

# **Intensivvårdssjuksköterskors möte med närstående från olika kulturer**

- En kvalitativ studie

# **Intensive care nurses meeting with families from diverse cultures**

- A qualitative study

Författare: Linda Engman  
Susan Salman

Handledare: Mai Leander

Examinator: Marja Schuster

## **SAMMANFATTNING**

**Bakgrund:** På en intensivvårdsavdelning ökar kontakten med närstående då patienten är svårt sjuk och oftast sederad. Närstående kan ses som en resurs med sin kunskap om patienten samtidigt som de behöver stöd då de ofta befinner sig i kris. Tidigare forskning lyfter hur intensivvårdssjuksköterskan upplever hinder i interaktionen med närstående från olika kulturer där språkbarriärer, sjukdomsförståelse och kulturella vanor försvårar interaktionen. För att optimera interaktionen har intensivvårdssjuksköterskan en viktig roll där behov av kulturell kompetens föreligger. Nationella studier som berör intensivvårdssjuksköterskans kulturella kompetens i samspel med närstående saknas.

**Syfte:** Studiens syfte var att undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av interaktionen med närstående från olika kulturer.

**Metod:** Studien genomfördes med en kvalitativ design och datainsamlingen skedde genom nio intervjuer där en semistrukturerad intervjuguide användes. Intervjuerna analyserades med manifest innehållsanalys.

**Resultat:** Intensivvårdssjuksköterskornas upplevelser av interaktionen med närstående beskrivs genom fyra huvudkategorier med underkategorier: Intensivvårdssjuksköterskans kulturella kompetens, kommunikation, närstående och närståendes närvaro.

**Slutsats:** Kommunikation påverkar alla aspekter av interaktionen med närstående från olika kulturer. För att optimera interaktionen behövs ökad kunskap hos intensivvårdssjuksköterskor.

**Nyckelord:** Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser, innehållsanalys, kulturell kompetens, närstående från olika kulturer, interaktion.

## **ABSTRACT**

**Background:** In an intensive care unit the contact with the patients family increases since the patient is seriously ill and often sedated. The family can be seen as a resource, with their knowledge of the patient while they need support as they often are in crisis. Previous research highlights how intensive care nurses experiencing obstacles in meeting with families from diverse cultures where language barriers, understanding of disease and cultural habits complicate the interaction. In order to optimize the interaction with the patient's family the intensive care nurse has an important role where the need for cultural competence exists. There is a lack of national studies involving intensive care nurses' cultural competence in interaction with families.

**Objective:** The aim of this study was to examine the intensive care nurses' experiences of interaction with relatives from diverse cultures.

**Method:** The study was conducted with a qualitative design and data was collected through nine interviews where a semi-structured interview guide was used. Interviews were analyzed using manifest content analysis.

**Results:** Intensive care nurses' experiences of interaction with relatives are described by four main categories with subcategories: The intensive care nurses cultural competence, communication, families and presence of families.

**Conclusion:** Communication affects all aspects of the interaction with families from diverse cultures. Intensive care nurses require increased knowledge in order to optimize the interaction.

**Keywords:** Content analysis, Cultural competence, Intensive care nurses' experiences, Interaction, Relatives from diverse cultures

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING.....	ii
ABSTRACT.....	iii
INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	2
Interaktionen på en intensivvårdsavdelning.....	2
Intensivvårdssjuksköterskans perspektiv.....	2
Närståendes perspektiv.....	2
Interaktionen med närstående från olika kulturer.....	3
Familjecentrerade kulturer.....	5
Kultur och kulturell kompetens.....	5
PROBLEMFÖRMULERING.....	7
SYFTE.....	7
METOD.....	8
Design.....	8
Urval.....	8
Datainsamlingsmetod.....	8
Intervjuguide.....	9
Datainsamling.....	9
Dataanalys.....	9
Etiska aspekter.....	10
RESULTAT.....	12
Intensivvårdssjuksköterskans kulturella kompetens.....	12
Kulturell medvetenhet.....	12
Kunskap.....	13
Förhållningssätt.....	14
Kommunikation.....	15
Kommunikationssvårigheter.....	15
Tolkanvändning.....	15
Kommunikationsvägar.....	16
Närstående.....	17
Närståendes behov.....	17
Olika familjedynamik.....	18

Omvårdande närstående.....	19
Krisreaktioner .....	19
Hjärndödsbegreppet .....	20
Teamarbete.....	21
Närståendes närvaro.....	22
Kulturellt närvarokrav.....	22
Stort antal besökare.....	22
DISKUSSION.....	23
Metoddiskussion .....	23
Resultatdiskussion.....	26
Intensivvårdssjuksköterskans kulturella kompetens .....	26
Kommunikation .....	27
Närstående.....	30
Närståendes närvaro.....	32
Slutsats .....	33
Klinisk betydelse.....	33
Förslag på vidare forskning .....	34
REFERENSER .....	35
BILAGOR.....	i
1. Förfrågan angående genomförande av mindre vetenskaplig studie.....	ii
2. Deltagarinformation.....	iii
3. Intervjuguide.....	iv



## **INLEDNING**

Sverige är ett sekulariserat, mångkulturellt samhälle med ökad invandring sedan decennier vilket ställer ökade krav på sjuksköterskans färdigheter i att möta de nya behov som uppstår relaterade till kultur. Betydelsen av kulturell kompetens hos sjuksköterskan där dennes förförståelse av sin egen kulturella bakgrund är därför av värde i vården av patienten och interaktionen med närstående för att kunna skapa förtroende och samarbete. I en intensivvårdskontext blir kontakten med närstående intensifierad i jämförelse med kontakten på vårdavdelningen. Detta då patienten är svårt sjuk och oftast sederad. Studien presenterar ett område inom kulturell kompetens där vi valt att undersöka intensivvårdssjuksköterskans interaktion med närstående från olika kulturer.

## **BAKGRUND**

### **Interaktionen på en intensivvårdsavdelning**

En stor del av intensivvårdssjuksköterskans arbete omfattar kontakt med närstående. Då den kritiskt sjuka patienten oftast är sederad och ej kan bidra till beslutsfattandet kring sin vård förskjuts relationen patient – sjuksköterska till närstående – sjuksköterska (Fröjd, Larsson & Wallin, 2012; Söderström, Benzein & Saveman, 2003; Wong, Liamputtong, Koch & Rawson, 2015). De närstående är en värdefull resurs för intensivvårdssjuksköterskan eftersom de kan agera förespråkare och bidra med kunskap om patientens åsikter och skapa trygghet för patienten genom sin närvaro (Fröjd, Larsson & Wallin, 2012; Wong et al., 2015). I interaktionen med närstående ska intensivvårdssjuksköterskan ha ett professionellt och etiskt förhållningssätt samt visa respekt och agera stödjande (Riksföreningen för anestesi och intensivvård [AnIva] & Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2012). Ofta befinner sig närstående i kris och intensivvårdssjuksköterskan behöver därför ha förmågan att hantera starka känsloutbrott. Genom närvaro kan intensivvårdssjuksköterskan underlätta närståendes situation och erhålla förståelse för deras behov av information och stöd (Fröjd, Larsson & Wallin, 2012; Wong et al., 2015).

### **Intensivvårdssjuksköterskans perspektiv**

Enligt Söderström, Benzein och Saveman (2003) kan intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av interaktionen med närstående ses som antingen inbjudande eller icke inbjudande. Karakteriserande för den icke inbjudande interaktionen är hur sjuksköterskan värdesätter medicinska och tekniska aspekter och ser sig själv som en expert. Detta leder till att intensivvårdssjuksköterskan har svårt att trösta och stödja närstående, även om deras lidande är uppenbart. När intensivvårdssjuksköterskan skapar en god relation med de närstående och ser dem som en naturlig del av omvårdnaden beskrivs det som en inbjudande interaktion (ibid.). Da Silva Ramos, Fumis, Azvedo och Schettino (2013) och Gibson et al. (2012) belyser i sina studier även hur intensivvårdssjuksköterskor upplever att interaktionen med närstående försvårar arbetet då en stor del av tiden går åt till att ge dem information.

### **Närståendes perspektiv**

Närståendes upplevelser av interaktionen med intensivvårdssjuksköterskan är fokuserad kring kommunikation vilken omfattar fyra områden; information, språklig kommunikation, stödjande kommunikation och icke-stödjande kommunikation (Al-Mutair, Plummer, Clerehan



och O'Brien, 2013; Wong et al., 2015). Där närstående har uttryckt behov av ärlig information och öppen kommunikation. Vidare har konsekvent, begriplig och tillräcklig information funnits bidra till ökad tillfredställelse med vården (Al-Mutair et al, 2013; Wong et al., 2015).

Wong et al. (2015) belyser intensivvårdssjuksköterskan som den vanligaste informationskällan och hur en del närstående anser det lättare att kommunicera med intensivvårdssjuksköterskan på grund av tillgängligheten. När information om patientens tillstånd som inte är positiv delges så uppskattas att intensivvårdssjuksköterskan har ett omtänksamt och empatiskt förhållningssätt samt använder ett begripligt språk för att närstående ska förstå (ibid.).

Wong et al. (2015) beskriver kommunikationsstrategier såsom att skapa trygghet och reagera på icke-verbala signaler som stödjande. Närstående kan känna trygghet genom kontinuerligt informationsflöde även om de inser allvaret i situationen. Författarna lyfter hur intensivvårdssjuksköterskans förmåga att vara mottaglig för närståendes icke-verbala signaler för känslor av oro eller ångest och svara på dessa bidrar till lugn och stöd hos närstående. Vidare lyfts att närstående även har erfarenhet av att bli tilltalade på ett tvärt och oförskämt sätt samt att få inkonsekvent information. Då detta kan bidra till ökad oro och ångest beskrivs kommunikationen som icke-stödjande (ibid.). Al-Mutair et al. (2013) lyfter även hur en del närstående har erfarenhet av att bli behandlade oprofessionellt samt upplevt sig vara ovälkomna i samband med att de efterfrågat information.

Khalaila (2013) har i en studie låtit närstående rangordna sina behov och huruvida de tillgodosetts för att därefter mäta närståendes tillfredställelse med vården, information och beslutsfattande. De behov som rangordnades högst handlade om möjligheten att vara hos patienten och att få ärliga svar på frågor. Även Al-Mutair et al. (2013) belyser i sin studie vikten för närstående av att få vara nära den kritiskt sjuka patienten då motsatsen kan få dem att känna att informationsflödet minskar. Detta och bristande samråd kring behandling resulterar i att närstående ej känner sig delaktiga i vårdprocessen och tillfredställelsen med vården minskar (Al-Mutair et al., 2013; Khalaila, 2013).

### **Interaktionen med närstående från olika kulturer**

Sjuksköterskors upplevelser av interaktionen med närstående från olika kulturer på vårdavdelningar finns väl dokumenterat i ett flertal studier där professionen intervjuats.

Studierna är utförda internationellt och i Norden där resultaten beskriver möten vilka ofta upplevs som komplicerade (Cioffi, 2003; Cioffi, 2005; Cortis, 2004; Nielsen & Birkelund, 2009). Vidare beskriver studierna hur närstående dels ses som resurs för information men även som besvärliga, särskilt där patienten har stora familjer på besök eller där språket utgör ett hinder. Många närstående på patientsal och avdelning leder till trängsel vilket även försvårar upprätthållandet av avdelningsrutiner (Cioffi, 2003; Cioffi, 2005). Studierna beskriver hur sjuksköterskor nödgas ge restriktioner kring antal besökare inne hos patienten samt övriga lokaler (Cortis, 2004; Nielsen & Birkelund, 2009). Cioffi (2005) beskriver hur en del anhöriga inte respekterar och ignorerar besökstider samt andra rutiner på avdelningen. Resonemanget utvecklas av Nielsen och Birkelund (2009) samt Cortis (2004) vars studier beskriver en oro hos sjuksköterskorna att stora sällskap skapar lidande för medpatienter på samma sal där samtligas behov blir svåra att tillmötesgå. Vidare beskriver de att krisreaktioner ibland ger dramatiska reaktioner vilka kan uppfattas som skrämmande för andra närvarande.

Høye och Severinsson (2008) beskriver hur intensivvårdssjuksköterskan i likhet med vårdavdelningens sjuksköterska upplever svårigheter att upprätthålla rutiner när många besöker patienten samtidigt, där besökare varken respekterar tider eller rutiner och där restriktioner avseende detta då måste ges. En känsla av osäkerhet uttrycktes av intensivvårdssjuksköterskorna gällande patientens utsatthet vid situationer med många besökande. Høye och Severinsson (2008) beskriver likt Nielsen och Birkelund, (2009) samt Cortis (2004) hur krissituationer kan utlösa högljudda och dramatiska sorgereaktioner från flera personer samtidigt. Hendson, Reis & Nicholas (2014) menar att synen på vårdrelationen som redan mångfacetterat komplex medför att kulturella aspekter ses som en ytterligare börda där en känslig interaktion försvåras eller ökar sårbarheten hos en normal situation.

Cioffi (2005) beskriver i sin studie sjuksköterskor som upplevt bristande respekt och ignorans av en del män från kulturer med uttalat patriarkaliska strukturer. Den patriarkaliska strukturen nämns likartat inom en intensivvårdskontext men där Høye och Severinssons (2008) påpekar att det inte är generellt gällande för individer från mansdominerande kulturer, tvärtom ses respekt och positivt bemötande från manliga närstående gentemot kvinnliga sjuksköterskor. Att män och kvinnor delar rum brukar inte ses som ett hinder (Høye & Severinsson, 2010a).

I deras senare studie undersökte Høye och Severinsson (2010a) konflikter hos norska intensivvårdssjuksköterskor i möten med olika kulturer och fann tre olika teman. Det första temat berör närståendes vilja att delta i omvårdnaden kontra sjuksköterskans syn på sig själv som den totala vårdgivaren. Det andra temat beskriver sjuksköterskans skyldighet att informera kontra kulturell förståelse av sjukdom och reaktion på aktuell hälsosituation. Det sista temat i Høye och Severinssons (2010a) studie berör familjers behov av kulturella normer och självbestämmande kontra sjuksköterskans professionella ansvar för vårdmiljön. Det betyder exempelvis mycket att som närstående få möjlighet att ta med sig religiösa attribut eller att vid dödsfall få sörja i stort antal runt patientsängen. Hendson, Reis & Nicholas (2014) påpekar att språkbarriärer ses som frustrerande där sjuksköterskan upplever sig ha informerat kring aktuellt tillstånd men missuppfattningar uppstår där det givna budskapet uppfattats helt annorlunda av mottagaren. Vidare beskrivs hur manliga familjemedlemmar förväntar sig att få information före patienten, information som de i sin tur ska föra vidare till patienten.

### **Familjecentrerade kulturer**

Oavsett kultur är familjen den bärande enheten, däremot kan synen på vilka personer som ingår i en familj skilja sig mellan olika kulturer (Andrews & Herberg, 1999). I en del kulturer är det norm att familjen sköter sina sjuka och är angelägna om att få fortsätta göra det (Høye & Severinsson, 2010a). Kulturen i exempelvis muslimska familjer kännetecknas av att familjemedlemmarna har starka band till varandra där familjen fungerar som en enhet och är involverade i alla livsaspekter (Al-Mutair et al., 2013). Då det är kulturellt uppskattat förväntas samtliga familjemedlemmar delta i vårdprocessen i varierande grad (ibid.). Även da Silva Ramos et al. (2013) som genomförde sin studie om besökstider i Brasilien belyser hur familjen förenas av patientens kritiska sjukdom och ser det som sitt ansvar att värna patienten. Vidare lyfts även hur närstående är mer närvarande hos patienten än vad tidigare studier visat (ibid.). Cortis (2004) lyfter tanken att anhöriga kan känna sig tvingade att besöka sin släkting, ett sorts socialt krav som måste uppfyllas snarare än att det finns en nära relation mellan patient och anhörig.

### **Kultur och kulturell kompetens**

Enligt antropologin är kultur en komplex helhet som innefattar vanor, normer, värderingar, trosuppfattning, kunskap, konst, moral, symboler och andra färdigheter som förvärvas och utövas som medlem av ett samhälle, en grupp eller institution. Kultur förs vanligen vidare från en generation till nästa (Andrews, 1999; McFarland, 2010).

Betydelsen av att sjuksköterskor i utförandet av omvårdnad tar patientens kulturella bakgrund i beaktande belystes tidigt av Florence Nightingale då hon undervisade i Indien (Jirwe, Gerrish, Keeney & Emami, 2009). Kulturell kompetens som begrepp beskrevs först av Madeleine Leininger på 1950-talet då hon uppmärksammade att hälsa och sjukdom var starkt påverkat av den kultur som patienten bar med sig (Andrews & Boyle, 1999). Leininger menade att kulturellt kompetent omvårdnad innebär att tillämpa kulturspecifik kunskap om hälsa och omvårdnad där vården som ges utövas meningsfullt, där individuella och gruppbaseade behov tillgodoses för att upprätta hälsa, välmående eller hantera sjukdom, lidande och död (McFarland, 2010). Enligt Quickfall (2014) är kulturell kompetens någonting som är öppet för tolkningar men att det oavsett är en kompetens som sjuksköterskor behöver för att kunna ge god vård. Sjuksköterskorna i Nielsen och Birkelunds studie (2009) upplever exempelvis tillämpandet av kulturellt anpassad vård som stundtals stridande mot deras uppfattning av vad god vård är.

Uppfattningen av vad kulturell kompetens är skiljer sig. Det visar en studie av Cicolini et al. (2015) där sjuksköterskor beskrivit sin uppfattning av kulturella kompetens som någonting där de antingen anser att alla ska behandlas respektfullt oavsett kulturell bakgrund alternativt att alla med samma kulturella bakgrund är likadana. Enligt Crowley, Guest och Sudler (2015) ger begreppet kulturell kompetens sjuksköterskor associationer till ett vänligt, öppensinnat och icke-dömande förhållningssätt. Vidare menar de att det förvisso är en behjärtansvärd inställning men att det inte beskriver begreppet korrekt. Enligt dem innebär kulturell kompetens kunskapen kring informationsamlande om patienten utefter kulturspecifika frågeställningar som kan bidra till god vård (ibid.). Jirwe (2008; 2009) menar att kulturell kompetens inte handlar om immigranter utan om förmågan att vårda människan och ta dennes kulturella bakgrund i beaktande i kontexten av omvårdnad. Kulturell kompetens syftar till den kunskap och de färdigheter sjuksköterskan bör ha för att kunna ge god omvårdnad till patienter från annan kulturell bakgrund än sjuksköterskans egen. Likt Jirwe (2008) beskriver Quickfall (2014) hur kulturell kompetens inkluderar kulturell kunskap, kulturell medvetenhet och kulturell känslighet. Jirwe (2008) menar att intresset för ämnet i Sverige varit litet jämfört mot internationellt.

## **PROBLEMFORMULERING**

Patienten på en intensivvårdsavdelning är kritiskt sjuk och oftast sederad vilket medför att kontakten med närstående blir en stor del av intensivvårdssjuksköterskans arbete. Tidigare forskning inom området visar närståendes behov i relation till kultur och vad som utgör meningsfulla möten. Vidare visar forskning hur intensivvårdssjuksköterskor upplever hinder i interaktionen med närstående från olika kulturer där språkbarriärer, sjukdomsförståelse, kulturella vanor samt vilja att delta i omvårdnad kan skapa svårigheter i interaktionen mellan vårdgivare och närstående. För att optimera interaktionen och ge ett professionellt närståendestöd har intensivvårdssjuksköterskan en viktig roll där kulturspecifik kunskap kring omvårdnad och hälsa krävs. Forskning som berör intensivvårdssjuksköterskans kulturella kompetens i samspel med närstående finns internationellt men det saknas nationella studier inom intensivvårdens kontext. För att kunna belysa intensivvårdssjuksköterskans behov och identifiera förbättringsområden som gynnar den närstående finns behov av forskning där professionen får berätta om sina upplevelser.

## **SYFTE**

Studiens syfte är att undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av interaktionen med närstående från olika kulturer.

## **METOD**

### **Design**

Studien är utförd med kvalitativ design baserad på semistrukturerade intervjuer där vald metod syftar till att erhålla kunskap om deltagarnas upplevelser av interaktionen med närstående från olika kulturer (Henricson & Billhult, 2012).

### **Urval**

Studiens inklusionskriterie var minst ett års yrkeserfarenhet som intensivvårdssjuksköterska. I denna studie har intensivvårdssjuksköterskor med varierande erfarenheter, ålder och kön från två intensivvårdsavdelningar vid två akutsjukhus i olika delar av Stockholm inkluderats för att få variationsrika och breda berättelser (Henricson & Billhult, 2012).

### **Datainsamlingsmetod**

Datainsamling har skett genom enskilda semistrukturerade intervjuer med öppna frågor, där sammanlagt nio intensivvårdssjuksköterskor från intensivvårdsavdelningarna valt att delta. Deltagarna i studien bestod av både män och kvinnor med mellan 3-22 års yrkeserfarenhet inom intensivvård. Tre av deltagarna kommer ursprungligen från andra länder i Europa. Kvalitativ intervju valdes som insamlingsmetod eftersom målet var att erhålla nyanserade beskrivningar (Kvale & Brinkmann, 2014).

Inför genomförandet av studien inhämtades samtycke från verksamhetscheferna för valda intensivvårdsavdelningar (bilaga 1). Vid en av intensivvårdsavdelningarna gavs muntlig information om studien till intensivvårdssjuksköterskor på ett sjuksköterskemöte, där samma information även skickades ut av författarna via mail med bifogad deltagarinformation (bilaga 2) till de intensivvårdssjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriteriet. Fyrtio intensivvårdssjuksköterskor inklusive chefssjuksköterskor fick mailet varav fem intensivvårdssjuksköterskor med intresse av att delta tog kontakt och inkluderades i studien. Vid den andra intensivvårdsavdelningen utsågs deltagarna av en gatekeeper vilket är vanligt tillvägagångssätt vid den kliniken. Gatekeepern fick till uppdrag att välja fyra stycken intensivvårdssjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna och fick sedan tillgång till skriftlig information (bilaga 2) som vidarebefordrades till deltagarna. Innan genomförande av intervjuerna gavs även dessa deltagare muntlig information om studien.

## **Intervjuguide**

Genom att använda en semistrukturerad intervjuguide (bilaga 3) har intervjuerna kunnat stramas åt för att följa tidsramen och gav möjlighet till en anpassningsbar intervju utifrån vad som kom upp (Danielsson, 2012a). Intervjuguiden utformades med Danielssons (2012a) exempel som inspiration. Innan datainsamling påbörjades testades intervjuguiden i en provintervju med en intensivvårdssjuksköterska. Genom detta testades att relevant data genererats utifrån valda frågor och att planerad tid var hållbar (ibid.)

## **Datainsamling**

Intervjuerna utfördes av studiens författare på deltagarnas arbetsplatser i avskilda samtalsrum. Författarna försökte placera sig och deltagaren som i en cirkel för att skapa en avslappnad samtalsmiljö. Båda författarna har deltagit i intervjuerna för att skapa nyanser i samtalen, där den ena författaren var den som inledde intervjun och den andra var medlyssnare samt ställde följdfrågor om detta var nödvändigt.

Intervjuerna pågick under 15-25 minuter och inleddes med att deltagarna fick berätta om sin bakgrund (bilaga 3). Därefter ställdes huvudfrågorna ”Kan du berätta om hur du generellt upplever mötet med närstående från olika kulturer?” och “Kan du berätta om en situation där mötet varit mera komplext?”. Under intervjuernas gång ställdes en del följdfrågor med återkoppling till det som deltagaren sagt samt även ett par stödfrågor (bilaga 3).

Inspelning av intervjuerna genomfördes med två separata inspelningsverktyg för att säkerställa att ingen information skulle gå förlorad. Efter genomförda intervjuer delade författarna upp inspelningarna för att transkribera dem ordagrant. Transkriberingarna avidentifierades och utefter ordningsföljden på intervjuerna kodades materialet med nummer ett till nio.

## **Dataanalys**

Manifest innehållsanalys har använts för att analysera data från intervjuerna. Manifest innehållsanalys fokuserar på textens uppenbara innehåll för att skapa djupare förståelse för fenomenet som sedan uttrycks i kategorier (Dychawy Rosner, 2012; Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Första steget i innehållsanalysen innebär att intervjumaterialet transkriberas och därefter läses igenom ett flertal gånger för att skapa känsla för helheten. Efter genomläsningen plockas text som svarar på syftet ut, även kallat meningsenheter. Meningsenheterna reduceras sedan där det väsentliga väljs ut, det vill säga kondensering.

Sedan kodas det centrala i kondenseringarna med beskrivning av innehållet. Likartade koder delas in i underkategorier och sammanförs sedan till kategorier som beskriver fenomenet (Danielsson, 2012b; Graneheim & Lundman, 2004).

Författarnas tillvägagångssätt vid dataanalysen innebar att intervjumaterialet transkriberades enskilt för att därefter läsas igenom både enskilt och tillsammans. Författarna analyserade därefter en intervjutext gemensamt för att skapa förståelse för tillvägagångssättet.

Analyseringen vid detta tillfälle innebar att meningsenheter plockades ut och kondenserades för att sedan kodas. När förståelse för tillvägagångssättet uppnåts delades resterande intervjuer upp mellan författarna och resterande bearbetning till koder skedde självständigt.

När samtliga texter kodats arbetade författarna gemensamt med materialet för att skapa kategorier. Under denna process diskuterades kodernas placering i underkategorier där en del koder fick nya namn. Likaså skedde en diskussion angående underkategorierna för att uppnå samstämmighet. Underkategorierna sammanfördes sedan till kategorier. Exempel på analysprocessen visas i tabell 1.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
...där man har känt att man har ett tillkortakommande eller jag har känt att jag haft tillkortakommande kanske och det gäller speciellt vid dödsfall och förberedelse, efter dödsfall, iordning, hur man gör iordning patienten och klär patienten och såna saker, alltså rent praktiska detaljer.	Känner tillkortakommande vid tillfällen som handlar om döendet.	Kunskapsbrist	Kunskap	Intensivvårdssjuksköterskans kulturella kompetens
Gestikulerar och visar mycket	Gestikulerar mycket	Använda <u>kroppspråk</u>	Kommunikationsvägar	Kommunikation

**Tabell 1. Exempel på analysprocessen**

## Etiska aspekter

Vid genomförande av studien har författarna beaktat de forskningsetiska principerna: autonomiprincipen, rättvisepincipen, göra gott principen och inte skada principen som utgångspunkt. Genom detta ökades sannolikheten att studiedeltagarnas säkerhet, välbefinnande och rättigheter garanterats. Efter transkribering av intervjuerna raderades ljudfilerna och utskrifterna förvaras på säker plats från obehöriga. För att säkerställa att deltagandet behandlades med konfidentialitet har materialet avidentifieras. Vidare redovisas



inte intensivvårdssjuksköterskornas arbetsplats i uppsatsen (Kjellström, 2012). Processen informerat samtycke utfördes i enlighet Helsingforsdeklarationens riktlinjer kring medicinsk forskning som inkluderar människor då deltagandet i studien baserats på frivillighet. Deltagarna informerades muntligt och skriftligt om studiens syfte och metod, vidare informerades de om rätten att avstå från och att avbryta sin medverkan närsomhelst under studiens gång (Declaration of Helsinki, 2014). Deltagarna tillfrågades även om de ställde upp på att bli inspelade och gavs rätten att neka. Då denna studie utförts inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå behöver en etisk prövning ej ske (Lagen om etikprövning av forskning som avser människor, SFS 2003:460).

## RESULTAT

Innehållsanalysen resulterade i fyra kategorier med sammanlagt 14 underkategorier (tabell 2). Dessa beskriver intensivvårdssjuksköterskornas upplevelser av att interaktionen med närstående från olika kulturer.

Kategorier	Underkategorier
Intensivvårdssjuksköterskans kulturella kompetens	Kulturell medvetenhet Kunskap Förhållningssätt
Kommunikation	Kommunikationssvårigheter Tolkanvändning Kommunikationsvägar
Närstående	Närståendes behov Olika familjedynamik Omvårdande närstående Krisreaktioner Hjärndödsbegreppet Teamarbete
Närståendes närvaro	Kulturellt närvarokrav Stort antal besökare

**Tabell 2. Resultatöversikt - Kategorier och underkategorier.**

### Intensivvårdssjuksköterskans kulturella kompetens

#### Kulturell medvetenhet

En kulturell omedvetenhet om närståendes önskemål i relation till kultur framkommer. Intensivvårdssjuksköterskorna menar att kulturell bakgrund och eventuella olikheter ej uppmärksammas på grund av intensivvårdens kontext. ”Man tänker inte alltid på den delen av vården ... oftast blir vården mer inriktad på det medicinska och akuta, tyvärr” (Intervju 2).

Osäkerhet finns huruvida skillnader i interaktionen har med personlighet eller kultur att göra där intensivvårdssjuksköterskorna ej medvetet uppmärksammat skillnader och anpassat bemötandet utifrån dessa. ”Förutom om det finns en viss försiktighet eller en viss språklig skillnad men det vet jag inte om det har med människorna att göra eller kulturen” (Intervju 1).

Intensivvårdssjuksköterskorna i studien tror inte att bemötandet gentemot närstående skiljer sig. Kultur förnekas inte men det upplevs som konstigt om allt ses som en kulturell yttring. Man ser hellre människan menar de.

Jag försöker inte tänka, det finns alltid en kulturell skillnad hur saker och ting yttrar sig ... men generellt för mig så är det alltid en närstående som är en mamma eller ett barn till någon och de känslorna är ju liksom universella, hur man känner när ens anhörig är sjuk och den oro man känner. Så jag försöker koncentrera mig på det och möta människan i det (Intervju 9).

Kulturell medvetenhet aktualiseras vid kommunikationssvårigheter samt vid tragiska och allvarliga situationer där patienten dör eller är döende. Medvetenhet, hjälpsamhet och acceptans för olika ritualer och religiösa tillhörigheter i samband med detta lyfts.

Vidare framkommer en hänsyn till kultur, språkförbistringar och respekt för kulturella seder. ”När jag jobbade på XXX hade vi många som bar slöja ... viktigt att man respekterar det” (Intervju 4). Om specifika önskemål finns så försöker dessa tillgodoses.

Intensivvårdssjuksköterskorna menar att det är professionens ansvar att förhålla sig till att människor har olika kultur och bakgrund och att yrkesvalet borde innebära en vilja att hjälpa på många olika plan.

Kulturell medvetenhet finns när patriarkaliska strukturer görs synliga. Kvinnliga intensivvårdssjuksköterskor upplever sig blivit ifrågasatta och ej tagna på allvar samt ha behövt kämpa för att nå förtroende på grund av sitt kön. ”Han ville inte till exempel ta i hand kvinnliga sjuksköterskor och hade väldigt svårt att liksom ta oss på allvar kan man säga och det är man ju också lite ovan vid” (Intervju 8). Då intensivvårdssjuksköterskan ser sig som kompetent i sitt yrke beskrivs det som ovanligt att bli ifrågasatt på grund av kön och ej yrke.

### **Kunskap**

Intensivvårdssjuksköterskorna upplever sig ha en kunskapsbrist och menar att de inte är insatta i andra kulturer. ”Jag är ju inte alls insatt i andra kulturer. Jag frågar nog väldigt sällan hur vill ni ha det?” (Intervju 3). Vidare beskrivs att de inte vet hur människor från andra kulturer bemöter sjuka och vad de förväntar sig. Att vårda någon från samma kulturella bakgrund som sin egen anses dock ha kända förväntningar. En del av intensivvårdssjuksköterskorna i studien upplever oklarheter över när en kulturell olikhet föreligger. Dock menar intensivvårdssjuksköterskorna att de söker kulturell förståelse och får

förvärvad kunskap, det vill säga att lära sig hur olika kulturer vill ha det. Ett intresse och en öppenhet för andra kulturer beskrivs där lärandet sker genom interaktionen.

Tillkortakommanden kunskapsmässigt upplevs främst vid situationer som handlar om döendet. Det nämns att kunskap finns om att muslimer ska vändas mot Mecka. Vidare menar intensivvårdssjuksköterskorna att det känns svårt att efterfråga kulturella önskemål men att de vill tillmötesgå behov oavsett kultur och att hjälp tas in vid bristande kunskap. I studien framkommer ett kunskapsbehov där intensivvårdssjuksköterskorna uppger sig vilja ha mer kunskap för att optimera sitt bemötande. ”Jag tycker oftast att det fungerar bra men som sagt, mera kunskap så skulle det fungera ännu bättre” (Intervju 5). Det efterfrågas en ökad allmänbildning inom kultur och religion samt flerspråkighet. Intensivvårdssjuksköterskorna hämtar in kunskap främst via kommunikation med närstående.

### **Förhållningssätt**

I intervjuerna framkommer ett holistiskt förhållningssätt som betonar det mellanmänniska mötet. ”Det handlar mer om människokänedom än att ha kunskap om skilda kulturer” (Intervju 8).

Intensivvårdssjuksköterskan menar att de ser till helheten hos patienten vilket innefattar närstående där alla oavsett kultur har tillhörighet genom att vara människa. Det finns en förståelse för att kulturella aspekter måste mötas men att människan går före kultur.

Vidare beskrivs hur osäkerheten hos personal påverkar förhållningssättet där personal har makten att stänga närstående ute. Frustration inom teamet över svårighet att utföra sitt arbete läggs kanske över på kulturen. Konfliktrisk finns och kulturkrockar uppstår när intensivvårdssjuksköterskan uttrycker sin sanning om hur kroppen fungerar. ”Då måste man komma runt det så man inte fastnar i att jag är i den här högre vetenskapen ... utan jag måste försöka möta närstående där de befinner sig” (Intervju 9).

Intensivvårdssjuksköterskorna tillämpar en likabehandlingsprincip med ett icke-dömande och icke-värderande förhållningssätt med respekt för de närstående. ”Jag kan inte lägga mina egna värderingar i något liksom” (Intervju 9). Att uppträda professionellt, välinformerat, tillmötesgående och med en tillåtande attityd betonas. Andra vanliga förhållningssätt är att förklara avdelningens kultur, våga fråga om kulturella önskemål samt respektera eventuell religion. Det finns en medvetenhet om att religion har en större betydelse i många andra

länder än Sverige. Ett problemlösande förhållningsätt finns där eventuella konfliktrisker istället ses som nya lösningsbara situationer.

## **Kommunikation**

### **Kommunikationssvårigheter**

”Jag tror att många anhöriga känner sig missförstådda för att de också är det” (Intervju 5).

Intensivvårdssjuksköterskorna nämner språkförbistringar när de berättar om interaktionen med närstående från olika kulturer. Språkbarriärerna utgör ett hinder i interaktionen med närstående då dessa bidrar till att både närstående och intensivvårdssjuksköterskorna ej kan göra sig förstådda och det är lätt att missförstånd uppstår. ”Kan man inte kommunicera då är det ju svårt att liksom förstå varandra och då blir det ju ofta missförstånd” (Intervju 2).

Vikten av att närstående får god information lyfts men hur informationen kan vara svår att ta in för närstående även om de förstår språket. ”Men sen vet inte jag, jag vet inte, det här hade ju kunnat hända också kunna hänt även om man, kanske, uppvuxen i Sverige och kan ta in och förstå allting” (Intervju 5). Utmaningar uppstår om intensivvårdssjuksköterskan förutsätter att närstående förstått given information när så inte är fallet. När närstående inte får tillräckligt med information känner intensivvårdssjuksköterskan maktlöshet.

I mötet med närstående beskrivs även andra hinder som påverkar kommunikationen där det blir svårare att nå fram om man bär på förutfattade meningar. Andra svårigheter kan vara att närstående har hinder såsom rädsla inför att ge ut information.

### **Tolkanvändning**

Intensivvårdssjuksköterskorna i studien lyfter värdet av tolkanvändning för att främja god kommunikation men att möjligheten används för sällan, tolk borde användas mer och i tidigare skeden. Tolkens betydelse lyfts med beskrivningar där situationer kunnat förvärras utan tolk men även hur svåra besked kan vara svåra att ta in trots tolk.

Jag tror också det var det här att de var chockade under lång tid också och det blev ju bättre självklart men jag tror också att, visst hade det blivit ännu värre om det inte hade tolkats förstås då för då hade man ju inte alls men nu hade hon även svårt att ta in (Intervju 5).

Tolk används främst vid läkarsamtal och rond. Vidare beskrivs svårigheter att få kontakt med tolk utanför kontorstider samt hur det önskade språket påverkar tillgängligheten. Dessa

svårigheter leder till att information till närstående fördröjs. I en del situationer löses detta genom att tolkning sker via telefon.

Så jag frågade, men hur gick det med tolken? 'Nä, det gick inte, tolken kunde inte komma på nattetid.' Så jag sa att, men hur har ni fixat? hur gammal var dottern? '18år' men hur gick det? Kunde hon engelska? 'Ja alltså lite grann' men sen funkade det att de, jag vet inte om det var på nattetid eller sen tidigt på morgonen, att de kunde få någon telefontolk (Intervju 6).

När språkförbistringar föreligger är det vanligt att intensivvårdssjuksköterskorna löser kommunikationssvårigheter via hjälp från flerspråkiga kollegor inom personalgruppen eller andra avdelningar. "Vi är ju många i vården som har olika språkkunskaper och där tycker jag vi är väldigt duktiga på att använda oss av varandra" (Intervju 3). Det förekommer att flerspråkig placeras på patientsalar där behov av språkkunskaperna finns.

Vidare berättas det att närstående används som tolk, exempelvis för att få snabb information om patienten. Ibland utses den med bäst svenskkunskaper som språkrör bland de närstående som får förmedla informationen vidare till övriga familjemedlemmar. Att använda närstående som tolk upplevs dock inte optimalt då risk finns för missförstånd och pressade situationer. Intensivvårdssjuksköterskorna i studien lyfter även svårigheten med närstående som på grund av sin egen krisreaktion har svårt att ta in given information och därmed inte kan informera övriga närstående på ett adekvat vis.

Sen så var det ju språket där mellan oss och anhöriga, det var inte alla som pratade svenska utan de hade finska då som modersmål. Så det var mamman och en bror tror jag som vi kommunicerade via och mamman ville ju inte ta till sig informationen (Intervju 4).

### **Kommunikationsvägar**

För att kommunicera med närstående används olika strategier då tolk ej finns tillgänglig. Vid språkförbistringar använder intensivvårdssjuksköterskorna google translate som hjälpmedel med varierande utfall. Det är dock svårt att veta om översättningarna stämmer och språk med andra tecken försvårar översättningen. Ibland används enkla block med översättningar med olika språk som finns tillgängliga på avdelningen.

Kroppsspråk används som en väg för kommunikation, där intensivvårdssjuksköterskorna gestikulerar för att öka förståelsen. "Jag står mycket och gestikulerar och visar" (Intervju 2).

Genom att tolka närståendes kroppsspråk avgörs om de förstått och tagit in information som ges.

Genom att upprepat prata med och tydligt förklara för närstående kan intensivvårdssjuksköterskan komma långt för att skapa ett bra möte. Vikten av detta arbetssätt lyfts flertalet gånger. ”... och liksom förklara varje moment tydligt, att nu gör vi det här för att och man kan behöva göra det flera gånger förstås” (Intervju 8).

Kommunikationen behöver anpassas genom att hitta ett språk eller sätt att förklara så närstående kan förstå och ta till sig. ”Man måste försöka hitta ett språk som, eh, står över det vardagliga språket för att hitta ingångar till människor... det gör man ju efterhand när man lite lär känna människor” (Intervju 8). Vikten av att lyssna på närstående lyfts då intensivvårdssjuksköterskan kan be dem berätta om någonting och utifrån det knyter intensivvårdssjuksköterskan vidare och hittar därmed andra förklaringsmodeller.

## **Närstående**

### **Närståendes behov**

För att nå närstående används ibland humor: ”Vi kommer en bit på väg med humor till exempel, att man lite, liksom låter sina fasader rämna lite grann så kan man nå varandra på det sättet” (Intervju 8).

Intensivvårdssjuksköterskorna berättar om hur närstående har ett annorlunda behov av information och närhet som kopplas till kultur. ”Nej men att de har ett annorlunda behov, det kan ju vara deras kulturella tro, religion, att de har ett annat behov av information att de gärna vill vara där, nära” (Intervju 3). Olika bakgrunder leder till olika förväntningar där en väg in i mötet hittas genom att närstående får framföra sina tankar. Vikten av att alla ska vara nöjda och få träffa patienten lyfts och det upplevs som att det mesta ordnar sig om behoven uppmärksammas. Svårigheter att tillgodose närståendes behov av stöd uppstår då information om deras situation samt önskemål om vården uteblir när språkförbistringar förekommer.

För att tillgodose närståendes kulturella behov behöver intensivvårdssjuksköterskan våga fråga då okunskap medför risk för konflikter. ”Det skulle snarare kännas sämre att ta saker och ting för givet och så visar det sig att det inte var så än att mer vara blank och fråga ... risken är ju att man trampar i klaveret” (Intervju 1). Det förekommer att intensivvårdssjuksköterskor har fokus på annat och därmed inte efterfrågar behoven samt har

förväntningar att närstående själva kommunicerar sina behov. Intensivvårdssjuksköterskorna försöker möta närståendes tankar och önskemål och skapa utrymme för dessa men känner sig ibland nödgade att behöva göra som hen själv vill.

Intensivvårdssjuksköterskan behöver respektera närståendes känslor och oro och låta dem få utlopp för detta och sen förklara situationen. ”Det är nog bara att försöka vara där och bara acceptera att det får vara så och så försöka ordna det runt omkring så att de här personerna får ur sig det här...” (Intervju 5). Det finns en förståelse för att närstående inte vill lämna sin anhörig och intensivvårdssjuksköterskan menar att närstående ej kan stängas ute från vården.

Då det förekommer svårigheter att nå närstående kan trygghet och förtroende skapas genom att ge dem tid, lyssna på dem samt skapa utrymme. Intensivvårdssjuksköterskorna uttrycker att även om interaktionen kan vara utmanande så upplevs närstående från andra kulturer som väldigt tacksamma och mer öppna än närstående med svensk kulturell bakgrund som eventuellt har ökad integritet.

Närstående upplevs ibland som misstänksamma mot vården då sjukvården ses som korrupt i en del kulturer, att det därför kan finnas misstroende till vården. ”Men det fungerar ju inte nödvändigtvis så i alla kulturer eller alla länder utan det kan vara absolut att sjukvården är korrupt till exempel och att man inte alls kanske alla gånger vill väl” (Intervju 8). Närståendes misstänksamhet beskrivs även grunda sig på deras tidigare erfarenheter och intensivvårdssjuksköterskorna lyfter att de behöver acceptera att närstående har en annan syn.

### **Olika familjedynamik**

Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver hur familjedynamiken och familjekonstellationen påverkar interaktionen, där svårigheter som att information till närstående fördröjs förekommer. När det inte råder harmoni inom familjen upplevs det som svårare. Vikten av att bemöta alla närstående likvärdigt lyfts. Motsättningar, misstro och kulturkrockar inom familjen medför andra svårigheter så som att anhöriga behöver hållas isär på avdelningen samt ej får närvara hos patienten samtidigt.

Han hade egentligen två svenska familjer och nu en afrikansk fru ... krocken som uppstod mellan de anhöriga när de skulle komma in och vara hos honom och liksom visa sin sorg på lite olika sätt ... fick hålla på och liksom slussa dem mellan anhörigrum och in till patienten ... (Intervju 1).



## **Omvårdande närstående**

Intensivvårdssjuksköterskorna upplever ofta att närstående från andra kulturer än den egna har en annan syn på hur man tar hand om sin sjuka anhörige och ser det som sitt ansvar att göra så. Närstående har ökad omsorg om och ger mer omvårdnad till sin anhörige något intensivvårdssjuksköterskorna tolkat ha sin bakgrund i både personlighet och kultur.

De bryr sig om sina svårt sjuka anhöriga och de hjälper till väldigt mycket, mer tror jag från andra kulturer. Det här att de vill gärna hjälpa till i omvårdnaden och vill gärna inte lämna, utan det är alltid någon som är kvar ... de är ju sådär att närvarande från andra kulturer. De har en annan syn på hur man tar hand om sin sjuka närstående (Intervju 3).

Intensivvårdssjuksköterskan upplever att närstående har en ökad närvaro och intensivvårdssjuksköterskan behöver involvera dem i omvårdnaden. Respekt för närstående visas genom att låta dem få känna sig delaktiga.

## **Krisreaktioner**

”Det är en miljö av kris, stress och sorg ... att vi alla till mans på något sätt kan vara föränderliga eller kanske inte riktigt oss själva för att vi befinner oss i chock” (Intervju 8).

Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver hur skillnad i sorguttryck finns mellan kulturer som kännetecknas främst av hur man sörjer och att närstående kan vara många. Det betonas att det kan finnas kulturella inbördes skillnader. En annan tradition för sörjande med olika uttrycksformer beskrivs där mer verbala uttryck för sorg och ilska förekommer än exempelvis inom den svenska kulturen. Där sörjande svenskar ”... ska vara samlade, duktiga och lagom ledsna” (Intervju 5). Vidare menar intensivvårdssjuksköterskorna att dramatiska känslouttryck är opraktiskt men bra, att det förmodligen är ett sunt sorgearbete. ”Man skriker ut sin sorg eller ilska ... vi har varit lite ovana ibland och man kanske vill tysta ner, det stör kanske resten av avdelningen eller andra blir också oroliga av det” (Intervju 7). Det kan möjligen vara så att starka reaktioner till viss del sker till följd av intensivvårdsmiljön. Att skrika och gråta ses inte som konstigt av intensivvårdssjuksköterskorna.

Intensivvårdssjuksköterskorna berättar om situationer där dramatiska känslouttryck med utåtagerande handlingar inträffat där närstående slitit av sitt eget hår, slängt sig på golvet i korridoren eller försökt hänga sig och varit så förtvivlade att intensivvårdssjuksköterskorna själva upplevt situationen som påfrestande och traumatisk. ”Det var väldigt traumatiskt för alla” (intervju 5). Vidare berättas om konfliktrisker och närståendes ilska där personal tycker

sig ha gjort allt i sin makt men där närstående tyckt annorlunda och läkare blivit hotad på grund av oförståelse och chock. Samtidigt belyses en förståelse och ett hänsynstagande för närståendes sorg och individens reaktion på chock. ”... jag vet även tidigare att, att någon läkare hade fått, blivit hotad och så också av någon annan anhörig i den familjen som också, på grund av oförståelse och ja chocken, att de inte tog in” (Intervju 5). En respekt för närståendes känslor poängteras där intensivvårdssjuksköterskor menar att människor har rätt till sin reaktion, att närstående måste få sörja på sitt sätt. ”Dels så är det ju olika personer som jobbar, om jag pratar för mig själv så tycker jag att vi kan ju inte riktigt tysta ner dem. Utan de måste få sörja på sitt sätt” (Intervju 7).

I fall med starka dramatiska känslouttryck uppger intensivvårdssjuksköterskorna ett avvaktande accepterande förhållningsätt där intensivvårdssjuksköterskan bara försöker finnas där. ”Sen tycker jag de får vara som de vill ... sen får man titta in och säga liksom bara, vad behöver ni?” (Intervju 1). Ett inväntande förhållningssätt beskrivs som inte är påträngande. Inblandning i det mest känsliga skedet sker inte så länge närstående inte blir aggressiva eller förtvivalade, oftast löser sig situationen av sig självt. Det beskrivs hur intensivvårdssjuksköterskor stannat nära förtvivalade närstående som legat på golvet i korridoren för att lugna denne. Omgivningen miljöanpassas efter situationen för att skydda andra genom att informera andra patienter och besökare. ”... ska vi kanske låta dem vara och gå och säga till andra anhöriga som kanske sitter och väntar att ni kan gå ut till den sidan eller de är väldigt ledsna nu och då brukar det fixa sig” (Intervju 1).

### **Hjärndödsbegreppet**

Intensivvårdssjuksköterskorna i studien lyfter hur det är svårt att förklara och att förstå ett vegetativt tillstånd och att hjärndödsbegreppet inte är lätt att förstå. ”Det är ju omöjligt att ta in även om man förstår språket, så jag förstår att det var jättesvårt ... det här med hjärndödsbegreppet ... det är ju inte lätt att förstå det” (Intervju 5). Patienten ser levande ut och intensivvårdssjuksköterskorna menar att det kan vara svårt för närstående att förstå om de inte heller talar språket. Intensivvårdssjuksköterskorna upplever även att förståelsen om kroppen och hur den fungerar skiljer sig. ”... då kan det vara att man ibland kan ha svårt och förklara om hur kroppen fungerar för den uppfattningen är inte lika eller så som jag uppfattar att kroppen fungerar också. Det är inte säkert att vi tycker samma” (Intervju 9). Det handlar inte alltid om kultur utan om utbildningsnivån hos den man möter. Som exempel nämns människor från länder där det inte finns samma möjligheter till skolgång. Vidare framkommer

det en osäkerhet på hur andra kulturer, speciellt religioner ser på och accepterar hjärndödsbegreppet.

Ofta vet jag inte hur andra kulturer, speciellt andra religioner, eh, till exempel ser om någon är hjärndöd. Om de accepterar det på samma sätt som vi har vår bestämda lag, grejer, att så är det, och så gör vi och så är det i Sverige, det är samma som i Tyskland. Men hur är det med muslimer, hur är det med judar, hur är det med buddhister, det vet jag inte (Intervju 6).

Intensivvårdssjuksköterskorna menar att synen på vad som är ett liv skiljer sig. Det har hänt att personal i samtal med närstående talat utifrån egna föreställningar om vad som är ett liv eller ett värdigt liv vilket utlöst en arg och aggressiv stämning.

### **Teamarbete**

Värdet av ett fungerade teamarbete i kontakt med närstående från olika kulturer lyfts. ”Jag tror att idag hade man nog, dels så hade det funnits en helt annan uppbackning ifrån olika doktorshåll och kanske även oss kollegor emellan, i personalen” (Intervju 7). Positiva upplevelser beskrivs där läkaren varit förberedd, när intensivvårdssjuksköterskorna hjälpt varandra eller vårdchef har funnits på plats som stöd i kaotiska situationer. Dysfunktionella team upplevs vid bristande kommunikation i teamet, främst när kommunikationen mellan läkare och intensivvårdssjuksköterskan inte fungerat eller där osäkerhet hos läkarkollega lett till tillbakahållande av information till närstående när patienten är död eller döende. Andra svårigheter för ett team är när vårdpersonal förutsatt att det ska bli problem genom att ha förutfattade meningar.

I de fall teamet på avdelningen inte räcker till tar man hjälp av sjukhuskyrkan, kurator eller andra religiösa samfund som kan stödja vid krissituationer. Intensivvårdssjuksköterskorna menar att det generellt alltid finns någon att rådfråga. Vidare lyfts behov av etiska reflektioner i grupp kring bemötande. En önskan om en förbättrad kommunikation i teamet och gemensamt förhållningsätt lyfts som trygghetsfaktor som gynnar närstående så att de i sin tur får konsekvent information. ”Jag tror att det hade inte förändrat utgången men det hade ju förändrat tryggheten i teamet. Det hade ju känts lättare att göra ... Hade varit lättare om alla hade liksom samma tanke” (Intervju 4).

## **Närståendes närvaro**

### **Kulturellt närvarokrav**

Intensivvårdssjuksköterskorna i studien upplever att det finns en annan tradition att besöka sina sjuka anhöriga i andra kulturer än den svenska. ”Ja jag förstod det som så att den kulturen har så, att man, alla släkt och vänner kommer då på besök från när och fjärran. Så det får man väl respektera” (Intervju 2). Att det i vissa kulturer finns förväntningar att alla ska komma och hälsa på. Intensivvårdssjuksköterskorna beskriver stora familjer med krav på närvaro som de upplever som kulturellt betingat, särskilt inom de familjeorienterade kulturena. Den romska kulturen beskrivs ha som krav att hela släkten ska komma till sjukhuset. Vidare beskrivs andra kulturer där närvarokrav är kutym. Besökarna måste inte vara nära patienten men de måste vara där. ”Det är ju liksom ett krav på, jag tänker på romer, där hela släkten måste komma till sjukhuset. Sen behöver de ju inte vara så nära men de måste ju vara ...” (Intervju 5).

### **Stort antal besökare**

”När vi inte ens kunde stänga dörren till salen för att det var så mycket folk ...” (Intervju 4).

I mötet med närstående från olika kulturer berättar intensivvårdssjuksköterskorna om situationer där besökare varit många till antalet. Det brukar fungera bra att samarbeta med närstående och oftast uppstår inga problem med en stor anhöriggrupp. Upplevelsen är att det brukar ordna sig genom att smidigt be besökare begränsa sig och att de löser av varandra när de är många. ”De brukar ju i de allra flesta fall respektera det ganska bra tycker jag och att man försöker prata med dem och säga att de får lösa av varandra, turas om och komma hit” (Intervju 7).

Stundtals upplevs många besökare av intensivvårdssjuksköterskan som påfrestande. ”Då slutade det med att det stod 15 stycken anhöriga inne på en sal och det var väldigt jobbigt ... just att det var så jobbigt att det blev så många runt om patienten som man inte är van vid” (Intervju 4). Det kan kännas jobbigt, ovant och har lett till ohållbara situationer med påverkan på arbetsmiljö där upp till 150 personer kommit för att besöka patienten.

Intensivvårdssjuksköterskorna menar att familjecentrerade kulturer med stort antal besökare fordrar anpassning och att det kan upplevas jobbigt för både patienten, medpatienten samt andra anhöriga i allmänna utrymmen. Svårigheten ligger främst i intensivvårdens begränsade utrymmen med små anhörigrum. Vanligt är att närstående hänvisas till huvudentré eller korridor utanför avdelningen. Det i sig leder till mycket ring på entrédörren vilket ger

merarbete för personalen samt en upplevelse över bristande kontroll av besökare till avdelningen. Intensivvårdssjuksköterskorna upplever svårigheter att hinna begränsa antal besökare, något alla i studien ansågs vara nödvändigt.

Intensivvårdssjuksköterskorna menar att det är sjukvårdens uppgift att förhålla sig och lösa situationer med många besökare. Det beskrivs också hur närstående har insikt i att alla inte får plats, att det hindrar arbetet. Vanligt är att omgivande miljö och andra besökare anpassas utifrån situationer med många på salen där gränssättning sker främst för att skydda medpatient som är utlämnad och inte kan säga ifrån till antal besökare. Vidare miljöanpassar vårdpersonalen och placerar patienter med många närstående på enkelsal för att möjliggöra närvaro men även för att förhindra stökighet på salen. Reflektion över att detta orsakar skillnader i bemötande jämfört mot andra närstående skedde medan intensivvårdssjuksköterskorna hävdar likabehandling där samma policy gäller oavsett bakgrund.

Vidare beskrivs en konfliktrisk när många besöker patienten samtidigt då interna bråk ibland uppstår i gruppen relaterat till att de är så många. ”Men ofta tror jag att blir det bråk och så, så är det dem emellan, att de är för många” (Intervju 5). Konflikter hanteras från intensivvårdssjuksköterskornas sida initialt med samtal, fungerar inte det sker samarbete med vaktare för att ordna upp folksamlingar inne och utanför sjukhuset.

Intensivvårdssjuksköterskorna menar att svårigheterna med närstående från kulturer som har många besökare behöver lyftas och kommuniceras i personalgruppen. Vidare beskrivs situationer där för många närstående tillåts att vara på salen från början vilket sedan försvårat arbetet. Intensivvårdssjuksköterskorna önskar att begränsning skett direkt och istället hänvisat till huvudentrén. Intensivvårdssjuksköterskorna menar även att det är svårt att begränsa i efterhand. Vidare lyfts hur det inte känns rätt att neka någon att vara där.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Graneheim och Lundman (2004) belyser vikten av att välja rätt metod för ökad trovärdighet hos studien. Vidare menar Polit och Beck (2010) att flexibiliteten och strävan efter helheten hos den kvalitativa designen är att föredra när upplevelser står i fokus. Detta framför den

kvantitativa designens krav på interventionens mätbarhet. Således valdes därför kvalitativ design framför en kvantitativ design då det var intensivvårdssjuksköterskors berättelser om sina upplevelser av interaktionen som skulle belysas och inga interventioner skulle göras. Vi anser att studiens syfte besvarats med vald metod.

Ett strategiskt urval av deltagare gjordes då målgruppen var intensivvårdssjuksköterskor, inklusionskriteriet var minst ett års erfarenhet av specialistkompetensen. Detta för att deltagaren skulle ha erfarenhet av att möta närstående från olika kulturer inom intensivvården. Ett bekvämlighetsurval var således inte intressant då en specifik erfarenhet efterfrågades. Ytterligare inklusionskriterier ansågs inte nödvändiga för att få tillräcklig information om det som skulle undersökas. Graneheim och Lundman (2004) menar att ett urval av deltagare med varierande erfarenheter ökar möjligheten att belysa forskningsfrågan ur flera aspekter. Då deltagarna i studien arbetar vid två olika kliniker samt består av både män och kvinnor med varierande ålder, yrkeserfarenhet och kulturell bakgrund ökar studiens trovärdighet och överförbarhet (ibid.).

Det ideala är att intervjua tills mättnad uppstått eller tills ny information inte tillkommer (Trotter, 2012). Graneheim och Lundman (2004) påpekar att mängden som behöver insamlas för att besvara forskningsfrågan trovärdigt varierar beroende på fenomenets komplexitet och datans kvalitet. Vi utförde nio intervjuer och avslutade därefter datainsamlingen då insamlat material var omfångsrikt och samma sorts upplevelser återkom i flertalet av intervjuerna. Dock finns en medvetenhet om att ytterligare information kunnat erhållas om deltagarna varit fler, då det var personliga upplevelser som berättelserna bestod av. Enligt Kvale och Brinkman (2014) ligger ett brukligt deltagarantal i intervjustudier mellan 5-25 stycken. Vi vill ändå nämna att möjligheten till överförbarhet hos resultatet bör ifrågasättas då deltagarna var färre än tio trots liknande upplevelser och berättelser kring samma teman.

Intervjuformen som användes var semistrukturerade intervjuer med öppna frågor för att ge deltagarna möjlighet att svara fritt men ändå besvara syftet (Polit & Beck, 2010). Alla deltagare fick två förutbestämda frågor för att öppna upp för diskussion vilket gav breda berättelser. Att istället använda strukturerade intervjuer hade inneburit att deltagarna fått samma frågor vilket, om alla kunnat svara på alla frågor, hade givit större överförbarhet hos resultatet. Dock hade svaren då inte blivit lika nyanserade eller omfattande då det var upplevelser som undersöktes. Kvale och Brinkmann (2014) menar att olika intervjuares

känslighet och kunskap om ämnet kan leda till att olika svar erhålls från deltagarna även där samma intervjuguide har använts. Det får därför anses som en styrka hos studien att båda författarna deltagit vid alla intervjuer utom en som genomfördes självständigt av den ena författaren.

En gatekeeper är en person som har möjlighet att tillåta eller neka tillgång till de informationskällor forskaren behöver (Whicher, Miller, Dunham & Joffe, 2015). Då en gatekeeper valde ut deltagarna och bestämde tiden för intervjuerna vid den ena kliniken hindrade det deltagarnas möjlighet att själva påverka tidpunkten. Resultatet var att intervjuerna genomfördes i slutet av deltagarnas arbetspass. Det bör även lyftas hur användandet av en gatekeeper kan ha påverkat kvalitén hos intervjuerna. Whicher et. al. (2015) betonar hur en gatekeeper baserat på sin kunskap om deltagarna som utses behöver kunna identifiera fördelar och risker. Reflektion kring deltagarnas eventuellt bristande energi under intervjuerna bör därför göras. Vid den andra kliniken valdes tidpunkt för intervjun i samråd med deltagare och författare. En metod som troligen gav ökad chans för deltagarna att förbereda sig och få chans till eftertanke.

Processen informerat samtycke syftar till att värna deltagarna i studiens rätt till att själva bestämma över sitt deltagande. I denna process ingår att säkerställa deltagarnas vilja till att delta. I förlängningen innebär detta att deltagarna fått information om studien, fått betänketid för att fatta beslut samt ej känner sig påtvingade att acceptera ett deltagande (Kjellström, 2012). I direkt anslutning till inledande av samtliga intervjuer gavs åter information om studiens syfte och deltagarna gavs möjlighet att neka till att delta och information om möjlighet att avbryta närsomhelst under intervjuerna. På den avdelning där gatekeeper användes framkom det inför intervjuerna att en del av deltagarna ej hunnit läsa mail med information om studien. Risk för att de känt sig påtvingade till deltagande fanns därmed och vi valde därför att vara extra tydliga med att de inte behövde ställa upp om de inte ville. Alla uttryckte sig positivt inför att bli intervjuade.

Resultatet har analyserats enligt en manifest innehållsanalys för att få en övergripande bild av textens innehåll. Kodning och meningsbärande enheter avgör resultatets kvalité, att tillämpa en transparens i arbetsprocessen ökar giltigheten. Trovärdigheten ökar också med hur väl resultatet är kategoriserat och där relevant material inkluderats och inget medvetet exkluderats (Graneheim & Lundman, 2004) Det hade förvisso varit genomförbart att göra en latent

innehållsanalys då materialet fanns inspelat och transkriberat. Analysformen valdes bort på grund av den tidsbegränsning för studien som förelåg. Vi anser att den manifesta analysen besvarade syftet för studien på ett tillfredställande vis. En medvetenhet finns dock om att en latent analys hade gett en fördjupad förståelse för resultatet och eventuellt bidragit till ytterligare nyanser. Polit och Beck (2010) belyser vikten av att identifiera personliga bias, synsätt och antaganden i relation till en studies ämne. Graneheim och Lundman (2004) menar att det är en styrka med dialog mellan medforskare då verkligheten är subjektiv. Därmed menar vi att tillförlitligheten hos resultatet ökar då en stor del av analysen har skett gemensamt med diskussioner och reflektioner under processen. Smith och Noble (2014) menar att forskaren vid analyserandet av data lätt identifierar det som överensstämmer med den egna förförståelsen. Vi är medvetna om att egen förförståelse kan ha påverkat både intervjuer och resultatet av analysen. Vidare lyfts hur trovärdigheten hos studien ökar om läsaren ges möjlighet att tolka resultatet ur sin vinkel vilket möjliggörs genom en noggrann beskrivning av urval och analysarbete (Graneheim & Lundman, 2004).

Huruvida resultatet är överförbart till andra miljöer eller grupper är upp till läsaren av detta arbete att bedöma (Graneheim & Lundman, 2004). Då urval, syfte och metod är applicerbart i annan kontext anser vi som författare att resultatet är överförbart till andra intensivvårdskliniker.

## **Resultatdiskussion**

### **Intensivvårdssjuksköterskans kulturella kompetens**

Intensivvårdssjuksköterskorna i vår studie upplevde sig ha en kunskapsbrist och menade att de inte är insatta i andra kulturer. Vidare uttryckte de att de inte visste hur människor från andra kulturer bemöter sjuka och vad de närstående förväntar sig. Samtidigt uppgav en del att de på grund av intensivvårdskontexten och dess akuta arbetsmiljö inte ges utrymme att reflektera över kulturella behov, något som stöds av Hart och Mareno (2013) vars respondenter menar att det är svårt att hinna tillgodose närståendes kulturella behov samtidigt som fokus är att rädda patientens liv.

Oklarheter över när kulturella olikheter föreligger upplevdes av intensivvårdssjuksköterskorna i den här studien. Denna osäkerhet stämmer överens med bakgrundens nämnda osäkerhet hos sjuksköterskor om vad kulturell kompetens är (Cicolini et al. 2015). Dock menade de att de söker kulturell förståelse och får förvärvat kunskap ju längre de arbetar. Ett intresse och en



öppenhet för andra kulturer beskrevs. Å andra sidan uppgav intensivvårdssjuksköterskorna att de i första hand ser människan i mötet och inte reflekterar kring kultur då de anser människan vara viktigast utan vidare aspekter kring kulturell tillhörighet. Vi föreslår att interaktionen skulle kunna optimeras ytterligare om intensivvårdssjuksköterskan kombinerade det synsättet med vad Giger och Davidhizar (2002) skriver om att se varje människa som kulturellt unik sammansatt av tidigare erfarenheter, kulturella normer och uppfattningar. Dock med hänsyn till vad som påpekas av Jirwe, Gerrish och Emami (2010) – vikten av en balans mellan erkännandet av kulturella och individuella skillnader.

Att vårda någon från samma kulturella bakgrund som sin egen ansågs dock ha kända förväntningar. Vidare framkom ett kunskapsbehov med en vilja till utbildning i kulturell kunskap för att kunna optimera sitt bemötande. Tidigare studier i ämnet visar resultat där vårdpersonal efterlyser ett behov av kunskap och förståelse för andra kulturer men att behovet inte möts av arbetsgivarna (El-Amouri & O'Neill, 2011). Samma forskningsstudie visar att fortbildning för personalgruppen, förbättrad användning av tolk och ökad användning av multimediala resurser. Detta för att stödja kommunikationen. Vidare menar El-Amouri och O'Neill (2011) att workshops är den bästa metoden för att implementera träning i tvärkulturell kommunikation och för att tillhandahålla kulturellt kompetent omvårdnad.

Intensivvårdssjuksköterskorna i vår studie sade sig tillämpa likabehandling med ett icke-dömande och icke-värderande förhållningssätt med respekt för de närstående. Att uppträda professionellt, välinformerat, tillmötesgående och med en tillåtande attityd betonades. Det fanns en medvetenhet om att religion har en större betydelse i många andra länder än Sverige. Ett problemlösande förhållningssätt fanns där eventuella konfliktrisker istället sågs som lösbara situationer. Tidigare forskning visar också hur strategier tillämpas som syftar till att motverka diskriminering, ge rättvis bemötande samt att visa respekt för andra religioner (El-Amouri & O'Neill, 2011).

### **Kommunikation**

Resultatet i den här studien tyder på att språkförbistringar leder till bristande information och hinder i interaktionen vilket leder till missförstånd. Vidare upplevs en brist på tolkanvändning och hur kommunikationsproblem kan vara en källa till konflikt då missförstånd uppstår. Vidare framkommer att närstående kan upplevas misstänksamma mot vården vilket tolkades som beroende av den närståendes tidigare erfarenhet. Grant (2015) påvisar att

kommunikationssvårigheter kombinerat med att närstående får olika besked och information från olika professioner som talar ur sin specifika kompetens i teamet samt använder för sin kompetens specifik terminologi, leder till misstro och misstänksamhet då den närstående upplever sig få olika budskap. Detta kombinerat med komplexiteten i intensivvårdsmiljön som ytterligare spär på osäkerheten och oron.

Vi vill med ovanstående text belysa att det kan finnas flera orsaker till att närstående stundtals upplevs som misstänksamma mot vården, och att orsaken till eventuell misstänksamhet bör undersökas närmre. Detta för främjandet av goda möten och minska risken för konflikt. Grant (2015) menar att lösningen på kommunikationssvårigheter inom intensivvården i interaktion med närstående bygger på att intensivvårdssjuksköterskan är kulturellt kompetent, respektfull, en god kommunikatör samt lyssnare.

Resultatet i vår studie visar även hur intensivvårdssjuksköterskorna upplever maktlöshet och otrygghet när de inte kan ge tillräckligt med information till närstående. Resultatet stöds av Jirwe, Gerrish och Emami (2010) som i sin forskning beskriver hur sjuksköterskor upplever given omvårdnad och insatser som otillfredsställande i de fall där kommunikationen brister.

Vidare visar resultatet i vår studie hur närstående som trots att de informerats på ett språk som hen förstår, ändå inte tar budskapet till sig och uppvisar bristande copingstrategier, exempelvis i form av förnekelse. Høye och Severinsson (2010b) menar att stress påverkar möjligheten till coping och försämrar förmågan att ta till sig information. Här föreslår Grant (2015) att specialistsjuksköterskan reducerar valen för den närstående till ett minimum av medicinska och etiskt försvarbara beslut.

Intensivvårdssjuksköterskorna i vår studie lyfter värdet av tolkanvändning både tidigare och oftare under vårdtiden för främjandet av god kommunikation en möjlighet som används allt för sällan. Tidigare forskning stödjer detta där man menar att betydelsen av att använda tolk bör uppmärksammas och möjligheten att anlita tolk måste förenklas (El-Amouri & O'Neill, 2011). Intensivvårdssjuksköterskorna i den här studien belyste hur användandet av tolk möjligen kunnat förhindra att en del situationer förvärrats. Främst används tolk vid rond och läkarsamtal. Ett missnöje över att tolk bara finns tillgänglig under kontorstider samt i begränsade språk uppgavs också då det bidragit till att information till närstående fördröjts. Giger och Davidhizar (2002) poängterar att vid användandet av tolk hos exempelvis afghaner så måste tolken, oavsett om det är en familjemedlem eller en professionell, vara av samma

kön som patienten, särskilt om känslig information ska ges vilket innefattar dels gynekologisk information men även svåra sjukdomstillstånd som cancer eller AIDS. Vi vill med detta påpeka att det finns ytterligare en aspekt att beakta utöver att tolken har rätt språk.

Tidigare forskning visar hur närståendes vilja att förstå och bli förstådd upplevdes som utmanande både i interaktion med sin egen närstående, om denna är intuberad, men även med personalen (Høye & Severinsson, 2010b). Vidare litar närstående på intensivvårdssjuksköterskan som länk mellan sig och patienten (ibid.).

Intensivvårdssjuksköterskorna i vår studie berättar om hur närstående ofta används som tolk, särskilt när brådskande information måste insamlas om patienten. Tidigare forskning visar att det är vanligt att närstående får agera tolk (El-Amouri & O'Neill, 2011; Høye & Severinsson, 2010b). Intensivvårdssjuksköterskorna i vår studie upplever det dock inte som optimalt då risk för missförstånd finns. Tidigare forskning som berör närståendes interaktion med intensivvårdssjuksköterskan belyser hur närstående föredrar att en professionell medicinskt inriktad tolk anlitas när patienten inte själv kan föra sin talan (Høye och Severinsson (2010b). I annat fall kände den närstående en stolthet att kunna tolka. Översättningarna tycks dock få en kulturell prägel vilket kan innebära att den närstående inte tolkar allt som sägs inför patienten för att skydda denna (ibid.).

Intensivvårdssjuksköterskorna i vår studie lyfte även svårigheten med att använda närstående som tolk då denne på grund av egen krisreaktion har svårt att ta in given information och därmed ej kan förväntas tolka given information ordentligt. Detta stöds av Høye och Severinsson (2010b) som beskriver hur närstående i stressfyllda situationer hamnar i emotionella dilemman då de känner sig tvingade att tolka. Vidare föreslås att en professionell tolk ska komplettera anhörigtolken i den dagliga omvårdnaden (ibid.).

Vid språkförbistringar använder ibland intensivvårdssjuksköterskorna google translate som hjälpmedel. Även enkla block med översättningar på olika språk används. Tidigare forskning visar att visuella hjälpmedel och andra enkla översättningsstrategier är vanligt att tillämpa (El-Amouri & O'Neill, 2011).

Deltagarna i den här studien berättar hur kroppsspråk används som kommunikationsverktyg, där intensivvårdssjuksköterskorna använder gestikulering för att öka förståelse vilket även lyfts av El-Amouri och O'Neill (2011) samt Jirwe, Gerrish och Emami (2010). Vidare uppger

intensivvårdssjuksköterskorna i vår studie att de tolkar närståendes kroppsspråk för att avgöra om de förstått given information. Giger och Davidhizar (2002) belyser hur kroppsspråk, känslomässiga uttryck och gester kan ha kulturell prägling vilket bör beaktas. Vidare lyfter de att det är viktigt att ta hänsyn till det personliga utrymmet vid kommunikation.

### **Närstående**

Intensivvårdssjuksköterskorna i vår studie berättade om hur närstående upplevs ha ett annorlunda behov av information och närhet som kopplas till kultur. Hur olika förväntningar finns och att målet är att alla ska bli nöjda och få träffa patienten men att det kan vara svårt att uppnå en känsla av att ha tillfredsställt allas behov när språket utgör ett hinder. Høye och Severinsson (2010b) belyser hur närstående känner sig tryggare av att vara tillsammans på sjukhuset och hur familjebanden upplevs som starkare i kriser. Grant (2015) belyser vikten av att intensivvårdssjuksköterskan identifierar värdet i tydlig, konsekvent och ärlig kommunikation med närstående särskilt där konflikter uppstår mellan team och närstående men menar samtidigt att det krävs ansträngning. Vidare förslår Grant (2015) att ett interprofessionellt möte med närstående sker inom 3-5 dagar och sedan kontinuerligt med korta intervaller för att främja kommunikation, tydliggöra målet med vården samt att underlätta beslutsfattande kring att starta eller avsluta livsuppehållande åtgärder. Tidigare forskning visar även att kommunikation med närstående måste vara en pågående process, inte endast ske vid enstaka tillfällen (ibid.). Grant (2015) föreslår även att närstående får broschyrer kring teamet och intensivvårdsmiljön, något intensivvårdssjuksköterskorna i vår studie belyser genom berättelser om hur de förklarar kulturen på intensivvårdsavdelningen. Vidare menar intensivvårdssjuksköterskorna att de inte kan stänga någon ute och att de har en förståelse för att närstående inte vill lämna patienten. Grant (2015) beskriver även hur intensivvårdssjuksköterskor som uppvisar medmänsklighet men är tydliga i sitt bemötande uppskattas av närstående.

Intensivvårdssjuksköterskorna i vår studie berättade hur en dysfunktionell familjedynamik kan påverka interaktionen om närstående inte kommer överens med varandra eller inbördes har olika kulturella bakgrunder. Grant (2015) menar att språkförbistringar kombinerat med att närstående ofta lider av ångest och sömnbrist försämrar en redan dålig dynamik ytterligare. Situationer kan ytterligare försvåras om patienten är familjens matriark/patriark och normalt är beslutsfattare för familjen. Familjen blir således oorganiserad när de istället måste fatta beslut som grupp.

I vår studie framkommer hur olika utbildningsnivåer påverkar interaktionen med närstående. Vilket kan leda både till missförstånd och konflikter. Tidigare forskning belyser hur närstående har bristande kunskap i vad som är bäst för patienten och agerar tvärtemot vad som är hälsosamt och rent av farligt då de inte har insikt i hur sjukdomen fungerar. Som exempel lyfts hur diabetiker med hyperglykemi fått stora mängder mat av närstående (Dellenborg, Skott & Jakobsson, 2012).

Grant (2015) menar att de närmsta familjemedlemmarna ofta har en mer realistisk syn på den sjukets tillstånd medan tillresta släktingar kan ha orealistiska förväntningar som baseras på när de senast träffade sin närstående.

Resultatet i den här studien tyder på att närstående från andra kulturer inte alltid förstår hjärndödsbegreppet och vad det innebär. Det i sin tur leder till att konflikter ibland uppstår mellan intensivvårdssjuksköterskan och de närstående som inte vill eller kan ta till sig information. Grant (2015) belyser att dödsfall på intensivvården ofta är relaterade till att beslut om att avsluta behandling tagits. Då patienten själv oftast inte kan medverka vid besluten faller bördan på de närstående. Høye och Severinsson (2010b) skriver hur närstående som varit involverade i omvårdnaden upplevde det som extra svårt när beslut om avslutande av behandling togs. Vikten av kommunikation kan inte nog understrykas här menar Grant (2015). Intensivvårdssjuksköterskorna i vår studie berättade även att bristande kunskap hos närstående samt kulturella övertygelser kring liv och död spelar in vid förståelse av hjärndödsbegreppet. Vilket stöds av Grant (2015) som menar att dålig kunskap kring hälsa påverkar. Grant (2015) visar även på att det finns förväntningar kring liv och död, att livet ses som heligt oavsett omständigheter och hur vårdpersonal och närstående inte alltid är överens och hur intensivvårdssjuksköterskan förhandlar med närstående i dessa frågor där de närståendes uppfattning och vårdpersonalens hamnar i konflikt.

Intensivvårdssjuksköterskorna i den här studien lyfter vikten av teamarbete och kommunikation för att främja interaktionen med närstående. Ett behov av etiska reflektioner framkommer också hos intensivvårdssjuksköterskorna. Tidigare forskning belyser utmaningen i en god teamkommunikation där kommunikation mellan intensivvårdsteamet, kommunikation mellan familjemedlemmar och teamet, samt hur utmaningar mellan familjemedlemmar försvårar situationen (Grant, 2015). Vanligaste orsaken till konflikt enligt tidigare forskning är när kommunikation brister mellan intensivvårdssjuksköterskan och

läkaren (ibid.). Resultatet i den här studien visar även hur läkarens tillbakahållande av information till närstående när patienten var döende upplevts negativt. Grant (2015) menar att den största orsaken till att intensivvårdssjuksköterskor upplever moralisk stress är när de fastnar mellan viljan att informera närstående för att lätta deras oro och läkarens ovilja att dela med sig av den typen av information. Som nämnts i bakgrunden så är närvaro och lyssnande underlättande för närstående i kris (Fröjd, Larsson & Wallin, 2012; Wong et al., 2015).

Vidare beskriver intensivvårdssjuksköterskorna i den här studien krisreaktioner vid sorg, som ibland tar sig dramatiska uttryck och att det kan vara relativt vanligt i andra kulturer att skrika och gråta. Intensivvårdssjuksköterskan reflekterar över om det kan finnas en sundhet i att få leva ut sin sorg istället för att uppträda samlat, vilket är normen inom jämförelsevis den svenska kulturen. Förhållningssättet som beskrivs vid kraftfulla krisreaktioner är att låta de närstående vara ifred. Dock finns en konstant beredskap att kliva in vid behov.

Intensivvårdssjuksköterskorna berättade om små utrymmen. Vi vill därför lyfta möjligheten till lokaler avsedda för dessa ändamål. Detta då man i nuläget miljöanpassar vilket kanske inte alltid är möjligt och där risk finns att det blir negativt för andra inklusive de närstående som för tillfället vistas på avdelningen.

Intensivvårdssjuksköterskorna i vår studie berättar vidare att det funnits situationer som varit så krävande mentalt även för vårdgivaren, att det upplevts mycket traumatiskt och påfrestande. Grant (2015) föreslår att då specialistsjuksköterskan är bäst rustad att interagera med närstående i situationer som dessa då de har större erfarenhet av att vara nära och vårda intensivvårdspatienter och närstående så bör hen ta huvudansvaret. Med hänvisning till Grants uttalande föreslår därför vi att mer handledning i dessa situationer är av yttersta vikt, detta för att värna och stötta intensivvårdssjuksköterskan från att ta arbetet med sig hem.

Intensivvårdssjuksköterskorna i vår studie menar att man tar hjälp av andra professioner i de fall teamet inte räcker till. Detta stöds av Grant (2015) som lyfter värdet av att oftare än sällan ta hjälp av kurator och trossamfund för stöd.

### **Närståendes närvaro**

Intensivvårdssjuksköterskorna i den här studien lyfte att många besökare är vanligt förekommande hos patienter från olika kulturer. Situationer som kan vara påfrestande för intensivvårdssjuksköterskan men som oftast upplevs hanterbara genom samarbete och anpassning. Dels från avdelningens sida men även i samarbete med närstående. Dock lyfts

situationer där intensivvårdssjuksköterskan upplever att arbetet blir stört av närståendes närvaro.

Resultatet i den här studien visar dock att närstående är medvetna om att de kan uppfattas som störande, något som stöds av tidigare forskning där närstående uttryckt en medvetenhet kring att avdelningen har regler som måste följas, där den närstående egentligen vill sova över, eller stanna längre än vad som är tillåtet men att man vet att det inte går (Cioffi, 2006).

Intensivvårdssjuksköterskorna i den här studien uppgav att man vill ge möjlighet till alla besökare att få komma men att det funnits situationer som urartat då man begränsat antalet för sent. Dellenborg, Skott och Jakobsson (2012) beskriver hur närstående kan vara många och krävande. Intensivvårdssjuksköterskorna i vår studie berättar att om en situation blir övermäktig tar man hjälp av vaktare men att det inte är första hands alternativet.

Kommunikation och samarbete nämns även som strategier som fungerar bra där ömsesidig respekt allt som oftast uppnås. Vidare beskriver intensivvårdssjuksköterskorna att det för närstående är en plikt att vara hos sin sjuka närstående så mycket som möjligt, något som dessutom är en innerlig önskan att så få vara. Intensivvårdssjuksköterskan lyfter även att den närstående vill hjälpa till bedside i omvårdnadsarbetet. Detta överensstämmer med i bakgrunden nämnd forskning om inbjudande interaktion, där intensivvårdssjuksköterskan ser de närstående som en naturlig del av omvårdnaden vilket skapar goda relationer (Söderström, Benzein & Saveman, 2003). Tidigare forskning beskriver hur närstående har en syn att alla ska arbeta tillsammans (Dellenborg et al., 2012). Vilket ytterligare stödjer tesen om inbjudande interaktion. Den närstående ser det även som sin roll att fungera som tolk och patienten känner sig trygg med att ha en närstående på plats hela tiden som kan tolka (ibid).

## **Slutsats**

Kommunikationens påverkan på interaktionen med närstående genomsyrar alla aspekter av interaktionen. Den här studien antyder att det finns ett önskat kunskapsbehov hos intensivvårdssjuksköterskor för att optimera bemötandet gentemot närstående från olika kulturer.

## **Klinisk betydelse**

Närstående utgör en stor del av både intensivvårdssjuksköterskans arbetsdag och arbetsmiljö. Studien belyser områden som antyder att det finns ett behov hos intensivvårdssjuksköterskor av utbildning i kulturell kompetens inom kliniken samt ett ökat användande av yttre resurser

så som tolk. Sverige har framöver ett stort integrationsbehov därför kan författarna till den här studien inte se att behovet är något som kommer att minska, snarare tvärtom.

### **Förslag på vidare forskning**

Förslag på vidare forskning är genomförandet av ett pilotprojekt där intensivvårdssjuksköterskan tidigt under vårdförloppet kallar till ett interprofessionellt nätverksmöte inom 3-5 dagar med närvaro av tolk, där ett språkrör för familjen utses. Mötet upprepas kontinuerligt var 3-5 dag under resterande vårdtid. Detta för familjer där ingen eller ett fåtal talar svenska. Här bör även tydligt framgå vem som är patientansvarig sjuksköterska samt läkare. Detta för att förhoppningsvis skapa trygghet för närstående, samt skapa förtroende för vården och minska risken för konflikt.

Värt att betänka är att även om intensivvårdssjuksköterskorna i den här studien generellt har en positiv inställning och inte identifierar sin bristande kulturella kompetens som något som påverkar den vård de ger, så berättar studien ingenting om hur den närstående upplever interaktionen med intensivvårdssjuksköterskan. Det kan vara värt att ta med sig.



## REFERENSER

Andrews, M.M. (1999). Foundations of transcultural nursing care. In B. M.M Andrews, & S. Boyle (Eds.), *Transcultural concepts in nursing care*. (3rd ed.), (pp. 3-22). Philadelphia: Lippincott.

Andrews, M.M., & Herberg, P. (1999). Transcultural nursing care. In B. M.M Andrews, & S. Boyle (Eds.), *Transcultural concepts in nursing care*. (3rd ed.), (pp. 23-84). Philadelphia:Lippincott.

Al-Mutair, A.S., Plummer, V., Clerehan, R., & O'Brien, A. (2014). Needs and experiences of intensive care patients' families: A Saudi qualitative study. *Nursing In Critical Care, 19*(3), 135-144. doi:10.1111/nicc.12040

Cicolini, G., Della Pelle, C., Comparcini, D., Tomietto, M., Caerrati, F., Schim, M.S., Di Giovanni, P., & Simonetti, V. (2015). Cultural Competence Among Italian Nurses: A Multicentric Survey. *Journal of Nursing Scholarship, 47* (6), 536- 543. doi: 10.1111/jnu.12165

Cioffi, J. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: Nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies, 40*(3), 299-306.

Cioffi, J. (2005). Nurses' experiences of caring for culturally diverse patients in an acute care setting. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession, 20*(1), 78-86. doi: <http://dx.doi.org/10.5172/conu.20.1.78>

Cioffi, J. (2006). Culturally diverse family members and their hospitalised relatives in acute care wards: a qualitative study. *Australian Journal of Advanced Nursing, The 4*(1), 15.

Cortis, J. D. (2004). Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing, 48*(1), 51-58. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03168.x

Crowley. J.C., Guest, K., & Sudler, K. (2015). Cultural Competence Needed to Distinguish Disorder from Difference: Beyond Kumbaya. *Perspectives on Communication Disorders & Sciences in Culturally & Linguistically Diverse (CLD) Populations, 22*(2), 64-76. doi:10.1044/cds22.2.64

- Da Silva Ramos, F. J., Fumis, R. R. L., Azevedo, L. C. P., & Schettino, G. (2013). Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Annals of Intensive Care*, 3(34). <http://doi.org/10.1186/2110-5820-3-34>
- Danielsson, E. (2012a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s.163-174). Lund: Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2012b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s.329-343). Lund: Studentlitteratur.
- Declaration of Helsinki (2014). Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 28 Januari, 2016, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- 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
- Dychawy Rosner, I (2012). Aktionsforskning och fallstudier. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso - och sjukvård* (s.27 -42). Lund: Studentlitteratur.
- El-Amouri, S., & O'Neill, S. (2011). Supporting cross-cultural communication and culturally competent care in the linguistically and culturally diverse hospital settings of UAE. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 39(2), 240-255.
- Fröjd, C., Larsson, I-M., & Wallin, E. (2012). Omvårdnad av intensivvårdspatienter. I A. Larsson & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård* (s. 732-742). Stockholm: Liber.
- Gibson, V., Plowright, C., Collins, T., Dawson, D., Evans, S., Gibb, P., ... Sturmeay, G. (2012). Position statement on visiting in adult critical care units in the UK. *Nursing In Critical Care*, 17(4), 213-218. doi:10.1111/j.1478-5153.2012.00513.x
- Giger, J., & Davidhizar, R. (2002). Culturally competent care: emphasis on understanding the people of Afghanistan, Afghanistan Americans, and Islamic culture and religion. *International nursing review*, 49(2), 79-86.

- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Grant, M. (2015). Resolving Communication Challenges in the Intensive Care Unit. *AACN Advanced Critical Care*, 26(2), 123-130. doi:10.1097/NCI.0000000000000076
- Hart, P.L., & Mareno, N. (2013). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(15/16), 2223-2233. doi:10.1111/jocn.12500
- Hendson, L., Reis.D.M., & Nicholas. B.D. (2014). Health care providers' perspectives of providing culturally competent care in the NICU. *JOGNN: Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(1), 17-27 11p. doi:10.1111/1552-6909.12524
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s.129-137). Lund: Studentlitteratur.
- Høye, S., & Severinsson, E. (2008). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(6), 338-348.
- Høye, S., & Severinsson, E. (2010a). 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
- Høye, S., & Severinsson, E. (2010b). Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: A hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(1), 24-32. doi:10.1016/j.iccn.2009.10.003
- Jirwe, M. (2008). Cultural competence in nursing. (Doctoral dissertation, Karolinska Institutet, Department of neurobiology, care sciences and society, division of nursing). Från <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/39797/thesis.pdf?sequence=1>
- Jirwe, M., Gerrish, K., Keeney, S., & Emami, A. (2009). Identifying the core components of cultural competence: Findings from a Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2622-2634. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02734.x

- Jirwe, M., Gerrish, K., & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 24(3), 436-444. Doi: 10.1111/j.1471-6712-2009-00733.x
- Khalaila, R. (2013). Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1172-1182. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06109.x
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s.69-92). Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys . I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso - och sjukvård* (s.27 - 42). Lund: Studentlitteratur. (s. 187-201).
- McFarland, M.R. (2010). Culture care theory of diversity and universality. In B. M. Alligood, & A. Marriner-Tomey (Eds.), *Nursing theorists and their work*. (7th ed.), (pp. 454-479). Maryland Heights, Missouri: Mosby Elsevier.
- Nielsen, B., & Birkelund, R. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system - A qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 431-437.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (7:th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Quickfall, J. (2014) Cultural competence in practice: The example of the community nursing care of asylum applicants in Scotland. *Diversity & Equality in Health and Care*, 11(3/4), 247-253.
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård*. Hämtad 22 januari, 2016, från Riksföreningen för anestesi och intensivvård, [http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning\\_intensivvard.pdf](http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf)

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 28 januari, 2016, från Riksdagen,

[https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning\\_sfs-2003-460/](https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/)

Smith, J., & Noble, H. (2014). Bias in research. *Evidence Based Nursing*, 17(4), 100-101. doi:10.1136/eb-2014-101946

Söderström, I., Benzein, E., & Saveman, B. (2003). Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 185-192.

Trotter, R.T. II. (2012). Qualitative research sample design and sample size: Resolving and unresolved issues and inferential imperatives. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted To Practice And Theory*, 55(5), 398-400. doi:10.1016/j.ypped.2012.07.003

Whicher, D.M., Miller, J.E., Dunham, K.M., & Joffe, S. (2015). Gatekeepers for pragmatic clinical trials. *Clinical Trials*, 12(5), 442-448. doi:10.1177/1740774515597699

Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2015). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(1), 51-63. doi:10.1016/j.iccn.2014.06.005



## **BILAGOR**

Bilaga 1 Förfrågan angående genomförande av vetenskaplig studie

Bilaga 2 Deltagarinformation

Bilaga 3 Intervjuguide

Till verksamhetschefen vid  
.....

## 1. Förfrågan angående genomförande av mindre vetenskaplig studie.

Vi, Linda Engman och Susan Salman är specialistsjuksköterskestudenter och studerar vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete (Magisteruppsats) inom huvudämnet omvårdnadsvetenskap i form av en uppsats på 15 högskolepoäng. Vi avser att genomföra en studie inom ramen för examensarbetet. Preliminärt namn på studien är:

Studiens övergripande forskningsfråga är: att undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av interaktionen med närstående från olika kulturer.

Datansamlingen kommer att ske med hjälp av enskilda intervjuer och vi planerar att utföra 2-3 intervjuer om ca 60min. Intervjuerna kommer genomföras under deltagarnas arbetstid. I urvalet inkluderas intensivvårdssjuksköterskor som arbetat minst 1 år. Intervjuerna kommer att spelas in för att sedan transkriberas. Därefter analyseras materialet med innehållsanalys och presenteras i form av en uppsats. Efter avslutad transkribering så raderas inspelningarna efter avslutad transkribering och texterna kommer att vara avidentifierad och förvaras på säker plats från obehöriga.

Tidsplan: Datansamlingen planeras starta 2016-03-07 och vara avslutad 2016-03-18.

Vi förbinder oss att skriftligt och muntligt informera personal i berörda verksamheter. Vidare förbinder vi oss att handskas konfidentiellt med insamlad data. Från samtliga kontaktade patienter alternativt personal inhämtas informerat samtycke inför deltagande i undersökningen. I görligaste mån kommer uppgifter från de undersökta patienterna av vara avidentifierade. Alla resultat kommer att redovisas så att personer och enheter ej kan identifieras. Resultaten i studien kommer att återrapporteras till berörda enheter.

Vi ansöker härmed om att få genomföra den ovan beskrivna undersökningen vid avdelning XXX vid XXXXXXXX-kliniken.

Stockholm 2016-02-15

Studentens signatur  
Namnförtydligande Linda Engman

Studentens signatur  
Namnförtydligande Susan Salman

Handledares signatur  
Namnförtydligande  
Mail-adress

Vo chef signatur  
Namnförtydligande  
Mail-adress

Röda Korsets Högskola  
Box 55 676  
102 15 Stockholm  
Tel. 08 58751600



## 2. Deltagarinformation

Vi, Linda Engman och Susan Salman är studenter på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot intensivvård vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudämnet i form av en uppsats om 15 högskolepoäng.

Vi avser att genomföra en undersökning inom ramen för examensarbetet.

Preliminärt namn på studien är: Intensivvårdssjuksköterskans möte med närstående från olika kulturer.

Området vi önskar studera är kulturell kompetens och intensivvårdssjuksköterskans möte med närstående från olika kulturer. Kulturell kompetens handlar om förmågan att vårda människan och ta dennes kulturella bakgrund i beaktande i kontexten av omvårdnad. Med kultur avses även grupperingar och subkulturer i samhället.

Vi vill därför tillfråga dig om att delta i en intervjuundersökning angående dina upplevelser av interaktionen med närstående från olika kulturer.

Inför intervjun ombeds du förbereda en tanke angående ett möte med ett dilemma/en utmaning där du hittat strategier för att forma ett bra möte med närstående från olika kulturer.

Intervjun tar ca 60 minuter att genomföra

Dina svar kommer att behandlas med konfidentialitet och redovisas i en form där inga enskilda deltagares svar kan identifieras.

Intervjun kommer att spelas in för att sedan kunna transkriberas, där inspelningen raderas efter avslutad transkribering och texterna kommer att vara avidentifierad och förvaras på säker plats från obehöriga.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande. Om du väljer att inte delta eller om du beslutar dig för att avbryta kommer detta inte att ifrågasättas.

Resultaten i denna undersökning kommer att ge ökad kunskap som kan bidra till ett förbättrat patient och närstående omhändertagande.

Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning kan du vända dig till oss (se nedan).

Studentens namn: Linda Engman

E-post:

Studentens namn: Susan Salman

E-post

Handledare: Mai Leander

E-post

Röda Korsets Högskola

Box 55 676

102 15 Stockholm

Tel. 08 58751600

### **3. Intervjuguide**

Inledande fråga:

Kan du börja med att berätta lite om dig själv, hur länge du arbetat som intensivvårdssjuksköterska, var du har varit och sådär?

Huvudfrågor

Kan du berätta om hur du generellt upplever du mötet med närstående från olika kulturer?

Kan du berätta om en situation där mötet varit mera komplext?

Följdfrågor

Hur menar du då?

Hur gör du.....

På vilket sätt....

Kan du utveckla lite mer.....

Har du något exempel.....

Var det någonting du hade kunnat göra annorlunda?

Hur påverkade det dig?

Fanns det andra/ytterligare faktorer – underlättande eller försvårande?

Stödfrågor

Upplever du någonting positivt med att möta närstående från olika kulturer?

Finns det någonting som kan komplicera mötet med närstående från olika kulturer?

Upplever du att det finns någonting särskilt i intensivvårdssmiljön som kan försvåra mötet?