

**ATT KOMMUNICERA MED INVANDRARE SOM
HAR SPRÅKSVÅRIGHETER**
UR ETT PERSONALPERSPEKTIV

FÖRFATTARE	Felora Asadipour Liubov Vasilieva
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Omvårdnad – Eget arbete HT 2008
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Azar Hedemalm
EXAMINATOR	Margareta Warren Stomberg

Titel (svensk): **ATT KOMMUNICERA MED
INVANDRARE SOM HAR
SPRÅKSVÅRIGHETER**
UR ETT PERSONALPERSPEKTIV

Titel (engelsk): **COMMUNICATION WITH
IMMIGRANTS WHO HAVE
LANGUAGE BARRIER**
THE STAFF`S PERSPECTIVE

Arbetets art: Eget arbete, fördjupningsnivå I

Program/kurs/kurskod/
kursbeteckning: Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/
Omvårdnad - Eget arbete/OM2240/SPN10

Arbetets omfattning: 15 högskolepoäng

Sidantal: 20 sidor

Författare: Felora Asadipour, Liubov Vasilieva

Handledare: Azar Hedemalm

Examinator: Margareta Warren Stomberg

SAMMANFATTNING

Som invandrare har vi egna erfarenheter av att kommunikationen i vården är bristfällig gentemot invandrare med språksvårigheter. Utifrån denna problematik genomförde vi en litteraturstudie för att belysa kommunikationsproblem i vården av invandrare med språksvårigheter. Syftet med studien var att belysa detta kommunikationsproblem utifrån ett personalperspektiv. Denna studie baserades på tio vetenskapliga artiklar av hög kvalitet. Kvalitativ innehållsanalys metod används för att analysera artiklarna. Den teoretiska referensramen är baserad på Leiningers teori om transkulturell omvårdnad. Problemen orsakas av språkbarriärer, kulturella, religiösa och sociala skillnader mellan vårdpersonal och invandrapatienter samt organisatoriska problem. Kunskapsbrist om andra kulturer och religioner hos personalen och deras stereotypiska uppfattningar och etnocentriskt tänkande är andra orsaker som försvårar kommunikationen. Brist på tid och olämpliga rutiner på avdelningar tvingar vårdpersonalen att prioritera andra viktigare uppgifter inför samtal med invandrapatienter med språksvårigheter Vi anser att om kommunikationen brister i kvaliteten, blir det också svårt att etablera en god vårdrelation med individen. När en god vårdrelation inte etableras uppnås inte heller omvårdnadens syfte vilket är att främja hälsa och lindra lidandet.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
PROBLEMFÖRMULERING	1
BAKGRUND	1
INVANDRARE	1
KOMMUNIKATION	1
TRANSKULTURELL KOMMUNIKATION	2
<i>Språkbarriär</i>	3
LEININGERS OMFÖRVARDNINGSTEORI	4
<i>Förhållningssätt</i>	5
SYFTE	5
METOD	5
DATAANALYS	7
RESULTAT	7
SPRÅKLIGA ASPEKTER AV KOMMUNIKATION	7
<i>Kommunikation via professionell tolk</i>	8
<i>Kommunikation via familjemedlemmar</i>	9
<i>Kommunicera via tvåspråkliga kollegor</i>	9
<i>Kommunikation via kroppsspråk</i>	9
KULTURELLA OCH RELIGIÖSA ASPEKTER	10
<i>Kulturella och religiösa skillnader mellan vårdpersonal och patient</i>	10
<i>Kunskap om patientens kultur och religion</i>	11
SOCIALA ASPEKTER	11
<i>Stereotypiska uppfattningar och etnocentrism</i>	11
<i>Rasism och fördomar</i>	12
ORGANISATORISKA BARRIÄRER	13
DISKUSSION	13
METODDISKUSSION	13
<i>Granskning och analys</i>	14
RESULTATDISKUSSION	14
<i>Språkbarriär och tidsbrist skapar oro och stress</i>	14
<i>Brist på kulturella och religiösa kunskaper</i>	15
<i>Stereotypisering och fördomar</i>	16
<i>Släktband och sociala faktorer</i>	17
<i>Slutord</i> <i>och</i> <i>förslag</i> <i>för</i> <i>fortsatt</i> <i>forskning</i>	17
REFERENSER	18
BILAGA	

INLEDNING

Dagens Sverige är ett mångkulturellt samhälle. Enligt statistiska centralbyrån (2007) är 13,4 % av befolkningen utlandsfödda och 17,3% har utländsk bakgrund (1). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, 2§) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en god vård på lika villkor för hela befolkningen (2). I mötet mellan vårdpersonal och patienter med språksvårigheter har kommunikationen stor betydelse för att skapa en god relation för att kunna ge god vård. Enligt Vydelingum (3) är det största problemet som invandrapatienter upplever i mötet med sjukvården . Denna studie visade att sydasiatiska patienter kände en extrem ensamhet och isolering på grund av kommunikationsbarriärer trots att de var nöjda med vården i stort sett (3). En annan studie visar att patienterna med invandrabakgrund inte får individualiserad kulturanpassad vård och även blir kränkta på grund av kulturell okunskap hos vårdpersonal, stereotypisering och fördomar (4).

PROBLEMFORMULERING

Det viktigaste kommunikationsmedlet är språket i mötet människor emellan och i synnerhet för invandrare med språksvårigheter i vården. När patienter med invandrabakgrund söker vård kan de ha stora svårigheter med att bli förstådda. Därmed blir tolk ett viktigt redskap för att föra en adekvat kommunikation mellan personal och patient. Från vår erfarenhet på praktik platsen har vi sett att vårdpersonalen inte beställer tolk så ofta som det behövs. Brooks et al. (5) visar i sin studie att patienter behöver tolk inte bara vid samtal med läkare utan också i samtal med övrig vårdpersonal. Vad vi kunde se fanns det inga andra hjälpmedel till exempel bildböcker, ordbok för personalen eller patienter med invandrabakgrund på vårdenheterna i Göteborgs stad. När tolken inte är på plats har vårdpersonalen stora svårigheter att kommunicera med invandrapatienter (5). Kommunikationsbarriärer mellan vårdpersonal och invandrapatienter leder enligt Hjelm et al. (6) till missförstånd och ökar riskerna för felbedömningar och inadekvat behandling. Vi vill därför undersöka vårdpersonalens upplevelser av kommunikationen i mötet med patienter med språksvårigheter.

BAKGRUND

INVANDRARE

Invandrare definieras som människor som av olika anledningar har invandrat till ett annat land (7). I detta arbete med invandrare menar vi första generationens invandrare, det vill säga de som är utlandsfödda (7). Invandrare är inte en homogen grupp och den gemensamma nämnaren är att de inte är födda i Sverige och har gått igenom en migrationsprocess (8). Även om de kommer från samma land och samma kultur, finns skillnader mellan dem, som beror på individens värderingar, familj kultur, religiös tillhörighet och så vidare (7).

KOMMUNIKATION

Enligt Nationalencyklopedin härrör ordet kommunikation från latinska *communica'tio* som betyder "ömsesidighet", "utbyte", "commu`nis" som betyder "gemensam", "offentlig", "allmän", *commu`nico* "göra gemensamt". Med kommunikation menas överföring av information (9). Kommunikation handlar om att förmedla information,

delar med sig tankar, känslor, upplevelser vilket är ett primärt mänskligt behov (9) och genom den får vi vår identitet bekräftad (10). Kommunikation pågår hela tiden, oavsett om det sägs eller görs någonting (11).

Enligt Ong et al. (12) har kommunikationen i vården två syften, att *ge information* och att bli bekant med vårdtagare för att *bygga upp en förtroendefull vårdrelation* i syfte att *främja hälsa och lindra lidandet* (13). Generellt finns det två typer av kommunikation: verbal och icke- verbal (7, 14). Med verbal kommunikation menas språkets användning i muntlig och skriftlig form (7).

Med icke- verbal kommunikation menas kommunikation mellan människor med hjälp av andra koder och kanaler än den språkliga. Den består av bland annat gester, ansiktsuttryck, kroppsspråk, röstvolym och tonfall (7). Icke- verbal kommunikation är både individuell och kulturell betingade (13) och två tredjedelar av kommunikationen sker icke- verbalt (7, 14). Icke- verbal kommunikation är något som är viktigt och meningsfullt bland folk från samma kultur och individer från samma kultur kan utan problem uppfatta varandra. Men det kan vara förvirrande, vilseledande och ofattbar för individer från annan kultur. Till exempel i västerländsk kultur är vanligt med direkt ögonkontakt eller att tala högt, men i vietnamesisk kultur talas långsamt och försiktigt och direkt ögonkontakt undviks och individer svarar med en snabb gest (7). Varje kultur har sina stilar för kommunikation som ordval, tonfall, röstvolym, emotionellt uttrycksätt och användning av tystnad som kan påverka kommunikationen. Till exempel i Västeuropa bekräftas det som sägs med tystnad, medan indianer i Amerika använder tystnad för att markera respekt och förståelse (14). I många kulturer stärks verbala kommunikationen av kroppsspråket som är kulturbetingat (7).

Kommunikation enligt Munoz och Luckmann (14) misslyckas om:

- avsändarens budskap blockeras på grund av olika orsak, så att mottagare inte får budskapet
- budskapet missuppfattas: alltså mottagare får en annan uppfattning av budskapet än det som sändaren menar. Då mottagaren inte ger återkoppling eller tydliggör budskapet uppstår missuppfattningar. Faktorer som leder till detta kan vara ilska, trötthet, smärta, rädsla och ångest
- kommunikationsmottagare och sändare har olika kulturell, etnisk, socioekonomisk, ras och utbildningsbakgrund.

TRANSKULTURELL KOMMUNIKATION

Då människor och grupper med olika kulturell bakgrund, livsstil och kunskaper möts sker kulturella utbyten (9). Kultur speglas i språk och kommunikationsmönster. Transkulturell kommunikation betyder att förmedla och ta emot budskap från olika kulturer. Detta uppstår när människor från två eller flera kulturer möts (10). Väl utförd transkulturell kommunikation innebär att vårdpersonalen ger den enskilde patienten individuellt utrymme att samtala kring sin vård, vårdbehov oberoende av vilken kulturell, etnisk eller religiös tillhörighet denne har (15).

Kultur är ett begrepp som beskriver en grupp människors värderingar, regler, uppfattningar och normer. Ordet kultur används för att belysa likheter och skillnader mellan människor från olika samhällsnivåer (16). Människor blir medvetna om sin kultur först när de ser olikheter i den andres kultur (17). Varje människa som hamnar i en ny kultur, nytt samhälle påverkas av sin nya omgivning och hur omfattande denna

påverkan blir varierar från individ till individ. Individer kan lämna vissa av sina kulturella traditioner samt skapa eller ta sig till nya traditioner. Således är kultur inte statisk utan en ständigt pågående process (8).

Kommunikation mellan vårdpersonal och patienter med invandrabakgrund kan bli problematisk på grund av kulturella skillnader (18). Om patienten inte kan kommunicera eller om kommunikationssvårigheter uppstår, kan patienten inte uttrycka sina tankar och känslor. Detta kan leda till negativ självbild, som i sin tur leder till otrygghet, negativ påverkan på patientens fysiska och psykiska hälsa (19). Även vårdpersonal kan känna ilska och hjälplöshet för att de inte kan kommunicera med en patient (18). Enligt Andrews och Boyle (20) härrör svårigheter i samspelet mellan vårdpersonal och patienter till 90 % på bristande kommunikation.

Enligt Munoz och Luckmann (14) kan transkulturell kommunikationsbarriär bero på språkbarriärer men också brist på kunskap, rädsla och misstro, rasism, partiskhet, etnocentrism, stereotypisering, ritualistisk beteende samt olika uppfattningar och förväntningar. Med *brist på kunskap* menar de att patientens kulturella värderingar, beteende och kommunikationsstil missförstås. Med *ritualisk beteende* menas rutinerade handlingar av vårdpersonal (14). *Rasism* kan existera i olika nivåer som individuell nivå, strukturellt nivå då makthavarna gynnar en viss rasgrupp eller institutions nivå då hela samhället baseras på rasism (14, 21). *Etnocentrism* är en tendens att se egen kultur som central, bäst och rätt (9). Den egna kulturen blir en norm och det som är främmande och annorlunda nedvärderas och mötet med den okända väcker osäkerhet och rädsla (10). Etnocentrism är alltid närvarande i en vårdrelation (14). *Stereotypisering* inom socialpsykologin är ofta omfattade föreställningar/uppfattningar om egenskaper hos andra som tillhör en viss grupp, t.ex. religion, kön eller ras. Stereotypa uppfattningar som leder till negativa attityder mot individer eller grupper kallas för fördomar (9). Enligt Eide och Eide (13) ses patienten som ett "objekt", inte som en "person" vid stereotypisering, och det krävs viss ansträngning för att kunna lära känna patienten. *Olikheter i uppfattningar och förväntningar* kan leda till missuppfattningar och även allvarliga konflikter (14).

Språkbarriär

Språket är det huvudsakliga medlet för mänsklig kommunikation och används för att uttrycka idéer och känslor, dela information och överföra den till varandra. Språkbarriär kan orsaka mycket allvarliga kommunikationssvårigheter mellan vårdpersonal och patienter med språksvårigheter (14). Språkproblem inom vården enligt Hanssen uppstår på grund av tre huvudorsaker:

- *"parterna talar inget gemensamt språk*
- *parterna talar samma språk, men använder inte samma symboler*
- *patienten/anhöriga behärskar delvis vårdpersonalens språk, men kan inte nyansera det" (7 s. 60).*

Tänkesätt och användning av symboler formas av kulturen (7). När ett nytt språk lärs in i vuxenålder, överförs lätt egna kulturella användningar av symboler och språkvanor. Även om patient och vårdpersonal talar samma språk, kan ordens betydelse vara kulturell baserade. Till exempel ordet "snål" som betyder *girig* på svenska och *trevlig* i vissa delar av Norge (19).

Det tar lång tid innan invandrare skaffar sig ett bra ordförråd och har problem med att nyansera uttryck av olika känslor och tankar. På grund av detta räcker inte individens språkkunskaper till för att samtala med vårdpersonalen. Eftersom direkt översättning av modersmålet görs, som ofta inte stämmer med uttryckssättet i det nya språket, kan detta skapa förvirring och missförstånd. Individens språk kan ibland verka barnsligt och då kan vårdpersonalen uppfatta patienten som omogen. Därför kan det hända att vårdpersonalen behandlar patienten som ett barn, vilket visar bristfällig respekt och förhindrar god kommunikation (19). Språkbarriär kan även uppstå när vårdpersonal använder medicinska termer, förkortningar, idiom som patienter är inte bekanta med (14).

LEININGERS OMVÅRDNADS TEORI

Grundförutsättningen för transkulturell omvårdnad enligt Leininger (22) är att vårdpersonalen har ett holistiskt synsätt, är lyhörda och uppmärksamma på patientens kulturella bakgrund. Hon lägger stor vikt på omsorg (care) som omvårdnadens kärna och menar att omsorg är beroende av kultur, vilken inte kan överleva utan omsorg, alltså är kulturen viktig för att förstå människor och omvårdnad. Med denna utgångspunkt utvecklade Leininger sin teori om transkulturell omvårdnad (The Theory of Culture Care). Syftet med teorin är att studera olika aspekter på omvårdnaden över hela världen för att kunna hjälpa vårdpersonal att vårda människor med annan kulturell bakgrund. Genom transkulturell omvårdnad kan vårdpersonal hjälpa patienten att snabbare bli frisk eller förebygga förhållanden som negativt påverkar patientens hälsa.

I ”sunrise model” illustrerar Leininger den transkulturella omvårdnaden som ett holistiskt synsätt med hänsyn till olika dimensioner som är relaterade till varandra. Dessa dimensioner är patientens världsbild, miljökontext och sociokulturella dimensioner:

- *Världsbild* innefattar den världsbild patienten har, det vill säga patientens uppfattning om universum och världen.
- *Miljökontexten* omfattar information om patientens kulturella bakgrund, livshistoria och erfarenheter samt språkkunskaper som är betydelsefull för patienten.
- *Socio- kulturella strukturella dimensioner* inkluderar kulturellt betingade värderingar, tro och livsstilar; religiösa, filosofiska faktorer och andliga tro; släktband och sociala faktorer; teknologiska faktorer; politiska och juridiska faktorer; ekonomiska faktorer; utbildnings- faktorer. Kunskap om *kulturellt betingade värderingar, tro och livsstilar* behövs för att vårdpersonalen ska kunna förstå det som är betydelsefullt för patientens hälsa och välbefinnande. Samma gäller kunskap om patientens *religiösa, filosofiska och andliga tro* för att kunna hjälpa patienten vid kriser och svåra situationer. *Släktband och sociala faktorer* är också av betydelse för att identifiera patientens vård resurser och individuella vårdbehov. Uppfattning om *teknologiska faktorer* som patienten har och hur den kan påverka patientens vård. *Politiska, juridiska, ekonomiska faktorer* omfattar patientens politiska och juridiska åsikter samt livsvillkor som kan påverka patientens hälsa och välbefinnande. *Utbildningsnivån* är en ytterligare faktor som kan påverka kommunikationen mellan patient och vårdare samt utformning av patientvården.

För att utforma en transkulturell omvårdnad ska vårdpersonal tänka över skillnaderna och likheterna mellan patienter av samma/olika kulturella bakgrund, identifiera deras specifika behov, hitta vilka kulturella uppfattningar och värderingar som patienterna har. Därefter utformas en kulturell sensitiv, kompetent omvårdnad, som är välgörande

och tillfredställande för patienten. Utifrån patientens situation tre typer av omvårdnadsstrategier kan användas:

- *Kulturrelaterat bevarande/ upprätthållande* för att hjälpa patienten att bevara relevanta omsorgsuppfattningar för att bibehålla välbefinnande
- *Kulturrelaterad anpassning/förhandling* i syfte att hjälpa patienten att anpassa sig eller förhandla med andra och med hjälp av vårdpersonal kunna uppnå bättre hälsoreultat
- *Kulturrelaterad omformning/ omstrukturerings* för att med respekt för patientens kulturella bakgrund erbjuda patienten förändring eller omstrukturerings av sin livsstil för att uppnå gynnsammare hälsovårdsmönster. Beslut fattas tillsammans med patienten (22).

Förhållningssätt

Leininger betonar att det är viktigt att följa principer för kulturell bedömning ”principles for culturalogical assessment” (23 s. 121) vid bedömning av patientens kulturella vårdbehov:

- vårdpersonalen skall förklara till patienten, familjen varför det är viktigt att känna till deras uppfattning om hälsa och vård
- undersöka om patientens livsstil, tro, värderingar. Skapa förtroendefullt klimat så att patienten känner sig säker
- visa genuint intresse för patienten, visa respekt, vara ärlig samt vara en aktiv lyssnare
- uppmärksamma patientens kön, klassroll, interpersonligt utrymme och kommunikationsmodell, undersöka om patienten tillhör till en subkultur
- ta vara på dimensioner i ”sunrise” modellen
- vara medveten om egna fördomar och partiskhet, undvika stereotypisering
- lära känna egen kultur
- reflektera över den information som vårdpersonalen får, vara öppen och tydliggöra den och därefter återkoppla till patienten och familjen för att säkerställa att informationen har uppfattats rätt (23).

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa upplevda kommunikationsproblem i vården av invandrare med språksvårigheter ur ett personalperspektiv.

METOD

Sökningarna gjordes i databaserna Cinhal och PubMed samt manuell sökning. Sökorden som vi använde i vår kandidatuppsats var: immigrants, culture, nursing, communication, prejudice, patient, caring, ethnic minority clients, interpreter. Med hjälp av kombinationer mellan sökorden hittade vi de flesta artiklarna (åtta stycken) i databaserna Cinahl och PubMed. Två av tio artiklar hittades genom artiklarnas referenser. För att hitta relevanta artiklar, lästes artiklarnas titlar för att bedöma om de passade vårt syfte. De relevanta artiklarna valdes preliminärt och abstrakten lästes för att ytterligare bedöma relevansen. Om abstraktet fortfarande var relevant till syftet lästes hela artikeln och granskades sedan enligt checklista för kvalitetsbedömning, som har tillhandahållits via institutionen. Femton artiklar lästes och fem valdes bort. En artikel valdes bort på grund av att det var bara fem deltagare i studien. En annan togs bort för

att studien gjordes i Saudi Arabien och vi valde att ha studier som gjordes i länder som har västvärldens liknande kultur. Två av de granskade artiklarna var litteraturstudier, en togs bort. Två artiklar handlade bara om språkbarriär och användning av tolkar, så vi valde att ta bort dem. Artikel (24) hittades genom litteraturreferenser av artikel (25). Artikel (26) hittades genom manuell sökning i tidskriften International Journal of Palliative Nursing. Nio artiklar som valdes publicerades efter år 2000, men en artikel från år 1993 inkluderades på grund av hög kvalitet och relevans. Till slut valdes sammanlagt tio artiklar som passade bäst till vårt syfte. Nio av de tio artiklarna var kvalitativa studier och artikel 25 var en kvalitativ litteraturstudie. I tabell 1 presenteras kombinationen av sökord, databas samt begränsningar.

Tabell 1. Litteratursökningen

Datum för sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Granskade	Art. ref. nr
2008-10-21	Cinahl	Immigrants, Culture, Nursing	Vetenskapliga artiklar, Fras, Peer- reviewed	99	3	29, 33
2008-11-02	PubMed	Prejudice, Immigrant, Communication	Humans, Nursing Journals	9	1	30
2008-11-03	Cinahl	Prejudice, Culture, Nursing	Vetenskapliga artiklar, Fras, Peer-reviewed	18	1	25
2008-11-04	PubMed	Caring, Ethnic minority clients	Humans, Nursing Journals	19	3	31, 34
2008-11-04	PubMed	Communication, Language, Barrier	Humans, Nursing Journals	60	2	28
2008-11-04	PubMed	Interpreters, Nursing, Patient	Humans, Nursing Journals	39	5	28, 31, 32

I tabell två presenteras artiklarnas publiceringsår, land, könsfördelning av deltagarna samt referens nummer.

Tabell 2.

Land	År	Man/ Kvinna	Ref. nr.
Sverige	2000	19 kvinnor	30
Sverige	2005	13/22	33
Storbritannien	2000	Ej angivet	28
Storbritannien	2006	Ej angivet	34
Storbritannien	1993	Ej angivet	24
Sverige	2007	11/24	29
Nya Zeeland	2001	Ej angivet	25
Australia	2003	Ej angivet	32
Storbritannien	2006	Ej angivet	31
Storbritannien	2003	Ej angivet	26

DATAANALYS

I uppsatsen används kvalitativ innehållsanalysmetoden för att analysera artiklarna:

- Hela texten (analysenheten) lästes igenom upprepade gånger för att ska få en känsla för helheten
- Meningar eller fraser som innehöll information som var relevant för vårt syfte (meningsbärande enheter) plockades ut
- De meningsbärande enheterna kodades och grupperades i kategorier
- I arbetet med kategoriindelningen upptäckte vi att det fanns ett hierarkiskt förhållande mellan kategorierna. Då delade vi upp kategorierna i subkategorier (27)
- Materialet sorterades sedan som subkategorier under varje kategori, som därefter presenteras nedan som huvud rubriker.

RESULTAT

Följande kategorier har kommit fram i de granskade artiklarna: språkliga, kulturella, religiösa, sociala samt organisatoriska svårigheter i kommunikationen mellan vårdpersonal och invandrare med språksvårigheter.

SPRÅKLIGA ASPEKTER AV KOMMUNIKATION

Det största och viktigaste kommunikationsproblemet som vårdpersonal upplevde i kontakt med patienter med invandrarbakgrund är språkbarriären (24, 26, 28). Enligt Gerrish (28) kan patienter delas i tre olika nivåerna av språkkunnighet: inte talar språket alls; talar språket, men har mycket bristfällig språkkunnighet; patienter som kan tala språket, men som inte kan nyansera det. När patienterna inte kan prata språket och tolk inte används, kan mötet med vårdpersonal vara traumatisk för patienten speciellt om det är ett barn, till exempel när vårdpersonalen inte kan förklara för barnet vad de ska göra, barnet blir mycket ledsen och rädd (29). Studier visar att äldre invandrapatienter har de största språkliga barriärerna (28, 30), samt gruppen av invandrarkvinnor (28).

Vårdpersonalen kände oro över hur mycket av informationen patienten förstod om sin sjukdom, behandlingen och biverkningar av medicinering på grund av att de inte

pratade samma språk (31). Vårdpersonalen upplevde hög stress nivå, hjälplöshet och frustration i mötet med patienter som inte kunde prata samma språk (24, 25, 29, 30, 32). De ville förklara saker för patienterna eller trösta dem, men kunde inte göra detta på grund av språket (24, 29, 30). Enligt vårdpersonal leder detta till osäkerhet och otrygghet hos patienten (24, 25, 29).

Vårdpersonalen var orolig att patienterna inte riktigt förstod den information som de fick, fast patienter kunde prata språket (25, 29, 30). Även om patienten och vårdpersonal pratar samma språk kan missuppfattning uppstå (30) för att patienten inte kan nyansera språket (29). Problemet kan även uppkomma när samma ord används om det har olika betydelse i olika kulturer, som leder till missförståelse (25). På grund av språkbarriären utförde vårdpersonalen sina arbetsuppgifter som var nödvändiga, men inget mer och erkände att de inte hade lärt känna patienten (24, 26).

"I didn't feel I knew him I could not relate to him you did what you had to do but you didn't know the person" (24 s. 445).

Ju högre språksvårigheterna är hos patienten ju mindre småprat, omvårdnadssamtal med patienterna genomförs. Som följd av detta blir det svårare att etablera relation till patienten och vårdpersonalen (29). Viss vårdpersonal var upprörd över att patienten inte kunde använda språket, fast han/hon har bott i landet i många år (32). En del relationer till patienter präglades av negativa känslor som missnöje och ilska (24, 32).

"I did resent him somewhat for getting so angry with me when I couldn't see how I could help him any more So it does make you angry" (24 s. 445).

Språkliga kommunikationssvårigheter/hinder enligt vårdpersonalen påverkade negativt vårdkvaliteten, särskilt när det gällde psykiskt stöd (24, 28). Enligt Randhawa et al. (26) kunde vårdpersonalen inte alltid tillgodose patienternas vårdbehov på grund av språksvårigheter.

Kommunikation via professionell tolk

När patienterna inte kan tala det inhemska språket eller har bristfälliga språkkunskaper är det, bäst att använda neutrala professionella tolkar (29). Enligt Gerrish (28) använder vårdpersonal sällan tolk i sitt dagliga arbete, bara 2,7 % av patienter med språksvårigheter fick professionell tolk. Samma studie visade att om patienter kunde lite engelska användes inga professionella tolkar (28). Förklaringar varför inte tolk användes var följande: tolk måste bokas i förväg (28), tolk inte finns på plats när de behövs (24, 31, 32, 33), vårdpersonalens uppgifter kan inte alltid planeras i förväg (24, 28). Andra förklaringar var brist på ekonomiska resurser i sjukvården, begränsat antal tolkar särskilt när det gäller vissa språkgrupper (28, 32).

För att kunna samtala är förtroende nödvändigt. Vid vissa känsloladdade situationer till exempel cancersjuka barn klarar inte tolkar av att hantera situationen professionellt (29). Brist på förtroende för tolken påverkar kommunikationen och kan till och med leda till att patienter vägrar att använda tolk (29, 31).

Ibland kan tolken som individ upplevas som hinder. Tolken etablerar ibland relation till patienten, engagerar sig i patientens behandling som leder till att patient-

vårdpersonalens relation inte utvecklas (29). Behovet av tolk enligt studierna hindrar etablering av transkulturell relation med patienten, då det blir trekantig kommunikation (28, 29). Trekantig kommunikation innebär att en person till är närvarande, och blandar sig i omvårdnadsrelationen. I trekantig kommunikation förloras kontrollen av informationsöverföring, då vårdpersonal inte vet hur mycket information som översatts och hur noggrann översättningen var (29, 31, 32).

Att ge all information på en gång när tolken är närvarande är mycket vanligt (29, 32) och leder till att patienten missuppfattar en del av informationen. Detta i sin tur leder till otrygghet hos patienten och familjen (29). När tolken inte finns på plats och det är en akut situation används tolk via telefon, men personalen upplevde att det var krångligt och att det inte alltid finns tillgång till telefon (32).

Kommunikation via familjemedlemmar

I situationer då det inte finns tolk på plats används anhöriga som tolkar. Anhöriga fungerar mycket ofta som tolkar inom vården (24, 26, 28, 32). Gerrish (28) visar att 60 % av patienter med språksvårigheter använder familjemedlemmar som tolk. Det finns en förutfattad mening bland vårdpersonal att patienter vill ha sina anhöriga, familjemedlemmar så som barn och släktingar som tolk snarare än en professionell tolk (26, 28) på grund av att de inte vill öppna sig inför sina landsmän (tolkar) eller att de är rädda för spridning av information (28, 31).

Enligt Gerrish (28) har användning av släktingar och barn som tolk negativ påverkan på omvårdnaden och vårdkvaliteten. Vårdpersonal bekymrar sig över kvaliteten av tolkningen som barnen och släktingar gör på grund av brister i kunskaper om medicinsk terminologi (28) och osäkerheten om hur mycket informationen som översatts och överförs (30, 33). Den andra svårigheten kan vara att patienterna inte riktigt öppnar sig inför sina släktingar, då inte all information kommer fram (28, 31). Att tolka för familjemedlemmar innebär i sig stor påfrestning för släktingar då de har starka emotionella band till sina sjuka anhöriga (26, 28, 31). I vissa asiatiska kulturer är det en norm att familjens far tolkar och fattar beslut för sina anhöriga (31). Som en följd av feltolkning blir patientens hälsotillstånd felbedömt, och resultatet blir felbehandling (28).

Kommunicera via tvåspråkliga kollegor

Tvåspråkiga kollegor används ofta som tolkar i vården (26, 30, 32). Tvåspråkiga kollegor kan underlätta omvårdnaden av patienter med invandrarbakgrund och ge mer kulturell anpassad omvårdnad (30, 32). Användning av tvåspråkiga kollegor leder till fördröjning av kommunikationen med patienten, då personalen jobbar i skift (32). Enligt Richardson et al. (31) används även andra anställda och patienter som tolk. I en studie som gjordes i Storbritannien visar Randhawa et al. (26) att patienter önskar mer personal som pratar deras språk och förstår deras kulturella och religiösa tro.

Kommunikation via kroppsspråk

När verbal kommunikation inte är möjligt genom tolk eller någon annan som kan prata samma språk som patienten, är icke- verbal kommunikation det enda möjliga verktyget (24, 31, 32, 33). I dessa situationer används ansiktsuttryck, gester (32) och andra hjälpmedel som bilder (26, 32) och informationsblad på deras språk (26). Däremot påpekar Richardson et al. (31) att informationsblad inte är lösningen på kommunikationsproblem för det finns invandrare som är analfabeter. Att ge tid och

användning av icke-verbal kommunikations verktyg hjälpte vårdpersonalen att etablera kontakt med patienten (24).

KULTURELLA OCH RELIGIÖSA ASPEKTER

Kulturella och religiösa skillnader mellan vårdpersonal och patient

Kulturella och religiösa skillnader mellan vårdpersonal och patient kan vara ett hinder i kommunikationen (24, 29, 32). Enligt Ekblad et al. (30) upplevs dessa hinder som kulturella utmaningar för personalen och kallas för "kulturkrock". Patienterna och deras anhörigas beteende är mycket svårt att förstå för personalen (24, 30, 33).

Kulturella och religiösa skillnader enligt Pergert et al. (29) handlar om till exempel sociala koder, roller och sociala utrymme. Skillnader i sociala koder innebär olika synpunkter om hur människor samspekar med varandra och hur de kommunicerar. Icke verbal kommunikation och uttryckssätt ingår också i sociala koder. Skillnader i sociala roller inkluderar könsroller, interaktion mellan könen, familjens roll och vårdpersonalens roll. När till exempel en patient kommer från en patriarkal familj uppkommer spänning mellan kvinnlig vårdpersonal och patientens familj.

Vårdpersonalen upplever ett stort problem att kommunicera med kvinnliga invandrapatienter för att deras män inte tillåter dem att prata med vårdgivare, då kommunicerar deras män istället för kvinnor (33). Invandrapatienter uppfattades som ovilliga att samarbeta (24, 33, 34). Samarbetsovilja förklarades med att manliga patienter nedvärderade kvinnlig vårdpersonal (24). Skillnader i interaktion mellan könen i olika kulturer gör att kvinnlig vårdpersonal känner sig nedvärderade (33), dumma och arga. Detta påverkar kommunikationen och vårdrelationen negativt (29).

"We as nurses or women were not allowed to take his hand and look him in the eye and such , and there you felt that you withdraw yourself . . .they do not get the same care" (29 s. 321).

Vidare betonar Pergert et al. (29) att olika synpunkter om familjens roll i olika kulturer kan påverka omvårdnadssituationerna. Till exempel i många kulturer pratar fadern med läkare och får den medicinska informationen. Fadern kontrollerar informationen, han bestämmer över hur mycket information ska överföras till familjen (29, 31). I vissa kulturer uppfattas vårdpersonal, särskilt doktorer, som auktoriteter (29, 33) som inte skall ifrågasättas. Då vågar inte patienterna och anhöriga ställa frågor till dem (29). Övrig vårdpersonal känner irritation och frustration på grund av att patienter bara har tillit till doktorer. De känner sig mindre värda än doktorer (33).

Behovet av socialt utrymme varierar mellan kulturer och även i en och samma kultur. Hit hör till exempel personligt utrymme, fysiskt avstånd mellan människor, antal besökare till patienter, även behov av platsutrymme. När behovet av socialt utrymme varierar mellan vårdpersonalen och familjen kan konflikter och integritetskränkning uppstå. Till exempel uppfattar vårdpersonal familjer från vissa kulturer som att de tar för mycket plats och låter sina barn springa på avdelningen utan tillsyn (29). Att ha mycket anhöriga runt patienter upplevs som störande för vårdpersonalen (24, 29, 30, 33) och andra patienter och deras familjers rättigheter kränks (29) och är det störande för andra patienter (24).

Emotionella uttryck varierar mellan olika kulturer, och det finns även skillnader mellan könen och individer. Om skillnader i emotionella uttryck är stora mellan vårdgivare och vårdtagare kan det leda till kommunikationsproblem och som påverkar vårdrelationen. I sjukvården förekommer uttryck av ilska och sorg. Om patienten uttrycker emotionellt mer än vårdpersonalen gör i samma situation kan konsekvensen bli att vårdpersonalen bli rädda, medan om patienterna är sansade och mycket lunga uppfattas de av vårdpersonalen som kalla (29).

“They express very strong feelings and it can be quite offensive or frightening” (29 s. 322).

Invandrapatienter enligt vårdpersonal reagerar mycket dramatiskt i krissituationer och är mer högljudda än andra patienter (32). Enligt Cioffi (32) är vårdpersonal medveten om kulturella skillnader i emotionella uttryckssätt och det ska man ta med beräkning vid vård av patienter med annan kulturell bakgrund.

Att vara ärlig och berätta sanningen för patienter om känsliga eller svåra besked varierar mellan individer och kulturer (29). Vårdpersonalen i Pergert et al. (29) studie tycker att ärligheten är mycket viktig för att etablera en vårdrelation. De blir ombudda att inte berätta sanningen för patienterna vilket skapar etiska dilemman.

Kunskap om patientens kultur och religion

Enligt studierna har vårdpersonal mycket liten kunskap om kulturer (24, 33, 34) och inte heller kunskap om hur man hanterar religiösa och kulturella beteende och handlingar (33). Bristfällig kulturell kompetens hos vårdpersonal leder till osäkerhet i mötet med patienter av annan kultur (25) och orsakar svårigheter för patienternas omvårdnad då vårdpersonalen inte vet vad som är kulturellt acceptabelt (24, 34). Vårdpersonalen vill att patienter tar initiativet och beskriver för dem om sina traditioner, önskingar och behov (30).

Vårdpersonal i studierna önskar ökad kompetens i olika religioner, kulturer (24, 30, 31, 33), träning i kommunikation och hjälp i reflektion av sina känslor, attityder och antagande (31). Enligt Ekblad et al. (30) räcker det inte bara att ha kunskap om olika kulturer och religioner för att ge kulturspecifik omvårdnad. Vårdpersonal i studien betonar vikten av att ge individualiserad omvårdnad samtidigt som de måste vara uppmärksamma på individens önskingar och behov (30), för att även i samma kultur finns skillnader mellan olika individer och de följer inte alltid sina kulturella och religiösa vanor (31). Vydellingum (34) visar däremot i sin studie att vårdpersonalen inte ger individualiserad vård till patienter från annan kultur utan ger samma vård som till andra patienter. Förståelse av egen kultur och religion underlättar enligt vårdpersonalen förståelsen av andra kulturer och religioner genom öppenhet och intresse för andra (30).

SOCIALA ASPEKTER

Stereotypiska uppfattningar och etnocentrism

Sociala situationer, identiteter och status är enligt Pergert et al. (29) inte bara kopplat till social hierarki och utbildningsnivå, utan är även kopplat till ekonomiska situationer, maktposition, samt marginalisering i samhället. Sociala skillnader är ibland kopplade till kultur eller nation som uttrycker sig i stereotypiska uppfattningar. Stereotypiska

uppfattningar påverkar negativt relationen mellan patient, familj och vårdpersonal (29). Studier visar att det finns negativ kulturell stereotypisering och etnocentrism bland vårdpersonalen (24, 32, 34). Vårdpersonal bedömer patienternas kultur utifrån sin kulturella bakgrund (32, 34), och accepterar inte patientens kultur utan nedvärderar den, detta visar etnocentrisk tänkande (34). Personalen i studien trodde att de inte fick röra en muslimsk patient och tvättade därför inte bort kräkningar på en avliden patient. Patientens hustru var chockad att se sin döde man fullt med kräkningar. Vårdpersonalens stereotypiska uppfattningar för muslimer visade sig vara en kulturell barriär i patientens vård och hindrade patienten att få god vård (34).

Utbildnings och kunskapsnivå har betydelse i vården. Om vårdpersonal och patient/anhöriga har stora skillnader i sin utbildningsnivå blir det svårt att kommunicera, överföra information och förklara om sjukdomen och behandlingen. Detta i sin tur gör att vårdrelationen inte blir jämbördig (29).

Rasism och fördomar

Rasism och fördomar enligt Pergert et al. (29) är konsekvenser av sociala hinder. Det handlar om attityder, intolerans och nedvärdering av människor från annan ras, grupp och religion. Detta leder till diskriminering och aggressiva beteende. Rasism och fördomar existerar på både sidorna, både hos majoritets och minoritets befolkning.

“I think that it can be hard to cope with prejudices of the staff towards foreign patients and to get the rest of staff to understand cultural differences and why it can be like that [, so] . . . irritation can arise among the staff” (29 s. 323).

När fysiska möten inträffar reagerar vårdpersonalen till exempel på språket, hudfärg, klädstil och gester. Detta gör att personalen mentalt förbereder sig inför mötet med patienten enligt sina tidigare erfarenheter och letar efter strategier för att kunna etablera en vårdrelation. Men det är mycket svårt på grund av att patienten uppfattas mycket annorlunda än personalen själv (25), då vårdpersonalen blir rädda (34). Studier visar att de flesta av vårdpersonalen uttrycker att det inte finns rasism (31, 33, 34), diskriminering (33, 34) eller fördomar hos dem (31). Enligt vårdpersonalen behandlas alla patienter på samma sätt och får samma vård (33, 34). Men samtidigt hade personalen i sina uttalanden klara signaler av negativ stereotypisering av svarta människor (34). I Richardsons et al. (31) studie uttryckte minoriteten av personalen att de hade en annan attityd till vissa grupper. Några kände inre ovilja för arbetet på grund av sina förväntningar och att arbeta med dessa patienter tar mer tid och är ansträngande.

Visa familjer med invandrarbakgrund upplever enligt vårdpersonal att de inte får samma vård (29) och får vänta mer än andra patienter (33) på grund av sin bakgrund. Denna misstänksamhet leder till att vårdpersonalen känner sig förolämpade (29, 33). Enligt studier av vårdpersonal får patienterna med invandrarbakgrund sämre vård (29) det vill säga att de inte får den vård som de borde ha fått (24). I en studie från Nya Zeeland visar Spence (25) att fördomar förekommer inom vården, men vårdpersonalen anstränger sig att förstå kulturer och försöker komma över sina fördomar. Genom olika strategier som vilja, respekt, medlidande, självmedvetenhet, öppenhet mot andra, att lyssna, fråga och använda personens namn korrekt försöker de att ge bättre vård till patienter med invandrarbakgrund (25). Vårdpersonalen i en studie (32) försökte minska

marginalisering och därmed social isolering hos patienten genom att visa respekt, empati och vilja att hjälpa patienten.

ORGANISATORISKA BARRIÄRER

Enligt Perget et al. (29) uppstår organisatoriska barriärer när organisationen inte kan ge de villkor och resurser för att ge kultur anpassad omvårdnad till exempel opassande regler, rutiner när det gäller transkulturella situationer, och brist på tid. Tiden är begränsad, och samtal med patienter som har kommunikationssvårighet tar längre tid än vanliga patienter som inte har kommunikationsproblem (25, 29). För att kunna etablera en förtroendefull relation med patienten som har språkbarriär behövs mycket tid (24). Vårdpersonalen känner stor frustration över att inte kunna hitta tolk för patienter (32, 33). Detta betraktar vårdpersonalen som organisatoriskt hinder för kommunikation (24, 33). Organisatoriska barriärer som tidsbrist och opassande rutiner påverkar vården negativt (29).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Sökorden som vi använde i vår kandidatuppsats var: immigrants, culture, nursing, communication, prejudice, patient, caring, ethnic minority clients, interpreter. Med hjälp av kombinationen mellan dem hittade vi artiklarna i databaserna Cinahl och PubMed. Vid sökningarna av artiklar prövades olika kombinationer av sökorden. Vi ville ta med alla aspekter av kommunikation som språk, sociala aspekter, kultur och religion. Till sist märkte vi att kombinationen av orden "transcultural, communication, nursing" gav träffar på de flesta av redan granskade artiklarna.

Vi gick genom artiklarnas titlar och bedömde att titlarna handlade om vårt problemområde, därefter läste vi abstraktet på artiklarna. Sammanlagt granskades femton artiklar, av dem valdes tio, som vi tyckte passade bäst för vår uppsats. Tre av tio artiklarnas (26, 28, 32) syfte var exakt samma som vårt syfte. Sex artiklar (24, 25, 30, 31, 33, 34) handlade om vårdpersonalens upplevelser i möte/arbete med invandrapatienter, och beskriver även kommunikationsproblem, som uppstår i mötet med invandrapatienter med språksvårigheter. En artikels syfte (29) var att beskriva vårdande situationer för invandrapatienters familj inom onkologisk pediatrik. Även om syftet inte passade exakt med vårt syfte, så stämde innehållet precis in med vårt syfte. Med hjälp av valda artiklar fann vi svar på uppsatsens syfte.

Slutligen valdes tio artiklar som granskades enligt checklistan för kvalitativa studier som institutionen för vårdvetenskap och hälsa tillhandahöll. Utifrån denna checklista fastställdes det, att samtliga artiklar var av god vetenskaplig kvalitet. Nio artiklar var kvalitativa studier, en (25) var både kvalitativ och litteraturstudie.

Granskning och analys

Åtta av tio studier var godkända av etiska kommittén, referens nummer 28 hade inga etiska reflektioner, och i nummer 30 uppgavs det att det inte behövdes godkännande av etiska kommittén på grund av bestämmelser från 1996 av Medicinska forskningsrådet. Alla artiklarna hade en tydlig beskrivning av både datainsamlings- och dataanalysmetoden. Åtta av tio författare diskuterar brister i sina metoder, men författarna i två artiklar (24, 25) hade inte diskuterat detta. Bara i två studier (29, 33)

visades könsfördelningen på deltagarna. I resten av artiklarna hade inte genusperspektivet eller redovisning av könsfördelning kommit fram. Till exempel säger författaren i artikel (34) att undersökningsgruppen i studien är ”naturligt förekommande” utan att redovisa könsfördelningen. Antalet deltagare varierar mellan 17 till 43 personer. De flesta deltagarna i studierna var sjuksköterskor.

Vi försökte ta nytta av de nyaste artiklarna från år 2000 framåt, men en artikel (24) var från år 1993. Vi valde den för vi tyckte att artikeln var relevant till vårt syfte. Samtliga artiklar innehåller citat av deltagarna och belyser tydligt deltagarnas upplevda känslor och tankar om kommunikationssvårigheter i mötet med invandrapatienter. Två artiklar (28, 33) innehåller tabeller och de är tydliga och lätta att förstå. Alla artiklarnas resultat var trovärdiga och kliniskt relevanta.

I uppsatsen används innehållsanalys metoden för att analysera artiklarna. Vi tycker att analysmetoden som används var lämplig. Vi kategoriserade svaren på vårt syfte i fyra huvudkategorier och en del subkategorier. Kategorierna ska vara fullständiga så att alla meningsbärande enheter ska kunna höra till en relevant kategori och att inga meningsbärande enheter ska kunna hamna i mer än en kategori (27). Det var svårt att placera enskilda upplevelser till subkategorier för att vissa upplevelser och känslor kunde passa till flera subkategorier.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa upplevda kommunikationsproblem i vården av invandrare med språksvårigheter ur ett personalperspektiv. Vi som är invandrare har upplevt att kommunikation mellan vårdpersonal och invandrapatienter med språksvårigheter inte alltid fungerar. På grund av kulturella skillnader eller personalens negativa attityd mot invandrare var det ofta omöjligt att etablera en vårdrelation. Därför ville vi veta hur vårdpersonalen upplever kommunikationsproblem med invandrare och vilka problem som uppstår enligt dem.

Vårdpersonalen upplevde kommunikationsproblem med invandrapatienter med språksvårigheter i fyra aspekter: språkbarriär; svårigheter på grund av kulturella och religiösa skillnader, organisatoriska barriärer som tidsbrist och opassande rutiner samt andra faktorer som etnocentrism, stereotypisering, rasism. Dessa stämmer bra med Munoz och Luckmann (14) beskrivning av kommunikationsbarriär inom vården.

Språkbarriär och tidsbrist skapar oro och stress

Vårdpersonalen i studierna uttrycker att språkbarriären är det största kommunikationsproblem i mötet med invandrare med språksvårigheter. Vårdpersonalen i studierna kände sig stressade, hjälplösa, frustrerade i möte med patienter som inte kunde prata samma språk (24, 25, 29, 30, 32). Gigers och Davidhizar (18) beskriver liknande känslor hos vårdpersonalen i sin bok. På sjukhus är det vårdpersonalen som beställer tolk, inte patienterna. Gerrish (28) studie visade att om patienter kunde lite engelska användes inga professionella tolkar. Vid användning av familjemedlemmar som tolk uttryckte vårdpersonalen oro över kvaliteten av tolkningen (28), och osäkerhet om hur mycket information som översatts och överförts till patienten (30, 33).

På grund av språkbarriären var kommunikationen mest uppgiftsorienterad och vårdpersonalen erkände att de inte fick lära känna patienten (24, 26). Vårdpersonalen upplever att det tar mycket mer tid att samtala med invandrapatienter som har

språksvårigheter i jämförelse med vanliga patienter (25, 29). Vårdpersonalen har begränsad tid och måste alltid prioritera sina handlingar.

När det finns tidsbrist kanske vårdpersonalen prioriterar att inte lägga tid på de här patienterna med språksvårigheter. Detta är organisatoriska och ekonomiska problem i dagens Sverige. På grund av besparningar och nedskärningar inom vården ökar vårdpersonalens arbetsbelastning. Då vårdpersonalen inte har tid att lära känna patienter som individer och därmed inte kan ta reda på patienternas kulturella vårdbehov.

Om patienten har språksvårigheter måste tolk beställas vid flera viktiga samtal mellan patient och vårdare och inte endast för samtal med läkare för att säkra vårdkvalitet, minska stressnivå och underlätta kommunikationen. Om man inte kan värdera språkkunskapen hos familjemedlemmar är det av stor vikt att professionell tolk används. Det räcker inte att tolka patientens kroppsspråk för att bedöma vårdbehovet och sätta in rätt åtgärd. Personalen kan använda anhöriga för att kommunicera om genomförandet av den dagliga vården. För samtal där man vill informera om sjukdomen och dess symptom eller diskutera vård och behandling med patienten ska professionella tolkar användas. Detta kan göras på olika sätt t.ex. via tre partssamtal med hjälp av telefon eller använda Internet och webbkamera om man inte vill eller har tillgång till tolk som kan närvara vid tolkning. Om organisationen är villig att lösa problem angående tolkservicens kvalitet och tillgång till tolk kan en gemensam tolkservice upphandlas för hela regionen t.ex. för Västra Götalands Region. Det skulle spara tid och pengar för organisationen och öka vårdkvaliteten för patienten. Bergens kommun i Norge har egna fastanställda tolkar för de mest förekommande språken (35).

När verbal kommunikation var omöjlig användes icke-verbal kommunikation som enda möjliga verktyg (24, 31, 32, 33). I dessa situationer används ansiktsuttryck, gester (32). Icke-verbal kommunikation består av bland annat gester, ansiktsuttryck, kroppsspråk, röstvolym och tonfall (7) och är både individuellt och kulturellt betingade (13). Icke-verbal kommunikation är något som är viktigt och meningsfullt bland folk från samma kultur men kan däremot vara förvirrande, vilseledande och ofattbar för individer från annan kultur (7).

I studierna framkommer inte vilka gester som används och effekten av icke-verbal kommunikation för att samma gest kan ha olika betydelser i olika kulturer och felaktig användning av gester kan leda till allvarliga missförstånd och kränkningar.

Brist på kulturella och religiösa kunskaper

Enligt Leiningers (22) omvårdnadens kärna är omsorg, som är beroende av kultur. Kultur är viktigt för att förstå människor och omvårdnad. För att kunna ge patienter kulturspecifik omvårdnad måste vårdpersonalen ha kunskap om patientens kulturella värderingar och religiösa tro, men måste även lära känna sin egen kultur (23) som också framkommer i en av de studierna. Förståelse av egen kultur och religion ger enligt vårdpersonalen i studien möjligheter att förstå bättre andra kulturer och religioner (30). Leiningers (23) rekommenderar att ta reda på patientens kulturella behov genom samtal. I samtalet är det viktigt att lyssna aktivt, visa respekt, öppenhet, intresse, ärlighet. Detta kan skapa förtroendefullt klimat, så att patienten känner sig säker och kan öppna sig för vårdpersonalen (23). Då har vårdpersonalen möjlighet att lära känna patientens kultur och religion, livsstil och kulturellt betingat beteende och kan ge kulturanpassad och individualiserad vård. Enligt Spence (25) försöker vårdpersonalen i studien ge bättre

vård till patienter med invandrarbakgrund genom olika strategier som vilja, respekt, medlidande, öppenhet, att lyssna och fråga (25). Vydellingum visar i sin studie att vårdpersonalen inte ger individualiserad vård till invandrapatienter (34). I en annan studie betonar vårdpersonalen vikten av att ge individualiserad kulturomvårdnad och att vara uppmärksamma på individens önsningar och behov (30).

Det är ofta personalens inställningar till patienten som avgör om patienten får individualiserad vård eller inte. Om vårdpersonalen behandlar patienten som alla andra och koncentrerar sig enbart på patientens kulturella bakgrund, kan det leda till orättvis vård och då patientens egentliga problem förbises.

Det framkommer tydligt i studierna att vårdpersonalen har lite kunskap om olika kulturer och religioner (24, 33, 34). Detta leder till osäkerhet i möte med patienter från andra kulturer (25). Kompetensbristen orsakar att vårdpersonalen inte kan hantera kulturell och religiös relaterade beteenden hos patienten (33).

Det är omöjligt för vårdpersonalen att ha kunskap om alla kulturer och religioner. Varje människa är unik i sig och har sin egen "kultur". Genom att vårdpersonalen visar intresse för den unika patienten kan de få mer kunskap om patientens kultur och religion. Då kan de lära känna den unika individen och hans/hennes behov. Genom detta kan vårdpersonalen öka sina kunskaper om andra kulturer och religioner, förstå patienten bättre och då blir det lättare att acceptera patientens beteende. Det är önskvärt att arbetsgivare anställer fler personal med olika kulturella bakgrunder. Denna personal kan fungera som en bro mellan olika kulturer. På så sätt kan vårdpersonalen få information och kunskap om andra kulturer och religioner, värderingar, tro och livsstilar. Då vänjer sig vårdpersonalen vid en mångkulturell miljö och det blir kanske lättare att ta hand om patienter med icke-svensk bakgrund.

Stereotypisering och fördomar

Studier visar att det finns negativ kulturell stereotypisering och etnocentrism bland vårdpersonalen (24, 32, 34). Leininger (23) varnar för stereotypisering och menar att stereotypisering måste undvikas. Stereotypisering är en transkulturell kommunikationsbarriär (14). Vid stereotypisering ses patienten som ett "objekt", inte som en "person", och det krävs viss ansträngning för att kunna lära känna patienten (13). Vårdpersonalen enligt Leininger(23) måste vara medvetna om egna fördomar och partiskhet. Spence (25) menar att redan när vårdpersonalen läser patientens namn utan att träffa vederbörande väcks känslor av olikhet. Detta gör att personalen mentalt förbereder sig inför möten med patienten (25). Studier visar att de flesta av vårdpersonalen förnekar rasism och diskriminering (31, 33, 34). Samtidigt hade personalen klara signaler av negativ stereotypisering av svarta människor (34). De uttrycker att de har annan attityd till vissa grupper (31). Stereotypisering och fördomar kan vara ett hinder till holistisk omvårdnad. Den försvårar etablering av vårdrelationen och kan leda till att patienter med invandrarbakgrund får sämre vård (29).

Vårdpersonalen bedömer ofta andra människor och deras kultur från ett etnocentriskt perspektiv. Det är viktigt att inse att det inte finns "rätt" eller "fel" kultur. Alla kulturer är unika. Om vårdpersonalen fortsätter med sina etnocentriska tänkanden har de ingen chans att förstå andra kulturer. Var och en har sina fördomar och stereotypiska uppfattningar. Det är viktigt att inte ta dem för givet utan vi måste reda ut dem och bli av med dem genom en öppen attityd och acceptans för olikheter.

Släktband och sociala faktorer

Personligt utrymme, fysiskt avstånd mellan människor och även antal besökare till patienter varierar mellan olika kulturer (29). En av de svårigheterna som vårdpersonalen upplever i studierna (24, 29, 30, 33) är antalet besökare till invandrapatienter. Vårdpersonalen uppfattar familjer från vissa kulturer att de tar mycket plats (29), stör både personalen (24, 29, 30, 33) och andra patienter (24).

Det visar att personalen misslyckas att förstå patientens sociokulturella värderingar och behov och utgår från etnocentriska tänkande. Detta gör att vårdpersonalen får negativ bild av patientens anhöriga som i sin tur försvårar kommunikationen mellan dem. Till exempel kan vara att när en person blir sjuk i exempelvis någon del av Iran har övrig släkt skyldighet att besöka den sjuke och visa medlidande och ge stöd. För den sjuke är anhörigas psykiska stöd mycket betydelsefullt och påverkar tillfrisknandeprocessen. Öppen kommunikation, förståelse och flexibilitet i vården kan underlätta omvårdnaden av invandrare för båda parterna.

Vårdpersonalen kan inte alltid förstå sociala roller i andra kulturer. Detta kan leda till irritation, kränkning, förvirring och spänning i förhållanden mellan patienter och vårdgivare. I vissa kulturer uppfattas doktorer som auktoriteter (29, 31, 33). Vårdpersonalen känner irritation och frustration på grund av att patienter bara litar på doktorer, och känner sig då mindre värda (33). Familjens roll i olika kulturer kan påverka omvårdnadssituationer till exempel många kulturer pratar fadern med läkare (29). Vårdpersonalen upplever stort problem att kommunicera med kvinnliga invandrapatienter då deras män sköter samtalen med vårdgivaren (33). Skillnader mellan könen i olika kulturer gör att kvinnlig vårdpersonal känner sig nedvärderade (33) dumma och arga (29).

Vårdpersonalen behöver mycket stöd och uppmuntran i sitt arbete, särskilt när det gäller vård av invandrapatienter med språksvårigheter. Möte med dessa patienter i sig innebär utmaningar för vårdpersonalen. När vårdpersonalen känner negativa känslor mot patienter och deras familj som frustration och irritation är det mycket viktigt att inte hålla inne med sina känslor, utan sitta ner och reflektera om det som hade hänt, öppna sig för sina kollegor. Annars finns det stor risk att personalen tar avstånd från dessa patienter på grund av sina rädslor för negativa upplevelser. Utbildning om familjeroller i olika kulturer kan ha stor betydelse för att öka personalens kunskap i detta område. Det blir lättare för vårdpersonalen att hantera vissa känslor som irritation, ilska, frustration om de känner till familjestruktur och sociala roller i andra kulturer.

Slutord och förslag för fortsatt forskning

Det är viktigt att inse att kommunikation omfattar många dimensioner, inte enbart språkliga. Den mesta forskningen inom området kommunikation med invandrapatienter är koncentrerad runt språkliga kommunikationsbarriärer, men inte kulturella, religiösa och sociala aspekter av kommunikation. Därför behövs mer forskning i framtiden.

Vi anser att många sjuksköterskeutbildningar saknar utbildning i kultur anpassad vård och transkulturella kommunikationsfärdigheter. Vi märker tyvärr att det fortfarande förekommer etnocentriska bedömningar och stereotypiska uppfattningar bland sjuksköterskestudenter. Vi hoppas att denna uppsats kan hjälpa studenter, som blivande sjuksköterskor att tänka och reflektera över sina uppfattningar, väcka intresse för andra kulturer och bidra till en fungerande kommunikation med invandrare.

REFERENSER

1. Statistiska centralbyrån. Befolkningsstatistik i sammandrag 1960 – 2007. [homepage on the Internet] 2008-03-18 [cited 2008 Nov 03] Available from: government, Statistiska centralbyrån. Web site: http://www.scb.se/templates/tableOrChart_26040.asp#Fotnoter
2. Raadu G. *Författningshandbok för personal inom hälso-och sjukvård*. Stockholm: Liber; 2006.
3. Vydelingum V. South Asian patients' lived experience of acute care in an English hospital: a phenomenological study. *J Adv Nurs*. 2000; 32(1): 100-107.
4. Eckhardt R, Mott S, Andrew S. Nursing for the masses: Is it an effective way to provide care to non-English speaking patients? *Clin Eff Nurs*. 2005; 9: 62–68.
5. Brooks N, Magee P, Bhatti G, Briggs C, Buckley S, Guthrie S, Moltensen H, Moore C, Murray S. Asian patients' perspective on the communication facilities provided in a large inner city hospital. *J Clin Nurs*. 2000; 9: 706-712.
6. Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Religious and cultural distance in belief about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden *Int J Nurs Stud*. 2003; 40(6): 627-643.
7. Hanssen I. *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Liber; 1996.
8. Hanssen I. Kommunikation In Kristoffersen JN. editor. *Allmän omvårdnad 2*. Stockholm: Liber; 1997. pp. 61-107.
9. Sjögren P.A.(red) *Natynalencyklopedin*. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker; 1993.
10. Nilsson B, Waldemarson A-K. *Kommunikation. Samspel mellan människor*. 2nd ed. Lund: Studentlitteratur; 2001.
11. Thornquist E. *Kommunikation i kliniken. Möte mellan professionella och patienter*. Lund: Studentlitteratur; 2001.
12. Ong LML, de Haes JCJM., Hoos AM, Lammes FB. Doctor- patient communication: A review of the literatur. *Soc. Sci. Med* 1995; 7(40): 903-918.
13. Eide H, Eide T. *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur; 2001.
14. Munoz CC, Luckmann J. *Transcultural communication in nursing*. Clifton Park, NY: Thomson/Delmar Learning; 2005.

15. Magnusson F. *Etniska relationer i vård och omsorg*. Lund: Studenlitteratur; 2002
16. Pilhammar Andersson E. *Etnografi i det vårdpedagogiska fältet- en jakt efter ledtrådar*. Lund: Studentlitteratur; 1993.
17. DeMarinis V. *Tvärkulturell vård i livets slutskede. Att möta äldre personer med invandrarbakgrund*. Lund: Studentlitteratur; 1998
18. Giger JN, Davidhizar RE. *Transcultural Nursing. Assesment and Intervention*. St. Louis: Mosby Elseiver; 2008.
19. Hanssen I. Interkulturell omvårdnad. In Kristofferesen J.N, Nortveldt F, Skaug E-A. editors. *Grundläggande omvårdnad*. Stockholm: Liber; 2006 .pp. 78-105.
20. Andrews MM, Boyle S J. *Transcultural Concepts in Nursing Care*. Philadelphia, Pa.; London: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
21. Brändefors J-O, Lundberg U, Oscarsson V. *Kulturmöten*. Lund: Studentlitteratur; 1990.
22. Leininger, M. The theory of Culture Care and the Ethnonursingf Research Method. In Leininger, M & McFarland, M. *Transcultural Nursing: Consept, Theories, Research and Practices*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.pp.71-116.
23. Leininger, M. Culture Care Assessments for Congruent Competency Practices. In Leininger, M & McFarland, M. *Transcultural Nursing: Consept, Theories, Research and Practices*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.pp.117-143.
- 24. Murphy K, MacLeod Clark J. Nurses Experience's of Caring for Ethnic-Minority Clients. J Adv Nurs.1993; 18: 442-450.**
- 25. Spence DG. Prejudice, Paradox, and Possibility: Nursing People from Cultures Other than One's Own. J Transcult Nurs. 2001; 12: 100-106.**
- 26. Randhawa G, Owens A, Fitches R, Khan Z. Communication in the development of culturally competent palliative care services in the UK: a case study. Int J Palliat Nurs. 2003; 9(1): 24-31**
27. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24:105-112.
- 28. Gerrish K. The Nature and effect of Communication Difficulties Arising from interactions between District Nurses and South Asian Patients and Their Careers. J. Adv. Nurs. 2001; 33(5): 566-574.**

29. Pergert P, Ekblad S, Enskär K, Björk O. Obstacles to transcultural caring relationships: experiences of health care staff in pediatric oncology. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2007; 24(6): 314-328.
30. Ekblad S, Marttila A, Emilsson M. Cultural challenges in the end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm. *J Adv Nurs.* 2000; 31(3): 623-630.
31. Richardson A., Thomas VH, Richardson A. "Reduced to nods and smiles": experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups. *Eur J Oncol Nurs.* 2006; 10: 93-101.
32. Cioffi J. Communicating with Culturally and Linguistically Diverse Patients in an Acute Care Setting: Nurses' Experiences. *Int J Nurs Stud.* 2003; 40: 299-306.
33. Hultsjö S, Hjelm K. Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *Int Nurs Rev.* 2005; 52: 276-285.
34. Vydelingum V. Nurses' Experiences of Caring for South Asian Minority Ethnic Patients in a General Hospital in England. *Nurs Inq.* 2006; 13(1): 23-32.
35. Bergen Kommune. MOKS- Tolketjenesten. [homepage on the Internet] 2008 [cited 2008 Jan 07] Available from: Bergen Kommune. Web site: https://www.bergen.kommune.no/portal/page/portal/bkinternet/subpage3?id=T15575&m2_mode=venstremeny&re1_mode=spot2&k1_mode=right&m4_mode=spot2&re3_mode=artcenter&re9_mode=orgt&articleId=17106&artSectionId=1543§ionId=1543

BILAGA

Artikelpresentation

Referensnummer: 24

Författare: Murphy K, Clark MJ.

Titel: Nurses Experience's of Caring for Ethnic-Minority Clients.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing.

År: 1993

Land: Storbritannien.

Syfte: att studera vardagliga upplevelser av sjuksköterskor som vårdar etnisk minoritets patienter.

Metod: kvalitativ metod med djupa intervjuer. Beskrivande datainsamling och analys.

Urval: Strategisk urval: Tre kliniker med högre andel av etnisk minoritets patienter än vanlig klinik valdes. Kravet för deltagarna var att sjuksköterskor de senaste tre månaderna vårdat etnisk minoritets patienter. Av 24 sjuksköterskor som uppfyllde kravet, 18 tackade ja att vara med i studien.

Antal referenser: 36

Referensnummer: 25

Författare: Spence DG.

Titel: Prejudice, Paradox, and Possibility: Nursing People from Cultures Other than One's Own.

Tidskrift: Journal of Transcultural Nursing

År: 2001

Land: Nya Zeeland

Syfte: Beskriva sjuksköterskornas tankar, känslor och handlingar i möte med patienter med invandrarbakgrund.

Metod: Intervjuer samt litteraturstudie. Hermeneutisk metod används för data analys.

Urval: bekvämlighets urval, deltagarna hittades genom nätverk av sina kollegor.

Sammanlagt 17 sjuksköterskor är med i studien.

Antal referenser: 29

Referensnummer: 26

Författare: Randhawa G, Owens A, Fitches R, Khan Z.

Titel: Communication in the development of culturally competent palliative care services in the UK: a case study.

Tidskrift: International Journal of Palliative Nursing.

År: 2003

Land: Storbritannien.

Syfte: att undersöka kommunikationens betydelse för vårdkvaliteten, belysa problem och utforma lämpliga åtgärder för att lösa dem.

Metod: kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer.

Urval: Projekt gruppens bestod av tio vårdpersonaler, av dem var fem sjuksköterskor. Sjuksköterska kontaktade 12 familjer med sydasiatisk bakgrund som hade vårdas för cancer eller hade någon i familjen som vårdades palliativt . Åtta av dem vill vara med i

studie men tillslut fem familjer var med i studien. Sammanlagt 12 vuxna var med i studien.

Antal referenser: 15

Referensnummer: 28

Författare: Gerrish K.

Titel: The Nature and effect of Communication Difficulties Arising from interactions between District Nurses and South Asian Patients and Their Carers

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing.

År: 2001

Land: Storbritannien

Syfte: Syftet är att undersöka hur policyn om individualiserad vård tillämpas i praktiken och hur vården av patienter från olika etniska bakgrunder påverkas. Studien fokuserar på kommunikationssvårigheter mellan sjuksköterskor och sydasiatiska patienter och vårdare.

Metod: Kvalitativa metoder med djupa intervjuer och fält observationer. Etnografisk fallstudie.

Urval: Studien genomfördes i en stad där 20 % av invånaren är invandrare.

Distriktssköterskas lokala myndighet kontaktades och deras åtta föreståndare intervjuades. Därefter utfördes en observationsstudie av sex distriktsskötersketeam, varje team bestod av 2-4 sjuksköterskor. Sammanlagt 22 distriktssköterskor var med på studien.

Antal referenser: 35

Referensnummer: 29

Författare: Pergert P, Ekblad S, Enskär K, Björk O.

Titel: Obstacles to transcultural caring relationships: experiences of health care staff in pediatric oncology

Tidskrift: Journal of Pediatric Oncology Nursing

År: 2007

Land: Sverige

Syfte: att undersöka den vårdande situationen för familjer med invandrarbakgrund inom onkologisk pediatrik.

Metod: Kvalitativ semistrukturerad intervju studie förankrad med Grundad teori. Fem fokusgrupper och fem ytterligare individuella intervjuer.

Urval: ej angivet. 35 personer från Onkologisk Pediatrisk enhet är i studien, av de 24 är kvinnor, 11 är män.

Antal referenser: 64

Referensnummer: 30

Författare: Ekblad S, Marttila A, Emilsson M.

Titel: Cultural challenges in the end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

År: 2000

Land: Sverige

Syfte: Att samla in reflektioner om kulturella frågor bland hospis personal efter en 3-dagars seminarium om mångkulturella sjukvård; samla information om erfarenheter av arbete med patienter med olika kulturell bakgrund i hospisen; att belysa om det finns ett behov av ytterligare utbildning vid dessa hospis enheter om kulturella frågor.

Metod: en kvalitativ fokusgrupp metod.

Urval: 76 personal från tre olika hospis deltog i seminariet. Av de 19 tackade ja att delta i intervjuer.

Antal referenser: 28

Referensnummer: 31

Författare: Richardson A, Thomas VH, Richardson A.

Titel: "Reduced to nods and smiles": experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups.

Tidskrift: European Journal of Oncology Nursing

År: 2006

Land: Storbritannien.

Syfte: Syftet är att undersöka personalens åsikter som jobbar inom hälso- och social vård, och deras erfarenheter av att vårda patienter med cancer från svarta och minoritetsgrupper, samt reflektera över deras behov av träning

Metod: Kvalitativ metod. Fem fokusgrupps intervjuer.

Urval: Bekvämlighets urval. Forskare kontaktade prenumeranter av Macmillan post. 44 personer tackade ja till studien, men slutligen bara 28 var med i studien. Av dem 22 var sjuksköterskor.

Antal referenser: 30.

Referensnummer: 32

Författare: Cioffi J.

Titel: Communicating with Culturally and Linguistically Diverse Patients in an Acute Care Setting: Nurses' Experiences.

Tidskrift: International Journal of Nursing Studies

År: 2003

Land: Australia

Syfte: Syftet är att undersöka och beskriva sjuksköterskors upplevelser av kommunikation med patienter som har kulturellt och lingvistisk mångfald på en akutvårdsavdelning.

Metod: Kvalitativ metod med tolkande- beskrivande design.

Urval: strategiskt urval: fem års arbetserfarenhet är krav. 23 sjuksköterskor ingick i studien. Studien genomfördes i en förorts sjukhus som har 70 % invandrar patienter.

Antal referenser: 34.

Referensnummer: 33

Författare: Hultsjö S, Hjelm K.

Titel: Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences.

Tidskrift: International Nursing Review.

År: 2005

Land: Sverige.

Syfte: Att identifiera om personal i somatiska och psykiatriska akutvården haft problem i vården av invandrare, och i så fall att jämföra dessa.

Metod: kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer. Fokus grupp.

Urval: Tre enheter kontaktades via telefon. All personal fick e-mail om kommande studien, dess syfte. De som vill vara med i studien kontaktade sina vårdenhetschefer.

Sammanlagt 35 personer i studien: 13 män och 22 kvinnor.

Antal referenser: 35

Referensnummer: 34

Författare: Vydelingum V.

Titel: Nurses' Experiences of Caring for South Asian Minority Ethnic Patients in a General Hospital in England.

Tidskrift: Nursing Inquiry

År: 2006

Land: Storbritannien.

Syfte: att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av vård av sydasiatiska etniska minoritets patienter på ett allmänt sjukhus i södra England.

Metod: kvalitativ studie med fokusgrupps intervjuer.

Urval: alla 90 sjuksköterskor i 6 enheter fick inbjudan att vara med i fokus grupp. 43 tackade ja till studien.

Antal referenser: 52.