



Ditt sätt? Mitt sätt? Rätt sätt?

Sjuksköterskors upplevelser av
svårigheter inom mångkulturell palliativ
omvårdnad

FÖRFATTARE	Emma Häggbring Olov Helmersson Stina Nydén
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete VT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kristina Nässén
EXAMINATOR	Lisen Dellenborg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk):	Ditt sätt? Mitt sätt? Rätt sätt? – Sjuksköterskors upplevelser av svårigheter inom mångkulturell palliativ omvårdnad.
Titel (engelsk):	Your way? My way? The right way? – Nurses experiences of difficulties in multicultural palliative care.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	27 sidor
Författare:	Emma Häggbring Olov Helmersson Stina Nydén
Handledare:	Kristina Nässén
Examinator:	Lisen Dellenborg

SAMMANFATTNING

I Sverige lever idag människor med många olika kulturella bakgrunder. I kombination med att befolkningen blir allt äldre ställer detta nya krav på den palliativa vårdsektorn, som har utvecklats i Sverige de senaste decennierna. Detta gör att det mångkulturella perspektivet blir viktigt att belysa i detta sammanhang. I bakgrunden lyftes dels vikten av att se till individens egen livsvärld och kulturella värderingar, men också behovet av utbildning i specifik kulturkunskap. Syftet med litteraturstudien var att undersöka vilka svårigheter som sjuksköterskor upplever inom mångkulturell palliativ omvårdnad. Resultatet baserades på 12 vetenskapliga artiklar. Av dessa var nio kvalitativa, två kvantitativa och en var en review. Analys av dessa skedde enligt Burnard's modell för innehållsanalys. Genom denna analys identifieras fyra områden. Dessa var förförståelse, känsla av otillräcklighet, kommunikation samt bristande kunskap. Sjuksköterskor inom mångkulturell palliativ omvårdnad upplevde att det var svårt att skapa en genuin relation med patienten. Detta beskrevs som tids- och energikrävande. Vidare framkom att det var svårt att hantera situationer som sjuksköterskorna inte hade tidigare erfarenhet av. De kände att det fanns en risk att stereotypisera patienten och att denne då inte fick den individanpassade vård denne hade rätt till. Sjuksköterskorna brottades även med problematiken kring att patientens eller familjens önsknings ibland gick emot sjuksköterskornas egna värderingar och yrkesetik. Kommunikation upplevdes som en av de största svårigheterna. Detta då de språkliga barriärerna ofta var ett faktum. Sjuksköterskor efterfrågade vidare utbildning i specifik kulturkunskap, men var också medvetna om att detta inte räckte. De pekade på vikten av att se till individen samt att reflektera över sin egen kultur och förförståelse. Sammantaget framkom att sjuksköterskor strävade mot att se individen och anpassa vården därefter. De svårigheter som upplevdes utgjorde hinder för att ge god omvårdnad.

Nyckelord: palliativ omvårdnad, mångkulturell, sjuksköterskors upplevelser, svårigheter

ABSTRACT

The Swedish population of today consists of people with many different cultural backgrounds. This will, in combination with an ageing population, put new demands on the palliative care sector, which has developed in Sweden during the last decades. In this context it is important to highlight the multicultural perspective. In our background section, we have lifted the importance of seeing the life context and the cultural values of each individual, as well as the need for specific cultural knowledge. The aim of the literature review has been to survey what difficulties palliative care nurses have been experiencing in multicultural palliative care. The result is based on twelve scientific articles. Nine of these are qualitative, two quantitative and one a review article. Analyses of these have been made according to Burnad's method for content analysis. Four themes were identified: previous knowledge, feeling of inadequacy, communication and lack of knowledge. Nurses in multicultural palliative care experienced a difficulty when it came to creating a genuine relationship with the patient. They described it as being time-consuming and energy-demanding. Furthermore, difficulties in handling situations of which the nurses had no previous experience emerged. They felt that there was a risk that the patient became stereotyped, with the consequence that he/she did not get the individualized care that he/she was entitled to. Nurses also struggled with clashes between, on the one hand wishes of patients and families, and on the other, the nurses' own values and professional ethics. Communication was experienced as one of the major difficulties, as language barriers often were a fact. Nurses also requested education in specific cultural knowledge, even though they were aware that it would not be enough. They stressed the importance of seeing the individual and reflecting upon their own culture and understanding. Altogether, the nurses aimed at seeing the individual and at accommodating the care for this purpose. The experienced difficulties were an obstacle for good care to come about.

Keywords: palliative care, multicultural, nurses experiences, difficulties

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
PALLIATIV OMVÅRDNAD	1
Palliativ omvårdnad	1
Historik	1
Lagar och rekommendationer	2
BEGREPPET KULTUR	3
Kultur	3
Mångkulturalism	3
Kulturkompetens	4
MÅNGKULTURELL PALLIATIV OMVÅRDNAD	4
Specifik kunskap om olika kulturer	5
Individcentrerad omvårdnad	6
PERSONUPPFATTNING OCH YRKESETIK	6
OMVÅRDNADSTEORETISK RAM	7
Joyce Travelbee	7
<i>Omvårdnadens mål och syfte</i>	7
<i>Individen</i>	7
<i>Mellanmänskliga relationer</i>	8
<i>Kommunikation</i>	8
SYFTE	9
METOD	9
LITTERTURSÖKNING	9
LITTERTURANALYS	10
RESULTAT	10
FÖRFÖRSTÅELSE	11
Stereotypisering	11
Normer och attityder	12
KÄNSLA AV OTILLRÄCKLIGHET	13
Maktlöshet	13
Etiska dilemman	14
KOMMUNIKATION	15
BRISTANDE KUNSKAP	17
DISKUSSION	18
METODDISKUSSION	18
RESULTATDISKUSSION	19
Begränsningar	23
Implikationer	23
REFERENSER	24
BILAGOR	
1 Översikt över litteratursökning	
2 Översiktstabell	

INTRODUKTION

INLEDNING

Dagens samhälle präglas av ökad kulturell mångfald. År 2011 beräknas var tionde person över 65 års ålder i Sverige vara född i ett annat land (1). Detta innebär, tillsammans med det faktum att befolkningen blir allt äldre, att hälso- och sjukvården ställs inför nya utmaningar. Vårt intresse för detta ämne har väckts då vi själva upplevt att svårigheter inom mångkulturella vårdmöten kan uppstå. Vård i livets slutskede, palliativ omvårdnad, är ett relativt nytt vårdområde. I livets slutskede kan existentiella frågor och värderingar komma att ställas på sin spets (2). Detta innebär att sjuksköterskor måste ha större medvetenhet om människors olika syn på liv och död samt öppenhet inför patientens behov. Då sjuksköterskors och patientens värderingar och uppfattningar kan vara olika, på grund av deras kulturella bakgrunder, uppstår ibland svårigheter att mötas och förstå varandra. Detta kan innebära att sjuksköterskor inte klarar av att uppfylla alla delar i den kompetensbeskrivning som finns angiven för svenska sjuksköterskor. I denna anges att sjuksköterskan ska *tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga* (3) s 11. Kompetensbeskrivningen pekar tydligt på att sjuksköterskor ska se till hela människan, vilket inkluderar dess kulturella behov. Att se hela människan är också kärnan i palliativ omvårdnad (4). Vi anser att det finns möjligheter för sjuksköterskor att göra detta om svårigheter inom mångkulturell palliativ omvårdnad uppmärksammas och kommer upp till diskussion. Alla sjuksköterskor som vill kunna ge människor, oavsett bakgrund, god omvårdnad i livets slutskede måste vara medvetna om vilka svårigheter som kan uppstå. Detta för att komma ett steg längre och kunna förebygga dessa.

BAKGRUND

PALLIATIV OMVÅRDNAD

Palliativ omvårdnad

”En aktiv helhetsvård av den sjuke och familjen, genom ett tvärfackligt sammansatt vårdlag vid en tidpunkt när förväntningarna inte längre är att bota och när målet för behandlingen inte längre är att förlänga livet. Målet för palliativ vård är att ge högsta möjliga livskvalitet för både patienten och de närstående. Palliativ vård ska tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Den skall också kunna ge anhöriga stöd i sorgearbetet.” (4) s. 13

I denna uppsats kommer vi fortsättningsvis att använda begreppen ”palliativ vård” samt ”vård i livets slutskede” som synonyma.

Historik

Palliativ är ett begrepp som härstammar från det latinska språkets ”pallium”.

Det har betydelsen mantel, vilken genom sin möjlighet att stänga ute, men inte helt ta bort kylan, symboliserar vård som lindrar men inte är kurativ (5).

Palliativ vård har sitt ursprung i hospicerörelsen, som under 1960-talet etablerades i Storbritannien. Dame Cicely Saunders, sjuksköterska, socialarbetare och läkare, är grundaren till denna filosofi. Hon ägnade sig under flera år åt frivilligarbete på hem för döende, vilka under 1950-talet upprättades av välgörenhetsorganisationer på flera håll i världen. Saunders lade under denna tid märke till förmågan att här effektivt kunna kontrollera smärta, i jämförelse med på vanliga sjukhus (2). Inspirerad av detta samt av djupa samtal hon haft med en av sina patienter, en ung man vid namn David Tasma, började tankar om en mer öppen och hemlik plats för människor att dö på, ta form (2, 6). Utifrån Saunders uppfattning om att David vid sin död fått göra sin "resa" i fullständigt själslig frid, formulerades principerna för hospiceverksamhet. Dessa är öppenhet, sinne tillsammans med hjärta, samt stor hänsyn till varje individs frihet att göra sin egen "resa" mot sitt mål (6). Kombinationen av känsla och intellekt beskrivs ha blivit ledande i Saunders fortsatta arbete. Efter ett par år som socialarbetare utbildade hon sig till läkare. 1967 startades så St Christopher's Hospice, världens första undervisnings- och forskningshospice. Här var Saunders medicinskt ansvarig under arton år. Hon utvecklade en utbildningsenhet samt hemsjukvård i anslutning till St Christopher's och fortsatte sina undersökningar kring smärtkontroll (2).

I Sverige kom palliativ vård upp till diskussion i slutet av 1970-talet. Detta främst på grund av utredningen om vård i livets slutskede, slutrapport SOU 1979:59, men också tack vare psykiatrikern och onkologen Loma Feigenbergs arbete samt studier utförda av sjuksköterskan Ulla Qvarnström. Trots att det i utredningen talades för att vård av döende bör utföras inom ramarna för befintlig hälso- och sjukvård, handlade stora delar av debatten under de två kommande decennierna om palliativ vård influerad av hospice-filosofin från Storbritannien. Ett antal hospice startades i Sverige och under mitten av 1990-talet hade den palliativa vården fått en klar plats i hälso- och sjukvården. 1997 startade en ny parlamentarisk utredning kring palliativ vård där palliativ vård placerades som ett av de högst prioriterade områdena i hälso- och sjukvårdens prioriteringsordning. Slutrapporten för denna, med namnet Döden angår oss alla, palliativ vård vid livets slut, kom 2001 (1). Palliativ vård hade till största del tidigare fokuserat på patienter med cancer, men i rapporten lyftes bland annat uppfattningen att denna vårdform bör gälla alla patienter som vårdas i livets slutskede (1).

Lagar och rekommendationer

Palliativ vård styrs inte av någon specifik lagstiftning (7). I Socialstyrelsens publikation "Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede" (8) anges dock allmänna råd. Här tar man upp de etiska principerna som gäller inom all hälso- och sjukvård; autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen (8). I Hälso- och sjukvårdslagen står följande att läsa under andra paragrafen:

"Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla

människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.” (9)
§2

Då all vård som bedrivs i Sverige lyder under denna lag är dessa rader även aktuella för palliativ omvårdnad.

I rekommendationer utgivna av Europeiska rådet betonas att palliativ vård skall utgå från patientens behov och att dennes värderingar och preferenser skall respekteras och tas i beaktning. Vården skall vara patientorienterad och autonomi är att eftersträva (10).

BEGREPPET KULTUR

Kultur

Kultur är ett komplext begrepp. Det har över tid formulerats många definitioner och få eller inga har förkastats (11). Rent lingvistiskt kommer ordet från latinets *cultura* och franskans *culture*. Ursprungsinnebörden är bland annat odla, vårda, dyrka eller bebo en plats (11, 12). Under antiken kom ordet även att innefatta odlandet av människans själ, och under medeltiden den religiösa meningen att odla själen via Gud (11).

Kultur är ett mönster skapat av uppfattningar och uppförande, vilket medlemmar i en social grupp delar (13). Helman beskriver begreppet på följande sätt:

”...culture is a set of guidelines (both explicit and implicit) that individuals inherit as members of a particular society, and that tell them how to view the world, how to experience it emotionally, and how to behave in it in relation to other people, to supernatural forces or gods, and to the natural environment. It also provides them with a way of transmitting these guidelines to the next generation – by the use of symbols, language, art and ritual.” (14) s. 2

Varje människas syn på världen byggs således upp av en mängd olika komponenter och genomsyrar alla mänskliga aktiviteter (15). Då varje människa förhåller sig till de kulturella ramarna denne lever i, men ändå skapar ett eget sätt att förhålla sig till världen, är kulturer aldrig homogena (14).

Kultur kan också beskrivas som det första sammanhang ur vilken en individs identitet kan utvecklas. Det är det karaktäristiska sätt att leva som människor inom exempelvis en etnicitet, klass, grupp av människor eller ett samhälle delar (12). Ett vanligt svar på frågan ”What does culture mean to you?” är just ”Way of life” (12) s. 228. Kultur är därmed det som mänskligheten har gemensamt (15).

Mångkulturalism

Alla människor lever i en kulturell kontext (15). För att visa på att människor med olika kulturell bakgrund samexisterar i ett samhälle kan begreppet mångkulturell användas (16). När människor möter och förhåller sig till

varandra synliggörs de likheter och skillnader som finns mellan människors kulturer (15). Mångkulturalism är ett begrepp som är knutet till att leta efter dessa skillnader och likheter. Begreppet kännetecknas av att man värdesätter sin egen kulturella identitet, respekterar andra kulturer utifrån kunskap om dem samt att man värdesätter kulturell mångfald i sig självt (16). Begreppet mångkulturalism är problematiskt, då det motsatt sin goda intention att förena människor, istället separerar. Genom att leta efter skillnader och likheter hos människor finns alltid en risk för att stereotypisera och exotisera ”de andra” (17). I det mångkulturella samhället, och i världen, måste man på ett eller annat sätt förhålla sig till detta och välja sätt att agera på (16).

Enligt International Council of Nurses (18) har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. Omvårdnaden ska ges utan hänsyn till ålder, hudfärg, trosuppfattning, kultur, handikapp eller sjukdom, kön, nationalitet, politisk åsikt, ras eller social status (18). Möjligheten att uppfylla dessa ansvarsområden beror på sjuksköterskans förmåga att vara medveten om sina kulturella attityder och värderingar (19). Detta beror på om sjuksköterskor i mötet med patienten agerar utifrån en kulturell relativistisk eller en kulturetnocentrisk hållning. En kulturetnocentrisk hållning sätter den egna kulturen främst och ser den som den rätta, samt saknar en förmåga att se värdet i andra kulturer. Den kulturell relativistiska inställningen menar däremot att alla kulturer är likvärdiga och vill varken bedöma eller påverka andra kulturer. Huruvida sjuksköterskan ska kunna arbeta enligt de formella direktiv som är gällande beror på vilket av de två förhållningssätten hon/han har. Dessa perspektiv utesluter inte varandra. Vilket förhållningssätt sjuksköterskor intar beror på situationen (19).

Kulturkompetens

Kulturkompetens definieras som en utvecklande process beroende av kunskap och skicklighet, men framförallt självmedvetenhet (20). Processen bygger på tre nivåer, där utvecklande av självmedvetenhet är den första och viktigaste förutsättningen för ett kulturkompetent arbetssätt (12, 20) Att vara kulturkompetent innebär att ha förmågan att maximera känslighet och minimera okänslighet vid arbete inom mångkulturella samhällen. Det handlar således inte om ett måste att ha stor kunskap om andra kulturer, utan om att bemöta människor med olika kulturella bakgrunder med öppenhet, respekt och vilja att lära (12).

MÅNGKULTURELL PALLIATIV OMVÅRDNAD

I litteraturen som behandlar kultur och palliativ omvårdnad tycker vi att det går att urskilja två inriktningar med avseende på hur sjukvårdspersonal bör handskas med kulturella olikheter (2, 11, 12, 16, 20-27). Ett antal böcker tar upp båda dessa inriktningar, men då separerade från varandra (11, 16, 22, 24, 27). En av inriktningarna i litteraturen fokuserar på vikten av att sjukvårdspersonal besitter specifik kunskap om olika kulturer och dess ritualer vid vård i livets slutskede (11, 16, 20, 22-25). Den andra inriktningen lägger snarare fokus på att vård i livets slutskede skall ha fokus på och utgå från individen (2, 11, 21, 16, 22, 25, 26, 27). Centralt i denna riktning är att

patienten först och främst är en unik person och att omvårdnaden därför bör vara individcentrerad. Här diskuteras och problematiseras även hur olika kulturella möten i den palliativa omvårdnaden generellt kan ta sig uttryck samt berör sjukvårdspersonalens bemötande i dessa kulturella möten (11, 12, 16, 21, 22).

Specifik kunskap om olika kulturer

Den del av litteraturen (11, 16, 20, 22-25) som har fokus på behovet av specifik kulturkunskap vid vård i livets slutskede pekar på att det finns en ambivalens hos sjukvårdspersonal idag. Detta angående vilken kunskap som behövs för att bedriva god omvårdnad. Personal uttrycker att de behöver veta mer om olika kulturer, deras karakteristiska drag och levnadsbruk samt hur man som personal ska bete sig i mötet med människors olika kulturer och religioner (11, 22). Ett mönster som går att urskilja i denna litteratur är att kultur oftast förefaller likställas med religion. Det kunnande som beskrivs som väsentligt för att bedriva god omvårdnad är till största del kunskap om olika religioner, dess traditioner, samt hur dessa tar sig uttryck i vård i livets slutskede (2, 16, 20, 23, 25, 26). I litteraturen beskrivs exempelvis utmärkande omvårdnadsaspekter i de stora världsreligionerna. De aspekter som tas upp är bland annat hur människor inom olika religioner ser på kost och kostvanor, medicinsk behandling, personlig hygien, obduktion, omhändertagande av döda samt begravningstraditioner (16, 23, 24).

Religionerna verkar inom den existentiella dimensionen och får därför en särskilt framträdande roll vid vård i livets slutskede (2, 16, 27). De olika traditionerna presenterar skilda sätt att se på liv och död och har varierande uppfattningar om hur man ska agera vid sjukdom och dödsfall (2, 16, 20, 23). Detta innebär att sjukvårdspersonal inom palliativ omvårdnad ställs inför utmaningar som det är viktigt att de är medvetna om så att de kan förbereda sig inför dessa. (2, 16). Religiös tro har ofta en positiv inverkan på en persons tillvaro vid sjukdom och ohälsa. Exempel på detta är att religion ofta bidrar till trygghet och säkerhet för patienten, samt att religionen kan skapa mening i lidandet (25, 26, 27) För att få till stånd god omvårdnad blir det därmed viktigt att förstå något om en patients eventuella religiösa bakgrund. God omvårdnad handlar om mer än att bara ta hand om de fysiska behoven. Det är viktigt att även se till de emotionella och spirituella behoven hos en patient (23, 27). Detta blir särskilt tydligt i den palliativa omvårdnaden, där ett helhetsperspektiv genomsyrar omvårdnaden (4, 7). Det är viktigt att sjukvårdspersonalen är flexibel och har i åtanke att det ibland kan vara viktigare för patienten att få försonas med Gud och/eller andra människor än att få smärtlindrande medicin (23).

Patienter uttrycker sina spirituella behov mer eller mindre tydligt. Många gånger är det personalens bristande kunskap om hur dessa uttryck ska tolkas som kan skapa svårigheter inom mångkulturell palliativ omvårdnad (23). Det behövs, enligt denna riktning i litteraturen, således en större specifik kunskap för hur religioner kan ta sig uttryck i palliativ omvårdnad (2, 20, 23, 25).

Samtidigt som det finns en önskan om specifik kunskap förekommer ett ifrågasättande av att generalisera och kategorisera människor (11, 22). Trots

detta delar sjukvårdspersonal, i ett försök att förstå personen, lätt upp patienter i mindre delar. Dessa mindre delar kan exempelvis vara kön, ålder eller intressen. Denna fokusering på olika tillhörigheter skapar, tvärtemot dess syfte, ändå en risk för stereotypisering (22).

Individcentrerad omvårdnad

I den andra inriktningen betonar författarna vikten av att ha individen som utgångspunkt i omvårdnadsarbetet (2, 11, 16, 21, 22, 25, 26, 27). Denna inriktning pekar på att det är viktigt att vårdpersonal uppmärksammar det som är meningsfullt för den enskilde patienten (2, 12, 16, 21, 22). Hur människan skapar mening är kulturellt betingat (12) men också högst individuellt (16). Det är därför angeläget att vårdgivare samtalar med vårdtagaren om hur just hon/han skapar mening (16). Något som kan hjälpa individen i det palliativa skedet att skapa mening är symboler och ritualer (16). För att skapa trygghet och tillit för individen i den mångkulturella palliativa omvårdnaden är det därför viktigt att vårdgivare respekterar och hjälper till att tillgodose patientens individuella önskningar gällande symboler och ritualer. Dessa behöver inte alltid ha en religiös betydelse eller vara kopplade till en specifik kultur, utan kan ändå vara betydelsefulla för, och skapa mening i en människas värld (16). Symboler och ritualer kan vidare hjälpa patient och dennes närstående att samlas och stötta varandra i svåra situationer (2, 16). Detta kan vara viktigt då närstående ofta blir en central del för att individen ska kunna hantera sin situation (2, 16, 27).

För att få till stånd en god mångkulturell palliativ omvårdnad där individen är i centrum, betonar en del av litteraturen (16, 25, 26) vikten av att sjukvårdspersonal är medvetna om sin egen kultur, har självinsikt och försöker förstå det egna sättet att tolka olika fenomen. Även öppenhet och vilja att prova olika sätt att kommunicera är angeläget (16). I kommunikationen är det av största vikt att fråga om patientens egen uppfattning av sjukdomen, hur den orsakats och lämpligen behandlas samt vad som är mest betydelsefullt för patientens upplevelse av hälsa (21, 27). Detta förhållningssätt diskuteras av Kleinman och Benson, som i sin artikel presenterar konkreta frågor vilka kan användas för att underlätta i mångkulturella vårdsituationer (21).

PERSONUPPFATTNING OCH YRKESETIK

Hur vi uppfattar och behandlar de människor vi möter har att göra med vår personuppfattning (15). Palliativ omvårdnad ska enligt WHO utgå från individen och arbetet bedrivs med ett helhetsperspektiv på människan (7). I det västerländska samhället råder uppfattningen att varje människa är en unik, odelbar individ (15, 25). Konsekvensen av detta synsätt blir att varje människa gör sina egna val och får ta ansvar och konsekvenserna för dessa. Denna människosyn kallas egocentrisk (15). Ett begrepp som här blir framträdande är autonomi, patientens rätt till att själv välja och fatta beslut om hennes/hans vård (27). Autonomi är djupt förankrat i det individcentrerade västerländska samhället (19). Som exempel på detta står det i den svenska kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor att sjuksköterskan ska visa omsorg för patientens autonomi, integritet och värdighet (3).

Det sociocentriska synsättet presenterar en annan uppfattning om vad en person är. Här föds människan in i ett socialt sammanhang, där det är den vidare gemenskapen och inte jaget som är det viktigaste. Inom det sociocentriska synsättet ser man på människan med ett relationellt perspektiv, där man som människa definieras av sina relationer till andra människor (15). Med ett sådant synsätt berör palliativ omvårdnad i större utsträckning familj och anhöriga än i ett egocentriskt synsätt (25).

Vår individcenterade yrkesetik, där autonomiprincipen är central, kan komma att krocka med patientens etik om denna kommer från en kollektivistiskt orienterad kultur. Det kan skilja gällande vilka som ska vara med och ta viktiga beslut och för vem man berättar sanningen om en sjukdoms utveckling (19). Författarna beskriver i litteraturen (2, 11, 22, 25) att det uppstår svårigheter då vårdtagare och dennes anhöriga har en annan syn än vårdgivarna på vem som ska få information om patientens tillstånd. Människor från vissa kulturer anser att familjen ska vara de första som får del av information om patientens diagnos och prognos. Det är sedan upp till de anhöriga att avgöra vad som ska delges patienten (2, 11, 22, 25). En omvårdnadsteoretiker som tar upp kulturens inverkan på människor och behovet av att individanpassa omvårdnaden är Joyce Travelbee.

OMVÅRDNADSTEORETISK RAM

Joyce Travelbee

Joyce Travelbee föddes i New Orleans, USA, 1926 och arbetade med omvårdnad som sjuksköterska inom psykiatri. I sitt arbete med omvårdnad intresserade hon sig främst för de mellanmänniska aspekterna (29). 1966 publicerades för första gången Travelbees bok *Interpersonal Aspects of Nursing*. En andra upplaga kom 1971. Travelbees omvårdnadstankar har varit av stor betydelse för utvecklingen av moderna omvårdnadsteorier som fokuserat på patientens erfarenheter och upplevelser (29).

Omvårdnadens mål och syfte

Travelbee bygger sin omvårdnadsdefinition på en existentiellistisk människosyn. Detta blir tydligt i de begrepp som ligger till grund för hennes omvårdnadsteori. De mest centrala begreppen i teorin är *mellanmänniska relationer, människan som individ, lidande, mening* samt *kommunikation* (29). Då vi anser att dessa begrepp är högst relevanta för vårt område har vi valt Travelbee's omvårdnadsteori som referensram i vår uppsats.

Omvårdandens mål och syfte är, enligt Travelbee, att hjälpa patienten hantera sjukdom och lidande. Detta bör sjuksköterskan göra genom att hjälpa patienten att upprätthålla hoppet samt hitta *mening* i tillvaron (30).

Individen

En huvudpunkt i Travelbee's omvårdnadsteori är att varje människa är en unik individ (30). I och med detta tar Travelbee starkt avstånd från generaliseringar av människor (29). Detta är väsentligt att koppla till mångkulturell palliativ omvårdnad då risken för stereotypisering diskuteras i litteraturen som rör

mångkulturell omvårdnad (11, 14, 22, 25). Travelbee anser vidare att *lidande* är en allmänmänsklig erfarenhet (30), men trots detta kommer patientens upplevelse i allra högsta grad att vara personlig. Det är därför viktigt att sjuksköterskan lägger bort sin egen uppfattning om lidande, diagnos samt objektiva bedömningar för att först och främst se till patientens egen upplevelse av sjukdom och lidande. Travelbee berör även i detta sammanhang det faktum att patientens kulturella bakgrund präglar hans/hennes upplevelse av sjukdom och lidande (29). Hon säger att allt är format av den kultur vi lever i. Reaktionen på sjukdom är alltid präglade och influerade av kulturellt betingade uppfattningar (30).

I följande citat visar Travelbee hur patientens subjektiva upplevelse av sjukdom kan te sig. Citatet pekar även på hur viktigt det är att sjuksköterskor lägger bort sin professionella uppfattning om sjukdom för att kunna förstå patientens upplevelse och därmed ge god omvårdnad.

”Enhver sykdom eller skade er en trussel mot selvet, og den sykes oppfatning av sykdommen er viktigare enn noe kategoriseringssystem brukt av helsearbeidere. En helsearbeider kan ikke vite på forhånd hvordan inidividet vil oppfatte sin sykdom, før helsearbeideren går nærmere inn på dette sammen med vedkommende, og får fram hvilken mening den syke legger i sin tilstand.” (30) s. 87

Mellanmänskliga relationer

Omvårdnadens mål och syfte kan, enligt Travelbee, enbart uppnås genom etablerandet av en mellanmänsklig relation. En mellanmänsklig relation kan bara växa fram då sjuksköterskan och patienten möts som unika mänskliga individer och ser bortom de två rollerna sjuksköterska och patient (30). Den mellanmänskliga relationen uppkommer, enligt Travelbee, således genom en interaktionsprocess i olika steg. Dessa steg är *det första mötet, framväxt av identiteter, empati* samt *sympati* (30). Travelbee menar att sjuksköterskans och patientens första möte präglas av stereotypa uppfattningar om varandra och att de förhåller sig till varandra utifrån respektive förväntningar. Det är i det första mötet viktigt att sjuksköterskan är medveten om de generaliseringar hon/han gör och försöker se personen bakom patienten. Efterhand kommer de stereotypa rollerna att suddas ut och både sjuksköterskans och patientens person kommer att bli mer och mer framträdande. I interaktionsprocessen mellan sjuksköterska och patient finns enligt Travelbee vidare komponenter som *empati* och *sympati* (28). Slutligen uppstår en ömsesidig och nära kontakt mellan sjuksköterska och patient. I denna kontakt kan de dela varandras känslor, tankar och attityder och upplevelsen blir meningsfull för båda (29).

Kommunikation

Kommunikation är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap för att lära känna patienten och är därmed nödvändigt för att en god omvårdnad ska kunna komma till stånd (30). I möten mellan människor pågår kommunikation, både verbalt och ickeverbalt, kontinuerligt (30). För att nå en god kommunikation krävs att sjuksköterskan har sensitivitet och kan se patienten som en individ (29). Travelbee poängterar även att det är nödvändigt att sjuksköterskan har självinsikt och använder sig själv terapeutiskt. Detta innebär att sjuksköterskan

använder sin personlighet medvetet i interaktionsprocessen med patienten. För att göra detta måste sjuksköterskan först vara medveten om sitt eget kunnande och sina egna uppfattningar om sjukdom, lidande och död samt vad dessa betyder för henne/honom (30).

I Travelbee´s omvårdnadsteori är individen central. Trots kulturella skillnader mellan sjuksköterskor och patient kan, enligt Travelbee, god omvårdnad ges om en mellanmänsklig relation uppstår och individens behov respekteras och uppfylls. Bakgrundslitteraturen speglar de svårigheter som Travelbee uppmärksammar och som hon i sin omvårdnadsteori söker att hantera.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka vilka svårigheter som sjuksköterskor upplever inom mångkulturell palliativ omvårdnad.

METOD

LITTERATURSÖKNING

Den litteraturöversikt vi har genomfört är baserad på vetenskapliga artiklar. Sökning har skett mellan 100112 och 100218 via Göteborgs Universitetsbiblioteks hemsida i databaserna Cinahl, PubMed samt Scopus. Dessa databaser innehåller vetenskapliga artiklar som berör omvårdnad. För att använda korrekta sökord som överensstämmer med MeSH (Medical Subject Headings) har vi använt SweMesh. Primära sökord som vi har använt är ”palliative care”, ”cultural diversity”, ”multicultural”, ”cultural competence” samt ”nurse patient relation”. För samtliga sökord och kombinationer, se bilaga 1. Dessa sökord använde vi då vi ville fokusera på palliativ omvårdnad relaterat till sjuksköterskors upplevelse av det mångkulturella mötet. Vi strävade under hela sökprocessen efter att finna artiklar som specifikt tog upp sjuksköterskors upplevelse. I de artiklar vi fann arbetade sjuksköterskor huvudsakligen inom palliativ omvårdnad. I försök att smalna av sökningen för att nå närmare sjuksköterskors upplevelser använde vi sökord som ”lived experience” tillsammans med ”nursing” och ”palliative care”. Sökningar som dessa gav inga eller ett fåtal träffar. Vissa av de artiklar som kom upp hade vi tidigare funnit på andra sökord. Resterande träffar var inte relevanta för vårt syfte då de exempelvis saknade mångkulturellt perspektiv.

Då vi sökte i PubMed, som är en mer medicinsk databas, använde vi vid de flesta sökningar sökordet ”nursing” för att funna artiklar skulle ha ett omvårdnadsfokus. De sökordskombinationer som på PubMed gav flest träffar som vi kunde använda oss av i resultatet var ”cultural diversity” AND ”palliative care” AND ”nursing”. På Cinahl var den mest användbara sökordskombinationen ”cultural competence” AND ”palliative care”. Ett flertal artiklar återkom vid olika sökordskombinationer. Då en titel berörde sjuksköterskors upplevelse av mångkulturell palliativ omvårdnad läste vi denna studies abstract. Verkade artikeln relevant för vårt syfte valde vi ut den för

vidare granskning. Då titlar och abstract hade fokus på enbart en aspekt inom mångkulturell omvårdnad, såsom språk eller specifika etiska minoriteter exkluderade vi dessa. Vidare valde vi bort artiklar som ej hade fokus på upplevelse av svårigheter inom det mångkulturella området. Inkluderingskriterier var att artiklarna skulle finnas tillgängliga i fulltext direkt i databasen, via Göteborgs universitet eller i pappersform på Universitetsbiblioteket. Vidare skulle artiklarna finnas tillgängliga på engelska eller något av de nordiska språken. I Cinahl användes begränsningarna "peer-reviewed" samt "research article". När vi läste abstracts hade vi exkluderingskriteriet att artikeln inte fick vara publicerad tidigare än 1999.

Av de 12 artiklar som presenteras i bilaga 2, vilka vi bygger vårt resultat på, är två kvantitativa och nio kvalitativa. En artikel är en review. Artiklarna är publicerade mellan år 2000-2008. De är gjorda i Danmark, Storbritannien, Sverige och USA. Den review-artikel vi inkluderat i litteraturstudien är baserad på två artiklar, en från USA och en från Japan.

LITTERATURANALYS

Då vi påbörjade vår granskning hade vi 23 stycken artiklar. Vi läste igenom dessa och de som inte svarade mot vårt syfte valdes bort. De bortvalda artiklarna belyste exempelvis kulturella skillnader i uttryck av symtom men inte sjuksköterskors upplevelse av dessa vårdssituationer. Efter detta urval kvarstod 19 stycken, som vi granskade. Under denna granskning valde vi bort sju artiklar då vi ansåg att dessa var bristfälliga i en eller flera av delarna syfte, metod eller resultat. Flera av dessa artiklar saknade helt beskrivning av syfte och metod för hur studierna hade utförts. Vidare visade ett antal artiklar i dess resultat inte relevant data för vårt syfte, att undersöka sjuksköterskors upplevelser av svårigheter i mångkulturell palliativ omvårdnad. De artiklar som vi använde fördes in i den översiktstabell som presenteras av Friberg (31), se bilaga 2. De 12 kvarvarande artiklarna analyserade vi sedan enligt Burnard's analysmetod, vilken har ett omvårdnadsperspektiv (32). Metoden är en innehållsanalys i fyra steg. I första steget läste vi igenom våra data och tog ut meningsbärande enheter utefter vårt syfte. Dessa enheter bearbetade vi vidare till kodord som vi samlade i fyra olika teman. Detta arbete utgjorde steg två. I nästkommande steg färgkodade vi våra valda teman för att lättare få en översikt av våra data. I det sista steget band vi samman de olika artiklarna under våra teman och presenterade det som resultat.

RESULTAT

Utifrån analysen av vår insamlade data har vi kunnat identifiera fyra teman som sjuksköterskor återkommande diskuterar angående svårigheter i mångkulturell palliativ omvårdnad. Vi kommer nedan presentera de identifierade teman samt eventuella subteman till dessa.

- Förförståelse
 - Stereotypisering
 - Normer och attityder

- Känsla av otillräcklighet
 - Maktlöshet
 - Etiska dilemman
- Kommunikation
- Bristande kunskap

FÖRFÖRSTÅELSE

I flera av studierna framkom att sjuksköterskors förförståelse och förväntningar påverkade deras tankar och agerande i mångkulturell palliativ omvårdnad (33-41). Några av sjuksköterskorna talade om att deras erfarenheter var det som gav dem störst kunskap om hur de skulle agera i sitt arbete (37). Vidare tog de upp problematiken kring att patienters agerande inte alltid överensstämde med de normer som rådde inom sjukvården (37, 41).

Sjuksköterskor beskrev erfarenheter både som en positiv (33, 35, 37, 38) och en negativ aspekt (41) i mångkulturell palliativ omvårdnad. De positiva aspekter som togs upp var bland annat att erfarenheter kunde bidra till en större kunskap om olika kulturer. Erfarenhet av mångkulturella vårdtillfällen underlättade till att skapa grundläggande förståelse för olika kulturer (35). Ovana situationer var svårare att hantera och förhålla sig till än de som var bekanta. Därför spelade sjuksköterskornas tidigare erfarenheter en stor roll för bemötandet och hur vården gavs (37). Exempelvis blev utgången av kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter mer tillfredsställande ju mer livserfarenhet sjuksköterskorna hade (33). Deltagande sjuksköterskor i en studie ansåg att stor del av deras kunskap om kulturer kom från misstag de tidigare begått i mångkulturella vårdssituationer. De uttryckte att det var viktigt att ta lärdom av dessa misstag för att kunna bedriva god palliativ omvårdnad (38). Sjuksköterskor uttryckte dock att erfarenhet också kunde påverka kulturella vårdmöten negativt då tidigare erfarenheter från vårdtillfällen gjorde att de gick in i mötet med förutfattade meningar (41).

Stereotypisering

Då sjuksköterskor ställdes inför situationer där patienter gav uttryck för behov som sjuksköterskorna inte förstod eller fann mening i, kunde detta leda till ett stereotypt synsätt (37). Exempel på detta var att sjuksköterskorna hävdade att patienter med utländsk bakgrund ofta uttryckte sig mer aggressivt och högljutt än patienter som kommer från västerländska samhällen (37, 42). Detta ansåg vissa kunde vara skrämmande (42). Att människor exempelvis uttryckte sin smärta, sorg och ilska på olika sätt menade sjuksköterskorna kunde leda till missförstånd och vara hinder till god omvårdnad (42). Vidare talade sjuksköterskor om att patienter med invandrarbakgrund överdrev sin smärta samt dramatiserade sin sjukdom (33). I Ekblads et al. studie framkom att sjuksköterskor ofta jämförde patienters emotionella uttrycksformer med en stereotyp svensk patient och hur denne förväntades uttrycka sig (34).

”...Then when she died they behaved quite differently compared to Swedes so to speak, they cried openly, screamed, in fact it was quite

natural in my opinion, but there aren't many Swedes like that...
(34) s. 626

En artikel (40) lyfte att stereotypisering även kunde ske då sjuksköterskor, i försök att ge mångkulturellt anpassad omvårdnad, såg allt för mycket till kulturella och religiösa aspekter och således glömde individen. Sjuksköterskor ansåg att det var viktigare att förstå personen och dennes individuella behov, snarare än att enbart se till personens kulturella tillhörighet (40). De uppgav att stereotypisering hade en negativ inverkan på utvecklandet av en mångkulturell vårdrelation (42). I en studie av Richardson et al. talade deltagarna om vikten av att se till individen och vara medvetna om att personer från en viss religion eller kultur inte nödvändigtvis levde på samma vis och delade samma värderingar (41). I samma studie uttryckte deltagarna dock att det mot bättre vetande var lätt att fastna vid stereotypisering. Detta då tidigare erfarenhet av kontakt med personer från en viss kultur kunde leda till att sjuksköterskorna gick in i vårdtillfället med förutfattade meningar (41). I Gunaratnams artikel presenterades att sjuksköterskor upplevde att de hade lättare att förhålla sig till en patient då en kulturell aspekt kunde förklara en svår situation (40).

Normer och attityder

De normer och attityder som finns i ett samhälle utgör en del av människors förförståelse för olika händelser och fenomen. Då normer ser olika ut i olika kulturer kan det uppstå svårigheter för sjuksköterskorna i försöket att skapa en relation med patienter inom palliativ omvårdnad (41). Detta då de olika normerna skapar olika förförståelse. I Pergerts et al. studie (37) uttryckte sjuksköterskorna svårigheter att möta patienten vid de tillfällen då patienters emotionella uttryck skiljde sig från vårdlandets norm (37). I ett försök att hantera dessa svårigheter kunde de välja att rationalisera situationen. Rationalisering handlade om att försöka bygga upp ett logiskt rättfärdigande för det emotionella uttrycket och sjuksköterskornas agerande. Då rationaliseringen baserades på kulturella normer, och den svenska normen ansågs vara att starka känslor bör kontrolleras, kunde sjuksköterskornas reaktioner bli att de började hysa förakt för patienter som uttryckte dessa starka känslor (37). Något som också var starkt kopplat till normer var frågan om sanningssägande gällande patientens tillstånd och hur man informerade patienten. I ett antal studier framkom att medvetenhet fanns om problematik kring sanningssägande, samt att detta kunde sätta sjuksköterskor i etiska dilemman (41, 42, 43).

För att kunna förhålla sig till patienter och anhöriga kände sjuksköterskorna att de först behövde vara medvetna om sin egen förförståelse samt vad de kände var problemet i mötet med patienten (35, 41). Vissa sjuksköterskor tog upp att de tänkte sig in i patientens situation och försökte se situationen ur dennes synvinkel (38).

"...I think awareness. I mean partly self awareness, of how... if you're to be nonjudgmental... if you do have a problem then to be aware that you have a problem with certain issues." (35) s. 346

Avseende hur sjuksköterskor förhöll sig till sin egen kultur berättade de om två olika förhållningssätt (38). Då patienter och sjuksköterskor hade olika kulturell

bakgrund försökte sjuksköterskorna lägga sin egen kultur åt sidan för att kunna acceptera patientens önsningar och behov gällande omvårdnad. Den enda gång som sjuksköterskorna upplevde att de medvetet inkluderade sin egen kultur var då de olika parterna delade samma kulturella bakgrund (38). I andra studier (34, 35, 41) tog sjuksköterskor upp att reflekterande över sin egen kultur var viktigt för att identifiera hur denna påverkade omvårdnaden de utförde. Att vilja tillmötesgå patienters synsätt och prioriteringar, men inte helt ge upp sitt eget synsätt var något sjuksköterskorna upplevde att de hade svårt att förhålla sig till (35, 41).

”You act in one way, which is being outwardly nice and dealing with it, but inwardly you do feel quite uncomfortable about it... That can become very uncomfortable if you have to do that for a long time.” (41) s. 98

KÄNSLA AV OTILLRÄCKLIGHET

Sjuksköterskor beskrev i flera studier att de i sitt arbete i mångkulturell palliativ omvårdnad upplevde känsla av otillräcklighet (33, 34, 35, 37, 38, 40, 41, 43). Dessa känslor var kopplade till svårigheter att hantera och förhålla sig i situationer med mångkulturella inslag. Det kunde handla om att det inte fanns resurser nog för att möta patientens behov (35, 38, 40, 42), samt att maktlöshet och otillräcklighet upplevdes i situationer som rörde ”sanningssägande” (34, 42, 43).

Maktlöshet

Det framkom i studier att sjuksköterskor upplevde maktlöshet vid kontakt med patienter med annan kulturell bakgrund (37, 40, 41). Detta då det var patienten, istället för de själva, som besatt den värdefulla information som krävdes för att en god vårdrelation skulle komma till stånd. Sjuksköterskor kände frustration över att inte ha kontroll och besitta tillräcklig kunskap, vilket ledde till känsla av otillräcklighet (37, 40, 41). Denna otillräcklighet, och rädsla att göra kulturella övertramp, uppkom då sjuksköterskorna upplevde att de saknade kulturkunskap god nog för att bemöta patienten i fråga (37, 40, 41).

”We were very scared that it was something we couldn’t handle. And then there will be cultural misunderstandings, one doesn’t share codes and... things happen that one hasn’t experienced before.” (37) s. 651

I en studie visade det sig att nära hälften av de deltagande sjuksköterskorna ansåg att de hade svårt att möta patientens behov. Vidare upplevde de att patienter med utländsk bakgrund inte fick tillräcklig omvårdnad och behandling (33). Ekblad et al. beskriver i en studie sjuksköterskors upplevelse av svårigheter att vårda personer som erfarit tortyr, våldtäkt och andra trauman. Detta menade sjuksköterskorna ställde högre krav på deras förmåga att kunna möta patientens behov (34). I en annan studie beskrev sjuksköterskor att det var frustrerande att inte kunna möta patientens behov då detta i allra högsta grad är centralt just inom palliativ omvårdnad (38). Sjuksköterskor uppgav även att de i mångkulturella vårdsituationer särskilt djupgående försökte möta patientens kulturella och spirituella behov (35, 38). Då olika kulturella faktorer kunde utgöra hinder i vårdsituationer beskrev sjuksköterskor att de kände maktlöshet.

Detta kunde exempelvis handla om hierarki och status mellan vårdpersonal. Sjuksköterskor kunde känna maktlöshet då de kände till patientens behov men inte hade makt att förändra dennes situation då hon/han hade lägre hierarkisk status än exempelvis läkare, som tog de slutgiltiga besluten för patienten (43). Vidare skapade bristande resurser inom vården, exempelvis tillgång till tolkar, utbildning samt lämpliga miljöer, en känsla av maktlöshet i att inte kunna möta patientens behov (35, 38, 40, 42). Sjuksköterskor uttryckte också att svårigheter uppstod då de var tvungna att frånga invanda rutiner och arbetssätt (40).

Etiska dilemman

”The husband said ‘I know everything about my diagnosis, but I behave like I don’t know anything.’ He is thinking about his wife and the wife said ‘He doesn’t know anything about his diagnosis or the prognosis so I have to keep the secret’. And he said ‘Don’t tell her these things because I have to keep my feelings from her’...He worries about her life after he dies but can not converse about it...he told me ‘don’t tell her’ so sometimes it is hard for health provider”. (43) s. 137

Detta citat pekar på en svårighet som sjuksköterskor i en studie uppmärksammade och kände otillräcklighet inför. Det handlade om ”sanningssägande” gällande patientens tillstånd och vem som får denna information (43). Sjuksköterskor menade att kulturkrockar ofta uppkom på grund av skillnader mellan individ- och kollektivorienterat tänkande (34, 42). Sjuksköterskor upplevde bland annat att det i vissa asiatiska kulturer var vanligt att det var de äldre släktingarna som tog beslut åt patienten (41). I en annan studie (42) var upplevelsen att sanningssägande gentemot patienten var en absolut förutsättning för tillit i omvårdnaden. Sjuksköterskor uppgav att sanningssägande var avgörande i den mångkulturella vårdrelationen liksom för patienten i dennes förberedelse att hantera sin situation (42). De trodde att patienterna ofta var medvetna om sin diagnos, trots att ingen hade talat med dem om detta. Detta blev problematiskt för sjuksköterskorna då familjen vidhöll inställningen att patienten inte skulle få veta något om diagnosen (43). Vidare beskrev sjuksköterskorna en frustration hos sina studenter, som exempelvis inte kunde undervisa patienter om läkemedel och behandling då diagnosen inte var känd för patienten (43).

Vid yrkespraktik i USA upplevde japanska sjuksköterskor att vissa amerikanska patienter överväldigades av sina diagnoser. De ansåg att inte alla patienter vill eller är starka nog att hantera hela sanningen om sin diagnos. Trots att dessa sjuksköterskor upplevde att patienter inte mår bra av att få veta sanningen diskuterade de även att undanhållande av sanningen, inom den japanska sjukvården, försatte dem i svåra situationer och etiska dilemman. Det etiska dilemmat låg, enligt sjuksköterskorna, i att avväga om de skulle hålla ett löfte gentemot familjen eller möjliggöra en god död, genom att berätta sanningen för patienten (43).

Kopplat till ovanstående etiska dilemma beskrev amerikanska och japanska sjuksköterskor problematiken med att vara ”mitten mellan” olika parter inom vården. Det rörde sig både om relationer mellan patient och familj samt patient

och läkare. Sjuksköterskorna upplevde att de var förtrogna med både patient och familj vilket kunde bli problematiskt då de i vissa situationer blev tvungna att hålla information hemlig för respektive parter (43). I Japan, där vård och vårdpersonal är starkt auktoritära, kände sjuksköterskor frustration och maktlöshet då patient och läkare inte förde en direkt dialog med varandra (42, 43). Sjuksköterskor upplevde exempelvis att de behövde vara den drivande kraften då läkare inte alltid förmådde ge det svåra beskedet om dödlig sjukdom. Dessa situationer kunde även innefatta det etiska dilemmat med sanningsägande (43). I följande citat beskriver en sjuksköterska hur hon/han upplevde att sjuksköterskor och läkare hade olika god kontakt med patienter.

”...It could be that the physicians do not realize how much the families is in never-never land over here. But I think nursing, because the nurse is in the position to see. They see the family and they see the physicians....”
(43) s. 137

KOMMUNIKATION

Kommunikation var ett återkommande tema som majoriteten av studierna lyfte då sjuksköterskor talade om svårigheter inom mångkulturell palliativ omvårdnad (35-38, 40, 41, 42). I två av artiklarna (35, 42) beskrev deltagarna kommunikation som ett av de största problemen. Detta innefattade språkliga barriärer, svårigheter med tolkar och anhöriga som tolkade samt missförstånd då kulturella koder skiljde sig mellan vårdgivaren och vårdtagaren (35-38, 40, 41, 42).

I studierna (35, 36, 38, 41, 42) talade sjuksköterskor huvudsakligen om språkliga barriärer som en svårighet. Utöver detta pekade de också på kulturella skillnader i hur personer uttrycker sig (36, 38, 42). Missförstånd kunde uppstå även om sjuksköterskor och patienter delade samma språk (34). Detta kunde gälla ickeverbal kommunikation, sociala koder och hur personer valde att ta en fråga – direkt och rakt på sak eller på ett mildare och mer indirekt sätt (41, 42).

Flera sjuksköterskor ansåg att de saknade god kontakt med utlandsfödda patienter och deras familjer. Detta till följd av språkförbistringar. Flera uppgav även att de kände att det var svårare och tog längre tid att skapa en relation till patienten på grund av detta (35, 41, 42). Då sjuksköterskorna inte kunde föra ett längre, ingående samtal med patienten på grund av att de inte talade samma språk, skapades korta, verbalt komprimerade möten med patienten (36). Då patienten till viss del talade samma språk som sjuksköterskan fanns en risk att sjuksköterskorna tog för givet att patienten hade förstått all information som denne hade fått (42). De uttryckte oro över att patienten inte förstod att denne var döende, eller motsatt, trodde att dennes prognos var värre än den var på grund av kulturella antaganden, av exempelvis ordet cancer (41). Sjuksköterskorna uppgav också att då språkbarriärer fanns, ledde detta till mindre frekvent kontakt med patienten (42).

”But obviously you can’t have that detailed a discussion, so you ask the question, you know – ”are you in any pain; are you taking your painkillers; how are your bowels; are you constipated; have you got

diarrhoea; How are your family coping; do you need any help?" And I found myself in and out of there within five minutes." (36) s. 28

Då sjuksköterskor stötte på kommunikativa svårigheter samt upplevde att de saknade kapacitet att bemöta patientens behov, använde de ibland en undvikande strategi (37, 43). Denna strategi innebar bland annat att de undvek att gå in på patientens sal eller att vara i salen så lite som möjligt (37, 43). Vidare framkom att de om möjligt lämnade över ansvaret för patienten till kollegor (37). Vissa sjuksköterskor hanterade dock situationen genom att försöka hitta alternativa kommunikationssätt, exempelvis genom att hålla patientens hand för att visa empati (41).

Till följd av korta vårdmöten och undvikande strategier skapades inte samma nära kontakt mellan sjuksköterska och patient (36, 42). Försöket att skapa en genuin relation med patienten ansågs av många sjuksköterskor som en utmaning då det var mycket tids- och energikrävande (38). Följden blev också att patienter och anhöriga gick miste om sjuksköterskeinformation som gavs under småprat, vilket vanligtvis pågick då omvårdnadsåtgärder utfördes (42). I en svensk studie uppgav sjuksköterskor att de upplevde småprat som en viktig komponent i omvårdnadsarbetet. Ju större språkskillnaderna var, desto större svårigheter upplevde sjuksköterskorna (42).

"So a Swedish family gets information all the time, yes, continuously. Not exactly that you sit down, but all the time as you come in and connect an intravenous drip or whatever you do. These families don't get anything." (42) s. 319

Användandet av tolkar i mångkulturell palliativ omvårdnad sågs av sjuksköterskor som nödvändigt men samtidigt som något problematiskt (35, 38, 40, 41, 42). De menade att tolkar var nödvändiga för att förmedla information till och från patienten, men att användandet av tolk också kunde utgöra ett hinder för att skapa ett samförstånd med patienten då sjuksköterskorna inte visste vad och hur tolken informerade (38). Vidare tog sjuksköterskor upp att underliggande betydelser kunde gå dem förbi, då de själv inte behärskade patientens språk (41). Sjuksköterskorna såg även en problematik kopplad till genus, exempelvis då en manlig tolk skulle tolka ett samtal som rörde intima frågor med en kvinnlig patient. (36, 41).

Tillgången till tolkar var ofta begränsad och måste beställas i förväg vilket innebar en lång väntetid (35, 42). Sjuksköterskor tog upp att ett problem var att tolkar endast förväntades användas vid läkarsamtal. Detta resulterade i att sjuksköterskornas information till patienten fick komprimeras och ges då läkarsamtalet var över om tolken hade tid (42). Sjuksköterskornas möjligheter till vardagliga samtal med patienter reducerades därmed kraftigt (42). För att lösa detta problem tog sjuksköterskor ofta hjälp av patientens anhöriga (35, 36). Att använda anhöriga som tolkar hade sjuksköterskorna blandade åsikter om (36, 38). Vissa såg en problematik i att de anhöriga tolkade mellan de båda parterna. Enligt sjuksköterskorna kunde anhöriga ibland forma om den information som var ämnad patienten eller sjuksköterskan (34, 35).

"...we're not always able to use the family because... we don't know how they are translating... it may be that we are saying one thing, the... relatives translating as they see it, but actually the patient may be getting at totally different question..." (35) s. 348

Det var dock inte alla situationer som sjuksköterskor ansåg att anhörigtolkar var något negativt (34, 36). Det kunde också vara till fördel i omvårdnadsarbetet då de anhöriga kände patientens personlighet, bakgrund och historik över sjukdomar i släkten. Vidare pekade man på att många äldre personer var vana vid att yngre familjemedlemmar tolkade åt dem och tog hand om dem (36).

BRISTANDE KUNSKAP

Ett flertal studier behandlar diskussioner om behov av ökad kunskap om kulturella likheter och skillnader. Sjuksköterskor önskade ökad kunskap och förståelse för olika kulturer samt redskap för att hantera svårigheter som uppstod i den mångkulturella palliativa omvårdnaden (34, 39, 40, 41). De visade på samma gång medvetenhet om vikten av att anpassa omvårdnaden till individen och diskuterade risken för stereotypisering utifrån specifik kulturkunskap (34, 35, 39, 40).

Sjuksköterskor saknade utbildning som förberedde dem för mångkulturell palliativ omvårdnad. Ett flertal deltagare i en studie ansåg att de aldrig hade erbjudits eller deltagit i utbildning gällande detta (35). I en studie där hospicepersonal fått en timmes utbildning i kulturkompetens, i relation till palliativ omvårdnad, visade resultatet att kulturkompetensen hos dem ökat markant (44). Något som sjuksköterskor tog upp var att de förutom utbildning även saknade möjlighet till reflektion kring kulturella frågor. På grund av detta kände de att omvårdnadsarbetet utfördes på rutin och inte var anpassat till den mångkulturella aspekten i palliativ omvårdnad (42). Sjuksköterskor uttryckte ett behov av att få mer information om kulturer och kulturkunskap för att kunna förhålla sig till och skapa en relation med patienten (39). Specifik kulturkunskap, exempelvis uppfattningar, seder och ritualer kopplade till döende och döden var något sjuksköterskorna efterfrågade (40). Även familjemönster, vardagsliv och traditioner hos olika kulturer var efterfrågat att lära sig mer om, då detta kunde göra patientens beteende mer förståeligt (34).

"I think that we need more information about cultures so that we can relate to people even more than we're doing at the moment, so we are really trying." (39) s. 473

Sjuksköterskor menade att det viktigaste för att ge god kulturanpassad omvårdnad var att se till individen och att i dialog med henne/honom anpassa vården efter dennes individuella behov (40). Att här även samtala med patientens familj och anhöriga och genom detta dra lärdom om deras och patientens kultur ansåg sjuksköterskor som viktigt (35, 38).

"I think we need to guard against "I've read the Ladybird book of religion and therefore I know what Muslims want"... everyone lives out their faith differently anyway, so in some ways it was better not to read

the book at all and say "How do you want this done for you?" (40) s. 30

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Under sökprocessens gång anpassade vi våra sökord för att få fram artiklar som specifikt berörde det område som vi valt att begränsa oss till. Detta resulterade i att vi fann ett antal artiklar som passade vårt område och som vi valde att analysera vidare. Trots att sökorden vid dessa tillfällen inte var specificerade till sjuksköterskors upplevelser av svårigheter gav de ändå användbara artiklar.

Vårt slutliga antal artiklar var 12. Detta var ett hanterbart antal för att kunna göra en innehållsanalys samt forma ett resultat för vår litteraturstudie. Det tidsspänn vi använde på studierna motiverades av att vi ville ha så aktuell empirisk data som möjligt. Vidare är både det mångkulturella perspektivet inom vården samt palliativ omvårdnad relativt nya forskningsområden. Det visade sig också då det flesta studier vi fann var utförda de senaste tio åren. Studierna vi använde i denna litteraturstudie var utförda i Danmark, Storbritannien, Sverige, USA samt Japan. Hälften av studierna var utförda i Storbritannien. Detta kopplar vi till att hospiceverksamheten har sin grund där och varit verksam sedan 1960-talet. I Sverige blev den palliativa omvårdnaden inte tydlig förrän på 1990-talet.

Urvalet av deltagare i studierna var till största del kvinnor. Detta är inte förvånande då de flesta anställda inom sjuksköterskeyrket idag är kvinnor. Vårt att beröra är dock att urvalet av deltagare i studierna inte enbart inkluderade sjuksköterskor. Ett flertal studier byggde på intervjuer med tvärprofessionella fokusgrupper. Dessa utgjordes av olika konstellationer av sjuksköterskor, läkare, undersköterskor samt socialarbetare ingått. Majoriteten i fokusgrupperna var sjuksköterskor. Det var svårt att hitta studier där deltagarna endast tillhörde denna yrkesgrupp. Detta gjorde att vi inte alltid kunde utläsa att berörda svårigheter upplevdes specifikt av sjuksköterskor. Vissa svårigheter togs upp av samtliga yrkesgrupper, varvid vi valde att inkludera dessa i resultatet. Detta kan ha inverkat på vårt resultat då vårt fokus var att undersöka just sjuksköterskors upplevelser. Några av artiklarna diskuterade svårigheter inom mångkulturell palliativ omvårdnad mer generellt, och hade inte uttryckligen som syfte att undersöka sjuksköterskors upplevelser. Vidare låg fokus i ett antal studier främst på åtgärder av svårigheter i mångkulturell palliativ omvårdnad. Trots detta kunde vi i dessa studier utläsa sjuksköterskors upplevelse av svårigheter. Därför inkluderade vi dessa artiklar i vårt resultat. Två av artiklarna i vårt resultat var kvantitativa. Det kunde vara problematiskt att använda kvantitativa artiklar då vi behandlade ett ämne som rör upplevelser. Även om dessa behandlade sjuksköterskors upplevelser av mångkulturell omvårdnad har deltagarna i dessa studier inte fått komma fritt till tals på samma sätt som i en kvalitativ studie. Detta då det är studiens forskare som satt ramarna för upplevelsena genom att de utformat frågeformulär eller mätinstrument. Det finns dock en tydlighet i de kvantitativa artiklarna som ger klarhet i vårt områdes problematik. Att använda både kvalitativa och kvantitativa studier är en styrka då de kan belysa och förstärka respektive

studiers resultat.

Vi har under vår analysprocess reflekterat över språkets och översättningens inverkan på de studier vi tagit del av. Ett flertal av studierna inkluderar intervjuer som är gjorda på annat språk än det studien är författad på. Detta kan vara problematiskt då vi tror att underliggande betydelser kan ha fallit bort. Detta tar ett flertal författare upp i sina diskussioner. Även vi har försökt vara medvetna om att detta kan ha haft betydelse för vårt resultat då alla studier är författade på engelska, och detta ej är vårt modersmål.

Vårt val av omvårdnadsteoretiker gjorde vi efter att ha studerat ett antal av de teoretiker vi kommit i kontakt med under vår utbildning. Omvårdnadsteorin passade väl in i vår litteraturstudie och hjälpte oss att uppmärksamma viktiga komponenter i mångkulturell palliativ omvårdnad.

Att vi är tre författare till denna litteraturstudie har inneburit både fördelar och nackdelar. Då många frågor och tankar har kommit upp under arbetets gång har det varit en fördel att vara en grupp på tre. Detta då vi har kunnat diskutera ämnet och utbyta tankar och idéer med varandra, vilket fört arbetet framåt. Vidare har det varit en tillgång att vara tre då vi som grupp har kunnat läsa alla artiklar flera gånger. Vi tror att detta minskade risken för misstolkningar av vår data. Det har dock inneburit en utmaning att försöka kommunicera och enas kring en linje att arbeta utefter.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med vår litteraturstudie var att undersöka vilka svårigheter sjuksköterskor upplevde i mångkulturell palliativ omvårdnad. Detta ämne valde vi då vi hade uppfattningen om att svårigheter inom mångkulturell omvårdnad kan uppstå och därför ville förbereda oss på dessa. Genomgående teman som vi fann i vårt resultat var förförståelse, kommunikation, känsla av otillräcklighet samt bristande kunskap. Vi kommer nedan att diskutera utvalda delar och visa hur Travelbee's omvårdnadsteori kan relateras till ovanstående teman.

Behov av specifik kulturkunskap lyfts både i bakgrundslitteraturens första inriktning (11, 16, 20, 23, 24, 25) samt i resultatet (34, 39, 40, 41). För att kunna förhålla sig till och skapa en relation med patienten visar resultatet att sjuksköterskor önskar mer kunskap om exempelvis olika uppfattningar, seder och ritualer kopplat till döende och döden (34, 40). Det framkommer att flera sjuksköterskor tycker att olika former av utbildning är önskvärt för att hjälpa dem i arbetet med mångkulturell palliativ omvårdnad (34, 35, 39, 40, 41). I bakgrundslitteraturen utläser vi att den kunskap som är väsentlig för det mångkulturella vårdmötet rör olika religioner. Resultatet visar dock inte lika direkt på detta. Sjuksköterskorna nämner att de önskar kunskap om familjemönster, traditioner, vardagsliv och ritualer vid dödsfall (34, 40) snarare än specifik kunskap om patientens religion.

Sjuksköterskorna är dock ambivalenta inför att erhålla specifik kunskap. Detta framkommer genom deras diskussioner kring att inte fastna i generaliseringar (35, 39, 40). Då sjuksköterskorna tar upp detta tolkar vi det som att de har en

vilja och strävan mot målet att bedriva god palliativ omvårdnad för alla personer oavsett kulturell bakgrund. Vi känner att det finns en frustration och osäkerhet hos sjuksköterskorna i hur de ska kunna uppnå detta mål.

Enligt Travelbee har sjuksköterskor och patienten stereotypa bilder av varandra inför det första mötet. Hon pekar på vikten av att de båda parterna måste se bortom de stereotypa rollerna för att kunna skapa en mellanmänsklig relation och få till stånd god omvårdnad (30). Travelbee tar därmed upp att det är särskilt viktigt att arbeta utifrån synsättet att varje människa är en unik individ (30). Detta är något som även vårt resultat visar på (33, 34, 37, 40, 41). Sjuksköterskor talar om vikten av att i det mångkulturella mötet försöka se patienten som en person och inte som en representant för en kultur (41). Samtidigt anser sjuksköterskorna att det ibland är lättare att förhålla sig till svårigheter i mångkulturell vård om det kan förklaras med kulturella skillnader (40). Denna tanke beskrivs även i bakgrundslitteraturens första inriktning, då författare talar om att sjukvårdspersonal försöker förstå individen genom delar, såsom kön, etnicitet, klass, ålder (22). I och med detta finns risken att personen istället för att ses som en individ ses som representant för en kultur (14, 22). Därmed lyfts stereotypisering i bakgrundslitteraturen, dock inte i samma utsträckning som i de studier som utgör vårt resultat. Vi drar, utifrån det som kan utläsas i bakgrunden och resultatet, slutsatsen att sjuksköterskor ofta ser kulturella möten som en svårighet. De känner att det är en utmaning att bedriva kulturanpassad vård utan att stereotypisera. Bakgrundslitteraturens första inriktning, där specifik kulturkunskap efterfrågas, tror vi kan skapa underlag för stereotypisering. Detta då sjuksköterskor anser sig ha kunskap som kan appliceras på en grupp människor.

Att kulturanpassa omvårdnaden utan att stereotypisera tror vi exempelvis kan åstadkommas genom att använda de frågor som presenteras i Kleinman och Bensons artikel (21). Genom att ställa dessa kan sjuksköterskor undvika att basera omvårdnaden på antaganden och stereotypa föreställningar. Detta är en konkret hjälp på vägen för att nå de mellanmänskliga relationer som Travelbee talar om i sin omvårdnadsteori. Kleinman och Bensons frågor kan vara en hjälp för sjuksköterskor att lägga undan sina egna uppfattningar och därmed nå patientens upplevelse, vilket Travelbee anser vara av yttersta vikt.

Förutom utbildning nämner sjuksköterskor även självmedvetenhet som en viktig del för att få till stånd god omvårdnad (35, 38, 41). Detta diskuterar även Travelbee då hon tar upp att det är nödvändigt att sjuksköterskor använder sig själva terapeutiskt. Med detta menar hon att sjuksköterskor bör vara medvetna om sitt kunnande och sin förståelse i mötet med patienten. I och med detta kan sjuksköterskan använda sin personlighet för att skapa en god relation med patienten (30). Genom Travelbee's tankar och vårt resultat utläser vi att självinsikt är en av de viktigaste komponenterna vid mångkulturell palliativ omvårdnad. För att förstå en annan människa, måste man först ha förstått sig själv.

Diskussionen gällande medvetenhet om sig själv för oss vidare till begreppet kulturkompetens, som förekommer i ett flertal av de studier vi bygger vårt resultat på (34, 38, 39, 40, 42, 44). En av studierna (44) mäter hur utbildning

kan höja sjukvårdspersonals kulturkompetens. Vi tycker att det är värt att notera att en kort utbildningsintervention kan ge resultat, men frågar oss och ställer oss kritiska till om kulturkompetens kan mätas. Vår uppfattning är att begreppet kulturkompetens är användbart och nödvändigt i mångkulturell palliativ omvårdnad. Detta då kulturkompetens för oss innebär att sjuksköterskor är medvetna om sig själva och maximerar sin sensitivitet i mötet med patienten. Genom tidigare utbildning har vi dock en förståelse för begreppets komplexitet. Det ligger, enligt oss, en svårighet i att tänka att personer kan ha kompetens inom ett så vitt begrepp som kultur. Kultur reduceras således till något personer kan tillägna sig specifik kunskap om. Detta blir problematiskt då kultur är ett dynamiskt begrepp och ständigt föränderligt. Människor som delar en kultur kan lägga olika mening i begreppet och förhålla sig till världen på olika sätt (12, 14). Att reducera kultur till specifik, statisk kunskap kan få konsekvensen att den mellanmänniska relationen försvinner. Denna relation är enligt Travelbee en förutsättning för att omvårdnadens mål och syfte ska kunna uppnås (30). I studierna använder författarna kulturkompetens som ett huvudbegrepp inom mångkulturell omvårdnad. Vi anser att det används utan vidare reflektion över dess definition och innebörd. Endast ett fåtal studier i resultatet (39, 44) definierar begreppet och enbart en studie (39) diskuterar dess komplexitet.

Enligt Travelbee är kommunikation sjuksköterskors viktigaste redskap för att förstå och lära känna patienten (30). I resultatet berör sjuksköterskor att det huvudsakligen är den språkliga kommunikationen som skapar svårigheter (35, 36, 38, 41, 42). Då de vidare beskriver att tillgången till tolkar är begränsad och att användandet av anhörigtolkar kan innebära att informationen förvrängs (34, 35, 42), anser vi det viktigt att poängtera att kommunikation kan ske på olika sätt. Som Travelbee betonar (30) sker kommunikation också ickeverbalt. Detta kan handla om skratt, gråt, ansiktsuttryck och kroppsspråk, eller närvaro (30). Sjuksköterskor kan således, genom att ägna patienten tid och uppmärksamhet, ändå skapa en relation till patienten som ger denne stöd. Det är dock viktigt att vara medveten om att även kroppsspråk och sociala koder kan betyda olika saker för olika människor och är kulturellt betingat (19, 27). Resultatet visar att sjuksköterskor istället för att använda alternativ kommunikation, ofta använder sig av en undvikande strategi för att komma förbi problematiken med språkföribistringar (37, 43). Enligt Travelbee krävs det också en sensitivitet i dessa relationer för att god kommunikation ska komma till stånd. Det innebär att kommunikationen ska vara öppen så att patient och sjuksköterskor känner att de kan dela tankar, känslor och attityder med varandra (29).

Travelbee's omvårdnadsteori är inriktad på att varje människa är en unik individ. Sjuksköterskor bör, enligt henne, i sitt omvårdnadsarbete se till varje persons upplevelse och uppfattning av sin situation (30). Genom att sjuksköterskor gör detta menar vi att hon/han kan utröna hur personen identifierar sig själv. Det är enligt oss viktigt att ta reda på om personen har ett individ- eller grupporienterat tankesätt. Vår uppfattning är att det är angeläget att skilja på individcentrerad och individanpassad vård. I bakgrundslitteraturen (2, 11, 16, 21, 22, 25, 26, 27) diskuterar författarna den mångkulturella palliativa omvårdnaden utifrån ett individcentrerat synsätt. Detta synsätt är präglad av det västerländska perspektivet att individen, som enskild person, ska

stå i centrum för omvårdnaden. Vi menar dock att detta synsätt brister i hänsynstagande till att patienten kan ha en annan uppfattning om vad person och autonomi innebär. Således anpassas vården, trots uttalat individfokus, inte utifrån individen utan från sjuksköterskors yrkesetik och kulturella uppfattning. En individanpassad vård kan däremot, enligt oss, inkludera olika uppfattningar av person och autonomi. Här kan exempelvis anhöriga, utifrån patientens egna önskemål, till större del stå i centrum och vara involverade i omvårdnaden. Genom att ta reda på hur den enskilde personen identifierar sig själv kan vi individanpassa vården på bästa sätt. Således kan svårigheter inom mångkulturell palliativ omvårdnad undvikas.

Behovet av att se till individen och inte enbart dennes kulturella tillhörighet behandlas i den andra inriktningen i bakgrundslitteraturen (2, 11, 16, 21, 22, 25, 26, 27). Detta tanke sätt är tydligt även i de studier (35, 38, 39, 40) vi bygger vårt resultat på. Vi tror att dessa värderingar är formade av det samhälle sjuksköterskorna arbetar i och den etik som är gällande där. Det västerländska samhället präglas idag av en individcentrerad personuppfattning (15, 25) vilket genomsyrar vården och den etik som råder. Även de lagar och riktlinjer som styr vården är utformade utifrån detta tanke sätt. I Europeiska rådets rekommendationer för hur palliativ vård skall bedrivas står att läsa att vården ska vara patientorienterad och att autonomi är att eftersträva (10). Vi tror att detta, av sjukvårdspersonal, ofta tolkas som att vården ska utgå från patienten som individ, och att andra personuppfattningar inte ges samma utrymme.

Genomgående finner vi att studierna i vårt resultat (34, 35, 38, 39, 40, 42) visar på att sjuksköterskor ställs inför etiska dilemman då de arbetar inom mångkulturell palliativ omvårdnad. Dessa dilemman handlar många gånger om just oliktänkande gällande personuppfattning. Exempelvis rör detta frågan om sanningssägande gällande patienters diagnos och prognos. Detta dilemma diskuteras såväl i bakgrundslitteraturen (2, 11, 22, 25) som i resultatet (41, 42, 43). Resultatet visar att sjuksköterskor känner frustration över att i vissa situationer behöva undanhålla information för patienter (42, 43). Dessa situationer tror vi huvudsakligen uppstår då patienten har en sociocentrisk personuppfattning och sjuksköterskor en annan. Detta innebär att patient och anhöriga kan vilja hantera patientens situation och ta beslut som grupp, ibland helt utan att patienten är delaktig. Vi menar att sjuksköterskors frustration uppkommer då undanhållande av information från patienten går emot sjuksköterskors yrkesetik. I det västerländska samhället bygger sjuksköterskans yrkesetik på att visa omsorg för patientens autonomi, integritet och värdighet (3). Utifrån denna etik, som bygger på föreställningar om individens rätt till autonomi, har sjuksköterskor svårt att få den sociocentriska personuppfattningen att passa in i vården. Vi tror helt enkelt att detta handlar om ovana att se på personen utifrån ett annat perspektiv än det som västerländska sjuksköterskor har med sig från sin kulturella bakgrund och utbildning. Detta anser vi vara grunden till många av de svårigheter som uppstår i mångkulturell palliativ omvårdnad.

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka sjuksköterskors upplevelse av svårigheter i mångkulturell palliativ omvårdnad. Vårt resultat visar konkret på svårigheter som sjuksköterskor upplever då de arbetar inom mångkulturell

palliativ omvårdnad. Fokus i våra studier är palliativ omvårdnad, då sjuksköterskorna i studierna huvudsakligen arbetar inom denna sektor. Även om vårt resultat lyfter palliativa sjuksköterskors upplevelser tycker vi att det kan bidra till att skapa medvetenhet hos omvårdnadspersonal inom alla sektorer. Områden av svårigheter som sjuksköterskor inom mångkulturell palliativ omvårdnad upplever; förförståelse, kommunikation, känsla av otillräcklighet samt bristande kunskap tror vi skulle kunna upplevas av sjuksköterskor i allmänhet, oavsett omvårdnadsområde. Därför är det viktigt att sjuksköterskor inom alla sektorer reflekterar över sin egen kultur och förförståelse för att förbereda sig inför de svårigheter som kan uppkomma i mångkulturella vårdmöten.

Begränsningar

Det vi främst ser har påverkat resultatet i denna litteraturstudie är att litteraturen till största del är skriven av västerländska författare. Studierna är gjorda i Storbritannien, USA, Danmark, Sverige samt Japan. Även om författarna i fråga försöker ha ett öppet synsätt och diskutera svårigheterna i mångkulturell omvårdnad, anser vi det viktigt att poängtera att detta görs utifrån deras synsätt och värderingar. Vår uppfattning är att fokus ofta hamnar på att man bör ha en individcentrerad vård. Detta är i sig problematiskt då vi anser att det höga värdesättande av begreppet individ är en konstruktion av det västerländska samhället.

Då vi i resultatet behandlar begreppet förförståelse menar vi att det är ofrånkomligt att vi berör vår egen förförståelses inverkan på denna litteraturstudie. Också vi har västerländska värderingar och synsätt och har därmed med oss ett individcentrerat tänkande. Vi är medvetna om att detta kan ha påverkat vad vi tolkat som väsentligt för vårt resultat då vi analyserat de artiklar som ingår i denna uppsats. Då vi under vår utbildning valt att läsa den valbara kursen "Världen i vården", som till stor del behandlat, diskuterat och problematiserat mångkulturalism inom vården, har vi också fått med oss förförståelse om ämnets vidd och komplexitet.

Implikationer

Med vårt resultat i åtanke drar vi slutsatsen att ökad möjlighet till utbildning och reflektion på arbetsplatser skulle underlätta för sjuksköterskor i den mångkulturella palliativa omvårdnaden. Detta tror vi skulle höja kvaliteten på omvårdnaden. Från resultatet ser vi att det finns ett visst behov av utbildning i specifik kulturkunskap (39, 40) men att den viktigaste delen handlar om medvetenhet och sensitivitet. Sjuksköterskor behöver inte kompromissa med sitt eget synsätt, men de måste dock bli medvetna samt lära sig att förhålla sig till andras. Som Hanssen pekar på måste sjukvården inta ett mer kulturellrelativistiskt förhållningssätt än den har idag för att kunna möta de svårigheter som uppkommer i mångkulturell palliativ omvårdnad (19). För att bygga en god grund för sjuksköterskors mångkulturella professionalitet anser vi att det är viktigt att implementera frågor om kultur och kulturkompetens i vår utbildning, liksom i sjuksköterskeutbildningar runt om i världen. Vi tror vidare att reflektion och samtal med kollegor, som resultatet visar att sjuksköterskor saknar (42), är viktigt för att bli medveten om sin egen kultur och sitt kulturella förhållningssätt.

Referenser

1. Holmberg B, Kollmats L, Larsson R, Nenes C, Persson M, Pålsson C, et al. Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001 [läst 2010-01-27].
Tillgänglig: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/108/a/2782>
2. Buckley J. Palliative care: an integrated approach. Chichester: Wiley-Blackwell; 2008.
3. Bilby C, Forsgren M, Unneby B, Forsgren M, Johansson I, Lindholm C. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005 [läst 2010-01-27]
Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105->
4. Beck-Friis B, Strang P. (red.) Palliativ medicin. Stockholm: Liber AB; 1995.
5. Sandman L, Woods S. (red.) God palliativ vård – etiska och filosofiska aspekter. Lund: Studentlitteratur; 2003.
6. Saunders DC, Kastenbaum R. editorer. Hospice care on the international scene. New York: Springer Publishing Company, Inc.; 1997.
7. Vård i livet slutskede. Regeringens skrivelse 2004/05:166. Stockholm: Regeringen; 2005 [läst 2010-01-27]
Tillgänglig: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/108/a/45531>
8. Larsson Y, Bjurwill H, Danhard L, Hedstrand U, Holmqvist L, Uddenbegr N, et al.. Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede. Stockholm: Socialstyrelsen; 1992 [läst 2010-01-27].
Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer1992/1992-70-2>
9. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Stockholm: Socialdepartementet; 1982. [läst 2010-01-27]
Tillgänglig:
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>
10. Recommendation of the committee of ministers to members states on the organisation of palliative care. Council of Europé; 2003. [läst 2010-01-27] Tillgänglig:
[www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)
11. Öhlander M. (red.) Bruket av kultur. Hur kultur används och görs socialt verksamt. Lund: Studentlitteratur; 2005.
12. O'Hagan K. Culture competence in the caring professions. London: Jessica Kingsley Publishers; 2001.

13. Kiefer C W. Doing Health Antropology Research Methods for Community Assessment and Changes. New York: Springer Publisher Company; 2007.
14. Helman CG. Culture, health and illness. 3:e uppl. Oxford: Butterworth Heinemann; 2000.
15. Hylland Eriksen T. Vad är socialantropologi? Stockholm: Natur och Kultur; 2005.
16. DeMarinis V. Tvärkulturell vård i livets slutskede. Att möta äldre personer med invandrarbakgrund. Lund: Studentlitteratur; 1998.
17. Carlbom A. The Imagined versus the real other. Multiculturalism and the representation of muslims in Sweden. Lund Monographs in Social Anthropology 12. Sociologiska Institutionen, Lunds Universitet. Lund 2003.
18. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2007. [läst 2010-02-15]
Tillgänglig: www.icn.ch/icncodeswedish.pdf
19. Hanssen I. Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle. 3:e uppl. Lund: Studentlitteratur; 2007.
20. Gatrad R, Brown E, Sheikh A. editorer. Palliative care for south asians: muslims, hindus and sikhs. London: MA Healthcare Limited; 2006.
21. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it. PLoS Medicine. 2006 October 3(10) : 1673-6
22. Karlsson EM. Livet nära döden. Situationer, status och social solidaritet vid vård i livets slutskede. Tumba: Mångkulturellt centrum; 2008.
23. Neuberger J. Caring for dying people of different faiths. 3:e uppl . Oxford: Radcliffe Medical Press; 2004.
24. Ekblad S, Janson, S, Svensson PG. Möten i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber Utbildning AB; 1996.
25. Olsson I, Geels A, Kide P. Döden i ett socialt, kulturellt och religiöst perspektiv. Moris förlag, 2008.
26. Samuelsson J. Döden – slutpunkt eller port? Kulturella skillnader i synen på lidande och död. I: Underskog I. Den utmätta tiden. Stockholm: Gothia; 2003.

27. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA. (red.) Grundläggande omvårdnad. Del 1. Stockholm: Liber AB; 2005.
28. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA. (red.) Grundläggande omvårdnad. Del 4. Stockholm: Liber AB; 2006.
29. Kirkevold M. Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur; 2000.
30. Travelbee J. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Översättning av Kari Marie Thorbjörnsen. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2001.
31. Friberg F. (red.) Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006.
32. Burnard P. Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Educ Today*. 1996;16 : 278-281.
33. J. Michaelsen J, Krasnik A, S. Nielsen A, Norredam M, Torres AM. Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a danish hospital. *Scand J Public Health*. 2004;32; 287
34. Ekblad S, Marttila A, Emilsson M. Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm. *J Adv Nurs*. 2000;31(3) : 623-630.
35. Diver F, Molassiotis A, Weeks, L. The palliative care needs of ethnic minority patients: staff perspectives. *Int J Palliat Nurs*. 2003;9(8).
36. 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).
37. Pergert P, Ekblad S, Enskär, K, Björk O. Protecting professional composure in transcultural pediatric nursing. *Qual Health Res*. 2008;18(5): 647-57.
38. Somerville J. The paradox of palliative care nursing across cultural boundaries. *Int J Palliat Nurs*. 2007;13(12).
39. Gunaratnam Y. Intercultural palliative care: do we need cultural competence? *Int J Palliat Nurs*. 2007;13(10).
40. Gunaratnam Y. From competence to vulnerability: care, ethics, and elders from racialized minorities. *Mortality*. 2008;13(1) : 24-41.
41. Richardson A, Thomas VN, 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.

42. 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; 314.
43. L. Wros P, Doutrich D, Izumi S. Ethical concerns: comparison of values from two cultures. *Nurs Health Sci*. 2004;6 (2) : 131-140.
44. M. Schim S, Z. Doorenbos A, N. Borse N. Enhancing cultural competence among hospice staff. *Am J Hosp Palliat Care*. 2006;23: 404.

Bilaga 1 : Översikt över litteratursökning

Datum för sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal granskade	Använda artiklars ref.nr
100112	Cinahl	multicultural AND palliative	Peer-reviewed	17	1	
100114	Cinahl	Transcultural AND cultural competence AND nursing role	peer reviewed, research article, abstract available	7	1	37
100114	Cinahl	Immigrant AND communication AND nursing	peer reviewed, research article, abstract available	19	2	33, 42
100114	Cinahl	Nursing AND multicultural AND palliative care	Peer reviewed	5	1	
100114	PubMed	Multicultural palliative care	Fulltext	15	1	
100114	Cinahl	Palliative care AND immigrants	Peer reviewed	17	2	
100118	PubMed	Cultural diversity AND palliative care AND nursing	Fulltext	27	7	35, 36, 38, 44
100118	PubMed	Cultural diversity AND end-of-life-nursing AND nurse patient relation	Fulltext	7	1	
100118	Scopus	Cultural diversity AND nursing AND end-of-life-care	Nursing	9	1	43
100118	Cinahl	Palliative care AND cultural diversity	Peer reviewed, research article	15	1	
100118	Cinahl	Palliative care AND cultural competence	Peer reviewed, research	10	2	39, 40

100123	Pubmed	Lived experiences AND palliative care AND cultural diversity	article, abstract available Full text	0	0	
100123	PubMed	lived experiences AND nursing AND end-of-life-care	Full text	14	0	
100217	PubMed	Palliative care nursing AND transcultural AND challenges	Full text	1	1	41
100218	Cinahl	Challenges AND palliative nursing AND cultural diversity	Peer reviewed, research article	1	0	
100218	PubMed	Multicultural AND end-of-life-care AND nursing challenges	Fulltext	1	1	34

Utöver våra sökningar fann vi en artikel via referenslista i artikel 42. Denna redovisas ej då den vid granskning valdes bort.

Bilaga 2 : Översiktstabell

Referensnummer: 33

- Författare:** Jette J. Michaelsen, Allan Krasnik, Anette S. Nielsen, Marie Norredam, Ana-Maria Torres
- Titel:** Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital
- Tidskrift:** Scandinavian Journal of Public Health
- År:** 2004
- Land:** Danmark
- Syfte:** Identifiera variationer i kunskap, attityder, erfarenheter och kommunikation bland/mellan olika kategorier av personal av hänsyn till invandrapatienter för att identifiera potentiella barriärer för effektiv behandling och omvårdnad av invandrapatienter.
- Metod:** En enkät som via e-mail sändes ut till läkare, sjuksköterskor och undersköterskor på ett större sjukhus i Köpenhamn. Enkäten, som var anonym och på danska, sändes till totalt 1012 personer. Enkäten var pilottestad och studien godkänd av Köpenhamns Vetenskapsetiska kommitté.
- Urval:** Enkäten sändes ut till personal på alla sjukhusets avdelningar, där de har direkt kontakt med patienter. Psykiatriska avdelningar exkluderades. Då sjuksköterskor utgjorde den största gruppen av personal inkluderades endast 50 % av dessa, medan alla i yrkesgrupperna läkare och undersköterskor fick enkäter.
- Resultat:** Författarna lyfter resultatet under tre följande rubriker; Källa varifrån sjukhuspersonalen fick kunskapen om patienter med invandrabakgrund, Sjukvårdspersonals generella attityder gentemot dessa, samt Sjukvårdspersonalens erfarenheter och kommunikation med patienter med invandrabakgrund. Vidare jämförs i resultatet attityder mellan de olika yrkesgrupperna, läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.
- Diskussion:** Författarna diskuterar sin metod, resonerar kring sitt relativt stora bortfall. Också möjliga felkällor i resultatet. Ett exempel på detta är problematiken i att ämnet kan betraktas som känsligt och att deltagarnas svar kan styras av viljan av vara politiskt korrekta. Betydelsen av utbildning diskuteras. Utbildningsnivå identifieras som den viktigaste enskilda faktorn i relation till attityd gentemot invandrare.

Antal referenser: 29

Referensnummer: 34

- Författare:** Ekblad S., Marttila A. & Emilsson M.
- Titel:** Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups's interviews with hospice staff in Stockholm
- Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing
- År:** 2000
- Land:** Sverige

- Syfte:** Samla reflektioner efter ett tredagars seminarium i multikulturell vård i livets slut, erhålla kunskap om erfarenheter av att arbeta på Hospice med patienter av olika kulturella bakgrunder, samt belysa huruvida det finns behov av fortsatt träning kring kulturella svårigheter på dessa Hospiceenheter.
- Metod:** Kvalitativ metod. Fokusgrupper.
- Urval:** Av de 76 personer (Hospicepersonal) som deltog i seminarierna hösten 1996 och våren 1997, rekryterades 19 st till att ingå i tre fokusgrupper. Bland de som hade intresse i och möjlighet att vara med valdes de 19 deltagarna ut i samarbete med varje Hospiceenhet.
- Resultat:** Författarna presenterar resultatet under rubriker som: Kulturella utmaningar i palliativ vård, Kommunikation, samt Behov av ytterliggare träning i multikulturell palliativ omvårdnad. Sjuksköterskorna i studierna upplever svårigheter i och med kulturkrockar, till exempel på grund av skillnader mellan individ- och grupporienterat tänkande. Också kommunikation, både verbal och kroppslig, identifieras som ett viktigt område där sjuksköterskor upplever problematik. Vidare talar de om risken av att saker tas för givna och vikten av att kultur måste belysas ur individens kontext. Sjuksköterskorna efterfrågar kunskap om exempelvis familjemönster och ideologier.
- Diskussion:** Författarna diskuterar sin metod och dess fördelar samt nackdelar. Kulturell sensitivitet lyfts, liksom vikten av att ha en mångkulturell variation bland personalen. Vidare diskuteras behovet av utbildning hos hospicepersonal i kulturella frågor.

Antal referenser: 28

Referensnummer: 35

Författare: Fiona Diver, Alexander Molassiotis, Les Weeks

Titel: The palliative care needs of ethnic minority patients: staff perspectives

Tidsskrift: International Journal of Palliative Nursing

År: 2003

Land: Storbritannien

Syfte: Att undersöka palliativ vårdpersonals uppfattning om villkoren för att ge mångkulturell vård, samt att undersöka försvårande respektive underlättande faktorer för kultursensitiv vård.

Metod: Kvalitativ, fenomenologisk studie. Data samlades genom semistrukturerade intervjuer på ett day-care unit på universitetssjukhus i England. Intervjuerna transkriberades och analyserades sedan utifrån Burnard's metod.

Urval: Till studien valdes medvetet erfaren personal ut. Fem personer som arbetade inom vården och var specialiserade på palliativ omvårdnad rekryterades med hjälp från kollegor som forskarna hade kontakt med.

Resultat: Resultatet presenteras under följande rubriker: Staff's philosophies of care; facilitators and barriers in the provision of multicultural care; aspects of care; positive perceptions; palliative care complementing multicultural care and issues of

service uptake. Svårigheter som sjuksköterskor diskuterar under dessa rubriker var bland annat brist på utbildning, språkbarriärer samt tolksvårigheter. Vidare diskuterar sjuksköterskor vikten av medvetenhet om sin egen kultur samt individanpassad omvårdnad.

Diskussion: Författarna diskuterar att personalen visar en medvetenhet och förståelse för individualism och interkulturell variation, men att de saknar verktyg för att omsätta det i verkligheten. Författarna rekommenderar därför att riktlinjer för detta upprättas. Utöver detta diskuteras behovet av utbildning i kulturkompetens. Begränsningar som tas upp är bland annat att det är en mycket liten studie.

Antal referenser: 38

Referensnummer: 36

Författare: Gurch Randhawa, Alastair Owens, Rah Fitches, Zafar Khan
Titel: Communication in the development of culturally competent palliative care services in the UK: a case study.

Tidsskrift: International Journal of Palliative Nursing

År: 2003

Land: Storbritannien

Syfte: Syftet var att undersöka kommunikationens roll för att kunna belysa problem och lämpliga åtgärder i arbetet med att ge god palliativ omvårdnad för sydasiater i Luton, Storbritannien.

Metod: Semistrukturerade intervjuer med sydasiater som hade en cancerdiagnos och deras familjer, samt intervjuer med personal som erbjöd vård för dessa. 12 vuxna från fem olika familjer deltog. Intervjuerna transkriberades och analyserades sedan utifrån O'Brien. 37 koder identifierades under fem teman.

Urval: En "Macmillan-sjuksköterska" tog kontakt med patienter och deras familjer som hade sydasiatisk bakgrund och frågade om de var intresserade av att delta i studien. Fem familjer av 12 tillfrågade valde att delta. Sjukvårdspersonal med etnisk majoritet och minoritetsbakgrund valdes ut med syfte att få en vid bredd av uppfattningar gällande palliativ vård för sydasiatiska patienter. Detta gjordes med konsultation av projektets styrgrupp. Antalet sjuksköterskor som deltog var totalt 10.

Resultat: De flesta av deltagarna i studierna var nöjda med den vård de erbjöds och hade fått. Sjukvårdspersonalen pekade på att kommunikation var a och o inom vården, samt uttryckte frustration gentemot att inte kunna föra en detaljerad diskussion på grund av språkliga barriärer. De poängterade dock även att kulturella aspekter skapade svårigheter. Vidare diskuterades svårigheter med tolkar och att använda anhöriga som tolkar.

Diskussion: I diskussionen lyfts att god kommunikation är centralt för kulturkompetent palliativ omvårdnad. Författarna identifierar språkliga barriärer, osäkerhet i att använda anhöriga som tolkar, avsaknad av kulturmedveten sjukvårdsorganisation som hinder för att kulturkompetent palliativ omvårdnad skulle komma till

stånd. Vidare diskuteras begränsningarna med studien, att det är en liten studie och att resultatet ej kan generaliseras.

Antal referenser: 15

Referensnummer: 37

Författare: Pernilla Pergert, Solvig Ekblad, Karin Enskär och Olle Björk

Titel: Protecting Professional Composure in Transcultural Pediatric Nursing

Tidskrift: Qualitative Health Research

År: 2008

Land: Sverige

Syfte: Att undersöka och utveckla vad som händer i transkulturella vårdsituationer som innefattar överväldigande emotionella uttryck. Artikeln är del i en större forskningsstudie som undersöker situationen för familjer med utländsk bakgrund i en pediatrik onkologisk kontext i Sverige.

Metod: En kvalitativ intervjustudie. 12 individuella semistrukturerade intervjuer. Data analyserades mellan intervjuerna med grounded theory som metod. Detta påverkade upplägget för de nästkommande intervjuerna. Memos användes genom hela analysprocessen.

Urval: 12 sjuksköterskor med erfarenhet från olika pediatrika onkologiska avdelningar. Ytterligare fyra sjuksköterskor med erfarenhet från pediatrik akutvård. Tre sjuksköterskor med utländsk bakgrund.

Resultat: Sjuksköterskor i studien upplever att de sällan är nog professionellt förberedda på de överväldigande känslouttryck som förekommer i transkulturell vård. Sjuksköterskorna hanterar istället dessa situationer utifrån ett antal strategier; rationalisering, kontrollera över sina uttryck, maktutövning, undvikande, distansering, delande och hantering av utrymme.

Diskussion: Sjuksköterskor behöver, då kultur är viktigt i sorgearbete, kulturkompetens för att kunna hantera överväldigande känslouttryck i transkulturell palliativ vård. Utöver detta behövs strukturförändringar i sjukvårdssystemet. Sjuksköterskor bör uppmärksammas på de strategier de använder vid svåra situationer.

Antal referenser: 43

Referensnummer: 38

Författare: Jaqueline Somerville

Titel: The paradox of palliative care nursing across cultural boundaries

Tidskrift: International Journal of Palliative Nursing

År: 2007

Land: Storbritannien

Syfte: Att utveckla en teori som förklarar hur palliativa sjuksköterskor vårdar patienter från olika kulturer.

Metod: Semistrukturerade intervjuer utförda på ett hospice. Varje intervju transkriberades och kodades samt delades in i kategorier utifrån Grounded theory.

- Urval:** Slumpmässigt urval av fem palliativa kommunsjuusköterskor samt fem sjuusköterskor som arbetade på hospice, i ett område med många etniska minoriteter. Dessa hade frivilligt anmält sig till studien.
- Resultat:** Sjuusköterskor inom mångkulturell palliativ omvårdnad arbetar för att behandla alla patienter lika, som individer. Sjuusköterskorna gjorde stora ansträngningar för att överkomma såväl språkliga som kulturella barriärer. Deras försök begränsades dock av bristande resurser och utbildning.
- Diskussion:** Sjuusköterskorna strävar efter att bedriva en holistisk individcentrerad omvårdnad. Detta är en paradox då de försöker behandla alla lika genom att behandla dem olika. Sjuusköterskors medvetenhet om sin egen kultur diskuteras och en kulturell relativistisk hållning förespråkas. Vidare diskuteras utbildning som något nödvändigt, men detta måste smältas samman i ett större sammanhang där kunskap från patienten och dess anhöriga är en viktig del.

Antal referenser: 36

Referensnummer: 39

- Författare:** Yasmin Gunaratnam
- Titel:** Intercultural palliative care: do we need cultural competence?
- Tidskrift:** International Journal of Palliative Nursing
- År:** 2007
- Land:** Storbritannien
- Syfte:** Att undersöka och presentera resultatet från ett utvecklingsprojekt om äldre personer, etnicitet och palliativ vård i Storbritannien.
- Metod:** 11 semistrukturerade fokusgruppintervjuer med sjuusköterskor i fem olika regioner i Storbritannien. Analys gjordes genom att identifiera koder och därefter teman.
- Urval:** Bekvämlighetsurval av 56 anställda inom hälso- och den sociala sektorn. Medvetet såg man till att få med alla sektorer i den palliativa vården (hospice, sjukhus, kommun), samt att få med olika yrkeskategorier. Huvudgruppen bestod av sjuusköterskor.
- Resultat:** Sjuusköterskor menar att det finns ett behov av kulturkunskap men är samtidigt medvetna om risken för att stereotypisera. Därmed talar de även om vikten att samtala med patienten och att de ofta går på magkänsla istället för teoretisk kunskap.
- Diskussion:** Författaren diskuterar komplexiteten i begreppet kulturkompetens och att detta begrepp måste utvecklas och diskuteras innan det kan användas inom palliativ omvårdnad.

Antal referenser: 40

Referensnummer: 40

- Författare:** Gunaratnam Y
- Titel:** From competence to vulnerability: Care, ethics, and elders from racialized minorities.
- Tidskrift:** Mortality
- År:** 2008

Land: Storbritannien

Syfte: Att gå djupare än de vanliga social-politiska aspekterna gällande internationella migranterna och de osäkerheter som finns om dessa personers fysiska varande, och istället belysa det samspel som pågår på micronivå inom palliativ vård av äldre personer från rasbetonade minoritetsgrupper.

Metod: Kvalitativa intervjuer genomfördes med äldre personer från minoritetsgrupper samt med vårdpersonal. Alla intervjuer spelades in. Med vårdpersonalen hölls 11 fokusgruppsintervjuer. I dessa deltog sammanlagt 56 personer från olika vårdprofessioner. Intervjuerna varade 50 till 90 minuter och genomfördes på olika vårdarbetsplatser.

Urval: Vårdpersonal till deltagande erhöles via kontakter och sedan via snöbollsmetoden. Det eftersträvades att deltagare kom från olika former av palliativ vård och från olika professioner.

Resultat: Författaren lyfter att vårdpersonal önskar utbildning i kulturella frågor, men att de är medvetna om risken för stereotypisering. Deltagarna tar upp hur abstrakt kulturbegreppet är och att det är svårt att tillägna sig "kulturkunskap". Att kulturkunskap kan ha både positivt och negativt inverkan på vården tas också upp. Känslor som uppkommer då vårdpersonalen inte förstår ett kulturellt möte, och tvingas syna sin egen kultur lyfts. Personal uttrycker känslor som sårbarhet och frustration. Hur personalen förhåller sig och hur svårigheter hanteras tas också upp.

Diskussion: Författaren lyfter risken för att individen glöms bort i omvårdnaden då fokus läggs på att kulturanpassa vården. Vidare diskuteras hur vårdpersonal ska kunna utbildas på ett sätt som kan förbättra mångkulturell vård. Författaren diskuterar hur deltagarnas olika bakgrund och erfarenhet kan ha påverkat resultatet i studien.

Antal referenser: 64

Referensnummer: 41

Författare: Richardson A, Thomas V.N, Richardson A

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

Tidskrift: European Journal of Oncology Nursing

År: 2006

Land: Storbritannien

Syfte: Att utforska professioners syn på kulturell inverkan i cancervård samt deras behov av träning.

Metod: Fem fokusgruppsintervjuer med totalt 28 deltagare hölls, i tre olika städer. Mötena varade i ungefär två timmar. Alla samtal spelades in och transkriberades sedan. Etiskt godkännande erhöles av Thames Valley MREC. Inbjudnings- och informationsbrev skickades ut till de deltagande.

Urval: Val av deltagare gjordes med bekvämlighetsurval. Då studien finansierades av Macmillan Cancer Relief deltog enbart anställda här i studien. Man ville ha hög grad sjuksköterskor och

- 22 av 28 var av detta yrke.
- Resultat:** Gällande språkliga svårigheter vid kulturella möten upplevde sjuksköterskor det jobbigt då patienter inte kunde få sin sjukdom och situation förklarad för sig. Vidare tar deltagarna upp problematik då tolk används. Här tas både verbala, icke-verbala, sociala och kulturella aspekter upp. Deltagare tar även upp vikten av utbildning av personalen, men där också risken för stereotypisering. Avslutande tas problematik kring fördomar och oro för att upplevas som rasist upp.
- Diskussion:** Författaren sammanfattar deltagarnas upplevelser som att dessa upplevde frustration över att inte kunna erbjuda alla människor lika god vård. Att de olika delar som berörts inte verkar ha förbättrats avsevärt under en tioårsperiod diskuterar författarna. Författarna menar att användandet av tolk skulle kunna förbättras genom ökad utbildning. Vidare tas upp att mer forskning kring mångkulturell vård är önskvärt. Författarna tar upp att antalet deltagare var litet, och att mer omfattande undersökningar behövs.
- Antal referenser:** 30
- Referensnummer:** 42
- 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 vårdsituationen för familjer med invandrabakgrund inom kontexten för pediatrik onkologisk vård.
- Metod:** Tre stycken fokusgruppsintervjuer genomfördes med personal, varav en var en pilot-gruppintervju. Grupperna hade fyra till tio deltagare, varav totalt 24 var kvinnor och 11 män. En grupp bestod av läkare och en grupp av sjuksköterskor. Dessa intervjuer bearbetades sedan utifrån Grounded theory. Efter fokusgruppsintervjuerna genomfördes individuella intervjuer med fem kvinnliga sjuksköterskor.
- Urval:** Val av personer gjordes med ändamåls- och bekvämlighetsprincipen. Lättillgänglig personal med kunskap om fenomenet söktes för deltagande. De fem sjuksköterskor som valdes ut till individuella intervjuer valdes då det under fokusgruppsintervjuerna framkommit att dessa hade erfarenhet av palliativ vård av barn inom onkologi, där barnets familj haft invandrabakgrund.
- Resultat:** Tar upp svårigheter gällande skapande av förtroende i relationer då patienter och familjer har annan kulturell bakgrund. Vidare tas svårigheter upp inom fyra områden; språkliga, kulturella och religiösa, sociala och organisationsrelaterat. Under språkliga svårigheter behandlas att "sjuksköterskekommunikation" blir bristfällig då det finns språkliga skillnader. Hur uppbyggnad av

god vårdrelation försvåras då patient och personal inte kan småprata tas också upp. Problematik kring användandet av tolkar och hur missförstånd och informationsbrist påverkar vårdssituationen tas upp. Kulturellt- och religiöst relaterad problematik behandlas med sociala koder, könsroller, familjesyn, syn på sjukvårdspersonal, syn på sjukdom, skillnader i emotionella uttrycksformer och sanningsägande. Sociala svårigheter relateras till status, grupptillhörighet, utbildningsnivå, rasism och fördomsfullhet. Under organisationsrelaterad problematik tas bristande rutiner och brist på tid upp. Avslutningsvis tas upp vad konsekvenserna blir då vårdpersonal ej bedriver kulturanpassad vård.

Diskussion: Författarna tar upp hur ovanstående ämnen står i relation till varandra. Diskussion förs kring vad som kan/bör göras för att undvika svårigheter och hur bästa möjliga vård ska kunna ges patienter. Metoden diskuteras och författarna lyfter och förtydligar relevanta punkter. Diskussion förs självkritiskt.

Antal referenser: 64

Referensnummer: 43

Författare: Peggy L. Wros, Dawn Doutrich, Shigeko Izumi

Titel: Ethical Concerns: Comparison of values from two cultures

Tidskrift: Nursing and Health Science

År: 2004

Land: USA och Japan

Syfte: Beskriva den del av omvårdnadsetiken som är universell och vilken som hör till Japan respektive USA.

Metod: Kvalitativ studie. En hermeneutisk tolkande och feministiskt ansats användes för att omtolka data från två tidigare studier. Berättande data kom från individuella intervjuer av 18 omvårdnadslärare, i Japan samt en fokusgrupp med 15 deltagare, i USA.

Urval: Individuella intervjuer hölls i Japan då risken att den sjuksköterska som arbetat längst samt har mest makt annars skulle kunna föra allas talan, enligt den vertikala Japanska hierarkin.

Resultat: Resultatet presenterar skillnader och likheter mellan japanska och amerikanska sjuksköterskors värderingar, etiska grunder och upplevelser som rör omvårdnad. Likheter som framkommer är exempelvis att sjuksköterskor upplever att de får inta en medlande roll mellan familj och patient samt läkare och patient. Skillnader som presenteras är exempelvis synen på familjens delaktighet, speciellt i relation till sanningsägande.

Diskussion: Författarna diskuterar likheter mellan sjuksköterskor från de olika länderna. De tar bland annat upp att även om alla sjuksköterskor förespråkade sanningsägande skiljer sig metoderna för detta åt från de olika kulturerna. Vidare diskuteras studiens begränsningar i översättning av intervjuer, sjuksköterskornas förförståelse och generaliserbarhet.

Antal referenser: 30

Referensnummer: 44

Författare: Stephanie Myers Schim, Ardith Zwyghuizen Doorenbos, Nagesh N. Borse

Titel: Enhancing Cultural Competence Among Hospice Staff

Tidskrift: American Journal of Hospice and Palliativ Medicine

År: 2006

Land: USA

Syfte: Beskriver en pilotstudie vars syfte var att undersöka förändringar i kulturkompetens hos sjukhusteam då face-to-face-utbildning användes som en intervention.

Metod: Kvasiexperimentell, longitudinell, cross-over design. 130 sjukhusanställda fick mäta sin kulturkompetens med hjälp av CCA mätinstrument. Efter detta genomgick de ett utbildningsprogram. Efter interventionen gjordes åter en mätning med CCA.

Urval: 130 sjukhusanställda som arbetade i olika samhällen med patienter med olika kulturella bakgrunder, varav 23 hoppade av.

Resultat: Kulturkompetens hos sjukvårdspersonal ökade markant efter att ha deltagit i utbildningsinterventionen.

Diskussion: Även en väldigt kort utbildningsintervention kan öka kulturkompetens hos sjukvårdspersonal. Vidare studier bör dock göras för att se hur långvarig kunskapen är, samt hur väl den fungerar i praktiken.

Antal referenser: 37