



HÖGSKOLAN  
DALARNA

# Sjuksköterskors och patienters upplevelser av tvärkulturell omvårdnad

- En systematisk  
litteraturstudie

## **Författare**

Emma Olsson

Linda Olsson

EXAMENSARBETE

Högskolan Dalarna  
Examensarbete  
Nr 200x:xx

# Nurses' and patients' experiences of transcultural nursing

- A systematic literature review

## Författare

Emma Olsson  
Linda Olsson



HÖGSKOLAN  
DALARNA

EXAMENSARBETE

Högskolan Dalarna  
Examensarbete  
Nr 200x:xx



HÖGSKOLAN  
DALARNA

**Högskolan Dalarna**

791 88 Falun

Tel 023-77 80 00

Rapport 200x:nr

ISBN

ISSN





HÖGSKOLAN  
DALARNA

## **Sammanfattning**

Syftet med denna studie var att beskriva vilken upplevelse sjuksköterskor hade av att ge omvårdnad till patienter med annat etniskt ursprung, samt att beskriva hur denna patientgrupp upplevde omvårdnaden. Studien genomfördes som en systematisk litteraturstudie där 16 artiklar inkluderades. För sjuksköterskor upplevdes kommunikationsproblem som stressande och frustrerande. Vidare upplevde sjuksköterskor att information måste förenklas och komprimeras när det finns en språkbarriär för att patienten skulle förstå. Patienter å sin sida upplevde att det var svårt att förmedla sina behov när de inte talade samma språk som sjuksköterskan.

De vanligaste kommunikationsstrategierna som användes var tolk eller anhöriga som översatte. Både sjuksköterskor och patienter upplevde tolk som ett bra hjälpmedel när verbal kommunikation inte var möjlig på grund av att olika språk talades.

Att vårda patienter med annat etniskt ursprung upplevdes av sjuksköterskor som svårt och krävande. Sjuksköterskor upplevde att de saknade utbildning för att möta en mångkulturell patientgrupp och även patienter önskade att sjuksköterskorna skulle vara bättre utbildade då de trodde att det skulle skapa en större förståelse för andra.

Nyckelord: Kommunikation, patient, sjuksköterska, språkbarriär, tvärkulturell omvårdnad

# Innehållsförteckning

Introduktion .....	<b>1</b>
Hälsa och invandring.....	1
Kulturkonfrontation .....	2
Etnicitet .....	2
Syn på hälsa och ohälsa .....	2
Omvårdnad .....	3
En tvärkulturell vård .....	3
En Holistisk vård .....	4
Tvärkulturell omvårdnad i sjuksköterskeutbildningen .....	4
Tvärkulturell omvårdnad – en teori.....	5
Problemformulering.....	5
Syfte.....	5
Frågeställningar .....	5
Definition av centrala begrepp .....	6
<i>Kultur:</i> .....	6
Metod.....	<b>6</b>
Design.....	6
Urval av litteratur .....	6
Datainsamlingsmetod.....	7
<i>Inklusionskriterier</i> .....	7
<i>Exklusionskriterier</i> .....	7
Analys .....	7
Resultat.....	<b>8</b>
Sjuksköterskors upplevelser av tvärkulturell omvårdnad.....	9
<i>Språkbarriären</i> .....	9
<i>Användande av tolk</i> .....	11
<i>Anhöriga som tolk</i> .....	11
<i>Tvåspråkig personal</i> .....	12
<i>Kommunikationsstrategier</i> .....	12
<i>Kulturella beteenden</i> .....	13
<i>Kulturella beteenden relaterade till anhöriga</i> .....	14
<i>Könsrelaterade problem</i> .....	14
<i>Kunskap</i> .....	14
<i>Negativa känslor</i> .....	15
<i>Positiva känslor</i> .....	16
<i>Etnocentrism</i> .....	16
Patienters upplevelser av tvärkulturell omvårdnad.....	17
<i>Kommunikation</i> .....	17
<i>Kommunikationsstrategier</i> .....	17
<i>Information</i> .....	18
<i>Kulturell Kompetens</i> .....	18
<i>Negativa erfarenheter</i> .....	19
<i>Positiva erfarenheter</i> .....	19
Diskussion.....	<b>19</b>

Sammanfattning av huvudresultat.....	19
Resultatdiskussion .....	20
Metoddiskussion .....	22
Förslag till vidare forskning .....	23
Klinisk betydelse .....	24
Etisk granskning.....	24
Referenser .....	<b>25</b>
 Bilaga 1	
Bilaga 2	

## Introduktion

I en studie av Gebru och Willman (2003) skriver författarna att Sverige har gått från att vara ett homogent land till att bli ett multikulturellt land de senaste 40 åren. De skriver vidare att den kulturella mångfalden blir mer påtaglig i större städer och tar upp Malmö som exempel där 36 % har en utländsk härkomst.

Om man ser till hela den svenska populationen har 20 % en utländsk härkomst. Migrationsverket (2007) beskriver att Sverige numera räknas som ett invandringsland, vilket innebär att det är fler som flyttar till Sverige än de som utvandrar. Under år 2007 fick 99 485 personer uppehållstillstånd i Sverige. Det är det högsta antalet personer som fått uppehållstillstånd sedan mätningarna började år 1875. Ungefär hälften av dessa invandrare kommer från nordiska och europeiska länder och den andra hälften från utomeuropeiska länder som Irak, Thailand, Somalia och Kina. Det vanligaste skälet till att människor från länder utanför den Europeiska unionen bosätter sig i Sverige är familjeanknytning. Det betyder att de har en relation till andra personer som sedan tidigare invandrat. Detta fenomen är en del av begreppet globalisering och är något som sker världen över. Globalisering är ett brett begrepp som omfattar ekonomi, utbyte av information och teknologi, men även berör kultur, miljö, attityder och livsåskådning. Denna globalisering har intensifierats de senaste decennierna (Globaliseringsrådet, 2007). Omvårdnadsteoretikern Madeleine Leininger (2002) uttrycker det som att världen blir mindre men samtidigt mer komplex när globaliseringen ökar. Sjuksköterskor vårdar numera personer från olika kulturer med olika värderingar, tro och sätt att leva.

## Hälsa och invandring

I en rapport från socialstyrelsen (2000) har en studie utförts där svenskar jämförs med invandrare från Chile, Turkiet, Polen och Iran angående hälsa. Rapporten visar att svenskfödda i regel har bättre hälsa än invandrare. Olika bakgrundsfaktorer påverkar hälsan och låg utbildningsnivå påverkar möjligheterna att få jobb vilket i sin tur påverkar den ekonomiska situationen. Utbildningsnivån påverkar också möjligheten att lära sig svenska. En upplevelse av diskriminering kan vidare också leda till en minskad känsla av sammanhang. I en studie av Brämberg (2008) får man ta del av ett flertal historier om hur det är att komma till Sverige som asylsökande. De asylsökande beskriver stressen att inte veta om de kommer få stanna i landet och svårigheterna att komma in på arbetsmarknaden som invandrare. Flera av deltagarna känner sig misstrodda av såväl sjukvården som andra instanser till exempel försäkringskassan. En deltagare berättar om hur han kom till Sverige med ambitionen att vara en vanlig svensk och arbeta sig uppåt. Istället upplevde han att han överallt blev bemött som en invandrare bland andra och inte som individ.

Att han möttes av förutfattade meningar som han upplevde som nedvärderande. Till slut fick han acceptera sin invandraridentitet och hitta gemenskap med andra invandrare (Brämberg, 2008).

## **Kulturkonfrontation**

Alla människor har en referensram för orientering och förståelse som kan påverkas av den kulturella bakgrunden och genom denna referensram tolkar man omvärlden. Olika kulturer har olika referensramar som leder till att synen på till exempel sjukdom, hälsa och lycka kan skilja sig kulturer emellan. Detta är något som kan leda till en kulturkonfrontation. Men trots att alla människor är unika och kommer från olika kulturer finns det ändå gemensamma nämnare som är lika för alla oavsett kultur. Om man istället för att framhäva kulturernas skillnader ser gemensamma drag hos människan möjliggörs en dialog (Barbosa da Silvia & Ljungquist, 2003).

För att kunna vårda patienter från andra kulturer menar Duffy (2001) att sjuksköterskan behöver kunskap om andra kulturer. Utöver det måste sjuksköterskan också få kunskap i att ändra de referensramar som hon tar för givna, kritiskt granska sig själv och den egna kulturen för att få ett bättre perspektiv och bli bättre förberedd för att möta andra.

## **Etnicitet**

Med ordet etnisk menas sammanhängande med folk eller folkgrupper. Etnicitet handlar om en identifikation eller en känsla av grupptillhörighet. Ordet används ofta för att kategorisera eller referera till andra människor. Med etnocentrism menas att ens egen kultur ses som central. Ett sådant synsätt kan leda till att andra kulturernas normer ses som mindre värda, vad det gäller exempelvis värderingar eller traditioner (Nationalencyklopedin, 2008). Man utgår från sig egen kultur när man försöker tolka och förstå andra kulturer, sitt sätt att se på sjukdom, hälsa eller lycka, helt enkelt sin kulturs referensramar (Barbosa da Silvia & Ljungquist, 2003).

I en irländsk studie med 43 sjuksköterskor tar Vydelingum (2006) upp ett exempel på etnocentrism. Han beskriver hur sjuksköterskorna ser sin egen kultur som överlägsen. Deltagarna i studien visade fördomar mot andra kulturer och har en etnocentrisk syn. De gav även sig själva rätten att avgöra om andra kulturernas värderingar och utövanden var relevanta eller inte.

## **Syn på hälsa och ohälsa**

Varje kultur har olika sätt att tolka födelse, sjukdom och död för att kunna förklara det som händer (Hanssen, 1998). Enligt Barbosa da Silvia och Ljungquist (2003) är en objektiv syn på sjukdom mer dominant i västvärlden. Det innebär att sjukdom i sig inte bara är en känsla utan också något man kan mäta exempelvis högt blodtryck, dåligt blodvärde eller feber. Ett annat sätt att se sjukdom kan vara den subjektiva upplevelsen av sjukdom, där känslan av att vara sjuk är



viktigare än det som man objektivt kan mäta. Uttryck för sjukdom kan också skilja sig. I vissa länder är det tillåtet att uttrycka sjukdom genom att gråta, skrika eller klaga för att visa att man har ont, framkalla sympati och påskynda hjälp från läkare. Kulturer skiljer sig i sitt sätt att uttrycka sjukdom (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2003). När sjuksköterska och patient har olika syn på sjukdomen och inte kan förstå varandras uttrycksformer och förväntningar är det lätt att missförstånd och feltolkningar uppstår (Hanssen, 1998)

## **Omvårdnad**

Omvårdnad är ett ämne som kan beskrivas på flera olika sätt. Omvårdnad kan exempelvis handla om att lägga fokus på människans grundläggande behov. Det kan även handla om relationen mellan patient och sjuksköterska och hur det samspelet kan se ut och det finns flera olika teorier om detta. Det finns dock några gemensamma drag och störst vikt läggs på patienten och hans eller hennes hälsa och livskvalitet. Omsorgen av patienten ska vara individanpassad och kommunikation och samarbete med patienten bör främjas. En människa kan behöva omvårdnad när han eller hon blir äldre, drabbas av sjukdom eller hamnar i någon annan situation då hennes egna resurser inte räcker till för att hantera det. Att vara sjuksköterska medför att verka för ett yrkesideal med vissa moraliska värden och mål som att respektera patientens autonomi, integritet och värdighet och att vara öppen för att olika individer har olika värderingar och trosuppfattningar. Det är viktigt att försöka leva sig in i patientens situation för att kunna ge god omvårdnad (Jahren Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2005). Omvårdnadsåtgärder bör i hög grad grundas på vetenskap och denna kunskap kan erhållas till exempel med hjälp av teoretiska studier (Thorsén, 2003).

## **En tvärkulturell vård**

Kultur är ett mänskligt fenomen som består av olika typer av vetande, trosföreställningar och övertygelser vad det gäller människan, samhället, naturen och religion (Barbosa da Silvia & Ljungquist, 2003). Det kan gå vidare i generationer och influerar ens sätt att tänka och agera. Olika kulturer kan existera lokalt, regionalt, nationellt, tvärnationellt och globalt. Tvärkulturell omvårdnad är förutom ett forskningsområde även ett praktiskt område. Genom att fokusera på de skillnader och likheter som finns gällande religion, värden och livsstil mellan olika kulturer och genom att lyfta fram betydelsen av tvärkulturell omvårdnad kan kulturellt överensstämmande, meningsfull och välgörande omvårdnad främjas (Leininger, 2002).

## En Holistisk vård

Med en holistisk vård avses en vård som inte bara vårdar en sjukdom utan en människa med kropp, själ och ande. Inom sjukvården i västvärlden finns ofta en biomedicinsk människosyn som innebär att fokus läggs på det som är synligt och mätbart, den sjuka delen av patientens kropp. Ser man det sjuka är det lätt att det psykiska och/eller det andliga hamnar i skymundan, man inte får någon helhetsbild och vården därmed inte heller blir holistisk (Barbosa da Silvia & Ljungquist, 2003). I ICN: s etiska kod för sjuksköterskor står det:

*I vårdarbetet verkar sjuksköterskan för en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattning hos individ, familj och samhälle respekteras...*

*... Sjuksköterskan delar med samhället ansvar för att initiera och stödja åtgärder som tillgodoser, i synnerhet svaga befolkningsgruppers hälsa och sociala behov (ICN: s etiska kod för sjuksköterskor s. 4).*

Duffy (2001) menar att det existerar en kulturell kris inom sjukvården. Invandringen ökar i västvärlden samtidigt som många länder inte har uppmärksammat behoven hos invandrarna tillräckligt. Hon menar vidare att studier har visat att man misslyckats i vården av patienter som skiljer sig kulturellt, socioekonomiskt, etniskt, sexuellt och genom andra traditioner och levnadsvanor. Det är sjukvårdspersonalens skyldighet att erbjuda god och säker vård, som också innefattar en kulturellt anpassad. Hanssen (1998) beskriver hur det i Skandinavien finns rättvise- eller jämställdhetstankar om att samma tillstånd ska behandlas på ett jämlikt sätt. Problemet är att alla individers behov skiljer sig, även bland individer med samma kulturella bakgrund men kanske speciellt kulturer emellan. Extra omvårdnadsåtgärder tolkas lätt som extra förmåner, men för en rättvis och holistisk vård krävs det att man ser allas individuella behov. Olika behov måste hanteras unikt för att jämställdhet ska uppnås.

## Tvärkulturell omvårdnad i sjuksköterskeutbildningen

Enligt högskoleförordningen finns det olika krav som sjuksköterskestudenten ska uppfylla för att erhålla sin examen. Däribland ingår bland annat:

*Att visa förmåga att tillämpa sitt kunnande för att hantera olika situationer, företeelser och frågeställningar utifrån individers och grupperns behov. Att visa förmåga att med helhetssyn på människan göra åtgärdsbedömningar utifrån relevanta vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna (kap 4).*

Utöver detta är det upp till varje högskola och universitet att närmare sätta upp riktlinjer för vad som ska gälla för sjuksköterskeutbildningen på respektive skola (Högskoleförordningen, 1993). Ett sätt att integrera tvärkulturell omvårdnad i utbildningen kan vara att använda en inlärningsmodell baserad på Leiningers teori (Gebru & Willman, 2003).

Ett sätt att mäta hur kulturellt medvetna sjuksköterskestudenterna är kan vara att använda sig av *Cultural Awareness Scale*. Det är en skala där man får en viss poäng utifrån hur kulturellt medveten man är gällande en rad olika faktorer som till exempel beteende vid interaktion eller patientvård. Att mäta kulturell medvetenhet är en viktig del i strävan efter att ge evidensbaserad vård (Krainovich-Miller, Yost, Norman, Auerhahn, Dobal, Rosedale et al, 2008).

## **Tvärkulturell omvårdnad – en teori**

I Leiningers teori (1995) ses omsorg som omvårdnadens kärna, men även kultur och miljömässiga faktorer ses som viktiga faktorer i omvårdnad. Hon menar att omsorg är avgörande för läkning och att utan omsorg omöjliggörs läkning. Omvårdnadshandlingar och beslut måste dock upplevas av patienten som nyttiga, meningsfulla och tillfredsställande. Om det inte upplevs på detta vis kan det leda till konflikter som istället fördröjer tillfrisknande eller förhindrar välbefinnande. Hon menar att utövandet av omsorg har sina rötter i kultur hos alla människor, därför måste omsorg och således omvårdnad vara kulturellt överensstämmande. Syftet med hennes teori är att identifiera kulturellt betingade likheter och skillnader i omsorgen för att sedan kunna erbjuda en kulturellt överensstämmande vård.

## **Problemformulering**

Den ökande invandringen till västvärlden medför nya utmaningar för sjuksköterskor. I mötet med människor från andra kulturer ställs andra krav på vården (Duffy, 2001). Tidigare studier som undersökt sjuksköterskeutbildningen i till exempel Sverige och USA visar på brister när det gäller kunskap om tvärkulturell omvårdnad. Detta trots att många länder, däribland Sverige, allt mer har utvecklats mot ett multikulturellt samhälle (Gebru & Willman, 2003). Utan kunskap om hur kulturella skillnader kan hanteras så är det svårt att ge en holistisk vård.

## **Syfte**

Att beskriva sjuksköterskors och patienters upplevelser av tvärkulturell omvårdnad.

## **Frågeställningar**

Hur upplever sjuksköterskor tvärkulturell omvårdnad?

Hur upplever patienter tvärkulturell omvårdnad?

## Definition av centrala begrepp

### *Kultur:*

Med begreppet kultur avses i denna studie ett mänskligt fenomen som består av olika typer av vetande, trosföreställningar och övertygelser vad det gäller människan, samhället, naturen och religion (Barbosa da Silvia & Ljungquist, 2003).

## Metod

### Design

Studien har genomförts som en systematisk litteraturstudie.

### Urval av litteratur

De artiklar som använts till denna litteraturstudies resultat har valts ut med hjälp av sex sökningar i databaserna Elin@Dalarna och PubMed. De sökord som använts är: *cultural competence, culturally diverse, cultural needs, cultural sensitivity, minority ethnic groups, nurses experiences, nursing, patients experiences* (se Tabell 1). En manuell sökning har dessutom genomförts i tidsskriften Journal of Transcultural Nursing, där uppsatsförfattarna gått igenom alla tidsskrifter från år 2000 och framåt. För att hitta litteratur till introduktionen har en manuell sökning också genomförts på Högskolan Dalarnas bibliotek.

**Tabell 1.** Urvalsprocess för artiklar via databaser.

Databas	Sökord	Träffar n	Utvalda artiklar n	Artiklar i resultat n
Pubmed	Nurses experiences + culturally diverse	44	11	3
	Patients experiences + cultural needs + nurs*	86	12	2
Elin@Dalarna	Nurs* + minority ethnic groups	41	7	2
	Nurs* + cultural competence	214	22	1
	Nurs* + culturally diverse	82	13	3
	Nurs* + cultural sensitivity + experiences	13	5	1
Manuell sökning i Journal of Transcultural nursing	Årgång 2000-2008	x	11	4

## **Datainsamlingsmetod**

Till denna litteraturstudie eftersöktes artiklar som beskrev sjuksköterskors eller patienters upplevelser av omvårdnad. De artiklar med en titel som verkade relevant för denna litteraturstudie valdes ut för vidare genomläsning. Båda uppsatsförfattarna läste artiklarnas abstract och de artiklar som bedömdes svara på litteraturstudiens syfte användes till resultatdelen. Artiklar med relevant innehåll men som inte svarade på syftet användes i introduktionen.

### *Inklusionskriterier*

De artiklar som inkluderats i litteraturstudiens resultat har varit skrivna på engelska eller svenska och publicerade år 2000 eller senare. Enbart studier med tillgång till kostnadsfri fulltext har använts. Litteraturen som använts i introduktionen har även den varit publicerad år 2000 eller senare, dock med ett undantag. Utöver artiklar som utgår från sjuksköterskor eller patienter så har även studier med sjuksköterskestuderande som gör sin praktik använts. Både kvalitativa och kvantitativa studier har inkluderats.

### *Exklusionskriterier*

De artiklar som bedömdes ha låg kvalitet enligt de granskningsmallar som användes exkluderades. Utöver det så exkluderades också artiklar där enbart patienter med ett visst sjukdomstillstånd beskrevs.

## **Analys**

Artiklarna har granskats utifrån en modifierad version av Willman, A, Stoltz, B & Bathsevani, C. (2006) och Forsberg, C. & Wengström Y. (2008) (se Bilaga 1 och Bilaga 2). Utifrån granskningsmallen har artiklarna bedömts med ett poängsystem, där kvalitativa artiklar kan få max 25 och kvantitativa max 29. Artiklar med en poäng på  $\geq 80$  % upp till 100 % av maxpoängen har bedömts ha hög kvalitet, artiklar med en poäng på  $\geq 60$  upp till  $< 80$  % bedöms ha medelhög kvalitet och artiklar med en poäng motsvarande under 60 % bedöms ha låg kvalitet. Båda uppsatsförfattarna har enskilt granskat artiklarna för att sedan diskutera dem gemensamt. De utvalda artiklarna presenteras i Tabell 2.

Därefter sorterades den information som svarade på litteraturstudiens syfte ut från artiklarna och sammanställdes under olika rubriker. De artiklar som beskrev sjuksköterskors separerades från de med patienters upplevelser.

## Resultat

Tabell 2. Sammanställning av artiklar som ligger till grund för resultatet (n = 16).

Författare	Land År	Titel	Design Metod	Deltagare	Kvalitet
Berlin, A. Johansson, S-E. Törnkvist, L.	Sverige 2006	Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin - Primary Child Health Nurses' Opinions.	Kvantitativ Enkät	n = 270	Hög 25/29
Brooks, N. Magee, P. Bhatti, P. Briggs, C. Buckley, S. Guthrie, S. <i>et al.</i>	England 2001	Asian patients' perspective on the communication facilities provided in a large inner city hospital.	Kvantitativ Enkät	n = 277	Hög 24/29
Cioffi, J.	Australien 2003	Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences	Kvalitativ Intervju	n = 23	Medel 16/25
Cortis, J.	England 2004	Meeting the needs of minority ethnic patients.	Kvalitativ Intervju	n=30	Hög 21/25
Di Cicco-Bloom, B. Cohen, D.	USA 2003	Home care nurses: A study of the occurrence of culturally competent care.	Kvalitativ Intervju, observation	n = 14	Hög 22/25
Hamilton, M. Ezzat, Z.	England 2008	Minority ethnic users experiences and expectations of nursing care.	Kvalitativ Fokus- grupper	n=6 grupper a 8-15 st	Medel 18/25
Hoye, S. Severinsson, E.	Norge 2008	Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study.	Kvalitativ fokus- grupper	n = 16	Hög 23/25
Hultsjö, S. Hjelm, K.	Sverige 2005	Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences	Kvalitativ Intervjuer i grupp	n = 35	Hög 21/25

Lundberg, P. Bäckström, J. Widén, S.	Sverige 2005	Caregiving to patients who are culturally diverse by Swedish last-year nursing students.	Kvalitativ Intervju	n = 39	Hög 20/25
Ozolins, L-L. Hjelm, K.	Sverige 2003	Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden.	Kvalitativ Skriftlig beskrivning	n = 49	Hög 20/25
Ruddock, H. Turner, S.	Australien 2007	Developing cultural sensitivity: nursing students' experiences of a study abroad programme.	Kvalitativ Intervju	n = 7	Hög 23/25
Sandin, I. Grahm, K. Kronwall, E.	Sverige 2004	Outcomes of Swedish nursing students' field experience in a hospital in Tanzania.	Kvalitativ Intervju	n = 8	Medel 15/25
Simpson, J. Carter, K.	USA 2008	Muslim Women's experiences with health care providers in a rural area of the United States.	Kvalitativ Intervju	n = 7	Medel 18/25
Spence, D.	Nya Zeeland 2001	Prejudice, paradox and possibility: nursing people from other cultures than one's own.	Kvalitativ Intervju	n = 17	Hög 20/25
Tuohy, D. McCarthy, J. Cassidy, I. Graham, M.	Irland 2008	Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland.	Kvalitativ Intervju	n = 7	Hög 20/25
Vydelingum, V.	England 2001	South Asian patients' lived experience of acute care in an English hospital: a phenomenological study.	Kvalitativ Fokus- grupper	n = 43	Hög 20/25

## Sjuksköterskors upplevelser av tvärkulturell omvårdnad

### *Språkbarriären*

Kommunikationsproblem beroende på att patient och vårdgivare inte talar samma språk ansågs i en studie av Hoyer & Severinsson (2008) vara både stressande och lärorikt. Sjuksköterskor i en studie av Cortis (2004) har beskrivit hur brist på kommunikation enligt dem ledde till ökad oro och rädsla för patienten och att även sjuksköterskorna påverkades. Sjuksköterskorna upplevde en känsla av frustration och kände sig otillräckliga. De uppgav att det var svårt för dem att försäkra

sig om att patienten verkligen förstått. I en studie av Tuohy, McCarthy, Cassidy och Graham (2008) beskrev sjuksköterskor att om inte patienten förstod det som sades kunde det påverka möjligheten att få den information som egentligen var nödvändig i en god vård. Patienten kunde även bli skrämmd om han eller hon inte förstod vad som hände. Sjuksköterskorna i en annan studie visade sig vara sympatiska, respektfulla och villiga att anstränga sig för att minska patientens sociala isolering. Sjuksköterskorna hade förståelse för patientens önskemål att ha släktingar hos sig. De kunde tänka sig in i hur det hade varit om de själva hade varit i ett annat land utan att kunna förmedla sig i landets språk. De upptäckte att om man i alla fall ansträngde sig och försökte lära sig ett par ord på patientens modersmål så gjorde det stor skillnad. På liknande sätt i ovannämnda forskningsresultat hade sjuksköterskorna negativa attityder: Sjuksköterskorna kände en frustration och kunde bli irriterade på patienter som bott i landet en längre tid utan att ha lärt sig språket. Utöver detta kunde sjuksköterskorna även känna att de svikit patienterna (Cioffi, 2003). I en studie beskrev sjuksköterskestudenter hur de ofta kände sig stressade och hjälplösa när kommunikationsproblem uppstod med patienter som inte kan tala landets modersmål (Lundberg, Bäckström, Widén 2005).

I en studie av Tuohy et al (2008) intervjuades sju irländska sjuksköterskor. De upplevde att deras vanliga kommunikationsstrategier för att få patienter att känna sig väl till mods som att använda humor och småprata blev svårare att använda när det fanns en språkbarriär. En av dem berättade att det var svårt att använda sig av humor eftersom det var svårt nog ändå för personer som pratade dålig engelska att förstå dig. En annan sjuksköterska i samma studie uttryckte frustration inte bara över att kunna göra sig förstådd, utan blev även frustrerad över att själv inte förstå vad patienten sade.

I flera studier beskrevs det hur sjuksköterskan upplevde sig behöva förenkla och komprimera informationen när det fanns en språkbarriär. Det kunde kännas oklart hur mycket patienten tog in och om patienten fått all den information den borde ha. Sjuksköterskan upplevde även att det var lätt hänt att det blev missförstånd eftersom ett ord kan ha flera helt olika betydelser i olika kulturer. Även om sjuksköterskan behärskade andra språk till viss del kunde det vara svårt att uppmärksamma subtila språkskillnader (Di Cicco-Bloom och Cohen 2003; Spence 2001). I en studie av Di Cicco-Bloom och Cohen (2003) beskrevs hur en sjuksköterska som kunde tala lite spanska nekades tolk när hon besökte en Colombiansk kvinna. Det ansågs onödigt då de till viss del förstod varandra (a.a.). Dessa språkbarriärer gjorde personer från andra kulturer mer utsatta och ett större behov av att kommunicera och etablera förtroende existerade jämsides med den ökade svårigheten att göra detsamma (Spence, 2001). En sjuksköterska påpekade dock att



kommunikation var mycket mer än språk. Beröring, musik och att vara närvarande var också viktiga aspekter (Ruddock och Turner, 2007).

### *Användande av tolk*

Tolk användes ofta som resurs i ett flertal studier när verbal kommunikation inte var möjlig (Cioffi 2003; Hoye & Severinsson 2008; Ozolins & Hjelm 2003; Tuohy et al 2008). I en studie uppgav sjuksköterskorna att tolk användes speciellt vid särskilda tillfällen men aldrig i den dagliga vården (Hoye & Severinsson, 2008). I en annan studie nämns tolktjänsten men sjuksköterskorna i studien visste inte hur man kontaktade dem och nämnde också kostnaderna en tolk skulle innebära för sjukhuset (Cortis, 2004). I en australiensisk studie var sjuksköterskorna väldigt positiva till användandet av tolk. De uppskattade att jobba ansikte mot ansikte med en tolk. Som en nödlösning, när detta inte var möjligt använde de tolkens tjänster över telefon. Detta upplevdes ofta som konstigt och besvärligt. Det var lättare att få tag i tolkar för vanligt förekommande språk som arabiska eller kinesiska men kunde vara betydligt svårare för mindre vanliga språk speciellt på kvällar och helger. Då beställde de i alla fall tolk så fort patienten blivit inskriven så att tolken i åtminstone kunde vara med på utskrivningssamtalet (Cioffi, 2003). Även Tuohy et al (2008) och Lundberg et al (2005) tog upp att det ibland kunde vara svårt att få tag på tolk, bland annat beroende på vilket språk patienten talade.

Sjuksköterskor i en studie uttryckte en osäkerhet över om allt de sade nådde fram till patienten vid användandet av tolk. De hade också upplevt situationer när patienten varit rädd för att det han eller hon säger skulle komma tillbaks till deras samhälle (Cioffi, 2003). Andra problem som togs upp som kunde uppstå var när tolkens kulturella bakgrund ledde till problem när det fanns konflikter i hemlandet. Ett exempel på detta som togs upp var när en av deltagarna fick en tolk som hade samma härkomst som de personer som patienten hade blivit torterad och våldtagen av i sitt hemland (Ozolins & Hjelm, 2003). I en svensk studie menade deltagarna att även när man använde sig av tolk blev det inte alltid riktigt bra kommunikation då tolken saknade kunskaper om social omsorg (Lundberg et al, 2005). Det upplevdes som positivt om samma tolk kunde användas vid samtliga möten med patienten, så att man kunde etablera en relation mellan alla parter. Ibland fanns dock inte samma tolk tillgänglig vid nästa tillfälle (Tuohy et al, 2008).

### *Anhöriga som tolk*

I ett flertal artiklar beskrev sjuksköterskor sina upplevelser av att använda anhöriga som tolkar (Cioffi 2003; Cortis 2004; Hoye & Severinsson, 2008; Hultsjö & Hjelm 2005; Lundberg et al 2005; Ozolins et al 2003; Tuohy et al 2008). Att använda en familjemedlem eller anhörig som tolk var inte helt problemfritt. Deltagarna i Cioffis (2003) studie var medvetna om överträdelsen av

tystnadsplikten när man tog in en tredje person. I Cortis (2004) studie var de dock inte medvetna om detta. I ett flertal studier tyckte deltagarna dock att det var bra att använda anhöriga som tolk för den vardagliga kommunikationen (Cioffi 2003; Hoye & Severinsson 2008). Ozolins och Hjelm (2003) tog vidare upp problem med att veta om allt verkligen blev korrekt översatt, så att det viktiga blev belyst. De visste inte heller hur de skulle reagera när anhöriga själva svarade på frågor utan att framföra dessa till patienten. Även Hultsjö & Hjelm (2005) har beskrivit hur sjuksköterskorna kände en oro för huruvida allt blev översatt. En sjuksköterska i en studie av Tuohy et al (2008) berättade om ett par med ett svårt sjukt barn där pappan skulle översätta till mamman eftersom hon inte talade någon engelska. Det framkom senare att pappan väntat flera månader med att berätta för mamman om hur sjukt barnet var. Sjuksköterskan upplevde detta som ett misslyckande.

### *Tvåspråkig personal*

Tvåspråkig vårdpersonal användes ofta som tolkar när detta var möjligt (Cioffi 2003; Hoye & Severinsson, 2008; Lundberg et al 2005). I Cioffis (2003) studie ansågs det vara lättare att få tag i en tvåspråkig person än en tolk eftersom de fanns inom sjukhuset. Vad gällde vanligt förekommande språk (i denna studie kinesiska och arabiska) så fanns det alltid personal som kunde ställa upp. Sjuksköterskorna kunde dessutom få nyttig information av den tvåspråkiga personalen och de ansåg att de bidrog till att vården blev mer individualiserad och kulturellt överensstämmande. En sjuksköterska beskrev hur tvåspråkig personal kunde ge en större förståelse till sjuksköterskan för det som händer. De kunde hjälpa till att skraddarsy vården och ge förståelse för patientens utbildningsnivå. En annan sjuksköterska sade att när det var känsliga situationer så kunde den tvåspråkiga vårdpersonalen hjälpa till att minska spänningar. Den enda nackdelen var att patienterna ibland väntade med att kommunicera tills den två språkiga personalen gick på sitt pass med konsekvensen att kommunikation försenades (a.a.).

### *Kommunikationsstrategier*

Förutom nyttjandet av tolktjänsten eller anhörig som tolk uppgavs flera andra metoder för kommunikation. På en intensivvårdsavdelning i en studie kunde det röra sig om att fraser spelades in på band som sjuksköterskorna kunde spela upp när patienten vaknade efter narkos. Fraser som användes var exempelvis ”du är på sjukhuset” eller ”du andas med hjälp av en maskin” (Hoye & Severinsson, 2008). Andra strategier kunde vara kroppsspråk och bildkort (Cioffi 2003; Cortis 2004). Att skriva ner vissa ord på papper på patientens språk var ett annat sätt för sjuksköterskan att kommunicera, men då fanns en osäkerhet över om patienten verkligen förstod (Ozolins & Hjelm, 2003).

### *Kulturella beteenden*

Enligt Spence (2001) kunde kulturella skillnader hindra effektiv kommunikation och därmed orsaka sämre kvalitet på vården. När patienten uppfattades som annorlunda av sjuksköterskan gjorde denne omedvetna bedömningar och hade förutfattade meningar som kunde influera tolkningen av vissa situationer. Dessa fördomar kunde göra så att vården blev av bristande kvalitet. Att vårda patienter som var annorlunda upplevdes kräva en större ansträngning än att vårda personer från sin egen kultur.

Di Cicco-Bloom och Cohen (2003) har beskrivit hur det förekom att sjuksköterskor avfärdade det patienten trodde på eftersom det inte var vetenskapligt bevisade metoder. Detta kunde leda till att sjuksköterskan sårade patienten. Att inte känna till seder och bruk i andra kulturer kunde leda till att sjuksköterskan betar sig på ett sätt som uppfattades som respektlöst. Studiens resultat visade att sjuksköterskorna tenderade att vara ovilliga att integrera den kunskap de hade om olika kulturer i omvårdnaden. Oftast agerade dock sjuksköterskan utefter det hon trodde var bäst för patienten (a.a.).

Oväntat beteende från patienter och anhöriga ansågs vara det största problemet i en studie av Hultsjö och Hjelm (2005). Där ansåg sjuksköterskorna att det ofta var mer dramatik kring patienter från andra kulturer och att de var mer högljudda. Vidare ansågs att dessa patienter hade svårt att förstå allvaret avseende sjukdomen på grund av det annorlunda beteendet. Patienterna upplevdes agera intensivt både verbalt och med kroppsspråk. I en studie av Lundberg et al (2005) tog deltagarna upp exempel på annorlunda beteenden så som skillnader i att hantera smärta. Sjuksköterskorna menade att patienter från södra Europa och Afrika verkade ha en lägre smärtröskel än andra och ville ha mer uppmärksamhet av personalen. Patienterna var ofta rädda och ville ha medicin eller träffa läkaren. Deltagarna i studien ansåg att det var viktigt att känna till kulturella skillnader. Även Ozolins och Hjelm (2003) tog upp svårigheter relaterat till kulturellt skilda beteenden. Situationer där patienter eller anhöriga betedde sig oväntat och exempelvis förnekade sjukdom eller inte tog emot den hjälp som erbjöds och situationer där patienten skrikte när sjuksköterskan tog blodtryck beskrevs. De tog också upp högljudda patienter som därför uppfattades som besvärliga av sjuksköterskan. I en studie av Høye och Severinsson (2008) menade sjuksköterskorna att patienter med en annan kulturell bakgrund än deras egen reagerade annorlunda vid kriser, att de visade sin sorg på ett mer påtagligt sätt och var mer högljudda och hade större emotionella uttryck. Sjuksköterskorna hade i dessa situationer svårt att hitta sin tröstande roll. I allmänhet ansåg de att det var svårt och stressande att anpassa sig till andra behov och krav.

### *Kulturella beteenden relaterade till anhöriga*

Något som ett flertal artiklar tagit upp är att patienterna med en annan kulturell bakgrund än sjuksköterskans ofta hade med sig fler anhöriga till sjukhuset. Det rörde sig inte bara om familjen utan även övrig släkt och vänner, vilket ledde till att sjuksalarna blev överfulla och att besökarna störde andra patienter (Cortis 2004; Høy & Severinsson, 2008; Hultsjö & Hjelm, 2005; Lundberg et al 2005; Ozolins & Hjelm, 2003). Det stora antalet besökare störde dessutom omvårdnadsarbetet och därför menade sjuksköterskorna att de var tvungna att ha regler om antalet besökare för att kunna upprätthålla rutinerna. Høy och Severinsson (2008) har vidare beskrivit hur denna patientgrupp saknade respekt för besöksstider. Sjuksköterskor i Cortis (2004) studie ansåg att problemen relaterade till anhöriga ledde till att det var svårt att möta allas behov. Det var svårt att bemöta patienten och dess anhörigas behov eftersom sjuksköterskorna kände att de andra patienterna kom i kläm. Sjuksköterskorna menade att det var viktigt att de försökte vara flexibla i dessa situationer och kunde lösa det genom att hänvisa besökare till besöksrummet. I en studie av Ozolins och Hjelm (2003) beskrev sjuksköterskorna att det blivit konflikter mellan vårdgivare och anhöriga på grund av skilda åsikter.

### *Könsrelaterade problem*

Sjuksköterskor som deltog i en studie av Høy och Severinsson (2008) beskrev problem relaterat till kön och sjuksköterskans yrkesstatus. Sjuksköterskorna i studien menade att männen ofta förde talan i familjen och att patriarkaliska åsikter gentemot kvinnor i vissa kulturer också reflekterades i deras attityd mot sjuksköterskor, där merparten var kvinnor. En av sjuksköterskorna i studien beskrev en situation där patientens man tolkade och krävde att få prata med chefen före utskrivning, men när chefen som var kvinna kom vägrade han att prata med henne på grund av hennes kön. Vidare delgav sjuksköterskorna också positiva erfarenheter där de behandlats med förtroende och respekt (a.a.). På ett liknande har också Ozolins och Hjelm (2003) beskrivit hur sjuksköterskorna i deras studie varit med om patienter med annat ursprung än de själva vägrat att prata med någon annan än läkaren och sjuksköterskor upplevde vidare att patienterna haft en negativ attityd gentemot kvinnor. Sjuksköterskestudenterna i en studie av Lundberg et al (2005) tog upp svårigheter att vårda patienterna när kvinnor endast ville ha kvinnliga vårdgivare och männen bara ville vårdas av män eller sin fru. Att det var ett problem berodde på att en vårdgivare av rätt kön inte alltid fanns tillgänglig.

### *Kunskap*

I en studie av Sandin, Grahn och Kronwall (2004) uttryckte sjuksköterskestudenterna att de ville skapa en förståelse för den främmande kulturen. De reflekterade över de tvärkulturella möten de

haft och började reflektera över sin egen livsstil och sina egna värderingar (Sandin et al, 2004).

Sjuksköterskorna i Cortis (2004) studie upplevde sig ha bristande kunskap om den andra kulturen. De upplevde att de i utbildningen inte blev tillräckligt förberedda för att möta ett mångkulturellt samhälle.

I en svensk studie av Berlin, Johansson och Törnkvist (2006) fick 270 sjuksköterskor svara på frågor med hänsyn till deras arbetsförhållanden och kulturella kompetens relaterat till att ge tvärkulturell omvårdnad. Sjuksköterskorna upplevde att de bara delvis var nöjda med den formella (84 %) och kliniska kulturella kompetensen (71 %). Nästan samtliga respondenter (97 %) som deltog i denna studie var av den uppfattningen att de saknade kunskap för att uppnå en så kallad god kulturell kompetens. Att ha kulturell kompetens ansågs bidra till en förbättring av den tvärkulturella omvårdnad som både barn och föräldrar fick (94 %) (a.a.). Sjuksköterskorna i en studie tillfrågades om vad som kunde förbättras för att kunna ge en holistisk vård till dessa patienter. Att ha ökad tillgång till tolk beskrevs som viktigt eftersom patienter kunde behöva information på sitt eget språk. Ordböcker och broschyrer med information efterfrågades och sjuksköterskorna upplevde att utbildning i mångkulturell omvårdnad skulle öka kunskapen och göra det lättare att förstå dessa patienter (Tuohy et al, 2008).

### *Negativa känslor*

När sjuksköterskor vårdade patienter som talade ett annat språk eller hade andra seder och bruk upplevde de att de blev mer stressade och kände sig osäkra. De uttryckte känslor som oro, ignorans, genering, tvivel, ilska, skyldighet, rädsla att bli avvisad och känslor av frustration samt maktlöshet vid tvärkulturell omvårdnad (Spence, 2001). Även sjuksköterskestudenterna i en studie beskrev hur de kände sig osäkra när de mötte en ny kultur (Ruddock & Turner, 2007). En majoritet av (84 %) sjuksköterskorna på barnhälsovården i en studie upplevde problem när de interagerade med barn och föräldrar eftersom de bland annat ofta kände att deras kulturella kunskap var otillräcklig (94 %), att det inte hade direkt kommunikation med barnen och föräldrarna (93 %) samt att de inte visste om deras hälsoråd tillfullo blev förstådda av föräldrarna (92 %) (Berlin et al, 2006). Sjuksköterskestudenter som genomförde sin verksamhetsförlagda utbildning på ett sjukhus i Tanzania upplevde att de inte var förberedda för praktiken. De var inte heller nöjda med den information de fick eftersom de upplevde att de inte kunde ge en god omvårdnad till patienterna. Vidare kände de sig överväldigande avseende de nya erfarenheterna de var med om och ansåg att det var en bidragande faktor till varför de kände sig utmattade och fick huvudvärk (Sandin et al, 2004).

Att möta patienter från främmande kulturer förde ofta med sig en känsla av frustration eller otillräcklighet med hänsyn till patienter från andra kulturers vanor, uppförande och sätt att

kommunicera. Sjuksköterskestudenter från Sverige som vårdade patienter i Tanzania uttryckte frustration över att inte samma värderingar som fanns i deras hemland gällde. Exempelvis saknade dessa patienter rätt till autonomi, något som är en självklarhet i Sverige. Vid bemötande av dessa patienter fick de anpassa sig till att beslut som fattades om vården alltid togs av den behandlande läkaren och inte av patienten. Det var inte accepterat att ifrågasätta vilket dessa sjuksköterskestudenter fann frustrerande (Sandin et al, 2004).

### *Positiva känslor*

En sjuksköterska beskrev en känsla av privilegium, beundran, tillfredsställelse och glädje när hon vårdade patienter från andra kulturer (Spence, 2001). Sjuksköterskestudenter som gjort sin praktik utomlands upplevde det som värdefullt att bekanta sig med en annan kultur och tyckte att de lärde sig mer om andra kulturer genom att befinna sig i ett annat land jämfört med att läsa böcker i ämnet (Sandin et al, 2004). En sjuksköterskestudent beskrev också hur hon upplevde att hon tack vare dessa nya erfarenheter blivit mer flexibel i sin attityd till kulturella skillnader och etiska dilemman. En annan sjuksköterskestudent beskrev att mötet med en ny kultur gjort henne mer medveten om sina egna värderingar, och vikten av att acceptera andras och inte vara dömande (Ruddock & Turner, 2007).

I Spence studie (2001) belystes hur sjuksköterskor ansträngde sig för att ge passande vård till patienter från andra kulturer. De försökte undvika att uppfattas som hotfulla, försökte vara där för familjen och gjorde mer än vad som egentligen krävdes av dem. Denna strävan efter en god vård berodde både på både personliga skäl och för att upprätthålla en professionell standard på vården.

### *Etnocentrism*

Di Cicco-Bloom och Cohen (2003) beskrev hur sjuksköterskor kunde se saker genom en etnocentrisk lins och då alltså använda sin egen tro och sina värden och vanor som den normativa standarden när de gav omvårdnad. När dessa sjuksköterskor möttes av skilda uppfattningar och vanor agerade de genom att fly undan från situationerna eller snabbt avsluta mötet. Att fly kunde ske genom att dessa sjuksköterskor minskade tiden hos patienten. Vidare kunde de minska antalet möten med patienten och se till att patientens tid på avdelningen förkortades jämfört med patienter med samma sjukdom men ifrån den egna kulturen. Vidare beskrevs hur en sjuksköterska upplevde en situation där medlemmarna i en italiensk familj hotade varandra och därefter anmälde sjuksköterskan händelsen till de sociala myndigheterna. Det visade sig sedan att deras beteende hörde till den normala dynamiken som kan finnas i en italiensk familj, och att sjuksköterskan agerade utifrån sitt etnocentriska synsätt när hon tolkade

situationen (Di Cicco-Bloom & Cohen, 2003). I Cortis (2004) studie med 30 deltagare var majoriteten av den uppfattningen att kultur inte hade någon påverkan på vården. Anledningen till detta verkade vara att det västerländska värdesystemet var dominant, vilket ofta var taget för givet och accepterat som normen. Vissa deltagare upplevde dock att kulturellt eller andligt anpassad vård kunde påverka tillfrisknandet och att man borde tänka på det när man ger vård.

## **Patienters upplevelser av tvärkulturell omvårdnad**

### *Kommunikation*

I ett flertal artiklar beskrivs hur patienterna upplevde hinder eller möjligheter vid kommunikation med sjuksköterskan (Brooks, Magee, Bhatti, Briggs, Buckley, Guthrie, Moltesen, Moore, Murray 2001; Hamilton & Essat, 2008; Simpson & Carter, 2008; Vydelingum 2001). I en studie av Vydelingum (2001) beskrevs bland annat problem då patienterna inte kunde tala det språk som vårdgivarna talade (i detta fall engelska). Att patienterna inte kunde kommunicera med vårdgivarna ledde till att de kände sig isolerade. Besökstider hindrade dessutom anhöriga att vara där och tolka vilket ledde till ytterligare isolation. De beskrev också fall där sjuksköterskan ändå försökt kommunicera med patienten som dock inte förstod på grund av den språkliga barriären och att sjuksköterskan då höjde rösten, precis som om patienten då skulle förstå bättre. Oförmågan att kommunicera ledde i denna studie till att patienterna kände sig ensamma, hjälplösa och stressade (a.a.). I en studie av Hamilton och Essat (2008) beskrev flera av deltagarna problem med kommunikation, de kunde inte be om en enkel sak som vatten och flera sa att de hade svårigheter både att uttrycka sig och att förstå.

### *Kommunikationsstrategier*

I en Brittisk studie av Brooks et al (2001) med 277 deltagare utvärderades de kommunikationsåtgärder som fanns. Studien visade att bara 43 % var medvetna om möjligheten att få en tolk, av dessa upplevde 89 % att en tolk var ett bra kommunikationshjälpmedel. Andra sätt att kommunicera var med hjälp av anhöriga (43,3 %), att patienten själv pratade engelska (22 %) eller pratade begränsad engelska (11,5 %), andra patienter som tolkade (5,5 %), icke verbal kommunikation hos 3 % och hos 2 % hittades inget sätt att möjliggöra kommunikation. Situationer då deltagarna ansåg att användandet av tolk var bra kunde vara för att kommunicera med vårdteamet (31 %) eller läkaren på rondens (24 %), då anhöriga inte alltid var närvarande (4 %), då de inte själva pratade engelska (5 %), för social interaktion (1 %) och att det gjorde livet enklare (1 %). En tredjedel (34 %) uppgav ingen anledning. De upplevde att tolken var bra då denne bistod vid förklaring av mediciner, symtom eller svåra ord. Användandet av tolk ökade

förståelsen kring patientens tillstånd, vad sjuksköterskan eller läkaren ville att man skulle göra, eller svåra ord. Det var även positivt med tolk med avseende på sociala anledningar, exempelvis glädjen att få prata sitt eget språk (a.a.). I en studie menade deltagarna dock att sjuksköterskor inte alltid skaffade fram en tolk trots att behovet kunde finnas. De uttryckte en besvikelse då de menade att det var sjuksköterskornas ansvar att ordna med tolk (Hamilton & Essat, 2008). I en annan studie fann man att sjuksköterskorna upplevdes som ovilliga att hitta sätt att kommunicera och uppfattades i allmänhet som stressade (Vydelingum, 2001).

### *Information*

Vissa patienter med annat ursprung är vårdgivarna var missnöjda för att de inte blivit informerade om servicen som fanns, som asiatiska menyer. En patient beskrev hur personalen antagit att bara för att han var hindu så skulle han ha vegetarisk mat. Patienterna kunde även känna sig stötta för att ingen informerade om möjligheten att ha sina egna traditionella kläder (Vydelingum, 2001). I en annan studie uttryckte muslimska kvinnor att de ville ha en snabb behandling med tydliga instruktioner så att de med lätthet kunde följa behandlingen. De gav vårdgivaren beslutanderätten och ifrågasatte ingenting för att göra det så smidigt som möjligt. En deltagare förklarade detta med att hon litade på att doktorn var professionell och tog rätt beslut (Simpson & Carter, 2008).

I en intervjustudie med sju muslimska kvinnor beskrevs hur muslimska kvinnor som var bättre på engelska vågade ta för sig och kunde visa vårdgivaren hur de ville bli behandlade. En deltagare beskrev hur hon i förväg skrivit ett brev där hon förklarade att hon inte tog i hand och föredrog att inte bli undersökt av en man. Samtliga deltagare ville bli undersökta av kvinnor, men de flesta uttryckte dock inte sina önskemål (Simpson & Carter, 2008).

### *Kulturell Kompetens*

Patienterna med annat upplevde att sjuksköterskor hade för lite kunskap om olika religioner, vilket de var missnöjda med. Personal kunde fråga om vilken religion patienten tillhörde när de blev intagna men frågade inte efter religiösa behov (Vydelingum, 2001). I en studie beskrevs hur muslimska kvinnor kände sig tvingade att utföra handlingar som gick emot deras tro, som till exempel att ta i hand eller vårdas av män (Simpson & Carter, 2008). Flera av deltagarna menade att det var viktigt att sjukvårdspersonal hade kunskap om religion och kulturella betingelser. De trodde att detta skulle underlätta för förståelse av deras seder och vanor och att de skulle göra personalen mer förstående (Hamilton & Essat, 2008).



### *Negativa erfarenheter*

Deltagarna upplevde att de fick för lite information om diagnos och medicinering och för lite information vid utskrivning. Detta ledde till att de själva efteråt fick rådfråga en lokal läkare eller apotekare som kunde deras språk för att få svar på sina frågor (Vydelingum, 2001). I en studie av Hamilton och Essat (2008) kunde man identifiera flera exempel där sjuksköterskor rullat ögon eller gjort miner åt exempelvis förfrågningar eller kvinnor i slöjor. Deltagarna menade att sjuksköterskorna diskret visat sina fördomar, de pratade längre med kvinnor utan slöjor än med dem som bar slöja. Vidare kände deltagarna av särbehandling, de upplevde att sjuksköterskor oftare kom till dem och sade till om de hade för många besökande medan andra patienter kunde ha för många utan att bli tillsagda. Vidare menade deltagarna att exemplen inte bara kunde ses som okänslighet av sjuksköterskorna, utan även som rasism. De menade dock att alla sjuksköterskor var individer och att alla inte var likadana, vissa gjorde det där lilla extra om hon eller han kände för det (a.a.). I en studie av Simpson och Carter (2008) beskrevs hur vårdgivaren sällan tog hänsyn till religiösa aspekter. De antog dock att vårdgivaren gjorde sitt bästa, och de klandrade inte vårdgivaren för eventuella negativa upplevelser. Flera av deltagarna i en studie av Vydelingum (2001) kände ett behov av att anpassa sig till den dominerande kulturen på sjukhuset. De såg det som att de bara var där tillfälligt och försökte därför passa in. De kom på strategier för att hantera situationen och sina kulturella eller religiösa behov. Patienter med annan kulturell bakgrund bad tyst i sängen och hoppades att de var vända mot Mecka och att gud skulle ha förståelse eftersom de var sjuka.

### *Positiva erfarenheter*

Patienterna var dock också nöjda med sina erfarenheter av att ha vårdats, de uppskattade den asiatiska menyn; att de fick möjlighet att använda sina egna kläder (Vydelingum, 2001); att de fått tillgång till bönerum; att sjuksköterskan intresserat sig för den andra kulturen och att personalen gjort undantag och låtit deltagare fått ha sin slöja på sig på vägen till operation (Hamilton & Essat, 2008). Ofta var det väldigt dramatiskt när de kom in och de var väldigt tacksamma för den vård de fått samt sjuksköterskors bemötande (Vydelingum, 2000).

## **Diskussion**

### **Sammanfattning av huvudresultat**

För sjuksköterskor upplevdes kommunikationsproblem som stressande och frustrerande (Berlin et al 2006; Cortis 2004; Hoye & Severinsson, 2008; Lundberg et al 2005; Spence 2001; Tuohy et al 2008). Vidare upplevde sjuksköterskor att information var tvungen att förenklas och

komprimeras för att patienten skulle förstå (Di Cicco-Bloom & Cohen, 2003; Spence 2001). Patienter å sin sida upplevde att det var svårt att förmedla sina behov när en språkbarriär fanns (Vydelingum 2001; Hamilton & Essat, 2008; Brooks et al 2001; Simpson & Carter, 2008).

De vanligaste kommunikationsstrategierna som användes var tolk eller anhöriga som översatte. Både sjuksköterskor och patienter upplevde tolk som ett bra hjälpmedel när verbal kommunikation inte var möjlig på grund av att olika språk talades (Brooks et al 2001; Cioffi 2003; Hoye & Severinsson, 2008; Ozolins & Hjelm, 2003; Tuohy et al 2008).

Tvärkulturell omvårdnad upplevdes av sjuksköterskor som svårt och krävande (Di Cicco-Bloom & Cohen, 2003; Hoye & Severinsson, 2008; Hultsjö & Hjelm, 2005; Ozolins & Hjelm, 2003; Spence 2001). Sjuksköterskor upplevde att de saknade utbildning för att möta en mångkulturell patientgrupp (Berlin et al 2006; Cortis 2004; Tuohy et al 2008). Även patienterna önskade att sjuksköterskorna skulle vara bättre utbildade då de trodde att det skulle skapa en större förståelse för andra kulturer (Hamilton & Essat, 2008; Simpsons & Carter, 2008; Vydelingum 2001).

## **Resultatdiskussion**

Kommunikationsproblem är något centralt i denna litteraturstudie både vad det gäller sjuksköterske- och patientperspektiv (Berlin et al 2006; Cortis 2004; Hoye & Severinsson, 2008; Lundberg et al 2005; Spence 2001; Tuohy et al 2008). I enlighet med Cioffi (2003) tror uppsatsförfattarna att sjuksköterskor kan komma långt med att vara villiga att anstränga sig. Cioffi (2003) ger exempel där en sjuksköterska lärt sig några ord på patientens språk. Uppsatsförfattarna tror att detta kan vara ett sätt, men ofta kommer man långt genom att bara vara närvarande och att försöka kommunicera med patienten på andra sätt än rent verbalt. Då visar man att man i alla fall bryr sig.

Vydelingum (2001) skriver att patienter som inte kunde kommunicera med vårdgivaren kände sig isolerade, hjälplösa, stressade och ensamma. Ska man som sjuksköterska kunna erbjuda en holistisk vård anser uppsatsförfattarna att sjuksköterskor bör klara av att hitta ett sätt att kommunicera. Ofta handlar det nog om rädsla att göra fel, men det är förmodligen bättre att försöka kommunicera än att undvika situationen och därmed garanterat ge bristande omvårdnad. Uppsatsförfattarna menar också att patienterna är de som är i beroendeställning eftersom de söker vård och då är det sjuksköterskans roll att finnas där som stöd. Då är det mycket olämpligt att fly undan situationen. Ingen begär ändå mer än att man försöker sitt bästa.

I resultatet framkommer det att tolk ofta används vid inskrivning, för att ge information eller på annat sätt som punktinsats (Brooks et al 2001; Cioffi 2003; Hoye & Severinsson, 2008; Ozolins & Hjelm, 2003; Tuohy et al 2008;). Uppsatsförfattarna inser att det kanske inte är möjligt att ha tillgång till tolk dygnet runt, även om detta skulle vara optimalt. Användandet av tolk bör dock

öka eftersom det har så stor betydelse och underlättar situationen för den här patientgruppen. Uppsatsförfattarna anser också att det är extra viktigt att ge information till patienten om när sjuksköterskan har tillgång till tolk och när det inte kommer att finnas det. Uppsatsförfattarna menar också att det vore bra om sjuksköterskan passade på att fråga om patienten har några speciella önskemål vad det gäller vården, relaterad till kultur, religion eller i allmänhet när tolken väl är på plats. För precis som det står i ICN:s etiska kod för sjuksköterskor är det sjuksköterskans skyldighet att verka för en miljö där mänskliga rättigheter, sedvänjor och trosuppfattningar respekteras. Det framkommer i resultatet att det ibland är svårt att få tag i en tolk (Cioffi 2003; Lundberg et al 2005; Tuohy et al 2008).

Uppsatsförfattarna menar att sjuksköterskor skulle kunna vara hjälpta av att det på arbetsplatsen fanns tydliga riktlinjer angående vart man vänder sig för att nyttja tolk. En utbildning i att arbeta med tolk skulle också kunna underlätta arbetet. Men i enlighet med Lundberg et al 2005 anser uppsatsförfattarna att även med hjälp av en tolk blir inte kommunikationen optimal då tolken ofta saknar kunskap om social omsorg.

Att använda anhöriga som översätter framkommer också i resultatet som väldigt vanligt (Brooks et al 2001; Cioffi 2003; Cortis 2004; Hoye & Severinsson, 2008; Hultsjö & Hjelm, 2005; Lundberg et al 2005; Ozolins & Hjelm, 2003; Tuohy et al 2008). I enlighet med Hoye och Severinsson (2008) tror uppsatsförfattarna att anhöriga kan vara till stor hjälp i den dagliga vården, men uppsatsförfattarna anser att det är oetiskt att utnyttja anhöriga istället för att ta hjälp av en tolk. Delvis eftersom tolkar till skillnad från anhöriga torde vara objektiv i sin översättning, men också eftersom det är omöjligt för sjuksköterskan att veta vilken information som verkligen når fram till patienten om anhöriga används. Uppsatsförfattarna anser alltså att det bästa är om en tolk används trots att det finns anhöriga tillgängliga som kan översätta.

Tvåspråkig personal är också ett sätt att möjliggöra kommunikation (Cioffi 2003; Hoye & Severinsson, 2008; Lundberg et al 2005). Detta förutsätter dock att det finns personal som kan tala patientens språk. Uppsatsförfattarna tycker att detta är någonting som arbetsgivare bör ha i åtanke vid anställningar och se vilken resurs en sjuksköterska som är flerspråkig är. Uppsatsförfattarna har i likhet med Cioffi (2003) identifierat problemet med att patienten kan vänta med att kommunicera tills den tvåspråkiga personalen gått på sitt pass och därmed försena förmedlandet av information som kan vara viktig för omvårdnaden. Men uppsatsförfattarna menar att om tillgången på tolk förbättras så kan detta problem undvikas.

Mer kunskap om tvärkulturell omvårdnad är något som efterfrågas i ett flertal studier (Berlin et al 2006; Cortis 2004; Tuohy et al 2008) och dessutom något som patienter menar att sjuksköterskorna bör ha (Hamilton & Essat, 2008; Simpsons & Carter, 2008; Vydelingum 2001). I

likhet med deltagarna i Hamiltons och Essat (2008) studie tror uppsatsförfattarna att en ökad kunskap skulle innebära att sjuksköterskor fick en större förståelse för patienterna. Många av de negativa känslor som framkommer av resultatet hos både patienter och sjuksköterskor kan mycket väl bero på rädsla och okunskap. Uppsatsförfattarna menar också att det behövs mer kunskap om andra kulturer och religioner, men faktakunskaper är inte det viktigaste. Det som förmodligen har störst betydelse är ökad kunskap om bemötande och om vikten av att fråga patienten om han eller hon har några önskemål. Alla är trots allt individer och har unika behov. Uppsatsförfattarna menar att den kanske viktigaste lärdomen som lett fram till är just att det är oerhört viktigt att inse att alla har olika önskemål och värderingar. Det kan vara lätt att stirra sig blind på det faktum att patienten har en annan hudfärg eller talar ett annat språk, men det finns skillnader mellan patient och vårdgivare i alla möten oavsett patientens bakgrund. Uppsatsförfattarna menar vidare att sjuksköterskor aldrig bör göra antaganden om patientens önskemål utan istället fråga patienten. Detta är en åtgärd som i princip inte kräver några extra resurser och det är ett enkelt sätt att göra så att patienten känner sig sedd och också känner sig tryggare. Många missförstånd lär också kunna undvikas.

## **Metoddiskussion**

Artiklarna som används i resultatdelen finns samtliga tillgängliga i kostnadsfri fulltext. Att exkludera artiklar som man får betala för att läsa kan påverka resultat på så sätt att artiklar med hög kvalitet missas. Majoriteten av de artiklar uppsatsförfattarna blivit intresserade av har dock funnits tillgängliga kostnadsfritt så det bör inte ha påverkat denna litteraturstudie så mycket. Uppsatsförfattarna gjorde även en manuell sökning i *Journal of Transcultural Nursing*. Detta gör att artiklar publicerade i denna tidsskrift utgör en stor del av studierna som används i resultatet. Uppsatsförfattarna menar dock att det verkar vara en tillförlitlig källa och att det snarast är något positivt eftersom tidsskriften är inriktad på samma ämne som denna litteraturstudie är. När upplevelser ska beskrivas så är det lämpligast att använda sig av kvalitativa studier. Ett par kvantitativa studier som svarar på litteraturstudiens syfte har inkluderats. Uppsatsförfattarna är dock medvetna om att kvantitativa studier riskerar att inte kunna beskriva upplevelser lika bra som kvalitativa studier kan göra, men innehållet bedömdes relevant och därför inkluderades dem. Studierna som använts kommer från de nordiska länderna, Storbritannien, USA, Nya Zeeland och Australien och det verkar inte skilja nämnvärt mellan dessa olika länder hur sjuksköterskor och patienter upplever tvärkulturell omvårdnad. Det är möjligt att det funnits skillnader om studier från länder med helt andra seder och bruk använts, men kontrasten mellan sjuksköterska och patient då de har olika kulturell bakgrund kräver oftast anpassning. Denna litteraturstudie syftar till att beskriva fenomenet tvärkulturell omvårdnad och detta bör inte påverkas av var

studien är genomförd. Fördelen med att inte enbart använda svenska studier är att resultatet kan generaliseras till en något större population, och följaktligen inte bara gäller den svenska sjukvården.

Uppsatsförfattarna har enbart använt artiklar publicerade på 2000-talet och som funnits tillgängliga i gratis fulltext eftersom det är önskvärt med ett resultat baserat på aktuell forskning. Detta kan även påverka resultatet negativt eftersom artiklar med relevant innehåll kan ha uteslutits, men uppsatsförfattarna anser att fördelarna överväger. Ett undantag från detta är en bok publicerad 1995 som uppsatsförfattarna refererar till i inledningen. Anledningen till att den används är att boken beskriver en omvårdnadsteori som är äldre än så, och själva beskrivningen av teorin lär inte förändras nämnvärt. Det finns inte så många studier eller böcker som beskriver tvärkulturell omvårdnad, vilket är en anledning till att uppsatsförfattarna beskriver både sjuksköterskors och patienters upplevelser. Fördelen med det är att det ger en bättre helhetsbild över ämnet. Nackdelen kan vara att resultatet blivit mer tillförlitligt om det fokuserats antingen på sjuksköterskor eller på patienter.

Granskningsmallarna har fungerat bra på så sätt att de har bidragit till att sälla bort artiklar som inte håller en tillräckligt hög kvalitet. Granskningsmallarna ger dock enbart en ungefärlig uppfattning om artiklarnas kvalitet eftersom de möjliggör att olika personer gör olika bedömningar. Båda uppsatsförfattarna har granskat samtliga artiklar som använts i denna litteraturstudie och där bedömningen inte överensstämte har uppsatsförfattarna diskuterat artikelns innehåll tillsammans så att det skulle bli en korrekt bedömning som möjligt. Artiklar som granskats och bedömts ha haft låg kvalitet har uteslutits för att undvika att riskera att blanda in artiklar som inte var tillförlitliga i resultatet.

Uppsatsförfattarna strävade efter att hålla sig objektiva och översätta artiklarna så noggrant som möjligt när resultatet sammanställdes men det finns ändå en risk att andra skulle tolka texten på ett annat sätt. Samtliga studier som ingår i resultatet lyfter dock fram snarlika problemområden och möjligheter vilket tyder på att reproducerbarheten är tillfredsställande.

### **Förslag till vidare forskning**

Tvärkulturell omvårdnad är ett område som de flesta sjuksköterskor stöter på någon gång, men ändå är den tillgängliga forskningen relativt begränsad. Denna litteraturstudie tyder på att det finns många problemområden inom ämnet och att framtida forskning behövs för att tydligare fastställa vilka problem som finns. Forskning krävs även för att ta reda på vilka metoder som kan användas för att förändra de negativa upplevelser som både sjuksköterskor och patienter nu har. Kanske kan sjuksköterskor delas in i två grupper, varav en grupp arbetar som vanligt medan den andra gruppen får utbildning i tvärkulturell omvårdnad. Därefter skulle resultaten kunna jämföras

för att se om utbildning påverkar omvårdnaden. Det är även troligt att ökad fokus på tvärkulturell omvårdnad i sjuksköterskeutbildningen skulle öka kunskapen och minska de upplevda problemen i vården.

### **Klinisk betydelse**

För att kunna åtgärda de problemområden som finns i den tvärkulturella omvårdnaden krävs kunskap om vad som egentligen upplevs som problem. Denna litteraturstudie kan ge en överskådlig blick över var fokus bör ligga. Studiens resultat är användbart vid utbildning inom tvärkulturell omvårdnad både för sjuksköterskor och för studenter på sjuksköterskeprogrammet.

### **Etisk granskning**

Uppsatsförfattarna strävar efter att hålla sig objektiva till vald litteratur, att vara så sanningsenliga som möjligt samt att översätta litteratur efter bästa förmåga. De artiklar som ingår är godkända av etiska kommittéer.

## Referenser

Barbosa da Silva, A. & Ljungquist, M. (2003) *Vårdetik för ett mångkulturellt samhälle*  
Studentlitteratur: Lund

Berlin, A. Johansson, S-E. Törnkvist, L. (2006) Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin – Primary Child Health Nurses' opinions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol 20: 160-169

Björk Brämberg, E (2008), Att vara invandrare och patient i Sverige. Intellecta Docusys: Göteborg.

Brooks, N. Magee, P. Bhatti, G. Briggs, C. Buckley, S. Guthrie, S. Moltesen, H. Moore, C. Murray, S. (2001) Asian patients' perspective on the communication facilities provided in a large inner city hospital. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 9: 706-712

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

Cortis, J.(2004) Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 48: 51-59

Di Cicco-Bloom, B. Cohen, D. (2003) Home care nurses: A study of the occurrence of culturally competent care. *Journal of Transcultural Nursing*. Vol 14: 25-31

Duffy, M. (2001) A critique of cultural education in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 36: 497-495.

Gebru, K and Willman, A. (2003) A Research-Based Didactic Model for Education to Promote Culturally Competent Nursing Care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*. Vol 14: 55-61.

Hamilton, M. Essat, Z. (2008) Minority ethnic users experiences and expectations of nursing care. *Journal of Research in Nursing*. Vol. 13: 102-110

Hanssen, I. (1998) *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*, Studentlitteratur: Lund.

Hoye, S. Serverinsson, E. (2008) Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive Critical Care Nursing*

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

Högskoleförordningen. SFS nr: 1993:100. Kapitel 4. Utbildningsdepartementet.

ICN: s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 2008-09-23 från:

<http://www.swenurse.se/library/documents/ICNs%20etiska%20kod%202007.pdf>

Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F & Skaug, A. (2005) *Grundläggande omvårdnad Del 1*. Liber: Danmark.

Krainovich-Miller, B., Yost, J., Norman, R., Auerhahn, C., Dobal, M., Rosedale, M. et al. (2008) Measuring Cultural Awareness of Nursing Students: A First Step Toward Cultural Competency. *Journal of Transcultural Nursing*. Vol 19:250-258.

Leininger, M. (2001) *Culture Care Diversity and Universality: a Theory of Nursing*. Jones and Bartlett Publishers: USA.

Leininger, M. & McFarland, M. (2002) *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*. McGraw-Hill: USA.

Lundberg, P. Bäckström, J. Widén, S. (2005) Caregiving to Patients Who Are Culturally Diverse by Swedish Last-Year Nursing Students. *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 16: 255-262

Migrationsverket (2008) Kort om migration. Hämtad 2008-09-23 från:

[http://www.migrationsverket.se/infomaterial/om\\_verket/statistik/kort\\_om\\_migration.pdf](http://www.migrationsverket.se/infomaterial/om_verket/statistik/kort_om_migration.pdf)

Nationalencyklopedin (2008) Sökning på etnisk samt etnicitet. Hämtad 2008-09-23 från:

[http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=164993](http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=164993)



[http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=164992](http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=164992)

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

Regeringskansliet (2008) *Vad är globalisering?* Hämtat 2008-08-18 från:  
<http://www.regeringen.se/sb/d/8616/a/94988> (2008-09-11, 10:03)

Roy, C., Leininger, M., Neuman, B. (1995) *Anteckningar om omvårdnadsteorier*. Studentlitteratur: Lund

Ruddock, H. Turner, S. (2007) Developing cultural sensitivity: nursing students' experiences of a study abroad programme. *Journal of Advanced Nursing*. "accepted for publication 23 Jan 2007"

Sandin, I. Grahn, K. Kronwall, E. (2004) Outcomes of Swedish Nursing Students' Field Experience in a Hospital in Tanzania. *Journal of Transcultural Nursing*. Vol 15: 225-230

Simpson, J. Carter, K. (2008) Muslim Women's Experiences With Health Care Providers in a Rural Area of the United States. *Journal of Transcultural Nursing*. Vol 19: 16-23

Socialstyrelsen (2000) *Olika villkor – olika hälsa – En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet*. Hämtat 2008-09-26 från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/C57006BA-2487-438D-AA8E-32B360475A99/9327/20000303.pdf>

Spence, D. (2001) Prejudice, Paradox, and Possibility: Nursing People from Cultures Other than One's Own. *Journal of Transcultural Nursing*. Vol 12: 100-106

Thorsén, H. (2003) *Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik*. Liber: Falköping

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

Vydelingum, V. (2001) South Asian patients' lived experience of acute care in an English hospital: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 32: 100-107

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

Willman, A., Stoltz, B. & Bahtsevani, C. (2006) och Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008).  
Granskningsmall.

## Bilaga 1.

Granskningsmall – Kvantitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

**Maxpoäng:**

29

**Erhållen poäng:** ??

**Kvalitet:** låg                      medel                      hög

Mallen är en modifierad version av Willman, A., Stoltz B. & Bahtsevani, C. (2006) och Forsberg, C. & Wengström Y. (2008)

## Bilaga 2.

### Granskningsmall – Kvalitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

**Maxpoäng:**

25

**Erhållen poäng:**

??

**Kvalitet:**

låg

medel

hög

Mallen är en modifierad version av Willman, A., Stoltz B. & Bahtsevani, C. (2006) och Forsberg, C. & Wengström Y. (2008)