



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Kandidatexamen

Faktorer som påverkar samtal med patienter ur ett tvärkulturellt perspektiv

En litteraturöversikt

Factors affecting communication with patients from a trans-cultural perspective – a literature review

Författare: Elin Jensen och Diana Lind

Handledare: Tammy Blom

Granskare: Ingrid From

Examinator: Brigitta Jönsson

Ämne/huvudområde: Vårdvetenskap

Poäng: 15 högskolepoäng

Betygsdatum: 20110530

Högskolan Dalarna

791 88 Falun

Sweden

Tel 023-77 80 00

Sammanfattning

Syfte: Syftet med denna litteraturoversikt var att beskriva vad det kunde finnas för faktorer som påverkade genomförandet av ett samtal med patienter ur ett tvärkulturellt perspektiv. **Metod:** Studien genomfördes som en litteraturoversikt. Artiklar söktes ur databaserna: PubMed, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Wiley online library samt Science Direct. **Resultat:** Resultatet visade på att kommunikation i det tvärkulturella mötet var beroende av en kulturell kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Vidare visade resultatet på brister i hälso- och sjukvårdspersonalens kulturella kompetens, samt att det i sjuksköterskeutbildningen saknades specifik utbildning inom kulturell kompetens. Forskare, hälso- och sjukvårdspersonal och sjuksköterskestudenter efterfrågade mer utbildning inom detta ämne. **Slutsatser:** Kommunikation inom den tvärkulturella vården visade sig vara ett svårt ämne, med många aspekter att ta hänsyn till. Det ansågs av stor vikt i det mångkulturella samhället att personal inom hälso- och sjukvård får kulturell kompetens för att ha möjlighet att kommunicera med patienter oberoende av härkomst. Därför ansågs det viktigt att skapa vidareutbildningar för hälso- och sjukvårdspersonal, samt se över sjuksköterskeutbildningens utbildningsplan.

Nyckelord: Hinder, Kommunikation, Kulturell kompetens, Tvärkulturellt

Key words: Communication, Cultural Competence, Obstacle, Transcultural

Innehållsförteckning	
INLEDNING	1
Introduktion	1
Bakgrund	1
<i>Kommunikation</i>	1
<i>Tvärkulturell vård</i>	2
<i>Att skapa en vårdrelation</i>	3
<i>Lagstiftning</i>	4
Problemformulering.....	5
Syfte	5
Frågeställning	5
METOD	6
Design.....	6
Urval av litteratur	6
<i>Sökstrategi</i>	6
<i>Inklusionskriterier</i>	6
<i>Exklusionskriterier</i>	7
<i>Tillvägagångssätt</i>	7
Analys	10
<i>Granskning av artiklarnas kvalitet</i>	10
<i>Textanalys</i>	10
Forskningsetiskt övervägande	10
RESULTAT	11
Faktorer som påverkade hälso- och sjukvårdspersonalens kommunikation ur ett tvärkulturellt perspektiv	11
<i>Kulturell kompetens</i>	11
<i>Kommunikation som nyckel till god tvärkulturell omvårdnad</i>	12
<i>Skapa en fungerande vårdrelation</i>	14
<i>Kultur och religion</i>	15
DISKUSSION	21
Sammanfattning av huvudresultaten	21
Resultatdiskussion.....	21
Metoddiskussion	24

Slutsats/konklusion	25
Klinisk användning	26
Förslag till vidare forskning	27
Referenser	28
<i>Bilaga 1 Granskningsmall för studier med kvantitativ ansats</i>	<i>33</i>
<i>Bilaga 2 Granskningsmall för studier med kvalitativ ansats</i>	<i>34</i>
<i>Tabell 1: Manuell sökning av vetenskapliga artiklar</i>	<i>9</i>
<i>Tabell 2 Sammanfattning av artiklar som ligger till grund för studiens resultat</i>	<i>16</i>
<i>Figur 1 Sökstrategi för vetenskapliga artiklar som låg till grund för resultatet</i>	<i>8</i>

INLEDNING

Introduktion

Dagens Sverige anses vara ett mångkulturellt samhälle (Hanssen, 1998). När antalet invandrare under de senaste årtionden har tilltagit har detta inneburit ett ökat tryck på hälso- och sjukvården. (Arlebrink, 1999). Arlebrink (1999) menade att det fanns ett behov hos hälso- och sjukvårdspersonal att tillägna sig vad som kännetecknades som tvärkulturell kompetens. Att ha kunskap om att vårda individer från andra kulturer visade sig viktigt eftersom andelen invandrare i samhället hade ökat. Mellan åren 2000 och 2010 invandrade drygt 872 000 individer till Sverige (Statistiska Centralbyrån [SCB], 2011a). Trenden visade att det kommer flera invandrare till Sverige för varje år som går.

Bakgrund

Kommunikation

Grunden för all kommunikation är att överföra information (Fossum, 2007). I genomförande av ett samtal finns alltid en så kallad sändare och en eller flera mottagare för att både skicka och ta emot ett budskap. I en tvåvägskommunikation växlar samtalsparten mellan att vara sändare och mottagare och på så sätt uppstår ett samtal. Budskapet eller samtalet kan störas av olika faktorer som till exempel brus, det vill säga störningar som finns runt omkring samtalet. Brus kan även orsakas av andra faktorer som kan ha inverkan på samtalet exempelvis; att samtalets miljö är okänd för någon av deltagarna i samtalet, eller orsakas av språksvårigheter och oförmåga att förstå. Fossum (2007) menar att det är viktigt att den som samtalar förvissade sig om att mottagaren uppfattar det som sändaren säger.

Kommunikation anses av Fossum (2007), inte endast bestå av ord utan kan beskrivas som handlingar och kroppsspråk. Själva handlingen kan i vissa fall säga mer än ord. Vidare anses det viktigt att ha vetskap om hur patienten kommunicerar och att det finns flera olika faktorer att ta hänsyn till vid kommunikation som till exempel patientens uppväxt och kultur (Fossum, 2007). Hanssen (1998) anser att det är viktigt att patienten får möjlighet att uttrycka sig, men betonar att trots detta kan det, i mötet mellan två individer från olika kulturer, uppstå försvärande faktorer.

Kommunikation mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och patienter från andra kulturer anses vara angeläget för att skapa en vårdrelation med patienten (Wiklund, 2003).

Tvärkulturell vård

Narayan (2001) ansåg att talesättet "att behandla andra som man själv vill bli behandlad" inte fungerade inom vården eftersom olika kulturer hade olika uppfattningar om vad som ansågs vara god vård. Risken fanns att två patienter som behandlades på samma sätt kunde uppfatta omvårdnaden allt från bra till respektlös.

DeMarinis (1998) definierade begreppet mångkulturell som ett samhälle där det fanns två eller flera kulturer, och tvärkulturellt som interaktionen mellan två eller flera kulturer. Hinder som uppkom i de tvärkulturella mötena inom hälso- och sjukvården ansågs vara många. I International Council of Nurses (ICN) beskrevs sjuksköterskans etiska förhållningssätt, och där konstaterades att sjuksköterskan skulle verka: " för en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattning hos individ, familj och samhälle respekteras" (Svenska sjuksköterskeföreningen, 2007, s 4).

Lobar, Youngblut och Brooten (2006) frågade sig om kommunikation och öppenhet var det viktigaste i tvärkulturell omvårdnad. Det krävdes en öppenhet där sjuksköterskan visade lyhördhet inför patienten och dennes närstående för att ta reda på hur just deras önskemål var med avseende på exempel ritualer. Narayan, (2001) ansåg att öppenheten var viktig inom hemsjukvård när hälso- och sjukvårdspersonalen besökte patienten i dennes hem, och för att anpassa vården efter kulturen. Jirwe, Gerrish och Emami (2006) var av den uppfattningen att sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter borde skaffa sig en kulturell kompetens,

det vill säga införskaffa sig en grundläggande kunskap om olika kulturer samt utveckla förmågan att använda kunskapen i omvårdnadssituationen. Till exempel, Narayan (2001) betonade vikten av att dokumentera patientens kulturella bakgrund i patientjournalen med avsikt att skapa en optimal omvårdnadssituation. Gebru, Åhsberg och Willman (2007) bekräftade detta, och var av den uppfattningen att dokumentationen var viktig och nödvändig för att kunna skapa en god och säker vård, men konstaterade att sjuksköterskor var dåliga på detta. Vidare påpekade Narayan (2001) att det var viktigt att ha i åtanke att i dokumentationsprocessen fanns stora skillnader inom varje kultur och betonade risk för skapande av stereotyper. Det var dessutom viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen identifierade kulturella skillnader, för att på så sätt förebyggdes risken för konflikter eller missförstånd. Ett exempel på detta var ögonkontakt som kunde uppfattas som ett tecken på respekt, arrogans eller sexuellt intresse beroende på vilken kultur individen kom ifrån (Narayan, 2001).

Gielen, van den Branden, van Iersel och Broeckaert (2009) hävdade att sjuksköterskans roll i mötet med svårt sjuka patienter kunde påverkas av sjuksköterskans egen livsåskådning. Frågan väcktes om det var nödvändigt att sjuksköterskan behövde inneha samma trosuppfattning som patienten för att ha möjlighet att ge en god vård. Vidare undrade Gielen et al. (2009) om sjuksköterskan som ansåg sig vara ateist eller agnostiker kunde möta patienter som var troende på samma sätt som sjuksköterskan som hade samma eller någon annan trosuppfattning? Det visade sig att i Gielen et als. (2009) studie där 589 (n=589) sjuksköterskor som arbetade med palliativ vård deltog, att 18,3 procent (n=66) var antingen ateister eller agnostiker. Detta innebar att de som privatpersoner inte deltog i eller utförde handlingar som kopplades till någon tro. Dessa sjuksköterskor hade olika uppfattningar om ritualer som anknöts till någon religion vid viktiga händelser i livet. Det visade sig att det inte bara var trosuppfattning som spelade in när det gällde att respektera andras religiösa behov utan respekt för andra människor rätt att uttrycka sina åsikter och religion. Flertalet sjuksköterskor som deltog i studien var katoliker, 54,5 procent (n=219), men det fanns även sjuksköterskor som tillhörde någon islamisk eller buddistisk församling som deltog i studien

Att skapa en vårdrelation

Wiklund (2003) menade att skapandet av en vårdrelation var en viktig del av vårdandet, där patienten gavs möjlighet att uttrycka sina åsikter. Delaktigheten i vårdrelationen formades av såväl patienten som vårdaren, men samtidigt påtalades att i vårdrelationen var det vårdaren som hade störst makt. Vårdaren behövde därför vara vaksam på hur denna makt användes om det var till patientens för- eller nackdel, och vara medveten om sitt ansvar för en fungerande vårdrelation.

En annan svårighet som sjuksköterskan kunde ställas inför vid mötet men patienter från andra kulturer var huruvida de alltid skulle vara ärliga mot patienten (Erichsen, Hadd Danielsson & Fredrichsen 2010). Arlebrink (1999) tog upp som exempel hur en jugoslavisk man meddelat läkaren att den cancersjuka frun inte skulle få reda på sin sjukdom. Detta skapade frustration hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Hanssen (1998) menade att det var olämpligt att som vårdpersonal föra upp känsliga ämnen till diskussion om det inte fanns ett önskemål från patienten om detta. Narayan, (2001) bekräftade att inom vissa kulturer var det tabu att samtala om ämnen som sexualitet och döden. Däremot ansåg Erichsen et al. (2010) att ärlighet skapade goda relationer mellan sjuksköterskan och patienten, och goda relationer skapade ett klimat där patienter vågade ställa rättframma frågor. Baladacchino (2008) hävdade att den goda relationen mellan patienten och sjuksköterskan, byggdes på ett ömsesidigt förtroende och bekräftades även i Suurmond, Seleman, Tupp, Goosen och Stonks (2010) studie. Förtroende byggdes upp genom att sjuksköterskan tog sig tid att tala ordentligt med både patienten och dennes familj. Detta gav sjuksköterskan möjligheten att få veta mer om bland annat patientens sjukdomsrelaterade problem (Baladacchino, 2008).

Lagstiftning

Det framgår av olika lagstiftningar att individer i Sverige har friheten och rättigheten att utöva sin religion och att individer i samhället skall bemötas med respekt och av lika värde oavsett etnisk bakgrund, religion eller hudfärg (SFS 1974:152, 1 kap, 2§ SFS 1994:134, 1§). Respekt och värdighet skall även finnas inom hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) 2§ och Socialtjänstlagen (SoL, SFS 2001:435) 5kap, 4§. Det beskrivs i HSL (SFS 1982:763) 2b§ att varje patient har

rätt att få information som är individanpassad (Raadu, 2011).

Problemformulering

Således hade allt fler individer från andra länder och kulturer under de senaste åren immigrerat till Sverige (SCB, 2011a). Den ökade invandringen medförde att sannolikheten att hälso- och sjukvårdspersonalen möter individer från olika kulturer som talar främmande språk och hade andra traditioner ökade (Fossum, 2007). Litteraturen visade att i mötet med individer från andra kulturer kunde det uppstå olika hinder i den tvärkulturella kommunikationen (Hanssen, 1998). Sjuksköterskor skall erbjuda samtliga patienter lika god vård oberoende kultur eller språk som talas (SFS 1982:763). Detta utgjorde en utmaning för hälso- och sjukvården. Därför var det angeläget att samtliga hälso- och sjukvårdspersonal i deras möte med patienter från olika kulturer förebyggde eventuella konflikter eller missförstånd. Detta genom att de skaffade sig kunskaper om de kulturella faktorer som kunde påverka patienten (Hanssen, 1998) och var anledningen till varför denna litteraturöversikt kom till stånd.

Syfte

Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva vad det kunde finnas för faktorer som påverkade genomförandet av ett samtal med patienter ur ett tvärkulturellt perspektiv.

Frageställning

Vad fanns för faktorer som kunde påverka hälso- och sjukvårdspersonalens kommunikation ur ett tvärkulturellt perspektiv?

METOD

Design

Studien genomfördes som en litteraturöversikt.

Urval av litteratur

Sökstrategi

Författarna sökte efter vetenskapliga artiklar i Högskolan Dalarnas databaser: PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), WILEY online library samt Science Direct. Både kvantitativa och kvalitativa artiklar söktes. Sökorden som användes i olika kombinationer var följande: transcultural, transcultural nursing, diversity, spiritual, communication, terminally ill, terminally care, religion och Jirwe (författare). Att Jirwe användes som sökord var på grund av att Jirwe är en svensk forskare inom tvärkulturell omvårdnad. I flödesschemat (figur 1) nedan redovisas sökningar av artiklar. Dessutom genomfördes en manuell sökning av vetenskapliga artiklar genom att söka lämpliga artiklar för studien i valda artiklars referenslistor. Dessa artiklar redovisas i tabell 1 nedan.

Inklusionskriterier

Inklusionskriterier för sökning och val av de vetenskapliga artiklar som låg till grund för denna studie var: att artiklarna var byggda på empiriska studier och berörde ämnet utifrån litteraturöversiktens syfte och frågeställningar. Ytterligare var en av inklusionskriterierna att artiklarna publicerades mellan åren 1995-2011 på engelska eller svenska. Efter granskning av artiklarnas kvalitet, de artiklar som bedömdes ha god och medelgod kvalitet enligt bedömningmallar (bilaga 1 & bilaga 2). Detta utgick från Högskolan Dalarnas modifierade granskningsmallar (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006; Forsberg, och Wengströms, 2008) för kvantitativa respektive kvalitativa studier. Vidare ingick i studiens inklusionskriterier artiklar som beskrev patientens och sjuksköterskans perspektiv och artiklar som berörde vuxna patienter (18 år och äldre), utan någon kognitivt nedsättning som kunde påverka kommunikationen.

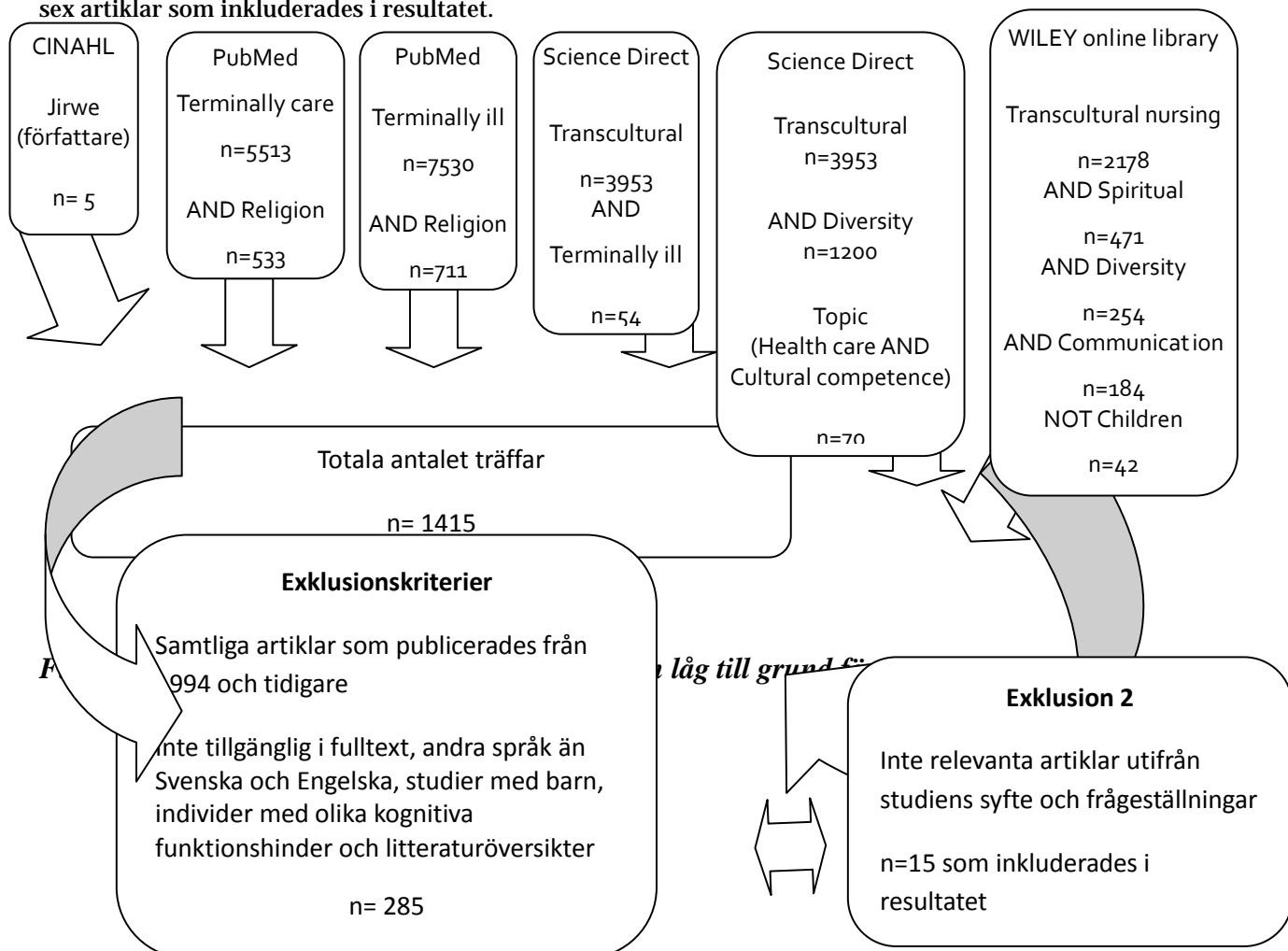
Exklusionskriterier

Artiklar som var utgivna tidigare än 1995, samt publicerades på andra språk än engelska eller svenska, samt artiklar som bedömdes inneha låg kvalitet enligt granskningsmallarna (Willman et al. 2006; Forsberg & Wengströms, 2008) (bilaga 1 & 2) exkluderades. Vidare exkluderades artiklar om barn samt individer med någon form av kognitiv nedsättning som kunde påverka kommunikationen. Samtliga litteraturöversikter exkluderades.

Tillvägagångssätt

De vetenskapliga artiklarna söktes via Högskolan Dalarnas biblioteks databaser: CINAHL, PubMed, Science Direct och WILEY online library, gemensamt utifrån valda sökord. Sökningen resulterade i 1415 träffar. Därefter användes de inklusions- samt exklusionskriterier som tidigare redovisats för att begränsa antalet artiklar och ledde fram till 285 artiklar. Därpå lästes gemensamt titlarna på samtliga 285 artiklar. Om titlarna var relevanta så lästes även abstraktet gemensamt. Om innehållet i abstraktet visades vara relevant och besvarade föreliggande studiens frågeställning lästes artikeln i sin helhet. Av de sammanlagda 285 artiklarna fanns 21 artiklar som var aktuella, varav en artikel som inte fanns tillgänglig som fri fulltext utan fick beställas genom Högskolan Dalarnas bibliotek. Efter val av de vetenskapliga artiklarna granskades artiklarnas kvalitet enligt modifierade versioner av granskningsmallen för kvantitativa studier och granskningsmallen för kvalitativa studier (Willman et al. 2006; Forsberg & Wengströms, 2008) (Bilaga 1 & Bilaga 2) och poängsattes. Bedömning av artiklarnas kvalitet gjordes av författarna var och för sig, därefter jämfördes poängsättningen. Skillnader mellan granskarnas poängsättning diskuterades för att samstämmighet skulle kunna uppnås. Av de 21 artiklar som granskades i sin helhet inkluderades 15 i resultatet. De utvalda artiklarna redovisas i tabell 2.

De manuella sökningarna gjordes genom att leta igenom de referenslistor som ingick i de artiklar som granskades och ingick i studien. Även här börjades det med titeln på artiklarna och om denna var intressant utifrån litteraturöversiktens syfte letades hela artikeln upp och lästes i sin helhet. Därefter poängsattes artiklarna utifrån samma granskningsmallar (Willman et al. 2006; Forsberg & Wengströms, 2008) (bilaga 1 & 2) och samma procedur som för artiklarna i databassökningen. De manuella sökningarna resulterade i sex artiklar som inkluderades i resultatet.



Tabell 1: Manuell sökning av vetenskapliga artiklar.

Författare/Land	År	Titel
Cioffi, J. Australien	2002	Communication with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences.
Gerrish, K. England	2000	The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers
Gerrish, K. Chau, R. Storbritannien	2004	Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing,
Hjelm, K. Bard, K. Nyberg, P. Apelqvist, J Sverige	2003	Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden.
McCabe, C Irland	2004	Nurse-Patient communication: an exploration of patients' experiences.
Ozolins, L-L Hjelm, K. Sverige	2003	Nurses 'experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden

Analys

Granskning av artiklarnas kvalitet

Artiklarnas kvalitet bedömdes utifrån granskningsmallarna (Willman et al. 2006; Forsberg & Wengströms, 2008) (bilaga 1 & 2), där ett ja gav en poäng och ett nej gav noll poäng. Granskningsmallen för studier med kvantitativ ansats (bilaga 1) innehöll totalt 29 frågor, 17 poäng eller mindre innebar att studien ansågs ha en låg kvalitet, 18- 22 poäng innebar att studien hade en medelgod kvalitet, och 23-29 poäng innebar att studien hade en hög kvalitet. Det totala antalet poäng som kunde fås för de studierna med kvantitativ ansats var 29 poäng. Granskningsmallen för studier med kvalitativ ansats (bilaga 2) innehöll 25 frågor, 14 poäng eller mindre innebar att studien ansågs ha en låg kvalitet. 15-20 poäng innebar att studien hade en medelgod kvalitet, och 21-25 poäng, innebar att studien hade en hög kvalitet. Det totala antalet poäng för studier med kvalitativ ansats var 25 poäng.

Textanalys

Artiklarna numrerades och lästes åter igen för att identifiera kategorier i texten (Polit & Beck, 2008) Kategorier som växte fram var: Kulturell kompetens, kommunikation som nyckel till god tvärkulturell

omvårdnad, skapa en fungerande vårdrelation samt kultur och religion.

Forskningsetiska överväganden

Eftersom denna studie är en litteraturöversikt krävdes inget tillstånd från Högskolan Dalarnas forskningsetiska nämnd. Under hela arbetet har objektivitet till vald litteratur eftersträvat och resultatet redovisas sanningsenligt

RESULTAT

Resultatet redovisas nedan samt i tabell två. Sammanlagt 21 artiklar ingick i studien. Av de inkluderade studierna hade 19 kvalitativ ansats och två hade kvantitativ ansats. De kategorier som framkom redovisas nedan som rubriker i resultatet.

Faktorer som påverkade hälso- och sjukvårdspersonalens kommunikation ur ett tvärkulturellt perspektiv

Kulturell kompetens

Høye och Severinsson (2008) ansåg att det var en utmaning för sjuksköterskan att värdera sin egen kunskap om kulturella och religiösa värden. Jirwe, Gerrish, Keeney och Emami (2009) redogjorde för innebörden av att ha kulturell kompetens och på så sätt peka på vad hälso- och sjukvårdspersonalen behövde behärska i en tvärkulturell vård. Studiens resultat visade att denna kompetens handlade om fem områden: kulturell känslighet, förståelse, möten, förståelse för hälsa samt förståelsen för sambanden mellan hälsa och ohälsa, sjukvård samt det sociala och kulturella (Jirwe et al.2009).

Lundberg, Bäckström och Widéns (2005) beskrev hur sjuksköterskestudenter önskade att de kunde erbjuda vård till patienter från en annan kultur, utifrån den individens behov. Momeni, Jirwe och Emami (2008) beskrev de brister som fanns i sjuksköterskeutbildningarna med hänsyn till de blivande sjuksköterskornas kulturella kompetens. Bland annat visade det sig att endast 18 av det sammanlagda 26 sjuksköterskeutbildningar i Sverige innefattade ämnet kultur i sina utbildningsplaner. Vidare visade sig att endast tre utbildningar erbjöd studenterna specifika kunskaper och träning inom ämnet. Momeni et al. (2008) slutsats var att sjuksköterskestudenter saknade de kunskaper och träning i sin utbildning, som behövdes för att bemöta den tvärkulturella värden.

Fullbright Sumpter och Brooks Carthon (2011) belyste innebörden av en kulturell kompetens och dess betydelse för sjuksköterskestudenter. Det framgick i denna studie att det fanns ett behov av mer undervisning och dialog inom detta ämne i sjuksköterskeutbildningen. Det visade sig att sjuksköterskestudenter under sin utbildning fick vetskap om att de skulle ha en kulturell kompetens men ingen talade om innebörden. Dessutom lyfte studenterna fram vad det kunde finnas för problem med att integrera den inlärd kunskapen i det kliniska yrket. Jirwe, Gerrish och Emami (2010) hade hävdade att det fanns sjuksköterskestudenter som upplevt tvärkulturell kommunikation i vården och var rädda för att göra fel. Rädslan berodde på bristande kunskaper men även på bristande självförtroende. Enligt Huang, Yates och Prior (2009) upplevde sjuksköterskor som deltagit i kurser om kulturell mångfald som anordnades på arbetsplatsen att de ökade sin kompetens inom området.

Sargent, Sedlak och Martsolf (2005) visade att sjuksköterskestudenter utvecklade den kulturella kompetensen under sin utbildning men att det var viktigt att studenten även läste kurser inom detta ämne. Dessutom påvisades en trend att studenter som varit i andra länder hade en större kulturell kompetens än de som bara vistats i Amerikas Förenta Stater. Det kunde dock inte bevisas att de studenter som bott i andra länder hade en större kulturell kompetens jämfört med studenter som bara varit utomlands på semester. Sargent et al. (2005) indikerade att de lärare som undervisade de sjuksköterskestuderande hade till viss del en större kulturell kompetens men att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan lärare och studenter.

Kommunikation som nyckel till god tvärkulturell omvårdnad

Høye och Severinsson (2008) ansåg att osäkerheten som sjuksköterskan kände i samband med kommunikation med patienter från andra kulturer grundade sig i sjuksköterskans osäkerhet för huruvida patienten hade förstått den information som lämnats. Detta skapade en stress för sjuksköterskan. Hjelm, Bard, Nyberg och Apelqvist (2003) menade att bristande kommunikation på grund av språksvårigheter bidrog till en bristande patientsäkerhet i form av felaktiga bedömningar och behandlingar.

Cioffi, (2003) beskrev hur sjuksköterskor använde sig av olika strategier för att kommunicera med patienter som inte hade samma språk. Det kunde innebära att dessa sjuksköterskor lärde sig vissa ord eller fraser och att de använde sig av hälso- och sjukvårdspersonal som talade samma språk som patienten. Att använda sig av hälso- och sjukvårdspersonal som talade samma språk som patienten kunde skapa problem. Sjuksköterskor beskrev under intervju vissa delar av kommunikationen som mer problematiska än andra, detta när patienten och sjuksköterskan inte hade något gemensamt språk alls.

Lundberg et al. (2005) menade att faktorer som försvårade kommunikationen i den tvärkulturella vården inte endast var språksvårigheter, utan kunde också i vissa fall visa sig genom att personen hade ett annat kroppsspråk.

Ozolins och Hjelm (2003) beskrev hur de faktorer som fanns i kommunikationen påverkade omvårdnaden. Sjuksköterskorna beskrev att det kunde vara svårt att veta om patienten inte svarade på frågor för att de inte förstod språket, eller att det berodde på någon bakomliggande sjukdom. När anhöriga användes som tolkar så var sjuksköterskorna osäkra på om informationen om hälsan nådde fram till patienten på korrekt sätt. Det fanns svårigheter att välja tolk och det ansågs att val av tolk kunde vara känslig. Det var viktigt att inte endast se till språket, eftersom det fanns områden i världen där individer som talade samma språk, hade olika kulturer och till och med var i krig med varandra.

Gerrish (2004) visade att patienter som upplevde att det inte fanns tolkar tillgängliga, undvek att söka vård. När tolkar inte fanns användes familjemedlemmar. Tolkar beskrev att sjuksköterskor inte hade förtroende för dem och att sjuksköterskorna påpekade att de inte hade kunskap om tolkar och vilken utbildning dessa hade inom sjukvårdstermologi. Sjuksköterskor använde sig hellre av familjemedlemmar än auktoriserade tolkar, förutom när det handlade om känsliga ämnen. Sjuksköterskorna upplevde en osäkerhet om tolken verkligen översatte medicinska termer korrekt. Gerrish (2000) menade att om patientens språksvårigheter redan från början hade uppdagats, så hade detta kunnat förebyggas. Sjuksköterskorna upplevde att patienterna missgynnades av att de inte talade samma språk som sjuksköterskan eller var begränsad i språket. I vissa fall kunde dessa missförstånd som berodde på språkförbistringar orsaka att patienten inte tog sin medicin enligt ordination.

Skapa en fungerande vårdrelation

Charalambous, Papadopoulus och Beadsmoor (2008) ansåg att det var angeläget att patienten fick information som var individanpassad. Det framgick att sjuksköterskan ofta undervärderade patientens förmåga att ta in och hantera information. Patienterna visade också på att ju mer sjuksköterskan lät patienten vara delaktig i sin vård och behandling desto mer var patienten av den uppfattningen att han/hon fick en god vård. Charalambous et al. (2008) menade att för att patienten skulle kunna delta aktivt i sin egen vård, krävdes en god kommunikation. McCabe (2004) menade att patienterna kunde känna att sjuksköterskorna inte kommunicerade med dem utan antog, utan att de frågade patienten, vilka behov och funderingar som patienten hade. Huang et al. (2009) hävdade att genom att sjuksköterskan tog sig tid för samtal, skapade en öppen kommunikation, lyssnade och visade förmåga att ställa frågor fanns förutsättningar för en god vård. Ayaz, Bilgili och Akin (2010) beskrev att 366 (58,8%) av sjuksköterskestudenterna upplevde kommunikationen som en försvärande faktor i det tvärkulturella mötet.

För äldre patienter var det viktigt att ha hälso- och sjukvårdspersoner omkring sig, som behärskade

patientens språk, och hade förståelse för deras kulturella bakgrund (Heikkilä & Ekman 2003). Detta ansågs som viktigt eftersom äldre patienterna kunde tappa det svenska språket på grund av olika sjukdomstillstånd, och således faller tillbaka till att endast tala sitt modersmål, vilket försvårade möjligheten att göra sig förstådd.

Patienter upplevde att de endast var till besvär för sjuksköterskan när de pratade om sina problem. Patienter upplevde även att sjuksköterskan inte ville eller inte vågade ställa följdfrågor vid samtal. Detta resulterade i att det inte uppstod någon vårdrelation mellan patienten och sjuksköterskan (Cortis, 2000). McCabe, (2004) beskrev hur patienter ofta uppfattade att sjuksköterskor inte hade tid att informera dem tillräckligt men beskylldes inte sjuksköterskorna för detta utan förstod att de hade mycket att göra och att tiden inte räckte till.

Cortis (2000) påpekade att det var viktigt att ha i åtanke att kommunikation inte alltid handlade om utförandet av en omvårdnadshandling vid mötet mellan patient och sjuksköterska utan även kunde vara det mellanmänniska mötet. McCabe (2004) redogjorde för att när sjuksköterskan gjorde små saker så uppfattade patienterna att kommunikationen och omvårdnaden blev bättre. Detta kunde innebära att sjuksköterskan tittade in i rummet och vinkade när hon eller han passerade, frågade hur det var, eller att när nattpersonalen gick runt till patienterna frågades patienterna som inte sov, om de kunde göra något. Patienter framhöll att äldre sjuksköterskor med mer ansvar hade mindre tid för samtal än vad sjuksköterskestudenter hade, och att det var uppskattat bland patienterna när studenterna tog sig tid att sitta ner och samtala (McCabe, 2004).

Kultur och religion

Det var vanligt att patienter tog upp religion och kostvanor i samband med ämnet tvärkulturell vård. Detta visade sig också när sjuksköterskor blev ombedda att beskriva situationer där de hade arbetat utifrån ett tvärkulturellt perspektiv. Oftast handlade detta om att tillgodose den troende immigrantens religiösa behov (Narayanasamy, 2003). Enligt Smith-Stoner (2007) fanns en osäkerhet i hurvida religion var kultur och om denna osäkerhet skulle påverka bemötandet av gruppen ateister, när de inte hade någon religion. Ateister var en understuderad grupp inom hälso- och sjukvården och riskerade att få fortsätta vara outforskade om ateism inte inkluderades i den tvärkulturella forskningen. Religionen kom också på sin spets vid närkontakt med döden och sin egen dödlighet (Edmondson, Park, Chaudoir & Wortmann, 2008). Det ansågs att en tro kunde vara till hjälp och många patienter stärktes i sin tro inför döden. Ibland kunde vissa patienter ifrågasätta sin tro och kunde känna sig vilsna och deprimerade, jämfört med patienter som var antingen trygga i sin tro, eller patienter som inte hade någon religiös tro från början.

Tabell 2 Sammanfattning av artiklar som ligger till grund för studiens resultat

Författare Land	År	Titel	Design Metod	Syfte	Deltagare Bortfall	Kvalité Poäng	Resultat
Ayaz, S. Biligili, N. Akin, B. Turkiet	2010	The transcultural nursing concept: a study of nursing students in Turkey.	Kvantitativ Deskriptiv Enkätstudie	Syfte var att undersöka vilka kulturella skillnader sjuksköterskestudenter upplevde mellan sig själva och patienten, samt undersöka vilken kunskap om tvärkulturell vård som fanns.	n=622 (Samtliga sjuksköterskestudenter) Bortfall=38	Hög 25/29p	Studien visade att 85,5 % (n=532) av sjuksköterskestudenterna hade upplevt kulturella skillnader, vilket framförallt handlade om dialekt och språk. Studien visade också att 73,8% (459 sjuksköterskestudenter) inte kunde definiera vad kulturella skillnader var.
Charalambous, A. Papadopoulos, R. Beadsmoore, A. Cypern	2008	Listening to the voices of patients with cancer, their advocates and their nurses: A hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care.	Kvalitativ Hermeneutisk – Fenomenologisk	Syftet med studien var att undersöka vad patienter ansåg vara god kvalitet på omvårdnad och dess innebörd.	n=51 (25 patienter, 6 patientförespråkare, 20 sjuksköterskor) Bortfall angavs ej.	Hög 23/25p	Patienterna uppfattade att god vård var när sjuksköterskan kommunicerade med patient och närstående på deras nivå. Patienterna tyckte även att sjuksköterskorna undervärderade deras förmåga att hantera given information.
Cioffi, J. Australien	2002	Communication with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences.	Kvalitativ Interpretiv Deskriptiv	Syftet var att beskriva hur sjuksköterskor på en akutmottagning upplevde samtalet i mötet med patienter från en annan kultur.	n=23 (11 sjuksköterskor, 12 barnmorskor) Bortfall angavs ej	Medel 20/25p	Resultatet visade att sjuksköterskor använde sig av tolkar, eller av annan hälso- och sjukvårdspersonal som talade patientens språk.
Cortis, J.D. Storbritannien	2000	Caring as experienced by minority ethnic patients.	Kvalitativ Semi- strukturerade intervjuer	Syftet var att undersöka hur pakistanska immigranter i England ser på begreppet omvårdnad.	n=38 (samtliga patienter) Bortfall angavs ej.	Hög 22/25p	Studien visade att det fanns en brist mellan patientens förväntningar på vården, och den utförda vården.

Edmondson, D. Park, C, L. Chaudoir, S, R. Wortmann, J, H. Amerikas Förenta Stater	2008	Death without god: religious struggle, death concerns, and depression in the terminally ill.	Kvantitativ Deskriptiv	Syftet var att beskriva om tron förstärktes eller försvagades vid sjukdom och konfrontation med döden.	n=110 (samtliga patienter) Bortfall=7	Medel 22/29p	Resultatet visade att om patientens tro förblev orörd så fick de en form av buffert mot döden, men om patienten tappade sin tro så blev patienten mer sårbar än vad en patient som inte hade någon religiös tro alls, vilket ledde till ökat antal med depression.
Fullbright Sumpter, D. Margo Brooks Carthon, J. Amerikas Förenta Stater	2011	Lost in translation: Student perceptions of cultural competence in undergraduate and graduate nursing curricula.	Kvalitativ Deskriptiv	Syftet var att undersöka sjuksköterskestudenters perspektiv på integrering av kulturell kompetens i sjuksköterskeutbildningen.	n=619 (forskarstudenter av olika grad) Bortfall angavs ej.	Hög 22/25p	Resultatet visade att det fanns tre teman om varför integrationen av kulturell kompetens inte finns i skolan. Dessa handlade om begreppet kulturell kompetens, vilket ansågs uttjat, att det var svårt att få in kulturell kompetens naturligt och att när möjlighet att integrera fanns, så togs inte chansen.
Gerrish, K. England	2000	The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers.	Kvalitativ Djupintervjuer	Syftet var att undersöka hur direktiv som handlade om individanpassad vård fungerade i praktiken, och hur detta påverkade etniska minoriteter.	n=92 (alla patienter med ursprung från södra Asien) Bortfall angavs ej	Hög 22/25 p	Resultatet visade att det kunde finnas brister i hur patienterna följde behandlingsrekommendationer, relaterat till problem med språkförståelse.
Gerrish, K. Chau, R. Storbritannien	2004	Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing.	Kvalitativ Semi-strukturerade intervjuer	Syftet var att undersöka sjuksköterskor inom primärvårdens användande av tolk, utifrån perspektiven sjuksköterskor, patienter från minoritetsgrupper och tolkar.	n= 5 grupper med 7-13 deltagare i varje grupp. Bortfall angavs ej.	Medel 18/25p	Sjuksköterskorna förlitade sig mer på att använda närstående till patienten som tolk, än att anlita någon professionell person.

Heikkilä, K. Ekman, S-L. Sverige	2003	Elderly care for ethnic minorities-wishes and expectations among elderly Finns in Sweden.	Kvalitativ Semi-strukturerade intervjuer	Syftet med studien var att belysa vilken roll kulturell vård hade i den äldres önskemål och förväntningar inför vård inom den kommunala äldreomsorgen i Sverige	n=39 (samtliga födda i Finland nu boende i Sverige) Bortfall=142	Hög 22/25p	Resultatet visade på vikten av den egna kulturen och det egna språket samt att kunna känna trygghet med personalen genom delade kulturella och språkliga grunder.
Hjelm, K. Bard, K. Nyberg, P. Apelqvist, J. Sverige	2003	Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden.	Kvalitativ Deskriptiv	Syftet var att undersöka hur kulturella skillnader påverkade synen på hälsa, sjukdom och egenvård hos kvinnor med diabetes mellitus, som kom från en mångkulturell bakgrund.	n=41 (13 som talade arabiska, 13 från forna Jugoslavien och 15 svenskor) Bortfall angavs ej.	Hög 22/25p	Resultatet visade på olikheter i hur människor med olika kulturell bakgrund ser på orsak bakom diabetes mellitus samt behandling.
Huang, Y-L. Yates, P. Prior, D. Australien	2009	Factors influencing oncology nurses' approaches to accommodating cultural needs in palliative care.	Kvalitativ Grounded theory	Syftet med denna studie var att undersöka den sociala konstruktionen av kulturella svårigheter inom palliative vård bland onkologisköterskor.	n=7 (alla onkologisköterskor) Bortfall angavs ej.	Medel 17/25p	Teman för vad som kan påverka anpassningen av kulturella behov uttröntes, i vilka sköterskans förståelse och filosofi runt kulturell vård samt deras erfarenheter av tidigare möten med andra kulturer visades.
Høye, S. Severinsson, E. Norge	2008	Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study.	Kvalitativ Deskriptiv Exploratorisk	Syftet med denna studie var att utforska hur intensivvårdssjuksköterskor upplevde möten med patienter som kom från en mångkulturell bakgrund.	n= 16 (alla intensivvårdssjuksköterskor) Bortfall angavs ej.	Hög 22/25p	Resultatet visade att det fanns svårigheter i det tvärkulturella mötet, och dessa svårigheter härrör från skillnader i språk, kultur och etnicitet.

Jirwe, M. Gerrish, K. Emami, A. Sverige	2010	Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters.	Kvalitativ Semi-strukturerade intervjuer	Syftet var att undersöka sjuksköterskestudenters erfarenhet av kommunikation i det tvärkulturella mötet.	n=10 (samtliga sjuksköterskestudenter) Bortfall angavs ej.	Hög 23/25p	Resultatet visade att sjuksköterskestudenterna var rädda att göra misstag och därmed kränka patienten, och att det delvis var svårt att kommunicera.
Jirwe, M. Gerrish, K. Keeneu, S. Emami, A. Sverige	2009	Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study.	Kvalitativ Delfi-metod Studie	Syftet var att identifiera de viktigaste delarna i kulturell kompetens ur ett svenskt perspektiv.	n=24 (8 sjuksköterskor, 8 forskare & 8 föreläsare) Bortfall angavs ej.	Hög 22/25p	Resultatet visade att informanterna var överens om fem ämnen som kulturell kompetens bör innehålla. Dessa var: kulturell känslighet, kulturell förståelse, kulturella möten, förståelse för hälsa samt samband mellan hälsa och ohälsa, sjukvården samt det sociala och kulturella.
Lundberg C. Bäckström, J. Widen, S. Sverige	2005	Caregiving to patients who are culturally diverse by Swedish last-year nursing students.	Kvalitativ Deskriptiv studie	Syftet var att beskriva sista års sjuksköterskestudenters erfarenhet av att vårda patienter från annan kultur.	n= 150 (samtliga sjuksköterskestudenter) Bortfall= 43	Medel 19/25p	Resultatet visade på tre teman: sjuksköterskestudenterna var medvetna om kulturella olikheter, nyfikna på transkulturalism samt en brist i kulturell kompetens inom omvårdnad.
McCabe, C. Irland	2004	Nurse-Patient communication: an exploration of patients' experiences.	Kvalitativ Hermeneutisk fenomenologisk	Syftet var att undersöka hur patienter upplevde sjuksköterskornas sätt att kommunicera.	n=8 Bortfall angavs ej.	Hög 21/25p	Resultatet redovisades i fyra teman. som var: Brist på kommunikation, att vara närvarande, empati och vänlighet/humor
Momeni, P. Jirwe, M. Emami, A. Sverige	2008	Enabling nursing students to become culturally competence- a documentary analysis of curricula in all Swedish nursing programs.	Kvantitativ Deskriptiv Studie	Syftet med studien var att undersöka om sjuksköterskeutbildningen i Sverige gav studenterna tillräckliga kunskaper i kulturell kompetens.	n=26 (data från sjuksköterskeutbildningar) Bortfall=0	Hög 28/29p	Resultatet visade att endast tre skolor gav specifik utbildning inom området.

Narayanasamy, A. Storbritannien	2003	Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs?	Kvalitativ Deskriptiv Studie	Syftet med studien var att se hur sjuksköterskor mötte patientens kulturella behov.	n=126 (samtliga sjuksköterskor) Bortfall=74	Medel 18/25p	Resultatet visade att de flesta informanter tyckte att det var viktigt att tänka på patientens kulturella behov. Många ville ha mer utbildning inom ämnet.
Ozolins, L-L. Hjelm, K.. Sverige	2003	Nurses 'experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden.	Kvalitativ Explorativ Deskriptiv Studie	Syftet var att beskriva problematiska situationer som uppkom på en akutmottagning, där invandrare var inblandade.	n=49 (samtliga sjuksköterskor) Bortfall=1	Högt 22/25p	Resultatet visade nio huvudkategorier av svårigheter, där kommunikationsproblem var en huvudkategori.
Sargent, S, E. Sedlak, C, A Martsolf, D, S. Amerikas Förenta Stater	2005	Cultural competence among nursing students and faculty.	Kvantitativ Deskriptiv Studie	Syftet med studien var att beskriva utvecklingen av kulturell kompetens bland sjuksköterskestudenter och lärarkollegiet inom sjuksköterskeutbildningen.	n=260 (88 förstaårsstudenter, 121 fjärdeårsstudenter, 51 lärare) Bortfall angavs ej.	Medel 21/29p	Resultatet visade att kulturell kompetens ökade hos sjuksköterskestudenter under deras utbildning, och att de sjuksköterskestudenter som besökte andra länder hade en högre kulturell kompetens. Det påtalades att det fanns ett kunskapsbehov inom ämnet i sjuksköterskeutbildningen.
Smith-Stoner, M. Amerikas Förenta Stater	2007	End- of-life preferences for atheists.	Kvalitativ Enkätstudie	Syftet var att utforska vad ateister föredrar i palliativ vård.	n=88 (medlemmar av ateistiska organisationer I USA) Bortfall angavs ej.	Hög 21/25p	Resultat av studien var att deltagarna ville finna en mening i livet, att fortsätta ha kontakt med sina närstående samt fortsätta uppskatta och uppleva den naturliga världen.

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultat

Syftet med denna litteraturoversikt var att beskriva vad det kunde finnas för faktorer som påverkade genomförandet av ett samtal med patienter ur ett tvärkulturellt perspektiv. Flera studier visade vikten av kulturell kompetens i mötet med patienter från andra kulturer (Lundberg et al. 2005; Sargent et al. 2005, Momeni et al. 2008; Huang et al. 2009; Jirwe et al. 2009; Fullbright Sumpter & Brooks Carthon, 2011). De påverkande faktorer för det tvärkulturella samtalet som uppdagades var att sjuksköterskan kände en osäkerhet (Høye & Severinsson, 2008), inte tog sig tid (McCabe, 2004), var tveksam till att anlita tolk utan förlitade sig och tog hjälp av de närstående (Gerrish, 2000). Däremot, visade det sig att om patientens språksvårigheter upptäcktes under en tidig fas i sjukdomen, så hade dessa språkliga hinder kunnat avstyras (Gerrish, 2000). McCabe (2004) visade att patienter ansåg att små åtgärder, som till exempel, att sjuksköterskan bara tittade in till dem lite, resulterade i att patienten ansåg sig få en god omvårdnad. Patienterna uppskattade att sjuksköterskestudenter, hade tid, satte sig ner och ansträngde sig att samtala med dem. Fullbright Sumpter och Brooks Carthon, (2011) visade att sjuksköterskestudenter var medvetna om att de förväntades ha en kulturell kompetens, men hade inte vetskapen om dess innebörd. Resultatet visade att både forskare och sjuksköterskestudenter uppfattade att sjuksköterskeutbildningarna var dåliga på att utbilda blivande sjuksköterskor i ämnet kulturanpassad omvårdnad som ledde till tvärkulturell kompetens (Lundberg et al. 2005; Momeni et al. 2008).

Resultatdiskussion

I den tvärkulturella vården är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen har kunskap om dels olika kulturer och religioner, och att dessa två begrepp inte är synonymt (Narayanasamy, 2003). I kunskapen om den kulturella kompetensen ingår bland annat kunskapen om det mellanmänniska mötet, en förståelse för kulturen och förståelse för innebörden samt synen på hälsa och sjukdom (Jirwe et al. 2009). Narayanasamy (2003) visade på att när sjuksköterskor ombads berätta om situationer då de arbetat tvärkulturellt, så nämndes oftast religionen, och de behov patienten hade utifrån denna. I kunskapen om patientens kultur ingår även patientens trosföreställning det vill säga vilken religion patienten har och hur patienten utövar denna. Det kan antas att kultur inte enbart handlar om religion, utan handlar även om etik och moral samt värderingar som formats i det samhälle uppväxten skett i. Detta bekräftas av Smith-Stoner, (2007) som menade att risken med att tro att kultur enbart är religion är bland annat att den grupp ateister som finns, och som således inte har någon tro, blir bortglömd. Det kan anses viktigt att respektera och ha förståelse för patienter från olika kulturer och med olika trosuppfattning. Något att poängtera är att trots befintlig lagstiftning, (HSL, SFS 1982:763, 2§) fallerar vården i frågor omkring det tvärkulturella mötet och den kulturella kompetensen bland hälso- och sjukvårdspersonalen.

Religioner och den påverkan den har på människor är viktigt att ha kunskap om. Patienten kan ifrågasätta sin tro om hon/han inte kan finna mening i sin situation. Om patienten tappar sin tro under en svår sjukdom kan detta eventuellt leda till att fler drabbas av depressioner i jämförelse med de patienter som behåller sin tro eller patienter som inte hade en religiös tro från början. Detta kunde enligt Edmondson et al. (2008) innebära att hälso- och sjukvårdspersonal var medvetna om att en tro kan vara en styrka och trygghet i svåra situationer, men även kunde upplevas som en börda eller något patienten är rädd för. Det är viktigt för omvårdnaden att dokumentera mer än bara tidigare sjukdomar och annat medicinskt i patientjournalen utan också få med patientens kulturella bakgrund och livssyn. Enligt Narayan, (2001) kunde brister i dokumentationen av patientens kulturella bakgrund i journalen, påverka omvårdnaden av patienten. Däremot kan sjuksköterskan inte anta att alla utifrån en etnicitet eller kultur, har samma behov, eftersom alla är unika individer med olika behov. Sjuksköterskans egen tro borde inte heller påverka det mellanmänniska mötet med patienten, där sjuksköterskan skall vara professionell. Enligt Gielen et al. (2009) så påverkar trots allt sjuksköterskans egen trosföreställning, omhändertagandet av patienten.

Att det var viktigt med god kommunikation i den tvärkulturella vården visade Charalambous, et al. (2008). Det kunde handla om patientens möjligheter att ta egna beslut om vården, baserat på den information som sjuksköterskan lämnat. Det är förstäligt att patienter blir osäkra när beslut fattas om deras vård, och det kan tänkas att det är en försvarande omständighet att patienten och sjuksköterskan inte talade samma språk, och

att patienten därmed inte förstår den information som ges. Att använda tolk visade sig vara en av de åtgärder som sjuksköterskor använde sig av för att förebygga kommunikationsproblem. Framförallt när det handlade om känsliga ämnen där patientens anhöriga inte kunde tolka, eller där sjuksköterskan var osäker på om patienten uppfattat information korrekt (Gerrish, 2004). Det är anmärkningsvärt att sjuksköterskor inte använde tolk i större utsträckning, eftersom det finns en stor risk att närstående som tolkar inte kan eller vill förmedla informationen på ett korrekt sätt, utan istället misstror tolkar som har utbildning i att överföra information. Gerrish (2000) visade att sjuksköterskor var osäkra på om auktoriserade tolkar verkligen översatte allt korrekt. Detta uppfattades också av tolkarna som kände att sjuksköterskorna inte litade på dem i tolkningssituationen (Gerrish, 2004). Det bör vara viktigt att se till att patienten inte känner sig som ett problem och att på ett enkelt sätt kunna få tag i tolkar som snabbt kan vara på plats för att underlätta kommunikationen. Att använda sig av tolkar underlättar men kan medföra svårigheter som måste tas hänsyn till, som etnicitet på den som tolkar (Ozolin & Hjelm, 2003). Detta visar att det saknas ett samarbete mellan tolkar och hälso- och sjukvårdspersonal, vilket är olyckligt. Ett gott samarbete är en fördel för patienten, och borde vara ett krav eftersom det gör vården säkrare när information kan utbytas på ett korrekt sätt.

Heikkilä och Ekmans (2003) forskning visade på att det fanns hinder i vården av den äldre generationen invandrare. Vissa patienter ville stanna inom de geografiska områden som de kände sig trygga i medan andra ville vårdas av hälso- och sjukvårdspersonal som har kunskaper om patientens kultur och språk. Detta öppnar upp för frågan om äldre patienter ska ha rätt till att vårdas av personal som talar sitt egna språk, precis som unga personer som immigrerat till Sverige har rätt till undervisning i sitt modersmål i skolan enligt skollagen (SFS 2010:800 10 kap. 7§). Lagstiftningen visar på att vården av äldre skall utföras med respekt och värdighet (SoL, SFS 2001:435) 5kap, 4§. Detta är viktigt att ha i åtanke när det kommer till äldre individer som på grund av olika anledningar inte längre behärskar svenskan. Vården utförs inte på ett värdigt sätt om patienten inte förstår vad hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra för omvårdnad.

Att kommunicera genom att fråga patienten hur det är, eller att till exempel vinka in genom en öppen dörr för att bekräfta patienten och för att visa patienten att hälso- och sjukvårdspersonalen är där, gjorde stor skillnad för patienten (McCabe, 2004). Därför uppskattades det ofta när det fanns studenter på avdelningen som inte hade lika stort ansvar och därför kunde lägga mer tid på att kommunicera i lugn och ro med patienterna. Trots vikten av att ha tid för samtal med patienter (Huang et.al.2009), upplevde patienter att sjuksköterskor inte hade tid att sitta ner och samtala på grund av den stora arbetsbörda som de hade (McCabe, 2004). Patienterna hade dock förståelse för att sjuksköterskorna hade mycket att göra. Tidsbristen inom vården är inget främmande, men det kan antas att detta gör situationen svårare för de patienter som redan innan har svårt att kommunicera med hälso- och sjukvårdspersonal. McCabe (2004) visade på hur små medel kunde göra upplevelsen bättre för patienter. Ett leende tar inte lång tid, men kan göra stor skillnad.

Det framgår tydligt i denna litteraturöversikt att det finns en del brister i sjuksköterskeutbildningen när det gäller kulturell kompetens. Sjuksköterskestudenterna fick veta genom undervisning att de skulle ha kulturell kompetens, men inte vad det innebar i praktiken (Momeni et.al.2008). Det är anmärkningsvärt att endast tre av 26 utbildningar har undervisning i tvärkulturell vård (Momeni et al. 2008). Det är ett faktum att cirka 1,1 miljoner individer (SCB, 2011b) av sveriges befolkning på cirka 9,4 miljoner (SCB, 2011c) kommer från ett utomnordiskt land, vilket gör att behovet av en kulturell kompetens i allra högsta grad är aktuell.

Vidare kunde ses att sjuksköterskestudenter, på grund av bristen på kulturell kompetens, var rädda att göra fel i den tvärkulturella kommunikationen (Jirwe et al. 2010) Sjuksköterskestudenterna påpekade också problemen med att omvandla teori till praktik (Fullbright Sumpter & Brooks Carthon, 2011). Självfallet så bör det vara prioriterat att praktisera detta, och inte enbart läsa teoretiskt.

Metoddiskussion

Denna studie genomfördes som en litteraturöversikt. Sökningarna efter artiklar för resultatet utfördes i databaserna; CINAHL, PubMed, Science Direct och WILEY online libery som ansågs inneha artiklar med värdvetenskapligt innehåll. PubMed innehåller även artiklar med medicinskt innehåll, vilka inte togs med i

denna a litteraturöversikt. Sökorden som inkluderades i söksträngarna valdes utifrån tidigare kunskaper om ämnet, samt utifrån de artiklar vi funnit och de nyckelord som de hade. Vi var dock medvetna om att våra brister i engelska språket begränsat oss inom detta. Högskolan Dalarnas bibliotekspersonal hjälpte dock till med att förfina sökmetoderna.

Sökordet Jirwe stod för forskaren och författaren Maria Jirwe. Jirwe användes för att det framkommit att hon är en viktig och framstående forskare inom ämnet tvärkulturell kompetens. Hon är dessutom verksam i Sverige. Detta gav den nationella vinkling som efterfrågades eftersom en av de underliggande funderingarna var hur den tvärkulturella vården såg ut i Sverige.

I inklusionskriterierna valdes artiklar från år 1995 eftersom det ansågs svårt att få fram forskning från senare år. I efterhand kan konstateras att så inte var fallet, då samtliga artiklar som inkluderades i litteraturöversikten var från år 2000 och framåt. Artiklar som handlade om barn exkluderades eftersom möten med barn ansågs ställa ytterligare krav på hälso- och sjukvårdspersonalen och inte endast den kulturella kompetensen. Likaså exkluderades artiklar som handlade om patienter med kognitiva nedsättningar som påverkade kommunikationen.

Artiklarna granskades först enskilt av författarna och poängsattes enligt granskningsmallarna (bilaga 1 & 2), för att sedan jämföras. Detta för att säkerställa kvalitén på artiklarna. Syftet var att återge resultatet sanningsenligt. Det kan dock inte uteslutas att det förekommer egna tolkningar av resultatet. Genomgången av artiklarna visade att flera studier uppvisade samma eller liknande resultat vilket kan anses stärka denna i litteraturöversiktens resultat. Resultatet kan inte generaliseras eftersom flertalet artiklar som ingick i studien hade kvalitativ ansats med fåtal informanter.

Slutsats/konklusion

Studien visade att det var viktigt att kritiskt granska egna kunskaper inom kulturell kompetens. Sjuksköterskestudenter kände brister i sin utbildning, vilket skapade situationer i den tvärkulturella kommunikationen med oäkerhet och rädsla.

Sjuksköterskorna kunde känna osäkerhet om patienterna förstod givna instruktioner vilket kunde leda till bristande patientsäkerhet. Patienter upplevde att sjuksköterskor undervärderade deras förmåga att hantera information och att detta kunde leda till beslut som fattades utan patientens medgivande. Dessutom angavs vikten av att ge individanpassad information. Det krävdes små medel för att skapa god kommunikation. Med dessa små medel kunde patienten få en känsla av att omvårdnaden blev bättre.

Att använda anhöriga som tolkar var vanligt men inte alltid bra. Det visade sig att det fanns brister i tilliten och kunskapen om den andres förmåga mellan hälso- och sjukvårdspersonal och utbildade tolkar.

I det tvärkulturella mötet kunde också individens religion aktualiseras, och därmed också patientens religiösa behov. Däremot var det viktigt att komma ihåg att religion är en del av kulturen men kultur är inte alltid religion. Att i en sjukdomsperiod tappa sin trosuppfattning kunde göra sjukdomsbilden svårare för patienten.

Klinisk användning

Kommunikation inom den tvärkulturella vården är ett svårt ämne, med många aspekter att ta hänsyn till. Det är av stor vikt i vårt mångkulturella samhälle att personal inom hälso- och sjukvård har kulturell kompetens för att kunna kommunicera med patienter oavsett deras härkomst.

Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver vara medveten om problematiken inom tvärkulturell kommunikation, och hur den kan överkommas eller förhindras, för att skapa en bättre klinisk kulturanpassad omvårdnad. Författarna hoppas även att chefer inom hälso- och sjukvården, inser vikten av

utbildning inom kulturell kompetens, och satsar på detta område. Detta ämne behöver lyftas fram mer i sjuksköterskeutbildningen, för att på så sätt få ut ny kunskap inom området till den kliniska verksamheten.

Vidare visar denna litteraturoversikt på att det finns ett behov av förbättra samarbetet mellan tolkar och hälso- och sjukvårdspersonal, samt överbygga bristande kunskaper om den andres profession.

Förslag till vidare forskning

I genomgången av denna litteraturoversikt har det blivit tydligt att det finns en klar brist i sjuksköterskeutbildningen, när det kommer till kulturell kompetens. Därför anses det befogat att genomföra en större kvalitativ studie enligt Delfi-metoden (Polit & Beck, 2008), där forskare inom ämnesområdet, lärare vid sjuksköterskeutbildningarna, representanter från Högskoleverket, samt legitimerade sjuksköterskor från mångkulturella områden samlas för att diskutera vad som är primärt att inkludera i sjuksköterskeutbildningens utbildningsplan.

Referenser

Arlebrink, J. (1999). Religiösa och kulturella aspekter på döden och döendet. I J. Arlebrink (red), *Döden och döendet: etiska, existensiella och psykologiska aspekter* (s. 116-131). Lund: Studentlitteratur AB.

Ayaz, S., Biligili, N. & Akin, B. (2010). The transcultural nursing concept: a study of nursing students in Turkey. *International Nursing Review*, 57, 449-453.

Baldacchino, D.R. (2008). Spiritual care: is it the nurse's roll? *Spiritual and Health International*, 9, 270-284.

Charalambous, A., Papadopoulos, R. & Beadsmoore, A. (2008). Listening to the voices of patients with cancer, their advocates and their nurses: A hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 436-442.

Cioffi, J. (2002). Communication with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 299-306.

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

DeMarinis, V. (1998). *Tvärkulturell vård i livets slutskede: att möta äldre personer med invandrarbakgrun*. Lund: Studentlitteratur.

Edmondson, D., Park, C.L., Chaudoir, S.R. & Wortmann, J.H. (2008). Death without god: religious struggle, death concerns, and depression in the terminally ill. *Psychological Science*, 19(8), 754-758.

Erichsen, E., Hadd Danielsson, E. & Friedrichsen, M. (2010). A phenomenological study of nurses' understanding of honesty in palliative care. *Nursing Ethics*. 17(1), 39-50.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturoversikter*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Fossum, B. (2007). Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (s. 23-39) Lund: Studentlitteratur.
- Fullbright Sumpter, D. & Margo Brooks Carthon, J. (2011). Lost in translation: Student perceptions of cultural competence in undergraduate and graduate nursing curricula. *Journal of Professional Nursing*, 27(1), 43-49.
- Gebru, K., Åhsberg, E. & Willman, A. (2007). Nursing and medical dokumentation on patients' cultural background. *Journal of clinical nursing*, 16(11), 2056-65.
- Gerrish, K. (2000). The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patientens and their carers. *Journal of advanced nursing*, 33(5), 566-574.
- Gerrish, K. & Chau, R. (2004). Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health and Social Care in the Community*, 12(5), 407-413.
- Gielen, J., Van den Branden, S., Van Iersel, T. & Broeckaert, B. (2009). Religion, world view and the nurse: results of a quantitative survey among Flemish palliative care nurses. *International journal of palliative nursing*, 15(12), 590-600.
- Hanssen, I. (1998). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.
- Heikkilä, K. & Ekman, S-L. (2003). Elderly care for ethnic minorities- Wishes and expectations among elderly finns in Sweden. *Ethnicity & Health*, 8(2). 135-146.
- Hjelm, K., Bard, K., Nyberg, P. & Apelqvist, J. (2003). Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6), 627-643.
- Huang, Y.L., Yates, P. & Prior, D. (2009). Factors influencing oncology nurses' approaches to accommodating cultural needs in palliative care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3421-3429.
- Høje, S. & Severinsson, E. (2009). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 338-348.
- Jirwe, M., Gerrish, K. & Emami, A. (2006). The theoretical framework of cultural competence. *The journal of multicultural nursing & health*, 12(3), 6-16.
- Jirwe, M., Gerrish, K. & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 436-444.
- Jirwe, M., Gerrish, K., Keeneu, S. & Emami, A. (2009). Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2622-2634.
- Lobar, S.L., Youngblut, J.M. & Brooten, D. (2006). Cross-cultural beliefs, ceremonies and rituals surrounding death of a loved one. *Pediatric nursing*, 32(1), 44-50.
- Lundberg, C., Bäckström, J. & Widen, S. (2005). Caregiving to patients who are culturally diverse by swedish last- year nursing students. *Journal of transcultural nursing*. 16(3), 255-262.

- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 41-49.
- Momeni, P., Jirwe, M. & Emami, A. (2008). Enabling nursing students to become culturally competent- a documentary analysis of curricula in all Swedish nursing programs. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 499-506.
- Narayan, M.C. (2001). Six steps toward cultural competence: A clinician's guide. *Home Health Care Management & Practice*, 14(1), 40-48.
- Narayanasamy, A. (2003). Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs?. *British Journal of Nursing*, 12(3), 185-194.
- 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.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Raadu, G. (red) (2011). *Författningshandboken för personal inom hälso- o sjukvård*. Stockholm, Liber AB.
- Sargent, S.E., Sedlak, C.A & Martsof, D.S. (2005). Cultural competence among nursing students and faculty. *Nurse Education Today*, 25, 214-221.
- SFS 1974:152. *Kungörelse om beslutad ny regeringsform*. Hämtad 7 mars, 2011 från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3925#K2>
- SFS 1994:134. *Lagen om etnisk diskriminering*. Hämtad 7 mars, 2011 från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1994:134>
- SFS 2010:800. *Skollagen*. Hämtad 1 april 2011 från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2010:800#K7>
- Smith-Stoner, M. (2007). End- of-life preferences for atheists. *Journal of Palliative Medicine*, 10(4), 923-928.
- Statistiska Centralbyrån [SCB]. (2011a). *Invandrare efter födelseland, kön och tid*. Hämtad 21 mars, 2011, från Statistiska Central Byrån, <http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/SaveShow.asp>
- Statistiska Centralbyrån [SCB]. (2011b). *Utrikesfödda efter födelseland, ålder, kön och tid*. Hämtad 1 april, 2011, från Statistiska Central Byrån, <http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/SaveShow.asp>.
- Statistiska Centralbyrån [SCB]. (2011c). *Befolkningsstatistik: nyckeltal för Sverige*. Hämtad 1 april, 2011, från Statistiska Central Byrån, http://www.scb.se/Pages/Product_____25785.aspx.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S. & Stronks, K. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse Education Today*, 30, 821-826.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Willman, A., Stoltz, B. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad- En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

Bilaga 1

GRANSKNINGSMALLAR FÖR KVALITETSBEDÖMNING

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

GRANSKNINGSMALLAR FÖR KVALITETSBEDÖMNING

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)