



EXAMENSARBETE

Våren 2012

Sektionen för hälsa och samhälle

Faktorer av betydelse vid transkulturell omvårdnad

Författare

Mia Granborg

Veronica Svensson

Handledare

Lena Wierup

Examinator

Ann-Christin Janlöv

Faktorer av betydelse vid transkulturell omvårdnad

Författare: Mia Granborg och Veronica Svensson

Handledare: Lena Wierup

Litteraturstudie

Datum: 2012-06-24

Sammanfattning

Bakgrund: Sverige är ett mångkulturellt land där 14,7 % av befolkningen består av utrikes födda personer. Människor från andra kulturer kan ha olika tankar och behov som kan resultera i att de har andra förväntningar och beteenden än vad sjuksköterskor vanligtvis möter. Språk- och kulturskillnader kan skapa problem i omvårdnaden. **Syfte:** Att utifrån sjuksköterskors erfarenheter beskriva faktorer av betydelse vid transkulturell omvårdnad inom somatisk vård. **Metod:** Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie baserad på 12 vetenskapliga, empiriska studier som kvalitetsgranskades och analyserades. **Resultat:** Faktorer som framträdde vara av betydelse vid transkulturell omvårdnad var svårigheter i kommunikation, kulturellt baserade beteenden och anhörigas delaktighet. **Diskussion:** Svårigheter i kommunikationen ansågs vara av betydelse för patienternas delaktighet i omvårdnaden. Sjuksköterskors brist på förståelse för kulturellt baserade beteenden hos patienter och anhöriga ansågs medföra svårigheter i att ge holistisk och individualiserad omvårdnad. Anhörigas delaktighet i omvårdnaden ansågs utgöra en funktion som kan gynna alla parter; sjuksköterskor, patienter och anhöriga. **Slutsats:** För att vid svårigheter i kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter kunna göra patienterna delaktiga i omvårdnaden, samt möjliggöra holistisk och individualiserad omvårdnad till patienter med annan kulturell bakgrund, är de anhörigas delaktighet, kommunikationshjälpmedel samt sjuksköterskors kulturella kompetens av betydelse.

Nyckelord: Transkulturell omvårdnad, kommunikation, kultur, delaktighet, sjuksköterska

Factors of importance in transcultural nursing

Author: Mia Granborg and Veronica Svensson

Supervisor: Lena Wierup

Literature review

Date: 2012-06-24

Abstract

Background: Sweden is a multicultural country where 14,7 % of the population consists of foreign born persons. People from other cultures can have different thoughts and needs that can result in that they have different expectations and behaviours than nurses usually meet. Differences in language and culture can generate problems in the nursing care. **Aim:** By nurses' experiences describe factors of importance in transcultural nursing in somatic care. **Method:** The study was conducted as a literature review based on 12 scientific, empirical studies which were quality assessed and analyzed. **Results:** Factors that appeared to be of importance in transcultural nursing were difficulties in communication, culturally based behaviours and relatives' participation. **Discussion:** Difficulties in communication were considered of importance to the patients' participation in the nursing care. Nurses' lack of understanding patients' and relatives' culturally based behaviours were considered to cause difficulties in delivering holistic and individualistic nursing care. Relatives' participation in the nursing care was considered to represent a function that can favour all parties; nurses, patients and relatives. **Conclusion:** To be able to make patients a part of the nursing care when communication difficulties exist, and to enable holistic and individualistic nursing care to patients with other cultural background, the relatives' participation, communication tools and nurses' cultural competence is of importance.

Keywords: Transcultural nursing, communication, culture, participation, nurse

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	7
METOD	7
Design	7
Urval.....	8
Datainsamling	8
Genomförande och analys.....	9
RESULTAT	11
Svårigheter i kommunikation.....	11
Kulturellt baserade beteenden.....	15
Anhörigas delaktighet	18
DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion.....	22
Slutsats	28
REFERENSER	29

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Modifierad granskningsmall för kvalitativa artiklar

Bilaga 4 Modifierad granskningsmall för kvantitativa artiklar

BAKGRUND

Sjuksköterskor möter i sitt arbete människor från olika kulturer med olika språk, nivåer av integration, socioekonomisk status och unika sätt att betrakta och hantera sjukdomar (Ahmadi 2008; Helman 2007). Människor från andra kulturer kan ha olika värderingar och behov som kan resultera i att de har andra förväntningar och beteenden än vad sjuksköterskor vanligtvis möter. Förväntningarna och beteenden beror bland annat på uppfostran, personliga erfarenheter, psykologisk läggning och kulturell bakgrund (Hanssen 2007; Helman 2007).

Begreppet kultur har definierats av antropologer och sociologer genom tiderna (Helman 2007). Leininger (2002) definierar kultur som inlärd, delad och överförd värderingar, tro, normer och livsstilar hos en särskild grupp som vägleder deras tankesätt, besluttande och handlingar. En annan definition av kultur beskrivs av Papadopoulos (2006) som en grupp människors sätt att leva och omfattar gruppmedlemmarnas övertygelser, normer, värderingar, tro, idéer, språk och kommunikation. Det handlar även om att livsstil, identitet och relation till andra såväl inom den kulturella gruppen samt utanför den påverkas av kulturen.

Sverige är ett mångkulturellt land där 14,7 % av den totala befolkningen består av utrikes födda personer. Under år 2010 immigrerade totalt 98801 människor till landet (SCB 2011). Lagen (SFS 1982:763) uttrycker att vården ska vara individualiserad och bygga på respekt för varje individs autonomi och integritet samt att den ska ges på lika villkor oavsett ras, religion eller politisk åsikt. I en svensk studie (Wiking, Saleh-Stattn, Johansson, Sundquist 2009) visade det sig att patienter med annan kulturell bakgrund kände förtroende för sjukvården. Det framkom dock att skillnader i språk och kultur kunde skapa problem. Kommunikationssvårigheter och meningsskiljaktigheter mellan patienter och vårdpersonal visade sig kunde leda till felbehandlingar. Liknande resultat framkom även i en holländsk studie (Suurmond, Uiters, C de Bruijne, Stronks & Essink-Bot 2011). Det visade sig att patienter med annan kulturell bakgrund upplevde att vårdpersonal misstrodde och inte förstod dem på grund av brister i kommunikationen. Patienter upplevde sig även diskriminerade av vårdpersonal. De

kände att de fick otillräcklig information och blev nonchalant bemötta. I en engelsk studie (Cortis 2000) beskrev patienter med annan kulturell bakgrund liknande upplevelser av bristande bemötande från vårdpersonal.

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (International Council of Nurses 2005) föreligger det naturligt i vården respekt för mänskliga rättigheter, kulturella rättigheter, rätten till liv och till värdighet samt rätt till att behandlas med respekt. Omvårdnaden är respektfull och begränsas inte av trosuppfattning, kultur, funktionsnedsättning, ålder, hudfärg eller nationalitet, politisk åsikt, etnisk tillhörighet, social status, sjukdom, kön eller sexuell läggning. De fyra ansvarsområdena för sjuksköterskor är att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande.

För att bemöta och vårda patienter med olika kulturella bakgrunder krävs ytterligare kompetens hos sjuksköterskor; kulturell kompetens (Leininger 2002). Kulturell kompetens innebär förmåga att identifiera, erkänna och respektera skillnader mellan patienters värderingar, förväntningar och erfarenheter (Maier-Lorentz 2008; Ahmadi 2008). Kulturell kunskap utgör en del i den kulturella kompetensen och innebär att eftersöka och införskaffa sig en pålitlig kunskapsgrund om olika kulturer som kan underlätta förståelse för kulturellt baserade beteenden (Campinha-Bacote 2002). Kulturell kompetens är en process för att uppnå förmåga att arbeta effektivt med patienter i en kulturell mångfald samt att vårda patienterna med medvetenhet om denna mångfald. En sjuksköterska med kulturell kompetens har kunskapsgrund och färdigheter i transkulturell omvårdnad såväl som personlig och professionell respekt för personer från andra kulturer (Leininger 2002).

Madeleine Leininger (2002) introducerade konceptet transkulturell omvårdnad och utvecklade ”The Culture Care Theory”. Syftet med teorin och innebörden av transkulturell omvårdnad är att upptäcka och förklara kulturellt baserade omvårdnadsfaktorer som påverkar hälsa, välmående, sjukdom och död hos individer eller grupper. Med transkulturell omvårdnad menas även att vårda över kulturgränser genom att det uppstår och upprätthålls en professionell relation mellan kulturer samt att

respekt för skillnader och likheter i kulturella värderingar, tro och vanor föreligger (Leininger 1995; Leininger 2002).

Leininger önskade med sin teori att öka sjuksköterskors medvetenhet om patienters kultur. Syftet med teorin är att utveckla förmåga att ge kulturellt förenlig, säker och meningsfull omvårdnad till patienter med olik eller lik kulturell bakgrund som sjuksköterskorna (Leininger 2002). Med kunskap om och förståelse för faktorer av betydelse vid transkulturell omvårdnad kan det bli möjligt för sjuksköterskor att ge effektiv, adekvat och individualiserad omvårdnad till patienter med annan kulturell bakgrund (Maier-Lorentz 2008). Det kan därför anses angeläget att studera området transkulturell omvårdnad för att med kunskaperna utveckla den egna framtida professionen och verksamheten (Axelsson 2008).

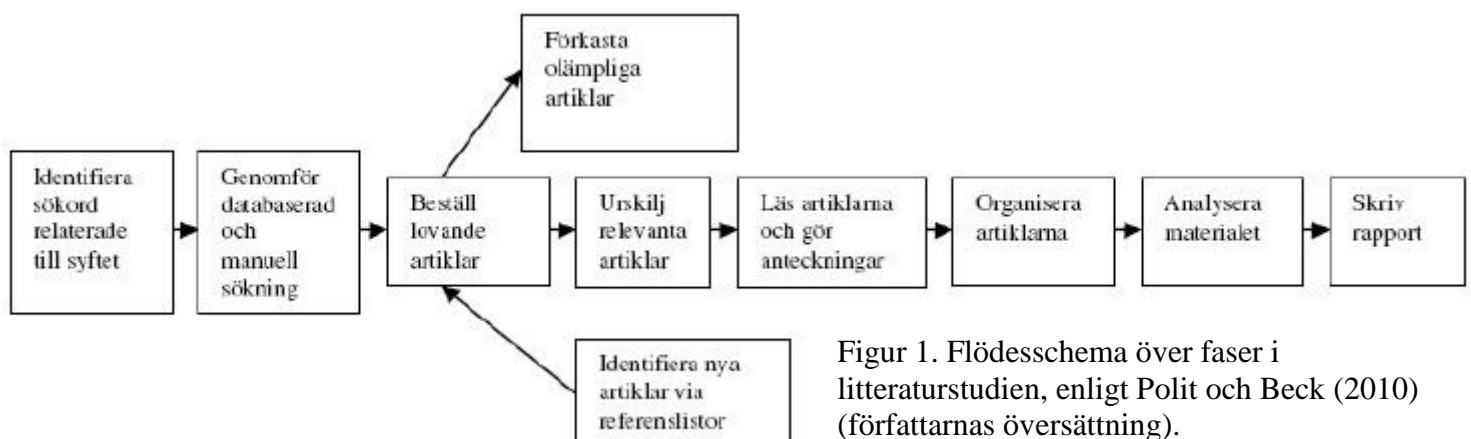
SYFTE

Syftet var att utifrån sjuksköterskors erfarenheter beskriva faktorer av betydelse vid transkulturell omvårdnad inom somatisk vård.

METOD

Design

Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie (overview) (Forsberg & Wengström 2003) enligt Polit och Becks (2010) flödesschema. Den allmänna litteraturstudien gjordes i syfte att skapa en översikt av forskningsresultat baserat på vetenskapliga, empiriska studier inom det specifika kunskapsområdet (Friberg 2006).



Figur 1. Flödesschema över faser i litteraturstudien, enligt Polit och Beck (2010) (författarnas översättning).

Urval

Inklusionskriterier var studier skrivna på engelska eller svenska. För att materialet skulle vara aktuellt var studierna publicerade mellan år 2000 och år 2012. Studier med både kvalitativ och kvantitativ ansats inkluderades. Studierna var Peer Reviewed, vilket innebär att det vetenskapliga innehållet har granskats av minst två forskare som är experter inom det specifika kunskapsområdet och som därmed har godkänt artiklarna att publiceras i vetenskaplig tidskrift (Polit & Beck 2010). Studierna avgränsades till att handla om sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med vuxna patienter, över 18 år, med olika kulturella bakgrunder inom somatisk vård. I studierna skulle det framgå att godkännande från etisk kommitté erhållits och/eller att etiska principer hade tillämpats i forskningen för att skydda informanterna (Stryhn 2007). Review-studier exkluderades då de betraktas som sekundärkällor (Axelsson 2008).

Datainsamling

Vid datainsamling tillämpades systematisk informationssökning i databaser (Östlundh 2006). Databaserna EBSCO/Academic Search Elite, ERIC, Cinahl, PubMed, SveMed+ och ScienceDirect användes för datainsamling. Utifrån syftet identifierades sökorden *nurse*, *patient*, *immigrant*, *migrant*, *care*, *cultural care*, *transcultural care*, *communication*, *culture*, *cultural difference*, *multicultural*, *cross-cultural*, *cultural background*, *experience* och *perspective*. I PubMed användes MeSH-termerna *transcultural nursing* och *nurse-patient relations* och i Cinahl användes *transcultural nursing* som nyckelord. Olika kombinationer av sökorden gjordes i syfte att medföra hanterbara utfall. Somliga kombinationer gav omfattande antal träffar vilket betydde att ytterligare precision krävdes för att erhålla utfall som svarade på syftet. Andra kombinationer gav inte något sökresultat alls. De booleska sökoperatorerna AND, OR och NOT användes för att begränsa sökningarna till att studierna skulle svara på syftet samt att samtidigt begränsa till hanterbara utfall. Trunkeringar användes för att få med alla böjningsformer av sökorden och därmed utvidga sökresultatet (Östlundh 2006).

Samtliga abstract för funna studier lästes av båda författarna för bedömning huruvida studierna skulle inkluderas eller exkluderas (Axelsson 2008). Studier där respondenterna var vårdpersonal på avdelningar inom somatisk vård där vårdtiden var begränsad inkluderades. De studier som handlade om avdelningar där vårdtiden förväntas pågå under en längre tid, exempelvis inom palliativ och onkologisk vård, exkluderades. Vid längre vårdtid finns andra

förutsättningar för både sjukvårdspersonalen och patienterna i omvårdnadsarbetet. Till exempel kan omvårdnadsplanering och bokning av tolk vara underlättande.

När samma och redan utvalda studier uppkom vid sökningar i de olika databaserna ansågs datamättnad ha uppnåtts. Studier vars abstract svarade på syftet skrevs ut i fulltext eller beställdes hem. Även manuella sökningar gjordes men gav inget resultat (Östlundh 2006). Vid fullbordad sökning inkluderades 22 studier totalt. Sökningarna dokumenterades i ett sökschema under sökningens gång där alla 22 funna studier presenteras (Bilaga 1).

Genomförande och analys

Efter genomläsning av samtliga studier i fulltext exkluderades två studier som inte svarade på syftet. Den ena studien var en kvantitativ rapport där jämförelser av patienters och sjuksköterskors uppfattningar av beteenden mellan sex olika EU-länder gjordes. Den andra studien handlade om sjuksköterskor som arbetade på ett barnsjukhus och svarade därmed inte på inklusionskriterierna för denna studie. Då återstod 20 studier.

För att resultatet skulle kunna vara överförbart till författarnas egen profession och framtida verksamhet, inkluderades endast studier från europeiska länder. Det innebar att sex studier exkluderades och 14 återstod. De inkluderade studierna var därmed utförda i Sverige, Danmark, Norge, Storbritannien, Irland och Tyskland. Beslutet grundades i att sjukvården i dessa länder bedrivs på liknande sätt och att det för medborgare inom EU finns direktiv för rätt till trygg vård med hög kvalitet i alla EU-länder (EU-kommissionen 2011). Av de 14 studierna var två kvantitativa, elva kvalitativa och en både kvantitativ och kvalitativ.

Studierna granskades med hjälp av modifierade granskningsmallar utifrån Forsberg och Wengström (2003); en mall för kvalitativa studier (a.a; Bilaga 3) och en mall för kvantitativa studier (a.a; Bilaga 4). För att underlätta bedömningarna av studierna modifierades granskningsmallarna till att alla frågor kunde besvaras med ja eller nej. Studierna bedömdes då, efter författarnas kunskap om granskning, uppnå låg, medel eller hög kvalitet. En artikelöversikt framställdes under granskningens gång (Bilaga 2). Vid granskningen bedömdes tre studier ha låg kvalitet och exkluderades. Då återstod elva inkluderade studier. Motiven till exklusion var att studierna hade otydliga metodbeskrivningar där en av studierna till exempel helt saknade presentation av analysarbete. I två studier fanns korta resultatdelar

där resultatet i den ena presenterades tillsammans med diskussionen, vilket gjorde resultatet svårtolkat. I den tredje studien representerade respondenterna alla yrkeskategorier och det var inte möjligt att utläsa resultat från sjuksköterskors perspektiv. I den sistnämnda studien samt den studie där presentation av analysarbetet saknades, framgick heller inte att godkännande hade erhållits av etisk kommitté eller om etiska överväganden gjorts.

De elva studierna som slutligen skulle ingå i studien analyserades för sammanställning av resultat (Olsson & Sörensen 2007). Författarna läste tillsammans igenom resultatdelarna i studierna upprepade gånger och diskuterande under läsningens gång vad som svarade på syftet med den egna studien (Friberg 2006). Ord och meningar som svarade på syftet markerades och skrevs i ett dokument. Dessa ord och meningar med betydelse för syftet företrädde det som Friberg (2006) kallar för bärande aspekter. Varje bärande aspekt markerades i dokumentet med ett nummer som representerade vilken studie det härstammade ifrån för att underlätta kontroller under sammanställningen av resultatet. När alla bärande aspekter hade dokumenterats skrevs de ut, klipptes i remsor och lades ut för att skapa överskådlighet av resultaten. Likheter hos samtliga bärande aspekter kunde då utläsas och fördes samman till teman med låg abstraktionsnivå. Utifrån dessa teman skapades slutligen tre övergripande teman med hög abstraktionsnivå som representerar faktorer av betydelse vid transkulturell omvårdnad (Friberg 2006). I analysarbetet strävade författarna efter att vara objektiva och beaktade sin egen förförståelse i ämnet (Olsson & Sörensen 2007). För att förstärka beskrivningarna av faktorer av betydelse vid transkulturell omvårdnad användes citat i resultatet.

Efter ytterligare genomgång av resultaten i inkluderade och exkluderade studier inkluderades en tidigare exkluderad studie, trots dess brister vid granskningen. Motivet till inklusionen var att delar av studiens resultat var användbart och därmed relevant för studien. De bärande aspekterna från denna studie fördes in i redan befintliga övergripande teman. Slutligen ligger tolv studier till grund för denna studies resultat.

RESULTAT

I analysen framkom tre övergripande teman som representerar faktorer av betydelse vid transkulturell omvårdnad, baserat på sjuksköterskors erfarenheter, inom somatisk vård. Dessa teman är: *svårigheter i kommunikation, kulturellt baserade beteenden och anhörigas delaktighet.*

Svårigheter i kommunikation visade sig vara en faktor av betydelse vid transkulturell omvårdnad eftersom språkbarriärer mellan sjuksköterskor och patienter förekom, vilket kunde leda till konsekvenser som till exempel missbedömningar. Även positiva och negativa aspekter gentemot användande av olika former av tolk vid svårigheter i kommunikationen beskrevs. Kulturellt baserade beteenden hos patienter och deras anhöriga, där bland annat olika genus- och auktoritetsperspektiv samt förekomst av fördomar och rasism, framkom vara faktorer av betydelse. Även sjuksköterskors brist på kulturell kunskap och därmed brist på förståelse för kulturellt baserade beteenden framträdde. De anhörigas delaktighet beskrevs av sjuksköterskor vara stödjande vid omvårdnaden av patienter med annan kulturell bakgrund men även utmaningar med de anhörigas delaktighet framkom.

Svårigheter i kommunikation

Svårigheter i kommunikation, på grund av språkbarriärer, visade sig vara en faktor av betydelse vid transkulturell omvårdnad. Vid svårigheter i kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter framkom att konsekvenser som till exempel missbedömningar kunde förekomma. Professionell tolk, anhöriga som tolk, kollegor som tolk samt alternativa kommunikationsmedel visade sig kunna användas när svårigheter i kommunikationen förekom. Det framkom både positiva och negativa synpunkter på de olika formerna av tolk.

I de flesta studier beskrevs att det förekom svårigheter i kommunikationen, på grund av språkbarriärer, vid omvårdnad av patienter med annan kulturell bakgrund (Hultsjö & Hjelm 2005; Vydelingum 2006; Cortis 2004; Høye och Severinsson 2010; Høye och Severinsson 2008; Boi 2000; Fatahi, Mattsson, Lundgren & Hellström 2010; Ozolins & Hjelm 2003; Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham 2008). I studien av Vydelingum (2006) framkom att en anledning till svårigheterna kunde vara att patienter inte alltid ville kommunicera med

vårdpersonal. Även patienters rädsla för att inte kunna delge sina problem och behov på grund av språkbarriärer till sjuksköterskor var något som framkom i tre studier (Cortis 2004; Boi 2000; Tuohy et. al. 2008).

På grund av svårigheter i kommunikationen visade det sig att missbedömningar och missförståelse av patienters tillstånd kunde förekomma (Hultsjö & Hjelm 2005; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2008; Boi 2000; Fatahi et. al. 2010; Ozolins & Hjelm 2003; Tuohy et. al. 2008). I studierna av Cortis (2004) och Ozolins och Hjelm (2003) framkom till exempel att mätinstrument baserade på verbala svar inte kunde användas. Problem vid utbyte av information med patienter beskrevs av sjuksköterskor i fem studier (Hultsjö & Hjelm 2005; Høye & Severinsson 2010; Boi 2000; Ozolins & Hjelm 2003; Tuohy et. al. 2008).

"I found it a big block if they had no English, you didn't know the history and they get intimidated and it was very hard to find out what had happened" (Tuohy et. al. 2008, s. 166).

Svårigheter att förstå patienter och säkerställa att de förstått given information beskrevs av sjuksköterskor i fem studier (Hultsjö & Hjelm 2005; Høye & Severinsson 2010; Høye & Severinsson 2008; Ozolins & Hjelm 2003; Tuohy et. al. 2008). Det framkom att sjuksköterskor tyckte det var svårt att uppnå kravet att ge adekvat information till patienter på grund av svårigheter i kommunikationen (Hultsjö & Hjelm 2005; Høye & Severinsson 2010; Tuohy et. al. 2008). Kommunikationssvårigheter visade sig kunna leda till att sjuksköterskor upplevde frustration och otillräcklighet (Cortis 2004; Høye & Severinsson 2008; Tuohy et. al. 2008). I en studie av Michaelsen, Krasnik, Nielsen, Norredam och Torres ansåg dock 41 % av sjuksköterskorna att deras senaste kontakt med en patient med annan kulturell bakgrund hade resulterat i tillfredställande kommunikation.

"Information is a great problem, we have a lot of information to give them, it's difficult to understand what the problem is and it's hard for us to form an opinion because of the communication barriers" (Hultsjö & Hjelm 2005, s. 281).

För att underlätta svårigheter i kommunikationen med patienter, framkom att sjuksköterskor tillämpade icke-verbala kommunikation (Cortis 2004; Høye & Severinsson 2008; Boi 2000; Fatahi et. al. 2010). Exempelvis kunde kroppsspråk, teckenspråk och visuella hjälpmedel

användas (Cortis 2004). För att kommunicera med patienterna visade det sig att användning av tolk var viktigt i omvårdnaden (Hultsjö & Hjelm 2005; Vydelingum 2006; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2010; Høye & Severinsson 2008; Boi 2000; Fatahi et. al. 2010; Ozolins & Hjelm 2003; Tuohy et. al. 2008). Önskan om att använda professionell tolk vid interaktion med patienter var något som återkom i flera studier (Hultsjö & Hjelm 2005; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2010; Høye & Severinsson 2008; Fatahi et. al. 2010; Touhy et. al. 2008). I studierna av Fatahi et. al. (2010) och Tuohy et. al. (2008) framkom att sjuksköterskor ansåg den professionella tolken som mest trovärdig, tillförlitlig och betydande för att ge optimal omvårdnad.

”The patient feels secure with a professional interpreter, which results in better quality of our job” (Fatahi et. al. 2010, s. 777).

Dock framkom det i flera studier att professionell tolk kunde vara svår att få tillgång till (Hultsjö & Hjelm 2005; Cortis 2004; Boi 2000; Fatahi et. al. 2010; Tuohy et. al. 2008). *”It is so hard to get interpreters...virtually impossible...”* (Tuohy et. al. 2008, s. 167). Exempelvis uttryckte sjuksköterskor i studierna av Cortis (2004) och Fatahi et. al. (2010) att den sparsamma användningen av professionell tolk kunde bero på kostnader. I studien av Cortis (2004) framkom även att det kunde bero på okunskap hos sjuksköterskor om hur tolkservice fungerade. Majoriteten av sjuksköterskor i samma studie (Cortis 2004) uttalade att de aldrig hade använt professionell tolk. Att patienter önskade tolk med samma kön var ytterligare en svårighet vid tillgång till professionell tolk och framkom i två studier (Hultsjö & Hjelm 2005; Fatahi et. al. 2010). I studierna av Fatahi et. al. (2010) och Ozolins och Hjelm (2003) visade det sig att förekommande konflikter mellan och inom länder, samt olika dialekter i språk var viktigt att ha i beaktande vid bokning av professionell tolk.

De flesta studier (Hultsjö & Hjelm 2005; Vydelingum 2006; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2010; Høye & Severinsson 2008; Boi 2000; Fatahi et. al. 2010; Ozolins & Hjelm 2003; Tuohy et. al. 2008) visade att anhöriga var en resurs vid svårigheter i kommunikation med patienter, då de användes som tolk och fungerade som en källa för lärande om och förståelse för patienterna. I flera studier (Hultsjö & Hjelm 2005; Vydelingum 2006; Høye & Severinsson 2008; Boi 2000; Fatahi et. al. 2010) framkom att anhöriga ibland var det enda alternativet till kommunikation med patienter. Därmed kunde de anhörigas

kommunikationsassistans vara bidragande till att skapa relation till patienterna (Boi 2000; Fatahi et. al. 2010; Hultsjö & Hjelm 2005). I studierna av Cortis (2004), Høye och Severinsson (2010; 2008) och Fatahi et. al. (2010) visade det sig även att sjuksköterskor förlitade sig på att anhöriga agerade som tolk.

“I find the relatives very helpful. I am more appreciative of the help they give us in helping to wash the patient and also without forgetting with the interpreting. I don’t know what we would do without them” (Vydelingum 2006, s. 27).

“I never use interpreters because there is always someone from the family who can interpret” (Boi 2000, s. 385).

Att användning av anhöriga som tolk också kunde vara problematiskt, då sjuksköterskor var osäkra på om information gavs korrekt till patienter, var något som återkom i flera studier (Hultsjö & Hjelm 2005; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2010; Høye & Severinsson 2008; Ozolins & Hjelm 2003; Tuohy et. al. 2008; Fatahi et. al. 2010). Till exempel beskrevs undanhållning och censurering av information från anhöriga i två studier (Fatahi et. al. 2010; Tuohy et. al. 2008). *“Relatives are insecure language bridges to patients”* (Fatahi et. al. 2010, s. 777). Dock hade sjuksköterskor i studien av Fatahi et. al. (2010) erfarenheter av att patienter uppskattade anhöriga som tolk. I tre studier (Cortis 2004; Fatahi et. al. 2010; Tuohy et. al. 2008) visade det sig att unga barn som tolk ibland var enda möjligheten till kommunikation vid svårigheter i kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter. Sjuksköterskor i studierna av Fatahi et. al. (2010) och Tuohy et. al. (2008) menade att barn som tolk var osäkert och att det innebar för stort ansvar för barnen. I studien av Fatahi et. al. (2010) ansåg sjuksköterskor att osäkerheten med att använda unga barn som tolk var grundad i en större risk för undanhållning av information än vid användning av vuxna anhöriga som tolk.

“...one has to be careful you don’t expect a 10 year old to take on that kind of responsibility...” (Tuohy 2008, s. 167).

Användning av vårdpersonal som tolk vid svårigheter i kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter framkom i fyra studier (Cortis 2004; Høye & Severinsson 2008; Boi 2000; Fatahi et. al. 2010). Enligt sjuksköterskor i studierna av Cortis (2004) och Fatahi et.

al. (2010) kunde användning av vårdpersonal som tolk vara störande i arbetsrutiner och framkalla skuld känslor. En sjuksköterska i Cortis (2004) studie beskrev det som: *"guilt at taking other hospital staff from their normal work to interpret"* (Cortis 2004, s. 54). I samma studie (Cortis 2004) visade det sig även att involvering av en tredje part i kommunikationen kunde bryta konfidentialiteten mellan sjuksköterska och patient.

Kulturellt baserade beteenden

Kulturellt baserade beteenden hos patienter och deras anhöriga, där bland annat olika genus- och auktoritetsperspektiv samt förekomst av fördomar och rasism, framkom vara faktorer av betydelse vid transkulturell omvårdnad. Även sjuksköterskors brist på kulturell kunskap och därmed brist på förståelse för kulturellt baserade beteenden framträdde.

Kulturellt baserade beteenden hos både patienter och anhöriga influerade sjuksköterskors omvårdnadsarbete (Hultsjö & Hjelm 2005; Vydelingum 2006; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2010; Høye & Severinsson 2008; Boi 2000; Fatahi et. al. 2010; Ozolins & Hjelm 2003). I studien av Ozolins och Hjelm (2003) framkom till exempel att patienter och anhöriga kunde förneka sjukdom samt vägra erbjuden hjälp. I fyra studier (Vydelingum 2006; Høye & Severinsson 2010; Høye & Severinsson 2008; Ozolins & Hjelm 2003) visade det sig att patienters och deras anhörigas högljudda uttryck för känslor kunde vara störande för övriga patienter och familjer. Behov av att avskilja patienter och familjer på grund av detta var något som framkom i två studier (Høye & Severinsson 2010; Høye & Severinsson 2008).

"They shouted out. I call it the 'javah-javah-call'. It is their way of expressing grief, but we are not used to it and try to protect other patients and families" (Høye & Severinsson 2010, s. 862).

Sjuksköterskor i flera studier (Hultsjö & Hjelm 2005; Vydelingum 2006; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2010; Høye & Severinsson 2008; Ozolins & Hjelm 2003) beskrev svårigheter vid utvärdering av patienters tillstånd på grund av kulturellt baserade beteenden och olika uttryck. Exempelvis framkom i Hultsjö och Hjelm studie (2005) att asyl-sökande patienter kunde söka vård för påhittade symtom i försök till att få hjälp med uppehållstillstånd i landet. *"We have situations where it has been obvious afterwards that they were just faking"* (Hultsjö

& Hjelm 2005, s. 280). Extrema uttryck och dramatisering vid smärta och sjukdom var kulturellt baserade beteenden som också visade sig försvåra utvärderingen (Hultsjö & Hjelm 2005; Vydellingum 2006; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2010; Høye & Severinsson 2008; Ozolins & Hjelm 2003). I fem av studierna (Hultsjö & Hjelm 2005; Vydellingum 2006; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2008; Ozolins & Hjelm 2003) framkom även att patienter med annan kulturell bakgrund ansågs ha låg smärtröskel och upplevdes överreagera på smärta. Några fler än hälften av sjuksköterskorna i studien av Michaelsen et. al. (2004) uttryckte liknande erfarenheter. Det framkom även att närmare hälften av sjuksköterskorna i samma studie (Michaelsen et. al. 2004) upplevde att patienter hade oproportionerliga krav på medicinering.

"I have found that they show it a little more easily or faster than we do. They are louder. It is often more dramatic around migrants, they tear their hair in despair and they cry with more emotion" (Hultsjö & Hjelm 2005, s. 280).

Patienters eventuella tidigare traumatiska erfarenheter ansågs vara en faktor av betydelse för sjuksköterskors omvårdnadsarbete, då sjuksköterskornas förståelse för detta kunde underlätta hantering av beteenden och känslor hos patienterna (Hultsjö & Hjelm 2005; Høye & Severinsson 2008; Ozolins & Hjelm 2003). Det visade sig också vara betydelsefullt för sjuksköterskor att känna empati och medkänsla, samt respektera patienter med annan kulturell bakgrund som individer förtjänande av respekt (Cortis 2004; Leishman 2004; Dogan, Tschudin, Hot & Özkan 2009).

"I am going to respect their culture and their ethnicity, but how this affects their care delivery I really don't know...Yes we do treat people as individuals" (Cortis 2004, s. 54).

Det framkom i flera studier att kulturellt baserade beteenden på grund av skillnader i genusperspektiv kunde påverka relationen mellan sjuksköterskor, patienter och anhöriga (Hultsjö & Hjelm 2005; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2010; Høye & Severinsson 2008; Fatahi et. al. 2010; Ozolins & Hjelm 2003). Exempelvis framkom det i studierna av Hultsjö och Hjelm (2005) och Høye och Severinsson (2010; 2008) att mannen i familjen förde talan vilket kunde påverka informationsutbytet mellan sjuksköterskor och patienter. *"They say it's the man who should talk to us, not the woman, even if she's the one who's sick"* (Hultsjö &

Hjelm 2005, s. 281). Att patienter och anhöriga på grund av kultur hade annorlunda syn på kvinnan visade sig i deras attityder, i form av respektlöshet, mot kvinnliga sjuksköterskor i flera studier (Hultsjö & Hjelm 2005; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2008; Fatahi et. al. 2010; Ozolins & Hjelm 2003).

Kulturellt baserade beteenden på grund av skillnader i syn på auktoritet framkom i två studier (Hultsjö & Hjelm 2005; Ozolins & Hjelm 2003) där det visade sig att patienter och anhöriga kunde ha ett hierarkiskt synsätt. Att patienter och anhöriga bara litade på, accepterade och respekterade läkaren var något som återkom i de båda studierna (Hultsjö & Hjelm 2005; Ozolins & Hjelm 2003). Detta visade sig framkalla känslor av frustration, irritation och underlägsenhet hos sjuksköterskor (Hultsjö & Hjelm 2005). *"As a female nurse they have little faith in you, only the doctor could tell them what to do. A hierarchical view of health care staff (exists)"* (Hultsjö & Hjelm 2005, s. 276). I Ozolins och Hjelms studie (2003) beskrev en sjuksköterska: *"He demanded that the physicaian should come and said that we [the nurses] were incompetent"* (Ozolin & Hjelm 2003, s. 88).

Kulturella vanor hos patienter och anhöriga, till exempel bön, kost, spirituella behov och traditionella seder, visade sig också resultera i kulturellt baserade beteenden som var faktorer av betydelse för sjuksköterskors dagliga omvårdnadsarbete (Hultsjö & Hjelm 2005; Vydelingum 2006; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2010; Høye & Severinsson 2008; Boi 2000; Fatahi et. al. 2010; Ozolins & Hjelm 2003). I tre studier (Hultsjö & Hjelm 2005; Vydelingum 2006; Cortis 2004) framkom dock att sjuksköterskor inte ansåg sig behandla patienter annorlunda på grund av kultur. I studien av Michaelsen et. al. (2004) visade det sig att hälften av sjuksköterskorna ansåg att patienter med annan kulturell bakgrund var mer påfrestande för sjukvården generellt men de menade samtidigt att dessa patienter gjorde deras arbete mer intressant.

I studien av Cortis (2004) menade en sjuksköterska att rasism existerar överallt, därmed även inom sjukvården. Rasism samt fördomsfullhet hos både patienter och sjuksköterskor visade sig förekomma i tre studier (Hultsjö & Hjelm 2005; Vydelingum 2006; Cortis 2004), vilket kunde påverka vårdrelationen mellan sjuksköterskor och patienter. Samtidigt framkom förnekelse av rasism hos sjuksköterskor i samma studier (Hultsjö & Hjelm 2005; Vydelingum

2006; Cortis 2004). I Cortis studie (2004) visade det sig även finnas skillnader i hur sjuksköterskor talade om rasism, där det talades öppet om patienters rasistiska beteenden men doldes att det även förekom hos sjuksköterskor. På grund av fördomar mot kulturella olikheter framkom i Vydelingums studie (2006) att avvikelser från standardvårdnad kunde förekomma.

"A young male Asian patient had died on the ward. His mother had been called in to see the body. She had been horrified to find him in bed lying in a pool of vomit...The nursing staff's comments were that he was a Muslim, they did not think they were allowed to touch the body" (Vydelingum 2006, s. 26-27).

I flertalet studier (Hultsjö & Hjelm 2005; Vydelingum 2006; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2008; Boi 2000; Fatahi et. al. 2010; Tuohy et. al. 2008; Leishman 2004) framkom att sjuksköterskor ansåg sig ha bristande kunskaper om olika kulturer och dess traditioner. I fem studier (Hultsjö & Hjelm 2005; Cortis 2004; Vydelingum 2006; Høye & Severinsson 2008; Leishman 2004) visade det sig att brist på kulturell kunskap medförde svårigheter för sjuksköterskor att förstå och hantera patienters kulturellt baserade beteenden och värderingar. Att vara otillräckligt förberedd efter utbildningen för att arbeta med patienter med olika kulturella bakgrunder beskrevs av sjuksköterskor i tre studier (Cortis 2004; Boi 2000; Leishman 2004). Brist på förståelse kunde framkalla känslor av stress och osäkerhet hos sjuksköterskor, vilket framkom i tre studier (Cortis 2004; Høye & Severinsson 2008; Leishman 2004).

"I must admit that I do not know a great deal about their culture and how they do things...I will do things the way that they tell me" (Cortis 2004, s. 54).

"I feel very nervous when treating people from different cultures because I haven't learned a lot about them and the different religious beliefs they have" (Leishman 2004, s. 36)

Anhörigas delaktighet

Anhörigas delaktighet i omvårdnadsarbetet var en faktor av betydelse vid transkulturell omvårdnad. Deras delaktighet kunde vara en resurs för sjuksköterskor i form av stöd men samtidigt innebära utmaningar för sjuksköterskorna.

De anhörigas delaktighet var stödjande för sjuksköterskors omvårdnadsarbete vilket framkom i de flesta studierna (Hultsjö & Hjelm 2005; Vydelingum 2006; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2010; Høye & Severinsson 2008; Boi 2000; Fatahi, Mattsson, Lundgren & Hellström 2010; Ozolins & Hjelm 2003; Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham 2008). I Hultsjö och Hjelm studie (2005) framkom det också att sjuksköterskor ofta informerade sig om patienter via anhöriga men att det uppstod problem när patienter hade begränsat eller icke befintligt socialt nätverk. Att de anhöriga ansågs som stödjande i omvårdnadsarbetet bekräftades även av ungefär hälften av sjuksköterskorna i studien av Michaelsen et. al. (2004). Enligt studien av Boi (2000) var de anhörigas delaktighet även stöd för patienten.

I två studier (Cortis 2004; Høye & Severinsson 2010) framkom av sjuksköterskor att de anhöriga kände sig tvungna att vara delaktiga i omvårdnaden. På grund av kulturell tradition togs delaktigheten för givet och det visade sig även att de anhöriga kunde ha svårt att överlämna det totala ansvaret till vårdpersonalen (Høye & Severinsson 2010). Sjuksköterskor förstod att de anhöriga ville vara delaktiga för att det var naturligt i deras kultur men de anhörigas delaktighet visade sig även kunna störa sjuksköterskornas arbetsrutiner (Cortis 2004; Høye & Severinsson 2010).

”In some cultures it is common that whenever a person is sick, he or she will be totally cared for by their family, and the family is anxious to do so” (Høye & Severinsson 2010, s. 861).

De anhörigas delaktighet i omvårdnaden ansågs av sjuksköterskor i flera studier vara en utmaning (Michaelsen et. al. 2004; Hultsjö & Hjelm 2005; Vydelingum 2006; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2010; Høye & Severinsson 2008; Boi 2000; Ozolins & Hjelm 2003). I Cortis studie (2004) visade det sig till exempel att konflikter i omvårdnadsarbetet kunde uppstå eftersom sjukvården i västvärlden inte på samma sätt var familjeorienterad som i patienternas hemländer. I studien av Michaelsen et. al. (2004) ansåg hälften av sjuksköterskorna att anhöriga till patienter med annan kulturell bakgrund var generellt mer krävande. Erfarenheter hos sjuksköterskor i Vydelingums studie (2006) skapade en bild av de anhöriga som avvikande och till besvär. Anhörigas delaktighet i omvårdnaden visade sig i tre studier (Høye & Severinsson 2010; Ozolins & Hjelm 2003; Hultsjö & Hjelm 2005) kunna leda till att meningsskiljaktigheter uppstod mellan sjuksköterskor och anhöriga om vad som var bäst för patienten. Vid meningsskiljaktigheter kunde konflikter uppstå och de anhöriga

kunde då bli hotfulla, vilket blev en utmaning för sjuksköterskor (Hultsjö & Hjelm 2005; Ozolins & Hjelm 2003).

”...a young man started to quarrel and said that it was his right to go to his brothers. We explained that it was OK to enter but only one by one since there were other patients in the room. The young man now became very irritated and threatening...” (Ozolins & Hjelm 2003, s. 89).

En annan utmaning med de anhörigas delaktighet visade sig vara att de var många i antal (Hultsjö & Hjelm 2005; Vydelingum 2006; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2010; Høye & Severinsson 2008; Boi 2000; Ozolins & Hjelm 2003). Enligt två studier (Cortis 2004; Høye & Severinsson 2010) berodde det stora antalet besökare till patienter på utökade familjer medan det i Høye och Severinssons (2008) studie dessutom visade sig att patienter hade ett kulturellt baserat behov av att ha storfamiljen närvarande vid sjukdom. Ett stort antal besökare kunde vara störande för andra patienter och deras anhöriga samt påfrestande för sjuksköterskors arbetsrutiner (Hultsjö & Hjelm 2005; Vydelingum 2006; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2010; Høye & Severinsson 2008; Boi 2000; Ozolins & Hjelm 2003). I fem studier (Hultsjö & Hjelm 2005; Cortis 2004; Høye & Severinsson 2008; Boi 2000; Ozolins & Hjelm 2003) uttryckte sjuksköterskor till exempel svårigheter med att hantera ett stort antal människor kring patienten. Behov av att begränsa antalet besökare, för att andra familjer skulle få utrymme, framkom i studien av Høye och Severinsson (2008).

”..when they visited, they came in large numbers. I did find it hard to deal with 10 visitors and the patient” (Boi 2000, s. 386).

“I know that it annoys a lot of nurses very much and a lot of patients when Asian families have 99 relatives at the bedside...” (Cortis 2004, s. 54).

Andra aspekter i relation till de anhörigas delaktighet som visade sig vara av betydelse för sjuksköterskors omvårdnadsarbete var att anhöriga inte förstod given information eller inte respekterade rutiner och besökstider (Vydelingum 2006; Høye och Severinsson 2010; Høye och Severinsson 2008; Ozolins & Hjelm 2003). Anhöriga ställde många frågor (Vydelingum 2006) och de kunde till exempel blockera telefonlinjen till avdelningen (Ozolins & Hjelm 2003), vilket ansågs påfrestande av sjuksköterskor.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Litteraturstudien inleddes med att söka efter relevanta vetenskapliga, empiriska studier i olika databaser. De två mest användbara och huvudsakliga databaserna för sjuksköterskor i praktiken är Cinahl och PubMed (Polit & Beck 2010). För att inte gå miste om relevanta studier användes även EBSCO/Academic Search Elite, ERIC, SveMed+ och ScienceDirect för datainsamling. Författarna av denna studie gjorde provsökningar i de olika databaserna för att undersöka vilka relevanta sökord som kunde användas för att sedan göra systematiska sökningar. Antalet relevanta studier kan ha påverkats av författarnas sök teknik, val av sökord och de begränsningar som gjordes, till exempel språk och publiceringsår.

De inkluderade studierna lästes av denna studies båda författare upprepade gånger och ett engelskt lexikon användes för att minimera risken för misstolkningar. För att stärka litteraturstudiens tillförlitlighet kvalitetsgranskades de inkluderade studierna med modifierade granskningsmallar (Axelsson 2008; Bilaga 3; Bilaga 4). Endast en studie uppskattades ha låg kvalitet, två bedömdes uppnå medel kvalitet och nio värderades till hög kvalitet (se Bilaga 2). Dock graderades studierna utefter författarnas egen kunskap om granskning, vilket kan anses som en svaghet då författarnas kunskap är begränsad. Studien med låg kvalitet hade bristande metodbeskrivning men inkluderades ändå eftersom resultatet ansågs vara användbart.

Två inkluderade studier var utförda av samma forskare. Där framkom att de hade framställt sina resultat från en och samma undersökning vilket kan ha begränsat denna litteraturstudies resultat. De inkluderades eftersom båda resultatdelarna var användbara. Att inkludera dessa två studier, som därmed genomgått två olika analyser, anses däremot stärka trovärdigheten för denna litteraturstudie. En annan forskare har medverkat i två inkluderade studier, där endast två år gått mellan publiceringarna samt att båda studierna är utförda inom svensk akutsjukvård. Detta kan ha begränsat litteraturstudiens resultat, men studierna inkluderades eftersom de innehöll olika användbara fakta. En av de inkluderade studierna var kvantitativ och vid sammanställning av studiens resultat upplevdes det svårt att kombinera den kvantitativa datan med den kvalitativa.

Litteraturstudien baserades på studier utförda i europeiska länder för att överförbarheten till författarnas egen profession och framtida verksamheten då ansågs vara störst. Enligt Europeiska kommissionen (2011) ska vården inom EU-länder bedrivas på liknande sätt samt att medborgare inom EU har rätt till trygg vård med hög kvalitet. Då tre av de inkluderade studierna dessutom var utförda i Sverige och resten av studierna i länder med nära anknytning till Sverige, anses överförbarheten till författarnas profession styrkas ytterligare. Resultatet hade i större utsträckning kunnat skilja sig om studier inkluderats från hela världen. Detta eftersom sjukvården bedrivs på olika sätt i olika länder och andra kulturer är mer eller mindre representerade i olika delar av världen. En svaghet med studien är därmed att resultatet inte anses vara giltigt över hela världen.

Litteraturstudien bygger på sjuksköterskors erfarenheter inom somatisk vård. Resultatet hade därmed kunnat bli annorlunda om studier hade inkluderats från andra vårdiscipliner, till exempel psykiatrisk eller pediatrik vård. Dessutom är kvinnliga sjuksköterskor överrepresenterade inom vården, vilket betyder att studiens resultat baserades på främst kvinnliga respondenter.

I analysarbetet strävade författarna efter att vara objektiva och beaktade sin egen förförståelse i ämnet. Analysarbetet utfördes noggrant av båda författarna tillsammans och allt resultat presenterades för att öka trovärdigheten för studien. Dock finns det fortfarande en risk att författarnas förförståelse kan ha påverkat resultatet (Olsson & Sörensen 2007). Vissa studier framträdde mer frekvent i resultatavsnittet än andra. Detta motiveras till att de studierna hade hög kvalitet och innehöll mycket användbart resultat som svarade på litteraturstudiens syfte.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att utifrån sjuksköterskors erfarenheter beskriva faktorer av betydelse vid transkulturell omvårdnad inom somatisk vård. Resultatet visade att faktorer av betydelse vid omvårdnad av patienter med annan kulturell bakgrund var svårigheter i kommunikation, kulturellt baserade beteenden och anhörigas delaktighet. Utifrån studiens resultat diskuteras tre centrala fynd. Det första fyndet var att svårigheter i kommunikation, på grund av språkbarriärer, mellan sjuksköterskor och patienter ansågs vara av betydelse för patienternas

delaktighet i omvårdnaden. Det andra fyndet var att sjuksköterskors brist på kulturell kunskap och därmed brist på förståelse för patienters och anhörigas kulturellt baserade beteenden ansågs kunna medföra svårigheter i att ge holistisk och individualiserad omvårdnad till patienter med annan kulturell bakgrund. Slutligen var det tredje fyndet att med en ändrad syn på de anhörigas delaktighet i omvårdnaden, ansågs delaktigheten kunna utgöra en funktion som kan gynna alla parter; sjuksköterskor, patienter och anhöriga.

I de flesta av studierna som ingick i litteraturstudien framkom svårigheter i kommunikationen, på grund av språkbarriärer, mellan sjuksköterskor och patienter. Svenska hälso- och sjukvårdslagen betonar patienters rätt till delaktighet och planering i vården (SFS, 1982:763). Att kommunikation är en förutsättning för patienters delaktighet i omvårdnaden är inget nytt. Författarna samtycker med Baggens och Sandén (2009) som hävdar att en god omvårdnad ges genom att sätta patienten i centrum och då är kommunikationen är en grundläggande förutsättning. Även Leininger (2002) anser i sin teori att kommunikationen, eller språket i första hand, är en betydande faktor för att kunna ge god omvårdnad. Vid svårigheter i kommunikationen anses patienters delaktighet i omvårdnaden hotas. Professionell tolk samt kommunikationsstöd av anhöriga blir då viktigt, vilket bekräftas av bland annat Hanssen (2007) och Björk Brämberg (2008). De beskriver anhörigas funktion som tolk vid språkbarriärer samt verifierar denna studies resultat om konsekvenser som kan uppstå i omvårdnaden när svårigheter i kommunikationen föreligger (Hanssen 2007; Björk Brämberg 2008). Svårigheter i kommunikation förekommer inte bara inom transkulturell omvårdnad, utan till exempel även vid omvårdnad av patienter med demenssjukdom (Jootun & McGhee 2011) samt omvårdnad av patienter med kognitiva funktionshinder (Carlsson 2009).

Denna studies resultat visade att sjuksköterskor ansåg det vara svårt att tillmötesgå ansvaret i att ge adekvat information till patienterna på grund av svårigheter i kommunikationen. Detta gjorde det invecklat att säkerställa om patienter förstått given information. En faktor för att skapa förutsättningar för patientdelaktighet är just information. För optimalt informationsutbyte krävs en dialog mellan patienter och sjuksköterskor (Eldh 2009) vilket försvåras när språkbarriärer föreligger. Det blir svårt för patienter att delge sina behov och önskemål vilket även Hanssen (2009) beskriver i sin avhandling. Hanssen (2009) bekräftar även studiens resultat om att vårdpersonal inte använder professionella tolktjänster i den

utsträckning som kan vara nödvändig för att uppnå god kommunikation med patienter som talar annat språk än sjuksköterskorna.

För att underlätta svårigheter i kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter när språkbarriärer föreligger, och därmed öka möjligheten för patientdelaktighet, visade vårt resultat att icke-verbal kommunikation kunde användas. Eide och Eide (1997) menar att den icke-verbala kommunikationen är viktig och avgörande när sjuksköterskor inte kan nå patienter via språket och ger exempel på detta vid interaktion med patienter som lider av demenssjukdom. Eide och Eide (1997) bekräftar även denna studies resultat om att anhöriga är betydelsefulla informationskällor när svårigheter i kommunikationen direkt till patienten finns. Genom kroppsliga uttryck och rörelser som till exempel ansiktsuttryck, mimik samt beröring kan det vara möjligt att skapa kontakt mellan sjuksköterskor och patienter och förmedla det som vill och behövs sägas. Samtidigt har det dock visat sig att icke-verbal kommunikation med patienter med annan kulturell bakgrund kan vara problematisk eftersom icke-verbala signaler inte är internationella. Ett exempel är att tecknet ”tummen upp”, som för oss innebär att något är bra, i en annan kultur kan tolkas som en oanständig invit (Eide & Eide 1997). Icke-verbal kommunikation anses kunna vara till hjälp vid svårigheter i kommunikationen, men bör utföras av sjuksköterskor med viss försiktighet då det fortfarande finns risk för missförståelse och missbedömningar.

För personer med bristande tal eller språk, exempelvis personer med kognitiva funktionshinder, finns alternativ och kompletterande kommunikation (AKK). AKK är ett samlingsnamn för redskap och metoder som kan användas för att tillgodose kommunikationsbehov hos personer med talsvårigheter. Alternativa kommunikationssätt som teckenkommunikation, bilder eller symboler, talande samtalsapparater och kommunikationskortor innefattas i AKK (Carlsson 2009). I arbetet med personer med kognitiva funktionshinder är pictogramsystemet ett välbeprövat visuellt språk där bilder och symboler är utvecklade att användas för kommunikation. Pictogram är ett språk i bild som används av personer som saknar eller har begränsad förmåga att tala, läsa och skriva. Genom att kommunicera med bilder och symboler kan personer med olika svårigheter i kommunikationen göra sig förstådda och förstå, ställa frågor och få svar på frågor samt formulera sina känslor och framföra sina behov och önskemål (Specialpedagogiska

skolmyndigheten 2010; Beacroft & Dodd 2009). Användning av pictogrambilder, som ett komplement till kroppsspråket, skulle kunna vara ett kommunikationshjälpmedel för sjuksköterskor vid transkulturell omvårdnad när svårigheter i kommunikationen föreligger på grund av språkbarriärer. Symboler och bilder enligt pictogramsystemet är lätta att tillgå via internet där beställningar eller nedladdningar kan göras. Genom att patienter uttrycker sina behov och önskemål med visuella symboler samt att sjuksköterskor förmås ställa frågor och få svar genom dessa symboler kan patienter göras mer delaktiga i sin omvårdnad. Med detta kan de anhörigas ansvar som tolk reduceras och därmed underlättas en direkt kommunikation mellan sjuksköterskor och patienter.

Vidare framkom i flera studier som ingick i litteraturstudien att sjuksköterskor hade brist på kulturell kunskap och därmed brist på förståelse för patienters och anhörigas kulturellt baserade beteenden. Detta anses kunna medföra svårigheter för sjuksköterskor att ge holistisk och individualiserad omvårdnad till patienter med annan kulturell bakgrund. Ett holistiskt synsätt innebär att betrakta människan som en helhet (Birkler 2007; Pellmer & Wramner 2007). I omvårdnaden betyder det att patienters fysiska, psykologiska, sociala, känslomässiga och spirituella behov bör identifieras av sjuksköterskor för att möjliggöra en individualiserad omvårdnad, vilket patienter har rätt till. Vid omvårdnad av patienter med annan kulturell bakgrund kan Leiningers (1995; 2002) och Campinha-Bacotes (2002) teorier om kulturell kompetens vara till hjälp för att möjliggöra individualiserad omvårdnad. Kulturell kompetens är en process och innebär kunskaper och färdigheter som sjuksköterskor bör ha för att bidra till en omvårdnad som passar eller har fördelaktig mening och utgång för patienter med annan kulturell bakgrund (Leininger 1995; 2002; Campinha-Bacote 2002).

Campinha-Bacote (2002) har utvecklat en modell för att genom en process uppnå kulturell kompetens där fem byggstenar är beroende av varandra. Dessa byggstenar är kulturell medvetenhet, kulturell kunskap, kulturell färdighet, kulturella möte och kulturellt intresse. Att vara medveten om sin egen kulturs inflytande minskar risken för kulturell belastning, vilket innebär en tendens att överföra sin egen tro och sina egna värderingar och beteendemönster på en annan kultur (Leininger 1995; Campinha-Bacote 2002). Kulturell kunskap är en process i att eftersöka och införskaffa sig en pålitlig kunskapsgrund om olika kulturer vilket kan underlätta förståelse för olika kulturella beteenden. Dock är det viktigt att sjuksköterskor

förstår att ingen patient är stereotyp för en viss kultur. Den kulturella färdigheten avser sjuksköterskors förmåga att insamla relevant kulturell information beträffande patienters förekommande problem. Det innebär också att ackurat kunna utföra fysiska utvärderingar av patienter, där medvetenhet om patienters fysiska, biologiska och psykologiska variationer, till exempel kroppsbyggnad och hudfärg, föreligger. Kulturella möten betyder att sjuksköterskor direkt interagerar med patienter med annan kulturell bakgrund och att de därigenom kan modifiera sin uppfattning om olika kulturer (Campinha-Bacote 2002). Med detta kan stereotypa attityder hos sjuksköterskor förebyggas vilket minskar risken för negativ påverkan på patienter och kan i längden underlätta vården av patienter med annan kulturell bakgrund (Jirwe 2008). Till sist är den femte byggstenen i processen att uppnå kulturell kompetens kulturellt intresse. Sjuksköterskor ska känna att de vill, istället för att de måste, engagera sig i processen att bli kulturellt medvetna, kulturellt kunniga, kulturellt skickliga och välbekanta i kulturella möten. Kulturellt intresse innefattar en genuin passion hos sjuksköterskor att vara öppna och flexibla i mötet med andra människor, att acceptera skillnader och bygga på likheter, samt att vara villiga att lära från andra (Campinha-Bacote 2002).

Leininger (2002) har uttalat att omvårdnadsutövningen i sinom tid kommer att förändras till att bli kulturellt definierad och grundad och författarnas egen åsikt om att Sverige samt övriga länder i Europa blir allt mer mångkulturella, är ytterligare motiv till att sjuksköterskor behöver utveckla kulturell kompetens. Trots att kulturell kompetens hos sjuksköterskor anses kunna underlätta omvårdnaden av patienter med annan kulturell bakgrund hävdar Jirwe (2008) att den kulturella kompetensen inte enbart handlar om den rätta kompetensen att vårda patienter med invandrabakgrund, utan om att kunna vårda alla patienter. Kultur och omvårdnad anses vara de mest holistiska medel för att skapa föreställning om och förstå människor. Därför är den kulturella kunskapen central och nödvändig i både omvårdnadsutbildning och utövning. För att omvårdnaden ska vara meningsfull och relevant för patienter och sjuksköterskor i världen, är kunskap och kompetens i transkulturell omvårdnad nödvändig för att leda omvårdnadsbeslut och handlingar till effektiva och lyckade utgångar (Leininger 2002).

Slutligen betonade sjuksköterskor i flera studier som ingick i litteraturstudien att anhörigas delaktighet kunde vara en utmaning. Det visade sig främst bero på att meningsskiljaktigheter

kunde uppstå mellan sjuksköterskor och anhöriga samt att de anhöriga var många i antal. Att anhöriga vill vara delaktiga i omvårdnaden av sina nära och kära är inget som endast gäller inom vissa kulturer. Det har även visat sig inom svensk demenssjukvård samt psykiatrisk vård att anhöriga vill vara delaktiga i omvårdnaden (Hertzberg 2000; Blomqvist & Ziegert 2011). Som vårt resultat också visade framkom det i dessa studier (Hertzberg 2000; Blomqvist & Ziegert 2011) att de anhörigas delaktighet både kunde vara stödjande för sjuksköterskor men samtidigt vara en utmaning. Det anses att sjuksköterskor behöver en ändrad syn på de anhörigas funktion i omvårdnaden. Istället för att se de anhöriga som besvär, kan de användas som hjälp och stöd i omvårdnaden vilket kan gynna alla parter. Till hjälp för att förstå anhörigas roll i omvårdnaden och se på relationer och samspel mellan människor finns systemteorin. Familjen anses som ett system där förändringar i en del av systemet får konsekvenser för hela systemet. Med denna kunskap, som dessutom inte bara är viktig för omvårdnadspersonal utan för alla som arbetar med människor i olika sammanhang, kan sjuksköterskor få en bredare och mer positiv insikt om att de anhöriga utgör en funktion i omvårdnaden (Strømsnes Ekern 2002).

Enligt Kirkevold (2002) har forskning kunnat dokumentera en positiv effekt av socialt stöd som kan erbjudas av familjen i form av ömsesidiga förpliktelser, omsorger och praktiska insatser och råd som vägleder, förebygger sjukdom och främjar tillfrisknande och anpassning hos patienter. Sjukvården var från början familjeorienterad. Redan på 1800-talet menade Florence Nightingale att ansvaret för att ge de sjuka den omvårdnad de behövde i första hand vilade på familjen (Kirkevold 2002). Detta synsätt hos patienter och anhöriga med annan kulturell bakgrund kan förklara att de anhörigas delaktighet i omvårdnaden anses som en självklarhet. Det kan även förklara varför de anhöriga anser att deras åsikter om vad som är bäst för patienten bör respekteras och följas av sjuksköterskor.

Utmaningen med de anhörigas delaktighet berodde till stor del på att de anhöriga var många i antal och det var av betydelse för sjuksköterskornas omvårdnadsarbete samt kunde störa andra patienter och deras familjer. Ett stort antal anhöriga var svårt att hantera för sjuksköterskor. Till exempel kunde anhöriga vara i vägen och meningsskiljaktigheter kunde uppstå mellan sjuksköterskor och anhöriga om vad som var bäst för patienten. Patienter med annan kulturell bakgrund tenderar att ha stora samt utökade familjer som kommer på besök. Kirkevold (2002)

menar att nya familjekonstellationer på både kärnfamiljs- och storfamiljsnivå i dagens samhälle leds av skilsmässor, omgiften och varierande samboförhållanden. Därmed kan det inte anses att bara patienter med annan kulturell bakgrund har stora familjer. Däremot är problemet med anhörigas delaktighet när de är många i antal svårlöst, då lagen säger att patienters autonomi ska respekteras (SFS 1982:763). Kirkevold (2002) hävdar att sjuksköterskors mål måste vara att se till både patientens och anhörigas intressen. Ett överordnande mål är att sjuksköterskor strävar efter enighet eller att hitta lösningar som tar tillvara på alla parter intressen (Kirkevold 2002). Björk Brämberg (2008) beskriver i sin avhandling delaktighet som ett samarbete. Utmaningen med anhörigas delaktighet kan underlättas genom ett samarbete mellan sjuksköterskor, patienter och anhöriga genom ömsesidig respekt.

Slutsats

Litteraturstudien bidrar till förståelse för faktorer av betydelse vid transkulturell omvårdnad inom somatisk vård. Författarna har införskaffat kunskap, i och omkring ämnet, som anses möjlig att utveckla och omsätta i den framtida yrkesrollen som sjuksköterskor för att kunna ge effektiv, adekvat och individualiserad omvårdnad till patienter med annan kulturell bakgrund. Resultatet visade att svårigheter i kommunikation, kulturellt baserade beteenden och anhörigas delaktighet var av betydelse i omvårdnaden av patienter med annan kulturell bakgrund. För att vid svårigheter i kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter kunna göra patienterna delaktiga i omvårdnaden, samt möjliggöra holistisk och individualiserad omvårdnad till patienter med annan kulturell bakgrund, är de anhörigas delaktighet, kommunikationshjälpmedel och sjuksköterskors kulturella kompetens av betydelse. Förslag på vidare forskning är att identifiera alternativa kommunikationshjälpmedel som kan användas vid omvårdnad av patienter med annan kulturell bakgrund när svårigheter i kommunikationen på grund av språkbarriärer föreligger.

REFERENSER

* = studier som har använts i studiens resultat.

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

Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I: Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård (173-188)*. Lund: Studentlitteratur.

Beacroft, M. & Dodd, K. (2009). Pain in people with learning disabilities in residential settings: the need for change. *British Journal of Learning Disabilities*, 38, 201-209.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Björk Brämberg, E. (2008). *Att vara invandrare och patient i Sverige. Ett individorienterat perspektiv*. Doktorsavhandling. Växjö Universitet: Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete. Göteborg: Intellecta Docusys.

Blomqvist, M. & Ziegert, K. (2011). "Family in the waiting room": A Swedish study of nurses' conceptions of family participation in acute psychiatric inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(3), 185-194.

*Boi, S. (2000). Nurses' experiences in caring for patients from different cultural background. *Nursing Time Research*, 5, 382-389.

Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13:181, 181-184.

Carlsson, E. (2009). Kommunikation. I: Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Cortis, J. D. (2000). Caring as experienced by minority ethnic patients. *International Nursing Review*, 47, 53-62.

*Cortis, J. D. (2004). Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 51-58.

*Dogan, H., Tschudin, V., Hot, İ. & Özkan, İ. (2009). Patients' transcultural needs and carers' ethical responses. *Nursing Ethics*, 16(6), 683-696.

Eide, H. & Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.

Eldh, A. C. (2009). Delaktighet och gemenskap. I: Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Europeiska kommissionen (2011). *Uttalande av John Dalli, ledamot av Europeiska kommissionen med ansvar för hälso- och konsumentfrågor, om direktivet om patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård*. Hämtad 2012-04-24, från <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/11/53&format=HTML&aged=0&language=SW&guiLanguage=en>.

*Fatahi, N., Mattsson B., Lundgren, S. M. & Hellström, M. (2010). Nurse radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the native language. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 774-783.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I: Friberg, F. (red), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (105-114). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturöversikt. I: Friberg, F. (red), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (115-124). Lund: Studentlitteratur.

Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.

Helman, C. G. (2007). *Culture, Health and Illness*. London: Hodder Arnold.

Hertzberg, A. (2000). 'We, not them and us?' Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 614-622.

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

*Høye, S. & Severinsson, E. (2008). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 338-348.

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

ICN: International Council of Nurses (2005). *Code of ethics*.

Jirwe, M. (2008). *Cultural competence in nursing*. Diss. Karolinska Institutet Stockholm: Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, sektionen för omvårdnad.

Jootun, D. & McGhee, G. (2011). Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard*, 25, 25, 40-46.

Kirkevold, M. (2002). Familjens ställning i omvårdnaden. I: Strømsnes Ekern, K. (red.), *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv* (49-69). Stockholm: Liber.

Kirkevold, M. (2002). Familjen i ett hälso- och sjukdomsperspektiv. I: Strømsnes Ekern, K. (red.), *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv* (19-48). Stockholm: Liber.

Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practices*. New York: McGraw-Hill.

Leininger, M. (2002). Culture Care: Diversity and Universality Theory. I: Marriner Tomey, A. & Raile Alligood, M. (red), *Nursing Therorists and Their Work* (501-526). St. Louis, Missouri: Mosby

Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*. Vol. 13, No. 3.

*Leishman, J. (2004). Perspectives of cultural competence in health care. *Nursing Standard* 19, 11, 33-38.

Maier-Lorentz, M.M. (2008). Transcultural Nursing: It's Importance in Nursing Practice. *Journal of Cultural Diversity*, Vol. 15, No. 1.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

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

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

Papadopoulos, I. (2006). *Transcultural health and social care: development of culturally competent practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

Pellmer, K. & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.

Specialpedagogiska skolmyndigheten (2010). *Pictrogram*. Hämtad 2012-05-28, från <http://www.spsm.se/Rad-och-stod/Var-kompetens/Pedagogiska-strategier-och-forhallningssatt/Alternativ-och-kompletterande-kommunikation/vadarAKK/Grafisk-AKK/Pictogram/>.

Statistiska centralbyrån (2011). *Befolkningsutvecklingen i riket. År 1749-2010*. Hämtad 2012-02-10, från http://www.scb.se/Pages/TableAndChart_26046.aspx.

Statistiska centralbyrån (2011). *Utrikes födda i riket efter födelseland och kön. År 2000-2010*. Hämtad 2012-02-10, från <http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/SaveShow.asp>.

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Strømsnes Ekern, K. (2002). Systemiska perspektiv. I: Strømsnes Ekern, K. (red.), *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv* (243-262). Stockholm: Liber.

Suurmond, J., Uiters E., C de Bruijne, M., Stronks, K. & Essink-Bot, M-L. (2011). Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, Vol. 11 issue 1, p1-8.

*Tuohy, D., McCarthy, J., Cassidy, I. & Graham, M. M. (2008). Educational needs for nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *International Nursing Review*, 55, 164-170.

*Vydelingum, V. (2006). Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. *Nursing Inquiry*, 13(1), 23-32.

Wiking, E., Saleh-Stattin, N., Johansson, S-E. & Sundquist, J. (2009). Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 290-297.

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I: Friberg, F. (red), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (45-70). Lund: Studentlitteratur

Bilaga 1

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, ab- stract, nyckelord, MESH-term)	Ant al träf far	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2012-02-03	PubMed	Nurse* and experience * and immigrant patient*	Human, English, Swedish, 2000-2012	Title/abstract	3	Svarar inte på syftet - ej vårdpersonal	1. "Nurse radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the native language" 2. "Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patient: a questionnaire study at a Danish hospital"
2012-02-07	Cinahl	Transcultural nursing and nurse* and experience* not student*	Peer reviewed, human, English language, 2000-2012	Abstract	7	Svarar inte på syftet - ej empiriska studier - specialismråde - om utbildning	3. "Nurses' experiences of caring for culturally diverse patients in an acute care setting"
2012-02-07	Cinahl	Transcultural care and nurse* and cultur*	Peer reviewed, human, English language, 2000-2012	Abstract	11	Dublett Svarar inte på syftet - ej somatisk vård - ej empiriska studier - ej vårdpersonal	Nr. 3 4. "Transcultural care. Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs?"
2012-04-04	Academic Search Elite	Transcultural care and patient* and nurse*	Scholarly (peer reviewed) journals, English, 2000-2012	Abstract	6	Svarar inte på syftet - ej empiriska studier	5. "Patients transcultural needs and carers' ethical response"
2012-04-10	Cinahl	Immigrant* and care* and nurse* and communication*	Peer reviewed, human, English, 2000-2012	Abstract	7	Dublett Svarar inte på syftet - ej vårdpersonal - specialismråde	Nr. 2 6. "Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study"

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, ab- stract, nyckelord, MESH-term)	Ant al träf far	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2012-04-10	Cinahl	Cross-cultur* and nurse* and care* and communication*	Peer reviewed, human, English, 2000-2012	Abstract	7	Svarar inte på syftet - ej vårdpersonal - vårdpersonal som immigranter - palliativ vård	7. "Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey"
2012-04-10	PubMed	Transcultural nursing and nurse-patient relations and cultur* and perspective*	Human, English, Swedish, 2000-2012	MeSH-termer Title/abstract	14	Svarar inte på syftet - ej empiriska studier - om utbildning - ej vårdpersonal - ej somatisk vård	8. "Perspectives of cultural competence in health care"
2012-04-10	PubMed	Cultural care* and nurse* and experience* not student*	Human, English, Swedish, 2000-2012	Title/abstract	10	Svarar inte på syftet - onkologisk vård - palliativ vård - ej vårdpersonal - ej somatisk vård - ej empiriska studier - om utbildning	9. "Cultural discovery in nursing practice with Vietnamese clients"
2012-04-10	Cinahl	Transcultural nursing and nurs* and experience* and cultur* not student*	Peer reviewed, human, English, 2000-2012	Nyckelord Abstract	27	Dubletter Svarar inte på syftet - specialistområde - ej aktuell studie i tid - ej vårdpersonal - ej empiriska studier - om utbildning - ej somatisk vård	Nr. 3, 6, 8, 9 10. "Emergency nurses' caring experiences with Mexican American patients" 11. "Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England" 12. "Nurses' experience in caring for patients from different cultural backgrounds" 13. "Cultural frameworks of nursing practice: exposing an exclusionary healthcare culture"

							14. "Meeting the needs of minority ethnic patients" 15. "Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences" 16. "Prejudice, paradox, and possibility: nursing people from cultures other than one's own"
2012-04-11	PubMed	Cultural difference* and care* and nurse* and experience* and immigrant*	Human, English, Swedish, 2000-2012	Title/abstract	3	Svarar inte på syftet - ej empiriska studier	17. "Immigrants in emergency care: Swedish health care staffs' experiences"
2012-04-11	PubMed	Cultural background* and nurse* and care* and experience*	Human, English, Swedish, 2000-2012	Title/abstract	19	Dubblatt Svarar inte på syftet - ej somatisk vård - ej immigrantpatienter - ej vårdpersonal - palliativ vård - ej empiriska studier - specialistområde	Nr. 17 18. "Professional and cultural conflicts for intensive care nurses"
2012-04-11	PubMed	Multicultur* and care* and nurs* and experience* and culture*	Human, English, Swedish, 2000-2012	Title/abstract	13	Dubletter Svarar inte på syftet - om utbildning - ej empiriska studier - ej vårdpersonal - palliativ vård	Nr. 6, 9 19. "Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland"
2012-04-11	PubMed	Transcultural nursing and nurse* and perspective* and culture*	Human, English, Swedish, 2000-2012	MeSH-term Title/abstract	27	Dubblatt Svarar inte på syftet - ej empiriska studier - ej vårdpersonal - om utbildning - palliativ vård - ej somatisk vård - sjuksköterskor som immigranter	Nr. 8 20. "Nursing people from cultures other than one's own: a perspective from New Zealand"

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2012-04-12	ScienceDirect	Migrant patient and nurse	2000-2012, journals	Abstract/title/key word	5	Svarar inte på syftet - ej immigrantpatienter - ej empiriska studier - ej vårdpersonal - om utbildning	21. "Nurses' experience of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden"
2012-04-12	Cinahl	Cross-cultur* and nurse* and perspective* not student*	Peer reviewed, human, English, 2000-2012	Abstract	12	Svarar inte på syftet - onkologisk vård - ej vårdpersonal	22. "A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: patients' and nurses' perspectives in six different EU countries"

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
1. Michaelsen J. J., Krasnik A., Nielsen A. S., Norredam M. & Torres A. M. Danmark 2004	Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital	Identifiera variationer i attityder, kunskap, upplevelser och kommunikation bland olika kategorier av vårdpersonal i relation till immigranter.	En enkät med 29 slutna frågor och några öppna frågor skickades ut till totalt 1012 personer som arbetar på olika kliniska avdelningar på ett sjukhus i Köpenhamn (443 st. sjuksköterskor, 295 läkare, 274 undersköterskor).	Resultatet baserades på en totalt 58 % svarsfrekvens (52 % sjuksköterskor, 56 % läkare, 43 % undersköterskor). Svaren på de slutna frågorna skannades och transformerades till en SPSS databas. Svaren på de öppna frågorna skannades och transformerades till text.	Resultatet presenteras i tabeller och under tre kategorier som visar att immigrantpatienter utgör påfrestning för sjukvården generellt på grund av dramatisering när de blir sjuka, överdriven smärta, mer krävande släktingar, kommunikationssvårigheter, oproportionerliga krav vad gäller medicinering och personalens oförmåga att uppfylla immigrantpatienternas behov.	Hög Godkänd av etisk kommitté, utförd enligt Helsingfors-deklarationen. Noggrann metodbeskrivning. Bra resultatdiskussion.
2. Hultsjö S. & Hjelm K. Sverige 2005	Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experience	Identifiera huruvida vårdpersonal inom somatisk och psykiatrisk akutsjukvård har upplevt problem vid vård av migranter, och i så fall jämföra deras upplevelser.	35 personer (sjuksköterskor och undersköterskor) som arbetar inom somatisk akutsjukvård och ambulanssjukvård på ett sjukhus i södra Sverige deltog i semi-strukturerade fokusgruppsintervjuer. Intervjuerna spelades in och transformerades till text.	Insamling och analys av data skedde samtidigt och principen av datamättnad följdes. Analysen utfördes enligt beskriven metod för fokusgruppsintervjuer av Krueger & Casey (2000).	Resultatet presenteras i en översikt av samt text under de 8 kategorierna: "skillnader relaterade till vård av asylsökande flyktingar", "svårigheter relaterade till skillnader i kulturella beteenden", "svårigheter relaterade till anhörigkontakt", "svårigheter relaterade till genus", "komplicerade organisatoriska faktorer", "språkbarriärer", "svårigheter relaterade till tidigare erfarenheter av migration" och "situationer upplevda som hotande".	Hög Godkänd av etisk kommitté, etiska principer tillämpade. Trovärdigt resultat.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
3. Vydelingum V. Storbritannien 2006	Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England	Beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda sydasiatiska patienter.	43 personer (sjuksköterskor och undersköterskor) från sex olika avdelningar på ett sjukhus i södra England deltog i fokusgruppsintervjuer med öppna frågor. Intervjuerna spelades in och fältanteckningar gjordes.	Tematisk analys utfördes med datamärkning, analytiska koder och identifiering av teman.	Resultatet presenteras utifrån de 8 identifierade temana: "ändringar i service (vi gör vårt bästa)", "oriktig medvetenhet om jämlikhet (vi behandlar alla lika)", "begränsad kulturell kunskap (vi förstår dem inte)", "skuldbeläggning av offer (det är inte vårt fel)", "värdering av anhöriga (de är väldigt hjälpsamma)", "förnekelse av rasism (vi har ingen rasism här)", "etnocentrism (det de tror är irrationellt)", "self-disclosure (jag vet hur de känner)".	Hög Godkänd av etisk kommitté. Omfattande resultat. Ingående resultat-diskussion.
4. Cortis J. D. Storbritannien 2004	Meeting the needs of minority ethnic patients	Undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att vårda hospitaliserade pakistanska patienter.	30 sjuksköterskor arbetande inom akutvård, kritisk vård och rehabilitering (10 st. från varje) rekryterades från en akut NHS organisation i England och deltog i enskilda semi-strukturerade intervjuer. Intervjuerna spelades in.	Intervjuerna transkriberades. Riktighet kontrollerades gentemot inspelningarna och med genomläsning av respondenterna. Texterna kodades och teman och mönster identifierades.	Resultatet presenteras utifrån 4 identifierade teman: "att förstå 'kultur' och 'spiritualitet'", "kunskap om det pakistanska samhället", "omvårdnadsutmaningar och brister" och "tänkbara förklarande faktorer".	Hög Godkänd av etisk kommitté, etiska principer tillämpade. Tydlig metod-beskrivning. Pålitligt resultat.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
5. Høye S. & Severinsson E. Norge 2010	Professional and cultural conflicts for intensive care nurses	Undersöka intensiv- sjuusköterskors erfarenheter av eventuella konflikter relaterade till praktiska situationer i mötet med familjer till kritiskt sjuka patienter från olika kulturer	16 intensivsjuusköterskor rekryterades från 3 sjukhus i Norge och deltog i totalt 8 flerstegs- fokusgruppsintervjuer med 3-7 deltagare i varje grupp. Intervjuerna spelades in.	Reflektioner från tidigare möten presenterades vid efterföljande möten vilket resulterade i tillägg och inspirerade till nya diskussioner. Data transkriberades och analyserades med inhållsanalys.	Resultatet presenteras utifrån huvudtemat; ”konflikt mellan professionellt omvårdnadsutövande och familjära kulturtraditioner” med 3 par konfliktteman; ”kulturellt baserat behov av deltagande i vården vs. sjuusköterskors professionella uppfattning som total vårdförsörjare”, ”sjuusköterskors professionella skyldighet att ge förståelig information vs. kulturellt baserade kommunikationssvårigheter och gensvar på ohälsa” och ”familjers behov av kulturella normer och autonomi vs. sjuusköterskors professionella ansvar för den kliniska miljön” samt underteman.	Hög Godkänd av etisk kommitté. Mycket bra metodavsnitt med argumentation för bl.a. trovärdighet och överförbarhet. Bra resultatdel och diskussion.
6. Høye S. & Severinsson E. Norge 2008	Intensive care nurses’ encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study	Undersöka intensiv- sjuusköterskors uppfattningar betraktande möten med familjer till patienter med multikulturell bakgrund.	16 intensivsjuusköterskor rekryterades från 3 olika intensivvårdsavdelningar på universitetssjukhus i Norge och deltog i totalt 8 flerstegs- fokusgruppsintervjuer med 3-7 deltagare i varje grupp. Intervjuerna spelades in.	Vid varje efterföljande möte gavs en sammanfattning av reflektioner från tidigare möte/möten. Data transkriberades och analyserades med inhållsanalys.	Resultatet presenteras utifrån temat: ”kulturell mångfald och stressfaktorer på arbetsplatsen” med underkategorierna: ”påverkan på arbetsmönster”, ”kommunikations- utmaningar”, ”gensvar på kris” och ”professionell status och genusproblem”.	Hög Godkänd av etisk kommitté, etiska principer tillämpade. Tydlig metod- beskrivning med diskussion om kvalitet.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
7. Boi S. Storbritannien 2000	Nurses' experiences in caring for patients from different cultural backgrounds	Undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att vårda kulturellt olika patienter och belysa eventuella problem vid vård av dessa patienter.	7 sjuksköterskor från en kirurgisk avdelning på ett sjukhus i London deltog i fokusintervjuer. Intervjuerna spelades in.	Data transkriberades och kodning och kategorisering utfördes.	Resultatet presenteras utifrån 4 identifierade kategorier: "problem relaterade till kommunikation", "problem relaterade till kulturella skillnader", "problem relaterade till patienters anhöriga" och "problem relaterade till utbildning och kompetensutveckling".	Medel Etiska principer tillämpade. Två syften. Något otydlig metodbeskrivning.
8. Fatahi N., Mattsson B., Lundgren S.M. & Hellström M. Sverige 2010	Nurse radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the native language	Undersöka röntgen-sjuksköterskors erfarenheter av att undersöka patienter som inte talar svenska. Frågeställning: "Vilka hinder finns det och hur kan de övervinnas?"	11 röntgensjuksköterskor rekryterades från röntgenavdelningar på 3 sjukhus i Göteborg och deltog i 3 fokusgruppsintervjuer. Diskussioner sattes igång med en öppen fråga och följdfrågor ställdes. Intervjuerna spelades in.	Data transkriberades och analyserades med innehållsanalys. Underkategorier, kategorier och ett övergripande tema utvecklades.	Resultatet presenteras utifrån 4 identifierade huvudkategorier med styrkande underkategorier: "Tolkningssätt" – "professionell tolk", "släkt och vänner som tolkar", "personal som tolkar", "utan tolk". "Behov av tolkning" – "absolut nödvändigt", "ganska nödvändigt", "inte nödvändigt". "Kvalitet på tolkning" – "tolkens kvalitet", "tidsaspekter", "kulturella aspekter". "Förbättring av tolkning" – "specifik tolkträning", "bokning av tolk", "anställning av tolkar", "utbildning av röntgensjuksköterskor".	Hög Etiska principer tillämpade. Utförlig metodbeskrivning med argumentering för hög validitet och reliabilitet. Begripligt resultat.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
9. Ozolins L-L. & Hjelm K. Sverige 2003	Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden	Undersöka och beskriva sjuksköterskors rapporter av situationer med migranter i akutsjukvård som upplevts som problematiska.	49 sjuksköterskor från olika delar av Sverige dokumenterade sina erfarenheter genom att skriftligt beskriva upplevda problematiska situationer med migranter. En övergripande fråga användes.	Resultatet baserades på totalt 64 beskrivna situationer. Beskrivningarna analyserades och mönster, teman, underkategorier och huvudkategorier uppträdde.	Resultatet presenteras utifrån de 9 huvudkategorierna: "svårigheter relaterade till olika beteenden", "språkbarriärer", "svårigheter relaterade till kontakt med anhöriga", "tillit till auktoritet", komplicerade organisatoriska faktorer", "svårigheter relaterade till genus", "situationer upplevda som hotande", "problem relaterade till patientens tidigare erfarenhet av våld" och "svårigheter relaterade till användandet av naturläkemedel" med underkategorier.	Hög Godkänd av "The Swedish Council for Research in the Humanities and Social Sciences". Bra design och metod. Utförligt resultat.
10. Tuohy D., McCarthy, Cassidy I. & Graham M.M. Irland 2008	Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland	Diskutera Irländska sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer från en annan kultur.	7 sjuksköterskor (inkluderande barnmorskor, allmän- och psykiatri-sjuksköterskor) deltog i semi-strukturerade intervjuer både individuellt samt i fokusgrupper. Intervjuerna spelades in och fältanteckningar gjordes.	Data transkriberades, tematisk analys utfördes och teman uppträdde.	Resultatet presenteras utifrån de 3 temana: "handla med kulturella problem i praktiken", "tillgång och användande av tolk service" och "planering och åtgärdsvidtagande".	Medel Godkänd av etisk kommitté, etiska principer tillämpade. Något otydlig metod-beskrivning.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
11. Leishman J Storbritannien 2004	Perspectives of cultural competence in health care	Utforska uppfattningar hos en grupp sjukvårdspersonal angående vikten av kulturell medvetenhet i praktisk sjukvård.	10 sjuksköterskor med minst 2 års erfarenhet av klinisk vård på sjukhus eller i kommun rekryterades från olika län i Skottland och deltog i individuella ostrukturerade intervjuer där en öppnande fråga ställdes. Intervjuerna spelades in.	Data transkriberades och analyserades med tematisk innehållsanalys där nyckelteman framkom genom utvalda nyckelbudskap och kodning av dessa.	Resultatet presenteras utifrån de 2 uppkomna temana: "kunskap om och lärande av kulturell medvetenhet" och "erfarenheter av vård av människor från olika kulturer". Respondenterna ansåg att de hade kunskapsbrist. De upplevde brådskande behov av ökad kulturell medvetenhet. Personalen kände rädsla och nervositet att möta patienter från andra kulturer.	Hög Etiska principer tillämpade. Godkännande från respektive rekryterande vårdinrättning. Noggrann metodbeskrivning. Begripligt resultat.
12. Doan H., Tschundin V., Hot I. & Özkan I. Tyskland 2009	Patients' transcultural needs and carers' ethical responses	Undersöka om det existerar problem mellan turkiska immigranter och tysk sjukvårdspersonal och vad de identifierade eventuella problemen beror på.	En enkät innehållandes tre slutna och två öppna frågor delades ut till 150 slumpmässigt utvalda personer i Göttingen (50 turkiska personer med kronisk sjukdom eller som någon gång drabbats av akut sjukdom, 50 sjuksköterskor och 50 sjukgymnaster).	Resultatet baserades på en 100 % svarsfrekvens.	Dålig kommunikation pga. språkbarriärer ansågs vara ett vanligt problem bland samtliga respondenter. Sjukvårdspersonal ansåg att vanor vad gäller kost, hygien och besök i patientrummet är viktiga vid vård av utländska patienter och majoriteten såg vikten av empati och medkänsla för att acceptera utländska patienter som individer värdiga av respekt. Stor del av de turkiska personerna ansåg att sjukvårdspersonal kan behöva kompetensutveckling angående olika värderingar och vanor som utländska patienter kan ha.	Låg Framgår inte att etiska principer har tillämpats. Ingen analysbeskrivning. Kort resultat.

Bilaga 3

Granskningsmall för kvalitativa artiklar

Modifierad utifrån Forsberg och Wengström (2003)

Artikelnamn: _____

Total bedömning av kvalitet:

Hög <input type="checkbox"/>	Medel <input type="checkbox"/>	Låg <input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------------	------------------------------

Syfte	Ja	Nej
1. Framgår syftet tydligt?		
2. Framgår frågeställningar tydligt?		
3. Är studiens design relevant för att besvara syftet/ frågeställningen?		
Undersökningsgrupp		
4. Är urvalskriterier tydligt beskrivna? (inklusions- och exklusionskriterier)		
5. Beskrivs det var undersökningen genomfördes?		
6. Finns urvalsmetod beskriven?		
7. Är undersökningsgruppen lämplig för studien?		
Metod för datainsamling		
8. Är fältarbetet tydligt beskrivet?		
9. Beskrivs metoder för datainsamling tydligt? (vilken typ av frågor etc.)		
10. Framgår det att etiska överväganden har gjorts?		
Dataanalys		
11. Presenteras det hur data har analyserats?		
Resultat		
12. Är resultatet tydligt beskrivet/ begripligt?		
13. Besvarar resultatet syftet med studien?		
14. Stöder insamlade data forskarens resultat?		
15. Är resultaten trovärdiga?		
16. Är teorier och tolkningar baserade på insamlade data? (citat av originaldata)		
17. Har resultaten klinisk relevans?		
Utvärdering		
18. Är analys och tolkning av resultat diskuterade?		
19. Diskuteras svagheter med metoden?		
20. Drar författaren någon slutsats?		
Håller du med om slutsatsen?		

Ska artikeln inkluderas?	Ja	Nej
---------------------------------	-----------	------------

Bilaga 4

Granskningsmall för kvantitativa artiklar

Modifierad utifrån Forsberg och Wengström (2003)

Artikelnamn: _____

Total bedömning av kvalitet:

Hög <input type="checkbox"/>	Medel <input type="checkbox"/>	Låg <input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------------	------------------------------

Syfte	Ja	Nej
1. Framgår syftet tydligt?		
2. Framgår frågeställningar tydligt?		
3. Är studiens design relevant för att besvara syftet/ frågeställningen?		
Undersökningsgrupp		
4. Är inklusionskriterier beskrivna?		
5. Är exklusionskriterier beskrivna?		
6. Finns urvalsmetod beskriven?		
7. Framgår antalet deltagare i studien?		
8. Beskrivs det var undersökningen genomfördes?		
9. Framgår det att etiska överväganden har gjorts?		
Mätmetoder		
10. Framgår det vilka mätmetoder som har använts?		
11. Är reliabiliteten beräknad?		
12. Är validiteten diskuterad?		
Analys		
13. Framgår det hur stort bortfallet var?		
14. Framgår huvudresultaten?		
15. Erhålls signifikanta skillnader?		
Värdering		
16. Kan resultaten generaliseras till annan population?		
17. Kan resultaten ha klinisk betydelse?		
18. Drar författaren någon slutsats?		
Håller du med om slutsatsen?		

Ska artikeln inkluderas?	Ja	Nej
--------------------------	----	-----