan hos sjuksköterskor att lära sig använda tolk finns och bör tas till vara på.

Trots att sjuksköterskor ofta är medvetna om att familjen ej bör användas som tolk, används den ändå (39). Det är vanligt förekommande och kan ibland kan upplevas som en trygghet eftersom familjen känner patienten och i många fall får patienten att känna sig avslappnad och bekväm. Om svåra besked eller beslut ska diskuteras kan det dock få konsekvenser. Även autonomidilemmat återkommer i denna fråga. Om familjen tolkar då patienten tillfrågas vem som ska få information och ta beslut, fråntas patienten självbestämmanderätten genom att familjen kan vinkla eller ändra frågan till sin fördel.

Tolkanvändning är inte ett krav enligt Hälso- och sjukvårdslagen (16), vilket anses är obegripligt med tanke på patientens rätt till information och delaktighet. Om patienten inte får möjlighet att förstå blir resten av lagen oanvändbar och försvårar dessutom möjligheten till ett gott kulturmöte avsevärt! Både patient och sjuksköterska är i behov av tolk och båda parter ska ha möjlighet att säga det de vill och inte bara det de kan.

Icke verbal kommunikation kan upplevas meningsfullt för både sjuksköterska och patient (44) men kan kräva mer tid (46) vilket krävs mer medvetenhet om. Trots att politiker och beslutsfattare vet att mångkulturell vård blivit vanligare har vården inte fått mer resurser eller tid. Om sjuksköterskan vet hur den icke verbala kommunikationen kan påverka patienten både positivt och negativt kan hon utnyttja möjligheten och undvika hindren som uppstår pga. missförstånd. Om mer tid ges till patienten kan intresse och respekt lättare skapas vilket blir en möjlighet för ett gott kulturmöte. ”The ACCESS model” (25) tar även upp betydelsen av att sjuksköterskan inte bara är medveten om sin icke verbala kommunikation utan även uppmärksammar patientens icke verbala kommunikation vilket anses mycket viktigt och synd att det inte framkommer i resultatet. Betydelsen av samtalsavstånd, kroppskontakt, blicken, samtalsstonen och mycket annat kan skilja sig åt och tolkas olika i olika kulturer (33) vilket vi trodde skulle framstå som ett stort hinder i kommunikationen men framgick inte i resultatet. Vi tror ändå att detta hinder är vanligt förekommande och något sjuksköterskan bör vara medveten om.

Tillit och ett avslappnat möte kan skapas genom öppen kommunikation (47) och genom att kommunicera med och involvera patientens familj kan kommunikationshinder minska (39). Vi anser att det krävs mod för att sjuksköterskan ska våga inleda en öppen kommunikation om känsliga frågor och att det kan vara extra svårt då patienten har en annan kulturell bakgrund än sjuksköterskan. Sjuksköterskan bör ta tillvara på familjen som resurs men bör vara medveten om att patientens autonomi kan kränkas genom att denne inte involveras. Att fråga patienten i ett tidigt skede om familjen får delta i kommunikationen är av största vikt eftersom patienten under det palliativa skedet kan vara så sjuk att den inte kan ta detta beslut då.

Fortsatt forskning

Utifrån resultatdelen framkom både hinder och möjligheter för goda kulturmöten. Ett område som vi anser bör forskas om i större utsträckning är de äldres specifika kulturellt betingade behov. Det

som påvisas i resultatet upplevs mer som allmänna hinder och möjligheter vilka går att applicera på de flesta patienter oavsett ålder. I nuläget finns inte mycket information om äldre patienters behov skiljer sig från exempelvis medelålders patienter och vi skulle därför vilja se fler studier och diskussioner som belyser just detta område.

Eftersom sjuksköterskor upplever att specifik kunskap både kan vara ett hinder och en möjlighet, skulle vi vilja veta vad exempelvis specifika kulturguider har för positiv respektive negativ påverkan på kulturmötet. Det vore intressant att få reda på om patienten upplever att sjuksköterskan har specifik kunskap om just dennes kultur och om det i så fall upplevs som att sjuksköterskan utifrån kulturguiden generaliserar eller ej.

Utifrån resultatet har patienter och sjuksköterskor en del skilda åsikter om vilka som är de största och mest påtagliga hindrena. Sjuksköterskor tar ofta upp oron över att bete sig fel eller göra något som patienten inte är nöjd med, speciellt vad gäller autonomi och kommunikation. Patienterna däremot tar upp mer konkreta hinder såsom mat och brist på möjlighet att utföra sin religiösa tro. Med tanke på de skilda åsikterna behövs mer forskning om patienternas upplevelser för att belysa de hinder som verkligen påverkar patientens välbefinnande. Vi upplever att det är först när patienten känner sig bekväm och trygg med vården som patienten får möjlighet att i lugn och ro lindra sitt lidande.

Gällande utbildning och kulturkompetens vore det intressant att få reda på om patienten upplever någon skillnad i mötet om sjuksköterskan har utbildning i kulturkompetens eller ej.

Eftersom den här uppsatsen belyser hinder och möjligheter i kulturmötet mellan sjuksköterska och patient tas inte mötet mellan sjuksköterskor upp. Vi anser att det skulle vara intressant att veta hur sjuksköterskor med olika kulturella bakgrunder samarbetar med varandra på arbetet. Det skulle också vara intressant att ta reda på hur sjuksköterskor av minoritetsgrupper upplever att vårda västerländska patienter.

SLUTORD

Att följa den gyllene regeln och ”behandla andra som du själv vill bli behandlad” och inte reflektera över sina fördomar kan vara etnocentriskt (1, 48). Sjuksköterskan bör alltid reflektera över fördomar samt fundera över om alla patienter verkligen alltid vill bli behandlade som en själv. Eftersom den individanpassade vården ska se till patientens livshistoria och individuella berättelse, utan fördomar om ”specifika kulturella behov” (11) anses det individorienterade perspektivet viktigast oavsett patientens kulturella bakgrund.

Utifrån resultatet har det framkommit att om sjuksköterskan känner rädsla och oro inför kulturmötet finns det risk för att resten av relationen med patienten utvecklas i en negativ riktning. Om vården grundar sig på generaliseringar om patienter med annan kulturell bakgrund kan ojämlik och orättvis vård uppstå. Brist på kunskap, intresse, engagemang samt ett konservativt tänkande hos sjuksköterskan kan leda till bristfällig kommunikation och information som i sig kan orsaka frustration över och ignorans av patientens individuella behov.

Om sjuksköterskan istället har kunskap och mod, visar intresse, engagemang och öppenhet och tar sitt ansvar för att möjliggöra ett gott kulturmöte kan respekt, förståelse och empati uppstå, vilket kan leda till en tillitsfull relation. Med andra ord är den generella kunskapen den viktigaste vilken innefattar kulturell känslighet, respekt, öppenhet, empati och uppmärksamhet för andra kulturer och förståelse för olika världsbilder. Den ska kunna användas på alla patienter i alla samhällen oavsett kulturell bakgrund (5, 8). I en tillitsfull relation kan en holistisk, individanpassad och jämlik vård utföras. Den individanpassade vården kan även inkludera familjen om patienten så önskar. En helhetssyn ligger till grund för god kommunikation där delaktighet, ett aktivt lyssnande, tillräcklig

och förståelig information blir möjligheter. Om tid finns skapar detta ytterligare möjligheter för att stödja patienten och den icke verbala kommunikationen kan användas som ett stöd i mötet. Genom medvetenhet och reflektion kan sjuksköterskan utveckla sin kulturkompetens och bli mer känslig för kulturella variationer och genom att fråga kan sjuksköterskan få mycket värdefull information och kunskap. Att våga fråga anser vi är nyckeln till ett gott kulturmöte inom palliativ vård av äldre!

Vi anser att resultatet belyser många av de möjligheter som modellerna ”Sunrise Model” (24) och ”The ACCESS model” (25) syftar till att skapa. Genom att sjuksköterskan tar tillvara på utarbetade modeller möjliggörs en god grund för ett holistiskt, transkulturellt perspektiv och på så vis kan ett gott kulturmöte skapas. Vi menar att om modellerna används ökar möjligheterna för sjuksköterskan att kunna bedriva god omvårdnad utifrån ett helhetsperspektiv där respekt, känslighet, acceptans, medvetenhet, god kommunikation, tillit och trygghet genomsyrar omvårdnaden.

Resultatet ger insikt om att de hinder och möjligheter som finns för ett gott kulturmöte är hinder och möjligheter som skulle kunna påverka vilken vårdrelation som helst. En persons kultur kan få större betydelse i livets slutskede men behöver inte få det. Vården bör därför individanpassas oavsett kulturell bakgrund och vårdsammanhang och kulturen kanske inte är avgörande men har betydelse vilket Kleinman (10), Ascher (9) och Owens (39) påpekar. För att kunna individanpassa vården och tillgodose kulturella behov anser vi att alla vårdmöten bör inledas med frågor för att få reda på hur den enskilda patienten vill ha det och om och hur den kulturella bakgrunden egentligen påverkar patientens behov. Medvetenhet och reflektion om vad man själv och andra menar med kultur är av stor betydelse vid diskussion om betydelsen av eventuella kulturella behov.

De beskrivna hinder och möjligheter gällande kulturmöten inom palliativ vård kan öka kunskapen hos sjuksköterskan inom alla vårdformer och bidra till en ökad kulturkompetens, vilket inte enbart är specifik kunskap om en viss kultur. Med hjälp av ökad medvetenhet och kunskap kan onödiga kulturkrockar undvikas och istället kan goda kulturmöten skapas där tolkanvändning är en förutsättning. Mötet mellan sjuksköterska och patient är grunden för god omvårdnad och det är därför av stor betydelse att framforsgade möjligheter tas till vara på. Då sjuksköterskan har en ledande funktion i omvårdnadsarbetet kan hon föregå med gott exempel genom att med sin kulturkompetens bidra till en god relation och därmed ett gott kulturmöte!

REFERENSER

1. Johnsson P, Allwood CM. Invandring, kultur och välbefinnande. In: Johnsson P, Allwood CM, editors. Mänskliga möten över gränser : vård och social omsorg i det mångkulturella samhället. Stockholm: Liber; 2009. p. 14-27.
2. Migrationsverket. Statistik. [cited 2012 01-30]; Available from: <http://www.migrationsverket.se/download/18.46b604a812cbcd7dba80008288/Beviljade+upppeh%C3%A5llstillst%C3%A5nd+och+registrerade+upppeh%C3%A5llsr%C3%A4tter+2010.pdf>
3. Johnsson P, Allwood CM. Möten och anpassningar i det multikulturella samhället. In: Johnsson P, Allwood CM, editors. Mänskliga möten över gränser : vård och social omsorg i det mångkulturella samhället. Stockholm: Liber; 2009. p. 237-50.
4. Eriksen Hylland T, Dalén H. Vad är socialantropologi? Stockholm: Natur och kultur; 2005.
5. Ahmadi F. Kultur och hälsa. Lund: Studentlitteratur; 2008.
6. Leininger MM. Transcultural Nursing and Globalization of Health Care: Importance, Focus, and Historical Aspects. In: Leininger MM, McFarland MR, editors. Transcultural nursing : concepts, theories, research and practice. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division; 2002. p. 3-43.
7. Helman C. Culture, health and illness. London: Hodder Arnold; 2007.
8. Kiefer CW. Doing health anthropology : research methods for community assessment and change. New York: Springer; 2007.
9. Ascher H. Barn och vuxna i asylprocessen. In: Johnsson P, Allwood CM, editors. Mänskliga möten över gränser : vård och social omsorg i det mångkulturella samhället. Stockholm: Liber; 2009. p. 28-60.
10. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. Synergy (14427818). 2006(3):4-7.
11. Brämberg EB, Nyström M. To be an immigrant and a patient in Sweden: A study with an individualised perspective. International Journal Qualitative Stud Helth Well-being 2010;5:1-9.
12. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.; 2005 [updated 2005; cited 2012 01-30]; Available from: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf.
13. Svensk sjuksköterskeförening. ICNs etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Danagårds Grafiska; 2007.
14. Fridegren I. Palliativ vård ur historiskt och filosofiskt perspektiv. In: Fridegren I, Lyckander S, editors. Palliativ vård. Stockholm: Liber; 2009. p. 9-19.
15. WHO. World Health Organization. [cited 2012-01-24]; Available from: <http://www.who.int/en/>.
16. Hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763). [cited 2012-01-30]; Available from: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>.
17. Lindqvist O, Rasmussen BH. Omvårdnad i livets slutskede. In: Edberg A-K, Wijk H, Castoriano M, editors. Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 793-835.
18. Jakobsson E, Andersson M, Öhlén J. Livets slutskede - välbefinnande och död. In: Friberg F, Öhlén J, Edberg A-K, Castoriano M, editors. Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 327-54.
19. Bugge KE. Hur stötta familjer i sorg? In: Kirkevold M, Ekern KS, Ganuza Jonsson L, editors. Familjen i ett omvårdnadsperspektiv. Stockholm: Liber; 2003. p. 100-26.
20. Hanssen I, Lindqvist B. Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle. Lund: Studentlitteratur; 2007.

21. Sachs L. Människans läkande kraft - ett kultur- och kunskapsperspektiv. In: Johnsson P, Allwood CM, editors. *Mänskliga möten över gränser : vård och social omsorg i det mångkulturella samhället*. Stockholm: Liber; 2009. p. 150-65.
22. Sachs L. *Tillit som bot : placebo i tid och rum*. Lund: Studentlitteratur; 2004.
23. Andersson-Wretmark A. De viktiga frågorna. In: Fridegren I, Lyckander S, editors. *Palliativ vård*. Stockholm: Liber; 2009. p. 35-41.
24. Leininger MM. Part 1. The Theory of Culture Care and the Ethnonursing Research Method. In: Leininger MM, McFarland MR, editors. *Transcultural nursing : concepts, theories, research and practice*. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division; 2002. p. 71-98.
25. Narayanasamy A. The ACCESS model: a transcultural nursing practice framework. *British Journal of Nursing*. 2002;11(9):643-50.
26. Benzein E, Hagberg M, Saveman B-I. Familj och sociala relationer. In: Friberg F, Öhlén J, Edberg A-K, Castoriano M, editors. *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 67-87.
27. Kirkevold M. Familjen i ett hälso- och sjukdomsperspektiv. In: Kirkevold M, Ekern KS, Ganuza Jonsson L, editors. *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber; 2003. p. 19-48.
28. Gerger E, Fridegren I. Att vara närstående när någon ska dö. In: Fridegren I, Lyckander S, editors. *Palliativ vård*. Stockholm: Liber; 2009. p. 43-9.
29. Nationalencyklopedin. [cited 2012-02-20]; Available from: <http://www.ne.se/sok?q=autonomi>.
30. Lyckander S. Etik och estetik. In: Fridegren I, Lyckander S, editors. *Palliativ vård*. Stockholm: Liber; 2009. p. 21-33.
31. Sarvimäki A, Stenbock-Hult B. *Omvårdnadens etik : sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm: Liber; 2008.
32. Eldh AC. Delaktighet och gemenskap. In: Edberg A-K, Wijk H, editors. *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 45-62.
33. Lyckander S. Kommunikation med vårdtagare och närstående. In: Fridegren I, Lyckander S, editors. *Palliativ vård*. Stockholm: Liber; 2009. p. 51-61.
34. Förvaltningslagen (1986:223) [cited 2012-01-30]; Available from: <http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/19860223.HTM>.
35. Friberg F. *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2006.
36. Chater K, Tsai C-T. Palliative Care in a Multicultural Society: A Challenge for Western Ethics. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*. 2009;26(2):95-100.
37. Woods S. Respect for persons, autonomy and palliative care. *Medicine, health care, and philosophy*. 2005;8(2):243-53.
38. Gunaratnam Y. From competence to vulnerability: Care, ethics, and elders from racialized minorities. *Mortality*. 2008;13(1):24-41.
39. Owens A, Randhawa G. It's different from my culture; they're very different': providing community-based, 'culturally competent' palliative care for South Asian people in the UK. *Health & Social Care in the Community*. 2004;12(5):414-21.
40. Kemp C. Cultural issues in palliative care. *Seminars in oncology nursing*. 2005;21(1):44-52.
41. Lucy MC, Timothy EQ, Howard FS. Truth telling and advance planning at the end of life: Problems with autonomy in a multicultural world / Commentaries. *Families, Systems & Health*. 2002;20(3):213.
42. Bray YM, Goodyear-Smith FA. A Migrant Family's Experience of Palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2007;9(2):92-9.
43. Shanmugasundaram S, O'Connor M. Palliative care services for Indian migrants in australia: experiences of the family of terminally ill patients. *Indian journal of palliative care*. 2009;15(1):76-83.

44. Richardson A, Richardson A, Thomas VN. Reduced to nods and smiles”: Experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups. *European Journal of Oncology Nursing*. 2006;10(2):93-101.
45. Kagawa-Singer M, Blackhall LJ. Negotiating Cross-Cultural Issues at the End of Life: "You Got to Go Where He Lives". *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2001;286(23):2993-3001.
46. de Graaff FM, Francke AL. Home care for terminally ill Turks and Moroccans and their families in the Netherlands: carers’ experiences and factors influencing ease of access and use of services. *International Journal of Nursing Studies*. 2003;40(8):797-805.
47. Enes S, Patricia D, de Vries K. A survey of ethical issues experienced by nurses caring for terminally ill elderly people. *Nursing ethics*. 2004;11(2):150-64.
48. Lapine A, Wang-Cheng R, Goldstein M, Nooney A, Lamb G, Derse AR. When Cultures Clash: Physician, Patient, and Family Wishes in Truth Disclosure for Dying Patients. *Journal of Palliative Medicine*. 2001;4(4):475-80.
49. Davis A, Mitoh T. Dying in the USA and Japan: selected legal and ethical issues. *International nursing review*. 1999;46(5):135.
50. Borse NN, Doorenbos AZ, Schim SM. Enhancing Cultural Competence Among Hospice Staff. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2006;23(5):404-11.

BILAGA 1: SÖKTABELL

| Databas Datum | Sökord | Begränsningar | Antal träffar | Antal lästa abstract | Antal granskade artiklar | Valda artiklar |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------|----------------------|--------------------------|------------------|
| Cinahl 120109 | Transcultural care* OR cross cultural care* AND palliative care* OR terminal care* | Peer reviewed, Aged: 65+ | 19 | 10 | 5 | (41, 45, 46, 48) |
| Cinahl 120109 | Cultural sensitivity AND palliative care* OR terminal care* | Peer reviewed, Aged: 65+ | 31 | 8 | 3 | (38, 41) |
| Cinahl 120109 | Culture AND nurs* AND palliative care* | Peer reviewed, Aged: 65+ | 24 | 7 | 4 | (42, 47) |
| Cinahl 120109 | Cultural issues AND palliative care* OR terminal care* | Peer reviewed, Aged: 65+ | 9 | 6 | 4 | (43, 45, 47) |
| Cinahl 120110 | Death AND dying AND culture | Peer reviewed, Aged: 65+ | 35 | 10 | 1 | (49) |
| Cinahl 120110 | Cultural competence AND palliative care* OR terminal care* | Peer reviewed, Aged: 65+ | 17 | 7 | 3 | (38) |
| Scopus 120110 | Cultural competence AND palliative care* OR terminal care* | Article, nursing | 25 | 6 | 2 | (36, 44) |
| Scopus 120110 | Cultural competence AND palliative care* OR terminal care* AND nurse | Nursing | 18 | 5 | 3 | (36, 40, 44) |
| PubMed 120110 | Cultural sensitivity AND palliative care* | Aged: 65+ | 5 | 2 | 1 | (50) |
| PubMed 120110 | Multicultural AND palliative care | Nursing journals Aged: 65+ | - | - | - | - |

| | | | | | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----|---|---|------|
| PubMed 120110 | Minorities AND palliative care | Nursing journals Aged: 65+ | 3 | - | - | - |
| PubMed 120110 | Cultural sensitivity AND end of life | Aged: 65+ | 7 | 2 | - | - |
| PubMed 120110 | Transcultural care OR crosscultural care AND terminal care | Aged: 65+ | 8 | 5 | - | - |
| PubMed 120123 | Simon Woods | | 13 | 1 | 1 | (37) |
| PubMed 120123 | Randhawa G, Owens A | | 3 | 2 | 1 | (39) |

BILAGA 2: ARTIKELPRESENTATION

Referensnummer: (36)

Författare: Keri Chater, Chun-Ting Tsai

Titel: Palliative care in a multicultural society: a challenge for western ethics

Tidskrift: Australian Journal of Advanced Nursing

År: 2009

Land: Australien

Syfte: Att belysa begreppet ”truth telling” och hur det hanteras inom palliativ vård med fokus på personer från minoritetsgrupper.

Metod: Litteraturöversikt. Diskussion om autonomi, västerländsk och österländsk etik inom palliativ vård.

Nyckelord: palliative care, ethics, autonomy, truth telling, culture

Antal referenser: 29

Referensnummer: (37)

Författare: Simon Woods

Titel: Respect for persons, autonomy and palliative care

Tidskrift: Medicine, Health Care and Philosophy

År: 2005

Land: Storbritannien

Syfte: Att belysa komplexiteten av begreppet autonomi som är ett grundläggande begrepp inom nutida vård.

Metod: Begreppsanalys av bla. begreppet autonomi. Författaren utforskar värden som ligger till grund för vården, särskilt kopplat till etik och därmed autonomi inom palliativ vård. Genom fallstudier exemplifierar författaren etiska dilemman gällande vad som är gott och enligt vem.

Nyckelord: autonomy, best interests, palliative care, respect for persons

Antal referenser: 15

Referensnummer: (38)

Författare: Yasmin Gunaratnam

Titel: From competence to vulnerability: Care, ethics, and elders from racialized minorities

Tidskrift: Moratlity

År: 2008

Land: Storbritannien

Syfte: Att öka medvetenheten om palliativ vård hos äldre personer från etniska minoriteter och att öka medvetenheten hos hälso- och sjukvårdspersonal och socialarbetare om patienternas upplevelser och behov.

Urval: 33 äldre patienter och anhörigvårdare från etniska minoriteter och 56 hälso- och sjukvårdspersonal och socialarbetare, varav 30 sjuksköterskor, inom den palliativa vården på sjukhus, hospice och samhällsförankrade palliativa team i fem multikulturella förorter.

Metod: En kvalitativ studie. Intervjuer gjordes med patienterna och anhörigvårdarna och bandades. 11 fokusgruppintervjuer genomfördes hälso- och sjukvårdspersonalen och socialarbetarna. Alla intervjuer innehöll öppna frågor för att få upplevelserna beskrivna. Intervjuerna spelades in på band, transkriberades, kodades och analyserades.

Nyckelord: death and dying, ethnicity, ethics, narrative, older people

Antal referenser: 65

Referensnummer: (39)

Författare: Alastir Owens och Gurch Randhawa

Titel: 'It's different from my culture; they are very different': providing community-based, 'culturally competent' palliative care for South Asian people in the UK

Tidskrift: Health and Social Care in the Community

År: 2004

Land: Storbritannien

Syfte: Att få en insikt i sjukvårdspersonals upplevelse av sina arbeten i ett mångkulturellt kontext.

Urval: Sjukvårdspersonal med erfarenhet från den samhällsförankrade palliativa vården vilket inkluderade allmän- och specialistsjuksköterskor, health liaison-workers och medlemmar från frivilligorganisationer som bedriver palliativ vård. Även en hospicesjuksköterska och en sjuksköterska som arbetade på sjukhus men som hade erfarenhet av den samhällsförankrade sjukvården deltog.

Metod: En kvalitativ studie. Tio semistrukturerade djupintervjuer gjordes med sjukvårdspersonalen. Intervjuerna spelades in på band, transkriberades, analyserades, diskuterades, kodades och bidrog till fem övergripande huvudteman. Studien och metoden var utvecklad och godkänd av den lokala forskningsetiska kommittén.

Nyckelord: anti-discriminatory practice, cultural competence, home-based care, palliative care, South Asians

Antal referenser: 25

Referensnummer: (40)

Författare: Charles Kemp

Titel: Cultural issues in palliative care

Tidskrift: Seminars in oncology nursing

År: 2005

Land: USA

Syfte: Att granska vanliga kulturella problem i livets slutskede och åtgärder som kan riktas mot dessa.

Metod: Litteraturoversikt. En granskning av publicerade artiklar och böcker inom ämnet. Tar upp teman som demografisk förändring, kultur och kulturkompetens.

Nyckelord:

Antal referenser: 31

Referensnummer: (41)

Författare: Lucy M. Candib, M.B.

Titel: Truth Telling and Advance Planning at the End of Life: Problems with Autonomy in a Multicultural World

Tidskrift: Families, Systems & Health

År: 2002

Land: USA

Syfte: Att presentera fyra patientfall som visar hur den dominerande biomedicinska kulturens inställning till livets slut blir problematisk för patienter från kulturer som lägger ett högre värde på familjens samhörighet än på individuell autonomi.

Urval: Fyra patienter - två män från Vietnam, en man från Ryssland och en svart kvinna från USA. För att få delta i studien skulle patienterna ha olika bakgrund vad gäller härkomst, orsak till invandring, arbete, assimilation och sjukdom.

Metod: En kvalitativ studie. Patienter intervjuades och fick berätta hur de upplevt diagnosavslöjanden, vilket författaren senare diskuterar.

Antal referenser: 61

Referensnummer: (42)

Författare: Yvonne M. Bray, Felicity A. Goodyear-Smith

Titel: A Migrant Family's Experience of Palliative Care

Tidskrift: Journal of Hospice and Palliative Nursing

År: 2007

Land: Nya Zeeland

Syfte: Att utforska upplevelser av palliativ vård hos familjemedlemmar som migrerat till Nya Zeeland.

Urval: En indisk-muslimsk familj från Afrika. Ett inklusionskriterie var att familjen skulle ha bott i Nya Zeeland de senaste 10 åren, att en familjemedlem dött efter invandringen, att dödsfallet skett för max fem år sedan och för minst fem månader sedan. Samt att familjen inkluderade medlemmar från tre generationer, mellan 14-75 år. Om någon under 18 år skulle delta var skriftligt godkännande från föräldrarna ett måste. Forskarna erbjöd sig att göra ett hembesök för att informera om studien före familjen bestämde sig för att delta.

Metod: En kvalitativ studie. Beskrivning som hade för avsikt att beskriva invandrarfamiljers upplevelse av palliativ vård i Nya Zeeland. Studien var etiskt godkänd av Auckland Ethics Committee.

Nyckelord: cultural safety, migrant experience, palliative care

Antal referenser: 33

Referensnummer: (43)

Författare: Sujatha Shanmugasundaram och Margaret O'connor

Titel: Palliative Care Services for Indian Migrants in Australia: Experiences of the Family of terminally Ill Patients

Tidskrift: Indian Journal of Palliative Care

År: 2009

Land: Australien

Syfte: Att beskriva indiska familjemedlemmars upplevelser av att vara anhöriga till patienter som vårdas palliativt och som migrerat till och bor i Australien.

Urval: Sex familjemedlemmar, varav två hustrur, två makar och två svärdöttrar, till patienter som vårdades palliativt deltog frivilligt. Fem av patienterna hade diagnosen cancer och en stroke. Fyra av patienterna vårdades i slutenvården, en i hemsjukvården och en i öppenvården.

Familjemedlemmarna skulle vara över 18 år och kunna förstå, prata och läsa engelska vilket var kriterier alla deltagare uppfyllde.

Metod: En kvalitativ studie. Först samlades bakgrundfakta om familjen in. Sedan genomfördes djupintervjuer med öppna frågor för att skapa förståelse för upplevda kulturella problem relaterade till den palliativa vården. Anteckningar fördes under intervjuerna och analyserades sedan vilka resulterade i tre huvudteman. Studien var etiskt godkänd från universitetets etiska råd och från slutenvården och hemsjukvården där intervjuerna genomfördes.

Nyckelord: cultural issues, indian migrants, palliative care, terminal illness

Antal referenser: 48

Referensnummer: (44)

Författare: Alison Richardson, Veronica Nicky Thomas, Ann Richardson

Titel: "Reduced to nods and smiles": Experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups

Tidskrift: European Journal of Oncology Nursing

År: 2006

Land: Storbritannien

Syfte: Att närmare utforska vårdpersonals syn på palliativ vård och deras behov av utbildning.

Urval: 28 sjukvårdspersonal, varav 22 sjuksköterskor, som vårdade patienter med cancer inom den palliativa vården deltog.

Metod: Kvalitativ studie. Fem fokusgruppintervjuer genomfördes, bandades, transkriberade, kodades och analyserades. Studien var etiskt godkänd från Thames Valley MREC.

Nyckelord: Black and ethnic minorities, professional views, communications, cancer services

Antal referenser: 30

Referensnummer: (45)

Författare: Majorie Kagawa-Singer och Leslie J. Blackhall

Titel: Negotiating Cross-Cultural Issues at the End of Life "You Got to Go Where He Lives"

Tidskrift: American Medical Association. Perspectives on care at the close of life.

År: 2001

Land: USA

Syfte: Att genom två patientfall belysa de huvudsakliga hindren som kan uppstå i cross-kulturell vård och visa på hur patient, familj och vårdpersonal kan handskas med olika kulturella föreställningar, värden och utövanden.

Urval: Två patientfall – en om ett afro-amerikanskt par och en kinesisk-amerikansk familj där någon i familjerna vårdats palliativt.

Metod: Fallbeskrivningar med diskussion om patienternas upplevelse av att vårdas palliativt.

Antal referenser: 81

Referensnummer: (46)

Författare: F.M. de Graaff, A.L. Francke

Titel: Home care for terminally ill Turks and Moroccans and their families in the Netherlands: carers' experiences and factors influencing ease of access and use of services.

Tidskrift: International Journal of Nursing Studies

År: 2003

Land: Nederländerna

Syfte: Att utforska upplevelser från familjemedlemmar till äldre turkar och marockaner som vårdas palliativt och som får professionell sjukvård.

Urval: Endast släktingar till turkiska eller marokanska patienter som vårdas palliativt eller har dött intervjuades. Nio familjer med dessa inklusionskriterier intervjuades.

Metod: En kvalitativ studie. Familjerna intervjuades, med tolkhjälp om så behövdes. Intervjuerna bandades och anteckningar fördes. Intervjuerna tog 1-2 timmar och intervjuaren hade som mål att ställa öppna frågor och ej ha några förutfattade meningar. När tillräckligt många intervjuer med släktingarna gjorts, och då en ny intervju ej skulle ge någon ny information, var man nöjd. Texterna lästes många gånger och koder identifierades och formulerades. Etiskt ställningstagande angående deltagande genomfördes. Familjerna fick delta frivilligt och fick neka bandinspelning om de så önskade.

Nyckelord: home care, palliative care, terminal care, cultural care, Turks, Moroccans

Antal referenser: 14

Referensnummer: (47)

Författare: S. Patricia D. Enes och Kay de Vries

Titel: A survey of ethical issues experienced by nurses caring for terminally ill elderly people

Tidskrift: Nursing ethics

År: 2004

Land: Storbritannien

Syfte: Att redogöra för sjuksköterskor upplevelse av diagnosavslöjanden inom äldrevården. Att belysa andra etiska dilemman som sjuksköterskor upplever då de vårdar äldre i den palliativa vården och undersöka de etiska dilemnana med respekt för de äldre behov.

Urval: Ett urval av 135 legitimerade sjuksköterskor på 3 sjukhus och 10 äldreboenden tillfrågades, men bara 53 sjuksköterskor valde att delta.

Metod: En kvalitativ/kvantitativ studie. Frågeformulär som innehöll både slutna och öppna frågor besvarades anonymt, analyserades och sammanställdes.

Nyckelord: culture, elderly people, ethics, palliative care, terminally ill patients

Antal referenser: 42

Referensnummer: (48)

Författare: Anne Lapine m fl.

Titel: When Cultures Clash: Physician, Patient, and Family Wishes in Truth Disclosure for Dying Patients

Tidskrift: Journal of Palliative Medicine

År: 2001

Land: USA

Syfte: Att genom två patientfall beskriva hur kulturkrockar kan uppstå pga. olika kulturella föreställningar om diagnosavslöjanden och utifrån fallen sedan diskutera etiska och kulturella överväganden och ge förslag på hur detta kan förbättras.

Urval: Två patientfall – en kinesisk familj och en familj från Georgien där kulturkrockar mellan dem och läkaren uppstått pga. olika kulturella föreställningar om diagnosavslöjanden.

Metod: Fallbeskrivningar och diskussion utifrån två beskrivna patientfall. Fallen beskriver ett stort antal problem som kan uppstå om patienten och sjukvården har olika kulturella föreställningar.

Antal referenser: 15

Referensnummer: (49)

Författare: Anne Davis, Takako Mitoh

Titel: Dying in the USA and Japan: selected legal and ethical issues

Tidskrift: International nursing review

År: 1999

Land: USA

Syfte: Att beskriva den senaste utvecklingen i USA och Japan när det gäller etiska frågor angående döende äldre patienter. Att beskriva hur etiska dilemman i vården möts i dessa två kulturer.

Metod: En jämförande begreppsanalys gällande palliativ vård och autonomi i USA och Japan.

Antal referenser: 21

Referensnummer: (50)

Författare: Stephanie Myers Schim, Ardith Zwuyghuizen Doorenbos, Nagesh N. Borse

Titel: Enhancing Cultural Competence Among Hospice Staff

Tidskrift: American Journal of Hospice & Palliative Medicine

År: 2006

Land: USA

Syfte: Att undersöka förändringar i kulturell kompetens efter pedagogiska insatser.

Urval: 130 anställda, från åtta hospice.

Metod: En kvalitativ studie. I studien testades pedagogisk intervention i syfte att utöka kulturell medvetenhet, känslighet och kompetens hos anställda på hospice. Kulturkompetensen mättes tre gånger genom frågeformulär.

Nyckelord: Cultural competence, hospice, intervention

Antal referenser: 37