

# Kulturmöten i Barnhälsovården

|              |   |
|--------------|---|
| FÖRFATTARE   | Ingrid Ivarsson   |
| PROGRAM/KURS | Fristående kurs/Examensarbete för<br>kandidat<br>OM5250 |
|              | VT 2012   |
| OMFATTNING   | 15 högskolepoäng  |
| HANDLEDARE   | Gudrun Valmari  |
| EXAMINATOR   | Helena Lindgren   |

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

|  |  |
|--|--|
| Titel (svensk):                          | Kulturmöten i Barnhälsovården                        |
| Titel (engelsk):                         | Cultural meetings in Child Health Care               |
| Arbetets art:                            | Självständigt arbete                                 |
| Program/kurs/kurskod/<br>kursbeteckning: | Fristående kurs/Examensarbete för kandidat<br>OM5250 |
| Arbetets omfattning:                     | 15 Högskolepoäng                                     |
| Sidantal:                                | 22 sidor   |
| Författare:                              | Ingrid Ivarsson                                      |
| Handledare:                              | Gudrun Valmari                                       |
| Examinator:                              | Helena Lindgren                                      |

---

### **SAMMANFATTNING**

I Barnhälsovården träffar sjuksköterskor ofta familjer från andra kulturer. Det är givande och lärorikt men innebär också en utmaning. Det är inte lätt att förstå varandra och det handlar inte bara om språket. Sjuksköterskor saknar verktyg för detta och känner sig ofta vilsna. Syftet med studien är att belysa sjuksköterskans möte med dessa familjer ur ett transkulturellt perspektiv. Vad kan vi bli bättre på? Vi lever i ett mångkulturellt samhälle men utgår många gånger ifrån vår verklighet. Arbetet är en litteraturstudie baserad på nio vetenskapliga artiklar. Tre övergripande teman framkom efter analys av artiklarna: kommunikation, kunskap och arbetsförhållanden. Att ha en öppen attityd som sjuksköterska underlättar. Att använda sig av icke verbalt språk kan överbrygga hinder men det kan också vara svårt att tolka den andres kroppsspråk och kulturella mönster. Att använda tolk är det bästa sättet att överbrygga språkbarriärer. Förtydliga information med bilder och föremål samt ge skriftlig information på olika språk är viktigt. Kulturella skillnader blir lätt ett hinder i kommunikationen. Om det ska bli ett bra möte måste sjuksköterskan bli medveten om sina egna kulturella värderingar. Många sjuksköterskor saknar utbildning i kultur, men också reflektion är viktigt för lärandet och förståelsen av den andre. Arbetsförhållanden såsom tidsbrist och arbetsbelastning påverkar sjuksköterskor. Det tar längre tid att jobba med tolk och familjerna har ofta en psykosocial tung situation. Rutiner som inte fungerar måste bli synliga och utbytta. Ett bra ledarskap är en förutsättning för detta.

## **Abstract**

Child Health Care Nurses often meet families from different cultures. They can learn a lot from them but it's also a challenge. It's not easy to understand each other. Not only because of the language. Nurses feel that they lack tools to handle this and often feel confused. The purpose with the study was to put the light on the encounter between the nurse and the family in a transcultural perspective. What can be improved? We live in a multicultural society but often see it from our point of view. This work is a literature study based on nine scientific articles. Three main themes occurred: communication, knowledge and working conditions. To have an open attitude as a nurse is important. To use a non verbal language can bridge obstacles but it's sometimes hard to interpret the body language and cultural pattern of the other person. To use an interpreter is the best way to overcome language barriers. To use pictures and objects can clarify information and written information in different languages is important. Cultural differences easy become an obstacle in communication. The nurse has to look at her/his own cultural values if it's going to be a good meeting. Many nurses lack education in cultural issues, but also supervision is important for the understanding of the other. Working conditions like lack of time and a heavy load affected nurses. It takes longer time to work with interpreter and the families that the nurse meet often has a heavy psychosocial situation. Routines that doesn't work has to be revealed and changed. A good leadership is essential to improve Child Health Care and multicultural meetings.

## **INNEHÅLL**

|   | Sid       |
|---|-----------|
| <b>INTRODUKTION</b>                     | <b>1</b>  |
| <b>INLEDNING</b>                        | <b>1</b>  |
| <b>BAKGRUND</b>                         | <b>1</b>  |
| <b>Kulturbegreppet</b>                  | <b>1</b>  |
| <b>Invandring och hälsa</b>             | <b>2</b>  |
| <b>Familjefokuserad omvårdnad</b>       | <b>3</b>  |
| <b>Föreställningar om hälsa</b>         | <b>4</b>  |
| <b>Transkulturell omvårdnad</b>         | <b>5</b>  |
| <b>Problemformulering</b>               | <b>6</b>  |
| <br>                                    |           |
| <b>SYFTE</b>                            | <b>7</b>  |
| <br>                                    |           |
| <b>METOD</b>                            | <b>7</b>  |
| <br>                                    |           |
| <b>URVAL</b>                            | <b>7</b>  |
| <b>DATAINSAMLING</b>                    | <b>8</b>  |
| <b>DATAANALYS</b>                       | <b>8</b>  |
| <br>                                    |           |
| <b>RESULTAT</b>                         | <b>9</b>  |
| <b>Kommunikation</b>                    | <b>9</b>  |
| <b>Kunskap</b>                          | <b>12</b> |
| <b>Arbetsförhållanden</b>               | <b>13</b> |
| <br>                                    |           |
| <b>DISKUSSION</b>                       | <b>16</b> |
| <b>METODDISKUSSION</b>                  | <b>16</b> |
| <b>RESULTATDISKUSSION</b>               | <b>16</b> |
| <br>                                    |           |
| <b>REFERENSER</b>                       | <b>20</b> |
| <br>                                    |           |
| <b>BILAGA</b>                           |           |
| <b>1 presentation av valda artiklar</b> |           |

# **Introduktion**

## **Inledning**

Den viktigaste utmaningen för framtidens sjuksköterskor är att finna metoder som kan öka medvetenheten om globala frågor som berör samspelet mellan människors hälsa och miljö. Att utveckla omvårdnadsåtgärder som bygger på en samsyn om vad det innebär att vara människa i en föränderlig och tidvis oförutsägbar samhällig kontext. Omvårdnad är ju både en konst och en vetenskap (Edberg et al., 2010).

I mitt arbete som distriktssköterska på en barnavårdscentral i ett mångkulturellt område, har jag många gånger funderat över hur vi ska bli bättre på att bemöta andra kulturer. Min arbetsplats deltar i ett pilotprojekt i syfte att förbättra omhändertagandet av nyanlända familjer som kommer till oss. Jag hoppas kunna bidra med ökad kunskap som kan vara till nytta för sjuksköterskor som kommer i kontakt med familjer från andra kulturer.

## **Bakgrund**

### **Kulturbegreppet**

Människans välbefinnande och beteende är i allmänhet relaterade till hur de förstår sig själva och sin omvärld. Begreppet kultur har oftast använts för att beskriva större grupper av människor såsom länder eller delar av länder. En central del av vad som kallas kultur antas ofta handla om människans sätt att förstå verkligheten. Socialantropologin beskriver detta begrepp på ett grundligare plan. Ett tidigare vanligt sätt att tala om kultur är att beskriva kultur såsom en grupps delade förståelse och sätt att se på och värdera olika företeelser i världen. Detta sker

till exempel när man talar om svensk kultur. Denna syn på kultur har många gånger fått kritik. Det finns risk att man gör en karikatyr av en grups förståelse när den går att beskriva på ett relativt enkelt sätt. Det nu beskrivna kulturbegreppet har stora likheter med vad man brukar kalla för tradition, men det är bara en del av vad som kan anses rimligt att räkna till kulturen. Ett mera samtida kulturbegrepp tar fasta på att förståelse inom en grupp är fördelad i gruppen, snarare än delad. Olika personer har olika perspektiv och uppfattningar. Olika personer har olika tolkningar och åsikter om ett och samma fenomen. Dessutom förändras människors förståelse hela tiden p.g.a. kommunikation och förhandling mellan gruppens medlemmar. Det är därför svårt att förutsätta att det finns en viss förståelse som är stabil och konstant delad i en grupp. Det är därför rimligt att definiera en grups kultur som den socialt påverkade förståelsen i en grupp. Däremot kan lagar, regler och institutioner bidra till att skapa stabilitet och likhet i en grups förståelse. Socialpsykologiska faktorer såsom det mänskliga behovet av att inte skilja ut sig från andra och en grups tendens att följa auktoriteter påverkar också gruppen (Allwood & Johnsson, 2009).

### **Invandring och hälsa**

Att flytta till ett annat land innebär nya möjligheter för individen men också i hög utsträckning att utsättas för olika utmaningar på gott och ont. Skillnaderna mellan landet man kommer ifrån och Sverige är många och av olika slag. Viktiga utmaningar är språket, att få ett arbete som man trivs med, umgängesformer, annorlunda uttrycksformer inom till exempel konst samt det allmänna bemötandet man får. Tidiga livserfarenheter av en viss miljö skapar dessutom en speciell känsla av bekantskap som människor ofta längtar tillbaka till när de befinner sig på en annan plats. Skälen till att man lämnar sitt land kan vara många. De kan komma som arbetssökande och har då själva valt att lämna sitt land för en bättre livssituation. De som kommer som flyktingar har oftast tvingats lämna sitt land på grund av hot och förföljelse. Flyktingar söker i allmänhet asyl, vilket innebär att de får uppehållstillstånd genom att tilldelas flyktingstatus. En stor del av de inflyttade till Sverige utgörs av så kallade anknytningsfall. Då finns redan släkt här. Ytterligare en anledning att komma till Sverige är för att studera. Olika typer av forskning visar att människor som flyttat till Sverige ofta visar tecken på sämre hälsa och anpassning än de som bott hela livet i landet. Deras sjukvårdskonsumtion är högre och även deras kontakt med psykologer och psykiatri. Vidare drabbas de oftare av arbetslöshet samt skilsmässor än inhemska svenskar. Hälsan i det nya landet påverkas av olika faktorer till

exempel vilken position de haft i hemlandet, hur migrationen gick till och hur de får det socialt och kulturellt i det nya landet. En viktig aspekt av hälsa är hur individen kan hantera stress samt vilka anpassningsstrategier han eller hon använder. All migration innebär att individens stresssystem påverkas. Hur vi människor upplever livshändelser beror på genetiska faktorer, tidiga händelser i livet, mentaliseringsförmåga (att reflektera), personlighet samt social och kulturell bakgrund. När individer får ökad kontroll över händelser i livet uppstår färre skador på hälsan och välbefinnandet. Vidare påverkas hälsan tydligt av individens ekonomiska situation och det sociala stöd de kan få (Allwood & Johnsson, 2009).

Olyckligt nog blir många familjer från främmande kulturer stämplade som problemfamiljer. De betar sig inte som förväntat, de kan ha dålig kunskap om hur de ska interagera i hälsovårdssituationer och det kan leda till missförstånd och konflikter. Det är inte lätt att förhandla i en kultur som har andra normer än din egen och speciellt inte när du känner dig sårbar och sjuk. Sjukvårdspersonal generaliserar ofta och det leder till felaktiga antaganden. Detta kan i sin tur leda till att familjen inte får den hjälp de skulle behöva, inte följer ordinationer etc. Så trots att de oftast har sämre hälsa får de mindre tillgång till den vård som finns (Coyne, 2007).

### **Familjefokuserad omvårdnad**

Familj och sociala relationer är av stor betydelse, särskilt när individen drabbas av sviktande hälsa eller sjukdom. Sjuksköterskan kan inta olika perspektiv i sitt möte med patienten och dennes familj. Omvårdnaden kan vara patientcentrerad, familjerelaterad eller familjecentrerad. Familjefokuserad omvårdnad, som avser omvårdnadsrelationen mellan sjuksköterskan och familjen, bygger på antagandet att sjukdom och ohälsa påverkar hela familjen och att familjen kan påverka patientens upplevelse av sin sjukdom och rörelse mot hälsa. Familjen kan se ut på många olika sätt, det är en grupp bestående av de människor den själv inkluderar. Familjens funktion, inre och yttre struktur samt relationer kan tydliggöras genom t.ex. en nätverkskarta. Systemteori ligger till grund för att förstå familjen och det sociala nätverket. Vid familjefokuserad omvårdnad utgör sjuksköterskan och familjen ett system, där omvårdnaden utgår från familjens definierade behov och problem samt familjens unika sammansättning och resurser. Verkligheten kan ses som ett multiuniversum, där man utgår från de enskilda familjemedlemmarnas olika föreställningar och tolkningar. Ingen har tolkningsföreträde och därmed har ett cirkulärt tänkande mer verkan än ett linjärt. Familjer går igenom livsstadier men

också unika oförutsedda livshändelser såsom t.ex sjukdom och ohälsa som kan leda till sorg och kriser (Edberg et al., 2010).

### **Föreställningar om hälsa**

Föreställningar utgör de perspektiv utifrån vilka vi ser på omvärlden. De är grunden till vårt beteende och kärnan i våra känslor. Utifrån dem konstruerar vi våra liv och väver samman dem med andras. Varje individ har sin speciella ”struktur” som beror på det genetiska arvet och tidigare interaktioner med andra människor och med sin omgivning. Det är genom dessa interaktioner som individens föreställningar växer fram, förfinas, befasts, bekräftas och utmanas. Det är i samspelet med andra och med sig själv som de formas och förändras, i samklang med den kontext vi lever i. Föreställningar skiljer människor från varandra, men binder dem också samman. Genom att leva och vara tillsammans påverkar vi varandras föreställningar. Vi är mer eller mindre omedvetna om våra föreställningar och hur de påverkar oss och andras liv. Det paradoxala i livet är att för att överleva och ta sig fram i världen behöver man både fasta föreställningar att hålla sig till och förmåga att ifrågasätta dessa när de inte längre är till hjälp. Vissa föreställningar är till mer nytta än andra, öppnar för fler lösningar, medan andra accepteras bättre inom vissa kulturer eller kontexter. Nyttan eller onyttan avgörs emellertid av den utomstående observatören och i det sammanhang i vilket den uppstår. Vi kan här prata om underlättande respektive hindrande föreställningar.

Föreställningar, berättelser och ohälsa/sjukdom är nära sammanflätade med varandra. När hindrande föreställningar ifrågasätts leder det därför till framväxt av nya berättelser som kan inverka på upplevelsen av ohälsa/sjukdom. Om sjuksköterskan hjälper patienten och deras familjer att rekonstruera sina berättelser (revidera eller skapa nya) motbevisas deras tidigare, hindrande föreställningar. Familjen och individens personliga föreställningar blir aldrig så bekräftade, så ifrågasatta eller så hotade som när ohälsa/sjukdom uppstår. Familjers sätt att anpassa sig till, kontrollera och hantera ohälsa/sjukdom uppstår således ur deras föreställningar om det specifika hälsoproblemet. Ohälsa/sjukdom upplevs i ett interpersonellt sammanhang som påverkar personliga föreställningar, beteenden och känslor. De föreställningar som växer fram ur dessa erfarenheter utgör vår levnadshistoria eller livsberättelse. Det finns tre uppsättningar av föreställningar: patientens, de övriga familjemedlemmarnas och sjuksköterskans. Nyckeln till att kunna hjälpa familjen är förståelse av den berörda personalens föreställningar. Familjemedlemmarna är experter på sina egna upplevelser av ohälsa/sjukdom,



medan sjuksköterskan kan bidra med sitt kunnande för att hjälpa familjen att hantera ohälsa/sjukdomen. Förändring möjliggörs genom sammanvävning av dessa kunskapsområden. Familjen är resursstark också när den konfronteras med fruktansvärda upplevelser av ohälsa och lidande. Familjens upplevelse av ohälsa/sjukdom beror mer på vilka föreställningar de hyser än på tillståndet i sig. På motsvarande sätt har våra professionella föreställningar stort inflytande på hur vi närmar oss, involverar och hjälper familjer i tillfrisknandeprocessen (Wright, Watson & Bell, 1996).

### **Transkulturell omvårdnad**

Hälso- och sjukvårdslagens mål är en god hälsa och vård för hela Sveriges befolkning på lika villkor, Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet. Den ska genomföras i samråd med patienten och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (SFS 1982:763). Numera ser vi sjuksköterskor människan som mer än sina kroppsdelar. Omvårdnad som vetenskap har utvecklats sig och är engagerad i människors erfarenheter av hälsa och sjukdom under hela livscykeln. Omvårdnad är engagerad i människors liv och leverne (Edberg et al., 2010). Madeleine Leininger, sjuksköterska och professor i omvårdnad och antropologi, började intressera sig för detta fenomen redan på 50-talet. Hennes teori om den kulturellrelaterade omvårdnadens mångfald och universalitet har sina rötter både i antropologi och omvårdnad. Leininger hävdar att kultur och omsorg (care) hör ihop och att omsorg/att ge omsorg (care/caring) är av central betydelse i sjuksköterskans vårdande. Syftet med hennes arbeten är att erbjuda kulturspecifik omvårdnad. Kärnan består i tanken att det finns både skillnader och likheter inom omsorg i alla jordens kulturer. För att hjälpa sjuksköterskor att få en bild av de komponenter i teorin som inverkar på mänsklig omsorg, utvecklade hon den så kallade soluppgångsmodellen. Denna modell beskriver de komponenter och begreppsområden inom teorin som måste tas i beaktande om man vill identifiera faktorer som inverkar på de naturliga och professionella former av omsorgsutövning som leder till utveckling av en kulturkongruent omvårdnad. Modellen framställs symboliskt som en uppåtgående sol (Johnson Lutjens, Reynolds, Leininger & Reed, 1995).

Det är länge känt att omvårdnad och antropologi har mycket gemensamt p.g.a. dess holistiska syn på människan och hennes respons på hälsa/sjukdom. Transkulturell omvårdnad integrerar antropologin i omvårdnaden och begreppet kan brytas ner i mindre komponenter som synliggör

sjuksköterskans arbete i mötet med patienter från andra kulturer.

- A. *Sjuksköterska - patient/förhandlingsmodell*: sjuksköterskan och patienten förhandlar i mötet med varandra. Hon/han försöker se saken från patientens perspektiv, granskar samtidigt sina egna föreställningar i relation till patientens och försöker inkorporera detta i sitt sjuksköterskearbete
- B. *Dubbel etnocentrism*: sjuksköterskan och patienten dömer och reagerar på varandra samtidigt utifrån deras egna föreställningar och förväntningar på vården
- C. *Flera kulturer samverkar*: minst tre kulturer interagerar i mötet mellan patient och sjuksköterska. Den första är baserad på biomedicin/omvårdnad. Det man har med sig i yrket som sjuksköterska. Den andra kulturen bygger på patientens uppfattning om sjukvården och sin erfarenhet av hälsa och sjukdom samt personliga värderingar. Den tredje är i det sammanhang som mötet patient - sjuksköterska äger rum.
- D. *Patienten är kulturförmedlare*: sjuksköterskan inser att det finns en variation av människor inom en kultur och ser varje individ som en produkt av deras kultur och syn på hälsa och sjukdom och integrerar detta i mötet med patienten
- E. *Kultur som grund i omvårdnad*: kultur ses inte som något separat fenomen utan är integrerat i sjuksköterskans arbete hela tiden som något naturligt. Hon/han använder sig av kunskapen för att bli bättre i sitt arbete (Desantis, 1994).

### **Problemformulering**

Mot denna bakgrund är det viktigt att finna underlag som kan bidra till att mötet mellan sjuksköterska och familj stärks. Många sjuksköterskor saknar verktyg som de kan använda i mötet med andra kulturer än sin egen. Det är inte givet att den modellen de jobbar med passar alla. Det blir lätt missförstånd. Detta behöver belysas.

## **Syfte**

Syftet med arbetet är att belysa sjuksköterskors upplevelser av möten med familjer från andra kulturer än den svenska.

## **Metod**

Detta arbete är en litteraturstudie baserad på åtta vetenskapligt granskade och publicerade artiklar samt en avhandling. Artikelsökningen gjordes på Cinahl databas. Arbetet är genomfört i enlighet med Fribergs (2006) anvisningar för litteraturstudier. Jag tog i början hjälp av bibliotekarie på universitetsbiblioteket.

## **Urval**

Vid sökning av artiklar måste ett urval göras. Vid den initiala sökningen får man många träffar därför måste sökningen begränsas (Friberg, 2006). Inom ramen för detta gjorde jag först tre oberoende sökningar under hösten 2011 på sökorden "Family nursing", "Child Health" samt "Primary Child Health". Varje sökning förfinades genom att lägga till ytterligare något sökord. Slutligen gjordes sökningar på författarnamn vilka angivits som referenser i andra arbeten, se tabell 1. Urvalet gjordes genom att jag granskade rubrikerna och när jag fann något som verkade matcha mitt syfte läste jag igenom abstractet. Därifrån gjordes en bedömning av innehållet och det slutliga urvalet kunde ske. Jag fann också artiklar från Australien och England och fann det relevant att ta med dessa p.g.a. deras mångkulturella samhälle. Det är dock i huvudsak artiklar från Sverige och utgår ifrån västerländskt synsätt. Utöver de vetenskapliga artiklar tillkommer en avhandling vilken tillhandahölls på min arbetsplats och bedömdes som relevant.

**Tabell 1. Sökning via Cinahl databas.**

| <b>Sökord</b>                      | <b>Antal träffar</b> | <b>Resultat</b>  |
|------------------------------------|----------------------|--|
| <b>Family nursing</b>              | <b>2170</b>          |  |
| <b>And<br/>Cultural</b>            | <b>88</b>            | <b>*Samarasinghe et al., 2010.<br/>*Grant &amp; Luxford, 2011.</b>   |
| <b>Primary Child Health Care</b>   | <b>69</b>            |  |
| <b>And<br/>Cultural competence</b> | <b>4</b>             | <b>*Berlin et al., 2010.<br/>*Berlin et al., 2006.</b>               |
| <b>Child Health</b>                | <b>14448</b>         |  |
| <b>And<br/>Cultural</b>            | <b>396</b>           |  |
| <b>And<br/>Communication</b>       | <b>45</b>            | <b>*Robinson &amp; Lorenc, 2011.<br/>*Grant &amp; Luxford, 2008.</b> |
| <b>Pergert, P.</b>                 | <b>4</b>             | <b>*Pergert P. et al., 2008.</b>                                     |
| <b>Berlin, A.</b>                  | <b>11</b>            | <b>*Berlin et al., 2008.</b>   |

## **Analys**

Analysen av artiklarna har jag genomfört enligt den process som anvisas av Friberg (2006). Först läste jag igenom dem för att få en överblick. Därefter gjordes en noggrann genomläsning och meningsbärande enheter med relevans för syftet markerades i texterna. Dessa enheter grupperades och bildade 11 subteman vilka till sist kunde organiseras under tre teman.

## **Resultat**

### **Inledning**

Litteratursökningen resulterade i följande teman och subteman och visar att kulturella skillnader går att överbrygga på olika sätt.

### **Kommunikation**

#### **Öppen attityd**

Att skapa en förtroendegivande relation byggd på empati, pålitlighet, humor och passion är fundamentalt i mötet med familjen samt att vara nyfiken på den andres kultur, tyckte svenska sjuksköterskor i en studie. Att fråga om kulturella värderingar och trosuppfattning är viktigt. Att få den enskilde att berätta sin historia, om sin migration och familjebakgrund är viktigt för att stärka individens identitet. Det underlättar att få berätta om traumatiska händelser och därför ska sjuksköterskan uppmuntra till detta. De psykosociala problemen är ändå det viktigaste att ta fasta på i mötet med familjen. Jag kan inte göra så mycket, bara lyssna, beskrev en sjuksköterska det (Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson, 2010).

#### **Icke verbalt språk**

Svårigheter att tolka kroppsspråket upplevdes som ett hinder i mötet med familjen. I familjen kan det finnas kulturella mönster som sjuksköterskan har svårt att tolka på rätt sätt. Att tala tydligt och klart samt tänka på det egna kroppsspråket underlättar kommunikationen samt att ta hjälp av föremål såsom leksaker etc. för att förtydliga information, men naturligtvis ta hjälp av en tolk när det behövs. Att lära sig några ord på familjens språk öppnar dörrar (Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson, 2010). Överbrygga hinder i mötet med människor från andra kulturer är en process där olika verktyg, såsom kommunikativa, transkulturella och organisatoriska, kan användas och kombineras. Detta framkom i en svensk studie om hur personal på en pediatrik onkologisk avdelning löser kulturella hinder. Hindren försvinner inte men blir mindre och när man väl startat blir det lättare och det leder till en god cirkel. Att använda sig av olika kommunikativa hjälpmedel är bra. Det handlar om att visa att man bryr sig genom att samtala och småprata. Icke verbal kommunikation såsom tecken och ”charader”, beröring och att använda sig av skriftlig information är användbart. Att använda kroppsspråket är viktigt när en

tolk inte finns närvarande, men är också riskabelt och kan leda till missförstånd om det används enbart. Beröring handlar inte bara om fysisk kontakt utan också ögonkontakt, ge tröst och bekräftelse. Detta verktyg bör användas med försiktighet då synen på icke-verbala kommunikationsmönster varierar från kultur till kultur (Pergert et al., 2008).

### **Tolk**

Det bästa är att använda tolk när det gäller att överbrygga språkbarriärer. Kan man överbrygga språkliga hinder genom att använda tolk leder det till kunskap som i sin tur kan överbrygga religiösa och kulturella hinder samt att personalen blir skickligare på att använda tolk. Det gör i sin tur att fler hinder blir synliga. Personal och familjemedlemmar kan också användas i akuta situationer och då även fungera som en förbindande länk mellan olika kulturer, men man måste vara medveten om den dubbla rollen de får (Pergert et al., 2008).

### **Information**

Att informera om olika sociala funktioner i samhället samt underlätta kontakter med andra professioner, om det finns behov av detta, är viktigt. Det är ibland svårt att få familjen att ta till sig information angående egenvård. Det är frustrerande, enligt de sjuksköterskor som deltog i denna svenska studie, att ge råd om febernedsättande och ökat vätskeintag och sedan upptäcka att de inte följt råden (Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson, 2010). Att använda sig av olika kommunikativa verktyg underlättar. Tryckt information på olika språk gör det möjligt att referera till den muntliga informationen som gavs tidigare med eller utan tolk. Skriftlig information är en naturlig del i informationsutbytet. Det kan vara medicinsk information, avdelningsrutiner m.m. Det finns många bra medicinska broschyrer på svenska som borde bli översatta till de vanligaste språken. Gester och bilder klargör information när en tolk inte finns närvarande (Pergert et al., 2008).

Det kan upplevas som svårt att prata om familjeproblem. Sjuksköterskan kan alltid hänvisa till den svenska lagstiftningen när det gäller kvinnans rättigheter, men i mötet med kvinnor från andra kulturer får hon ta del av deras verklighetsuppfattning. Sjuksköterskor fokuserar huvudsakligen på den fysiska hälsan hos den enskilda familjemedlemmen. Fokus ligger på att upptäcka och förebygga sjukdomar enligt svenska föreskrifter och rekommendera våra vanor, vad det gäller t.ex. diet och motion (Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson, 2010).

Många sjuksköterskor kommer i kontakt med traditionell medicin när de träffar familjer från främmande länder. I denna engelska studie framkom det att det är svårt att skilja på hemmagjorda kurer och annan egenvårdsmedicin som går att köpa över disk, både för sjuksköterskor och patient. Vi är väldigt kliniska och utforskar det inte tillräckligt, medger sjuksköterskorna. Det är också svårt att veta var information finns om detta. Det finns kanske också en press på föräldrarna såsom kulturella normer, råd från familjen samt en önskan att hjälpa sitt barn, som är viktigt att ta med i sammanhanget. Det blir då lätt en konflikt mellan den konventionella medicinen och deras egen. Ibland finns det också medelklassfamiljer som väljer traditionell medicin och då gjort ett aktivt val. Det viktigaste för sjuksköterskor är att det är säkert för barnet. Vi kan inte föreslå något som inte är medicinskt testat. På det sättet är våra händer bundna, menar de. Det är svårt att veta vilka råd de ska ge för att inte gå över gränsen. Då är det bättre att säga ”jag vet inte tillräckligt om det” eller att ”jag ska fråga doktorn”. Det är svårt att veta hur de ska samtala om detta med föräldrarna, hur mycket de vill veta och om det ska dokumenteras (Robinson & Lorenc, 2011).

Många sjuksköterskor upplever kultur som något komplext och ogripbart, enligt en studie från Australien. Kultur är något som vi definierar utifrån skillnader i hudärg, språk och religion och relaterar till utifrån egna erfarenheter av att vara dotter, mor eller partner. Kultur handlar om hur andra lever, var de kommer ifrån och vad de tror på, menade de. Det är viktigt att förstå hur historia, ras, genus och socioekonomi påverkar oss. Så länge sjuksköterskan är tryggt kvar bakom sin ”vita” fasad blir dem begränsade i sitt yrkesutövande (Grant & Luxford, 2011). Alla människor är oundvikligen del av kulturella gemenskaper och processer och utgör förutsättningar som alla måste förhålla sig till, menar Fioretos (2009) som studerat kulturella processer på en vårdcentral. Det rådande idealet i det västerländska samhället är en fri, frisk och flexibel individ som är kompetent nog att fatta egna beslut. Det stämmer inte överens med den komplexa patienten med diffusa symtom som inte kan placeras i något fack. De söker för olika kroppsliga symtom som inte kan förklaras medicinskt. Detta medför vidgade klyftor i samhället. När kultur, klass, värde, moral, ideal och makt sammanvävs i individen och i synen

på individen skapas olika sätt att gradera, inkludera och stänga ute människor. När personalen inte kunde få patienten att anpassa sig eller hantera sin situation upplevde personalen det som besvärligt och tungt (Fioretos, 2009).

## **Kunskap**

### **Utbildning**

I ett par studier framkom att sjuksköterskorna kände att de saknade kunskap vad det gäller kultur, speciellt gällde detta när patienten sökte för/led av psykosomatiska problem (Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson, 2010). Sjuksköterskor tyckte dels att de saknade utbildning avseende kulturfrågor i vården, men även att de saknade stöd och nedskrivna riktlinjer för hur de skulle kunna agera (Berlin, Johansson & Törnkvist, 2006). Bara några dagars utbildning i kultur kan öka svenska sjuksköterskors medvetenhet i detta ämne och skapa lust att lära mer. Genom olika typer av träning (som knyter ihop teori med praktik samt fallbeskrivningar och reflektionsgrupper) kunde de fördjupa sin kunskap och bli skickligare. Detta ökade deras självkänsla i mötet med andra kulturer och förbättrade på så sätt arbetsförhållandena och i förlängningen vården, visade denna studie (Berlin, Nilsson & Törnkvist, 2010). Transkulturellt lärande är en pågående process som innefattar både teoretisk kunskap om olika kulturer och religioner men också en medvetenhet om sin egen kultur. Denna generella kunskap bör kombineras med specifik kunskap om patienten och en egen medvetenhet om risken för kategorisering. Kunskap om olika kulturer är en nyckel till djupare förståelse och ett sätt att förebygga kränkande kulturella och religiösa yttringar. Vet man varför någon agerar på ett visst sätt är det lättare att förstå och acceptera det. Detta framkom i denna studie efter intervjuer med sjukvårdspersonal på en pediatrik onkologavdelning (Pergert et al., 2008).



## **Reflektion**

Transkulturell reflektion innebär att försöka förstå andra människor, kulturer och underliggande förklaringar och olikheter. Processen innebär också att titta på sig själv och sin egen kultur, jämföra den med den andres och upptäcka inte bara olikheter men också likheter. Detta innebär att prata med kollegor om svårigheter såsom fördomar. Personal med rötter i flera kulturer, tolkar eller andra personer med transkulturell erfarenhet kan fungera som en länk, då de kan ha förståelse för båda kulturerna. De kan bli en tillgång då de kan förklara skillnader men också upptäcka likheter (Pergert et al., 2008).

## **Arbetsförhållanden**

### **Tid**

Tidsbrist är en faktor som påverkar sjuksköterskornas arbete negativt (Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson, 2010). Det gäller att avsätta tid för att överbrygga hinder för att skapa transkulturella givande relationer. Det tar längre tid när det finns fler hinder. Personal måste prioritera sin tid men det är också viktigt att inte vara underbemannad. Det är en fråga om att som personal bli medveten om detta, men också ha en organisation och ett ledarskap som är flexibelt och tillåter personalen att växa. Det tar dubbelt så lång tid om det används tolk vid besöket om det ska bli ett bra besök för båda parter (Pergert et al., 2008).

### **Arbetsbelastning**

Att inte ha en djupare inblick i familjens historia upplevs som svårt för många sjuksköterskor. Det är till exempel inte lätt att träffa hela familjen samtidigt och få en helhetsbild. Det bidrar till stress och en känsla av otillräcklighet. Det är tungt att bära alla psykosociala problem de får ta del av i mötet med familjer från främmande kulturer (Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson, 2010). Många sjuksköterskor känner sig inte nöjda med kvaliteten på sitt arbete med familjer med utländsk härkomst, framkom det i denna svenska studie. Bördan upplevs som tyngre med längre erfarenhet, antal familjer samt arbetstid (mer än halvtid) (Berlin, Johansson & Törnkvist, 2006).

## **Rutiner**

Det handlar om att skapa eller ändra rutiner på arbetsplatser som jobbar med familjer från andra kulturer. Det är en organisatorisk fråga och beror ofta på vilket ledarskap som finns. Det handlar om att skapa förutsättningar och förhållanden för transkulturell träning. Det finns många överenskomna rutiner som kan vara ett hinder för detta och de behöver bli identifierade och utbytt. Att anställa personal med olika kulturell bakgrund kan fungera som en transkulturell länk (Pergert et al., 2008).

## **Arbetsstrategier**

Att arbeta med hela familjen på ett psykosocialt sätt och vara tillgänglig i området är bra. Samarbeta med andra arbetskategorier och skapa sociala nätverk för föräldrar genom gruppverksamheter såsom babykafé och matgrupper. Detta för att stärka individen i samhället men också för att stärka individens roll i familjen. Att delta i samtalsgrupper med sjuksköterskan själv eller ihop med andra vårdgivare är bra. Att göra hembesök anses av många sjuksköterskor som givande. De kan lära känna familjen bättre och se deras olika roller och hur de samverkar. De kan studera barnen på ett naturligt sätt, se hur de leker o.s.v. De kan lättare handleda föräldrarna i föräldraskapet och på det sättet stärka dem. Ibland tar de hjälp av sociala medarbetare som kan jobba mer koncentrerat med familjen (Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson, 2010).

I en studie visade det sig att svenska sjuksköterskor utvecklade olika arbetsstrategier i sitt arbete med familjer från främmande kulturer. Den största oron de upplevde var att missa något barn som var utsatt för psykosocial ohälsa. Dessa strategier kan vara både passiva och aktiva. Då förhållandena var osäkra och det inte var möjligt att komma fram till något beslut använde sjuksköterskan sig av dessa klagörande strategier. *Aktiva strategier*: göra hembesök och ha mer frekvent kontakt med familjen och samtidigt lära känna familjen bättre. Det blir då lättare för familjen att öppna sig och sjuksköterskan skapar en relation med familjen. Under tiden kan sjuksköterskan se hur barnet utvecklar sig. De kan samla information genom kollegor eller andra som kommer i kontakt med familjen. De frågar om råd och samarbetar med t.ex. logoped, psykologer, barnläkare, förskola, mödravård och social service. *Passiva strategier*: sjuksköterskan använder sig av en "vänta och se"-strategi. Hon/han relaterar en del av familjens problem till det faktum att de inte hade varit i landet så länge. De kan ha sociala problem såsom dålig ekonomi, bostadsproblem, traumatiska upplevelser från hemlandet etc. men också andra psykosociala faktorer såsom skillnader i barnuppfostran gentemot den

svenska modellen eller andra vanor eller attityder t.ex. komma försent till planerade möten eller ge barnen för mycket sötsaker. Sjuksköterskan låter tiden gå och hoppas att förhållandena skall förbättras med tiden. Hon/han fortsätter sitt jobb med familjen övertygad om att tiden ska klargöra barnets status med tanke på de planerade möten som ingår i barnhälsovårdens uppdrag. En ”vänta och se”-strategi kunde dock ändra karaktär till en aktiv om det dyker upp andra mer akuta förhållanden (Berlin, Hylander & Törnkvist, 2008). ”The family partnership model”, utvecklad av Davis, Day and Bidmead (2002), började användas som ett allmänt pedagogiskt verktyg inom barnhälsovården i södra Australien 2003 för att stödja föräldrar psykosocialt. Den tog lite hänsyn till ras, kön och klass . Fria tolkningar av modellen gjordes ofta, såsom att behandla alla lika, och hindrade därför personal från att se hur kulturell mångfald är närvarande i möten med andra kulturer. Att behandla alla lika ansågs som respektfullt. De ville behandla alla på ett sätt som gjorde dem likadana som dem själva. De såg inte hur de på detta sätt bevarade ett synsätt om den vita rasens överlägsenhet (Grant & Luxford, 2008).

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Studien är en litteraturstudie baserad på vetenskapliga artiklar. Till att börja med gjordes en generell sökning som gav en överblick över befintlig forskning på området. Mitt intresse för ämnet är stort då det berör mitt dagliga arbete och många frågeställningar finns. Parallellt med denna utforskningsprocess växte arbetet fram. Jag utgår ifrån den svenska barnhälsovården eller dess motsvarighet i andra västerländska länder med samma modell. Det var intressant att ta med andra länder såsom Australien och England som har en annan kulturell sammansättning och historia men som ändå jobbar på ett likartat sätt. Jag kunde eventuellt tagit med fler artiklar i resultatet men tycker ändå att de jag tagit med ger en bredd i ämnet. Så här i efterhand kan värdet av att ha sökt i fler databaser diskuteras, men det får anses vara en pilotstudie och att syftet ändå blev uppfyllt. När jag här pratar om andra kulturer och främmande kulturer är det lätt att generalisera. Familjerna kan se ut på många olika sätt. Jag har inte gett en klar definition av gruppen. När jag här pratar om andra kulturer så är det familjer med en annan kulturell bakgrund än den svenska.

### **Resultatdiskussion**

Tre olika teman lyftes fram i uppsatsen som har stor betydelse i mötet mellan sjuksköterska och patient/familj från en främmande kultur:

- *kommunikation*
- *kunskap*
- *arbetsförhållanden*

## **Kommunikation**

Arbetet belyser att det finns mycket att göra för att förbättra mötet mellan sjuksköterska och familjer från andra kulturer. Det är två kulturer som möts. Att lyssna är viktigt som sjuksköterska, inte bara på patienten utan även lyssna inåt på sina egna värderingar och attityder. De föreställningar vi har är centrala i mötet med familjen och då speciellt sjuksköterskans enligt Wright, Watson & Bell (1996). De beskriver sex föreställningar om sjuksköterskans roll som styr det terapeutiska samtalet och som är grunden i arbetet med familjen:

- (1) sjuksköterskan är inte en förändringsagent
- (2) sjuksköterskan bör inta ett icke-hierarkiskt förhållningssätt
- (3) terapeutiska samtal utvecklas av sjuksköterska och patient tillsammans
- (4) sjuksköterskan inviterar till reflexion
- (5) både sjuksköterska och patient förändras genom sin interaktion
- (6) sjuksköterskan låser sig inte för ett specifikt resultat

När det gäller kommunikationen är naturligtvis språket en viktig del i mötet med familjen, att använda tolk när det behövs och gärna anställa tolkar på plats. Det underlättar arbetet för sjuksköterskorna då de får använda mycket av sin tid till beställningar. Tidsbrist var ju en faktor som påverkade sjuksköterskornas arbete negativt. Det skapar också en trygghet både för patient och personal och de kan på detta sätt också bli kulturtolkar genom att de förmedlar en bit av sin kultur till personalen och kan förklara en del beteenden. Det framkom ju i en studie att det inte alltid är lätt att tolka kulturella mönster och beteenden på rätt sätt. Att förtydliga information med hjälp av gester och föremål är viktigt, speciellt när en tolk inte finns på plats. Det borde finnas mer skriftlig information på andra språk, framkom det i en studie (Pergert, 2008). Det finns också kulturella skillnader som blir ett hinder i kommunikationen om de inte belyses mer. Det vi utgår ifrån är våra kulturella värderingar, men också vad som är rätt och fel i vårt samhälle, hur vår sjukvård är uppbyggd samt vår yrkesetiska kod påverkar våra beslut och vårt tänkesätt. Vi måste följa våra lagar och regler och vara tydliga med detta i mötet med familjerna, men vi frågar sällan vilka grunder och vilken kunskap den andres ställningstagande vilar på. Vad är rätt och vad är fel? När vi utmanar oss själva på det här sättet utmanar vi också den andre och en förändring kan ske, där något nytt kommer till och något gammalt blir kvar. Vi lär oss av varandra. Det framgick i en studie att det är viktigt med en öppen attityd och att fråga om kulturella värderingar (Samarasinghe et.al., 2010). Det upplevdes också som svårt att prata om familjeproblem, mycket på grund av att vi låser oss i en föreställning. Det blir ju svårt

att nå den andre om det inte blir en dialog. När det gäller traditionell medicin blir det en konflikt för sjuksköterskan. Hur ska detta hanteras? Vad ska jag ge för råd? Vara lyhörd för den andres berättelse är viktigt. Vi får inte låsa oss i en föreställning. Den andre har sin föreställning om vad som är bra för sitt barn. Det måste respekteras. Vi pratar om kultur, men också klass, moral och ideal präglar oss och vårt sätt att förhålla oss till omgivningen. I vårt västerländska samhälle är det individen som räknas och förväntas klara sig själv. I många kulturer på vår jord lever man på ett annat sätt, familjerna är större och man hjälper varandra. De kan inte alltid leva upp till vårt ideal och blir istället marginaliserade och missförstådda. De är ju oftast redan innan i ett underläge och sårbara. Vi måste fråga oss om det inte finns fler sätt att leva på. Börja med att rita upp ett familjegenogram och nätverkskarta vid första besöket. Det skapar en bättre bild av familjen och dess ursprung. Detta bör också göras för att kartlägga familjens unika sammansättning och resurser, där familjen kan ses som ett system där sjukdom och ohälsa påverkar hela familjen, enligt Edberg et al.(2010). Enligt Samarasinghe et al. (2010) var det också svårt att träffa hela familjen samtidigt och få en helhetsbild. Då kan denna kartläggning underlätta arbetet.

### **Utbildning**

Sjuksköterskor upplevde att de saknade utbildning i kultur i flera studier. Det var positivt att bara ett par dagars utbildning kunde öka deras medvetenhet och skapa lust att lära mer. Detta ökade också deras självkänsla. Reflektion, som innebär att titta på sig själv och den andre i ett utanförperspektiv är viktigt. Detta föreslås i flera studier. Att hitta forum för detta på arbetsplatser som jobbar med många olika kulturer är ytterst viktigt för att motverka kategorisering. En checklista för att underlätta kulturell närvaro och känslighet har utvecklats av Seibert et al.(2002) och är ett exempel på verktyg som kan underlätta för sjuksköterskor i mötet med andra kulturer.

### **Arbetsförhållanden**

Tid är en viktig faktor att ta hänsyn till i arbetet med andra kulturer. Den är oftast underskattad, då de fenomen som styr sjuksköterskans arbete är osynliga. De första stegen är därför att identifiera de lagar och regler som verkligen styr arbetet. Det tar längre tid att arbeta med tolk. Samtalet måste filtreras genom en tredje person och kan därför beräknas ta dubbelt så lång tid, enligt Pergert et al.(2008). Därtill kanske missförstånd måste utredas under samtalets gång. Det måste också finnas en organisation och ett ledarskap som ser detta och handlar därefter. Det är

svårt att få en helhetsbild av familjen och många sjuksköterskor känner sig inte nöjda med sitt arbete. Det är tungt att bära de psykosociala problem familjerna har. Det är viktigt att identifiera denna börda. Den upplevdes som tyngre med längre erfarenhet, antal familjer samt arbetstid. Detta tyder på att arbetsgivare måste bli bättre på att se detta och kanske begränsa antalet familjer som varje sjuksköterska har ansvaret för i områden med kulturell mångfald. Jag måste dock betona att det är viktigt att ändå ha kvar synen på att varje familj har en inneboende resurs och inte hamna i föreställningen om att de bara har problem.

Det är också viktigt att se vilka rutiner och modeller vi jobbar utifrån. Det är lätt att fastna i strukturer som rör administration men som egentligen inte bidrar till någon förändring på djupet utan snarare bidrar till att bevara de strukturer som redan finns. Det är bra att ha ett basprogram att luta sig emot men det betyder inte att det inte kan behövas andra inslag. Här kan vi dra paralleller till Grant & Luxfords (2008) studie.

Leiningers soluppgångsmodell är en holistisk modell som det är dags att plocka fram. Hon tar upp flera olika kulturella och samhällsstrukturrelaterade dimensioner som sjuksköterskan bör ta i beaktande när hon/han möter människor med annan kulturell bakgrund. Det är viktigt att sjuksköterskan förstår patientens syn på sin sjukdomsupplevelse. Modellen kan hjälpa sjuksköterskor att utveckla frågor för bedömning av detta.

De strategier som innebär att sjuksköterskor lägger saker på hög innebär ytterligare en belastning. Vid oklara fall, då sjuksköterskan var rädd för att missa något barn som eventuellt för illa, utvecklade hon/han vissa klargörande strategier. Att jobba i team på ett psykosocialt sett är viktigt. Det framkom i flera studier. Att jobba på en familjecentral innebär att du har tillgång till socionom, psykolog, öppen förskola samt mödravård. Då delar man erfarenheter med andra och får fler perspektiv samt kan ta hjälp av varandra via konsultationer. Ett led i att skapa sociala nätverk och stärka individen är de olika gruppverksamheter som nämndes i en studie (Samarasinghe et al., 2010). Genom till exempel matgrupper som utgår från familjernas egen matkultur kan detta befrämjas. Fokus ligger många gånger på att rekommendera våra vanor och vår diet men i andra länder äter man annan mat som kan vara lika nyttig.

### **Slutsats**

Det finns många saker att belysa i mötet mellan sjuksköterska och familjer med en annan kulturell bakgrund än den svenska. Detta är bara några. Det sätter fokus på områden som sjuksköterskor behöver uppmärksamma i arbetet med dessa familjer på BVC och kan ligga till grund för vidare forskning

**Referenser (med \*markerade artiklar har använts i resultatavsnittet)**

Allwood C. M. & Johnson P. (2009). *Mänskliga möten över gränser - vård och social omsorg i det mångkulturella samhället.*(1:a uppl.) Stockholm: Liber AB.

\*Berlin A., Johansson S-E., & Törnkvist L. (2006). Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin - Primary Child Health Nurses opinions. *Nordic college of Caring Science, 20*, 160-168.

\*Berlin A., Hylander I., & Törnkvist L.((2008). Primary Child Health Care Nurses assessment of health risks in children of foreign origin and their parents-a theoretical model. *Nordic college of caring science, 22*, 118-127.

\*Berlin A., Nilsson G., & Törnkvist L. (2010). Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial. *Nursing and Health Sciences, 12*, 381-391.

Coyne I. (2006-7). The 'good 'family syndrome: Social and cultural issues in community and family health. *Contemporary nurse, 23*(2), 154-156.

DeSantis L. (1994). Making anthropology clinically relevant to nursing care. *Journal of Advanced Nursing, 20*, 707-715.

Edberg A-K., Ehrenberg A., Friberg F., Wallin L., Wijk H., & Öhlen, J.(2010). *Omvårdnadens grunder. En specialutgåva för sjuksköterskor.* (uppl. 1:1). Studentlitteratur AB.

\*Fioretos, I. (2009). *Möten med motstånd. Kultur, klass, kropp på vårdcentralen.* Avdelningen för etnologi med folklivsarkivet, Institutionen för kulturvetenskaper, Lunds universitet.



**Friberg F.(2006). *Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* (uppl. 1:7). Lund: studentlitteratur AB.**

**\*Grant J., & Luxford Y. (2008). Intercultural communication in child and family health: insights from postcolonial feminist scholarship and three-body analysis. *Nursing Inquiry*, 15(4), 309-319.**

**\*Grant J., &Luxford Y. (2011). Culture it´s a big term isnt´t it? An analysis of child and family health nurses understandings of culture and intercultural communication. *Health Sociology Review*, 20(1), 16-27.**

**Johnson Lutjens L. R., Reynolds C. L., Leininger M. & Reed K. S. (1995). *Anteckningar Om Omvårdnadsteorier III, Callista Roy, Madeleine Leininger, Betty Neuman.* Lund: studentlitteratur.**

**\*Pergert P., Ekblad S., Enskär K., & Björk O. (2008). Bridging obstacles to transcultural caring relationships -Tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(1), 35-43.**

**\*Robinson N., & Lorenc A. (2011). Traditional and complementary approaches to child health. *Nursing standard*, 25(38), 39-47.**

**\*Samarasinghe K., Fridlund B., & Arvidsson B.(2010). Primary health care nurses´ promotion of involuntary migrant families´ health. *International Nursing Review*, 57, 224-231.**

**Seibert P. S., Stridh-Igo P., & Zimmerman C. G.(2002). A checklist to facilitate cultural awariness and sensitivity. *J Med Ethics*, 28, 143-146.**

**Wright L. M., Watson W. L., & Bell J. M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur AB.**

[WWW.riksdagen.se/sv/Dokument-lagar/svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763](http://WWW.riksdagen.se/sv/Dokument-lagar/svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763).

## Bilaga 1. Presentation av valda artiklar

| Författare  | Artikels namn  | Syfte   | Metod   | Land    |
|---|--|---|---|---------|
| Berlin A.,<br>Hylander I.,<br>Törnkvist L.<br>(2008).     | Primary Child Health Care Nurses assessment of health risks in children of foreign origin and their parents-a theoretical model              | Syftet med studien var att teoretiskt förklara sjuksköterskornas huvudproblem i mötet med barn och föräldrar från främmande länder  | Femton sjuksköterskor intervjuades. "Grounded Theory" användes som metod för att fokus ligger på sociala interaktioner och syftet är att förklara uttalade sociala processer                        | Sverige |
| Berlin A.,<br>Johansson S-E.,<br>Törnkvist L.,<br>(2006). | Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin-Primary Child Health Nurses opinions | Studien undersökte sjuksköterskornas åsikter rörande deras arbetsförhållanden och kulturella kompetens. Fokus låg på deras interaktion med barn och föräldrar från främmande länder | 270 sjuksköterskor svarade på en enkät (70 % svarsdeltagande). Förhållandena mellan upplevda svårigheter och nio förklarande variabler analyserades med en statistisk metod:logistisk tillbakagång. | Sverige |
| Berlin A.,<br>Nilsson G.,<br>Törnkvist L.,<br>(2010).     | Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial.   | Syftet med studien var att utvärdera i vilken grad specifik träning påverkade hur sjuksköterskor skattade sin kulturella kompetens, svårigheter och hur de utvärderade den          | Träningen var designad som en blindstudie enligt Price et al.(2005) med en försöksgrupp och en kontrollgrupp. Kodade frågeformulär användes före och efter träningen. 51 sjuksköterskor deltog.     | Sverige |

|  |   |   |  |                          |
|--|---|---|--|--------------------------|
| <p><b>Fioretos, I.(2009).</b></p>                                    | <p><b>Möten med motstånd. Kultur, klass, kropp på vårdcentralen</b></p>   | <p><b>Syftet var att studera kulturella processer på en vårdcentral</b></p>   | <p><b>Avhandling skriven av en etnolog. Kvalitativ studie som med observationer, samtal och intervjuer studerar vardagliga praktiker på en vårdcentral och analyserar dess konsekvenser.</b></p>   | <p><b>Sverige</b></p>    |
| <p><b>Grant, J., Luxford, Y.,(2008).</b></p>                         | <p><b>Intercultural Communication in child and family health: insights from postcolonial feminist scholarship and three-body analysis.</b></p>          | <p><b>Syftet med studien var att sätta det etnografiska ljuset på barnhälsovårdens hantering och innebörd av kommunikation</b></p>              | <p><b>Datainsamling som metod användes inklusive deltagarobservationer, DVD-inspelade konsultationer mellan barnhälsovårdspersonal och föräldrar från främmande kulturer, djupintervjuer med deltagande barnhälsovårdspersonal efter att ha sett deras DVD samt fältanteckningar</b></p>   | <p><b>Australien</b></p> |
| <p><b>Grant, J., Luxford, Y.,(2011).</b></p>                         | <p><b>Culture it`s a big term isn`t it? An analysis of child and family health nurses understandings of culture and intercultural communication</b></p> | <p><b>Syftet med studien var att flytta fokus från de som konsumerar vård till de som är vårdgivare</b></p>                                     | <p><b>Etnografisk studie. Data insamlades från 2 Barnavårdscentraler. Deltagarobservationer gjordes under en 7-månadersperiod, 19 videoinspelade konsultationer mellan barnhälsovårdspersonal och föräldrar med en varierad kulturell bakgrund och därefter djupintervjuer med bhv-personalen sedan de sett inspelningarna</b></p> | <p><b>Australien</b></p> |
| <p><b>Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K., Björk, O.,(2008).</b></p> | <p><b>Bridging obstacles to transcultural caring relationships- Tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care</b></p>       | <p><b>Syftet med studien var att få kunskap om hur hälsovårdspersonal löser hinder som uppstår i mötet med familjer från andra kulturer</b></p> | <p><b>Kvalitativ studie med fokusgrupper som intervjuades</b></p>  | <p><b>Sverige</b></p>    |

|   |   |  |   |                |
|---|---|--|---|----------------|
| <b>Robinson, N., Lorenc A.,(2011).</b>                      | <b>Traditional and complementary approaches to child health.</b>                    | <b>Syftet med studien var att utforska sjuksköterskornas handlande, kunskap, tro och attityder till traditionella terapier</b> | <b>Semistrukturerade intervjuer gjordes med 15 sjuksköterskor och kvalitativ data analyserades därefter</b>   | <b>England</b> |
| <b>Samarasinghe, K., Fridlund, B., Arvidsson B.,(2010).</b> | <b>Primary health care nurses promotion of involuntary migrant family's health.</b> | <b>Syftet med studien var att beskriva främjandet av hälsa hos flyktingfamiljer som genomgår kulturell förvandling</b>         | <b>Intervjuer gjordes med 34 strategiskt utvalda sjuksköterskor från olika sektorer av barnhälsovården i 2 kommuner i södra Sverige. Datan analyserades sedan med en fenomenologisk metod</b> | <b>Sverige</b> |