



Sjuksköterskeprogrammet 180hp  
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete  
Kurs HK11, 15hp  
HT 13

## **Omvårdnad över kulturgränser**

En litteraturstudie om sjuksköterskors erfarenheter av transkulturell medvetenhet

## **Nursing across cultural limits**

A literature review about nurses experiences of transcultural awareness

Caroline Friman Karlsson och Mimmi Josefsson

Handledare:  
Examinator:

<b>INLEDNING</b> .....	<b>4</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>5</b>
SJUKSKÖTERS KOMPETENSOMRÅDEN .....	5
OMVÅRDNADENS GRUNDER: MÄNNISKAN SOM UNIK.....	5
KULTUR OCH TRANSKULTURELL OMVÅRDNAD I MÖTET MED MÄNNISKAN .....	6
KOMMUNIKATION I EN VÅRDRELATION .....	7
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>8</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>8</b>
<b>METOD</b> .....	<b>8</b>
DESIGN.....	8
URVAL.....	8
DATAINSAMLING .....	9
DATAANALYS .....	10
ETISKA ASPEKTER.....	11
<b>RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
KOMMUNIKATION .....	13
KULTURELLA SKILLNADER .....	16
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>18</b>
METODDISKUSSION .....	18
RESULTATDISKUSSION .....	20
SLUTSATS .....	23
KLINISK BETYDELSE .....	24
<b>REFERENSER</b> .....	<b>25</b>

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor ska sjuksköterskor vid omvårdnad se till hela människan, detta innefattar många olika delar bland annat kultur. I ett allt mer mångkulturellt samhälle ökar kraven på sjuksköterskor att utöva transkulturell omvårdnad.

**Syfte:** Syftet för denna studie är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av transkulturell medvetenhet i en vårdrelation.

**Metod:** Genom en litteraturstudie granskades elva artiklar och sammanställdes utifrån likheter och skillnader.

**Resultat:** Fenomenet kan tydliggöras utifrån två teman med subteman. 1) *Kommunikation* med subteman; Språkbarriärer, Kroppsspråk och Tolkar och 2) *Kulturella skillnader* med subteman; Förväntningar, Anhöriga och Vi och dom.

**Slutsats:** För att kunna ge god omvårdnad behöver sjuksköterskor se till den unika individen och dennes behov. Det kräver att sjuksköterskor ser människan bakom kulturen samt har en insikt i dess påverkan på människans beteende. När detta inte tas hänsyn till ökar risken för vårdlidande och bristande patientsäkerhet.

**Nyckelord:** kommunikation, kultur, språkbarriärer, transkulturell omvårdnad.

## ABSTRACT

**Background:** Nurses should according to Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor, take into consideration the human as a whole, this includes many different parts, among those culture. In an increasingly multicultural society the demands on nurses to practice transcultural nursing increases.

**Aim:** The aim of this study is to describe nurses experiences of transcultural awareness in a caring relationship.

**Method:** In a literature review eleven articles were examined and summarized according to similarities and differences.

**Results:** The phenomenon can be clarified by two themes with subthemes. 1) *Communication* with subthemes; Language barriers, Body language, and Interpreters and *Cultural differences* with subthemes; Expectations, Relatives and Us and them.

**Conclusion:** To be able to give good care nurses need to see the unique individual and her needs. This requires that nurses sees the person behind the culture and has insight on its influence on human behavior. When this is not taken into consideration the risk of care suffering and defective patient safety increases.

**Keywords:** communication, culture, language barriers, transcultural nursing.

## INLEDNING

Vi har under vår tid som studenter på sjuksköterskeprogrammet på verksamhetsförlagd utbildning, både i Sverige och utomlands, fått uppleva hur stor påverkan kulturen har för sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Vi insåg då att en insikt och förståelse kring olika kulturers värderingar, seder och trosuppfattningar kan leda till bättre förutsättningar för mötet mellan sjuksköterska och patient och således bättre omvårdnad.

## BAKGRUND

### **Sjuksköterskans kompetensområden**

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) redogör för hur samtliga kompetensområden för sjuksköterskor ska genomsyras av ett etiskt förhållningssätt och en helhetssyn som innebär att sjuksköterskan skall visa öppenhet, omsorg och respekt för patientens värderingar, trosuppfattningar, autonomi, integritet och värdighet. Vidare beskrivs i kompetensbeskrivningen att sjuksköterskor ska ”ha förmåga att... tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga” (s. 11). Inom omvårdnad bör sjuksköterskor stödja patienten att uppfylla behov som syftar till hela människan, det vill säga inte enbart behov som är viktiga för hälso- och sjukvården (Henderson, 1965). Att vara lyhörd och observant för patientens uttryckta behov, samt se till människan som en unik individ är viktiga delar i sjuksköterskans omvårdnadsarbete (ibid.). För att få vägledning att i omvårdnadsarbetet handla i enlighet med sociala värderingar och behov har International Council of Nurses ([ICN], 2006) skapat en etisk kod för sjuksköterskor som redogör riktlinjer för etiskt handlande. I den står följande:

I vårdens natur ligger respekt för mänskliga rättigheter, kulturella rättigheter, rätten till liv, till värdighet och till att behandlas med respekt. Omvårdnaden är därför respektfull och begränsas inte av ålder, hudfärg, trosuppfattning, kultur, funktionsnedsättning eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politisk åsikt, etnisk tillhörighet eller social status (s. 3).

### **Omvårdnadens grunder: Människan som unik**

Omvårdnad enligt Katie Erikssons teori (2001) baseras på begreppen; människa, hälsa, vård och lidande. Människan beskrivs som en unik enhet av kropp, själ och ande. Wiklund (2003) lyfter fram hälsa, som något som är relaterat till hela människan och hennes förhållande till världen, där social och kulturell miljö påverkar fenomenet såväl som klimat, stress och genetiskt arv. Hälsa är mångdimensionellt, har olika innebörd för olika människor och har en större innebörd än enbart frånvaro av sjukdom (ibid.). Eriksson (1989) förklarar hälsa som en upplevelse av sundhet, friskhet och välbefinnande. Att främja hälsa och lindra lidande är vårdandets kärna (Wiklund,

2003). Eriksson (1997, s. 9) uttrycker sig "vårdande (caring) innebär att genom olika former av ansning, lekande och lärande åstadkomma ett tillstånd av tillit, tillfredställelse, kroppsligt och andligt välbehag samt en känsla av att vara i utveckling i syfte att förändra (upprätthålla, igångsätta eller stödja) hälsoprocesserna". Wiklund (2003) förklarar hur själen utgör människans förmåga att känna, tänka och fatta beslut. Kroppen beskrivs som människans resurs för att uppleva, och kommunicera med omvärlden och är därmed viktig för människans identitet. Lidande lyfter Eriksson (1994) fram som något som människans utsätts för och som hon måste leva med, en kamp. Lidandet beskrivs vidare som något för människan svårt att förmedla och att det därför är av högsta vikt att som vårdare vara lyhörd för det uttryckssätt lidandet tar sig. Som en konsekvens av bristande eller otillfredsställande vård och behandling kan vårdlidande uppkomma (Eriksson, 1994). Vårdlidande beskrivs många gånger handla om en upplevelse av kränkning eller brist på kontroll (Wiklund, 2003). När sjuksköterskors kunskaper och attityder inte stämmer överens med patientens behov och begär finns en risk för uppkomst av vårdlidande (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

### **Kultur och transkulturell omvårdnad i mötet med människan**

Kultur kan beskrivas på många olika sätt, Purnell (2005) förklarar det som beteendemässiga mönster, konst, trosuppfattningar, ritualer, seder och livsstil som påverkar människan i hennes uppfattning av världen och hennes beslutsfattande. Enligt Stier (2009) består en kultur av beteendemässiga, funktionalistiska, kognitivistiska samt symbolistiska beskrivningar. Dessa innefattar kommunikations- och handlingsmönster, samt värden, normer, lagar och regler där kulturen utgör en social funktion för samhället. Hur människan uppfattar verkligheten och hennes inre värld samt hur människan systematiserar och tolkar upplevelser hör till den kognitivistiska delen av kulturen. Stier (2009) beskriver hur problem och möjligheter som är relaterade till det globala och mångkulturella samhället är nutidsmänniskans största utmaningar. Kultur ur ett humanistiskt perspektiv ser till människans yttre såväl som inre relationer (Illman & Nynäs, 2005). Människan betraktas som en mångfasetterad individ där denna är formad av samhälle och kultur men även är aktivt reflekterande och värderande med egna personliga egenskaper. Kultur ses ur detta perspektiv fungera som ett sätt för individen att skapa mening och möjlighet att identifiera sig med människor i sin omgivning (Illman & Nynäs, 2005).

Madeleine Leininger (2002a) beskriver att det allt mer mångkulturella samhället avspeglar sig i hälso- och sjukvården där olika kulturer möts och interagerar med varandra. Leiningers teori om transkulturell omvårdnad syftar därmed till att undvika att sjuksköterskan känner sig osäker inför sitt arbete med människor vars värderingar, idéer och uppfattningar skiljer sig från dennas egna. Författaren förespråkar att sjuksköterskor, utöver sin kunskap om andras kulturer, också behöver förhålla sig kritiskt till sin egen kultur för att på så sätt se hur den påverkar den egna tanken kring begrepp som till exempel hälsa, ohälsa och omvårdnad. Vidare redogör Leininger för hur sjuksköterskor behöver tänka och agera utifrån ett globalt perspektiv då denne möter och vårdar människor från hela världen, med olika kulturer, trosuppfattningar, värderingar och livssätt. Leininger (2002b) skriver "Culture refers to the learned, shared and transmitted values, beliefs, norms and lifeways of a particular group that guides their thinking, decisions, and actions in a patterned ways" (s.47).

Transkulturell omvårdnad innefattar beteendemönster, bärande värden, uttryck, omsorg och föreställningar om hälsa och ohälsa inom kulturer och subkulturer (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Vårdhandboken (2013) redogör för hur vården bör ges med transkulturell medvetenhet vilket förklaras som att utgå ifrån varje människas individuella behov och önskemål.

I Vårdhandboken (2013) står följande:

"Inom transkulturell omvårdnad studeras individens förutsättningar för hälsa, reaktioner på och upplevelser av sjukdom eller ohälsa samt effekter av vård och behandling hos individer med olika kulturell bakgrund. [2] Man studerar skillnader och likheter, både mellan och inom olika kulturer, men också mellan olika generationer. Avsikten är att kunna vårda människan som döljs bakom kulturen".

### **Kommunikation i en vårdrelation**

Kommunikation innefattar allt ifrån vad vi säger och hur vi säger det till kroppsspråk, handlingar, kläder, dofter och symbolsystem (Illman & Nynäs, 2005; Fossum, 2013). Inom vården är kommunikation livsnödvändigt (Fossum, 2013). För en tillfredställande och säker vård behöver vårdgivare och patient ha en fungerande kommunikation med en ömsesidig förståelse (ibid.). Fossum lyfter fram att det vid omvårdnad och behandling av patienten är viktigt att information



om patientens symptom, önskemål och behov kan förmedlas mellan vårdgivare och patient. Ibland kan det vara svårt för vårdgivare att förstå vad patienten säger och menar, speciellt då parterna inte delar modersmål (ibid.) När detta sker kan tolkar komma in som en tredje part och underlätta kommunikationen (Illman & Nynäs, 2005).

## PROBLEMFÖRMULERING

I ett allt mer mångkulturellt samhälle ökar kraven på sjuksköterskor gällande kunskap och förståelse för andra kulturer än den egna. Sjuksköterskor behöver i mötet med den unika människan se till just denne individs behov och önskemål. För att kunna tillgodose dessa samt undvika missförstånd och bristande kommunikation som kan leda till vårdlidande, behöver sjuksköterskor ha färdigheter i transkulturell omvårdnad.

## SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av transkulturell medvetenhet i en vårdrelation.

## METOD

### **Design**

Vi valde att göra en allmän litteraturstudie. Detta för att beskriva kunskapsläget inom ett visst område (Friberg, 2012). Forsberg och Wengström (2013) skriver att allmänna litteraturstudier passar för att beskriva och analysera valda studier. En kvalitativ ansats har valts för denna studie då denna enligt Forsberg och Wengström (2013) syftar till att tolka och skapa en förståelse av subjektiva upplevelser. Evans (2002) beskriver en litteraturstudies process utifrån fyra olika steg. Dessa steg har legat till grund för denna studie och beskrivs som; Insamling av data, urskiljande av varje studies resultat, ett granskande av hur dessa resultat relaterar till varandra samt ett urskiljande av gemensamma teman för att sedan kunna förklara det fenomen som studeras.

### **Urval**

De inklusionskriterier som vi valde var; att artiklarna innehöll abstrakt, introduktion, syfte, metod, resultat, diskussion, erkännande samt referenser. Ett annat kriterie var att studierna begränsade sig

till Sverige, att de berörde sjuksköterskor eller sjuksköterskestudenter samt att de besvarade valt syfte. De exklusionskriterier som vi valde var; studier som handlade om psykiatri eller pediatrik och artiklar som inte var skrivna på engelska.

## **Datainsamling**

Steg ett i en litteraturstudies process är enligt Evans (2002) insamlande av data. Datainsamlingen inleddes med att vi använde informationskällor i form av databaserna CINAHL with Full Text, PubMed, MEDLINE och Academic Search Elite via EBSCOhost. CINAHL with Full Text, PubMed och MEDLINE innehåller referenser inom medicin och omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2013). Vi valde att även inkludera Academic Search Elite då den innefattar ämnestäckning över kommunikation, språk och medicin (Polit & Beck, 2012).

Vid primär informationssökning användes trunkerade sökord som ”nurs\*” och ”culture\*”. Detta gjordes för att få med sökordets alla böjningsformer (Östlundh, 2012). När det visade sig hur välstuderat ämnet var lades sökordet ”Sweden” till för att undersöka möjligheterna att geografiskt avgränsa ämnet. Östlundh (2012) redogör för hur informationssökningen kan delas upp i två faser varav den första, fungerar som en översikt av forskningsområdet och lägger grunden för sökarbetet. Informationen som framkommer i denna första fas används som vägledning för avgränsning av valt ämnesområde (Östlundh, 2012). Nya sökord lades till under arbetets gång då nya engelska facktermer uppmärksammades, så som “transcultural nurse”, “transcultural nurses” och “transcultural nursing” som senare trunkerades till “transcultural nurs\*”. De sökord som till slut användes valdes utifrån vedertagna medicinska sökord, så kallade MeSH-termer (se tabell 1). Dessa sökord var ”culture”, “transcultural nurs\*”, ”diversity”, ”nurs\*”, “care giver\*” samt ”Sweden”. Vi använde oss av boolesk sökteknik där dessa sökord kombinerades med operatorn AND. Efter sökning läste vi sökträffarnas rubriker och om dessa verkade intressanta för vår studie lästes därefter artiklarnas sammanfattning igenom. Om sammanfattningen fortfarande tycktes besvara vårt syfte med studien lästes hela artikeln. Efter genomgång av utvalda artiklar gjordes en sekundärsökning baserat på referenser från de redan framtagna artiklarna, som kunde tänkas vara relevanta för studien. Sekundärsökning är något Östlundh (2012) anser bör tillämpas vid all informationssökning då detta kan ge avkastning i form av ytterligare relevant data. De elva slutgiltigt utvalda studierna fick därefter en nummermarkering.

**Tabell 1. Sökmatrix**

Datum	Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal utvalda
131029	CINAHL with Full Text, MEDLINE, Academic Search Elite	Transcultural nurs* AND Sweden	70	16	Nr. 1, 2, 5, 8, 11, 10
131029	CINAHL with Full Text, MEDLINE, Academic Search Elite	Cultural diversity AND nurs* AND Sweden	40	10	Nr. 7 (1, 2, 5, 8, 11)
131029	CINAHL with Full Text, MEDLINE, Academic Search Elite	Culture AND care giver* AND Sweden	19	2	Nr. 4
131110		Sekundärsökning från referenslistor			Nr. 3, 6, 9

## Dataanalys

Steg två var att studierna lästes igenom flertalet gånger, delar som berörde vårt syfte färgmarkerades med markeringspennor och sammanfattades därefter. Detta gjordes i syfte att få en helhetsbild av studierna och att urskilja studiernas kärna (Evans, 2002). Eftersom vi valde att exkludera studier gjorda inom psykiatri samtidigt som vi hade studier som delvis berörde akut psykiatrisk vård och somatisk akutsjukvård (artikel 7) användes endast delar från den somatiska akutsjukvården som en del av vårt resultat. I steg tre jämfördes varje studies sammanställning med varandra. Likheter och skillnader identifierades. I steg fyra utformades sex för studierna gemensamma subteman (se tabell 3) samtidigt som sammanställningen av vårt resultat började. Analysen av data i detta steg ledde till en utveckling av förståelsen för det fenomen som studien syftar till att betrakta och två teman bildades (Evans, 2002). Vi skapade ett dokument som grund för sammanställningen, där de utformade subteman fick agera rubriker. Därefter placerades viktiga delar av studiernas resultat in under dessa rubriker. Nyckelmeningar som beskrev våra utformade teman från de olika granskade studiernas resultat blev även kopierade till detta dokument (se tabell 2). I detta skede utformades en flytande text med beskrivningar av de olika teman vi funnit samt de likheter och skillnader som var vanligt bland sjuksköterskornas erfarenheter av transkulturell medvetenhet. Gällande studier där deltagarna bestod av både sjuksköterskor och annan vårdpersonal beskrevs personal som vårdgivare.

**Tabell 2:** Exempel på analyserad text och indelning i subtema/tema

<b>Nyckelmeningar</b>	<b>Tillskrivet subtema</b>	<b>Tillskrivet tema</b>
“...Staff in emergency care experienced more difficulties in managing behaviours related to cultural dissimilarities... felt a great burden of responsibility in deciding whether or not the non-Swedish-speaking migrants were in need of emergency care when calling on the phone. Staff in the ambulance service often described migrants’ limited knowledge of the Swedish health care system...” (Hultsjö & Hjelm, 2005, s.280).	Förväntningar	Kulturella skillnader
“...language difficulties caused undue delay in establishing contact and acquaintance with patients and generated communication problems.” (Kalengayi, Hurtig, Ahlm & Ahlberg, 2012, s.10).	Språkbarriärer	Kommunikation

### **Etiska aspekter**

Vid utförandet av en litteraturstudie förklarar Forsberg och Wengström (2013) att det är viktigt att vara uppmärksam på att inte tolkning av material, val av urval och analysarbete påverkas av tidigare erfarenheter och förförståelse. Enligt författarna görs detta i syfte att förutsättningslöst beskriva de fenomen som studeras. Vidare förklaras dock att en fullständig frigörelse från förutfattade meningar inte är möjlig. För att minska risken för att felaktiga slutsatser dras utifrån data i granskade artiklar, användes den svenska myndigheten Statens beredning för medicinsk utvärderings ([SBU], 2013) granskningsmall för kvalitativa studier. De punkter i granskningsmallen som vi fokuserade på var att studiernas syfte och problemformulering skulle vara väldefinierade. Såväl som att urval och datainsamling skulle vara relevant och tydligt beskriven. Analysen skulle i sin tur vara relevant i förhållande till datainsamling. Studiernas resultat skulle vara logiskt, begripligt samt tydligt beskrivet. Studierna olika delar skulle även ha en tydlig kontext.

Vid granskning av artiklarnas kvalitet använde vi oss av SBUs (2013) granskningsmall. De studier som varit del av vårt urval har följt de etiska forskningskrav som fungerar som utgångspunkt gällande forskningsetiska överväganden. De beskrivs enligt Vetenskapsrådet (2002) som informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Informationskravet syftar till att forskaren skall informera medverkande om deras uppgift i forskningen, om forskningens syfte, att deras medverkan är frivillig och att den under forskningens gång kan avbrytas. Samtyckeskravet berör medverkarnas samtycke till deltagandet. Konfidentialitetskravet innebär att personuppgifter ska hanteras med största varsamhet och att obehöriga ej ska kunna ta del av dem. Nyttjandekravet syftar till att den information insamlad via forskningen inte får användas för kommersiellt bruk eller icke-vetenskapliga syften (Vetenskapsrådet, 2002).

## RESULTAT

Fenomenet sjuksköterskors erfarenheter av transkulturell medvetenhet i en vårdrelation kan beskrivas utifrån två teman: 1) Kommunikation och 2) Kulturella skillnader (se figur 2).

**Tabell 3:** Temaöversikt

<b>Tema</b>	<b>Subtema</b>	<b>Förekommande artiklar</b>
Kommunikation	Språkbarriärer	3, 4, 5, 7, 9, 10, 11
	Kroppsspråk	2, 5, 8, 9, 11
	Tolkar	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
Kulturella skillnader	Förväntningar	2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11
	Anhöriga	1, 2, 3, 7, 9, 10, 11
	Vi och dom	1, 2, 3, 5

Temaöversikten beskriver de två olika teman vi funnit gemensamma för granskade studier. Under varje tema följer subteman som mer ingående beskriver kärnan i resultatet.

## **Kommunikation**

De granskade studierna berör kommunikationsproblematik vid omvårdnad av patienter från en annan kultur än sjuksköterskors egna. Språkbarriärer, kroppsspråk samt användandet av tolk beskrivs utifrån dess påverkan på mötet och möjligheterna för sjuksköterskor att ge individuellt anpassad vård. Vidare berörs även de känslor som väcktes hos både sjuksköterskor samt patienter i dessa situationer så som oro, frustration, rädsla och osäkerhet. Kunskap om användande av tolk, icke-verbal kommunikation samt att våga ställa frågor lyfts fram som positiva egenskaper som underlättar kommunikationen med kulturellt skilda patienter.

### *Språkbarriärer*

Språk spelar en stor roll i tillgång och tillhandahållande av vård (Kalengayi et al., 2012; Hultsjö & Hjelm, 2005). Språkbarriärer visade sig påverka mötet och utkomsten av vården mellan patienten, dess familj och vårdgivaren (Kalengayi et al., 2012; Ozolins & Hjelm, 2003; Jirwe, Gerrish & Emami, 2010) när det gällde skapandet av en god relation och individuellt anpassad vård (Lundberg, Bäckström & Widén, 2005). Språkbarriärer beskrevs dessutom som en orsak till onödig försening i kontakten med hälso- och sjukvården (Kalengayi et al., 2012) samt gav upphov till oro hos patienter när de inte kunde framföra sin information (Jirwe, Gerrish, Keeney & Emami, 2009). Sjuksköterskestudenter kände både oro och frustration i samband med språkbarriärer, då de upplevde att de inte kunde informera ordentligt eller stötta patienter som talade ett annat språk (Jirwe et al., 2010; Kalengayi et al., 2012). En sjuksköterska uppgav att "Information is a great problem, we have a lot of information to give them, it's difficult to understand what the problem is and it's hard for us to form an opinion because of the communication barriers" (Hultsjö & Hjelm, 2005, s. 281). Hälso- och sjukvårdspersonalen såg ett stort ansvar och upplevde svårigheter gällande bedömning av patienter som kom från ett annat land, dels på grund av kommunikationsproblem orsakade av språkbarriärer och dels på grund av skillnad i beteende vilket gjorde det svårare att bedöma omvårdnadsbehov. En sjuksköterska uppgav "I have found that they show it a little more easily or faster than we do. They are louder. It is often more dramatic around migrants, they tear their hair in despair and they cry with more emotion" (Hultsjö & Hjelm, 2005, s. 280).

Orsaker till varför sjuksköterskestudenter gav omvårdnad, upplevdes som svåra att förklara för patienter, vilket ledde till känslor hos sjuksköterskestudenten att omvårdnaden blev mekanisk och opersonlig och att patienten därmed blev sviken (Jirwe et al., 2010). Rädsla inför att göra misstag vid kontakt med patienter där kommunikationen var bristfällig ledde till att sjuksköterskestudenter undvek patienter (ibid.). En osäkerhet beskrevs i samband med att vårda kulturellt skilda patienter (Lundberg et al., 2005). Inom transkulturella vårdsituationer är det viktigt att ha självförtroende att våga ställa frågor för att försäkra sig om att den givna eller mottagna informationen uppfattats korrekt (Kalengayi et al., 2012) samt ha en öppen kommunikation och tolerant miljö (Ekblad, Martilla & Emilssons, 2000).

### *Kroppsspråk*

För att överkomma språkbarriärer använde sig sjuksköterskorna av mer kroppsspråk (Skott & Lundgren, 2009), talade långsamt och tydligt, lyssnade aktivt samt använde leksaker eller andra objekt som hjälpverktyg vid kommunikation med familjemedlemmar med utländsk bakgrund (Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson, 2010). Sjuksköterskorna uppgav att det var viktigt att vara medveten om de skillnader som finns i icke-verbal kommunikation i olika kulturer (Jirwe et al., 2009). Missförstånd och otillfredställande vård uppstod när kulturellt skilda patienter använde ett annorlunda kroppsspråk och gester som inte sjuksköterskorna var vana vid (Lundberg et al., 2005; Ozolins & Hjelm, 2003). En sjuksköterska återgav följande:

”I realize that she really didn’t understand what I had written and she got very agitated and struck out with her hand. After a little while she started gesticulating violently with her hands, grabbed at her throat and mimed: ’Not good!’ My immediate thought (regretfully) was that she was exaggerating. ....I realised that she wasn’t simulating, she was really not well at all. .... She had a cardiac arrest. ....All attempts at resuscitation were futile.”  
(Ozolins & Hjelm, 2005, s. 87).

### *Tolkar*

Det uppstod ofta svårigheter och problem vid användandet av tolk (Samarasinghe et al., 2010; Ozolins & Hjelm, 2003; Lundberg et al., 2005). Vårdgivare uttryckte en oro över att tolkarnas översättning inte överensstämde med det sagda (Jirwe et al., 2010; Kalengayi et al., 2012) samt att

patienten kände sig obekvämt med en tredje part i rummet (Kalengayi et al., 2012). En vårdgivare berättar:

”Sometimes I have met the patient for quite a long time and I understand that there is something behind, something that makes their anxiety strong, but that does not come out then, while we have an interpreter and I think I still feel that I know the patient pretty good. Then the first conversation without an interpreter, so It’s just like puff! Everything comes out or when the interpreter has gone or when I hang up the phone” (Kalengayi et al., 2012, s. 11).

Det fanns situationer då patient och tolk inte förstod varandra, vilket ledde till en ofullständig kommunikation vårdgivare och patient emellan (Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm, 2011). Det beskrevs som opassande att använda familjemedlemmar som tolkar (Samarasinghe et al., 2010; Ekblad et al., 2000), vårdpersonal upplevde då att konfidentialiteten blev svår att försäkra (Hadziabdic et al., 2011). Att familjemedlemmar då de får agera tolk inte förmedlade all information till patienten uttrycktes som en annan aspekt av problematiken kring tolksituationer (Ozolins och Hjelm, 2003; Hultsjö & Hjelm, 2005; Ekblad et al., 2000). En sjuksköterska uttryckte sig:

“Sometimes relatives function well as interpreters, but they may interpret selectively leaving the staff unaware of whether all the patient has said has been translated. The relative may have omitted things he/she did not want the patient to bring up.” (Ekblad et al., 2000, s. 627).

Jirwe et al. (2010) studie beskrev däremot användandet av familjemedlemmar som tolkar som positivt och uppgav att de överkom språkbarriärer och lättare identifierade patientens behov. Ett annat av problemen som studierna berör är svårigheten att finna tolk (Hadziabdic et al., 2011; Hultsjö & Hjelm, 2005) med specifika språkkunskaper (Hadziabdic et al., 2011) och tillräckliga kunskaper om vård och social välfärd (Lundberg et al., 2005). Språkmedvetenhet i det kulturella mötet beskrevs som kunskap i arbetet med tolk, att kunna identifiera situationer när tolk behövs, samt att enbart använda familjemedlemmar som tolk i situationer när inget annat alternativ finns tillgängligt (Jirwe et al., 2009). En vårdgivare återger följande:



”... and then got the message that there was no Arabic interpreter available. Patient had an appointment with the doctor ... Doctor phoned round to patient’s relatives but could not get hold of anyone who could help to interpret. Patient then had to go home and got a new appointment ...” (Hadziabdic et al., 2011, s. 257).

## **Kulturella skillnader**

I flertalet studier (Ekblad et al., 2000; Skott & Lundgren, 2009; Lundberg, et al., 2005; Hultsjö & Hjelm, 2005; Ozolins & Hjelm, 2003; Dellenborg, Skott & Jakobsson, 2012; Samarasinghe et al., 2010; Jirwe et al., 2010) uttryckte deltagarna att patienter från andra kulturer på olika sätt var svåra och tidskrävande att vårda. Detta berodde på många olika saker, som olika synsätt, förväntningar och okunskap kring det svenska sjukvårdssystemet.

### *Förväntningar*

Det beskrevs flera situationer som i det kulturella mötet gav upphov till frustration hos både vårdgivare och patienter (Kalengayi et al., 2012; Samarasinghe et al., 2010). Dessa var när patienternas förväntan och syn på det svenska sjukvårdssystemet inte stämde överens med verkligheten. Situationer som skapade känslor av frustration men även maktlöshet hos vårdgivare var när patienter inte gjorde som de blev tillsagda (Samarasinghe et al., 2010) samt faktorer som upplevdes störa den vård som gavs, så som religionspraktisering (Kalengayi et al., 2012). En vårdgivare förklarar:

”We have several patients who fast. For me it’s a bit strange because some are not fully healthy. Then it’s a bit hard to understand that they have to be fasting until the sun goes down ...” (Kalengayi et al., 2012, s. 9).

Ambulanssjukvårdare beskriver hur de på grund av invandrares missuppfattningar och förväntningar om den svenska sjukvården samt okunskap om vart de ska vända sig för att få vård, ledde till att de fick göra onödiga uttryckningar med ambulansen (Hultsjö & Hjelm, 2005; Ozolins & Hjelm, 2003).

En ökad förståelse för olika kulturella normer, traditioner och världssyner uppgavs ge sjuksköterskor självförtroende att tackla oväntade situationer samt ökade toleransen för att människor beter sig annorlunda (Lundberg et al., 2005). Kunskap om både kulturella samt

individuella skillnader i varje patientsituation, (Jirwe, et al., 2010) samt en insikt i vad patienter med en annan kulturell bakgrund har för önskemål och behov i olika situationer nämns som viktiga faktorer för god vård (Lundberg, et al., 2005; Jirwe, et al., 2009). Viktigt var också att sjuksköterskor visade ödmjukhet, inte tog saker för givet samt var uppmärksamma och lyhörda inför olika förväntningar inför vården (Skott & Lundgren, 2009).

### *Anhöriga*

Patienter med invandrabakgrund hade ibland många besökare, vilka ofta var mer aktiva än de svenska patienternas anhöriga (Ekblad et al., 2000). Det stora antalet anhöriga kring patienten uppfattades många gånger som problematiskt av sjuksköterskorna att hantera (Ekblad, et al. 2000; Skott & Lundgren, 2009; Lundberg, et al., 2005; Hultsjö & Hjelm, 2005; Ozolins & Hjelm, 2003; Dellenborg et al., 2012). En sjuksköterska berättar ”Often you have to take care...of the relatives and the patient so it takes longer. People standing all over and they don't move so you almost have to push them away” (Hultsjö & Hjelm, 2005, s. 281).

Vårdgivarna upplevde anhöriga i stora grupper som tidskrävande och beskrev att även de ofta behövde tas om hand (Hultsjö och Hjelm, 2005) samt att mycket tid gick åt till att informera de anhöriga om patientens situation (Skott och Lundgren, 2009; Lundberg et al., 2005). Anhöriga beskrevs i Jirwe, et al. (2010) studie som en möjlig orsak till en försämrad sjuksköterske-patientrelation, på grund av deras försök att vara hjälpsamma vilket istället ledde till att de tog över situationen. Sjuksköterskor uttryckte ambivalens över det faktum att de anhörigas involvering bidrar till att patienten blir passiv (Skott & Lundgren, 2009).

Vårdgivare hade svårt att förstå varför patienter och deras släktingar med annan kultur betedde sig annorlunda (Ekblad et al., 2000; Hultsjö & Hjelm, 2005). De upplevdes som problematiska då de betedde sig på ett oförväntat sätt, både när de inte reagerade lika starkt som förväntat eller när de var högljudda och skrek (Ozolins & Hjelm, 2003).

### *Vi och dom*

Ett “vi och dom” tänk gällande svenskar och invandrare kan uppkomma ur föreställningar om människor från olika kulturer (Dellenborg et al., 2012). Invandrare beskrevs som stela och styrda av sina ritualer och religioner jämfört med svenskar, som ofta uppfattades som resonabla och lätta att vårda (ibid). Vårdgivare uppgav att de antog en roll med emotionell distans för att hantera

möten där patienter var obekväma inför att vårdas av personal av motsatt kön (ibid.). En av egenskaperna hos sjukvårdspersonalen som gynnar den transkulturella omvårdnaden uppges vara en medvetenhet om kulturella skillnader (Ekblad et al., 2000) och att vara medveten om individuella skillnader hos människor med samma kulturella bakgrund (Jirwe et al., 2009). I det kulturella mötet mellan sjuksköterskor och patient bör sjuksköterskor vara medveten om den påverkan deras egna beteende har på patienten och vice versa samt visa förståelse och intresse för patientens unika behov, intresse och livssituation (ibid.). Detta kan leda till ökad öppenhet, ökad förståelse för språkproblematik samt att hälso- och sjukvårdspersonalen är mer lyhörda inför patientens önskemål. En av de egenskaper som utvecklades hos sjukvårdspersonalen i mötet med människor med andra kulturer var vidgade vyer, en positiv attityd gentemot patienter med invandrabakgrund samt överkomna fördomar (ibid.). En sjuksköterska uttrycker sig "My racism passed by, I have learned to respect different nationalities and religions... you become humble... everyone has a background and a special narrative to tell" (Skott & Lundgren, 2009, s. 226).

Vårdgivare uppgav hur möten med människor som ansågs bete sig annorlunda än den typiska svensken skapade en ambivalens hos vårdpersonalen då de både kände frustration över det "konstiga" beteende hos den kulturellt skilda patienten, men även kände empati för patientens situation: att vara invandrare i en okänd kulturell miljö (Dellenborg et al., 2012).

## DISKUSSION

### **Metoddiskussion**

En litteraturstudie görs med syfte att skapa en översikt över valt ämnesområde. Vi använde oss av ett strukturerat arbetssätt där data granskades och presenterades för att ge en samlad bild (Friberg, 2012). Svagheter med att redan genomförd forskning ligger till grund för en litteraturstudie kan vara; att litteraturstudien endast har en befintlig mängd relevant forskning att basera studien på (Forsberg & Wengström, 2013) samt att resultatdelarna i granskade studier redan är analyserade av tidigare forskare och är anpassade efter den specifika studiens syfte, vilket kan öka risken för feltolkning (Friberg, 2012).

Eventuella styrkor med att inkludera studier enbart gjorda i Sverige anser vi vara att hälso- och sjukvårdssystemet i samtliga studier var detsamma. Detta, menar vi skapade bra förutsättningar för

jämförelse studier emellan på grund av att hälso- och sjukvårdens uppbyggnad är övergripande lika, allt från de lagar som reglerar den samt de krav som ställs på professioner inom den. En annan eventuell styrka vi diskuterat kan vara att inkluderade studier gjorts i olika vårdkontexter, till exempel akutsjukvård, primärvård och palliativ vård där sjuksköterskors och sjuksköterskestudenters erfarenheter från olika områden skildras och därmed bidrar till en mer övergripande bild. Ett sådant brett urval av studier ökar förmågan att granska ämnet utifrån olika perspektiv och ökar därmed studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004). En svaghet skulle dock kunna vara att resultatet blir svårapplicerat på hälso- och sjukvården i stort då erfarenheter från specifika områden som en akutmottagning kan skilja sig från erfarenheter från exempelvis primärvård eller palliativ vård. Vi har valt att inkludera sjuksköterskestudenter, då de inom viss tid är legitimerade sjuksköterskor och lyder under Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.

Det mesta vetenskapliga materialet är skrivet på engelska (Östlundh, 2012). Att därför avgränsa sig till ett relativt litet språk som svenska kändes inte fördelaktigt för vår studies syfte och artiklar som inte skrivits på engelska fick utgöra ett exklusionskriterie. Ett annat av våra exklusionskriterier var studier som berörde psykiatri samt pediatrik. Vi ansåg att kommunikation, mötet såväl som omvårdnaden skiljer sig mycket åt beroende på om det sker inom psykiatrin eller somatiken. Vi valde därför att inte beröra båda områdena utan fokuserade istället på somatiken. Studier gjorda inom pediatriken exkluderades då vi ansåg att mötet och omvårdnad av barn är mer komplex och innefattar såväl barn som föräldrar.

Av våra elva utvalda studier var två av studierna inte peer reviewed enligt sökinklusioner på EBSCOhost. Efter noggrann granskning av studierna (artikel tre och sju, se bilaga 1) visade det sig dock att de var peer reviewed. En av artiklarna (artikel nio, se bilaga 1) fanns inte att tillgå i fulltext via valda databaser utan hittades som e-tidskrift på Karolinska Institutets universitetsbibliotek via Libris ([www.libris.kb.se](http://www.libris.kb.se)) hemsida. Vi valde att inte avgränsa oss till artiklar som enbart fanns i fulltext, detta för att inte låta form utgöra större vikt än innehåll i artiklarna (Östlundh, 2012). Vi valde att inte avgränsa oss i förhållande till tid. De studier som varit en del av vårt resultat har dock inte varit äldre än tio år gamla, det vill säga publicerades år 2003, med undantag för en studie publicerad år 2000. Vi fick vid primärsökning en uppfattning

om att många av de studier gjorda rörande sjuksköterskors och sjuksköterskestudenters erfarenheter av transkulturell omvårdnad var relativt färska och vi upplevde därför inte något behov av att vid fortsatt sökning låta tid utgöra ett kriterium. Trots att inget definierat tidsspann använts har vi inte behövt välja bort studier som vi upplevt varit för gamla. Studien publicerad år 2000 (artikel 3, se bilaga 1) ansåg vi var relevant då den berör palliativ vård, vilket ingen annan vald studie gjorde samtidigt som den både hade flera likheter samt skillnader gentemot andra valda studier.

Under analysprocessen genomfördes läsning och granskning av valda studier individuellt för att därefter göras tillsammans. Detta för att förstå studiernas helhet men också minska risken för feltolkning (Friberg, 2012).

## **Resultatdiskussion**

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av transkulturell medvetenhet i en vårdrelation. Vår upplevelse från tidigare verksamhetsförlagda utbildningsplaceringar har varit att kulturella skillnader har påverkat omvårdnaden negativt, i form av meningsskiljaktigheter och kommunikationssvårigheter. Detta har resulterat i att patienten inte har fått tillfredställande vård. Denna förförståelse har vi som författare försökt att inte låta oss påverkas av under analysprocess, dock är vi medvetna om att det kan ha påverkat studien.

Resultatet beskriver hur fenomenet sjuksköterskors erfarenheter av transkulturell medvetenhet i en vårdrelation präglas av språkbarriärer och kommunikationsproblem. Att inte tala samma språk, har stor inverkan på utkomsten och upplevelsen av vårdmötet. För att övervinna språkbarriärer användes tolkar, kroppsspråk och andra strategier för att underlätta kommunikationen. Dock framkom att användandet av tolkar i vissa fall är problematiskt och istället försvårar kommunikationen. Den kulturellt skilda patienten har vissa gånger har förväntningar på vården som inte införlivas, vilket leder till frustration och missnöje samt bidrar till att patient-sjuksköterskerelationen blir lidande. Resultatet visar att en öppenhet och medvetenhet från vårdpersonalens sida är viktiga faktorer för ett gott transkulturellt vårdmöte.

Studien visar hur det gemensamma språket hade en betydande roll och hur det påverkade både vårdrelationen, den individuellt anpassade vården, samt resultatet av vården. Komaric, Bedford och van Driel (2012) redogör för hur språkproblematik påverkar alla nivåer av behandling samt patientens förståelse av sin sjukdom. Språk- och kommunikationsbarriärer påverkade patientens kapacitet att förmedla sina vårdbehov (Komaric et al., 2012). Wiklund (2003) beskriver hur en upplevd brist på kontroll från patienten, kan leda till ett vårdlidande. Resultatet visar att kroppsspråk användes i ett syfte att underlätta kommunikation vid språkbarriärer. Liknande redovisas av McCarthy, Cassidy, Graham och Tuohy (2013) som beskriver hur personal inom hälso- och sjukvården använde sig av kroppsspråk för att förenkla kommunikationen och främja förståelse. Eriksson (1994) förklarar att det är viktigt för sjukvårdspersonal att vara lyhörd inför patientens uttryck för vårdlidande då detta kan vara svår förmedlat.

Studien visar att det finns en stor problematik kring användandet av tolk inom vården. Dels beskrivs svårigheter angående att få tag på tolk med specifika kunskaper, med tillräcklig språkkunskap i de språk som ska tolkas, samt kunskaper om hälso- och sjukvården. Många studier berör problematiken kring att använda släktingar och närstående som tolkar. Att tolkar kan förmedla rätt information när de används inom hälso- och sjukvården är av största vikt då missförstånd inom vården kan leda till bristande patientsäkerhet och vårdlidande. Ilman och Nynäs (2005) beskriver hur användandet av tolk inom hälso- och sjukvården ställer stora krav på tolkens sätt att förmedla, inte bara det som sägs utan situationens kontext. Vidare förklarar författarna att enbart en ordagrann översättning av det som vårdgivaren säger kan bli innehållslöst och för att undvika detta behöver tolken vara lyhörd och ha kunskap om de skilda kulturerna. Komaric et al. (2012) redogör för hur både kulturellt skilda människor och vårdgivare upplevde att vårdmötet påverkades negativt då tolkar hade en okunskap gällande medicinsk terminologi. Hacker et al. (2012) redovisar däremot hur användandet av tolkar inom vården visat signifikant bättre klinisk utkomst än då tolkar trots behov inte användes.

Patientsäkerhetslagen (2010:659) redogör för hur patienter ska ges individuellt anpassad information om deras hälsotillstånd samt de metoder som finns gällande undersökning, vård och behandling. Flertalet studier visade hur vårdgivare hade stora problem att förmedla information gällande vården, och att de kände stor osäkerhet kring hur mycket av den givna informationen som

uppfattades korrekt. Många av de granskade studierna visar hur risken för bristande patientsäkerhet ökar tydligt då svårigheter i kommunikation uppstår mellan patient och vårdgivare. Det kan ur resultatet urskiljas situationer där vårdgivarna och patienterna på grund av kulturskillnader inte haft en tillfredställande kommunikation och bland annat inte lyckats skapa en god vårdrelation. Eriksson (1988) lyfter fram hur en god vårdrelation är nödvändig för en fungerande vårdprocess. Ur en otillfredsställande vård och behandling menar Eriksson (1994) att ett vårdlidande kan uppstå. Dahlberg och Segesten (2010) menar att ett vårdlidande uppkommer då patienten inte förstår anledningen till den omvårdnad som sjuksköterskan ger.

De granskade studierna skildrar hur vårdgivare på grund av kommunikationshinder upplever att deras omvårdnad blir mekanisk och ”robotlik”. Enligt Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ska hänsyn tas till hela människan och hennes fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga behov. Dahlberg och Segesten (2010) förklarar att när kommunikationsproblem uppstår leder det till att vårdrelationen blir lidande, såväl som att patientens individuella behov inte tillgodoses. Författarna framhåller att vårdlidande kan uppkomma vid ett fråntagande av rätten till att prata om sitt lidande. I resultatet framgår att sjuksköterskestudenter vid tillfällena undvek kontakt med sina kulturellt skilda patienter, på grund av rädsla för att göra misstag. Wiklund (2003) förklarar att det är viktigt att vårdpersonalen reflekterar över sin roll och om något kan göras för att minska patientens vårdlidande. Eriksson (1994) menar att det är viktigt att sjuksköterskan ”ser” patienten för att bekräfta lidandet. Vårdlidande uppkommer oftast ur bristande kunskap, omedvetet handlande eller brist på reflektion hos vårdare.

Studien lyfter fram olika situationer där patienternas förväntningar på hälso- och sjukvården inte införlivades. Bland annat beskrevs att kulturellt skilda patienter hade en felaktig uppfattning om till vilken vårdinrättning de skulle vända sig för vård. Komaric et al. (2012) beskriver hur kulturellt skilda människor, trots en generell kunskap om hälso- och sjukvården rapporterade en oförståelse kring hur sjukvårdssystemet i landet fungerade. Detta uppgavs av vårdgivare ha en skadlig inverkan på hälso- och sjukvården för kulturellt skilda människor.

De granskade studierna visar hur kulturellt skilda patienter ofta hade många besökare och att dessa upplevdes vara mer aktiva än den beskrivna svenska patientens besökare. Detta beskrivs i Høye och Severinssons (2010) studie som lyfter fram hur kulturellt skilda familjer ofta hade en önskan att vara delaktiga i deras anhörigas vård, de antog enligt sjuksköterskor att de skulle vara aktiva i vården och uppgavs ha svårt att lämna över omvårdnadsrollen till hälso- och sjukvårdspersonalen. Ett kulturellt kompetent vårdssystem erkänner vikten av kultur, värderingen av interkulturella relationer samt uppmärksamhet på den dynamik som uppkommer genom kulturella skillnader (Cross, Bazron, Dennis & Isaacs, 1989).

Under stycket ”Vi och dom” i resultatdelen beskrivs det hur vårdgivare anser att patienter med skild kulturell bakgrund var besvärliga att vårda och i sin tur gav upphov till frustration hos vårdgivarna. Den typiske svensken beskrevs däremot som lätt och resonlig. Etnocentrism beskrivs av Nationalencyklopedin (2013) som en uppfattning om att den egna kulturen är normen. Persson (2010) tar upp fenomenet och förklarar hur missförstånd och diskriminering kan uppkomma ur okunskap om andra kulturers värderingar, livssätt och beteenden. Komaric et al. (2012) redogör för hur patienter vid diskriminering känner sig underminerade och upplever en känsla av respektlöshet från vårdgivarna. Patienterna uppgav att detta hade en negativ påverkan på deras uppfattning om vården samt deras följsamhet i behandling. Wiklund Gustin och Lindwall (2012) redogör för hur ett vårdlidande kan uppstå när sjuksköterskors attityder inte stämmer överens med patientens önskemål.

## **Slutsats**

För att kunna möta dagens krav från ett allt mer globalt samhälle, krävs en förmåga att utöva transkulturell omvårdnad, det vill säga vård som är individuellt anpassad till den unika människan. För att kunna ge denna vård, behöver sjuksköterskor se människan bakom kulturen. För att nå hit, behöver sjuksköterskor ha en öppenhet inför andra kulturer, samt en insikt i dess påverkan på människans beteende. Wiklund Gustin och Lindwall (2012) förklarar att kulturellt kompetent omsorg är inget sjuksköterskor klarar av att ge automatiskt, utan det krävs att studera kulturer, att öva sin förmåga att lyssna och reflektera samt att inte ta för givet hur saker och ting ska vara. Resultatet visar hur bristande förmåga att ge transkulturell omvårdnad kan leda till frustration, missförstånd, risk för bristande patientsäkerhet och vårdlidande.



### **Klinisk betydelse**

För att ständigt sträva efter ökad kvalitet inom dagens hälso- och sjukvård krävs kunskaper hos sjuksköterskan att vårda patienter från olika kulturer. Det är av stor betydelse för vårdarbetet och vår kommande yrkesroll som sjuksköterskor att ha insikt i hur sjuksköterskors kulturella kompetens påverkar hälso- och sjukvården. Uppsatsens författare hoppas på att framtida läroplaner för sjuksköterskor syftar till att öka den transkulturella medvetenheten hos sjuksköterskor, då det är högst relevant för professionen.

### **Förslag till vidare forskning**

Det vore intressant att se huruvida språket fungerar som en nyckel till en kultur, genom att studera om kulturkrockar även uppstår mellan unga som vårdar gamla inom samma kultur, då det svenska språket för äldre inte är det samma som det svenska språket är för det yngre.

## REFERENSER

\* = artiklar i resultat

Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M., (1989). *Towards A Culturally Competent System of Care, Volume I*. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

\*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. doi: 10.1177/1043659612451258.

\*Ekblad, S., Marttila, A. & Emilsson, M. (2000). Cultural challenges in end-of-life care: Reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm. *Journal of Advanced Nursing*. 31(3), 623-630. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Eriksson, K. (1988). *Vårdvetenskap som disciplin, forsknings- och tillämpningsområde*. Vasa: Åbo Akademi, Inst. för vårdvetenskap

Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. (2. uppl.) Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.

Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé*. (1. uppl.) Stockholm: Liber utbildning.

Eriksson, K. (2001). *Vårdvetenskap som akademisk disciplin*. (3. omarb. uppl.) Vasa: Åbo akademi, Institutionen för vårdvetenskap.

Ethnocentrism. (2013). I ne.se. Hämtad 9 december, 2013, från <http://www.ne.se/ethnocentrism>

Evans, D. (2002). Systematic review of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), s. 22-26.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (s. 25-49). (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

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

Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. Hämtad från databasen MEDLINE.

Hacker, K., Choi, S.Y., Trebino, L., Hicks, L., Friedman, E., Blanchfield, B. & Gazelle, S.G. (2012). *PloS ONE*. 7(6). 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0038507

\*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. doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00542.x.

Henderson, V. (1965). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Stockholm: Sv. sjuksköterskeföreningen.

\*Hultsjö, S. & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*. 52, 276-285. Hämtad från databasen Academic Search Elite.

Høye, S. & Severinsson, E. (2010). Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(4), 858-867. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05247.x

Illman, R. & Nynäs, P. (2005). *Kultur, människa, möte: ett humanistiskt perspektiv*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

International Council of Nurses (2006). *ICNs etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening [SSF]. Från [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_swedish.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_swedish.pdf)

\*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, 2622-2634. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02734.x.

\*Jirwe, M., Gerrish, K. & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24, 436-444. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00733.x.

\*Kalengayi, F. K. N., Hurtig, A-K., Ahlm, C. & Ahlberg, B M. (2012). "It's 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(433), 1-17. doi: 10.1186/1472-6963-12-433.

Komarcic, N., Bedford, S. & van Driel, M. L. (2012). Two sides of the coin: patient and provider perceptions of health care delivery to patients from culturally and linguistically diverse backgrounds. *BMC Health Services Research*. 12(1), 322-335. doi: 10.1186/1472-6963-12-322

Leininger, M. M. (2002a). Transcultural Nursing and Globalization of Health Care: Importance, Focus and Historical Aspects. I M. M. Leininger & M. R. McFarland. (Eds.). *Transcultural nursing – concepts, re-search & practice*. (pp. 3-43). New York: Mc Graw-Hill.

Leininger, M. M. & McFarland, M. R. (2002b). Essential Transcultural Nursing Care Concepts, Principles, Examples, and Policy Statements. I M. M. Leininger & M. R McFarland. (Eds.). *Transcultural nursing – concepts, re-search & practice*. (pp. 45-52). New York: Mc Graw-Hill.

\*Lundberg, P. C., Bäckström, J. & Widén, S. (2005). Caregiving to Patients Who Are Culturally Diverse by Swedish Last-Year Nursing Students. *Journal of Transcultural Nursing*. 16(3), 255-262. doi: 10.1177/1043659605274952.

McCarty, J., Cassidy, I., Graham, M. M. & Tuohy. (2013). Conversation through barriers of language and interpretation. *British Journal Of Nursing*, 22(6), 335-339. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

\*Ozolins, L-L. & Hjelm, K. (2003). Nurses' experiences of problematic situations wit migrants in emergency care in Sweden. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 7, 84-93. doi: 10.1016/S1361-9004(03)00075-X.

Persson, R. S. (2010). *Kulturförståelse i ett globaliserat samhälle*. Morrisville, N.C.: Lulu Press.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Purnell, L. (2005). The purnell model for cultural competence. *The Journal of Multicultural Nursing & Health*. 11(2), 7-15. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

\*Samarasinghe, K., Fridlund, B. & Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *International Nursing Review*. 57, 224-231. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00790.x.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 9 december, 2013, från Riksdagen  
[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/)

\*Skott, C. & Lundgren, M. (2009). Complexity and contradiction: home care in a multicultural area. *Nursing Inquiry*. 16(3), 223-231. doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00454.x.

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

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2013). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. Stockholm: SBU. Från <http://www.sbu.se/metodbok>

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

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vårdhandboken. (2013) <http://www.vardhandboken.se/texter/bemotande-i-varld-och-omsorg-transkulturellt-perspektiv/oversikt/>

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

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

## Bilaga 1: Litteraturmatris

Nr	Författare, år, titel, tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
1	Dellenborg, L., Skott, C. & Jakobsson, E.  2012  Transcultural Encounters in a Medical Ward in Sweden: Experiences of Health Care Practitioners  Journal of Transcultural Nursing	Att utforska de tillvägagångssätt som antas av sjukvårdspersonal vid transkulturella möten på en medicinsk avdelning på ett sjukhus i Sverige.	Metod: Kvalitativ  Datainsamling: Observationer och gruppdiskussioner  Urval: 70 personer som arbetade på sjukhuset och som tillhörde professionerna sjuksköterska, läkare, undersköterska  Dataanalys: Analys mha. hermeneutiskt tillvägagångssätt	Den kulturella mångfalden orsakade förvirring kring vilken kunskap vårdgivarna behövde för ökad kulturell kompetens.  Önskan från personal om en kontinuerlig diskussion och vägledning gällande attityder och övertygelser hos patienter från olika delar av världen.
2	Skott, C. & M Lundgren, S.  2009  Complexity and contradiction: home care in a multicultural area  Nursing Inquiry	Att undersöka betydelsen av erfarenheter för sjuksköterskor inom hemsjukvård i ett mångkulturellt område i Sverige.	Metod: Kvalitativ  Datainsamling: Intervjuer och gruppdiskussioner  Urval: Fem sjuksköterskor inom hemsjukvård  Dataanalys: Analys mha. hermeneutiskt tillvägagångssätt	Två teman: Plats för mångfald: Vidgade vyer hos sjuksköterskan, vikten av ödmjukhet, fördomars existens, kulturella skillnaders utmaning av ömsesidig förståelse, behov av att vara uppmärksam och lyssna till skilda förväntningar, familjens roll  Plats för omvårdnad och ansvar för vården: Familjens och patients roll omvårdnaden, sjuksköterskans roll som förmedlare trots hennes väsentliga roll
3	Ekblad, S., Marttila, A. & Emilsson, M.  2000  Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups interviews with hospice staff in Stockholm  Journal of Advanced Nursing	Att samla reflektioner om kulturella frågor bland sjukvårdspersonal på hospice i Sverige.	Metod: Kvalitativ  Datainsamling: Diskussioner i fokusgrupper  Urval: 19 deltagare, majoritet sjuksköterskor  Dataanalys: Tematisk innehållsanalys	Individuell kultur, kultur på gruppnivå. Oförståelse hos vårdpersonal vid beteende som bottnar i kulturella skillnader.  Missförstånd, frustration, problem relaterat till tolk, medvetenhet, familjemönster

Nr	Författare, år, titel, tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
4	Kalengayi, N.  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	Att utforska sjukvårdspersonals perspektiv och erfarenheter vid vårdande av immigranter i norra Sverige i syfte att förstå de utmaningar som möts.	Metod: Kvalitativ  Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer och observationer som tolk mötet mellan vårdgivare och patient  Urval: Tio vårdgivare med erfarenhet av transkulturell omvårdnad  Dataanalys: Tematisk analys	Komplexa och sammanflätade utmaningar baserat på tre teman: sociokulturell mångfald, språkbarriärer, patienternas svårigheter att navigera i det svenska sjukvårdssystemet
5	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	Att identifiera kärnkomponenter i kulturell kompetens ur ett svenskt perspektiv.	Metod: Kvalitativ  Datainsamling: Intervjuer och enkäter  Urval: 24 så kallade experter (åtta sjuksköterskor, åtta forskare, åtta föreläsare inom multikulturella frågor  Dataanalys: Innehållsanalys	Komponenterna som urskiljdes var: kulturell känslighet, kulturell förståelse, kulturella sammanträffanden, förståelsen av hälsa, ohälsa och hälso- sjukvård samt sociala och kulturella sammanhang
6	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	Att utforska vilka problem hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvård rapporterar gällande användning av tolkar, och vad dessa problem leder till.	Metod: Kvalitativ  Datainsamling: Avvikelsesrapporter  Urval: 60 rapporter skrivna på en specifik primärvårdsklinik av hälso- och sjukvårdspersonal  Dataanalys: Innehållsanalys	Problem relaterat till tillgänglighet av tolkar med specifika språkkunskaper, tolkars begränsade språkkunskaper inom svenska, uteblivna tolkar vid bokade möten, svårt att få tag på tolkagentur, könsproblematik, brist på dokumentation gällande språkkunskaper och behov av tolk, försenad behandling.

Nr	Författare, år, titel, tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
7	Hultsjö, S. & Hjelm, K. 2005 Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences International Nursing Review	Att identifiera om sjukvårdspersonal inom somatisk och psykiatrisk akutsjukvård har erfarenhet av problem gällande vård av immigranter och i sådana fall jämföra dessa.	Metod: Kvalitativ Datainsamling: Intervjuer i fokusgrupper Urval: 22 kvinnliga och 13 manliga sjuksköterskor och undersköterskor på en akutvårds- avdelning, en ambulansenhet och en psykiatrisk intensivvårds-avdelning Dataanalys: Innehållsanalys	Svårigheter relaterat till omvårdnad av asylsökande, oförväntade beteenden från patienter, språkbarriärer, svårighet att bedöma graden av vårdbehov, könsskillnader, könsproblematik
8	Samarasinghe, K., Fridlund, B. & Arvidsson, B. 2010 Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health International Nursing Review	Att beskriva hur sjuksköterskor inom primärvård arbetar med hälsofrämjande gällande ofrivilliga migrantfamiljer.	Metod: Kvalitativ Datainsamling: Intervjuer Urval: 34 utvalda distrikts- sjuksköterskor som tillsammans täcker hela primärvårds-sektorn inom två kommuner i södra Sverige Dataanalys: Analys mha. fenomenografiskt tillvägagångssätt	Tre olika typer av promotion; med betoning på fysisk hälsa hos individen, mental hälsa hos individen i ett familjekontext samt ett bemyndigande av familjen och funktionen av deras vardag



Nr	Författare, år, titel, tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
9	Ozolins, L-L. & Hjelm, K. 2003 Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden Clinical Effectiveness in Nursing	Att utforska och beskriva sjuksköterskor problematiska erfarenheter av situationer med migranter inom akutsjukvård.	Metod: Kvalitativ Datainsamling: Skriftligt dokumenterade erfarenheter baserat på 64 problematiska situationer Urval: 32 kvinnliga och 17 manliga sjuksköterskor Dataanalys: Innehållsanalys	Nio kategorier: Svårigheter relaterade till kulturellt betingat beteende Språkbarriärer Svårigheter relaterade till kontakten med anhöriga Tillit till aktörer Försvårande organisatoriska faktorer Svårigheter relaterade till könsroller Situationer som uppfattats som hotfulla Svårigheter relaterade till patienters tidigare erfarenheter av våld Användandet av naturläkemedel
10	Jirwe, M., Gerrish, K. & Emami, A 2010 Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters Scandinavian Journal of Caring Sciences	Att utforska sjuksköterskestudenters erfarenheter av möten inom transkulturell omvårdnad	Metod: Kvalitativ Datainsamling: Intervjuer Urval: Tio sjuksköterskestudenter (varav fem med svensk bakgrund och fem med invandrarbakgrund) på ett universitet i Sverige Dataanalys: Analys mha. "framework" tillvägagångssätt	Fyra teman: Föreställelse av transkulturella möten, svårigheter i kommunikation, kommunikationsstrategier samt faktorer som påverkar kommunikation

Nr	Författare, år, titel, tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
11	C Lundberg, P., Bäckström, J. & Widén, S. 2005 Caregiving to Patients Who Are Culturally Diverse by Swedish Last-Year Nursing Students Journal of Transcultural Nursing	Att beskriva sjuksköterske-studenters erfarenheter av omvårdnad av patienter från olika kulturer	Metod: Kvalitativ Datainsamling: Intervjuer och enkäter  Urval: 107 sjuksköterske- studenter från ett universitet i Sverige svarade på en enkät medan 15 genomgick intervjuer  Dataanalys: Innehållsanalys	Tre teman: Kulturell medvetenhet, kulturell otillräcklighet samt kulturell nyfikenhet