



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

”VI” OCH ”DEM”

Sjuksköterskors erfarenheter av och attityder till att vårda personer med annan kulturell bakgrund

Sara Bågesund och Elin Dahl-Örn

Uppsats/Examensarbete:	15 högskolepoäng
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT/2015
Handledare:	Susann Strang
Examinator:	Masuma Novak
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel:	”Vi” och ”dem”: Sjuksköterskors erfarenheter av och attityder till att vårda personer med annan kulturell bakgrund
Examensarbete:	15 högskolepoäng
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT/2015
Författare	Sara Bågesund och Elin Dahl-Örn
Handledare:	Susann Strang
Examinator:	Masuma Novak
Nyckelord:	Kultur, kulturell kompetens, sjuksköterskors erfarenheter, sjuksköterskors attityder, kommunikation, stereotyper, Norden

SAMMANFATTNING:

Bakgrund: Invandringen till Sverige har mer än fördubblats sedan år 2000 och studier visar att utlandsfödda personer har sämre hälsa än personer födda i Sverige. För att kunna ge god vård är det av vikt att hänsyn tas till patientens kulturella bakgrund. Det är dock viktigt att inte generalisera utifrån kulturell tillhörighet då detta utgör en risk för att utveckla stereotyper och att dela in människor i ”vi” och ”dem”. **Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av och attityder till att vårda personer med annan kulturell bakgrund. **Metod:** Allmän litteraturöversikt. Studien baseras på 14 stycken vetenskapliga artiklar med både kvalitativ och kvantitativ design. Artiklarna analyserades enligt Fribergs (2012) modell och kvalitetsgranskades enligt Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) protokoll. **Resultat:** Kommunikationsproblem mellan sjuksköterskor och patienter med olika kulturell bakgrund är vanligt förekommande. Språkbarriärer gör det svårt att etablera en god vårdrelation och informationsutbytet försvåras mellan sjuksköterska och patient. Trots detta används professionella tolkar sällan; istället får familj och anhöriga agera tolk. Resultatet visar också att sjuksköterskor tillskriver personer med annan kulturell bakgrund annorlunda beteenden, uttryckssätt och uppfattningar. Sjuksköterskor upplever bland annat att personer med annan kulturell bakgrund är mer dramatiska i sitt känslouttryck och att de har ett annorlunda sätt att uttrycka smärta på. Sjuksköterskor anser att många av de svårigheter som uppstår i mötet med personer med annan kulturell bakgrund skulle kunna avhjälpas med kulturell kompetens. **Slutsats:** En vård präglad av generaliseringar och stereotypa föreställningar omöjliggör den lagstadgade rätten till vård på lika villkor. Istället för kulturspecifik kunskap bör kulturell kompetens innebära reflektion över sina egna övertygelser och värderingar, liksom hur dessa inverkar på livet.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
INVANDRING OCH HÄLSA I SVERIGE.....	1
KULTUR.....	2
Kultur och hälsa.....	2
Kulturell kompetens.....	3
”VI” OCH ”DEM”.....	3
LAGAR OCH RÄTTIGHETER.....	4
SOCIALSTYRELSENS KOMPETENSBESKRIVNING.....	5
TEORETISK REFERENSRAM.....	5
Joyce Travelbees omvårdnadsteori.....	5
<i>Människan som individ</i>	5
<i>Mänskliga relationer</i>	5
<i>Kommunikation</i>	6
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	7
LITTERATURSÖKNING.....	7
Exklusions- och inklusionskriterier.....	7
Sökord och avgränsningar.....	7
Sekundärsökning.....	8
URVAL.....	8
DATAANALYS.....	8
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN.....	9
RESULTAT	9
BETYDELSEN AV VERBALA OCH ICKE-VERBALA KÄNSLOUTTRYCK.....	9
Främmande känslouttryck.....	9
Språkbarriärer.....	9
Övriga hinder för kommunikation.....	11
Tolkanvändning.....	11
SVÅRIGHETER ATT TILLGODOSE PATIENTENS BEHOV.....	12
Olika syn på sjukdom och hälsa.....	12
Symtomskattning.....	12
SOCIALA STRUKTURERS PÅVERKAN PÅ VÅRDMÖTET.....	13

Familj	13
Genus	13
SJUKSKÖTERSKANS BEHOV AV KULTURELL KOMPETENS	14
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15
RESULTATDISKUSSION	17
IMPLIKATIONER FÖR OMVÅRDNAD OCH FORTSATT FORSKNING.....	21
REFERENSLISTA.....	22

BILAGOR

BILAGA I – SÖKTABELL

BILAGA II - ARTIKELÖVERSIKT

INLEDNING

Under sjuksköterskeprogrammets verksamhetsförlagda utbildning har vi vid upprepade tillfällen upplevt att sjuksköterskor har en negativ attityd till att vårda personer med annan kulturell bakgrund. Sjuksköterskor uppvisar frustration och irritation när patienter med annan kulturell bakgrund uppträder annorlunda eller uttrycker annorlunda behov och önskemål. Detta skyller de många gånger på patientens kulturella bakgrund, istället för individuella skillnader. Sällan används denna förklaringsmodell när det gäller patienter som antas tillhöra den svenska kulturen, trots att de kan uppvisa nästan identiska beteenden och uttryckssätt. Orsakerna till detta är ofta svåra att förstå. I samhällsdebatten är migration och integration högaktuella ämnen och främlingsfientliga partier tar allt mer plats på den politiska arenan. Det är möjligt att det politiska klimatet påverkar individerna i ett samhälle. Om så är fallet skulle det delvis kunna förklara sjuksköterskornas inställning till att vårda personer med annan kulturell bakgrund.

Våra erfarenheter från sjukvården i kombination med dagens samhällsutveckling väckte ett intresse för hur möten mellan sjuksköterskor och patienter påverkas av kultur. Vi ställde oss bland annat frågande till vilka faktiska erfarenheter sjuksköterskor har av detta och huruvida det finns fördomar baserade på antaganden om kultur. Litteraturstudien gjordes med en förhoppning om att nå ökad förståelse och kunskap kring detta område, vilket troligen kommer vara till stor användning i vår framtida yrkesroll.

BAKGRUND

INVANDRING OCH HÄLSA I SVERIGE

Världen blir alltmer globaliserad och möjligheten för människor att flytta mellan länder ökar (Socialstyrelsen, 2009). År 2014 bestod Sveriges befolkning av drygt en femtedel utlandsfödda personer eller personer som har två utlandsfödda föräldrar (Statistiska centralbyrån [SCB], 2015). Utöver dessa tillkommer asylsökande och andra migranter utan uppehållstillstånd vilka inte är inräknade i befolkningsstatistiken (Socialstyrelsen, 2009). Invandringen till Sverige har mer än fördubblats sedan år 2000. Invandrare innefattar alla som flyttar till Sverige oberoende av anledning. Det kan alltså innebära allt från flyktingar till arbetskraftsinvandring, anhöriginvandring och återvändande svenskar (SCB, 2015). Den främsta anledningen till de senaste årens höga invandring bedöms bero på politisk instabilitet runtom i världen (SCB, 2014).

Enligt Socialstyrelsen (2011a) finns det många studier som visar att utlandsfödda personer har sämre hälsa än den del av befolkningen som är född i Sverige. Flyktingskap, att vara ny i det svenska samhället och diskriminering utgör riskfaktorer för sämre hälsa. Även sociala faktorer har betydande inverkan på detta (Socialstyrelsen, 2009). Det här går i linje med teorin om den sociala hälsogradienten vilken beskriver sambandet mellan socioekonomiska faktorer och ojämlikheter i hälsa. Hälsa och förväntad livslängd är kopplat till var i den sociala hierarkin en person befinner sig samt hur denne upplever möjligheten att kunna påverka sin livssituation. Den sociala hälsogradienten inbegriper även individens ekonomiska förutsättningar. Dessutom har den psykologiska upplevelsen av ojämlikhet ett nära samband med ohälsa (Helman, 2007). Invandrare har generellt en sämre socioekonomisk situation än andra grupper i samhället. De är i högre grad utsatta för diskriminering på arbets- och bostadsmarknaden och har oftare en sämre arbetsmiljö. Dessutom har de oftare en låg

utbildningsnivå och drabbas i högre grad av arbetslöshet (Socialstyrelsen, 2011a). Den sämre socioekonomiska ställningen leder till att invandrare befinner sig längre ner på skalan enligt den sociala hälsogradienten. De har därmed en ökad risk för ohälsa.

Med en ökad andel utlandsfödda ställs nya krav på hälso- och sjukvården. Att vårda personer med annan kulturell bakgrund, där exempelvis språk, integrationsnivå, religion, socioekonomisk status och synen på hälsa och sjukdom skiljer sig åt kan vara en utmaning för vårdpersonal (Ahmadi, 2008).

KULTUR

Det finns många olika definitioner av begreppet kultur (Ahmadi, 2008; Allwood & Johnsson, 2009; Kleinman & Benson, 2006; Nordin & Schölin, 2011; Stier, 2009). Kultur kan beskrivas som den komplexa helhet en person i samhället lever i. Denna inkluderar tro, kunskap, konst, moral, lagar, seder och vanor. Kultur kan också definieras som ett system av gemensamma idéer, begrepp, regler och uppfattningar. Dessa uttrycks genom människors sätt att leva. Utifrån de här definitionerna kan kultur alltså ses som de riktlinjer människor i en viss grupp lever efter och ärver från generation till generation genom det sociala samspelet. Riktlinjerna anger hur individen ska förhålla sig till omvärlden – hur den ska se på världen och uppleva den känslomässigt, liksom hur man som individ ska bete sig i förhållande till andra människor. Genom bland annat språk, symboler, konst och ritualer överförs riktlinjerna till kommande generationer. Kultur och kulturell bakgrund har således stor betydelse för många delar av människors liv som exempelvis beteende, familjestrukturer, religion, matvanor och kroppsuppfattning (Helman, 2007).

Det är viktigt att påtala att kulturer aldrig är homogena utan dynamiska och i ständig förändring. En tydligt bidragande faktor till detta är globaliseringen; med gränsöverskridande kommunikation och migration världen över påverkar olika kulturer ständigt varandra. Generaliseringar på grund av kulturell tillhörighet utgör således en risk för att utveckla stereotyper vilka i sin tur kan leda till kulturella missförstånd, fördomar och diskriminering (Helman, 2007). Generaliseringar bör också undvikas eftersom det inte enbart är den kulturella bakgrunden som påverkar en persons beteende och sätt att uppfatta sig själv och sin omvärld. Ytterligare faktorer som påverkar är till exempel kön, ålder, personlighet, utbildning, socioekonomiska förhållanden samt omgivningsfaktorer. Socioekonomiska förhållanden innefattar social status, ekonomiska förutsättningar, arbetssituation och socialt kontaktnät. Omgivningsfaktorer som klimat, befolkningstäthet, infrastruktur samt tillgång till hälso- och sjukvård spelar också roll för hur en person eller en viss grupp inom en kultur ser på och lever sitt liv. Detta visar att en gemensam kultur i allra högsta grad är heterogen och inkluderar flera olika subkulturer med skilda sätt att uppfatta tillvaron (Helman, 2007).

Kultur och hälsa

Kulturell bakgrund påverkar synen på hälsa, sjukdom, smärta och lidande (Helman, 2007). Olika kulturer kan ha olika förklaringsmodeller för hälsa och sjukdom. Patientens uppfattning om vad aktuell ohälsa beror på, vilka konsekvenser som kan uppstå på grund av denna, samt vad som kan vara en möjlig behandling kan skilja sig åt från den bild som sjukvården har (Kleinman & Benson, 2006). Som en del av västvärlden har hälso- och sjukvården i Norden traditionellt dominerats av ett biomedicinskt perspektiv som främst berör den fysiska kroppen och där hälsa ses som frånvaro av sjukdom (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2014). Det västerländska biomedicinska perspektivet är ett av många system för att förklara hälsa och

sjukdom. Hälsosystemen påverkas och formas utifrån föreställningar specifika för kulturen (Ahmadi, 2008).

Kulturell kompetens

För att kunna ge en patient bästa möjliga vård är det av vikt att hänsyn tas till dennes kulturella bakgrund (Nordin & Schölin, 2011). Enligt Jirwe, Momeni och Emami (2014) handlar kulturell kompetens om att kunna möta och vårda alla människor, inte bara personer med invandrarbakgrund. Enligt Jirwe et al. (2014) inbegriper kulturell kompetens tre viktiga beståndsdelar:

- Kulturell medvetenhet
- Förmåga till kulturell bedömning
- Kommunikation

Kulturell medvetenhet innefattar sjuksköterskans förmåga att se och reflektera över sina egna personliga övertygelser och värderingar, varifrån de kommer och hur de påverkar dennes liv. Kulturell medvetenhet inbegriper också förmågan att kunna urskilja stereotypa föreställningar och fördomar om andra människor och förstå att dessa kan leda till diskriminering utifrån kulturella olikheter (Jirwe et al., 2014). Här bör också en förståelse för vad kultur är och hur den påverkar en människas liv ingå (Jirwe, Gerrish, Keeney & Emami, 2009).

Den kulturella bedömningen förutsätter kunskap om patientens syn på hälsa, sjukdom och sjukvård liksom synen på egenvård. Dessutom är det viktigt att ha kunskap om eventuell religiös livsåskådning, sociala relationer, synen på familj, socioekonomisk status, yrke och utbildning för att kunna göra en kulturell bedömning (Jirwe et al, 2014).

Kommunikation är en förutsättning för god vård. Sjuksköterskan måste kunna bedöma och ta i beaktande patientens språkförmåga (både verbal och icke-verbal) och eventuella tolkbehov. Vid vård av personer med annan kulturell bakgrund är det av vikt att sjuksköterskan lyssnar aktivt och är medveten om att variationer i kroppsspråk kan förekomma beroende på vem denne talar med. God kommunikation bygger också på att sjuksköterskan undviker generaliseringar och/eller att dra förhastade slutsatser i samtal med andra människor (Jirwe et al., 2014).

”VI” OCH ”DEM”

Inom alla kulturer finns en tendens att dela in andra människor i olika kategorier (Jirwe et al., 2014; Nordin & Schölin, 2011). Dessa kategorier utformas för att skapa ordning i tillvaron och vid mötet med en ny person sker ett omedvetet försök att placera denne i lämplig kategori. Det är vanligt att till exempel dela in människor i kategorier som man och kvinna eller svensk och invandrare (Jirwe et al., 2014). I och med detta görs en generalisering av människor som ofta är missvisande. Generaliseringar och kategoriseringar leder till stereotypa föreställningar om människor. Stereotyper kan sägas vara allmänt hållna, överförenklade och inte sällan nedvärderande bilder av sociala grupper (Stier, 2009). Hit går också att koppla problematiken med fördomar. Fördomar handlar om att döma en person utifrån generaliseringar, föreställningar och förutfattade meningar. Fördomar är förknippat med starka känslor vilket gör att uppfattningar om andra människor och företeelser framstår som sanna och därmed mycket svåra att ändra på (Nordin & Schölin, 2011).

Skapandet av kategorier grundar sig ofta i ett tänkande om ”vi” och ”dem”, och uppstår utifrån våra uppfattningar och antaganden om oss själva och andra (Jirwe et al., 2014). Det som är främmande och annorlunda i relation till normen placeras i kategorin ”dem”. Att definiera vad och vem som är annorlunda är en strukturell maktutövning som, medvetet eller omedvetet, upprätthåller en maktordning som förutsätter fasta etniciteter, kulturer och kön (Statens offentliga utredningar [SOU], 2006:78). När det gäller invandrare i förhållande till majoritetsbefolkningen sker således en social positionering av invandrarna som ”dem” i relation till majoritetsbefolkningen som ett ”vi”. Denna sociala konstruktion utgör en tolkningsram och avgör vilka normer människor har att förhålla sig till. Att dela upp människor i ”vi” och ”dem” innebär att åsikter och kulturella särdrag kan kategoriseras som rätt respektive fel. Dock kan det inte sägas att ”vi” har rätt och ”de” har fel utan bara att vi som människor kan ha olika kulturella särdrag och åsikter (Jirwe et al., 2014).

När en person, som placerats in i kategorin ”dem”, är eller agerar annorlunda tillskrivs detta ofta personens kulturella bakgrund istället för att hävda skillnader mellan individer. Allt kan dock inte förklaras utifrån kultur då en människas beteende och uppfattningar påverkas av många olika faktorer i en komplex sammansättning (Jirwe et al., 2014). Inom hälso- och sjukvården måste sjuksköterskan förstå och bedöma patientens individuella önskemål och vilken betydelse dessa har för personens återhämtning. De individuella önskemålen kan utgå från en specifik kultur, men behöver inte nödvändigtvis göra det. En individ upplever ofta sin identitet som meningsfull när den delas med andra, vilket gör kultur till en relevant faktor för människan, men identiteten skapas dock alltid individuellt. En identitet kan aldrig delas helt av flera olika personer eftersom varje människa är unik (Nordin & Schölin, 2011).

LAGAR OCH RÄTTIGHETER

Svensk hälso- och sjukvård regleras av hälso- och sjukvårdslagen. Lagen säger att ”målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], SFS 1982:763, 2 §). Vidare beskrivs att människors lika värde och den enskilda människans värdighet ska respekteras när vård förmedlas samt att företräde ska ges den person med störst behov av hälso- och sjukvård. Med en god vård åsyftas bland annat att arbetet ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Arbetet ska också ske på ett sådant sätt att patientens säkerhet tillgodoses. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att arbeta för att främja goda relationer med patienterna samt att förmedla relevant information (HSL, SFS 1982:763).

För prioritering av hälso- och sjukvårdens resurser finns tre grundläggande etiska principer. Den främsta av dessa är människovärdesprincipen vilken säger att ”alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället” (Statens offentliga utredningar [SOU] 1995:5, s.115). Människovärdet är knutet till själva existensen och denna människosyn lyfter fram allas lika värde oberoende av land, kultur och sammanhang. Förenta Nationernas (FN) deklaration om mänskliga rättigheter samt svensk lag återger liknande formuleringar av människovärdesprincipen (SOU 1995:5; FN, 2008).

Världshälsoorganisationen (WHO, u.å.) fastslår hälsa som en grundläggande mänsklig rättighet. Förenta Nationerna (FN) har antagit olika konventioner som ska följas av medlemsländerna med syftet att skydda de mänskliga rättigheterna. I artikel 12 i konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter erkänner konventionsstaterna rätten för varje enskild individ att ”åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa” (FN, 1966).

Konventionsstaterna har också åtagit sig ansvaret att skapa förutsättningar som garanterar samtliga invånare läkar- och sjukhusvård och att vidta nödvändiga åtgärder för att förbättra landets hälsovård (FN, 1966).

SOCIALSTYRELSENS KOMPETENSBESKRIVNING

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor ska sjuksköterskans arbete utgå från en helhetssyn på människan och ett etiskt förhållningssätt. Detta innebär bland annat att arbetet utgår från en humanistisk värdegrund och att patientens autonomi, värdighet och integritet ska respekteras och värnas. I kompetensbeskrivningen står också att sjuksköterskan ska ha förmåga att kommunicera med patienter och närstående på ett empatiskt och respektfullt sätt och förvissa sig om att given information uppfattats på rätt sätt. Dessutom ska patientens unika omvårdnadsbehov tillgodoses, såväl fysiska, psykiska, andliga, sociala som kulturella behov (Socialstyrelsen, 2005).

TEORETISK REFERENSRAM

Joyce Travelbees omvårdnadsteori

Travelbees omvårdnadsteori fokuserar på omvårdnad som en mellanmänsklig process. Hon menar att man måste förstå vad som sker i mötet mellan sjuksköterska och patient för att förstå vad omvårdnad faktiskt är och bör vara. Enligt Travelbee är det de ”konkreta mänskliga upplevelserna av sjukdom och lidande, och problem i anknytning till att hantera och finna mening i dessa” (Kirkevold, 2000, s. 139) som sjuksköterskan bör inrikta sig på. Hennes grundläggande uppfattning är således att sjukdom och lidande är en personlig upplevelse. Dessutom menar hon att dessa erfarenheter kan vara meningsfulla för individen och att detta, att stötta patienten i att finna mening, är det övergripande målet med omvårdnad. Det viktigaste redskapet för att nå detta mål är den mellanmänskliga relationen (Kirkevold, 2000). Nedan följer en beskrivning av tre centrala begrepp i Travelbees teori.

Människan som individ

Enligt Travelbee är människan en unik och oersättlig individ, både lik och olik alla andra personer som har levt, lever eller kommer att leva (Travelbee, 2002). Hon förkastar den människosyn som utgår från generaliseringar och av denna anledning avfärdar hon begreppen ”sjuksköterska” och ”patient”. Travelbee menar att dessa är kategoriserande begrepp som förenklar verkligheten och reducerar individen till något generellt. Kategoriseringar leder till stereotyper (Kirkevold, 2000).

Mänskliga relationer

Travelbee menar att omvårdnadens huvudsakliga syfte är att hjälpa individen att finna mening i sina livserfarenheter. För att uppnå detta krävs att en mellanmänsklig relation etableras. Denna relation karakteriseras framförallt av att individen eller familjens omvårdnadsbehov tillgodoses. Enligt Travelbee måste relationen vara ömsesidig, men det är sjuksköterskans huvudsakliga ansvar att upprätta och vidmakthålla relationen. För att uppnå en mellanmänsklig relation måste individerna genomgå fem faser: det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati och ömsesidig förståelse och kontakt (Kirkevold, 2000).

Det första mötet kännetecknas av att de två individerna som möts är främmande för varandra. Således görs generaliserande antaganden om den andra utifrån tidigare erfarenheter. För sjuksköterskan är det av största vikt att bli medveten om de stereotypa uppfattningar som påverkar föreställningen om den andre (Travelbee, 2002). I nästa fas börjar sjuksköterskan att

förstå hur den andre tänker, upplever och förstår sin situation. Både sjuksköterskan och patienten förmår att se den andra som en unik individ. För sjuksköterskan är det viktigt att inte jämföra individen i fråga med tidigare patienter (Kirkevold, 2000). Den tredje fasen, empati, kännetecknas av att sjuksköterskan går in i eller förstår och delar den andre individens upplevelse. Travelbee säger att empati kräver likartade erfarenheter och en vilja att förstå den andre (Travelbee, 2002). Sympatifasen är en förlängning av empatifasen, med skillnaden att sjuksköterskan nu har en önskan om att lindra lidandet hos den andre. Denna fas präglas således av medkänsla. Den sista fasen, ömsesidig förståelse och kontakt, karakteriseras av att båda parterna delar samma upplevelse – varandras tankar, känslor och attityder. Den sista fasen är ett resultat av sjuksköterskans och patientens interaktion, liksom ett resultat av att sjuksköterskan lindrat patientens lidande (Kirkevold, 2000).

Kommunikation

Syftet med kommunikation är att lära känna den människa sjuksköterskan har framför sig och att tillgodose dennes behov. Kommunikation är en ömsesidig och kontinuerlig process som äger rum i mötet mellan två människor. Både verbal och icke-verbal kommunikation ingår i begreppet. Enligt Travelbee är kommunikation en förutsättning för att lindra lidande och hjälpa individen att finna mening i sin upplevelse. God kommunikation förutsätter att sjuksköterskan ser varje patient som en unik individ (Kirkevold, 2000).

PROBLEMFÖRMULERING

Med globaliseringen kommer att det svenska samhället idag präglas av stor kulturell mångfald. Utlandsfödda personer har visat sig ha sämre hälsa än de som är födda i Sverige och de drabbas av sämre bemötande och diskriminering inom vården (Socialstyrelsen, 2011b). Svensk lag säger att vård ska ges på lika villkor till alla människor (HSL, SFS 1982:763). Sjuksköterskan ska enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning möta varje patient utifrån en helhetssyn och se och bemöta varje person som en unik individ (Socialstyrelsen, 2005). Däremot står det faktum att människan kategoriserar och generaliserar för att göra sin omvärld mer begriplig (Jirwe et. al., 2014). Generaliseringar med utgångspunkt i exempelvis hudfärg, kön, etnicitet, språk eller religion utgör en risk för att vård inte ges utifrån individens specifika behov. För att få mer insikt i detta problem och skapa djupare förståelse är det viktigt att ta reda på sjuksköterskors erfarenheter av och vilka attityder de har till att vårda människor med annan kulturell bakgrund.

SYFTE

Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av och attityder till att vårda personer med annan kulturell bakgrund.

METOD

Då syftet med denna uppsats var att skapa en beskrivande sammanställning av ett specifikt område inom omvårdnad, valdes allmän litteraturoversikt som modell för arbetet (Friberg, 2012).

LITTERATURSÖKNING

En litteratursökning består ofta av en inledande informationssökning och en egentlig informationssökning (Östlundh, 2012), så även i föreliggande arbete. Den inledande litteratursökningen gav en översikt över valt problemområde. Dessutom gav den uppslag till eventuella sökord och begränsningar. Innan den egentliga litteratursökningen påbörjades skrevs fler relevanta sökord upp. För att precisera sökorden och göra dem mer kompatibla med databaserna användes ämnesordlistor för respektive databas (svensk MESH och Cinahl headings). Sökorden jämfördes och utökades också med hjälp av en ämnesordlista från Karolinska Institutet Universitetsbibliotek (KIB, u.å.). Litteratursökningen påbörjades i PubMed och Cinahl, databaser med medicin respektive omvårdnad som huvudområde. Sökningarna i PubMed gav flest antal träffar och merparten av artiklarna som fanns i Cinahl återfanns också i PubMed. För att se om ytterligare relevant material fanns att inhämta gjordes kompletterande sökningar i den multidisciplinära databasen Scopus.

Exklusions- och inklusionskriterier

I föreliggande arbete inkluderades enbart studier genomförda i Norden, eftersom det fanns en vilja att alla deltagarna skulle utgå från en tämligen lik kulturell referensram. Dessutom har Norden ett liknande hälso- och sjukvårdssystem och en liknande demografisk utveckling. Ytterligare inklusionskriterier var att deltagarna i studierna skulle inkludera legitimerade sjuksköterskor och att majoriteten av deltagarna skulle vara födda i Norden. För att artiklarna skulle vara relevanta i arbetet krävdes också att studierna genomförts inom somatisk vård. Artiklar som berörde papperslösas situation i sjukvården exkluderades, då denna grupp är alltför specifik och kan tänkas medföra en annan problematik än personer som har tillstånd att vistas landet.

Sökord och avgränsningar

De sökord som inledningsvis användes var ”cultural diversity”, ”immigrants” och ”nursing care”. Beroende på hur många träffar de gav kombinerades sökorden på olika sätt och nya sökord lades till. Sökorden kompletterades också med nyckelord från relevanta artiklar. Många sökningar gav över 1000 träffar; med tanke på att arbetet skulle begränsas till Norden lades således de nordiska länderna till som sökord. För att kombinera flera sökord med varandra tillämpades boolesk sökteknik. Sökoperatörerna som användes var AND och OR. Med hjälp av dessa operatörer kan sökningen styras i önskad riktning (Östlundh, 2012). Under sökprocessen gav många sökningar liknande träffar med flera relevanta artiklar som återkom. Detta tolkades som ett tecken på att utvalda sökord var relevanta för arbetet.

Vid varje sökning användes ett antal begränsningar. Gemensamt för alla sökningar var att artiklarna skulle vara publicerade någon gång mellan 2005-2015. I Cinahl avgränsades även sökningarna med ”peer reviewed” och ”english”. I Scopus begränsades sökningarna med ”article” och ”nursing”. Dessa avgränsningar gjordes för att underlätta urvalet av artiklar (Östlundh, 2012). För detaljerad information om litteratursökningen, se bilaga I.

Sekundärsökning

Litteratursökningen kompletterades med en sekundärsökning. Referenslistor till valda artiklar granskades, liksom länkar till citeringar och rekommenderade artiklar från databaserna. Vid sekundärsökningen användes samma avgränsningar som ovan. Enligt Östlundh (2012) bör sekundärsökning alltid tillämpas, om inte annat för att försäkra sig om ett bra slutresultat.

URVAL

I urvalets första fas sällades artiklar bort vars titel inte svarade på arbetets syfte. Därefter lästes sammanfattningar från studier och om dessa ansågs relevanta lästes hela artiklar. Under denna fas valdes artiklar bort som inte höll sig inom ramen för arbetets syfte. De artiklar som blev kvar efter urvalet granskades med hjälp av Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ respektive kvalitativ metod. Totalt granskades 18 artiklar och av dessa användes 14 stycken i arbetet. De artiklar som valdes bort ansågs inte svara på syftet och/eller hade för låg kvalitet. Se bilaga II för artikelöversikt.

DATAANALYS

För att få en uppfattning om innehållet och helheten i artiklarna lästes de upprepade gånger. Artiklarna sammanfattades sedan för att få en uppfattning om det väsentliga i resultaten. Sammanfattningarna skrevs individuellt för att sedan jämföras. Det här var ett sätt att säkerställa att ingen betydande information förbisetts (Friberg, 2012). Därefter analyserades likheter och skillnader i resultaten och materialet sorterades utifrån dessa. Material som berörde samma saker hamnade under samma kategori. Efter noggrann genomgång av artiklarna framträdde elva rubriker: familjen, patriarkala strukturer, genus, annorlunda känslouttryck, symtomskattning, olika syn på hälsa och sjukdom, stereotypa föreställningar, språkbarriärer, tolkanvändning, känslor av osäkerhet och behov av kulturell kompetens. Dessa rubriker förändrades något under analysarbetets gång och sorterades in i kategorier och subkategorier.

Tabell 1. Översikt över kategorier och subkategorier

KATEGORIER	SUBKATEGORIER
Betydelsen av verbala och icke-verbala uttryckssätt	- Främmande känslouttryck - Språkbarriärer - Övriga hinder för kommunikation - Tolkanvändning
Svårigheter att tillgodose patientens behov	- Olika syn på sjukdom och hälsa - Symtomskattning
Sociala strukturers påverkan på vårdmötet	- Familj - Genus
Sjuksköterskors behov av kulturell kompetens	

ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

Alla former av vetenskapligt arbete ska omfatta etiska aspekter. Patel och Davidson (2011) listar fyra krav som forskare ska ta hänsyn till vid vetenskapliga studier: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att de som berörs av forskningen ska informeras om dess syfte och upplägg, liksom att informationen ska ges på ett begripligt sätt. Samtyckeskravet fastslår att deltagarna i en studie har rätt att själva bestämma över sin medverkan, deras medverkan är alltså frivillig. Konfidentialitetskravet förutsätter att alla uppgifter om och från deltagarna behandlas konfidentiellt. Detta innebär att deltagarnas integritet och anonymitet bevaras genom hela forskningsprocessen. Dessutom ska personuppgifter förvaras ”på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem” (Patel & Davidson, 2011, s. 63). Det fjärde kravet, nyttjandekravet, innebär att de uppgifter som samlats in om enskilda personer endast får användas för aktuell forskningsändamål (Olsson & Sörensen, 2011; Patel & Davidson, 2011).

Föreliggande arbete behandlar ett relativt känsligt ämne; av denna anledning är det viktigt att etiska diskussioner finns med i de artiklar som ligger till grund för resultatet. Alla artiklar utom en var godkända av en etisk kommitté och/eller uppfyller ovanstående krav. Den artikel som saknade diskussion kring etiska aspekter hade dock initierats av personalen på avdelningen i fråga.

RESULTAT

BETYDELSEN AV VERBALA OCH ICKE-VERBALA KÄNSLOUTTRYCK

Främmande känslouttryck

Ett återkommande tema i studierna är sjuksköterskors beskrivning av patienter med annan kulturell bakgrund som dramatiska och högljudda (Hultsjö & Hjelm, 2005; Høye & Severinsson, 2008; Ozolins & Hjelm, 2003; Pergert, Ekblad, Enskär & Björk, 2007). Exempelvis framgår det av en studie att 81 % av sjuksköterskorna håller med om detta påstående (Michaelsen, Krasnik, Nielsen, Norredam & Torres, 2004). Sjuksköterskor beskriver att krisreaktioner hos dessa patienter och deras anhöriga skiljer sig från de uttryck som de annars är vana vid. De anses vara mer dramatiska i sättet att visa sina känslor. Sjuksköterskor ser uttryck för oro, ångest och sorg hos patienter och anhöriga med annan kulturell bakgrund som extrema. Detta upplevs svårhanterligt eftersom de har svårt att veta hur de ska trösta och hjälpa de sörjande personerna. De beskriver också hur andra patienter upplever de starka känslouttrycken som skrämmande och sjuksköterskorna känner ett ansvar för att skydda dem genom att till exempel stänga dörrar för att skärma av (Høye & Severinsson, 2008; Pergert et al., 2007). Patienter med starka känslouttryck skapar också irritation hos sjuksköterskorna själva (Nielsen & Birkelund, 2009). Dellenborg, Skott och Jakobsson (2012) beskriver hur sjuksköterskor reagerar i mötet med personer som avviker från det sätt som anses vara typiskt ”svenskt”. Dessa möten ger upphov till dramatiska och starka känslor hos sjuksköterskorna, de känner sig förolämpade och frustrerade. Möten med personer som anses vara annorlunda i förhållande till det som uppfattas som ”svenskt” gör även att stereotyper skapas liksom kategoriseringar av ”vi” och ”dem”.

Språkbarriärer

Kommunikationsproblem på grund av språkskillnader mellan vårdpersonal och patienter med annan kulturell bakgrund är mycket vanligt förekommande (Berlin, Johansson & Törnkvist,

2006; Dalheim Englund & Rydström, 2012; Høye & Severinsson, 2008; Høye & Severinsson, 2010; Hulstjög & Hjelm, 2005; Michaelsen et al., 2004; Nielsen & Birkelund, 2009; Nkulu Kalengayi, Hurtig, Ahlm & Ahlberg, 2012; Ozolins & Hjelm, 2003; Pergert et al., 2007; Skott & Lundgren, 2009). De språkliga skillnaderna varierar. Sjuksköterskor beskriver situationer där de delvis kan kommunicera med patienten på samma språk till tillfällen där språkskillnaderna gör verbal kommunikation omöjlig (Nielsen & Birkelund, 2009; Nkulu Kalengayi et al., 2012; Ozolins & Hjelm, 2003; Pergert et al., 2007). I en studie av Dalheim Englund & Rydström (2012) återger sjuksköterskor att språksvårigheter ibland är uppenbara medan de andra gånger har svårt att avgöra patientens grad av språkförståelse.

Pergert et al. (2007) beskriver olika faktorer som påverkas negativt när det finns hinder i den språkliga kommunikationen. Sjuksköterskor informerar vanligen patienterna kontinuerligt om omvårdnad och rutiner samt gör upprepade bedömningar av patientens behov och hälsotillstånd. Möjligheten till detta försvåras i och med bristande kommunikationsförmåga. En förutsättning för att utveckla en god vårdrelation är att patient och sjuksköterska kommunicerar spontant, så att säga småprat, vilket främjar tillit och ger utrymme för patienten att dela sin berättelse. Detta är dock något som till stor del uteblir när sjuksköterska och patient inte har ett gemensamt verbalt språk (Pergert et al., 2007). Språkbarriären fördröjer sjuksköterskors etablering av kontakt. Sjuksköterskor beskriver även svårigheter med att stödja patienter när de inte talar samma språk (Nkulu Kalengayi et al., 2012).

Ett vanligt problem som sjuksköterskor erfar vid språkliga kommunikationssvårigheter gäller information (Dalheim Englund & Rydström, 2012; Høye & Severinsson, 2010; Hulstjög & Hjelm, 2005; Nielsen & Birkelund, 2009; Nkulu Kalengayi et al., 2012; Ozolins & Hjelm, 2003). De påtalar risken för missförstånd om det finns svårigheter vid informationsutbytet mellan sjuksköterska och patient (Ozolins & Hjelm, 2003; Pergert et al., 2007). Sjuksköterskor upplever det även svårt att veta om patient och/eller anhöriga har förstått given information (Dalheim Englund & Rydström, 2012; Høye & Severinsson, 2010; Michaelsen et al., 2004). En studie av Michaelsen et al. (2004) visar att 58 % av sjuksköterskorna upplever att patienterna inte förstår erhållen rådgivning. En annan studie beskriver att 92 % av sjuksköterskorna har svårt att veta om föräldrar till patienter har förstått given information (Berlin et al., 2006). Dessa faktorer kan leda till att sjuksköterskor upplever känslor av osäkerhet (Dalheim Englund & Rydström, 2012; Høye & Severinsson, 2008; Pergert et al., 2007).

Enligt flera studier blir språkbarriären särskilt uppenbar vid kommunikation via telefon (Dalheim Englund & Rydström, 2012; Hulstjög & Hjelm, 2005; Nkulu Kalengayi et al., 2012). Hulstjög & Hjelm (2005) tar upp hur språkbarriären mellan patient och larmcentral är svår att överbrygga och leder till att ambulansen gör akuta utryckningar till patienter som inte är akut sjuka. Sjuksköterskor känner ett stort ansvar i avgörandet om en patient behöver akut vård eller inte när kommunikation och bedömning sker över telefon (Hulstjög & Hjelm, 2005). Sjuksköterskor i primärvården beskriver hur de upplever telefonkonsultation som en utmaning och att de ofta landar i att boka in ett besök på vårdcentralen för att kunna göra en tillfredsställande bedömning (Dalheim Englund & Rydström, 2012). Språket är också ett hinder för att patienterna ska kunna hitta sin väg genom det svenska hälsosystemet och själva ta till sig nödvändig information (Nkulu Kalengayi et al., 2012; Ozolins & Hjelm, 2003).

Övriga hinder för kommunikation

Pergert et al. (2007) skriver att många sjuksköterskor lägger stor vikt vid att patienten inte undanhålls någon information gällande vården. Sjuksköterskor anser att ärlighet är en förutsättning för en god vårdrelation, liksom för patientens förmåga att hantera situationen. I studien framkommer dock att dessa tankar inte alltid delas av patienter och anhöriga med annan kulturell bakgrund. Familjer med annan kulturell bakgrund anser ibland att sanningen gör mer skada än nytta för patienten och att denne därmed bör undanhållas information. För sjuksköterskorna blir detta således ett etiskt dilemma (Debesay, Harsløf, Rechel & Vike, 2014; Pergert et al., 2007; Skott & Lundgren, 2009).

I vården av patienter med annan kulturell bakgrund beskriver sjuksköterskor erfarenheter av patriarkala strukturer. Det här skiljer sig från det som de möter i vården av övriga patienter och är något som upplevs skapa dilemman (Dalheim Englund & Rydström, 2012; Dellenborg et al., 2012; Høye & Severinsson, 2008; Høye & Severinsson, 2010; Nkulu Kalengayi et al., 2012; Pergert et al., 2007). Sjuksköterskor arbetar efter det grundläggande värdet att patienter ska erhålla direkt information om sin situation och plan för vården. I situationer där familjen vill att information ska förmedlas till en manlig familjemedlem upplever sjuksköterskor det som ett dilemma att inte få kommunicera direkt med patienten och därmed inte ha full kontroll över vilken information patienten får (Dellenborg et al., 2012; Høye & Severinsson, 2010; Nkulu Kalengayi et al., 2012; Pergert et al., 2007).

Tolkanvändning

Behovet och användandet av tolk är en ständigt aktuell fråga i vården av personer med annan kulturell bakgrund där språkskillnader föreligger (Alpers & Hanssen, 2014; Berlin et al., 2006; Dalheim Englund & Rydström, 2012; Hultsjö & Hjelm, 2005; Høye & Severinsson, 2008; Høye & Severinsson, 2010; Nielsen & Birkelund, 2009; Nkulu Kalengayi et al., 2012; Ozolins & Hjelm, 2003; Pergert et al., 2007). Tolkanvändning är ingen självklarhet trots att det är det mest uppenbara sättet att komma förbi språkbarriärer. Sjuksköterskor upplever att det kan få negativa konsekvenser för vårdmötet. Tolkanvändning innebär att ytterligare en person är närvarande utöver sjuksköterska och patient. För ett fungerande samtal måste ett visst mått av förtroende skapas för denne tredje person, både av patienter och av sjuksköterskor. Patienter kan ha svårt att prata öppet om sin situation när en främmande person är närvarande. Av denna anledning kan de ibland motsätta sig användandet av tolk. För sjuksköterskor kan det vara svårt att få förtroende för tolken när denne är oförmögen att behålla sin professionella roll (Pergert et al., 2007). Ett annat problem är att sjuksköterskor upplever osäkerhet gällande tolkars översättning; enligt Berlin et al. (2006) känner 71 % av sjuksköterskorna på detta sätt.

Vid ett tolksamtal vill vårdpersonal få med så mycket information som möjligt för att utnyttja den tid som tolken är närvarande. Sjuksköterskor upplever att tiden för tolksamtalet främst upptas av att läkare förmedlar medicinsk information. Den information som sjuksköterskan har att ge får således ges i mån av tid eller i komprimerad form i slutet av samtalet. När en stor mängd information ges vid ett enstaka tillfälle finns en risk att patient och anhöriga inte har möjlighet att tillgodogöra sig den. Om det dessutom handlar om ett svårt besked försvåras detta ytterligare. Tiden för ett tolksamtal är dessutom begränsad vilket gör att patient och anhöriga inte heller får möjlighet att ställa frågor. Detta ökar risken för att given information ska missförstås. Det kan även minska känslan av trygghet (Pergert et al., 2007).

De tillfällen när professionell tolk anlitas är när komplex eller känslig information ska framföras till patient och/eller anhöriga (Høye & Severinsson, 2008; Høye & Severinsson, 2010) och vid läkarsamtal (Nielsen & Birkelund, 2009; Pergert et al., 2007). I följande situationer beskriver sjuksköterskor att tolkanvändningen begränsas: i den dagliga omvårdnaden (Høye & Severinsson, 2010), när det är svårt att få tag på en tolk snabbt (Nielsen & Birkelund, 2009; Dalheim Englund & Rydström, 2012), utifrån patientens egen önskan (Dalheim Englund & Rydström, 2012), när patienten förstår en liten del av aktuellt språk (Nielsen & Birkelund, 2009; Pergert et al., 2007), när problemet inte anses vara allvarligt och när tolkanvändning anses vara en alltför stor kostnad (Nielsen & Birkelund, 2009). I ovanstående situationer är det snarare familjemedlemmar och anhöriga som tolkar. Detta är dock problematiskt, inte minst då det skapar osäkerhet kring vad som faktiskt sägs till patienten (Dalheim Englund & Rydström, 2012; Hultsjö & Hjelm, 2005, Nkulu Kalengayi et al., 2012; Ozolins & Hjelm, 2003).

SVÅRIGHETER ATT TILLGODOSE PATIENTENS BEHOV

Olika syn på sjukdom och hälsa

I flera studier framkommer att sjukvårdspersonal upplever att patienter med annan kulturell bakgrund har ett annorlunda sätt att se på sjukdom och hälsa och att detta ibland erfars som ett problem (Dalheim Englund & Rydström, 2012; Debesay et al., 2014; Nielsen & Birkelund, 2009; Nkulu Kalengayi et al., 2012; Pergert et al., 2007). Sjuksköterskor inom hemsjukvård upplever att patienter med annan kulturell bakgrund ofta har olika syn på rehabilitering och aktivitet än dem själva. Sjuksköterskor vill aktivera patienten så fort som möjligt medan patienten och dennes anhöriga upplevs vilja göra så lite som möjligt (Debesay et al., 2014; Skott & Lundgren, 2009). Vårdspersonal upplever att olika perspektiv på hälsa och sjukdom ökar risken för missförstånd, liksom att patienter ibland söker vård för sent. Det sistnämnda antas bero på att vissa patienter med annan kulturell bakgrund ser sjukdom som närvaro av symtom. Att enbart koppla sjukdom till symtom gör det också svårare med hälsopromotion (Nkulu Kalengayi et al., 2012). Motstridiga tankar framkommer i studien av Dalheim Englund och Rydström (2012) där sjuksköterskor upplever att föräldrar till barn med annan kulturell bakgrund söker vård i ett tidigt stadium och väldigt ofta. Dock förklaras detta med bristande kunskap istället för att fokusera på varifrån personerna kommer.

Hos personer med annan kulturell bakgrund upplever sjuksköterskan att död och döende är ett tabubelagt ämne, både för den svårt sjuke patienten och för dennes anhöriga. Att behöva uppmuntra den sjuke till tillfrisknande när sjuksköterskan vet att denne inte har långt kvar att leva upplevs som att undanhålla sanningen. I mötet med patienter och familjer med annan kulturell bakgrund tvingas också sjuksköterskan att ibland kringgå sina normala rutiner vid vård i livets slutskede. Exempelvis nekar anhöriga till medicinsktekniska åtgärder som skulle kunna underlätta patientens sista timmar, med hänvisning till att låta naturen ha sin gång. För sjuksköterskorna blir detta ett etiskt dilemma (Debesay et al., 2014).

Symtomskattning

Vid vård av personer med annan kulturell bakgrund påtalas svårigheter med att göra en adekvat bedömning av patientens tillstånd (Hultsjö & Hjelm, 2005). Sjuksköterskor förklarar att det kan vara svårt att avgöra varför patienten inte svarar på tilltal. Det är svårt att veta om detta beror på att personen inte förstår språket eller på grund av dennes sjukdomstillstånd (Ozolins & Hjelm, 2003). I många studier framkommer också svårigheten med att bedöma patientens grad av smärta (Alpers & Hanssen, 2014; Dalheim Englund & Rydström, 2012;

Hultsjö & Hjelm, 2005; Høye & Severinsson, 2008; Høye & Severinsson, 2010; Pergert et al., 2007; Michaelsen et al., 2004; Nielsen & Birkelund, 2009; Ozolins & Hjelm, 2003). I flera studier förklarar sjuksköterskor denna svårighet med att patienter med annan kulturell bakgrund har ett annorlunda sätt att uttrycka smärta. Dessa patienter anses vara ljudligare och ge kraftigare uttryck för sin smärta (Alpers & Hanssen, 2014; Hultsjö & Hjelm, 2005; Høye & Severinsson, 2010; Nielsen & Birkelund, 2009). En studie visar att 70 % av sjuksköterskorna tycker det är svårt att bedöma smärta med anledning av patienternas annorlunda smärtuttryck (Alpers & Hanssen, 2014). En annan studie beskriver att 53 % av sjuksköterskorna bedömer att personer med annan kulturell bakgrund överreagerar på smärta och att 42 % av sjuksköterskorna anser att samma patientgrupp har oproportionerliga krav på smärtlindring (Michaelsen et al., 2004). Sjuksköterskor lyfter fram potentiella risker som de ser i förhållande till svårigheterna med smärtskattning hos patienter med annan kulturell bakgrund. Bland annat försvåras möjligheten att avgöra ett tillstånd allvarlighetsgrad (Hultsjö & Hjelm, 2005) samt att risken för missförstånd ökar (Pergert et al., 2007). Sjuksköterskor beskriver också det dilemma som uppstår angående hur mycket smärtlindring de ska ge patienten när de samtidigt ifrågasätter patientens faktiska grad av smärta (Høye & Severinsson, 2010; Nielsen & Birkelund, 2009).

SOCIALA STRUKTURERS PÅVERKAN PÅ VÅRDMÖTET

Familj

I flera av studierna framkommer att sjuksköterskor upplever att personer med annan kulturell bakgrund generellt sett har stora utvidgade familjer och att detta blir ett problem i vårdsituationer (Dellenborg et al., 2012; Hultsjö & Hjelm, 2005; Høye & Severinsson, 2008; Høye & Severinsson, 2010; Michaelsen et al., 2004; Nielsen & Birkelund, 2009; Ozolins & Hjelm, 2003; Pergert et al., 2007). Detta förklaras bland annat med att patientens många anhöriga tar upp mycket plats i vårdmiljön och att de därmed upplevs störa andra patienter och vårdpersonalen i sitt arbete (Høye & Severinsson, 2009; Høye & Severinsson, 2010; Nielsen & Birkelund, 2009; Ozolins & Hjelm, 2003; Pergert et al., 2007). Dessutom anser sjuksköterskor ibland att stora familjer och många besökare kan vara ett problem då de anhöriga inte alltid vet vad som är "bäst för patienten" (Dellenborg et al., 2012; Ozolins & Hjelm, 2003). Skott och Lundgren (2009) beskriver hur familjemedlemmar kan ha olika åsikter om behandling och flera olika uppfattningar om vad som är rätt och fel. Stora familjer och många anhöriga kan också upplevas som ett problem då sjuksköterskor måste informera om och återupprepa samma saker till flera olika personer, vilket anses vara tidskrävande (Skott & Lundgren, 2009). Det framkommer också att sjuksköterskor upplever familjer med annan kulturell bakgrund som mer engagerade i omvårdnaden av patienten och att detta kan vara både negativt och positivt. När många anhöriga sköter omvårdnaden av patienten kan sjuksköterskan känna sig överflödig. Dessutom kan det uppstå en konflikt kring vem som har det huvudsakliga ansvaret över patienten. Sjuksköterskor beskriver dock att anhörigas närvaro också kan vara betydelsefull och viktig för bland annat mobilisering (Høye & Severinsson, 2010). I studien av Skott och Lundgren (2009) framkommer att sjuksköterskor inom hemsjukvård upplever positivt att personer med annan kulturell bakgrund bor med sin familj eftersom sjuksköterskan då får träffa både patient och familj.

Genus

Olika uppfattningar om kön, könsroller och interaktionen mellan kön kan upplevas problematiska i vården av personer med annan kulturell bakgrund (Dalheim Englund & Rydström, 2012; Dellenborg et al., 2012; Hultsjö & Hjelm, 2005; Høye & Severinsson, 2008;

Nkulu Kalengayi et al., 2012; Ozolins & Hjelm, 2003; Pergert et al., 2007). Sjuksköterskor menar att mannen ofta är talesperson i familjer med annan kulturell bakgrund och att patriarkala mönster avspeglas på relationen med kvinnliga sjuksköterskor. Sjuksköterskor beskriver hur manliga patienter och anhöriga inte vill tala med dem och de upplever att deras roll som sjuksköterskor ses som underordnad läkarens roll (Dalheim Englund & Rydström, 2012; Hultsjö & Hjelm, 2005; Høye och Severinsson, 2008). Olika uppfattningar om hur samspelet mellan könen ska se ut, leder till att sjuksköterskorna känner sig dumma, nedvärderade och arga vilket i sin tur påverkar vårdrelationen (Pergert et al. 2007).

I flera studier beskriver sjuksköterskor hur personer med annan kulturell bakgrund endast vill bli vårdade av personer med samma kön (Dellenborg et al., 2012; Hultsjö & Hjelm, 2005; Nkulu Kalengayi et al., 2012; Ozolins & Hjelm, 2003). Att män med annan kulturell bakgrund ofta upplevs neka vård av kvinnor, uppfattas av de kvinnliga sjuksköterskorna som en personlig förolämpning. De kvinnliga sjuksköterskorna lyfter framförallt upp det faktum att män ibland inte tar dem i hand, vilket de uppfattar som nedsättande och ett tecken på bristande respekt mot deras profession (Dellenborg et al., 2012). Också sjuksköterskor i studien av Pergert et al. (2007) tar upp detta och beskriver denna handling som nedvärderande. En sjuksköterska säger till och med att hon i dessa situationer drar sig undan från patienten, med resultatet att denne inte får samma vård som de andra. Manliga sjuksköterskor säger sig vara vana vid att kvinnor med annan kulturell bakgrund sällan tar dem i hand eller tittar dem i ögonen; till skillnad mot sina kvinnliga kollegor upplevs detta dock inte som en förolämpning. Istället jämförs detta med att vårda kvinnliga patienter generellt. Manliga sjuksköterskor upplever att de alltid måste ha en viss finkänslighet när de vårdar patienter av motsatt kön (Dellenborg et al., 2012). Dellenborg et al. (2012) skriver att föreställningen att män med annan kulturell bakgrund inte vill vårdas av kvinnor ofta kombineras med bilden av den ”svenske” mannen som samarbetsvillig och lätt att vårda. Föreställningar om ”vi och ”dem” upprätthålls således.

I Dellenborg et al. (2012) framgår att vårdpersonalens möten med muslimska kvinnor karakteriseras av uppfattningar om patriarkala attityder hos deras män. Sjuksköterskorna anser att vissa kvinnor inte får tala för sig själva och att de är svåra att nå på grund av männens kontrollerande agerande. Dellenborg et al. (2012) menar att det skapas en markant skillnad mellan ”vi” och ”dem” med en antydning att ”svenskar” klarar sig oavsett köns-tillhörighet.

SJUKSKÖTERSKANS BEHOV AV KULTURELL KOMPETENS

Bristande kunskap och/eller färdigheter att möta personer med annan kulturell bakgrund kan resultera i fördomar och negativa attityder (Nkulu Kalengayi et al., 2012). Sjuksköterskor beskriver att det finns brister i kunskapen kring att vårda patienter med annan kulturell bakgrund och uttrycker ett behov av utökad kulturell kompetens (Alpers & Hanssen, 2014; Berlin et al., 2006; Debesay et al., 2014; Høye & Severinsson, 2008; Nkulu Kalengayi et al., 2012; Pergert et al., 2007). En studie visar att 94 % av sjuksköterskorna inom primärvården upplever att de har otillräcklig kunskap gällande kultur. På frågan om huruvida sjuksköterskorna anser sig ha en tillfredsställande formell respektive klinisk kulturell kompetens svarar 84 % respektive 71 % att de är delvis eller inte alls nöjda med sin kulturella kompetens (Berlin et al., 2006). Sjuksköterskor menar att det finns utmaningar i att arbeta med en patientgrupp med stor variation avseende kulturell bakgrund. De menar att svårigheterna kommer att bestå om de inte får möjlighet till utbildning och stöd för att öka sin

kunskap och förbättra sin kulturella kompetens. Sjuksköterskor tycker att det vore bra att få möjlighet att lära sig om olika länders traditioner som har betydelse för omvårdnadsarbete. De efterfrågar generella kunskaper om specifika kulturer. Detta skulle exempelvis underlätta mötet med personer från ett specifikt land eller personer med religiös tillhörighet (Debesay et al., 2014; Høye & Severinsson, 2008).

I studien av Skott och Lundgren (2009) förs motstridiga tankar fram. Istället för att önska formell utbildning menar sjuksköterskorna att de lär sig mycket i det faktiska mötet med andra kulturer. De berättar om hur deras horisont vidgas och att de blir mer ödmjuka. Sjuksköterskor säger att fördomar försvinner i mötet med personer med annan kulturell bakgrund. Dessa möten gör också att sjuksköterskor inser att det inte finns några stora skillnader mellan ”svenskar” och personer med annan kulturell bakgrund.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

För detta arbete valdes allmän litteraturöversikt som modell. Denna modell ansågs lämplig då tanken med arbetet var att skapa en översikt över aktuellt ämnesområde. Det är dock möjligt att en metasyntes istället kunde ha använts som modell, eftersom syftet med arbetet var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av och attityder till ett specifikt fenomen. Om enbart kvalitativa artiklar används är det möjligt att ett fenomen kan beskrivas mer ingående (Friberg, 2011). Metasyntes utesluter dock användandet av kvantitativa artiklar, vilket ansågs vara en begränsning i föreliggande arbete. En fördel med att inkludera både kvalitativa och kvantitativa studier är möjligheten att sammanställa kunskap som närmare kan hantera sjukvårdens komplexitet. Kvantitativ och kvalitativ data kan komplettera varandra och resultatet från två olika angreppssätt kan komma att förklara eller bekräfta varandra. Exempelvis kan numerisk data utifrån kvantitativ metod förstärka resultatet ur textdata från en kvalitativ metod (Borglin, 2012). Risken med en litteraturöversikt är att de artiklar som ligger till grund för resultatet väljs utifrån författarens förförståelse och ståndpunkt, det blir ett selektivt urval (Friberg, 2011). Av denna anledning genomfördes litteratursökningen med ett kritiskt förhållningssätt.

Den inledande litteratursökningen gav uppslag till tänkbara sökord som preciserades med hjälp av ämnesordlistor från tänkbara databaser. Det noggranna förarbetet syftade till att underlätta sökandet efter relevanta artiklar. Snart visade det sig att valda sökord ringade in problemområdet förhållandevis väl då de titlar som återfanns tycktes kunna svara mot arbetets syfte. Sökorden kombinerades på olika sätt för att hitta så många relevanta artiklar som möjligt. Sökningarna gjordes i flera olika databaser, vilket anses stärka resultatets trovärdighet eftersom möjligheten att hitta relevanta artiklar ökar (Henricson, 2012). I sökningarna användes ett antal begränsningar. Exempelvis skulle arbetet enbart baseras på artiklar publicerade de senaste tio åren då vetenskapligt material är färskvara (Östlundh, 2012). Dessutom är det möjligt att attityder gällande personer med annan kulturell bakgrund har förändrats bara de senaste åren med tanke på det politiska klimatet i Norden. Dock inkluderades två artiklar som var över tio år gamla. Att dessa artiklar togs med berodde främst på att det fanns en begränsad mängd artiklar att välja mellan. Det skall dock sägas att de äldre artiklarnas resultat inte skilde sig nämnvärt mot den nyare forskningen.

Henricson (2012) menar att likheter och skillnader i olika länders sjukvårdssystem påverkar resultatets överförbarhet till svensk kontext. Av denna anledning valde vi att enbart inkludera studier genomförda i Norden. Denna avgränsning gjordes också för att länderna har en liknande demografisk utveckling och en tämligen lik kulturell referensram. Möjligheten att sammanföra studiernas resultat ansågs större om de även förhöll sig till dessa kriterier. Den geografiska begränsningen resulterade emellertid i att antalet träffar i sökningarna minskade markant, vilket påverkade urvalet. En större mängd träffar hade kunnat öka artiklarnas kvalitet något. Med ett större urval hade det också varit möjligt att enbart inkludera artiklar med liknande metoder, vilket anses öka arbetets trovärdighet (Henricson, 2012). Få träffar innebar dock att risken för selektivt urval minskade. Sammantaget talar det begränsade antalet träffar för att det finns ett behov av mer forskning som studerar det valda ämnesområdet i en nordisk kontext. Ytterligare ett inklusionskriterie var att studierna skulle ha genomförts i somatisk vård. Anledningen till detta är att patientens ohälsa och behov, samt vårdpersonalens arbetssätt, ser annorlunda ut när det handlar om somatisk respektive psykiatrisk vård. Två artiklar med deltagare från både somatisk och psykiatrisk vård togs dock med. I dessa artiklar tillhörde majoriteten av sjuksköterskorna somatisk vård och i resultatet var det möjligt att urskilja vad som sagts av respektive grupp. Av dessa anledningar ansågs artiklarna relevanta.

I valet av artiklar fanns inga exklusionskriterier gällande övriga vårdkontexter. Utöver studier från slutenvård inkluderar arbetet studier gjorda inom primärvård och ambulans- och akutsjukvård. Dessutom behandlar två studier sjuksköterskors upplevelser inom hemsjukvård. Vi resonerade kring vilken påverkan det hade på föreliggande arbete. Resultatet hade kunnat få ett annorlunda fokus om samtliga studier gjorts inom samma vårdkontext. Hur och vad sjuksköterskor erfar torde påverkas av var de arbetar. Exempelvis har sjuksköterskor inom ambulansen inte tillgång till samma resurser som de på en fast vårdinrättning. Inom hemsjukvården påverkas mötet av att patienten befinner sig i sitt eget välbekanta hem. Slutligen är de patienter som sjuksköterskor möter inom primärvården generellt stabilare i sitt hälsotillstånd jämfört med övriga vårdkontexter vilket skulle kunna påverka sjuksköterskors erfarenheter. De studier som togs med i arbetet behandlar också vårdssituationer med patienter i alla åldrar, från barn till vuxna, och med olika typer av sjukdomstillstånd. Detta hade också kunnat göra resultatet spretigt och mindre trovärdigt och på så sätt varit en nackdel. När artiklarnas resultat granskades fann vi dock att de kategorier som framkom till stor del var gemensamma oberoende av hur och var studien genomförts. Vi resonerar kring att sjuksköterskors erfarenheter av och attityder till att vårda personer med annan kulturell bakgrund liknar varandra oberoende av vårdkontext och patientgrupp.

De artiklar som låg till grund för arbetet kvalitetsgranskades med hjälp av Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) protokoll för kvalitetsbedömning av kvantitativa respektive kvalitativa studier. Granskningen gjordes först individuellt för att därefter diskuteras gemensamt. Det är en styrka för arbetet att kvalitetsbedömningen kunde sammanföras genom diskussion efter en första granskning som gjorts från skilda perspektiv (Henricson, 2012). De artiklar som inte ansågs hålla kvalitetskravet exkluderades för att inte riskera resultatets trovärdighet. Inkluderade artiklar höll medel eller hög kvalitet utifrån genomförd granskning.

I kvalitetsgranskningen ingick bland annat bedömning av studiernas metod. Sex av studierna använde sig av fokusgrupper för sin datainsamling (Dellenborg et. al., 2012; Hultsjö & Hjelm, 2005; Høye & Severinson, 2008; Høye & Severinson, 2010; Pergert et. al., 2007; Skott & Lundgren, 2009), vilket gav upphov till diskussion. Vi reflekterar över huruvida resultatet

påverkas av att ett känsligt ämne diskuteras i grupp. Attityder och förhållningssätt till personer med annan kulturell bakgrund är ett omdebatterat ämne i samhället. Detta kan ha lett till att deltagarna hade svårt för att vara helt ärliga i sina uttalanden under diskussionen på grund av en rädsla för att stämpas som rasist. En artikel tog upp denna aspekt i sin diskussion (Michaelsen et. al., 2004). Wibeck (2012) menar att fokusgrupper kan vara en lämplig metod i studier som behandlar känsliga ämnen eftersom deltagarna själva kan välja hur mycket de vill yttra sig i diskussionen. De kan även välja att prata utifrån personliga upplevelser eller så kan de hålla sig på ett mer generellt plan. Å andra sidan kan det vara svårt att vara ärlig i gruppdiskussioner när det inte finns någon garanti för att deltagare inte sprider vad en annan gruppmedlem har sagt.

Dataanalysen påbörjades genom att artiklarna lästes individuellt. Var för sig sökte vi hitta vilka kategorier som framkom i de olika studiernas resultat. Därefter fördes en gemensam diskussion kring det som framträtt under analysen. Allt som framträtt i data skrevs ner för att eftersträva objektivitet i sammanställningen av resultatet. Under dataanalysen förändrades kategorierna efterhand med förhoppningen att skapa en tydligare uppdelning av materialet. I en litteraturöversikt skapas kategorier för att skapa förståelse hos läsaren för valt ämnesområde (Friberg, 2012). Resultat från kvantitativa artiklar redovisades i form av numerisk data och placerades in under lämplig kategori som ett sätt att styrka det kvalitativa materialet. En svårighet i samband med analysen var att sortera materialet i lämpliga kategorier och subkategorier eftersom delar av materialet överlappade varandra. Att hitta passande benämningar på kategorierna var också en svårighet. Dessa svårigheter kan grunda sig i vår ovana att arbeta med litteraturöversikt.

Alla människor har en viss förförståelse. Förförståelsen bygger på kunskap, antaganden och föreställningar som individen har med sig sedan tidigare och detta påverkar dennes sätt att se på och förstå sin omvärld. Det finns således en risk att förförståelsen påverkar hur en studies resultat utformas (Friberg & Öhlén, 2012). Under hela arbetet har vi diskuterat och lyft tankar, föreställningar och egna erfarenheter för att bli medvetna om den förförståelse vi har. Att kritiskt granska artiklarnas kvalitet och innehåll var ett sätt att minska risken för att förförståelsen skulle påverka resultatet. Dessutom togs all data med som svarade mot arbetets syfte, oberoende av författarnas föreställningar om ämnet.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet visar att kommunikationssvårigheter upplevs som ett stort problem vid vård av personer med annan kulturell bakgrund (Berlin et al., 2006; Dalheim Englund & Rydström, 2012; Høye & Severinsson, 2008; Høye & Severinsson, 2010; Hultsjö & Hjelm, 2005; Michaelsen et al., 2004; Nielsen & Birkelund, 2009; Nkulu Kalengayi et al., 2012; Ozolins & Hjelm, 2003; Pergert et al., 2007; Skott & Lundgren, 2009). Sjuksköterskor erfar bland annat att möjligheten att utveckla en god vårdrelation försvåras då de inte kan kommunicera spontant med patienten (Pergert et al., 2007). Just detta, kommunikations betydelse för vårdrelationen, tar omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee upp. Hon menar att kommunikation, både verbal och icke-verbal, är ett av de viktigaste redskapen i sjuksköterskans yrkesroll och att det är en förutsättning för etablerandet av mellanmänskliga relationer. Utan ömsesidig kommunikation är det omöjligt att lindra lidande och att hjälpa den andre att finna mening i sin situation (Kirkevold, 2000). Även om sjuksköterska och patient inte talar samma språk är det möjligt att sjuksköterskan kan finna alternativa sätt att främja vårdrelationen. Pergert, Ekblad, Enskär och Björk (2008) menar att sjuksköterskor kan använda sig av kroppsspråk

och beröring för detta syfte. Eide och Eide (2009) menar att icke-verbal kommunikation kan vara viktigare än sjuksköterskan tror, inte minst då den signalerar villighet till att hjälpa och lyssna. Icke-verbal kommunikation kan, om den används rätt, hjälpa patienten att känna tillit, tröst, trygghet och motivation.

När sjuksköterska och patient talar olika språk är det svårt att bedöma och tillgodose patientens behov (Pergert et. al., 2007). Språkbarriärer försvårar också informationsutbytet mellan sjuksköterska och patient. Det är svårt att veta om patienten får tillräcklig information och om den uppfattas korrekt (Dalheim Englund & Rydström, 2012; Høye & Severinsson, 2010, Michaelsen et. al., 2004). I HSL (SFS 1982:763) står det att vårdpersonal är skyldig att främja goda vårdrelationer och förmedla relevant information och Socialstyrelsen (2005) tar upp vikten av god kommunikation i kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor. Där framgår att sjuksköterskan ska kunna kommunicera respektfullt med patienter och närstående och att denne ska försäkra sig om att given information har förståtts. Därmed står det klart att det är sjuksköterskans ansvar att se till att kommunikationen fungerar på ett tillfredsställande sätt och att patient och anhöriga är välinformerade. Då uppenbara språkbarriärer föreligger bör det således vara en självklarhet att anlita professionell tolk. Detta fastslås också i Förvaltningslagen (SFS 1986:223, 8 §), ”när en myndighet har att göra med någon som inte behärskar svenska eller som är allvarligt hörsel- eller talskadad, bör myndigheten vid behov anlita tolk”. Vårt resultat visar dock att så inte är fallet (Dalheim Englund & Rydström, 2012; Høye & Severinsson, 2010, Michaelsen et. al., 2004). Tolkar anlitas framförallt vid läkarsamtal eller när komplex och känslig information ska förmedlas (Høye & Severinsson, 2008; Nielsen & Birkelund, 2009; Pergert et. al., 2007). I det dagliga omvårdnadsarbetet används tolk sällan. Det är möjligt att detta beror på den medicinska tradition som finns inom sjukvården, där sjuksköterskans ansvarsområden inte är lika prioriterade som läkarnas. Det kan också vara så att sjuksköterskor inte är medvetna om de lagar och regler som styr deras arbete. Att sjuksköterskor mer sällan använder tolkar kan också bero på deras specifika arbetsuppgifter; ofta informerar och pratar sjuksköterskan med patienten i samband med bedömningar och undersökningar vilka sällan är inplanerade. Av denna anledning är det svårt att beställa en tolk. Liknande tankar för också Pergert et al. (2007) fram i sin diskussion.

När professionell tolk inte anlitas är det oftast patientens närstående som får agera översättare (Dalheim Englund & Rydström, 2012; Hultsjö & Hjelm, 2005, Nkulu Kalengayi et. al., 2012; Ozolins & Hjelm, 2003). Detta styrks av andra studier (Gerrish, Chau, Sobowale & Birks, 2004; Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm, 2011). Att anhöriga ersätter professionella tolkar är problematiskt. För patienten kan vissa saker vara svåra att samtala om med anhöriga närvarande. Dessutom ökar osäkerheten kring att det som sägs faktiskt översätts till patienten. Anhörigtolkar kan vara partiska och agera efter vad de tror är bäst för patienten; det är således möjligt att information undanhålls patienten utan sjuksköterskans vetskap. Att avstå från professionell tolkanvändning är kanske framförallt bekymmersamt när barn får agera tolk, inte minst då det innebär ett oerhört ansvar för barnet. Dessutom är det större risk att barnet inte behärskar den medicinska terminologin som används, samt att översättningen kan påverkas av känslor (Entrena, 2013).

Det finns få saker som talar emot att professionella tolkar ska användas. Sjuksköterskan kan, med lagstadgat stöd, hävda patientens rätt till tolk. Att inte använda professionell tolk när behov finns, ökar risken för att patienten utsätts för onödigt lidande. Dessutom ökar risken för

felbehandling (Entrena, 2013). Hälso- och sjukvårdens mål, ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” (HSL, SFS 1982:763, 2 §), kan inte uppnås under dessa förhållanden.

Vårt resultat visar att sjuksköterskor tillskriver personer med annan kulturell bakgrund annorlunda beteenden, uttryckssätt och uppfattningar. Sjuksköterskor upplever bland annat att personer med annan kulturell bakgrund är mer dramatiska i sitt känslouttryck och att de har ett annorlunda sätt att uttrycka smärta på (Høye & Severinsson, 2008; Hultsjö & Hjelm, 2005; Michaelsen et al., 2004; Ozolins & Hjelm, 2003; Pergert et al., 2007). Nielsen och Birkelund (2009) diskuterar att smärtuttryck verkar vara kulturellt betingat men att det inte finns något entydigt forskningssvar på detta. Rozenberg (2009) skriver att smärtupplevelse och smärtuttryck påverkas av kulturell och social bakgrund. Hon menar att den svenska, och i viss mån nordiska, kulturen bland annat förespråkar undvikande av konflikter och offentliga känslouttryck och att dessa kulturella särdrag leder till allmänt accepterade regler och förhållningssätt. När så personer med andra kulturella föreställningar söker sjukvård upplevs dessa ofta överdrivna, dramatiska och teatraliska i sina smärtuttryck. Denna värdering görs snabbt och utan närmare reflektion och utgår från ovan nämnda föreställningar och normer som skiljer sig åt beroende på vem du är och var du befinner dig. Vi dömer och fördömer det som är annorlunda, det som befinner sig utanför de accepterade normerna (Rozenberg, 2009). Det är således viktigt att ifrågasätta dessa värderingar och bedömningar och reflektera kring deras riktighet. Att många sjuksköterskor ifrågasätter patientens faktiska smärta (Høye & Severinsson, 2010; Nielsen & Birkelund, 2009) är oroväckande, inte minst för att denna typ av generalisering kan resultera i utebliven vård och behandling. Fördomar kring andra människors smärtupplevelse kan också tänkas leda till att patienter utsätts för onödigt lidande och en känsla av att inte bli trodda och tagna på allvar.

Annorlunda och främmande egenskaper antas alltså bero på den kulturella bakgrunden. I majoriteten av studierna problematiserar inte sjuksköterskorna denna föreställning utan använder kultur som enda förklaringsmodell. I många av studierna reproduceras stereotyper om ”vi” och ”dem”. Människor har en tendens att se på sig själva som normala i förhållande till ”den andre” som är avvikande (Høye & Severinsson, 2008). Detta tangerar vad Grant och Luxford (2011) skriver om kultur. Deras studie visar att sjuksköterskor har en benägenhet att prata om sig själva som kulturlösa, kultur är något som endast tillhör ”den andre”. Detta upprätthåller bilden av ”vi” och ”dem”. Som sjuksköterska måste man vara uppmärksam på detta tankemönster, inte minst eftersom begreppet kultur kan definieras på flera olika sätt. Det är relevant att sjuksköterskan frågar sig vem som placeras in i en viss kultur och varför, samt huruvida kulturen har faktisk betydelse för patienten i vårdsituationen (Nordin & Schölin, 2011). Stier (2009) resonerar också kring uppkomsten och reproducerandet av ”vi” och ”dem”. Han menar att det är vanligt att olikheter mellan den egna gruppen och andra grupper överskattas. Dessutom överdrivs likheterna hos ”de andra”. Detta resulterar i ett kollektiviserat tankesätt om ”de andra”, medan ”vi” karakteriseras av ett individualiserat perspektiv. Av denna anledning påtalar Stier (2009) vikten av att inse varje individs unika egenskaper och att inte använda kultur som enda förklaringsmodell till en människans beteende, behov och uttryckssätt.

Resultatet visar att sjuksköterskor anser sig ha behov av ökad kulturell kompetens (Alpers & Hanssen, 2014; Berlin et al., 2006; Debesay et al., 2014; Høye & Severinsson, 2008; Nkulu Kalengayi et al., 2012; Pergert et al., 2007). De tror att många av de svårigheter som uppstår i

mötet med personer med annan kulturell bakgrund skulle kunna avhjälpas med generell kunskap om specifika kulturer (Debesay et. al., 2014; Høye & Severinsson, 2008). Dessa tankar går att koppla till Madeleine Leiningers transkulturella omvårdnadsteori. Det huvudsakliga syftet med teorin var att upptäcka och förklara kulturellt baserade likheter och skillnader som påverkar människans hälsa. Detta skulle således bidra till kulturellt anpassad vård (eng. *congruent care*), vilket innebär ”the use of sensitive, creative, and meaningful care practices to fit with the general values, beliefs, and lifeways of clients ... “ (Leininger, 2002, s.12). Leiningers tanke är att sjuksköterskan måste ha kunskap om den specifika kulturella grupp som patienten tillhör för att kunna ge god vård (Jirwe et. al., 2014). Detta utgår från föreställningen om att kultur är något givet och väl avgränsat (Jirwe et. al, 2014; Nordin & Schölin, 2011). Leiningers tankar, liksom behovet av kulturell kompetens, går att diskutera. Björk Brämberg och Nyström (2010) menar att behovet av kulturell kompetens är ett uttryck för vårdpersonalens behov av att kategorisera för att förstå det främmande, snarare än en hjälp för att förstå patientens faktiska behov. De menar att kulturspecifik kunskap ökar risken för att patienter behandlas utifrån stereotypa föreställningar om hur en person från ett specifikt land förväntas vara, vilka behov denne har och hur denne ser på vården. Behovet av kulturell kompetens skvallrar om en syn på kultur som något statiskt och riskerar att fokusera på gruppen istället för individen. Istället för kategoriseringar och generaliseringar bör omvårdnaden utgå från den människa sjuksköterskan har framför sig. Detta går i linje med Travelbees omvårdnadsteori som betonar det unika och oersättliga hos varje individ. Hon förkastar en människosyn som bygger på generaliseringar (Kirkevold, 2000).

Travelbees tankar om att vården ska utgå från den unika person sjuksköterskan har framför sig är svåra att motsäga. Däremot fokuserar hon i liten grad på patientens omgivningsfaktorer. Travelbee nämner att patientens kulturella bakgrund och sammanhang kan påverka dennes sjukdomsupplevelse, men hon för ingen ingående diskussion kring detta (Kirkevold, 2000). Dellenborg et al. (2012) diskuterar huruvida en människa kan förstås utanför sin sociala och kulturella kontext. De menar, liksom vi, att omvårdnad måste utgå från individen och att denne måste ses i och förstås utifrån sitt sammanhang. Här är det dock viktigt att inse att kultur skapas och formas i möten mellan människor och att den kulturella identiteten samverkar med andra faktorer, exempelvis klass, utbildning, kön och ålder. Att generalisera utifrån kulturell tillhörighet är således problematiskt. Det är också viktigt att ha i åtanke att kulturer aldrig är homogena (Helman, 2007). Det finns skillnader mellan kulturer och inom kulturer. Få människor skulle påstå att alla som växt upp i den svenska kulturen har samma behov, synsätt, religiösa livsåskådning och vanor. Inte desto mindre är det så här många tänker när det handlar om andra, främmande kulturer. Återigen, det skapas ett ”dem” som utgår från generaliseringar. Detta gör det svårare att se det unika i varje individ.

Istället för att likställa kulturell kompetens med kunskap om specifika kulturer bör det snarare handla om att öka medvetenheten om sina egna övertygelser och värderingar, liksom att få en förståelse för varifrån de kommer och hur de inverkar på livet. Detta benämner Jirwe et al. (2014) kulturell medvetenhet. Stier (2009) diskuterar begreppet interkulturell kompetens och menar att detta kräver förståelse för andra kulturer, liksom förståelse för den egna kulturen. Stier (2009) bryter ned interkulturell kompetens i flera beståndsdelar, varav innehållskompetens är en av dem. Innehållskompetens är av kunskapsmässig och ytlig karaktär. Den inbegriper kunskap om andra kulturers egenarter, exempelvis språk, historia, normer, könsroller och traditioner. Innehållskompetensen går således att jämföra med den kulturella kompetens som sjuksköterskor i föreliggande arbete efterfrågar. Stier (2009) menar dock att

denna kunskap är långt ifrån tillräcklig, då den ofta vilar på grova förenklingar av verkligheten som inte är till någon egentlig hjälp i mötet med andra kulturer. Han påtalar istället vikten av självreflektion, att kritiskt kunna granska sig själv och förstå hur ens sociokulturella sammanhang påverkar tankemönster och verklighetsuppfattning.

IMPLIKATIONER FÖR OMVÅRDNAD OCH FORTSATT FORSKNING

Föreliggande arbete visar att annorlunda och främmande beteenden, uttryckssätt och uppfattningar antas bero på kulturell bakgrund. I majoriteten av studierna problematiseras inte denna föreställning, utan kultur används som enda förklaringsmodell. Sjuksköterskorna reproducerar således stereotyper om ”vi” och ”dem”. Diskriminering och dåligt bemötande torde således bli konsekvenser av detta. Dessutom är den lagstadgade rätten till ”vård på lika villkor för hela befolkningen” (HSL, SFS 1982:763, 2 §) omöjlig att uppnå om sjuksköterskans möte med olika kulturer karakteriseras av förutfattade meningar och stereotypiserande. Föreliggande arbete visar också att sjuksköterskor har ett behov av ökad kulturell kompetens, framförallt i form av kulturspecifik kunskap. Utifrån resultatdiskussionen verkar dock detta inte vara lösningen på de problem som sjuksköterskor erfar i mötet med andra kulturer. Istället bör kulturell kompetens innefatta reflektion och medvetenhet om sina egna övertygelser och värderingar, liksom förståelse för hur dessa inverkar på livet. Genom att förstå att *alla* människor påverkas av sin sociokulturella kontext och att tankemönster och beteende konstrueras inom denna, kan tolerans och förståelse för andra människor öka.

Föreliggande arbete belyser vikten av vidare forskning kring sjuksköterskors generaliserande om ”den andre”. I ett samhälle präglad av kulturell mångfald är fördjupad forskning kring hur sjuksköterskors egna värderingar påverkar vården och hur sjuksköterskor kan undvika att hamna i ett tänkande om ”vi” och ”dem” ytterst angeläget.

REFERENSLISTA

Artiklar som är använda i resultatet är markerade med *

Ahmadi, F. (2008). *Kultur och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Allwood, C-M., & Johnsson, P. (2009). Invandring, kultur och välbefinnande. I C-M. Allwood & P. Johnsson (Red.), *Mänskliga möten över gränser: vård och social omsorg i det mångkulturella samhället* (s. 14-27). Stockholm: Liber.

*Alpers, L. M., & Hanssen, I. (2014). Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. *Nurse education today*, 34(6), 999-1004.

*Berlin, A., Johansson, S. E., & Törnkvist, L. (2006). Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin—Primary Child Health Nurses' opinions. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20(2), 160-168.

Borglin, G. (2012). Mixad metod: en introduktion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 269-287). Lund: Studentlitteratur.

Brämberg, E. B., & Nyström, M. (2010). To be an immigrant and a patient in Sweden: A study with an individualised perspective. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 5(3).

*Dalheim Englund, A. C., & Rydström, I. (2012). "I have to Turn Myself Inside Out" Caring for Immigrant Families of Children With Asthma. *Clinical nursing research*, 21(2), 224-242.

*Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B., & Vike, H. (2014). Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients. *Journal of advanced nursing*, 70(9), 2107-2116.

*Dellenborg, L., Skott, C., & Jakobsson, E. (2012). Transcultural Encounters in a Medical Ward in Sweden Experiences of Health Care Practitioners. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(4), 342-350.

Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.

Entrena, E. (2013). Att kommunicera med hjälp av tolk. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (2. uppl., s. 335-352). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F., & Öhlén, J. (2012). Fenomenologi och hermeneutik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 345-370). Lund: Studentlitteratur.

Förenta Nationerna. (1966). *Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter*. Hämtad 22 april, 2015, från FN-förbundet, <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/karnkonventionerna/konventionen-om-ekonomiska-sociala-och-kulturella-rattigheter-cescr/>

Förenta Nationerna. (2008). *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna*. Hämtad 14 april, 2015, från <http://www.fn.se/PageFiles/7177/Allmanforklaringomdemanskliagarattigheterna.pdf>

Gerrish, K., Chau, R., Sobowale, A., & Birks, E. (2004). Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health & social care in the community*, 12(5), 407-413.

Grant, J., & Luxford, Y. (2011). Culture it's a big term isn't it? An analysis of child and family health nurses' understandings of culture and intercultural communication. *Health Sociology Review* 20(1), 16-27. doi: 10.5172/hesr.2011.20.1.16

Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B., & Hjelm, K. (2011). Problems and consequences in the use of professional interpreters: qualitative analysis of incidents from primary healthcare. *Nursing inquiry*, 18(3), 253-261.

Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet – synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., s. 361-385). Lund: Studentlitteratur.

Helman, C.G. (2007). *Culture, health and illness*. Oxford: Butterworth Heinemann.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.471-479). Lund: Studentlitteratur.

*Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52(4), 276-285.

Hörnsten, Å. (2013). *Personcentrerad vård: Översikt*. Hämtad 14 april, 2015, från Vårdhandboken: <http://www.varldhandboken.se/Texter/Personcentrerad-varld/Oversikt/>

*Høy, S., & Severinsson, E. (2008). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and critical care nursing*, 24(6), 338-348.

*Høy, S., & Severinsson, E. (2010). Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of advanced nursing*, 66(4), 858-867.

Jirwe, M., Gerrish, K., Keeney, S., & Emami, A. (2009). Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(18), 2622-2634. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02734.x

Jirwe, M., Momeni, P., & Emami, A. (2014). Kulturell mångfald. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., s. 341-357). Lund: Studentlitteratur.

Karolinska Institutet Universitetsbibliotek. (u.å.). *Termer för "upplevelser" och "bemötande" i olika former*. Hämtad 19 mars, 2015, från Karolinska Institutet Universitetsbibliotek, http://kib.ki.se/sites/default/files/upplevelsebegrepp_2013.pdf

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: Analys och utvärdering* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Kleinman, A. & Benson P. (2006). Anthropology in the Clinic: The problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Medicine*, 3(10), 1673-1676. doi: 10.1371/journal.pmed.0030294

Leininger, M. (2002). Transcultural Nursing: Essential knowledge dimensions. In M. Leininger & M. R. McFarland (Eds.), *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice* (3rd. ed., pp. 3-43). New York: Mc-Graw-Hill.

*Michaelsen, J. J., Krasnik, A., Nielsen, A. S., Norredam, M., & Torres, A. M. (2004). Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital. *Scandinavian journal of public health*, 32(4), 287-295.

*Nielsen, B., & Birkelund, R. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system—a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(3), 431-437.

*Nkulu Kalengayi, F. K., Hurtig, A. K., Ahlm, C., & Ahlberg, B. M. (2012). "It is a challenge to do it the right way": an interpretive description of caregivers' experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden. *BMC health services research*, 12(1), 433.

Nordin, M., & Schölin, T. (2011). *Religion, vård och omsorg: Mångkulturell vård i praktiken*. Malmö: Gleerups.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen* (3. uppl.). Stockholm: Liber.

*Ozolins, L. L., & Hjelm, K. (2003). Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. *Clinical effectiveness in nursing*, 7(2), 84-93.

Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

*Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K., & Björk, O. (2007). Obstacles to transcultural caring relationships: experiences of health care staff in pediatric oncology. *Journal of pediatric oncology nursing*, 24(6), 314-328.

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

Rozenberg, E. (2009). Smärta och kultur. I C-M. Allwood & P. Johnsson (Red.), *Mänskliga möten över gränser: Vård och social omsorg i det mångkulturella samhället* (s. 81-110). Stockholm: Liber.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 15 april, 2015, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 1986:223. *Förvaltningslagen*. Hämtad 7 maj, 2015, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/_sfs-1986-223/

*Skott, C., & Lundgren, S. M. (2009). Complexity and contradiction: home care in a multicultural area. *Nursing inquiry*, 16(3), 223-231.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 9 april, 2015, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtad 9 april, 2015, från Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>

Socialstyrelsen (2011a). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*. Hämtad 14 april, 2015, från Socialstyrelsen, <http://www.treatobacco.net/en/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/Sweden%20treatment%20guidelines%20in%20Swedish%202011.pdf>

Socialstyrelsen. (2011b). *Ojämna villkor för hälsa och vård: Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Hämtad 8 maj, 2015, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18546/2011-12-30.pdf>

SOU 1995:5 (1995). *Vårdens svåra val*. Hämtad 14 april, 2015, från Regeringskansliet, <http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/51/24/f2692c9f.pdf>

SOU 2006:78. (2006). *Hälsa, vård och strukturell diskriminering*. Hämtad 22 april, 2015, från Regeringskansliet, <http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/80/91/8221d083.pdf>

Statistiska centralbyrån. (2014). Syrienkonflikten leder till ökad invandring. Hämtad 14 april, 2015, från Statistiska centralbyrån, http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Befolkningsframskrivningar/14498/14505/Behallare-for-Press/372727/

Statistiska centralbyrån. (2015). *Befolkningsstatistik i sammandrag 1960-2014*. Hämtad 14 april, 2015, från Statistiska centralbyrån, http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Helarsstatistik---Riket/26040/#Fotnoter

Stier, J. (2009). *Kulturmöten: En introduktion till interkulturella studier* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Travelbee, J.(2002). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. Köpenhamn: Munksgaard Danmark.

Världshälsoorganisationen. (u.å.). *Human rights*. Hämtad 15 april, 2015, från Världshälsoorganisationen, http://www.who.int/topics/human_rights/en/

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.193-214). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Östlund, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA I - SÖKTABELL

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
Cinahl 2015-03-19	cultural diversity AND nurse attitudes	English, peer reviewed. 2005-2015.	58	1	1	Høye & Severinsson (2008).
Cinahl 2015-03-20	transcultural care	English, peer reviewed, Europe. 2005-2015.	273	2	2	Nielsen & Birkelund (2009).
PubMed 2015-03-20	nursing care AND cultural diversity AND (Sweden OR Norway OR Finland OR Denmark)	2005-2015.	42	5	5	Debasay, Harsløf, Rechel, Vike (2014) Dellenborg, Skott & Jakobsson (2012). Hultsjö & Hjelm (2005). Skott & Lundgren (2009)
PubMed 2015-03-20	(cultural diversity OR immigrants) AND (Sweden OR Norway OR Finland OR Denmark) AND nurs*	2005-2015.	86	2	2	Dalheim Englund & Rydström (2012) Pergert, Ekblad, Enskär & Björk (2007)
PubMed 2015-03-20	patient AND intercultural caring	2005-2015.	16	1	1	Alpers & Hanssen (2014).
PubMed 2015-03-20	nursing care AND (immigrants OR cultural diversity OR transcultural) AND Scandinavia	2005-2015.	62	2	2	Høye & Severinsson (2010).

SEKUNDÄRSÖKNINGAR

Berlin, Johansson & Törnkvist (2006) via Jirwe, Gerrish, Keeney & Emami (2008).

Michaelsen, Krasnik, Nielsen, Norredam & Torres (2004) via Nielsen & Birkelund (2009).

Nkulu Kalengayi, Hurtig, Ahlm & Ahlberg (2012) via Hultsjö & Hjelm (2005).

Ozolins & Hjelm (2003) via Hultsjö & Hjelm (2005).

BILAGA II - ARTIKELÖVERSIKT

Författare: Alpers, L-M. & Hanssen, I.

Titel: Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency

Publikationsår: 2014.

Land: Norge.

Syfte: Att undersöka hur sjuksköterskor på medicinsk respektive psykiatrisk enhet uppskattar sin kompetens gällande patienter med minoritetsbakgrund.

Metod: Explorativ mixad metod. Kvalitativ data samlas in genom fokusgruppsintervjuer med sjuksköterskor inom medicin och psykiatri. Ett frågeformulär, av Lickert-typ, som sjuksköterskorna sedan fick besvara utformades baserat på fynden från intervjuerna och en tidigare studie. Kvantitativ data analyserades med hjälp av SPSS och kvalitativ data genom hermeneutisk metod.

Resultat: Knappt hälften av båda grupperna sjuksköterskor ansågs sig ha otillräcklig kunskap om olika kulturer. Ungefär en tredje del av båda grupperna ansåg sig ha otillräcklig kunskap om sjukdom och behandling ur ett annat perspektiv än det västerländska biomedicinska. 70 % av sjuksköterskorna inom somatisk vård tyckte smärtbedömning var svårt. Det framkom önskemål från sjuksköterskorna om utbildning inom området. Arbetslivserfarenhet spelade ingen roll på resultatet.

Etisk granskning: Ja.

Kvalitet: Medel.

Författare: Berlin, A., Johansson, S-E. & Törnkvist, L.

Titel: Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin – Primary Child Health Nurses' opinions

Publikationsår: 2006.

Land: Sverige.

Syfte: Att undersöka sjuksköterskors åsikter om arbetsförhållanden och kulturell kompetens på barnavårdscentraler.

Metod: Enkätundersökning. 270 av 387 sjuksköterskor svarade, svarsfrekvens 70 %. Inga signifikanta skillnader gällande demografi i svarsgruppen. Analyserad med logistisk regression.

Resultat: 84 % upplevde svårigheter i mötet med familjer med annan kulturell bakgrund. Sannolikheten att uppleva svårigheter ökade när sjuksköterskan ansvarade för en stor andel patienter med annan kulturell bakgrund, arbetade mer än 50 % i barnhälsovården och hade lång arbetslivserfarenhet.

Etisk granskning: Ja.

Kvalitet: Medel.

Författare: Dalheim Englund, A-C. & Rydström, I.

Titel: "I have to Turn Myself Inside Out": Caring for Immigrant Families of Children With Asthma

Publikationsår: 2012.

Land: Sverige.

Syfte: Att skapa en ökad förståelse för de utmaningar som vårdpersonal ställs inför i mötet med invandrarfamiljer vars barn lider av astma.

Metod: Kvalitativ design. Individuella intervjuer med öppna frågor. 17 deltagare. Kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Vårdpersonalens huvudsakliga utmaningar kan beskrivas med temat "Turning oneself inside out". Detta tema karakteriseras av fem kategorier: problem relaterat till kön och profession, utmaningar gällande kommunikation, främmande uppfattningar om sjukdom och behandling, påverkan på vårdrelationen och problem i relation till tid och tidsuppfattning.

Etisk granskning: Ja.

Kvalitet: Hög.

Författare: Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B. & Vike, H.

Titel: Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients

Publikationsår: 2014.

Land: Norge.

Syfte: Att undersöka de utmaningar som sjuksköterskor inom hemsjukvården möter vid vård av patienter från etniska minoritetsgrupper.

Metod: Kvalitativ design. Semistrukturerade djupgående intervjuer med 19 sjuksköterskor inom hemsjukvården. Hermeneutisk analysmetod.

Resultat/slutsats: Studien identifierade framför allt tre särskilt utmanande situationer. Dessa gällde intima omvårdnadssituationer, motstridiga uppfattningar om aktivitet och rehabilitering och slutligen olika sätt att hantera döende.

Etisk granskning: Ja.

Kvalitet: Hög.

Författare: Dellenborg, L., Skott, C. & Jakobsson, E.

Titel: Transcultural Encounters in a Medical Ward in Sweden: Experiences of Health Care Practitioners

Publikationsår: 2012

Land: Sverige.

Syfte: Att undersöka det förhållningssätt sjukvårdspersonal antar för att hantera transkulturella möten i vården på aktuell kardiologavdelning.

Metod: Kvalitativ design. Aktionsforskning med deltagande observationer och gruppdiskussioner genomförda på en kardiologavdelning. Deltagarna innefattade ungefär 70 personer ur personalen med en kombination av sjuksköterskor, undersköterskor och läkare.

Resultat: Det huvudsakliga temat var olikheter i relation till den generella uppfattningen om svenskhet. Detta ledde i sin tur till skapandet av stereotyper och personalen hamnade i ett tänkande av "vi" och "dem"; "svenskar" och "invandrare". Tankarna kring "vi" och "dem" illustrerades främst när deltagarna beskrev skillnader i könsuttryck.

Etiskt granskad: Framkommer inte i texten, däremot är studien initierad av personalen på aktuell avdelning.

Kvalitet: Medel.

Författare: Hultsjö, S. & Hjelm, K.

Titel: Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences

Publikationsår: 2005

Land: Sverige

Syfte: Att identifiera huruvida personal i somatisk och psykiatrisk akutvård upplever problem i omvårdnaden av invandrare, och om så är fallet jämföra dessa.

Metod: Kvalitativ design. Fokusgrupper med 22 kvinnor och 13 män. Deltagarna var sjuksköterskor och undersköterskor som arbetade i ambulans, på somatisk akutmottagning, och på psykiatrisk intensivvårdsavdelning. Intervjuerna i fokusgrupperna var semi-strukturerade.

Resultat: Artikelns huvudfynd var svårigheter kopplade till mötet med asylsökande som utskilde sig som en specifik grupp bland invandrare som söker vård. Resultatet visar också att personalen upplever svårigheter i relation till skillnader i kulturellt betingat beteende, språkbarriärer och problem med att hantera ett stort antal människor runt patienten. Ovanstående upplevdes av all personal oavsett arbetsplats.

Etisk granskad: Ja.

Kvalitet: Medel.

Författare: Høye, S. & Severinsson, S.

Titel: Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study

Publikationsår: 2008.

Land: Norge.

Syfte: Att undersöka sjuksköterskors uppfattningar om mötet med mångkulturella familjer på intensivvårdsavdelningar på norska sjukhus.

Metod: Kvalitativ design. Fokusgrupper med 16 sjuksköterskor. Tolkande innehållsanalys.

Resultat: Det huvudsakliga temat som framkom var kulturell mångfald och stressande faktorer på arbetsplatsen. Bland annat karakteriserades detta tema av kommunikationssvårigheter, hot mot den professionella statusen och svårhanterliga krisreaktioner.

Etisk granskning: Ja.

Kvalitet: Hög.

Författare: Høye, S. & Severinsson, E.

Titel: Professional and cultural conflicts for intensive care nurses

Publikationsår: 2010.

Land: Norge.

Syfte: Att undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av konflikter relaterade till praktiska situationer och möten med familjer och patienter från andra kulturer.

Metod: Kvalitativ design. Fokusgrupper med 16 sjuksköterskor. Kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Konflikter kan uppstå mellan sjuksköterskan och familjer med annan kulturell bakgrund bland annat när familjemedlemmar vill delta i omvårdnaden. Sjuksköterskans krav på att ge förståelig information kan också vara en källa till konflikt när det finns kommunikationssvårigheter med patient och familj. Konflikter kan även uppstå mellan sjuksköterskans ansvar för omvårdnadsmiljön och familjers behov av att vara nära patienten.

Etisk granskning: Ja.

Kvalitet: Medel/hög.

Författare: Michaelsen, J., Krasnik, A., S. Nielsen, A., Norredam, M. & Torres, A. M.

Titel: Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital.

Publikationsår: 2004.

Land: Danmark.

Syfte: Identifiera variationer i kunskap, attityder, erfarenheter och kommunikation bland olika professioner för att identifiera potentiella hinder i vården av immigranter.

Metod: Enkätstudie bland sjuksköterskor, läkare och undersköterskor på somatiska avdelningar. Sjuksköterskorna var slumpmässigt utvalda, i de övriga yrkeskategorierna inkluderades samtliga anställda. Resultat analyserade med hjälp av SPSS och chi-square. Ålder och profession togs med som jämförande variabler.

Resultat: Sammantaget framkom att läkare och sjuksköterskor upplever färre hinder i vården av invandrare jämfört med undersköterskor. Dock visar studien att majoriteten av de svarande ansåg att invandrare sökte vård utan adekvat anledning i högre utsträckning än majoritetsbefolkningen. Resultatet visar också att 62 % av samtliga svarande och 53 % av sjuksköterskorna hade uppfattningen att många invandrare överreagerar på smärta.

Etisk granskning: Ja.

Kvalitet: Medel.

Författare: Nielsen, B. & Birkelund, R.

Titel: Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurse' experiences when meeting minority patients

Publikationsår: 2009.

Land: Danmark.

Syfte: Att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med minoritetsbakgrund.

Metod: Kvalitativ design. Intervjuer kombinerat med observationer med en fenomenologisk analysmetod. 4 sjuksköterskor deltog i studien.

Resultat: Tre fenomen framkom: kommunikationssvårigheter, patienters smärtupplevelse och annorlunda mat- och familjekultur.

Etisk granskning: Ja.

Kvalitet: Medel.

Författare: Nkulu Kalengayi, F. K., Hurtig, A. K., Ahlm, C. & Ahlberg, B. M.

Titel: "It is a challenge to do it the right way": an interpretive description of caregivers' experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden.

Publikationsår: 2012.

Land: Sverige.

Syfte: Att undersöka vårdgivares erfarenheter och perspektiv i vården av utlandsfödda i norra Sverige.

Metod: Kvalitativ design. Semistrukturerade intervjuer och deltagande observation. 10 deltagare. Tematisk analysmetod.

Resultat: Tre huvudteman framkom: sociokulturell mångfald, språksvårigheter och svårigheter för invandrare att förstå den svenska hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Etisk granskning: Ja.

Kvalitet: Medel.

Författare: Ozolins, L-L., & Hjelm, K.

Titel: Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden

Publikationsår: 2003.

Land: Sverige.

Syfte: Att undersöka och beskriva sjuksköterskors skildringar av situationer med invandrare som har upplevts som problematiska inom akutsjukvård.

Metod: Kvalitativ design. 49 sjuksköterskor dokumenterade skriftligen sina upplevelser av att vårda invandrare på akutmottagning. Dokumentationen skulle innehålla beskrivningar av situationer som sjuksköterskor upplevt som problematiska. I studien analyserades 64 problematiska situationer.

Resultat: De huvudsakliga problemen kopplas till kommunikationssvårigheter där kulturella olikheter och språkbarriärer ingår. Studien visar också problem som uppstår i mötet med anhöriga och synen på sjuksköterskans respektive läkarens yrkesroll.

Etisk granskning: Ja.

Kvalitet: Medel.

Författare: Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K. & Björk, O.

Titel: Obstacles to Transcultural Caring Relationships: Experiences of Health Care Staff in Pediatric Oncology

Publicationsår: 2007.

Land: Sverige.

Syfte: Att undersöka vårdssituationen för familjer med invandrabakgrund inom barncancervård ur sjukvårdspersonalens perspektiv.

Metod: Kvalitativ design. Grounded theory. Fokusgruppsintervjuer och kompletterande semistrukturerade individuella intervjuer med sjuksköterskor, barnskötare och undersköterskor inom barncancervård. Totalt deltog 35 personer. Det ingick även två gruppintervjuer med läkare respektive specialistsjuksköterskor.

Resultat/slutsats: Hinder för kommunikation var det mest framträdande fyndet. Ytterligare tre teman framkom under studien: kulturella och religiösa hinder, sociala hinder och organisatoriska hinder.

Etisk granskning: Ja.

Kvalitet: Hög.

Författare: Skott, C. & M. Lundgren, S.

Titel: Complexity and contradiction: home care in a multicultural area

Publicationsår: 2009.

Land: Sverige.

Syfte: Undersöka sjuksköterskors upplevelse av hemsjukvård i ett mångkulturellt område i Sverige.

Metod: Kvalitativ design. Individuella intervjuer och gruppdiskussioner. Fem sjuksköterskor. Hermeneutisk analysmetod.

Resultat: I studien framkom att sjuksköterskorna lärde sig mycket och vidgade sina vyer i mötet med personer med annan kulturell bakgrund. Familjen ansågs både vara en tillgång och ett hinder. Organisationen ansågs vara en försvårande omständighet för att skapa vårdande relationer.

Etisk granskning: Ja.

Kvalitet: Medel/hög.