



**INSTITUTIONEN FÖR  
GLOBALA STUDIER**

# **ATT FÖRSTÅ OCH TILLÄMPA KULTUR**

En studie om begreppen kultur och kulturell kompetens på en psykiatrimottagning i västra Sverige

**Elin Lundberg**

---

Göteborgs Universitet  
Institutionen för Globala Studier  
Kandidatuppsats 15 hp  
Vårterminen 2017  
Handledare: Johan Wedel

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Syfte och frågeställning.....</b>	<b>5</b>
<b>3. Teoretisk anknytning och tidigare forskning .....</b>	<b>6</b>
<b>3.1 Kultur som ett fast och avgränsat ting .....</b>	<b>6</b>
<b>3.2 Kultur som dynamiskt och rörligt .....</b>	<b>7</b>
<b>3.3 Biomedicinska distinktioner och kulturell kompetens.....</b>	<b>8</b>
<b>3.4 Den biomedicinska kulturen.....</b>	<b>9</b>
<b>3.5 Specifik och allmän kulturell kompetens .....</b>	<b>10</b>
<b>3.6 Kulturell kompetens i mötet med patienter .....</b>	<b>11</b>
<b>4. Metod och etiska överväganden.....</b>	<b>12</b>
<b>4.1 Tillvägagångsätt.....</b>	<b>12</b>
<b>4.2 Urval och avgränsning .....</b>	<b>12</b>
<b>4.3 Generaliserbarhet, reliabilitet och validitet .....</b>	<b>13</b>
<b>4.4 Etiska överväganden .....</b>	<b>13</b>
<b>5. Resultat och analys.....</b>	<b>15</b>
<b>5.1 Föreställningar om kultur.....</b>	<b>15</b>
<b>5.2 Balansgången mellan att ha kultur i fokus och samtidigt se individer var för sig .</b>	<b>17</b>
<b>5.3 Kulturell kompetens .....</b>	<b>18</b>
<b>5.4 Kulturell kompetens i relation till psykisk ohälsa .....</b>	<b>19</b>
<b>5.5 Kulturell bakgrund som ett verktyg .....</b>	<b>22</b>
<b>6. Avslutande diskussion.....</b>	<b>24</b>
<b>7. Referenslista.....</b>	<b>27</b>
<b>Bilaga intervjuguide .....</b>	<b>28</b>

# 1. Inledning

*På psykiatrimottagningen möts jag av ett tomt väntrum. Jag är tidigt på plats idag för en inbokad intervju. Den som arbetar i receptionen ber mig att sitta ner och vänta. Det är lugnt på mottagningen och endast några vårdarbetare och hälsorådgivare går runt i lokalerna och hälsar lågmält på varandra. Jag hör steg i trappan som är belägen i mitten av lokalen och den går igenom alla våningarna på mottagningen. Längst med väggarna står det stolar, soffor och bord placerade. Det är några stenstatyer i lokalen och tavlor hänger på väggarna. Bakom mig är det en grön fondvägg men utöver den är alla väggar vita. Trappan är gjord i trä som ser ut att vara av träslaget ek. Jag noterar att varje gång som anställda lämnar sina rum låser de sina dörrar. Bakom mig hänger det en affisch som det står "Våga prata om det som döljer sig under ytan" på. Det kommer in några patienter som var för sig tar en nummerlapp och anmäler sig i receptionen. Det är sedan fortsatt tyst i lokalen.*

På denna mottagning någonstans i Västsverige, där jag genomfört mitt antropologiska fältarbete, liksom på många andra vårdinrättningar i Sverige, har begreppen kultur och kulturell kompetens blivit både viktiga och omtvistade begrepp. Idag, både i Sverige och i många andra länder, utbildas personal som arbetar inom vården i ett "kulturellt bemötande" och i kulturell kompetens. Begreppet kultur kan betyda olika saker för olika människor i olika situationer vilket gör att begreppet kan bli problematiskt.

Inom antropologin har vårdens syn på begreppen kultur och kulturell kompetens blivit kritiserad för att vara för snäv (Kleinman & Benson, 2006). Antropologerna Kleinman och Benson menar att konsekvensen av etnocentriska värderingar hos vårdpersonal och en för snäv definition av begreppet kultur kan resultera i att patienter stereotypiseras. Det kan leda till olika föreställningar om kulturella skillnader som i sin tur gör att patienter får olik behandling vid kontakt med vården. Alla patienter som söker upp vård, oavsett kulturell bakgrund, har rätt att känna att de får en vård som inte bygger på etnocentriska värderingar och stereotyper samt att de blir förstådda och sedda som individer.

Forskaren Lisa B Bearskin är även hon kritisk till hur begreppet kulturell kompetens används inom vården, hon skriver att vårdpersonal måste acceptera att världen kan ses på många olika sätt (Bearskin, 2011:552). Hon menar också att det krävs en medvetenhet om marginaliserade gruppers utsatthet i en ekonomisk, social och politisk kontext och då handlar det inte om att ha kunskap om alla kulturer utan om att ha en ömsesidig respekt för individen.

Jag har uppfattat att det råder brist på kunskap om vårdens syn på dessa begrepp i en svensk kontext. Därför vill jag med hjälp av antropologisk metod ta reda på vilka uppfattningar några vårdarbetare och hälsorådgivare har om begreppen kultur och kulturell kompetens samt hur de arbetar utifrån detta. Utifrån ett antropologiskt perspektiv med fokus på mening och betydelse har intervjuer med vårdarbetare och hälsorådgivare genomförts. Informanternas utsagor, vilka baseras på ett västerländskt biomedicinskt perspektiv, problematiseras och diskuteras utifrån antropologisk teori och metod. Undersökningen baseras på ett fältarbete som har gjorts på en psykiatrimottagning i västra Sverige.

Undersökningen har skett på en psykiatrimottagning och psykiska problem kan ofta vara stigmatiserande i olika kulturella sammanhang (Kleinman, 2009). På den psykiatrimottagning där denna undersökning har genomförts fanns många patienter som var födda utanför Sverige. I denna grupp finns olika synsätt på psykisk ohälsa representerade. Medvetenheten hos vårdpersonalen om begreppet kulturell kompetens och förmåga att tillämpa den kan då vara ett verktyg för att undvika problem och missförstånd vid olika föreställningar kring psykisk sjukdom och i möten mellan vårdgivare och patient (Winkelman, 2009).

Den psykiska ohälsan ökar och har blivit ett allvarligt problem i Sverige både på en individnivå och ur ett samhällsperspektiv (Socialförsäkringsrapport, 2015). I arbetet för att främja folkhälsan i Sverige tog Sveriges riksdag ett beslut om 11 folkhälsomål där det sjätte målet lyder *En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård* (Regeringen, 2002). Det innebär att vårdens arbete, utifrån sin kompetens och expertis arbetar för att en långsiktig positiv hälsoutveckling ska genomsyra den psykiatriska vården och hela vårdsystemet i Sverige.

## 2. Syfte och frågeställning

Syftet med uppsatsen är att undersöka och ge en inblick i synen på begreppen kultur och kulturell kompetens inom psykiatriska vården. Jag kommer att undersöka vad några vårdarbetare och hälsorådgivare på en psykiatrimottagning i västra Sverige har för uppfattning om begreppen kultur och kulturell kompetens samt dess tillämpning. För att genomföra detta kommer uppsatsen att utgå ifrån och försöka få svar på följande frågeställning:

- Hur uppfattas, förstås och används begreppen kultur och kulturell kompetens bland vårdarbetare och hälsorådgivare på en svensk psykiatrimottagning och vad kan detta innebära i vårdmöten och vid patientkontakter?

### 3. Teoretisk anknytning och tidigare forskning

Att utgå från och analysera begreppet kultur är frekvent inom antropologin samtidigt som det är ett begrepp med många definitioner. Då antropologin i första hand är analytisk och biomedicinen (västerländsk medicin) är tillämpbar så handlar det inte om att jämföra biomedicinens och antropologins sätt att se på kultur. Uppsatsen kommer snarare att undersöka biomedicinska perspektiv utifrån en analys där antropologisk teori och antropologiska verktyg används för att förstå, förklara och belysa begreppens mening och tillämpning.

#### 3.1 Kultur som ett fast och avgränsat ting

Den danske antropologen Susan Wright menar att antropologer generellt har haft stor påverkan på definitionen av kultur och på hur begreppet används idag (Wright, 1998:7). I hennes artikel *The Politicization of 'culture'* skriver hon att synen på begreppet också har förändrats över tid från det äldre, förtungligt, avgränsade och statiska sättet, till det nutida, mer dynamiska och föränderliga sättet att definiera begreppet. Historiskt har antropologins idéer och föreställningar om kultur varit kopplat till rasindelning och etnisk bakgrund (1998:8).

Exempel på kända antropologer som influerade det äldre sättet att se på kultur är Edward B Tylor, verksam under senare delen av 1800-talet och tidiga 1900-talet, som kom med sin teori social evolutionism (Wright, 1998). Ett annat känt namn är antropologen Franz Boas, också verksam under senare delen av 1800-talet och tidiga 1900-talet, som är berömd för sin teori kulturrelativism som har mer gemensamt med den nutida definitionen. Teorierna är olika varandra men båda har påverkat utvecklingen av antropologins sätt att definiera begreppet kultur.

Under första delen av 1900-talet blev en del antropologer kritiserade för att se kultur som något statiskt, som ett ting som människor bär med sig och för att se grupper av individer som homogena (Wright, 1998). Inom antropologin idag finns ett mer nyanserat synsätt men i samhällsdebatten finns detta statiska och avgränsade synsätt fortfarande kvar, ett äldre sätt att se på kultur som ofta är kopplat, precis som det genom historien har kopplats, till gränser. Dessutom ses människor innanför dessa gränser som homogena grupper tillhörande *en* kultur och människorna blir då definierade utifrån en tänkt checklista av egenskaper som alla från en plats har gemensamt.

Det äldre sättet att se på kultur är vad som många gånger tenderar att användas inom vården idag (Bearskin, 2011). Detta förtingligande sätt att se på begreppet kultur blir statiskt och det blir problematiskt inom vården då det ofta innebär en stereotypisering av grupper, som i sin tur kan bli problematiskt i mötet med en patient med en annan kulturell bakgrund då personens ”kultur” övertolkas och överbetonas (Kleinman & Benson, 2006:1673). Kleinman och Benson beskriver i sin artikel ett exempel där detta belyses. Det handlar om en mexikansk man som kommer till en nordamerikansk klinik med sin fyraåriga son som har HIV. Läkare på kliniken ber mannen komma med sonen regelbundet till kliniken för behandling. När mannen inte kommer med sonen antar läkarna att detta beror på ett kulturellt missförstånd. De tror att mannen inte förstod vad läkaren menade på grund av mannens kulturella bakgrund. Dock framkom det senare att mannen hade förstått, men att anledningen till att han inte hade möjlighet att komma till kliniken med sin son var att han var fattig och jobbade som busschaufför på nätterna. Exemplet visar hur vårdpersonal överbetonar kulturella faktorer när det handlar om socioekonomiska och strukturella orsaker.

### **3.2 Kultur som dynamiskt och rörligt**

Idag inom antropologin ses inte begreppet kultur som något en människa bär med sig eller ”har” (Wright, 1998). I och med att begreppet kultur har utvecklats i olika studier och teorier inom antropologin definieras nu begreppet som att kultur inte innebär naturliga avgränsade enheter utan bör ses som dynamiskt och föränderligt. Inom antropologin idag ses kultur ofta vara en aktiv process av meningsskapande och att länder och gränser inte är begränsande utan påverkade av den rådande globaliseringen som bidrar till att begreppet blir mer flytande och dynamiskt (1998).

Till exempel den norske antropologen Thomas Hylland Eriksen belyser i sin bok *Kulturterrorismen* ett mer dynamiskt och rörligt sätt att se på kultur. Han menar att begreppet inte är kopplat till ett ting utan är föränderligt och skiftar utifrån situation (Eriksen, 1999:20). Han belyser också att inom ett land finns det lika mycket olikheter som det finns likheter, det vill säga att det inte finns en korrelation mellan en viss, avgränsad kultur och etnisk tillhörighet (1999:22). Eriksen tar upp exemplet att norska storstadsbor har mer gemensamt med andra storstadsbor världen över än med andra norrmän som bor på norska landsbygden. Hans slutsats är att skillnader existerar mellan grupper men de beror inte på en koppling mellan en uppfattad objektiv, oföränderlig kultur och etnisk tillhörighet. Istället är de skapade och upprätthålls utifrån ideologiska och idémässiga konstruktioner. Antropologer som Wright och Eriksen är exempel på antropologins nutida sätt att se på begreppet kultur.

### 3.3 Biomedicinska distinktioner och kulturell kompetens

En artikel som tidigt inspirerade till arbetet med denna uppsats är *Anthropology in the Clinic: The problem of Culture Competency and How to Fix It* av antropologerna Arthur Kleinman och Peter Benson. I den skriver de bland annat om olikheterna mellan det biomedicinska och det antropologiska sättet att se på begreppen kultur och kulturell kompetens (Kleinman & Benson, 2006).

De menar att inom biomedicin tillämpas ett för snävt sätt att se på kulturell kompetens och att detta är en konsekvens av hur de som utövar biomedicin definierar och arbetar utifrån begreppet kultur (Kleinman & Benson, 2006). Enligt dem är det vanligt inom biomedicinen att se på kultur i termer av etnicitet och nationalitet samt att denna syn i sin tur skapar en statisk uppfattning om avgränsade samhällen bebodda av homogena grupper som delar samma kultur. Detta leder sedan ofta till en stereotypisering där en patients ”kultur” överbetonas på bekostnad av andra aspekter så som socioekonomiska förhållanden och strukturella faktorer.

Inom aktuell antropologisk teoribildning är kultur en process som sker i dagliga aktiviteter som i sin tur är påverkade av den kontext personen befinner sig i samt personens genus, ålder, klass med mera (Kleinman & Benson, 2006:1674). I artikeln belyser Kleinman och Benson att synen på kulturell kompetens följdriktigt är påverkad av respektive disciplins syn på begreppet kultur. De skriver:

”One of the major problem with the idea of cultural competency is that it can be reduced to a technical skill for which clinicians can be trained to develop expertise. This problem stems from how culture is defined in medicine, which contrasts strikingly with its current use in anthropology. [...] Culture is often made synonymous with ethnicity, nationality, and language.” (Kleinman & Benson, 2006:1673).

Det innebär att medvetenheten om och arbetet med kulturell kompetens alltid är beroende av hur begreppet kultur definieras och uppfattas (Kleinman & Benson, 2006). Ett av de stora problemen med biomedicinens syn på kultur medför därför att kulturell kompetens reduceras till en teknisk kunskap som kan tränas upp hos vårdarbetare och ”kultur” blir då något som en patient ”har”. Kulturell kompetens blir då en serie av sådant som vårdgivaren får och inte får göra. Inom biomedicinen tenderar alltså många att uppfatta kulturell kompetens som något som kan läras ut. Dock skriver Kleinman och Benson (2006) att det kan vara viktigt att väga in kulturella faktorer i en patients diagnos men att det då krävs en medvetenhet om risken att lägga för stor vikt vid patientens kulturella bakgrund, särskilt om det dras generaliseringar av kulturer som homogena grupper.



För att få fram vilken betydelse patienten ger sitt problem och hur det upplevs, föreslår Kleinman och Benson att vårdgivare använder sig av ett antal frågor vilka benämns som patientens förklaringsmodell (*explanatory model*). Dessa frågor kan sedan vara utgångspunkten för olika former av vårdinsatser. Dessa frågor är: Vad kallar du ditt problem, vilket namn har det?; Vad tror du har orsakat ditt problem?; Varför tror du att det började vid den tidpunkt när det började?; Vad gör sjukdomen/problemet med dig, hur fungerar den?; Hur allvarlig är den?; Kommer den att pågå under en lång eller kort tid?; Vad fruktar du mest när det gäller din sjukdom/problem?; Vilka är de allvarligaste problemen som sjukdomen har orsakat dig?; Vilken typ av behandling tycker du att du ska få?; Vilka är de viktigaste resultat som du hoppas att uppnå genom behandling? (Kleinman & Benson, 2006:1674).

Kleinman och Benson menar att den snäva synen på kultur är påverkad av det biomedicinska förhållningsättet, eller som man så vill, den "biomedicinska kultur" som existerar internt på till exempel medicinska universitet, vårdinstitutioner och sjukhus och som reproducerar detta sätt att se på begreppet kultur, som i sin tur påverkar hur begreppet kulturell kompetens används (Kleinman & Benson, 2006). De betonar även att det är viktigt att belysa att när vårdpersonal arbetar med kulturell kompetens är det påverkat av den kulturella bakgrunden som vårdarbetaren själv har i mötet med en patient. Det belyser även antropologen Michael Winkelman som menar att vårdarbetarens medvetenhet om att vi alla påverkas av kulturella föreställningar och om sin egen bakgrund i mötet med patienten, samt dess effekter, är centrala i arbetet med att utveckla och utöva en nyanserad, självreflekterande och icke-statisk kulturell kompetens (Winkelman, 2009).

### **3.4 Den biomedicinska kulturen**

Antropologen Byron J Good betonar att biomedicinen även bär på kulturella föreställningar och på en västerländsk distinktion mellan kropp och själ (Good, 1994). Detta bekräftar bland annat i sättet att se på människokroppen. Samtidigt reproduceras dessa föreställningar inom vården. Good har gjort en studie bland studenter vid Harvard University för att undersöka lärandeprocessen på medicinska kurser. Han kommer fram till att under de två första åren lär sig studenterna att objektifiera både medicinen och människokroppen och se på kroppen som en materiell, avgränsad enhet åtskild från själen (1994). Det leder till att medicinstudenterna lär sig att de ska fylla i de luckor som saknas i form av sjukdom eller skada i den objektifierade medicinska kroppen när de träffar en patient. Studenterna blir lärda att på ett snävt sätt endast se människokroppen som en medicinsk, materiell kropp.

Inom biomedicinen har det alltså utvecklats en separation mellan den fysiska kroppen och människans mentala och psykiska välmående (Amarasingham Rhodes, 1996:167). Enligt antropologen Amarasingham Rhodes blir konsekvensen av uppdelningen i förlängningen en kulturell separation mellan natur och kultur, som i sin tur påverkar hur synen på sjukdom ser ut och behandlas inom biomedicinen (1996:171). Hon menar att även om medicinstudenter får undervisning om kulturella skillnader studeras inte den kultur som reproduceras inom biomedicinen själv, där uppdelningen av natur och kultur och kropp och själ sker. Konsekvensen blir att patienters fysiska kropp blir undersökt isolerad från deras mentala hälsa och psyke, något som ofta drabbar kroniskt sjuka patienter där sjukdomsorsaken inte går att finna.

### **3.5 Specifik och allmän kulturell kompetens**

Kulturell kompetens är ett väl diskuterat begrepp och används i många sammanhang och ges många betydelser. Winkelman delar upp kulturell kompetens i en specifik och en allmän kulturell kompetens i boken *Culture and health* (2009).

#### *Specifik kulturell kompetens*

Den specifika kulturella kompetensen är något som en person utvecklar under en lång vistelse inom en specifik kulturell kontext och genom lång erfarenhet av ett visst kulturellt sammanhang (Winkelman, 2009:87). Personer med specifik kulturell kompetens kan då använda sig av den i mötet med en patient både från det kulturella sammanhanget och har också lättare att applicera kompetensen i andra kulturella sammanhang. Det kan till exempel vara en svensk läkare som är född och uppvuxen i Somalia och som är insatt både i somaliska föreställningar och i biomedicinska föreställningar.

#### *Allmän kulturell kompetens*

Den allmänna kulturella kompetensen innebär att en person har en allmän uppfattning om att vi alla bär på kulturella föreställningar och om kulturella skillnader (Winkelman, 2009:87). Personen kan ta med sig sin allmänna kulturella kunskap i mötet med andra människor och i vårdmöten. Det innebär också att ha en generell kunskap om hur vissa kulturella föreställningar kan interagera med och påverka föreställningar och förhållningssätt i andra kulturella sammanhang samt att kunna använda sig av den kunskapen i möten med andra människor. Det handlar om att kunna se olika företeelser ur olika perspektiv och en önskan att lära sig. Därigenom kan vårdgivaren utveckla former för kommunikation och relevanta interventioner (2009).

### 3.6 Kulturell kompetens i mötet med patienter

Lisa B Bearskin är kritisk mot begreppet kulturell kompetens och hur det används inom vården. Bearskin skriver att i mötet med patienter måste vårdarbetare vara medvetna om både sig själva och samtidigt ha en kulturell kunskap som inkluderar olika kulturella värderingar som kan påverka synen på hälsa (Bearskin, 2011:552). Hon poängterar att vårdarbetare behöver ”*move out of their individual comfort zones*” och att det behövs ett engagemang och en ömsesidig respekt för individen i mötet med patienter. Vidare menar hon att de måste börja undersöka sjukvårdens egna system som reproducerar ett sätt att se diskriminerande på individer. Detta är något som ofta tar sig uttryck i främlingsskapande och institutionaliserad rasism (2011).

Winkelman är också kritisk till hur begreppet ofta används inom biomedicinen men menar att kulturell kompetens är en viktig del i alla möten med människor, men speciellt viktigt för att skapa sociala relationer samt för den kulturella interaktionen människor emellan (Winkelman, 2009:96). Den ömsesidiga respekten och interaktionen är en grund för att patienten ska känna sig trygg med vårdarbetarens eller hälsorådgivarens planerade behandling och känna förtroende för vården. Winkelman utgår även ifrån att kulturella synsätt och angreppssätt innefattar kunskap om relationerna mellan människorna och deras miljö. Kunskapen om dessa faktorer påverkan ser han som nödvändig för att förstå hur folkhälsan ska kunna förbättras. (2009:106).

## 4. Metod och etiska överväganden

Undersökningen består av sex muntliga semistrukturerade djupintervjuer med vårdarbetare och hälsorådgivare på en psykiatrimottagning belägen i västra Sverige i ett område med många patienter från utomeuropeiska länder. Frågorna som ställdes i intervjuerna följde en intervjuguide (se bilaga). Några av frågorna var samma vid alla intervjutillfällen men informanterna hade samtidigt möjlighet att leda in intervjun dit de ville utifrån sina utsagor och upplevelser. Valet av kvalitativa semistrukturerade intervjuer gjordes för att få det antropologiska inifrånperspektivet (emic) då informanterna själva kunde styra intervjuerna. Fokus har legat på betydelse, mening, egna upplevelser och erfarenheter i möten med patienter (Emerson et al., 2011). Begränsningen till sex intervjuer gjordes för att kunna hålla tidsramen för detta arbete. Jag anser dock att tillräcklig information framkom från mina informanter för att kunna besvara uppsatsens syfte och frågeställning.

Det ska tilläggas att några observationer av lokalerna gjordes där även olika sinnesstämningar noterades men endast för att få en uppfattning om lokalerna på mottagningen (se vidare i rubriken etiska överväganden).

### 4.1 Tillvägagångsätt

Jag skickade ut ett mail till kontaktpersonen på mottagningen som i sin tur frågade samtliga anställda på mottagningen om någon var intresserad av att ställa upp i en intervju. Informanterna valdes sedan ut från den grupp som anmält intresse beroende på hur deras tillgänglighet stämde överens med mina möjligheter att genomföra intervjuerna. Jag har haft stor förståelse för att deras dagar är fullbokade med patienter och därför var det enklast att hålla intervjuerna på deras arbetsrum på mottagningen. Att jag var på mottagningen innebar också att jag fick se dem i situationer som de vistas i dagligen.

Intervjuerna bandades och de var omkring trettio till fyrtio minuter långa. Jag gjorde även stödanteckningar under intervjuerna och de transkriberades i efterhand så att jag sedan effektivt kunde koda intervjuerna. Det insamlade materialet har sedan analyserats och satts i relation till det teoretiska ramverk som uppsatsen utgår ifrån. Efter detta har också informanterna blivit anonymiserade och benämns vid andra namn än vad de heter i verkligheten.

### 4.2 Urval och avgränsning

Informanterna var två sjuksköterskor, två psykologer, en arbetsterapeut och en kurator. Samtliga hade arbetat inom vården under flera år och på mottagningen alltifrån några månader

till flera år. Frågor om informanternas ålder ställdes aldrig men uppskattningsvis var de mellan 30-50 år gamla. Det var en man och fem kvinnor som intervjuades. På hela psykiatrimottagningen var det ungefär 70 anställda: läkare, sjuksköterskor, psykologer, arbetsterapeuter, kuratorer, skötare, sjukgymnaster, sekreterare och ekonomibiträden. Mina informanter benämns som vårdarbetare och hälsorådgivare.

### **4.3 Generaliserbarhet, reliabilitet och validitet**

Undersökningen kan inte generaliseras utanför den undersökta gruppen eftersom urvalet endast består av sex informanter och därmed är reliabiliteten låg. Förhoppningsvis kan dock undersökningen vara ett komplement och ett bidrag till liknande och fortsatt forskning inom ämnesområdet.

Undersökningen har strävat efter hög validitet, det vill säga att undersöka vad den är ämnad att undersöka. Validitet är grunden för en bra etnografi menar Roger Sanjek och uppnås bland annat genom att ha struktur i arbetsprocessen och utarbetade mönster (Sanjek, 1990:395). Han menar också att validiteten av etnografin måste bli värderad i sin kontext och att ett etnografiskt fältarbete är uppbyggt av flera val som görs under arbetets gång. Det ska vara tydligt vilka teoretiska val som gjorts och hur kontakter knutits i fält (1990).

I undersökningens arbetsprocess ingick att de informanter som undersökningen baserar sig på visade intresse för ämnet under en presentation av vad undersökningen skulle handla om. De informanter som visade intresse blev sedan kontaktade via mail med mer information kring ämnet och intervjutider bokades in. Under intervjuerna var det utarbetade mönstret att jag som student försökte ställa liknande följdfrågor till mina informanter samt att intervjuerna skulle se snarlika ut med samma förutsättningar.

Ett annat viktigt inslag för en bra etnografi är reflexivitet och öppenhet hos mig som genomför undersökningen. Jag reflekterade mycket före intervjuerna kring hur jag ville presentera mig och vilken slags relation jag ville ha med mina informanter. Förhållningssättet blev att jag både var personlig men höll samtidigt en neutral roll som antropologistudent för att inte påverka informanterna för mycket. Ansatsen i arbetet efter intervjuerna har varit att vara neutral och inte övertolka mina resultat.

### **4.4 Etiska överväganden**

Då jag som student har det yttersta ansvaret för att etiska riktlinjer följs i denna uppsats har jag följt CODEX riktlinjer för forskares regler och riktlinjer (CODEX, 2016). Att utföra fältarbetet på en arena där vård ges till psykiskt sjuka patienter kunde ha skapat en etisk

situation då vissa hänsynstaganden kunde behöva tas, särskilt till patienterna. Dock var detta ingenting jag upplevde som ett problem under undersökningen och jag valde att inte intervjua eller möta några patienter. Jag skrev under ett intyg om sekretess som följs på mottagningen och alla fall som togs upp under intervjuerna var generella och inga namn nämndes. Var psykiatrimottagningen är belägen samt vad den heter har avkodats och benämns i stället som en psykiatrimottagning i västra Sverige, även detta av etiska skäl.

## 5. Resultat och analys

### 5.1 Föreställningar om kultur

Begreppet kultur var ett av de två centrala teman som togs upp under intervjuerna med informanterna. Under intervjuerna refererade fyra av sex informanter begreppet kultur direkt till nationalitet och etnicitet. De två andra informanterna kopplade först begreppet kultur till normer och föreställningar samt den ”sociala kulturen” som kan förekomma i en grupp. Dock övergick även dessa två informanter till att referera begreppet kultur till etnicitet och nationalitet när de ombads att ge exempel på om kultur kunde påverka under ett patientbesök.

#### Nationell och etnisk tillhörighet

Hur begreppet kultur kopplades till patientens nationella och etniska tillhörighet varierade i intervjuerna. Olof, en man i 30-års åldern, gjorde i sin intervju en tydlig koppling mellan kultur och nationell tillhörighet genom att säga ”kultur har en stor betydelse och påverkar i mötet med en patient då man har olika föreställningar beroende på vart man kommer ifrån.” Helene, en kvinna i 40-års åldern, sade i intervjun att ”kultur kan vara social kultur, som ett ungdomsgång har sin sociala kultur men det kan också vara att man kommer från ett annat land och då har man olika seder och bruk.” Även Sara, en kvinna i 30-års åldern, nyanserade detta synsätt genom att säga att ”kultur är ett förhållningsätt, normer och föreställningar som påverkas av det man växt upp i.” Senare i intervjun sa hon att kultur kunde vara kopplat till etnicitet och nationalitet och menade att ”om länderna ligger längre från varandra så kan det göra att de skiljer sig mer ifrån varandra.”

Exemplen belyser att det hos två av informanterna fanns en uppfattning om att normer och föreställningar ser olika ut hos olika grupper av människor. Detta samtidigt som alla informanter tenderar att generalisera människors kulturella tillhörighet utifrån nationalitet och etnicitet. Informanternas sätt att göra dessa indelningar av människor utifrån kultur som nationell och etnisk tillhörighet är exempel på indelningar som Eriksen diskuterar. Han menar att indelningen blir problematisk bland annat för att om det finns ett allmängiltigt sätt att vara på som till exempel svensk, måste en gemensam nämnare hittas för alla individer som är ”svenskar” som skiljer sig från exempelvis normmän, vilket kan bli svårt, om inte omöjligt (Eriksen, 1999:20). De två informanterna som inledningsvis kopplar kultur till olika gruppers ”förhållningssätt, normer och föreställningar” överensstämmer mer med det moderna och mer nyanserade synsättet. Till exempel skulle det kunna vara olika föreställningar som är gemensamma hos till exempel gruppen stadsbor oavsett var i världen de kommer ifrån (1999).

## **Betydelsen av synen på kultur i patientmötet**

Att relatera begreppet kultur till nationalitet och etnisk tillhörighet visade sig vara både problematiskt men också betydelsefullt och meningsfullt för informanterna. Informanterna berättar att det läggs en stor vikt vid begreppet kultur i mötet med patienten men samtidigt finns det på mottagningen en diskussion om hur mycket patientens kulturella bakgrund får påverka i ett patientbesök. I intervjun med Vanessa, en kvinna i 50-års åldern, ges ett sådant exempel:

Vanessa: Ja det pratas mycket i förhållande till praktiska saker om hur kultur påverkar. Hur de reagerar eller hur de gör. Som för romerna, om någon är riktigt sjuk eller ska dö så måste ju hela familjen eller hela släkten komma till sjukhuset. De måste det. Och det är till vårdpersonalens förtret. Det funkar ju liksom inte! De dricker sig fulla och går omkring fulla på sjukhuset och skriker.

Elin: Har du något förslag på hur det ska hanteras?

Vanessa: Det är okej med kultur. Men det får vara någon slags gräns där.

Vanessa hänvisar i citatet begreppet kultur till en grupp, i det här fallet romer och till att det finns generella föreställningar kring denna grupps beteendemönster. Hennes resonemang visar tydligt att hon uppfattar begreppet kultur som något fast, ett ”ting” som delas av samtliga inom gruppen. ”Romer” blir här en stereotyp där alla de i gruppen som besöker sjukhuset framställs som exotiska, annorlunda och stötande. Dessa former av generaliseringar av kultur skapar föreställningar om grupper som homogena och leder till negativa konsekvenser för patienter i mötet med vården (Bearskin, 2011). Att ha fokus på patientens kulturella bakgrund utifrån stereotyper blir komplicerat när generaliseringar görs. Vårdarbetare bör därför vara medvetna om betydelsen av sina egna föreställningar och förhållningssätt i mötet med patienter (Winkelman, 2009).

## **Konsekvenser av synen på kultur**

Att göra en koppling mellan kultur, nationalitet och etnicitet kan bli komplext i mötet med en patient. Olof berättade att ”det blir uppenbart när jag pratar med dig att jag gör mig en form av föreställning om personen när jag möter patienter beroende på vart patienten kommer ifrån” och Olof är medveten om att kopplingen mellan begreppet kultur och nationell och etnisk tillhörighet ger konsekvenser i mötet med patienter som ibland kan vara negativa och leda till stereotypisering. Bearskin (2011) påpekar, precis som Winkelman (2009), att vårdarbetare måste vara medvetna om att deras egen syn på kultur och deras egna kulturella värderingar kan påverka synen på hälsa och synen på patienterna i vårdmöten. Om för mycket fokus på ”kultur” som ett fast ”ting” sker i ett möte kan det leda till stereotypiseringar och kategoriseringar som patienten inte identifierar sig med (Kleinman & Benson, 2006). Detta



kan ge konsekvenser för patienten som då kan känna sig respektlöst behandlad. Det kan innebära missförstånd och att individer inte får en rättvis eller adekvat behandling (2006).

## **5.2 Balansgången mellan att ha kultur i fokus och samtidigt se individer var för sig**

Något som återkommande togs upp av informanterna i intervjuerna var att det fanns två förhållningssätt när det gällde betydelsen av patientens kulturella bakgrund. Under intervjun med Olof berättade han att ”Det finns ett ideal att alla ska behandlas lika och en annan sida som är att det finns skillnader. Man kan göra generaliseringar och tala om skillnader mellan kulturer.”

Citatet exemplifierar ett mönster som kom upp flera gånger under intervjuerna som belyser att informanterna ger kultur mening på två olika sätt i mötet med patienterna. Dels att patienter ska behandlas lika oavsett kulturell bakgrund och dels att patienters kultur är en betydande faktor i diagnostiserandet och behandlingen av patienter. Elsa, en kvinna i 30-års åldern, belyser också detta då hon berättar att hon anser att det är en svår balansgång mellan att ha både fokus på kulturell bakgrund och samtidigt vara öppen i ett patientmöte:

Det är det som är en svår balansgång. För om du fokuserar allt för mycket på kultur så har du en uppfattning om hur det ska vara ”om du är från Motala så är du så här och om du är från Ungern så är du på ett visst sätt”. Det är ju också en fördom och en uppfattning. Det är därför jag tänker att det gäller att vara öppen och ha öppna frågor. Och fråga alla patienter samma frågor. Ja det blir ju svårt om man ska ha ett formulär till alla som är födda i Sverige. Så om man sätter kultur för mycket i fokus då kan personen uppfatta det som väldigt stötande.

Det framkomna mönstret i intervjuerna överensstämmer med det som Wright menar är en svår balansgång mellan ett modernare sätt att se på kultur och ett äldre, mer förtingligande sätt att se på kultur (Wright, 1989:14). Både Olof och Elsa menar att det i patientmöten är problematiskt att se kultur som ett ”ting” patienten bär med sig men samtidigt menar Olof att det alltid finns en risk att detta görs. Elsa reflekterande uttalande visar tydligt på ett modernare sätt att se på kultur som något dynamiskt och inte kopplat till homogena grupper med delad kultur, men hon menar samtidigt att användande av kulturbegreppet inom vården är en svår balansgång. Pendlingen mellan olika sätt att se på kultur kan alltså vara problematisk, både för vårdarbetare och patienter, särskilt om den påverkar patientens möte med vården på ett negativt sätt, stereotypiserande och diskriminerande sätt.

### **Stereotypisering**

Under intervjun med Vanessa besvarar hon frågan om vården i Sverige kan ha en för snäv bild av begreppet kultur med: ”Ja, jag tror att det finns fördomar. Jag stöter ju inte på det. Jag är ju svensk.” Vanessas sätt att resonera om sig själv som svensk visar på en tänkt uppdelning

av födda svenskar och andra grupper av människor. Antropologerna Kleinman och Benson skriver att idén att se grupper som isolerade med delade gemensamma kulturella likheter kan bli problematiskt när den leder till ett stereotypiserande (Kleinman & Benson, 2006). Att vara ”svensk” blir här lätt likställt med vissa kulturella drag som personer som inte är födda i Sverige inte ”har”.

Även Helene kommer in på detta när vi under intervjun diskuterar hur olika grupper av människor kan se på psykisk sjukdom.

Helene: Jag måste läsa på inför nästa möte med patienten från Somalia.

Elin: Hur gör du det?

Helene: Jag skulle nog googla för att läsa på om somalisk kultur men jag får se om jag hinner.

Helenes uttalande visar tydligt på ett sätt att se på kunskap om andra människors kulturella föreställningar som något generaliserbart och homogent och som en kunskap som lätt kan plockas upp via internet. Något som det moderna antropologiska sättet att se på kultur motsäger (Kleinman & Benson, 2006). Hennes tillvägagångssätt att skaffa sig kunskap visar på ett ytligt kunskapssökande som lätt leder till ett okritiskt reflekterande och en stereotypisering av patienter utifrån en föreställd kulturell bakgrund. Sökmotorn Google blir ett redskap för att söka upp denna information.

### **5.3 Kulturell kompetens**

Det andra centrala temat i undersökningen var begreppet kulturell kompetens. I intervjuerna framkom en tydlig skillnad hos informanterna i medvetenhet om och innebörd av begreppet kulturell kompetens och det var skillnader som kunde härledas till de olika yrkesgrupperna. Psykologerna och arbetsterapeuten hade inga tydliga definitioner av begreppet medan både kuratorn och sjuksköterskorna hade egna definitioner samt refererade till att de hade med sig begreppet från sina utbildningar.

Samtliga definitioner av begreppet som framkom lade vikten vid att kompetensen handlar om erfarenheten som vårdarbetaren eller hälsorådgivaren har med sig från tidigare möten med patienter. Veronica, en kvinna i 40 års-åldern, sa under sin intervju:

Kulturell kompetens är den erfarenheten som vi som jobbar inom vården får i mötet med personerna från andra länder. Det är just det här mötet och kontakten med patienter som ger det. Det blir som en kompetens. För varje möte kan du samla på i ryggsäcken. [...] Redan i sjuksköterskeutbildningen så talade vi om det. Och kulturella skillnader. Så jag har ju haft med mig det här men det kan ha benämnts på olika sätt. Men det är en viktig aspekt för vi lever inte i en värld där här bor svenskar, här bor norrmännen och här bor syrianer. Utan vi bor väldigt kulturellt i världen. [...] Man lär sig hela tiden i mötet med patienter. I mitt yrke har jag träffat patienter med andra kulturella bakgrunder och det har tillfört mycket kunskap. Det är ett begrepp som inte är fast utan man berikas hela tiden.

Veronicas uttalande bekräftar ett sätt att se på kulturell kompetens som ett icke statiskt utan snarare ett dynamiskt begrepp. Hon beskriver hur hon lärt sig begreppet och berättar att det belystes redan i sjuksköterskeutbildningen. I intervjun med Elsa definierade hon kulturell kompetens: ”när jag pluggade pratade vi om kulturell kompetens, om olika kulturer och bemötande utifrån olika kulturer.” Hennes uttalande tyder på en syn där föreställda skillnader hos olika kulturer definierar en kulturell kompetens som påverkar bemötandet av patienterna utifrån dessa föreställda skillnader.

Utifrån både Veronicas och Elsas tankar kring begreppet kulturell kompetens är det viktigt att betona att begreppen kultur och kulturell kompetens har med varandra att göra. Det blir tydligt att deras beskrivningar av begreppet kulturell kompetens utgår från hur de definierar begreppet kultur. Inom biomedicinen reproduceras kulturella föreställningar som befästs i det språk som medicinstudenterna undervisas på som i sin tur påverkar hur de ser på exempelvis människokroppen och kultur (Good, 1994:74). Vårdarbetare och hälsorådgivare kan ha ett brett perspektiv på kulturell kompetens men på grund av det språk de har undervisats på i sina utbildningar dras kopplingar mellan kultur och kulturella skillnader som i sin tur påverkar den kulturella kompetensen. Good menar att detta även skapar konsekvenser utifrån vårdarbeters syn på uppdelning av kultur och natur där kropp och själ även blir komplext (1994:76). Denna uppdelning av kropp och själ och natur och kultur som grundar sig i språket skapar en snävare syn på kultur som är mer lik det biomedicinska och förtingligande sättet att se kultur som också påverkar kulturella separationen och kulturella kompetensen (Amarasingham Rhodes, 1996).

## **5.4 Kulturell kompetens i relation till psykisk ohälsa**

I intervjuerna framkommer olika aspekter på vad det innebär att använda sig av en kulturell kompetens i arbetet. En aspekt belyser vikten av att ta hänsyn till patienten, Sara berättar:

Det är viktigt att kunna möta den unika människan utifrån var den är. Men samtidigt inte dölja det universella i människan. Vi har vissa saker gemensamt och det har ett stort värde att kunna se det. Att hjälpa andra att se det. Om patienten känner sig ensam bara för att den kommer från Afghanistan så förklara att så kan också svenskar eller danskar känna. Alla människor. Både kunna möta patienten men också göra den uppmärksam på att vi har saker gemensamt.

Genom att lyfta fram både det unika och det universella beskriver Sara här en form av allmän kulturell kompetens (Winkelman 2009) och en medvetenhet om att alla människor bär på vissa allmänmänskliga idéer och brottas ibland med liknande problem. Även Helene belyser vikten av att möta patienten med engagemang och respekt i arbetet med kulturell kompetens ”Jag tycker att vi arbetar utifrån god kompetens här på arbetsplatsen. För man måste ju

oavsett kultur kunna möta patienten där den är.” Att möta patienten ”där den är” innebär här att inte överbetona begreppet kultur och se det som något som personen ”har” utan att också betona mer allmänmänskliga faktorer i en process av psykisk ohälsa.

Kulturell kompetens och kulturella föreställningar kopplat till psykisk ohälsa visade sig också vara problematiskt då det kunde innebära en osäkerhet om i vilken mån patienten på grund av sin kulturella bakgrund kunde uppleva en stigmatisering på grund av sin psykiska sjukdom. Olof berättar i sin intervju:

I början när jag hade börjat jobba här på mottagningen kom det en patient som kunde dålig svenska och hon kom med sin man från samma land. Jag tänkte mycket på henne i termer av att hon inte var svensk men ännu mer hur hon gestaltade sitt lidande. Hur hon hade blivit sjuk. Det fanns en kvalitet som hon hade som skiljde sig åt mot hur en svensk skulle gestalta ett lidande. [...] Ett sätt att uttrycka psykiskt lidande som är vanligare hos invandrare, nu talar jag väldigt generellt, är att rädslan för att bli galen är mycket vanligare bland icke svenskar. Att man bär på den rädslan ”tänk om jag blir galen, vad händer då?” Och det tänker jag beror på att stigmatiseringen av psykisk ohälsa som är mycket större i alla fall utanför Norden. Det är samma diagnoser som ställs men den svenska patienten kan identifiera sig med sin diagnos och vill se sig som en psykiatripatient.

Här diskuteras en generaliserande uppdelning av ”svenskar” och ”invandrare” som både kan bli komplext och problematiskt. Olof är medveten om att psykisk ohälsa i vissa kulturella sammanhang kan ses som ett stigma och att sättet att uttrycka detta på kan vara kopplat till patientens kulturella föreställningar. Svårigheten ligger här i om Olof ska tona ner eller helt bortse från de kulturella föreställningar som kan ligga till grund för stigmatisering, och i förlängningen ett accepterande av en psykiatrisk diagnos från patientens sida, eller ta hänsyn till detta, då det kan gestalta ett annat, ”icke-svenskt” sätt att se på psykisk ohälsa. Här framkom det en syn på begreppet kultur som både något rörligt men också som något snävt i samband med ett sökande efter en förståelse för om kulturell bakgrund kan spela roll vid diagnos och behandling. I det här fallet fick en generaliserande bild av ”svensken” som ”vill se sig som psykiatripatient” utgöra motpolen till ”invandraren” som stigmatiserar psykisk sjukdom och är rädd för att ”bli galen”.

Intervjuerna avspeglar som redan tidigare belysts en balansgång i att dels se kultur som något att ta hänsyn till och dels något att bortse från och i stället se individen i allmänmänskliga termer bakom föreställningarna om kultur. Bearskin menar att det är viktigt att vårdarbetare ”*move out of their individual comfort zones*” och det skulle göra att detta sökande efter skillnader mellan människor och grupper inte blev lika tydligt (Bearskin, 2011:552).

Vårdarbetare behöver bygga upp ett engagemang och en ömsesidig respekt för patienten för att undvika en överbetoning av kulturbegreppet och tona ner uppdelningen av människor utifrån föreställningar om kultur då detta skapar stereotyper och kan i förlängningen medföra

sämre vård (Bearskin, 2011, Winkelman, 2009). Här kan begreppet förklaringsmodell (engelska: *explanatory model*) vara användbart. Det innebär, som tidigare diskuterats att ställa ett antal frågor för att få fram vilken betydelse patienten ger sitt problem och hur det upplevs. Det är då viktigt att vårdpersonalen inte ser dessa frågor som en ”checklista” utan som inledningen till en konversation (Kleinman & Benson, 2006). Frågorna kan också leda vidare till en mer utförlig sjukdomsberättelse där den sociala kontexten och sociala dimensioner länkas samman med existentiella frågor för att ge en fördjupad bild (Winkelman, 2009).

### **Överbetoning av kultur i arbetet med kulturell kompetens**

Hur balansen ser ut mellan att sätta kulturella föreställningar i fokus eller nästan helt bortse från detta under ett patientmöte skiftar i intervjusvaren. Under intervjun med Veronica berättade hon att hon i arbetet med kulturell kompetens tycker att det är viktigt att se till patientens kulturella bakgrund:

Jag har träffat patienter med utländskt påbrå och annan kulturell bakgrund. Jag tycker det är viktigt och intressant för det berikar synen på hälsan. Det vidgar vår syn på hälsa och gör att vi inte bara kör vårt race här för så är det inte alltid i andra länder. Och man har ju med sig olika syn på grund av att man kommer från olika länder. Som synen på ångest.

Veronica menar att det är viktigt att vara öppen med att det finns olika sätt att se på hälsa som är bra att ta till sig i arbetet med patienter. Hon ser inte patientens bakgrund och kultur som något oföränderligt och fast, som ett ting, utan som något som är viktigt att belysa under ett möte med en patient. Hon menar att det är viktigt att inte stigmatisera eller stereotypisera patienter och inte se patientens kultur som det enda patienten ”är” (Kleinman & Benson, 2006). Samtidigt finns en risk här att överbetona patientens kultur och bortse ifrån att olikheter kan bero på andra faktorer än patientens kulturella bakgrund. Återkommande åskådliggörs i intervjusvaren svårigheten med, och vikten av, att som vårdarbetare och hälsorådgivare kunna hantera balansen mellan dessa två ingångar i patientmöten.

### **Brist på kulturell kompetens**

Även om de flesta av informanterna menade att de hade god kulturell kompetens så framkom det i intervjun med Sara att hon ansåg att hon ibland hade brist på kulturell kompetens:

Jag kan ju ha en brist på kulturell kompetens ibland, om en patient har en annan etnisk bakgrund blir jag nyfiken på deras bakgrund och anstränger mig ännu mer för att förstå. Jag försöker mitt bästa för att förhålla mig till det jag inte förstår genom att vara så öppen som möjligt och jag lär mig om deras kulturer eller deras upplevelser.

Sara beskriver kulturell kompetens både som en brist i sin yrkesroll samtidigt som hon har en nyfikenhet på det som skiljer sig från hennes egen bakgrund. Detta kan beskrivas som en självkänedom och en kunskap om sina egna kulturella föreställningar som hon har nytta av i

mötet med patienter. En god kulturell kompetens bygger på en kulturell självkänedom som börjar med kunskapen om sin egen identitet inkluderat kulturella föreställningar och dess effekter (Winkelman, 2009:94). Självkänedom är baserad på en god vetskap om attityder gentemot andra etniska grupper och en vilja att lära sig. Den självkänedom kan vara till hjälp för att förstå andra kulturella värderingar och för att övertyga patienter och gemensamt komma fram till behandlingsalternativ som kan godtas av båda parter.

## 5.5 Kulturell bakgrund som ett verktyg

I arbetet mot en god kulturell kompetens ansåg flera av informanterna att patientens kulturella bakgrund kan ses som ett verktyg.

Helene: Jag träffade faktiskt en patient som var på ett nybesök häromdagen. Under nybesöket berättade hon att hon kom från Mexiko och att det inte var så länge sedan som hon kom till Sverige. Hon beskrev att hon inte visste om det fanns ADHD i hennes släkt för de rör sig med hela kroppen när de pratar. Så jag tänker att man får beakta personens bakgrund.  
Elin: Hur reagerar du när du hör något sådant?

Helene: Jag tycker att det är viktigt att veta om. För det kan skapa en viss förståelse för vad personen har varit med om och vilken miljö den har vistas i.

Elin: Skulle du ställa frågan på samma sätt oberoende av vilken kulturell bakgrund patienten hade?

Helene: Nej. Jag tycker att det kanske är lite fördomar. Som i det här fallet är sydamerikaner lite mer livliga. Och då börjar jag tänka att det är något som man bör ta hänsyn till.

Helene ger ett exempel där patientens bakgrund är viktig för att få en förståelse för patientens sjukdom, det vill säga att hon använder patientens kulturella bakgrund som ett verktyg som i sin tur kan ge en förståelse för olika gruppers beteenden och sätt att vara. Här finns dock en risk för stereotypisering, särskilt om den mexikanska gruppen ses som homogen, där alla från Mexiko ses som lika "livliga". Samtidigt visar citatet på en medvetenhet och en allmän uppfattning om att kulturell bakgrund kan spela roll i vårdmöten och en medvetenhet om att Helene själv kan bära på fördomar eller stereotypa bilder av Mexiko. Helenes inställning belyser tydligt dilemmat med att väga in patientens kulturella bakgrund utan att skapa stereotyper (Winkelman 2009).

Genom att överbetona patientens kulturella bakgrund menar Bearskin att det inom sjukvården reproduceras en diskriminering av vissa grupper och att det kan bidra till en institutionaliserad rasism (Bearskin, 2011). Även i intervjun med Elsa belystes just detta att arbetet inom vården ibland kan vara för snävt. Konsekvensen av att se kulturell kompetens som ett verktyg i arbetet med patienter med en överbetoning på patients kulturella bakgrund tyckte hon kunde vara svårt att förhålla sig till. På frågan om det finns något som hon tyckte kunde göra synen på patientens kulturella bakgrund och kulturell kompetens mindre snäv och mer öppen svarade Elsa:

Det blir ju en personal- och utbildningsfråga. Jag menar, utbilda all personal i bemötande kring kulturer och att man pratar mycket om det. Och sedan att man pratar om samhällsstrukturer och hur patienter pratar om sin bakgrund i stort där inte bara kulturella bakgrunden belyses.

Elsas resonemang visar på vikten av att också prata om den sociala kontexten i försöket att förändra en persons beteende (Winkelman, 2009). Utan att innefatta den kontext som mötet sker i så är det svårt att åstadkomma en förändring menar Elsa. I de personal- och utbildningsfrågor hon ser som angelägna ligger dock betoningen på patienters föreställningar och inte på vårdgivarnas.

## 6. Avslutande diskussion

Syftet med undersökningen var att med hjälp av intervjuer få en inblick i hur begreppen kultur och kulturell kompetens förstås och används inom vården och mer specifikt på den psykiatrimottagning som varit arena för denna undersökning.

I samtliga intervjuer framkom det att informanterna kopplade begreppet kultur till nationalitet och etnicitet när frågor om tillämpningen av begreppet ställdes. Att koppla patienters kulturella bakgrund till nationalitet och etnicitet visade sig vara meningsfullt för några av informanterna. Dock belyser tidigare forskning som den här undersökningen baserar sig på att det kan vara problematiskt då det inte finns ett allmängiltigt sätt att vara på som till exempel svensk (Eriksen, 1999:20). Det kan även vara problematiskt att sätta kultur med en koppling till nationalitet och etnicitet i fokus då det kan leda till stereotypisering av patienter baserad på föreställningar om kulturer som homogena och ibland främmande (Bearskin, 2011).

Utifrån intervjuerna visade det sig att det fanns två sätt att definiera begreppet kultur. Det ena sättet var att se på kultur som ett ”ting” människan bär med sig och som homogena grupper har gemensamt, vilket Wrights beskriver som av ett förtingligande sätt att se på kultur (Wright, 1998:7). Tydligast uttrycktes detta sätt att se på kultur då en av informanterna beskrev hur en grupp romers beteende på vårdmottagningar generaliserades till hur romer ”är” och förväntas agera i vårdsammanhang. Det kan i värsta fall leda till rasism och olika former av behandling i förhållande till etnisk grupp och härkomst (Bearskin, 2011). Dock visar även resultaten att det existerade ett annat sätt att se på kultur som något mer dynamiskt och det framkom en medvetenhet om problematiken av att referera kultur till det mer förtingligande sättet.

Utifrån tidigare forskning i ämnet är just medvetenheten om egna värderingar av, och synsätt på begreppet kultur och tillämpningen av det, viktigt för att kunna undvika olika föreställningar om och stereotypiseringar av patienter (Winkelman, 2009). Några informanter reflekterade kring problematiken att koppla kultur till nationalitet och etnicitet då det innebär risker att det påverkade synen på patienterna. Detta i sin tur insåg de kunde leda till konsekvenser då patienterna inte upplevde att de fick en rättvis behandling.

Redan tidigt i analysen av intervjumaterialet framträdde ett mönster som innebär att informanterna gav kultur mening på två olika sätt i mötet med patienterna. Det ena sättet var



att patienterna skulle behandlas lika oavsett kulturell bakgrund. Det andra sättet var att sätta patientens kulturella bakgrund i fokus som en betydelsefull del av diagnostiseringen och behandlingen av patienterna. Dock är det viktigt, enligt Bearskin (2011), att se till helheten som patienten befinner sig i som till exempel den ekonomiska, sociala och politiska kontexten. Det visade sig att balansgången mellan dessa två sätt att se på tillämpningen av kultur var svår för informanterna då det kunde innebära att patienterna blev orättvist behandlade utifrån etnocentriska och stereotypa föreställningar om kulturer.

I några av intervjuerna framkom att sökmotorn Google användes som ett verktyg för att studera ”kulturen” hos en aktuell patient. På samma sätt finns idag litteratur som beskriver vad man får göra och inte göra i samband med möten med patienter med annan kulturell bakgrund. Det visar på ett snävt sätt att se på kunskap om kultur som något som kan tränas upp och generaliseras på alla från ”den kulturen”. Detta synsätt har idag blivit vanligt inom biomedicinen (Kleinman & Benson, 2006). Konsekvensen av detta sätt att arbeta utifrån kultur menar Kleinman och Benson kan vara att patienterna inte känner att de får den typ av vård de behöver och att vården inte är individanpassad utan istället baserad på fördomar och stereotypiseringar av homogena grupper utifrån kulturer.

Det andra centrala temat i undersökningen handlade om kulturell kompetens. Då informanterna skulle definiera detta begrepp fanns en tendens att de beskrev det som en kompetens som byggdes upp utifrån erfarenheter från tidigare möten med patienter. Dock visade det sig att begreppet kulturell kompetens hade med begreppet kultur att göra. Det blev tydligt att informanternas definitioner av begreppet kultur påverkade hur de definierade och arbetade med kulturell kompetens. Det vill säga om informanten hade en snävare syn på begreppet kultur så arbetade informanten även med kulturell kompetens utifrån denna snäva bild av kultur. Den snäva bilden är kopplad till det mer förtingligande sättet att definiera kultur utifrån Wrights definition (Wright, 1998:7). Även Kleinman och Benson visade att kulturell kompetens alltid är beroende av hur begreppet kultur definieras och uppfattas (Kleinman & Benson, 2006:1673).

Arbetet med kulturell kompetens i relation till psykisk ohälsa var problematisk då det visade sig att det kunde innebära ettoreflekterat sökande efter orsaker till ohälsan i patientens ”kultur”. I intervjuerna belystes en medvetenhet om att psykisk ohälsa kan ses som ett stigma i andra delar av världen än i Sverige. Även i detta sammanhang bekräftades det mönster som kom fram då begreppet kultur definierades av informanterna. Det fanns en medvetenhet om

att de både kunde koppla detta stigma till patientens kulturella föreställningar för att kunna bemöta patienten på ett bra sätt och å andra sidan fanns medvetenheten om att det var viktigt att behandla patienten som en enskild individ. Det blev i intervjuerna tydligt att informanterna måste balansera mellan att ta hänsyn till patientens kulturella föreställningar i arbetet med kulturell kompetens samtidigt som de upplever att de inte får överbetona betydelsen av patientens ”kultur”. Det framkom alltså i en del av intervjuerna en vilja att som vårdarbetare lära sig och vara självreflexivt medveten om att vi alla, vårdgivare och patienter, är påverkade av kulturella föreställningar. Dock visade inte intervjuerna på en kritisk hållning till den ”biomedicinska kulturen”, så som uppdelningen mellan kropp och själ där sjukdom ofta förläggs antingen i kroppen eller i själen och tenderar att individualisera hälsoproblem (Amarasingham Rhodes, 1996).

I intervjuerna framkom en tendens hos informanterna att se kulturell kompetens som ett verktyg i arbetet men det var tydligt att det var influerat av deras sätt att definiera begreppet kultur. Det sätt de använder kulturell kompetens på är påverkat av det västerländska biomedicinska synsättet att se på kroppen, själen och individens förhållande till samhället. Detta är något som inte ifrågasätts utan tas för givet (Good, 1994; Amarasingham Rhodes, 1996). Ett ifrågasättande av dessa grundläggande förhållningssätt skulle leda långt utanför individens ”*comfort zones*” (Bearskin, 2011:552).

Utifrån tidigare forskning som undersökningen belyser är kulturell kompetens en viktig del i alla möten med människor, men speciellt viktigt för att skapa sociala relationer samt för den kulturella interaktionen människor emellan (Winkelman, 2009:96). Den ömsesidiga respekten och interaktionen är en grund för att patienten ska känna sig trygg med vårdarbetarens eller hälsorådgivarens planerade behandling och känna förtroende för vården.

En av informanterna nämner en åtgärd som hen tror behövs för att utveckla kulturell kompetens. Den åtgärden innebär att all personal skulle utbildas i både grupper kulturella föreställningar och de större samhällsstrukturer som patienter befinner sig i. Undersökningen visar på att det finns en önskan om både mer teoretisk och tillämpad kunskap inom vården avseende både kulturbegreppet och kulturell kompetens. Som Bearskin menar behöver vårdarbetare acceptera att världen kan ses på många olika sätt (Bearskin, 2011:552). Det handlar inte om att ha en kunskap om alla kulturer utan om att ha en respekt för individen och en kunskap om individers och grupper synsätt, villkor och tillhörighet i olika kontext. I detta sammanhang kan socialantropologin och särskilt medicinsk antropologi spela en viktig roll.

## 7. Referenslista

Amarasingham Rhodes, Lorna. 1996. Studying Biomedicine as a Cultural System. In *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, edited by Carolyn F. Sargent y Thomas M. Johnson. Edición revisada. Westport, Conn.: Praeger.

Bearskin, B. L. (2011). A Critical Lens on Culture in Nursing Practice. *Nursing Ethics* 18(4): 548-559. doi:10.1177/0969733011408048.

CODEX. (2016). Forskarens etik. Hämtad 2016-10-25, från <http://codex.vr.se/forskarensetik.shtml>

Emerson, R.M., Fretz, R.I. & Shaw, L.L. 2011. *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago: University of Chicago Press (second edition).

Eriksen, Thomas Hylland (1999): *Kulturterrorismen: en uppgörelse med tanken om kulturell renhet*, Nora: Nya Doxa.

Good, J Byron (1994). *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge University Press: Cambridge.

Kleinman, A. (2009) The art of medicine: Global mental health: a failure of humanity. *The Lancet*, 374(9690), 603-604. ISSN:0140-6736.

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

Regeringen 2002. *Regeringens proposition 2002/03:35. Mål för folkhälsan*. Hämtad den 11 december 2016 från <http://www.regeringen.se/49bbe3/contentassets/04207325e75943408c69a55643ea1d3e/mal-for-folkhalsan>

Sanjek, Roger (1990) "On Ethnographic Validity" ur *Fieldnotes: The Makings of Anthropology*. Ithaca: Cornell University Press.

Socialförsäkringsrapport 2015:1. *Sjukskrivningar 60 dagar eller längre. En beskrivning av sjukskrivna åren 1999–2014 efter kön, ålder, arbetsmarknadsstatus, yrke, sjukskrivningslängd och diagnospanorama*. Hämtad den 11 december 2016 från [https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/d7d4b78e-39fa-4c2f-bed9-ade979b5ff23/socialforsakringsrapport\\_2015\\_1.pdf?MOD=AJPERES](https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/d7d4b78e-39fa-4c2f-bed9-ade979b5ff23/socialforsakringsrapport_2015_1.pdf?MOD=AJPERES)

Winkelman, M. (2009). *Culture and health: applying medical anthropology*. San Francisco: John Wiley & Sons.

Wright, S. (1998). *The Politicization of 'Culture'*. *Royal Anthropological Institute*, 14(1):7-15. doi:10.2307/2783092.

## **Bilaga intervjuguide**

### Inledningsfrågor

Hur länge har du arbetat inom vården?

Och på nuvarande arbetsplats?

Hur skulle du beskriva en vanlig arbetsdag för dig?

### Kultur och kulturell kompetens

Vad betyder begreppet kultur för dig? (privat och/eller i yrket)

Är begreppet kultur levande på arbetsplatsen? Är det något ni förhåller er till?

Är begreppet kultur något som ofta nämns i olika situationer?

- Patientmöten
- Personalmöten
- Informella möten

Kan du komma på någon situation som du minns där begreppet kultur hade en stor inverkan?

Är det någon skillnad på hur olika yrkeskategorier förhåller sig till begreppet kultur?

### Om vi övergår till kulturell kompetens

Har du hört begreppet kulturell kompetens?

Vad betyder det begreppet för dig?

Hur spelar det roll i ditt yrke?

Har innebörden i begreppet förändrats på psykiatrimottagningen under åren du har jobbat här?

---

Är begreppen kultur och kulturell kompetens närvarande under ett möte med en patient?

Tycker du att det finns svårigheter i arbetet med att ha fokus på kultur och kulturell kompetens?

Eller vad ser du som positivt med det?

Kan du beskriva vad det generellt finns för svårigheter med att ha fokus på kulturell kompetens?

### Om begreppen inte är centrala

Tycker du att det saknas? I så fall på vilket sätt?

Togs begreppen kultur och kulturell kompetens upp på utbildningar du har gått?

Har du stött på begreppen på tidigare arbetsplatser?