



## Erkännande av ojämlikheter – ett steg i rätt riktning

### Sjuksköterskans möjligheter att påverka ojämlikheter i hälsa relaterat till socioekonomiska faktorer

FÖRFATTARE	Caroline Holmqvist Helena Ryge
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete i omvårdnad HT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Helen Elden
EXAMINATOR	Åsa Premberg

Särskilt tack till vår handledare Helen Elden för stöd och uppmuntran under vårt skrivande.

Titel	Erkännande av ojämlikheter – ett steg i rätt riktning.
Title	Acknowledging inequalities – the first step in the right direction
Arbetets art:	Självständig kurs
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet
Kursbeteckning:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	36
Författare:	Caroline Holmqvist & Helena Ryge
Handledare:	Helen Elden
Examinator	Åsa Premberg

---

## SAMMANFATTNING

Sjuksköterskan ska främja en god omvårdad och hälsa. Med detta kommer även ett ansvar att behandla personer med olika bakgrund på ett jämlikt sätt. Det finns forskning som tyder på att socioekonomiska faktorer påverkar den vård olika personer får och med det påverkas hälsan. Syftet med denna uppsats var att beskriva hur sjuksköterskan kan gå till väga för att motverka ojämlikheter i hälsa. Metoden som valdes en litteraturöversikt med metasyntes, då ambitionen var att söka den forskning som fanns inom valt problemområde och se vad det kunde resultera i för att hjälpa sjuksköterskan i hans arbete för en jämlik vård och hälsa. De valda sökorden kombinerades i olika utföranden och användes ibland med trunkering för att bredda sökningarna. De resultat som framkom ur de granskade studierna har delats in i sex teman vilka är följande: *erkännande av ojämlikheter, sjuksköterskans utbildning, kommunikation, sjuksköterskans ansvar och påverkan i samhället, kunskap om sin maktposition och utnyttjande av vården*. De sex temana behandlade olika perspektiv vad gäller ojämlikheter relaterat till låg socioekonomisk status. Slutsatsen i denna uppsats kan sammanfattas med att vikten av medvetenhet kring ojämlikheter inte bör förringas och att det är det första steget i riktningen för att motverka ojämlikheter i hälsa.

<b>INNEHÅLL</b>	<b>Sid</b>
<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>INLEDNING</b>	1
<b>BAKGRUND</b>	1
Skillnader i hälsa	1
Orsaker till ojämlik hälsa	2
Skillnader i utnyttjande av vård	3
Health literacy	3
Skillnader i behandlingar	3
Begreppsdefinitioner	3
Hälsa	3
Klass och socioekonomisk status	4
Etnicitet	4
Intersektionalitet	5
Teoretisk referensram	5
Sjuksköterskans roll	5
Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor	5
Madeleine Leiningers omvårdnadsteori	5
Kulturell kompetens	6
Problemformulering	6
<b>SYFTE</b>	<b>7</b>
<b>METOD</b>	<b>7</b>
Databaserna	7
Sökord	7
Avgränsningar	7
Inklusionskriterier	8
Exklusionskriterier	8
Sekundärsökning	8
Urval	8
Analys	8
Teman	8
<b>RESULTAT</b>	<b>9</b>
Erkännande av skillnader i hälsa relaterat till socioekonomisk status	9
Kulturell kompetens inverkar	10
Anpassad kommunikation	11
Sjuksköterskans ansvar och påverkan i samhället	12
Sjuksköterskans kunskap om sin maktposition	13
Utnyttjande av vård	14
Socioekonomisk status och hälsoval	14
<b>DISKUSSION</b>	<b>15</b>
<b>METODDISKUSSION</b>	15
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	18
Implikationer i omvårdnaden	22
Slutsats	23

## **REFERENSER**

24

### **Bilagor**

Bilaga 1 Söktabell

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Tematabell

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Enligt Förenta Nationernas deklaration om mänskliga rättigheter har alla människor samma rätt till lika bra vård, oavsett var du befinner dig, var du kommer ifrån, vilket kön du fötts med, hur gammal du är eller hur mycket pengar du har på banken. International Council of Nurses etiska kod för sjuksköterskor betonar att som sjuksköterska är det ett moraliskt ansvar att se till att omvårdnaden inte på något sätt ska styras av faktorer som ålder, etnicitet, religion, kön, politisk åsikt eller social status, etcetera. Med detta i ryggen verkar det uppenbart att vi som sjuksköterskor ska leva och verka för att minska skillnaderna i vården och därigenom påverka människors hälsa. Dessvärre kan verkligheten se annorlunda ut. Hur god hälsa personen har styrs i alltför stor utsträckning av ålder, kön, social status, klass och etnisk bakgrund. Detta är djupt orättvist och ovärdigt ett land som Sverige, som ofta räknas som ett av de mest jämlika i världen. Det är upprörande, och väcker intresse för vad sjuksköterskor kan göra för att förändra detta.

## BAKGRUND

### **Skillnader i hälsa**

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, gav år 2009 ut kunskapsöversikten *Vård på (o)lika villkor*, skriven av journalisten Adolfo Diaz. I översikten beskrivs ett stort antal skillnader i både hälsa hos och behandling av människor med olika social status. I kunskapsöversikten nämns även en av Socialstyrelsens folkhälsorapporter från år 1987, vilken väckte stor uppmärksamhet. Innan den kom hade det varit mer eller mindre okänt att det fanns stora sociala skillnader i ohälsa i Sverige (Diaz, 2009).

I Folkhälsorapporten från 2005, som också nämns i SKLs kunskapsöversikt, syns viss förbättring i folkhälsan sedan 1987, med bättre överlevnad i flera sjukdomar som tidigare tog många liv, till exempel hjärt-kärlsjukdomar. Däremot har folkhälsan försämrats på en del punkter, däribland psykisk ohälsa och värk. Skillnaderna i hälsa mellan olika grupper har varit kvarstående sedan mätningarna påbörjades, förutom på ett område: övervikt och fetma, där fetma har ökat betydligt mer bland lågutbildade än högutbildade (Diaz, 2009).

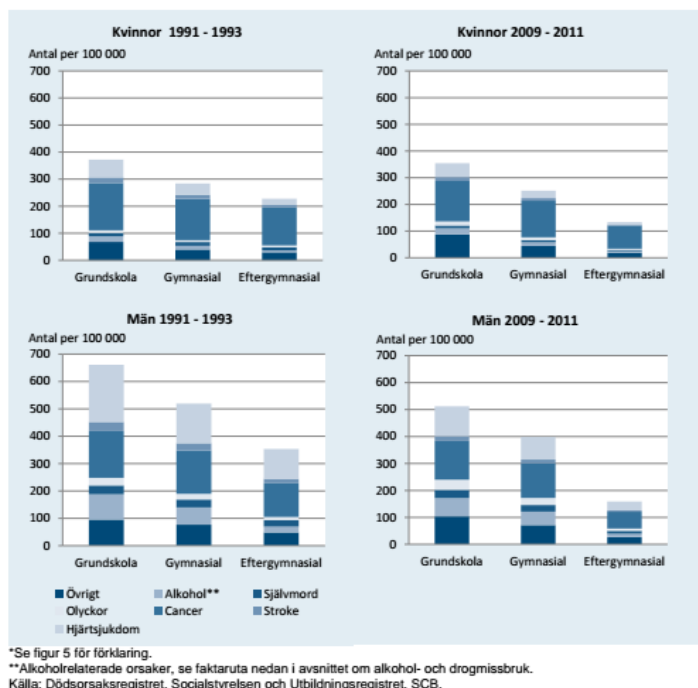
I Folkhälsorapporten från 2013 framgår att trenden håller i sig. Människor med låg utbildning har generellt sämre hälsa än de med hög utbildning - dödligheten i cancer, hjärtsjukdom, stroke, självmord, olyckor och alkoholrelaterade diagnoser är mer än dubbelt så hög (se figur 1) i gruppen 35-64 år med endast förgymnasial utbildning som i motsvarande åldersgrupp med eftergymnasial utbildning. Skillnaden växer dessutom, och har så gjort sedan början av 1990-talet. Människor med låg utbildning drabbas i högre grad av allvarliga sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar och cancer och avlider som följd av olyckor och suicid. De upplever sämre hälsa, och det är vanligare med psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2013).

I SKL:s kunskapsöversikt berättar författaren att statens folkhälsoinstitut har valt International Society for Equity in Healths definition av jämlikhet i hälsa. Den lyder: *“Jämlikhet i hälsa är avsaknad av systematiska och potentiellt påverkbara skillnader i en eller flera av hälsans aspekter som finns mellan olika befolkningar eller befolkningsgrupper, definierade socialt, ekonomiskt, geografiskt eller efter kön”* (2009,

s 17).

Figur 1

**Figur 13. Dödlighet och dödsorsaker efter utbildning i åldern 35–64 år**  
Döda i olika dödsorsaker efter utbildning, genomsnitt för åren 1991–1993 och 2009–2011. Kvinnor och män i åldern 35–64 år, antal per 100 000. Åldersdardiserade tal\*.



(Socialstyrelsen, 2013, s.24)

### Orsaker till ojämlik hälsa

Diaz (2010) skriver att förutom de uppenbara skillnaderna i ålder, kön och genetik finns andra saker som påverkar hälsan. Rökning, alkohol, motion och kost påverkar hälsan i stor utsträckning. I sammanhanget är det viktigt att nämna att trots att livsstil är något man själv väljer, påverkas man i hög grad av levnadsvillkor, omgivning, arbetssituation och boendeförhållanden. Arbete är oerhört viktigt, då det ger ekonomiska och sociala förutsättningar för en god hälsa, och förhållandet är det omvända vid avsaknad av arbete, vilket utgör en risk för försämrade hälsa.

Social utsatthet leder till sämre hälsa. En person med låg utbildning har svårare att skaffa arbete, dessutom är valmöjligheten till möjliga arbeten begränsad. Det går inte att styra vare sig lön eller övriga anställningsvillkor. Det går inte att påverka hur vardagen ska se ut, hur ledig tid ska tillbringas och vilken mat som ställs på bordet. Den stress och oro som detta skapar påverkar ofta hälsan negativt. Det är sannolikt att någon som växer upp i en socialt utsatt familj för mönstret vidare och riskerar därmed själv hamna i en socialt utsatt position. Dessa individer är dubbelt drabbade - de utsätts för den stress det innebär att uppleva att de inte kan kontrollera sina levnadsomständigheter, samtidigt som de är sämre rustade för att möta detta i och med att de har vuxit upp under sådana förhållanden. Risken för ohälsa är därmed mycket högre bland socialt utsatta. Sjukdomar som följer en social gradient kan dessutom medföra att dessa personer har lättare att förlora sitt arbete, vilket ger ytterligare stress (Diaz, 2009).

I Socialstyrelsens Folkhälsorapport från 2013 återkommer samma problematik. Ens

socioekonomiska bakgrund påverkar idag ens utbildningsnivå i större utsträckning än tidigare, vilket påvisas genom att antalet elever i årskurs 9 som är behöriga till gymnasiet är färre idag än de varit under 2000-talet (Socialstyrelsen, 2013).

### **Skillnader i utnyttjande av vård**

I slutet av 1990-talet var andelen tjänstemän som nyttjade öppenvård i förhållande till hälsa högre än andelen arbetare. I slutenvården var det dock tvärtom, människor med låg inkomst hade fler sjukhusvistelser och fler vårdkontakter. Dubbelt så många arbetare avstod från att söka läkarvård trots behov jämfört med i början av 1990-talet. Människor med högre inkomst nyttjade dessutom sina läkarbesök i preventivt syfte. Det är möjligt att människor med låg socioekonomisk status har dålig kunskap om hälsofrågor. Kunskapsöversikten refererar även till Socialstyrelsens lägesrapport från år 2006, som visar att det redan ojämlika utnyttjandet av vården ökar, att människor med högre utbildning nyttjar vården mer än människor med låg utbildning, även fast sjukligheten var högre hos de lågutbildade (Diaz, 2009).

### **Health literacy**

Health literacy är ett begrepp som innefattar hur olika personer förstår hur olika faktorer inverkar på hälsan och risken för sjukdom. Begreppet innefattar även hur en person förstår och nyttjar den hälsoinformation som finns tillgänglig, och hur man orienterar sig i sjukvården, vilket styrker ovanstående. För att tillgodose allas behov behöver sjukvården förhålla sig till patienternas språkkunskaper, hur patienten kan tillgodogöra sig informationen om sin sjukdom, hur dess psykologiska beredskap ser ut och att olika människor kan ha olika tankar om vilka sjukvårdsbehov de har (Diaz, 2010).

### **Skillnader i behandlingar**

Det påvisas i Socialstyrelsens skrift *Vård på lika villkor - hur jämlik är vården?* från 2009 att det finns skillnader i den behandling en person får beror på utbildningsnivå. Lågutbildade får ofta äldre, billigare och sämre läkemedel. Det betonas att människor som lider av schizofreni och har en låg utbildningsnivå dessutom behandlas mindre ändamålsenligt än högutbildade, till exempel med läkemedel som har andra indikationer än schizofreni. Man påvisar också att trots att demens är vanligare i gruppen lågutbildade, är det vanligare att människor med hög utbildning som har demens får läkemedelsbehandling. Skillnaderna förklaras med att det sannolikt beror på att de personer med högre utbildning har bättre förutsättningar att kunna påverka sin behandling, då de förstår och nyttjar tillgänglig hälsoinformation på ett mer adekvat sätt (Socialstyrelsen, 2009).

Det finns en hälso- och sjukvårdslag som reglerar sjukvårdens ansvar för allmänhetens hälsotillstånd. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) betonar att målet är att ge "god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen" (SFS 1982:763).

## **BEGREPPSDEFINITIONER**

### **Hälsa**

När begreppet hälsa ska beskrivas uppstår ett antal problem. Vad som betraktas som hälsa torde vara högst individuellt. World Health Organisations (WHO) definition beskriver ett tillstånd av "fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom eller handikapp". Denna definition har fått mycket kritik, då den anses vara alltför utopisk och beskriver hälsa som ett statistiskt tillstånd.



Socialstyrelsen har valt att dela upp begreppets betydelse i två inriktningar; biomedicinskt, det vill säga frånvaro av sjukdom, och humanistiskt, det vill säga människan i ett sammanhang (Sveriges Kommuner och Landsting, 2009). I denna litteraturöversikt avses SKLs beskrivning av hälsa.

### **Klass och socioekonomisk status**

Innebörden av begreppet klass är väl diskuterat, och vad som avses kan skilja sig beroende på vilken definition man väljer att använda sig av. Karl Marx definierade klasstillhörighet som förhållande till produktionsmedlen. Max Weber bidrog med en vidare definition av klass där graden av kontroll över sina livschanser utgör det centrala i klasstillhörighet, det vill säga att det inte enbart kan beskrivas som ekonomiska förhållanden, utan även sociala och politiska. Möjligheten att påverka sin tillvaro är det avgörande (Oskarsson, 2008).

Mer populärt idag är att använda sig av en socioekonomisk indelning av befolkningen. Statistiska centralbyrån har en vedertagen definition på de grupper som ingår i indelningen:

- arbetare - tjänste- eller varuproducerande facklärd eller icke facklärd.
- tjänstemän - lägre, mellan eller högre tjänstemän, med eller utan underställda, samt tjänstemän med ledande befattningar.
- företagare - fria yrkesutövare med akademisk utbildning, ensamföretagare, mindre eller större företagare, samt mindre eller större lantbrukare.
- ej förvärvsarbetande - studerande, hemarbetande, ålderspensionärer, förtidspensionärer, långvarigt arbetslösa och andra utan arbete, samt
- värnpliktstjänstgörande (Statistiska Centralbyrån, 1982)

Sociala skillnader är ett begrepp som återkommer i litteraturen. Begreppet kan tolkas som skillnader i utbildningsnivå, yrke och inkomst. Eftersom att utbildningsnivå verkar vara en viktig faktor relaterat till socioekonomisk grupp, används utbildningsnivå ofta för att gruppera människor utifrån deras förutsättningar (Diaz, 2010). Begreppet återkommer i många böcker och artiklar om ämnet.

### **Etnicitet**

Diaz (2010) beskriver etnicitet eller födelseland som en klar klassmarkör. Etnicitet är ett begrepp vars innebörd diskuteras, precis som begreppet klass. Är det en kulturell/biologisk tillhörighet eller är det en social konstruktion, eller rent av identifikation? Födelseland används ibland, men det är viktigt att komma ihåg att inom samma land kan det finnas flera grupper med olika etnicitet. Var man kommer ifrån, och hur man kom till Sverige kan ha stor inverkan på hälsan. De människor som har kommit till landet som arbetskraftsinvandrare har, efter ett antal år i landet, i stort samma hälsolivå som sina infödda gelikar, medan de som kommit hit som flyktingar av olika skäl har en betydligt sämre hälsostatus, även efter flera år. Arbetslösheten och fattigdomen är betydligt högre bland invandrargrupper än bland svenskar. Ohälsan bland invandrare beror på flera olika orsaker, såsom lägre tillgång till vård och ett dåligt socialt nätverk, samtidigt som de ofta kommer från områden som är drabbade av krig eller andra allvarliga händelser som kan vara djupt traumatiska, vilket får konsekvenser för hur man mår (Diaz, 2010).

## **Intersektionalitet**

Utgångspunkten ur ett intersektionellt perspektiv är att det finns sociala maktstrukturer som påverkar en människas liv och förutsättningar. Det är faktorer som kön, klass, etnicitet och sexualitet som lägger grunden för dessa villkor. Det innebär att människan i sig alltid ingår i ett sammanhang där hens förutsättningar är definierade efter var hen kommer ifrån (Uhlin & Pelling, 2010). Nationalencyklopedin beskriver begreppet på följande sätt: intersektionalitet är ett samhällsvetenskapligt begrepp som syftar till att synliggöra specifika situationer av förtryck som skapas i skärningspunkter för maktrelationer baserade på ras, kön och klass (Nationalencyklopedin).

## **TEORETISK REFERENSRAM**

### **Sjuksköterskans roll**

ICN's etiska kod för sjuksköterskor beskriver flera punkter som är viktiga för arbetet. Till exempel att sjuksköterskan delar ansvar med samhället för att initiera och stödja åtgärder som tillgodoser, i synnerhet svaga befolkningsgruppers hälsa och sociala behov. Vidare står det att sjuksköterskan ska verka för en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattning hos individ, familj och samhälle respekteras. De uppmanas även till att kontinuerligt vidareutbilda sig i etiska frågor (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

### **Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor**

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska framgår det vad som förväntas av en sjuksköterska verksam i Sverige. Sjuksköterskan har bland annat ett ansvar att tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov. Detta gäller både fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga behov. Sjuksköterskan ska dessutom ha förmåga att bland annat kommunicera med patienter på ett lyhört sätt, ge stöd för optimal delaktighet, informera, och uppmärksamma patienter som inte själva uttrycker informationsbehov. Sjuksköterskans ska även kunna förvissa sig om att patienten förstår given information, identifiera patientens resurser och stödja patienten att främja sin hälsa. Dessutom har sjuksköterskan ett ansvar att självständigt analysera styrkor och svagheter i sin professionella kompetens, samt fortlöpande engagera sig i personlig och professionell kompetensutveckling (Socialstyrelsen, 2005).

### **Madeleine Leiningers omvårdnadsteori**

Madeleine Leininger (1925-2012), amerikansk omvårdnadsteoretiker, sjuksköterska och antropolog hade en teori om att hälso- och sjukvårdspersonal måste anpassa sig för att lära sig både sin egen och andra kulturer och att ta ett kulturellt ansvar i sitt arbete och kunna ge en jämlik omvårdnad. Inom sjukvården rör sig både patienter och kollegor från andra kulturer. Hon menade att sjuksköterskan måste skaffa sig kunskaper om olika kulturer, hur människor lever i dem, för att inte bli fördomsfull och behandla människor på ett ojämnt sätt. Risken är annars att sjuksköterskan blir etnocentrisk och utgår från sin egen världsbild i mötet med andra människor. Sjuksköterskan kan då inte se bortom egna kulturen, eftersom den blir norm, och ger färdiga lösningar på problem. Dessa lösningar kan vara svåra för människor från andra kulturer att förstå. Enligt Leininger behöver sjuksköterskan vara medveten om hur den egna kulturen färgar synen på omvårdnad och hälsa. Hon påpekade vikten av att utveckla kulturell kompetens för att kunna vara professionell och ge en jämlik omvårdnad. Hon skrev att människan är en kulturell varelse, som inte kan förstås utanför sitt kulturella sammanhang (Masters, 2012; Wiklund Gustin & Lindvall, 2012).

Leininger ansåg även att begreppet miljömässigt sammanhang var användbart i omvårdnaden, då sjuksköterskan bör beakta de händelser, situationer och erfarenheter som finns i alla människor sociokulturella, andliga, fysiska och geografiska omgivning. Det präglar hur människor uttrycker och tolkar sin tillvaro i relation till andra. Enligt Leininger är hälsa inte något som innehåses, utan något utövas i enlighet med de värden som kulturen innefattar. Det är därför viktigt att sjuksköterskan lyssnar på patienten, och förstår vad patienten upplever som hälsa. Omvårdnaden behöver alltså rikta sig mot att hjälpa, stödja och underlätta för patienten genom att ta hänsyn till kulturella värden, uppfattningar och livsstil (Masters, 2012; Wiklund Gustin & Lindvall, 2012).

### **Kulturell kompetens**

Enligt Wiking (2012) innebär kulturell kompetens att inneha en förmåga att uppfatta olika patienters preferenser och mål för att förbättra jämlikhet och minska skillnader. Detta innebär i praktiken att vården blir mer patientcentrerad på en interpersonell nivå, såväl som på systemnivå.

Jirwe, Momeni och Emami (2014) betonar att ha kulturell kompetens är avgörande för att en sjuksköterska ska kunna ta hänsyn till och förstå patienten utifrån dennes kulturella bakgrund, genus, socioekonomiska bakgrund, kön, sexuella läggning, fysiska olikheter, livserfarenheten, utbildningsnivå och personlighet. Författarna betonar vikten av att sjuksköterskan känner till sin egen kulturella bakgrund, sina värderingar och övertygelser, vanor och traditioner. Sjuksköterskan bör känna till hur detta har format hen och hur djupt rotat det är. Utan denna insikt är det osannolikt att sjuksköterskan kan värdesätta, förstå och ta hänsyn till kulturella skillnader. Sjuksköterskan bör även kunna se sina egna fördomar, och se risken för att diskriminera någon på grund av kulturella skillnader. Att ha kännedom om sig själv, och skaffa sig kännedom om patienten är mycket viktigt. Detta utgör grunden i en kulturell medvetenhet. Är sjuksköterskan kulturellt medveten kan hen motverka att fördomarna påverkar patienten på ett negativt sätt. Att göra en kulturell bedömning på patienten är viktigt, inte bara för patienter med utländsk bakgrund, utan alla patienter. Detta för att kunna tillgodogöra sig kunskap om hur patienten hanterar egenvård, hur patienten ser på sjukdom och hälsa, och sjukvård, hur patienten har det med sociala relationer, ekonomi, yrke, familj etcetera. Sjuksköterskan bör även tillgodose en adekvat kommunikation med patienten, då en bristande kommunikation kan vara ett hinder för att uppnå en god vårdrelation. Ett exempel kan vara att använda språktolk eller teckentolk, men det gäller också att vara medveten om att även om man har samma språk är det inte säkert att kommunikationen löper problemfritt. Det är lätt att göra generaliseringar och dra egna slutsatser, vilket kan göra att man inte lyssnar, vilket inte är bra för vårdrelationen. Att beakta ovan nämnda risker kan ge en sjuksköterska kulturell kompetens.

### **PROBLEMFORMULERING**

Tidigare forskning visar att det finns stora skillnader i hälsa relaterat till socioekonomisk status. Det finns dock begränsat med litteratur om vad en sjuksköterska kan göra för att motverka dessa skillnader. I synnerhet verkar det saknas svensk litteratur om detta, vilket kan leda till att sjuksköterskor som arbetar i Sverige inte blir uppmärksam på att problemet finns och således inte heller gör något för att motverka det. Som nämnt i bakgrunden ingår det i sjuksköterskors kompetensbeskrivning att motverka ohälsa, och detta torde gälla alla samhällsgrupper.

## **SYFTE**

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva på vilka sätt sjuksköterskan kan motverka ojämlikheter i hälsa relaterat till låg socioekonomisk status.

## **METOD**

Med stöd i Friberg (2012) och Willman & Stoltz (2012), valdes en litteraturöversikt med metasyntes, då ambitionen var att söka den forskning som finns inom valt problemområde och se vad det kunde resultera i för att hjälpa sjuksköterskan i henns arbete för en jämlik vård och hälsa.

## **DATABASER**

Sökningarna gjordes i databaserna Cinahl, Scopus och Pubmed. Cinahl är en databas för sökning av litteratur som handlar om omvårdnad och hälsa. Scopus användes för att det är en stor citeringsdatabas, som förutom medicinska inslag har inslag av sociologi och psykologi, och tanken var att bredda sökningen. Pubmed användes för att ytterligare öka bredden i sökningen, då sökord kan ge olika resultat i olika databaser.

## **SÖKORD**

De sökord som valdes inledningsvis var social classes AND nurs\*, men förstnämnda valdes bort då detta inte gav tillräckligt med eller relevanta träffar. I nästa steg användes sökordet inequ\* i förhoppning om att få med träffar som berörde både inequities och inequalities, detta kombinerades med sökordet med nurs\* och care för att få med sjuksköterskeprofessionen och ett omvårdnadsperspektiv. Kombinationen av dessa sökord var mer fruktsam än tidigare, men gav inte riktigt tillräckligt med material vilket innebar att sökningarna fortsatte. Health inequ\* användes för att försöka få ett hälsoperspektiv på de ojämlikheter som söktes i artiklarna. Som föreslaget i Friberg (2012) inleddes sökningarna med att leta efter lämpliga sökord i MeSH och Cinahl Headings. Detta resulterade inte i några lämpliga sökord. Vissa av artiklarna hade keywords som kunde användas som sökord, därifrån kom sökorden health disparities, social justice, social determinants of health, vilka sedan präglade vissa sökningar. Sökordet socioeconomic användes i olika varianter som "socioeconomic", socio-economic eller genom boolesk sökning socioeconomic OR socio-economic.

## **AVGRÄNSNINGAR**

I samtliga sökningar i Cinahl valdes avgränsningarna peer reviewed och research article. I de flesta sökningar användes även English, eftersom det emellanåt dök upp artiklar på till exempel tyska och portugisiska. Tidsavgränsningarna sattes till 2005-2014, då relativt nya studier inom ämnet önskades. I en sökning testades om det gick att få en högre träffsäkerhet genom att lägga till avgränsningarna qualitative-best balance och abstract available, i en annan sökning testades tilläggen qualitative: high specificity, best balance och high sensitivity. I Pubmed användes både fem och tio år som tidsavgränsning. Vid något tillfälle användes ytterligare avgränsningar i form av abstract och full text available, för att undvika de artiklar som inte fanns tillgängliga. I Scopus finns många föreslagna avgränsningar, vilket gör det lätt för användaren att hitta rätt. Där användes tidsavgränsningarna 2000-2014, 2005-2014 och 2010-2014. Övriga avgränsningar som användes var nursing, health professions, English, socioeconomic factors och article i olika variationer.

I de flesta sökningarna valdes tidsbegränsningen 2005-2014, då så nya artiklar som möjligt önskades. Vid några tillfällen breddades tidsspannet för sökningen, då

hälsoskillnader inte är något som skiftar med hög hastighet, utan tar lång tid att förändra (Diaz, 2009). Därför är det inte lika viktigt att endast inkludera den absolut senaste forskningen.

*Inklusionskriterier:*

Ojämligheter i hälsa  
Skriven på engelska  
Tillgänglig artikel online  
Forskningsartikel  
“Sjuksköterskefokus”  
Socioekonomiska faktorer

*Exklusionskriterier:*

Diskriminering pga. sexuell läggning/HBTQ  
Gynekologisk hälsa  
Mental hälsa  
Inlärningssvårigheter  
Översiktsartiklar  
Könskillnader

## **SEKUNDÄRSÖKNINGAR**

När vi hittade artiklar som vi fann intressanta ägnade vi en stund åt deras referenslistor, för att se om de kunde ge oss ytterligare litteratur av intresse. Dessvärre hittade vi inga passande artiklar på denna väg.

## **URVAL**

Vi började med att läsa de abstrakt som föreföll relevanta med tanke på artiklarnas titel. Om abstraktet var relevant gick vi vidare med att läsa hela artiklarna. De vetenskapliga artiklar som passade syftet, och som var forskningsartiklar valdes ut för vidare genomgång.

## **ANALYS**

Med hjälp av Friberg (2012) analyserades artiklarnas kvalitet och vetenskaplighet. Den granskningsmall som finns i boken följdes. I detta skede sorterades ytterligare artiklar bort, då de visade på vissa brister enligt analysmallen. När 15 artiklar som föreföll passa syftet hittats lästes de igenom en andra gång, mer noggrant och en andra bedömning gjordes på de som var svårbedömda. Detta för att det inte framgick alltid, ens i abstrakten, om studien var relevant för syftet eller ej. Både titel och abstrakt visade sig kunna vara missvisande. Av dessa 15 artiklar valdes elva till att utgöra resultatet. Dessa studier sammanfattades för att få en överblick över metod och resultat.

## **TEMAN**

För att skapa teman användes instruktionerna i Friberg (2012). Sammanfattningarna användes för att finna de teman som skulle utgöra basen för resultatet. Utifrån sammanfattningarna jämfördes likheter och skillnader från de olika studiernas resultat, vilka dokumenterades i en sammanställning. Utifrån detta kunde likheterna ses tydligare och kategoriseras. Några direkta skillnader i studiernas resultat kunde inte ses. Därefter hittades de gemensamma nämnarna, skapades teman och påbörjades resultatet (se bilaga 3).

## RESULTAT

Det framkom fem teman ur analysen vilka behandlade olika perspektiv vad gäller ojämlikheter relaterat till låg socioekonomisk status. Det första temat, *erkännande av ojämlikheter i hälsa relaterat till låg socioekonomisk status* behandlar vikten av att sjuksköterskan faktiskt inser att det finns skillnader och att det är första steget på vägen mot en mer jämlik hälsa. Vidare framkom temat *kommunikation* där svårigheter upplevda av både sjuksköterskor och andra informanter beskrivs som hinder till jämlikhet. *Sjuksköterskans ansvar och påverkan på samhället* var nästa tema där det framkom att det finns möjligheter och ansvar för sjuksköterskan att påverka ojämlikheter utanför arbetet, till exempel genom politiskt engagemang. Ytterligare tema som dök upp var *sjuksköterskans kunskap om sin maktposition* där vikten av att ha kunskap kring maktstrukturer och deras inverkan på människan är grundläggande för att kunna ge en kompetent och god vård framkom. Det sista temat var *utnyttjande av vården*, där det påvisades att det finns olika mönster i hur personer med låg socioekonomisk status använder hälso- och sjukvården vilket skiljer sig från hur personer med högre socioekonomisk status utnyttjar vården.

### **Erkännande av skillnader i hälsa relaterat till socioekonomisk status**

I flera studier (Aranda, 2005; Peckover et al., 2007) tog några av deltagarna upp saker som antydde att de hotade den jämlika vården för att de var aktivt inblandade i att vidmakthålla förtryckande vård eller diskriminerande metoder och förstärka ojämlikheter. Några höll med om detta direkt, medan de allra flesta slog det ifrån sig.

*I don't discriminate against people because they're black or because they're male, I don't think many people in health visiting do* (Aranda, 2005, s. 135).

*I haven't found discrimination against ethnic minorities in this area* (Peckover et al., 2007, s. 380).

En deltagare menade att de allra flesta visst diskriminerade, och erkände att hon själv inte gillade vissa patienter. De patienterna fick mindre tid med henne och hon gjorde bara det hon måste (Aranda, 2005).

Flera studier tar upp att det är viktigt att sjuksköterskor får en medvetenhet och ett erkännande av skillnader i hälsa. Detta för att kunna skapa en jämlikhetsorienterad vård genom att arbeta med att uttryckligen erkänna de sociala faktorer som utgör grunden för hälsa som legitima och göra detta till rutin för sjuksköterskor inom vården (Aranda, 2005; Falk-Rafael & Baker, 2012; Gage, 2010; Van Herk, Smith & Andrew, 2010; Williamson & Drummond, 2000). I studien av Aranda (2005) tar en sjuksköterska upp att hon är medveten om sina fördomar, men att hon är vaksam på att de inte inkräktar på den vård hon ger.

*Two people who've got the same health problem and health need I think it shouldn't be on what class you are, what culture, what sexuality, what gender you are; it should be on the actual health need it should be based on* (Aranda, 2005, s. 134).

*Equal service to everybody. Everybody's needs should be met. Uniform service nothing personalised to the individual* (Almond et al., 2011, s. 2358).

*[My] thinking about social justice has evolved as I have matured in my practice... [W]hen I thought about social justice as a new practitioner, I was thinking in terms of individual families or individuals and now my perspective is more at a systems level of social justice or population perspective (Falk-Rafael et al., 2012, s.104).*

I studien av Aranda (2005) tyckte deltagarna att främja tillgång till vård sågs som ett första steg för att uppnå jämlikhet och rättvisa. Några kunde se att etnicitet och klass skapade oacceptabla ojämlikheter. De menade att sjuksköterskan skulle bestrida orättvisor istället för att alltid acceptera dessa som oundvikliga inslag i praktiken. Andra diskuterade dilemmat i att patienter med liknande behov får olika behandling.

*...Perhaps we don't promote our services enough to the ethnic population. I think it's possibly that they don't know that we exist and that the services are there for them as well...(Peckover et al., 2007, s. 381).*

Studien av Peckover et al. (2007), där distriktsköterskor intervjuas om sina upplevelser av diskriminering och ojämlikhet, visar på att det finns ojämlikheter i deras verksamhet i åtkomst av vård. Där menade deltagarna nämligen att trots att deras verksamhet låg i ett område med hög diversitet av invånare, var majoriteten av deras patientgrupp homogen. Studien påvisade att sköterskorna inte var kritiska till tillgängligheten till deras verksamhet, trots att det uppenbarligen var en ojämn fördelning av patienter. När sjuksköterskorna reflekterade själva antog de att personerna inte kände till att de fanns eller att sjuksköterskorna inte nådde ut på önskvärdt sätt (Peckover et al., 2007).

En deltagare i studien av Falk-Rafael et al. (2012) menar att en sjuksköterska inte kan vara trovärdig utan att vara insatt i hur folk har det i verkligheten:

*I don't think that you can be a credible advocate for the health of a population without being pretty well grounded in the day-to-day realities of people (Falk-Rafael et al., 2012, s.106).*

### ***Kulturell kompetens inverkar***

Ibland uppstår kulturella eller språkliga barriärer mellan vårdpersonal och patient. I studien av Averill (2002) uttryckte patienter med latinamerikansk bakgrund att vårdgivare inte förstod eller inte lyssnade på dem. Det framkom i studien att flera av deltagarna (både vårdgivare och äldre) ansåg att det behövs mer kulturell kompetens bland vårdgivare i området (Averill, 2002). Konceptet kulturell säkerhet utvecklades som ett sätt att ta oss bortom de färdigheter, kunskap och attityder sjuksköterskor har när det gäller kulturell kompetens. Detta för att hjälpa sjuksköterskor att bli mer handlingsbenägna för att motverka de ojämlika maktförhållanden som ligger bakom rasism och diskriminering (Van Herk et al., 2011).

*I feel that I don't understand the culture and how emotion is dealt with. I feel I'm imposing English standards on their cultural experiences. I think it is about training, education you know looking at adapting what we do to suit Bangladeshi mums' needs (Almond et al., 2011, s. 2357).*

Citatet visar på att sjuksköterskorna i studien upplever att vården de ger till människor av annan kulturell bakgrund inte är anpassad efter individens behov. Sjuksköterskorna ansåg att de behöver mer utbildning för att kunna ge en god vård till alla patienter

(Almond et al., 2011).

I studien av Van Herk et al. (2011) betonas att som sjuksköterska är det viktigt att förstå den komplexitet som gruppvärderingar och erfarenheter kopplat befolkningsgruppens historia, för att på så sätt kunna utföra sitt arbete på kulturkompetent men även patientcentrerat sätt. I studien talar deltagarna om vikten av att sjuksköterskor bekräftar deras identitet, samtidigt som de känner till deras historia och i vilken miljö de lever för att kunna ge adekvat vård och stöd genom att de arbetar jämsides med patienterna.

### **Anpassad kommunikation**

Flera av studierna (Almond et al., 2011; Williamson et al., 2000) visade att deltagare med låg socioekonomisk status var mindre benägna att söka information om exempelvis behandlingar, extra resurser, bidrag och så vidare. Sjuksköterskorna i studierna var noggranna med att hela tiden fråga patienterna om de förstod vad de menade, så att de kunde anpassa informationen de ville förmedla. Studierna visar på vikten av att sjuksköterskan anpassar informationen till individen, och ser till att hälsoinformation finns tillgänglig för alla, för att på så sätt uppnå ett bra samspel mellan vårdpersonal och patient, och i vissa fall få dem att gå med på behandlingar eller andra insatser.

*Because she has really tried consulting (Bengali women) and she's told them about the group. I think she's really involved them in the set up of the group because you know she was making a leaflet and she said if we said postnatal depression would you understand it or do we need to word it differently (Almond et al., 2011, s. 2358).*

I studien av Gage (2010) sågs ett tydligt samband mellan högst uppnådda utbildningsnivå och hur effektiv och ändamålsenlig kommunikation patienter och vårdpersonal hade. De högutbildade deltagarna ansåg att de hade en god förmåga att förstå diagnoser och behandlingsalternativ och kunde kommunicera bra med läkarna. De hade dessutom åtminstone en person i sin närhet som kunde hjälpa dem få tillgång till mer information. Deltagare med låg utbildningsnivå hade svårt att förstå diagnoser och behandlingsalternativ. De flesta hade inte några band till någon med akademisk eller medicinsk bakgrund. Dessa deltagare fick sin information från bland annat sjuksköterskor och internet. Deltagare med låg utbildningsnivå uttryckte att de hade betydligt lättare att kommunicera med sjuksköterskor än med läkare, då sjuksköterskorna anpassade språket efter patienten. Den tid för samtal deltagarna med låg socioekonomisk status hade med sjukvårdspersonalen gick ofta till att tala om hur de skulle klara av ekonomiska svårigheter, istället för att tala om patienternas sjukdom. Det beteendet observerades bara en gång med deltagare med hög socioekonomisk status (Gage, 2010). Ytterligare en aspekt är hur patienter kan uppleva maktlöshet och frustration när kommunikationen brister (Saarnio et al., 2011).

I studien av Williamson et al. (2000) beskriver deltagarna hur de vill att hälso- och sjukvårdspersonal ska bemöta dem. De kände sig respekterade när personalen kände till deras namn, gav dem begripliga förklaringar och beskrivningar på diagnoser och behandlingar, visade att de verkligen brydde sig om dem och följde upp patienterna efteråt.

Det framkommer ytterligare en aspekt av kommunikationsperspektivet ur flera studier och det karaktäriseras av kommunikationsbrister relaterade till språkbarriärer. Mer specifikt tar studierna upp problematiken rörande tolkanvändning i vårdmötet.



Deltagarna upplever att användandet av tolk är bristfälligt. Studierna rapporterar att trots att det finns ett stort behov av tolk, används det inte tillräckligt mycket (Almond et al., 2011; Averill, 2002; Peckover et al., 2007). Följande citat beskriver ovan nämnda problematik:

*We don't use link workers [tolk, förf anm.] very much, I have got to say. Generally, we have found that we go to patients, and even if we can't speak the language, we find that generally there is someone in the house that can speak the language, or somewhere down the road. Or children. I know there was a feeling years ago that you shouldn't, or it wasn't polite, to let the children interpret for you. But mostly the children are pushed themselves forward to interpret for you. Or they will ring somebody up, and they say to talk to my cousin or something. So generally, I don't know, we do just seem to get by without. It is quite rare that we do use link workers (Peckover et al., 2007, s. 382).*

*I think often they don't need an interpreter if the husband or partner is there, otherwise it makes it difficult because you've got to organise it (Almond et al., 2011, s. 2358).*

Att använda andra familjemedlemmar som tolk sågs som ett problem när sjuksköterskorna ville tala fritt med patienterna:

*And you just can't get the mother on her own to ask her frankly things you know she's in the presence of somebody who perhaps she wouldn't feel free and easy with. My Bangladeshi lady's husband insisted on doing the interpreting... (Almond et al., 2011, s. 2358).*

Patienterna som deltog i studien uttryckte att det var bättre när tolk användes, eftersom de då upplevde att de kunde tala öppet och ärligt (Almond et al., 2011).

### **Sjuksköterskans ansvar och påverkan i samhället**

*I believe it would be unethical for me to keep pulling bodies out of the river without trying to fix the bridge... You can't care for poor people without understanding that you have to work for social justice (Falk-Rafael et al., 2012, s.103).*

I flera av studierna påvisas sjuksköterskans möjligheter och ansvar att försöka påverka ojämlikheter i samhället som bidrar till sämre hälsa (Averill, 2002; Falk-Rafael et al., 2012; Williamson et al., 2000).

Deltagarna i studien av Aranda (2005) uttryckte att eftersom de har en hängivenhet och personligt ansvar gentemot patientens, är det också deras ansvar att utveckla och upprätthålla en rättvis hälso- och sjukvård.

I studien av Falk-Rafael et al. (2012) påvisas också vikten av ett engagemang hos sjuksköterskan att röra sig utanför arbetsplatsen för att förespråka förbättringar och påverka samhällsliga strukturer. Sjuksköterskorna i studien menar att de känner ett etiskt ansvar att försöka påverka de bakomliggande orsakerna till de ojämlikheter de bevittnar genom sitt arbete. Sjuksköterskorna i studien menar även att de orättvisor de möter är en motivation till att engagera sig. En sjuksköterska uttalar sig om det ansvar hon har att arbeta för förändring. Hon menar att det vore oetiskt av henne att inte se de övergripande problemen och försöka motverka dem, att bara träffa patienter en och en

och inte engagera sig är att vara delaktig i de mekanismer som skapar orättvisor.

*You know, you read about it – the poverty, the homelessness, the abuse. Until I was faced with it, face-to-face, and [saw] how ill and the lack of services that people have....I don't think I really realized the impact on health. And so, we continue to advocate where we can on a one-to-one basis with [specific community agencies]....But it's very difficult* (Falk-Rafael et al., 2012, s. 104).

I studien berättar sjuksköterskorna om hur de engagerar sig utanför arbetsplatsen, till exempel genom att tillsammans med stadsplanerarna utforma boendemiljöer som främjar hälsa, med bra gångstigar och med gångavstånd till mataffärer och andra offentliga inrättningar. Andra sjuksköterskor arbetar med att påverka skolstyrelser för att till exempel se till att godisautomaterna på skolorna ska innehålla nyttiga alternativ. Andra engagerar sig genom att skriva brev, organisera protester och sitta med olika kommittéer för att kunna påverka rådande politiska strukturer. De försöker påverka politiker på alla nivåer; lokala, regionala och nationella, för att samhällsresurserna ska fördelas på ett sätt som gynnar en jämlik hälsa, och lika möjligheter för alla att uppnå hälsa. De är deras fasta övertygelse att de har en unik förmåga att vittna om den verklighet som deras patienter lever i, vilket ger dem trovärdighet i den politiska arenan. Deras engagemang ger dem även ökad trovärdighet hos patienterna (Falk-Rafael et al., 2012).

### **Sjuksköterskans kunskap om sin maktposition**

*Without recognizing the narrow lens through which our personal social location affords our view of the world, we miss the opportunity of engaging with people in a real, genuine way and of furthering our profession as the caring, dedicated individuals we pride ourselves on being* (Van Herk et al., 2010, s.38).

Citatet ovan illustrerar det intressanta perspektiv på sjuksköterskans hälsofrämjande arbete som förespråkas av flera av studierna. Enligt Van Herk et al. (2010) är det viktigt att som sjuksköterska ha insikt om att det sätt på vilket vi betraktar verkligheten är färgat av vår bakgrund och våra erfarenheter, vilket innebär att det åligger sjuksköterskor ett visst ansvar att utveckla och bredda perspektiven i relation till patienterna. Flera studier (Gage, 2010; Saarnio et al., 2011; Van Herk et al., 2010, 2011) påvisar vikten av att som sjuksköterska ha kunskap kring maktstrukturer och deras inverkan på människan är grundläggande för att kunna ge en kompetent och god vård, för att på så sätt främja jämlikhet i hälsa. Det krävs att sjuksköterskan ser människor och deras hälsa förenat med deras sociala position och materiella villkor. Vidare diskuteras patienters lidande i förhållande till maktrelationer i studien av Saarnio et al. (2011). Där påvisar de att patienter som kommer från socialt utsatta grupper upplever ett större lidande än patienter från högre social status. Patienterna uttryckte särskilt att de ibland kände sig underordnade jämfört med sjukvårdspersonalen, vilket ledde till mer lidande.

I studien av Van Herk et al. (2010) beskrivs hur en gravid kvinna från en minoritetsgrupp från en liten stad söker vård i storstaden. Hon känner sig isolerad och ensam, hon har dåligt med pengar och svårt att skaffa tillräckligt med mat. Det personalen på hälsokliniken hon besöker koncentrerar sig på är att kvinnan inte har haft någon form av mödravård. Kvinnan klarar inte hävda sitt behov till en mer övergripande

vård. Kvinnan känner sig inte bekväm med situationen där den vita personalen, ofta med bakgrund i medelklass, ger henne vård som inte tar hänsyn till alla aspekter av hennes identitet, och hon slutar söka vård på hälsokliniken. Således tappar personalen bort henne, och kan inte längre följa hennes graviditet.

### **Utnyttjande av vård**

Gage (2010) skriver att många insatser som riktar sig mot att minska hälsoskillnader relaterade till socioekonomisk status fokuserar på att öka tillgången till vård. I studien påvisas att tre övergripande områden inom socioekonomisk status (ekonomi, utbildning, arbetssituation) hade avgörande följder för hur föräldrar till cancersjuka barn betedde sig i kontakt med sjukvården. Det finns en komplexitet bakom hälsoskillnader, ty även när människor med hög och låg socioekonomisk status har tillgång till samma vård, utnyttjar de den på olika sätt. I studien såg man att olika vårdsökarmönster relaterade till socioekonomisk status, kan spela en viktig roll i sammanlänkningen mellan socioekonomisk status och, i det här fallet, cancerutfall. Studien påvisar även att sjuksköterskan spelar en stor roll för de föräldrarna med låg inkomst som informatör när det kommer till behandlingsalternativ och vilka instanser de ska vända sig till (Gage, 2010).

### ***Socioekonomisk status och hälsoval***

Som flera av studierna till (Averill, 2002; Chircop, 2012; Williamson et al., 2000) påvisar kan man se direkta hälsorelaterade konsekvenser av en lägre socioekonomisk situation. I studien av Williamson et al. (2000), var deltagarna väl medvetna om hur deras eget beteende och omgivningen påverkade deras barns hälsa. Däremot brast deras kunskaper i vilka faktorer som definierar hälsa och hur de är relaterade till varandra. Deltagarna saknade även kunskap om vilka lämpliga instanser och myndigheter de behöver uppsöka men även information om vilka bistånd och hjälpmedel de skulle kunna få. Deltagarna uttryckte också att de inte riktigt förstod syftet med sjukvården i annat än behandlande syfte, det vill säga att de kunde inte se någon poäng med förebyggande vård (Williamson et al., 2000). Detta stämmer även överens med studien av Averill (2002) där deltagarnas syn på hälsa beskrivs som avsaknaden av behandlingsbehov. En medvetenhet om dessa olika förutsättningar är viktigt för sjuksköterskan, då det ger hen en helhetsbild över en persons situation.

I studien av Falk-Rafael et al. (2012) berättar en sjuksköterska om hur hen och hens kollegor ser till att människor med låg socioekonomisk status får extra pengar från socialtjänsten genom att bistå med all nödvändig dokumentation, så att de kan köpa mer och hälsosam mat, då de kan se att deras socioekonomiska status påverkar deras hälsa. Sjuksköterskornas insatser ger patienterna flera tusen dollar extra varje månad. Sjuksköterskan säger:

*I have to say, it's probably one of the most important thing I've done as a nurse in my career* (Falk-Rafael et al., 2012, s. 105).

Denna insats ifrågasätts emellanåt av andra kollegor, som menar att det är oetiskt att se till att dessa människor får extra pengar, men sjuksköterskorna i studien försvarar sig med att tala om att det vore oetiskt att inte göra det, eftersom det är den enda åtgärden de har tillgänglig för att rädda människors liv, och det är genom att öka deras inkomst (Falk-Rafael et al., 2012).

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

#### **Sökord**

Inledningsvis var det problematiskt att hitta adekvata sökord och använda dessa i rätt kombination för att finna studier som svarade på syftet. Att använda MeSH visade sig inte fungera för vad vi ville studera då föreslagna söktermer resulterade i träffar i helt fel forskningsområden. Även Cinahl Headings var problematiskt, då föreslagna sökord kunde leda till att det inte blev några träffar alls i sökningarna. Sökorden fick växa fram med texterna som lästes, bland annat genom studiernas "keywords". Om keywords hade använts i sökorden tidigare, hade lika många sökningar sannolikt inte behöva göras. Det var svårt att få relevanta träffar vid varje sökning. Vissa sökord dök upp som keywords i en del studier som inte hade med denna studies syfte att göra. Det är oklart om träffsäkerheten hade förbättrats med andra sökord. Samma artiklar hittades dock i flera sökningar, vilket tyder på att sökorden i slutändan var relevanta.

#### **Urval**

De inklusionskriterier som användes syftade till att finna och inkludera artiklar som passade syftet, och handla om sjuksköterskans roll i arbetet mot ojämlikheter i hälsa. Inklusionskriterierna var relativt snävt satta, vilket begränsade urvalet av artiklar. Detta kan ha lett till att artiklar som var relevanta för syftet missades, men det är mer sannolikt att urvalet hade blivit för brett om kriterierna varit vidare satta.

Exklusionskriterierna växte till stor del fram under sökningarna, eftersom en del forskare verkar ha varit något frikostiga med vilka keywords de använt, och en hel del artiklar som inte varit relevanta för syftet dök upp i träfflistorna. Det går inte utesluta att studier som hade passat syftet missades med dessa exklusionskriterier. Samtliga studier granskades först individuellt, varpå ett första urval skedde och sedan granskades de gemensamt, varpå ett andra urval gjordes. Att det första urvalet skedde när studierna lästes individuellt kan ha inneburit att studier som var relevanta för syftet missades, då tolkningar av studiernas innehåll emellanåt skiljer sig åt.

#### **Kvalitetsgranskning**

Granskningar av samtliga studier utfördes med stöd av Friberg (2012). I boken finns ett granskningsprotokoll med ett antal frågor som ska besvaras för att säkerställa artikelns kvalitet. De flesta av de artiklar som lästes upplevdes hålla hög kvalitet, men få levde upp till alla de krav som ställdes i granskningsprotokollet. Vi ansåg att de viktigaste kriterierna att uppfylla var etiska överväganden, ett klart formulerat syfte och en bra metodbeskrivning. Enligt Wallengren och Henricson (2012) kan en kvalitativ forskningsartikel som tydligt redovisar hur urval, datainsamling och dataanalys har gått till, samt att forskarna har dragit rätt slutsatser utifrån vad resultatet visade, sägas hålla en god vetenskaplig kvalitet. Tio av elva studier som presenteras i resultatet uppfyllde dessa krav. En studie hade en svagare metodbeskrivning än övriga studier. Denna studie inkluderades trots detta, då den uppfyllde övriga kvalitetskrav. Att tio av elva studier bedöms ha en hög vetenskaplig kvalitet ökar trovärdigheten av resultatet.

Ingen av studierna påvisade något motsägande resultat, samtliga studier pekade åt samma håll, vilket kan väcka viss misstänksamhet. Det kan vara för att det råder en samstämmighet inom omvårdnadsforskningen, men det kan också bero på att de sökord

vi använt och urval vi gjort har styrt vårt resultat.

Sammanfattningarna kan betraktas som en styrka i denna litteraturöversikt, då dessa krävde att mycket tid och tankeverksamhet ägnades åt analys av studiernas upplägg och kvalitet.

### **Etiska överväganden**

Artikeln skriven av Williamson och Drummond (2000) saknade information om etiskt tillstånd i sin metodbeskrivning. Artikeln är publicerad i tidningen Public Health Nursing, vilken endast accepterar artiklar som har godkännande från etisk kommitté eller liknande. Således drar vi slutsatsen att författarna har presenterat etiskt godkännande för redaktören, men inte tagit med det i sin artikel. Övriga artiklar hade etiskt godkännande.

För att det ska vara tillåtet att behandla personuppgifter enligt personuppgiftslagen krävs att deltagaren har lämnat sitt samtycke. Samtycket ska vara frivilligt, särskilt och informerat, det vill säga att det ska ha framgått hur uppgifterna ska behandlas (EPN, 2013). Eftersom liknande etikprövningsregler gäller över stora delar av världen bedöms ovan nämnda studie hålla för etikprövning.

I en litteraturstudie ingår varken informanter eller känsliga personuppgifter. Eftersom alla studier som inkluderats har etiskt godkännande anser vi att denna litteraturstudie uppnår en hög etisk nivå.

### **Förförståelse**

En viss mån av förförståelse är oundviklig (Henricson, 2012). Förutom förförståelsen vi bar med oss från livet, våra politiska uppfattningar, vår skolning och vår utbildning till sjuksköterskor uppstod ytterligare förförståelse i samband med utformningen av bakgrunden. Förförståelse kan vara till nackdel då det utan tvivel påverkar hur sökord valts ut, hur urvalet av artiklar gått till och hur resultaten sammanställts. Det kan också vara en fördel, då det utan förförståelse hade varit svårt att välja väg och riktning i arbetet. Vi har försökt skåda bortom våra egna uppfattningar, men eftersom förförståelse är oundvikligt kommer det alltid färga resultatet.

### **Överförbarhet**

Utifrån vår förförståelse var det väntat att antalet svenska studier var lågt. Detta bekräftades i sökningarna och till slut utgjorde kanadensiska studier fem av elva studier, resten utgjordes av studier gjorda i Storbritannien, USA, endast en studie var utförd i Sverige. Detta kan innebära en viss diskrepans när resultatet ska överföras till svenska förhållanden. Skillnaderna mellan de övriga länderna och Sverige är givetvis stora, men då socioekonomiska bestämningsfaktorer inte skiljer sig nämnvärt över nationsgränser är resultaten ändå applicerbara i svenska förhållanden.

Kanadas, Storbritanniens och Sveriges sjukvårdssystem är relativt lika vad gäller organisation och finansiering. En stor del av kostnaderna finansieras via offentliga medel, en viss del egen finansiering och en liten del privat försäkring, den så kallade Beveridge-modellen. Den privata försäkringen fungerar här som ett komplement till den offentliga vården. Kanada kan dock sägas ha en blandning av Beveridge- och Bismarck-modellen. Bismarck-modellen innebär att alla medborgare omfattas av försäkringen, att sjukvården finansieras av offentliga eller privata försäkringar, och att vården till största

delen utförs i privat regi. Kanada har en stor andel privata vårdgivare. USA skiljer ut sig vad gäller sjukvårdssystemet, med en helt privatiserad sjukvård. Där är sjukvårdssystemet uppbyggt på privata försäkringar som är mycket kostsamma och som oftast betalas av en arbetsgivare. De som inte har någon arbetsgivare står således utan sjukvårdsförsäkring, och därmed utanför sjukvårdssystemet. Alla har dock rätt till akutsjukvård (Svensk försäkring, 2013). Således kan det vara både en fördel och en nackdel att studierna kommer från dessa länder. Trots vissa likheter mellan Kanada, Storbritannien och Sverige går det inte komma ifrån att det även finns skillnader. Att dra slutsatser från likheterna i sjukvårdssystemet kan vara att övergeneralisera. Studiernas resultat visar trots allt på samma saker, vilket ökar trovärdigheten.

Att utföra fler studier i Sverige skulle kunna innebära mer kunskap om hur jämlik sjukvården är i Sverige, hur de svenska förhållandena ser ut och därmed skulle de eventuella åtgärderna bli mer anpassade efter behoven. Till en början trodde vi att bristen på svenska studier skulle störa resultatet, men vi upplevde ändå att resultatet är applicerbart på svenska förhållanden.

### **Validitet**

Det valda fenomenet har med hjälp av metodvalet blivit studerat i den utsträckning som behövs för att besvara syftet. Strategier för att göra ett noggrant urval av artiklar diskuteras under rubriken urval. Styrkor och svårigheter med att hitta rätt sökord, ämnesord och hur dessa kombinerades för att få så många relevanta träffar som möjligt diskuteras under rubriken sökord. Samtliga sökord var relevanta för syftet, men gav ändå flertalet träffar som inte svarade på syftet. Lösningen på detta problem diskuteras under rubriken urval. För att öka chansen att finna relevanta artiklar, och stärka validiteten, gjordes sökningar i flera databaser, varav en hade omvårdnadsfokus. Antalet databaser med omvårdnadsfokus är begränsat, varför sökningar i databaser utan omvårdnadsfokus gjordes. Cinahl har helt klart ett omvårdnadsfokus, medan Pubmed är av mer medicinsk karaktär. Dock hyser Pubmed ett stort antal omvårdnadsartiklar, vilket var känt sedan tidigare. Scopus användes för sökningar, då det är en mycket stor citeringsdatabas med ett stort omfång av artiklar. De olika databaserna hanterar sökord och kombinationer av sökord på olika sätt, därför kan samma sökord och kombinationer ge olika resultat. Av den anledningen ansågs det viktigt att inkludera alla tre databaser. Det är möjligt att andra sökord eller kombinationer borde ha använts beroende på vilken databas som sökningen gjordes i. Det går inte utesluta att sökresultaten påverkades därav.

Dataanalysen genomfördes gemensamt efter att sammanfattningarna färdigställts. Genom att diskutera resultaten av analysen enligt den instruktion som finns i Friberg (2012) växte teman fram med lätthet. Temaerna skrevs ner och sammanställdes, se bilaga 3. Det går inte utesluta att förförståelse har påverkat hur likheter hittades. Utomstående personer i form av handledare och vänner som skrivit uppsats på masternivå har läst denna studie för att kontrollera att resultatbeskrivningarna är rimliga och förankrade i data. Detta stärker validiteten (Henricson, 2012).

### **Reliabilitet**

Reliabilitet beskriver hur pålitligt arbetet är och om det finns möjlighet till reproducerbarhet. Eftersom metoden är väl beskriven, med utförlig redovisning av sökord, urval, datainsamling och dataanalys är det sannolikt att studien är reproducerbar. Den uppenbara faran i detta är tolkningen av resultaten, som sannolikt är påverkad av

förförståelse. Kvaliteten på arbetet har säkrats genom att granskningar av artiklar och deras kvalitet har gjort grundligt och resultatet har sammanställts på ett korrekt sätt. Eftersom artiklarnas kvalitet generellt är hög ökar det reliabiliteten (Henricson, 2012).

## **RESULTATDISKUSSION**

Det viktigaste resultatet i denna litteraturstudie är att sjuksköterskan är medveten om hur ojämlikheter i hälsa och social position påverkar människor. Om sjuksköterskan är omedveten om ojämlikheter kan hen inte medvetet agera för att utjämna skillnader i hälsa. Om sjuksköterskan vägrar erkänna ojämlikheter i hälsa kan hen inte uppfylla de krav som kompetensbeskrivningen och ICNs etiska kod ställer på professionen (Socialstyrelsen, 2005; Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Trots ett eventuellt intresse för att jämna ut skillnader i sjukvården kan det ändå finnas faktorer som påverkar sjuksköterskans möjligheter att påverka. Dessa faktorer kan vara okunskap om ojämlikheter hos den enskilde eller inom verksamheter. Okunskap kring tillvägagångssätt för att förbättra eller okunskap kring fenomenet i sig är också faktorer som påverkar. Det är även ett hinder ifall det saknas vilja att påverka.

Det finns en hel del som sjuksköterskor kan göra för att minska ojämlikheter i hälsa, till exempel genom att bilda sig, att inse att det faktiskt finns skillnader i hälsa, att anpassa sin kommunikation beroende på vem det är hen möter. Sjuksköterskan måste inse vilken makt hen har i sin position som professionell hälso- och sjukvårdspersonal i relation till patienten, som ofta saknar mycket av den kunskap en sjuksköterska besitter. Resultatet visar att det finns flera vägar på vilka en sjuksköterska kan engagera sig för att öka jämlikheter hälsa. Uppenbarligen är ämnet mycket mer beforskat i Nordamerika och Storbritannien, sannolikt på grund av att det finns större klyftor mellan de socioekonomiska grupperna där än det gör i Sverige.

### **Erkännande av ojämlikheter i hälsa relaterat till låg socioekonomisk status**

Många deltagare i ovan redovisade studier verkade vara omedvetna om problemet med ojämlikheter i hälsa. Att inse och erkänna att ojämlikheter existerar är ett första steg mot att motverka skillnaderna. Som tidigare nämnt kan en person som inte är medveten inte agera. Några av deltagarna visade dessutom tecken på att, genom att vara omedvetna om sitt maktövertag, vara delaktiga i att upprätthålla eller till och med förstärka ojämlikheter. I SKLs kunskapsöversikt från år 2009 framgår det med stor tydlighet att skillnaderna existerar, och de förefaller dessutom bli större (Diaz, 2009). Utöver skillnader i hälsa finns skillnader i behandlingar, då lågutbildade till exempel får sämre och äldre läkemedel än högutbildade, vilket nämns i Socialstyrelsen skrift från år 2009 (Socialstyrelsen, 2009). En sjuksköterska som är yrkesverksam idag bör vara medveten om de samhälleliga ojämlikheter som existerar. Detta för att öka den professionella kompetensen som lägger grunden för att ge en god vård och som även åligger sjuksköterskan i hens plikter enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005).

### **Kulturell kompetens inverkar**

Människor från utsatta minoritetsgrupper kan ha helt andra gruppvärderingar och erfarenheter än människor från majoritetsbefolkningen. Sjuksköterskan behöver förstå varför en del människor från utsatta minoritetsgrupper har svårt att söka sig till vården och känna sig trygga där. Det behövs en kulturell kompetenshöjning i vården (Van Herk et al., 2011). Det är viktigt för att utjämna maktförhållandet mellan patient och sjuksköterska. Sjuksköterskan ska känna till sin egen kulturella bakgrund, sina

värderingar och övertygelser, vanor och traditioner, och hur detta har format hen. En kulturellt kompetent sjuksköterska kan ta hänsyn till patientens kön, genus, socioekonomiska och kulturella bakgrund (Jirwe, Momeni & Emami, 2014). En sjuksköterska som saknar dessa egenskaper kan svårtligen leva upp till de krav som Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ICNs etiska kod ställer. Madeleine Leininger menade att eftersom sjuksköterskan träffar både patienter och kollegor från andra kulturer, och eftersom att människan är en kulturell varelse kan hon inte förstås utanför sitt kulturella sammanhang, måste hen skaffa sig en kulturell kompetens (Masters, 2012). Kulturell kompetens skulle därmed kunna vara ett viktigt inslag i sjuksköterskeutbildningen.

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning nämner att det åligger sjuksköterskan att självständigt analysera svagheter och styrkor i den egna professionella kompetensen, samt att fortlöpande engagera sig i både personlig och professionell kompetenshöjning (Socialstyrelsen, 2005). Wiklund Gustin och Lindvall (2012) skriver att även Leininger uttryckte att det är sjuksköterskans ansvar att bilda sig och skaffa sig kunskap kring andra människor för att kunna behandla dem på ett jämlikt sätt och därmed motverka ojämlikheter i hälsa.

### **Anpassad kommunikation**

Kommunikationen är essentiell för att uppnå jämlik hälsa och det är oerhört viktigt att som sjuksköterska försäkra sig om att patienten har förstått given information. Språkbarriärer ställer av förklarliga skäl till en hel del problem i kommunikationen, i synnerhet om användandet av tolk är bristfälligt. Språkförbistringen kan leda till att information inte kommer fram, att patienten inte kan uttrycka sina känslor och behov, att patienten känner sig utlämnad och blir rädd, vilket inte är önskvärt. Det kan också leda till att ordinationer inte följs. Exempel på detta hittades i en artikel av Judith A. Erlen (2003). Författaren arbetade i ett område med stor mexikansk-amerikansk befolkning i Dallas. Hon märkte att det var vanligt förekommande att hitta bortslängda pillerburkar utanför kliniken där hon arbetade. Detta, menade hon, berodde på att personalen på kliniken inte alltid använde tolk, vilket ledde till att patienterna inte förstod all information de fick av personalen, särskilt eftersom de ofta använde sig av en besvärlig terminologi i patientmötet. Detta ledde till att patienterna inte kände sig delaktiga, de var inte en partner i beslutsfattandet kring behandlingar. Som patient är det viktigt att få information som går att förstå, på ett språk man behärskar. Patienten måste kunna ställa frågor och få förtydliganden vid behov (Erlen, 2003). I bakgrunden beskrivs kulturell kompetens. I detta sammanhang skulle den kulturella kompetensen förmodligen ha visat sig värdefull för sjuksköterskorna (Jirwe, Momeni & Emami, 2014; Wiking, 2012). Gällande Sverige står det tydligt beskrivet i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning att sjuksköterskan ska kommunicera på ett sätt som säkerställer att patienten förstår, vara lyhörd, empatisk och respektfull. Sjuksköterskan ska även kunna undervisa patient och närstående på ett sätt så som gör att hen kan förvissa sig om att de förstår. Dessutom åligger det sjuksköterskan att vara uppmärksam på när patienter inte själva uttrycker sina behov (Socialstyrelsen, 2005). Det för att säkerställa att omvårdnaden sjuksköterskan ger är jämlik och syftar till att uppnå en jämlikhet i hälsa. Även när det gäller kommunikation är begreppet "health literacy" värt att beakta, med tanke på att hur människor tillgodogör sig information på olika sätt, och att sjukvårdspersonal behöver förhålla sig till patientens språkliga förmåga, samt hur patientens psykologiska beredskap ser ut (Diaz, 2010). Med denna information i ryggen, är det av stor vikt att sjuksköterskan använder sig av



tolk vid behov, för att försäkra sig om att kommunikationen mellan hen och patient är fullgod.

I studien av Gage (2010) föreslås att sjuksköterskan skulle kunna agera som en slags kommunikationsbro mellan patienter och läkare då patienterna upplevde svårigheter att förstå läkarnas terminologi. Det framkom däremot att patienterna hade lättare att förstå sjuksköterskan. Gage (2010) föreslår också att sjuksköterskor skulle kunna hålla patientutbildningar, bland annat i hur man kommunicerar på ett bra sätt med läkare och annan sjukvårdspersonal.

### **Sjuksköterskans kunskap om sin maktposition**

Att ha insikt i sig själv, sin omgivning och samhället i stort är viktigt för att kunna se hur ens bakgrund och erfarenheter påverkar en. Det är också av vikt att ha insikt i hur människors sociala position påverkar deras hälsa. Att ha en kunskap kring hur maktordningar styr i sociala kontexter är viktigt särskilt i sjuksköterskans arbete, där det är centralt att möta människor. Flera studier (Van Herk et al., 2010, 2011) föreslår ett intersektionalitetsperspektiv i sjuksköterskans hälsoarbete då det erbjuder ett mer detaljerat tillvägagångssätt för att göra det möjligt för sjuksköterskan att överväga den moraliska aspekten av omvårdnad och hur maktstrukturer formar personer och deras relationer till omvärlden. Vidare menar de att ett intersektionalitetsparadigm kan göra att sjuksköterskor blir bättre på att förstå hur social position, både ens egen och patientens, påverkar det vårdande mötet. Det hjälper sjuksköterskan att förstå maktstrukturer som inte bara har med klass, kön, ras eller sexualitet att göra, utan även utbildningsnivå (Van Herk et al., 2010). Detta överensstämmer med Madeleine Leiningers omvårdnadsteori. Hon varnade för etnocentrism och att den egna kulturen blir norm i mötet med människor från minoritetsgrupper (Wiklund Gustin & Lindvall, 2012). Detta stöds dessutom av Van Herk et al (2010), som nämner att makt i omvårdnaden har sin bas i sociala positioner, sjuksköterskans och patientens, vilket bland annat innefattar etnicitet/ras såväl som kön, klass, och sexualitet (Van Herk et al., 2010).

Det är i utbildningen som sjuksköterskeidentiteten och yrkesrollen grundläggs, därför är det viktigt att den lyfter problem som ojämlikheter i hälsa. Att vara medveten om skillnaderna är ett första steg i arbetet för jämlikhet i hälsa. Sjuksköterskeutbildningen behöver ta sikte på de ojämlikheter i hälsa som finns mellan socioekonomiska grupper, samtidigt som den behöver lära sjuksköterskestudenter självrannsakan, till exempel att lära om hur identiteter skapas, och vad gör de med människor. Det är viktigt att vara medveten om den position sjuksköterskan har i sitt yrke. Sjuksköterskan har ett kunskapsövertag gentemot patienten samtidigt som patienten är beroende av hen. Detta påvisas i artikeln skriven av Kirkham & Anderson (2002). Artikeln tar upp hur sjuksköterskeprogrammet och -forskningen har en stor potential att få sjuksköterskeprofessionen att se bortom en analys på mikronivå, och börja undersöka de länkar mellan socioekonomisk status, historik och politik i vilka människors erfarenheter bor. Genom att låta sig influeras av insikten i att samhället är strukturerat så att det till viss del tillåter diskriminering och ojämlikheter, samtidigt som lagar och riktlinjer föreskriver en jämlik och tillgänglig sjukvård, kan sjuksköterskeutbildning och -forskning börja undersöka hur den professionella rollen kan åstadkomma social rättvisa (Kirkham et al., 2002) Att arbeta för jämlik vård åligger sjuksköterskan enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005). Vidare menar Van Herk et al. (2010) att inom sjuksköterskeprogrammet kan paradigmet intersektionalitet med fördel användas. Kunskap om jämlikhet och hur det uppnås har sin början i

sjuksköterskeutbildningen. En sjuksköterskas utbildning förser hen med en stark uppfattning om sjuksköterskans roll och hur attityder påverkar en som sjuksköterska. I utbildningen skulle maktstrukturer behöva tas upp och hur de påverkar vilka som kommer bli nästa generations sjuksköterskor.

### **Sjuksköterskan ansvar och påverkan i samhället**

Flera av studierna (Almond & Lathlean, 2011; Aranda, 2005; Averill, 2002; Falk-Rafael & Baker, 2012; Gage, 2010; Van Herk et al., 2010; Van Herk, Smith & Andrew, 2011; Williamson et al., 2000) betonar att sjuksköterskan har ett ansvar gentemot sina patienter att försöka utjämna skillnader när det kommer till tillgång av hälso- och sjukvård, kvaliteten av den och bemötandet av patienter. För att motverka ojämlikheter i hälsa och vård behöver sjuksköterskan engagera sig i samhällsfrågor. I resultatet syns att många sjuksköterskor känner ett etiskt och moraliskt ansvar att försöka förändra, och studierna lyfter olika sätt att engagera sig på, till exempel genom att påverka vårdens utformning, att röra sig utanför arbetsplatsen, eller engagera sig politiskt. Att engagera sig politiskt, eller att i alla fall försöka påverka berörda politiker exemplifieras i en artikel av Erlen (2003). Sjuksköterskor befinner sig i en utmärkt position för att förstå problemen med skillnader i hälsa på lokal, regional och nationell nivå, och kan informera politiker och tjänstemän på ett förtjänstfullt sätt. Därför, menar författaren, måste sjuksköterskor stötta de politiker som har som mål att utradera ojämlikheter (Erlen, 2003). Trots ett stort engagemang finns det hinder till att försöka påverka strukturerna. Sjuksköterskorna i studien av Falk-Rafael et al. (2012) tar även upp den maktlöshet som kan infinna sig när hen möter strukturella hinder och att många inte tar initiativ att påverka för att de inte har tilltron, kunskapen eller färdigheterna att kunna förändra. Det är inte lätt att som sjuksköterska förändra ett samhälle, men sjuksköterskor som träffar människor med låg socioekonomisk status i sitt yrke har ett ansvar att minska ojämlikheter. Resultatet visar att sjuksköterskor kan engagera sig på många olika nivåer för att försöka åstadkomma förändring i samhället, för att på så sätt minska ojämlikheter i hälsa. Det engagemang de kanadensiska sjuksköterskorna i studien av Falk-Rafael et al. (2012) är en fingervisning på hur en enskild sjuksköterska kan agera för att förändra allt från sin egen arbetssituation till fördelningspolitik i stort. ICNs etiska kod för sjuksköterskor beskriver hur sjuksköterskan och samhället delar ansvar för att initiera och stödja åtgärder som värnar om svaga befolkningsgruppers hälsa och sociala behov. Sjuksköterskan ska även verka för en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattning hos individ, familj och samhälle respekteras (Svensk Sjuksköterskeförening, 2008). Svenska sjuksköterskor bör alltså engagera sig på en samhällelig nivå för att kunna leva upp till de etiska råd som även den svenska sjuksköterskeföreningen har gjort till sina.

I studien av Averill (2002) menar forskarna att då sjuksköterskan är medverkande i planering och genomförande av hälso- och sjukvård kan hen försöka att utveckla, förbättra och planera långsiktiga lösningar på de underliggande problemen för att främja en sårbar befolkningsgrupp. Även de föreslår att hälso- och sjukvårdspersonal engagerar sig politiskt för att förespråka förändring av rådande normer (Averill, 2002). Det viktigaste för sjuksköterskan är, enligt deltagarna i flera studier, vara hängiven, att bilda sig, att känna till samverkande faktorer för hälsa/ohälsa, en hälsofrämjande politik, och hur man påverkar i politiken (Aranda, 2005; Falk-Rafael et al; 2012; Williamson et al., 2000).

### **Utnyttjande av vård**

I resultatet påvisas hur vårdsökarmönster påverkas av socioekonomisk status. Även när samma vård finns tillgänglig för alla medborgare, utnyttjas den på olika sätt beroende på ens socioekonomiska status, vilket sjuksköterskan bör vara medveten om i sitt möte med patienten. Som studien av Gage (2010) visade fanns det skillnader mellan hur personer med låg socioekonomisk status använde sig av vården i jämförelse med personer med hög socioekonomisk status. Människorna med låg socioekonomisk status utnyttjade inte vården i lika hög grad som personer med högre socioekonomisk status. Detta stämmer överens med vad Diaz skriver i SKLs kunskapsöversikt (2009). Där beskrivs hur arbetare avstår nödvändig vård i större utsträckning än tjänstemän. Människor med hög inkomst gör läkarbesök i preventivt syfte och utnyttjar vården i större utsträckning än låginkomsttagare, trots ett större vårdbehov hos låginkomsttagarna (Diaz, 2009). Detta kan sjuksköterskan beakta i sitt arbete med stöd från ICNs etiska kod, vilken förespråkar att sjuksköterskan ska främja att befolkningens behov, både hälsorelaterade och sociala, tillmötesgår (Svensk Sjuksköterskeförening, 2008). "Health literacy" bör beaktas i sammanhanget. Som nämnt i bakgrunden innefattar begreppet hur olika personer förstår hur olika faktorer inverkar på hälsan, och hur man tillgodogör sig och brukar den information som finns tillgänglig, vilket påverkar hur personen i fråga orienterar sig i vården (Diaz, 2010). Därför behöver sjuksköterskan vara medveten om att hen ska individanpassa information, så att patienten kan tillgodogöra sig den på ett adekvat sätt, vilket även stöds av Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005).

### **Vidare forskning**

Exempel på tänkbar vidare forskning skulle kunna vara att implementera föreslagna åtgärder i sjuksköterskeprogrammet, det vill säga att en tydlig diskurs kring ojämlikheter mellan socioekonomiska grupper lyfts för att öka kunskapen. Detta för att undersöka sjuksköterskestudenters attityder vid början av utbildningen och jämföra med i slutet av utbildningen och se om utbildningen kan påverka studenternas sätt att se på sig själva, sin roll som sjuksköterska och hur sjuksköterskan kan motverka skillnader i hälsa relaterat till socioekonomisk status.

### **Implikationer i omvårdnaden**

Det har nämnts flera gånger genom denna litteraturstudie att sjuksköterskan har ett eget ansvar att se till att hen lever upp till kompetensbeskrivning, etiska koder och ser till att utbilda sig inom frågor som är avgörande för om man kan ge en god omvårdnad till alla patienter. Om sjuksköterskeprogrammet ser till att studenterna gör en resa inåt, upptäcker sin egen identitet och förstår vad identiteten och varje människas bakgrund har för påverkan i det mellanmännsliga mötet, kan resan mot en jämlik vård och hälsa påbörjas. Att se till att alla människor får en jämlik vård och att en jämlik hälsa uppnås kan inte ankomma enbart på sjuksköterskor, men eftersom sjuksköterskor är ansvariga för omvårdnaden anser vi att det är av vikt för sjuksköterskeprofessionen. Då det råder konsensus inom hälso- och sjukvården att alla ska få en god och rättvis vård, är det viktigt att beakta lärdomar som finns när det kommer till jämlikhetsfrågor då detta påverkar hur personer upplever sjukvården men även vilken vård som ges och hur detta påverkar hälsan. Som sjuksköterska gäller det att genom omvårdnadshandling se till att människor med bakgrund i olika socioekonomisk status uppnår en jämlik hälsa, till exempel uttrycka sig på ett sätt så att alla kan förstå, boka tolk, känna till att inte alla vet allt och anpassa sin kommunikation, vara respektfull och lyhörd, och icke dömande. Sjuksköterskan bör även tillgodose patientens behov av information. Som sjuksköterska

och medmänniska kan man med fördel engagera sig på en organisatorisk och/eller politisk nivå för att motverka ojämlikheter i hälsa, eftersom sjuksköterskan har en god inblick i hur dessa hälsoskillnader ser ut. Detta eftersom de insatser som sjuksköterskan gör med den enskilde patienten endast kan utgöra en liten del i att motverka det stora problem som finns i alla länder och som syns i alla vårdinstanser.

### **SLUTSATS**

Utan en medvetenhet om att ojämlikheter i hälsa och vård existerar går det inte att motverka. Således är erkännandet av ojämlikheter i hälsa relaterat till låg socioekonomisk status det viktigaste fyndet i denna uppsats. Medvetenheten kan uppnås genom utbildning, både i sjuksköterskeprogrammet och i yrket, samt som individ. Utbildningen i sjuksköterskeprogrammet är en viktig komponent för att tillgodose en jämlik omvårdnad och att sjuksköterskan arbetar för att utjämna skillnader i hälsa relaterat till socioekonomisk status, då den kan påverka studenten, sedermera sjuksköterskan, att vara medveten om sin maktposition och sin identitet.

De sociala skillnaderna är relativt små i Sverige i jämförelse med andra länder, men problemet med ojämlikheter i hälsa och vård finns likväl här. Frågan varför det inte finns så mycket omvårdnadsforskning i ämnet dyker upp. Det är lätt att tro att en viss förnekelse äger rum i den svenska sjukvården. Kanske slår man sig för bröstet och tänker att vi är världens mest jämställda land, vi behöver inte bli bättre. Men vad gör vi då mot de människor som inte orkar driva sin egen kamp? Som inte kan, inte förstår, inte vet hur eller vad de ska göra för att få en bra vård? Detta bör finnas i varje sjuksköterskas medvetande.

## REFERENSLISTA

- Almond, P., & Lathlean, J. (2011). Inequity in provision of and access to health visiting postnatal depression services. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(11), 2350-2362. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05669.x
- Aranda, K. (2005). Community nurses' talk of equality and the discursive constitution of selves. *Journal Of Advanced Nursing*, 51(2), 131-139. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03476.x
- Averill, J. (2002). Voices from the Gila: health care issues for rural elders in southwestern New Mexico. *Journal Of Advanced Nursing*, 40(6), 654-662. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02425.x
- Centrala etikprövningsnämnden. (2013). *Personuppgifter i forskningen - vilka regler gäller?* Hämtad 141028 från <http://www.epn.se/media/63764/faktabroschyr-pul-forskning.pdf>
- Chircop, A. (2011). Public Policy Analysis to Redress Urban Environmental Health Inequities. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 12(4), 245-253. doi:10.1177/1527154411429198
- Diaz, A. (2009). *Vård på (o)lika villkor*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 2014-09-03 från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-437-4.pdf?issuusl=ignore>.
- Diaz, A. (2010). Hälsa, sjukvård och sociala orättvisor. I Wijma, B., Smirthwaite, G., & Swahnberg, K. (Red.) *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar* (s.293-310). Studentlitteratur: Lund.
- Erlen, J.A. (2003) When all do not have the same. Health disparities. *Orthopaedic nursing*, 22 (2), 151-154.
- Falk-Rafael, A. & Betker, C. (2012). Witnessing social injustice downstream and advocating for health equity upstream: "the trombone slide" of nursing. *Advances In Nursing Science*, 35(2), 98-112.
- Friberg, F. ( Red.). (2012). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur: Lund.
- Folkhälsan i Sverige - årsrapport 2013  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19032/2013-3-26.pdf>  
[hämtad 2014-09-15](#)
- Gage, E. (2010). Examining the most relevant conceptualization of the socioeconomic status construct for cancer research. *Cancer Nursing*, 33(3), E1-9. doi:10.1097/NCC.0b013e3181c29583
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I Henricson, M. (Red) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471-479). Studentlitteratur: Lund.

Jirwe, M., Momeni, P. & Emami, A. (2014). Kulturell mångfald. I Friberg, F. & Öhlén, J. (Red.) *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt* (s. 343-357). Studentlitteratur: Lund.

Kirkham, S., & Anderson, J. (2002). Postcolonial nursing scholarship: from epistemology to method. *Advances In Nursing Science*, 25(1), 1-17.

Masters, K. (2012). *Nursing theories - a framework for professional practice*. Jones & Bartlett Learning, LLC.

Nationalencyklopedin [NE]. *Intersektionalitet*. Tillgänglig:  
<http://www.ne.se/kort/intersektionalitet>

Oskarson, M. (2008). De sociala klassernas skilda världar. I Sören Holmberg & Lennart Weibull (red.) *Skilda världar*. SOM-rapport 44 Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs universitet. Göteborg.

Peckover, S., & Chidlaw, R. (2007). The (un)-certainties of district nurses in the context of cultural diversity. *Journal Of Advanced Nursing*, 58(4), 377-385. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04247.x

Saarnio, L., Arman, M., & Ekstrand, P. (2012). Power relations in patient's experiences of suffering during treatment for cancer. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(2), 271-279. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05731.x

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport*. Hämtad 2014-09-16 från  
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2014-09-26 från  
[http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Statistiska Centralbyrån. (1982). *Socioekonomisk indelning (SEI) 1982*. Hämtad 2014-09-12 från  
[http://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Forsta\\_Statistik/Klassifikationer/\\_Dokument/S EI-MIS.pdf](http://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Forsta_Statistik/Klassifikationer/_Dokument/S EI-MIS.pdf).

Svensk försäkring (2013) *Vård- och omsorgssystemens utformning och finansiering – en internationell utblick*. Hämtad 141027 från  
[http://www.svenskforsakring.se/Global/Rapporter/SF\\_rapport3\\_web.pdf](http://www.svenskforsakring.se/Global/Rapporter/SF_rapport3_web.pdf)

Svensk Sjuksköterskeförening. (2008). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). *Alla har rätt till vård*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Uhlin, L & Pelling, S. (2010). Inter-...vadå? Om att befästa eller förändra föreställningar om genus och makt. I Wijma, B., Smirthwaite, G., & Swahnberg, K.(Red.), *Genus och kön inom medicin- och- vårdutbildningar* (s.181-196). Studentlitteratur: Lund.

Van Herk, K., Smith, D., & Andrew, C. (2010). Identity matters: Aboriginal mothers' experiences of accessing health care. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 37(1), 57-68. doi:10.5172/conu.2011.37.1.057

Van Herk, K., Smith, D., & Andrew, C. (2011). Examining our privileges and oppressions: incorporating an intersectionality paradigm into nursing. *Nursing Inquiry*, 18(1), 29-39. doi:10.1111/j.1440-1800.2011.00539.x

Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I Henricson, M. (Red) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-496). Studentlitteratur: Lund.

Wiking, E. 2012. *Health care on equal terms for immigrants in Sweden* (Doktorsavhandling). Stockholm: Karolinska Institutet. Tillgänglig: <http://hdl.handle.net/10616/41087>.

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Natur & Kultur: Stockholm.

Williamson, D., & Drummond, J. (2000). Enhancing low-income parents' capacities to promote their children's health: education is not enough. *Public Health Nursing*, 17(2), 121-131.

Willman, A. & Stoltz, P. (2012). Metasyntes. I Henricson, M. (Red) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 457-468). Studentlitteratur: Lund.

## Bilaga 1

Cinahl:

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda Artiklar
140904	Care Social classes Nurs*	-Peer reviewed - Research article 1994-2012	10	1	1	0
140904	Inequ* Care Nurs*	-Peer reviewed - Research article 2005-2014	88	30	11	Aranda, Journal of advanced nursing: 2005  Chircop Policy, Politics, & Nursing: 2012: Practice  Saarnio et al. Journal of advanced nursing: 2011
140905	Intersection* Nurs* Inequ*	-Peer reviewed - Research article 2005-2014	4	4	1	Saarnio et al. Journal of advanced nursing: 2011
140911	MH "Health Services Accessibility+") equ* nurs*	Peer reviewed Research article English language Qualitative- best balance Abstract available 2005-2014	23	4	2	0
140917	health nursing care social justice	Peer reviewed Research article English language 2005-2014	10	3	1	Van Herk et al., Nursing Inquiry: 2010
140917	Social justice health inequity	Peer reviewed Research article English language 2005-2014	7	4	1	0
140923	intersectional* health nursing	Peer reviewed Research article 2005-2014	7	4	2	Van Herk et al., Contemporary Nurse: 2011
140924	health equity nursing	Peer Reviewed Research Article Abstract Available, English Language 2005-2014	43	7	2	Falk-Rafael et al., Advances in nursing science: 2012
140926	health inequity nurs* socioeconomic factors	Peer Reviewed Research Article Abstract Available, English Language 2000-2014	0	0	0	0
141002	nurse	Peer Reviewed	11	2	1	0



	health disparities socioeconomic	Research Article 2005-2014				
141003	socioeconomic status, health disparities, nurs*	Peer Reviewed Research Article 2000-2014	5	4	1	Averill, Journal of advanced nursing: 2002

## Scopus:

Datum	Sökord	Begränsningar	Träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
140908	health inequ* AND nurs* AND qualitative	Article Nursing 2000-2014	66	5	2	0
140919	equity OR equality, "health care" OR care, nurs* , qualitative	nursing, english, article, 2007-present	21	3	0	0
140919	equity, nurs*, health, qualitative	2005-2014 Article, nursing	17	3	2	Almond et al., Journal of advanced nursing: 2011
140919	Socioeconomic OR socio-economic, Equity OR equality, health care OR care.	2005-present Article Limit to : nursing, English	73	17	8	0
140926	Equity OR Equality, socioeconomic status, nurs*,	2005-2014	14	3	1	Peckover et al., Journal of advanced nursing: 2007
140930	health disparities AND nursing AND socioeconomic	2005-2014 Article Nursing	76	14	3	Gage, Cancer Nursing: 2010

Pubmed:

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda Artiklar
140908	health inequ* AND nurs* AND care AND socioeconomic	10 years	30	5	1	Williamson et al., Public Health Nursing: 2000.
140926	health inequity AND nursing AND care AND qualitative	10 years	11	2	2	Browne et al., International Journal for Equity in Health: 2011.
140926	health inequity AND nursing AND socioeconomic AND qualitative	10 years	2	1	1	0
140930	social determinants of health AND equity AND nurs* AND qualitative	10 years	4	3	2	0
141002	social justice AND socioeconomic factors AND nurs* AND care AND interventions	10 years full text, abstract	4	2	1	0

## Bilaga 2

### Artikelöversikt

<b>Titel</b>	Inequity in provision of and access to health visiting postnatal depression services
<b>Författare</b>	Palo Almond & Judith Lathlean
<b>Tidsskrift</b>	Journal of advanced nursing
<b>Årtal</b>	2011
<b>Land</b>	Storbritannien
<b>Syfte</b>	Att undersöka om kvinnor med förlossningsdepression får likadan vård.
<b>Metod</b>	Fallstudie vilken involverade 21 observationer av hälsoarbetande personer som besökte kvinnor efter förlossning. Studien innehöll även intervjuer med 20 hälsoarbetande personer varav 16 var bvc-sköterskor, sex chefer, 12 brittiska kvinnor, nio kvinnor från Bangladesh och tre övriga personal. Datainsamling skedde mellan år 2003 och 2005. Dataanalys skedde år 2008
<b>Studiens kvalitet</b>	Hög

---

<b>Titel</b>	The (un)certainties of district Nurses in the context of cultural diversity
<b>Författare</b>	Sue Peckover & Robert G. Chidlaw
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Advanced Nursing
<b>Årtal</b>	2007
<b>Land</b>	Storbritannien
<b>Syfte</b>	Att beskriva distriktsköterskors förståelse av diskriminering och ojämlikheter och hur deras arbete ser ut i förhållande till de avseendena.
<b>Metod</b>	Kvalitativ studie där semistrukturerade intervjuer användes för att utforska ämnet. Frågorna som ställdes fokuserade problem relaterade till enskilda patienter samt sköterskans roll i distribution av resurser och tilldelning av vård. Sköterskor från två separata arbetsplatser kontaktades för att medverka i studien. Totalt arbetade 22 sköterskor på arbetsplatserna varav 18 medverkade i själva studien
<b>Studiens kvalitet</b>	Hög

---

<b>Titel</b>	Examining the Most Relevant Conceptualization of the Socioeconomic Status Construct for Cancer Research
<b>Författare</b>	Elizabeth Gage
<b>Tidsskrift</b>	Cancer Nursing
<b>Årtal</b>	2010
<b>Land</b>	USA
<b>Syfte</b>	Att beskriva hur socioekonomisk status påverkar familjers sjukvårdsbeteende efter att deras barn drabbats av cancer.
<b>Metod</b>	Etnografisk fallstudie med fem familjer med barn som genomgick aktiv cancerbehandling i kombination med djupintervjuer med ytterligare 13 föräldrar till cancersjuka barn, 21 föräldrar intervjuades. En kvalitativ studiedesign som kombinerar longitudinell observation med djupintervjuer tillåter forskarna att beskriva komplexa processer när de uppstår naturligt, snarare än att be deltagarna att reflektera över processerna genom att använda hypotetiska situationer.
<b>Studiens kvalitet</b>	Hög

---

## kvalitet

---

<b>Titel</b>	Community nurses' talk of equality and the discursive constitution of selves
<b>Författare</b>	Kay Aranda
<b>Tidskrift</b>	Journal of Advanced Nursing
<b>Årtal</b>	2005
<b>Land</b>	Storbritannien
<b>Syfte</b>	Att utforska hur berättelser avslöjar den diskursiva beskaffenheten av särskilda jag, och att överväga innebörden av framtida förståelse för jämlikhet och praktik.
<b>Metod</b>	Semistrukturerade intervjuer med 14 "community nurse students" och 14 handledare från två universitet i England 1998. En diskursanalys användes för att tolka berättelserna.
<b>Studiens kvalitet</b>	Hög

---

<b>Titel</b>	Power relations in patient's experiences of suffering during treatment for cancer
<b>Författare</b>	Lotta Saarnio, Maria Arman & Per Ekstrand
<b>Tidskrift</b>	Journal of Advanced Nursing
<b>Årtal</b>	2011
<b>Land</b>	Sverige
<b>Syfte</b>	Syftet med denna studie är att undersöka hur cancerpatienter upplever lidande i förhållande till maktrelationer.
<b>Metod</b>	Kvalitativ studie med hermeneutisk design. Kvalitativa intervjuer med 12 kvinnor och 14 män (totalt 26) vilka genomgår cancerbehandling. Deltagarna har olika cancerdiagnoser. Ålder varierade från 36-79år. Vid urval av deltagare försökte variation vad gäller etnicitet, klass och kön tillgodoses
<b>Studiens kvalitet</b>	Hög

---

<b>Titel</b>	Public Policy Analysis to Redress Urban Environmental Health Inequities
<b>Författare</b>	Andrea Chircop
<b>Tidskrift</b>	Policy, Politics, & Nursing Practice
<b>Årtal</b>	2012
<b>Land</b>	Kanada
<b>Syfte</b>	I studien undersöktes hur låginkomstmödrar till barn under 5 år upplever och klarar av förhållandet mellan hälsa och den urbana miljö de lever i.
<b>Metod</b>	Urban etnografi med "ecofeministiskt-perspektiv". Totalt 18 intervjuer utfördes på 11 medverkande deltagare, av vilka fyra var nyckelinformanter. Även icke interaktiva observationer utfördes runt om i området där studien tog plats.
<b>Studiens kvalitet</b>	Hög

---

<b>Titel</b>	Examining our privileges and oppressions: incorporating an intersectionality paradigm into nursing
<b>Författare</b>	Kimberley A Van Herk, Dawn Smith and Caroline Andrew
<b>Tidskrift</b>	Nursing Inquiry
<b>Årtal</b>	2010
<b>Land</b>	Kanada
<b>Syfte</b>	Hur kan sjuksköterskor ge en bättre vård till de som har minst tillgång till det, och som oftast behöver det mest?
<b>Metod</b>	Författarna använde sig av sina egna tidigare artiklar. En av dem (intersecting identities: exploring aboriginal women's experiences of accessing care) var en sekundäranalys av en större studie (improving access to preventive services for pregnant and parenting aboriginal families living in an urban context) som de hade gjort tillsammans. Semistrukturerade intervjuer med sjukvårdspersonal, ledare, äldste, familjemedlemmar.
<b>Studiens kvalitet</b>	Hög

---

<b>Titel</b>	Identity matters: Aboriginal mothers' experiences of accessing health care.
<b>Författare</b>	Kimberley A Van Herk, Dawn Smith and Caroline Andrew
<b>Tidskrift</b>	Contemporary Nurse
<b>Årtal</b>	2011
<b>Land</b>	Kanada
<b>Syfte</b>	Undersöka om tjänstemäns och sjukvårdspersonals uppfattning av kvinnliga aboriginers identiteter bidrar till deras erfarenheter av att tillgå mödravård under graviditet.
<b>Metod</b>	Kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Postkolonial feministiskt perspektiv. Deltagare rekryterades genom nätverk, och man började med nyckelinformanter från var och en av de samarbetsorganisationer man involverat. Teoretisk referensram var postkolonial feminism och intersektionalitet. 21 informanter.
<b>Studiens kvalitet</b>	Hög

---

<b>Titel</b>	Voices from the Gila: health care issues for rural elders in south-western New Mexico
<b>Författare</b>	Jennifer B. Averill
<b>Tidskrift</b>	Journal of Advanced Nursing
<b>Årtal</b>	2002
<b>Land</b>	USA
<b>Syfte</b>	Att utforska och identifiera de största hälsoproblemen för lantliga äldre personer i kontexten av deras sociokulturella miljö och från deras perspektiv; att identifiera deras definitioner av hälsa; och att undersöka innebörden av förändringar i policy och praxis för de äldre.
<b>Metod</b>	Etnografisk design med inslag av critical social theory (CST) vilket innebär att vikt läggs på det som hittas istället för ett förutfattat resultat.

22 personer deltog i studien varav 16 var äldre och bodde i lantlig miljö. De övriga sex deltagarna var hälso- och sjukvårdsarbetare, anhöriga till de äldre osv. De rekryterades via flygblad som delades ut i två föreningar som inriktade sig på äldres hälsa i delstaten. Deltagarna intervjuades med semistrukturerade intervjuer. Det utfördes även observationer.

**Studiens  
kvalitet**

---

**Titel** Witnessing Social Injustice Downstream and Advocating for Health Equity Upstream

**Författare** Adeline Falk-Rafael & Claire Baker

**Tidskrift** Advances in nursing science

**Årtal** 2012

**Land** Kanada

**Syfte** Syfte med artikel är att rapportera resultat relaterade till omvårdnadsetik och social rättvisa i folkhälsoinriktad omvårdnad med utgångspunkt i teorin critical caring.

**Metod** Feminsitisk, multisite, komparativ och collective case study design. Det utfördes intervjuer med 11 "community health nurses" som arbetade på tre olika platser i södra Ontario. Initialt 11 sjuksköterskor vilka var kända för forskarna sedan tidigare. "Snowball-teknik" användes för att värva fler sjuksköterskor för att uppnå mättnad. Del två av studien innefattade två fokusgrupper bestående av sjuksköterskor som arbetar inom folkhälsa. Grupperna hade sex respektive 10 deltagare.

**Studiens  
kvalitet**

---

**Titel** Enhancing low-income parents' capacities to promote their children's health

**Författare** Deanna L. Williamson & Jane Drummond

**Tidskrift** Public Health Nursing

**Årtal** 2000

**Land** Kanada

**Syfte** Att undersöka fattiga föräldrars behov, kunskap och förmågor de hade relaterat till deras barns hälsa.

**Metod** Intervjuer med tio fokusgrupper i vilka föräldrar med låg inkomst är med. Fokusgrupperna syftar till att stödja och utbildaföräldrar. Totalt 65 deltagare. I åtta av grupperna förde en forskningssjuksköterska, som utvärderade projektet, och förde anteckningar om vilka ämnen och synpunkter som kom upp bland deltagarna. I de två övriga grupperna var det en medarbetare (health aide) som förde anteckningar. Sjuksköterskan ställde sex frågor för att underlätta diskussionen om föräldrarnas behov, förmågor, kunskap, problem relaterat till deras barns hälsopromotion, både friska och sjuka.

**Studiens  
kvalitet** Medel. Svag metoddel. Studiens deltagare rekryterades genom det program de redan var deltagare i, fokusgruppsintervjuerna ägde rum på redan inplanerade föräldraträffar. Inför varje träff fick deltagarna

---

information om fokusgrupperna och vilka rättigheter de hade, skriftligen och muntligen. Datainsamling skedde genom observation och anteckningar, men även ljudinspelning användes för att kunna få med korrekta citat (kommentarer). Författarna skrev inget om huruvida deltagarna avidentifierades.

---



### Bilaga 3

Tematabell

<b>Studie</b>	<b>Tema</b>
<b>Almond &amp; Lathlean, 2011, Storbritannien</b>	A, B
<b>Aranda, 2005, Storbritannien</b>	B, E
<b>Averill, 2002, USA</b>	A, C, E
<b>Chircop, 2012, Kanada</b>	C
<b>Gage, 2010, USA</b>	A, B, C, D
<b>Falk- Rafael &amp; Baker, 2012, Kanada</b>	B, C, E
<b>Peckover &amp; Chidlaw, 2007, Kanada</b>	A, B
<b>Saarnio, Arman &amp; Ekstrand, 2011, Sverige</b>	A, D
<b>Van Herk, Smith &amp; Andrew, 2010, Kanada</b>	B, D
<b>Van Herk, Smith &amp; Andrew, 2011, Kanada</b>	D
<b>Williamson &amp; Drummond, 2000, Kanada</b>	A, B, C, E

- Anpassad kommunikation (A)
- Erkännande av ojämlikheter (B)
- Utnyttjande av vård (C)
- Sjuksköterskans kunskap om sin maktposition (D)
- Sjuksköterskan ansvar och påverkan i samhället (E)