

Transkulturell omvårdnad

FÖRFATTARE	Awa Faye Mohammad Tayefeh Morsal
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet OM5250 Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng VT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Annica Lagström
EXAMINATOR	Lars-Olof Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Transkulturell omvårdnad
Titel (engelsk):	Transcultural Care
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/ kurs kod/	Sjuksköterskeprogrammet/ Examensarbete i omvårdnad
Kursbeteckning:	OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	31 sidor
Författare:	Awa Faye Mohammad Tayefeh Morsal
Handledare:	Annica Lagström
Examinator:	Lars-Olof Persson

SAMMANFATTNING

Det svenska samhället blir alltmer ett mångkulturellt samhälle med nya krav på sjukvården och dess personal. Sjuksköterskor möter patienter med en annan kulturell bakgrund, kunskap och förståelse. Hur kulturell bakgrund påverkar förväntningar och vårdresultat blir därför viktig. Syftet med studien är att beskriva faktorer som är viktiga för att sjuksköterskor ska kunna ge en god omvårdnad till patienter som är invandrare och vårdas inom den transkulturella vården. Denna studie är en litteraturstudie baserad på 13 vetenskapligt granskade kvalitativa artiklar och en avhandling. Resultatet visar att bristande kommunikation p.g.a. språksvårighet är det största hindret i den transkulturella vården. Att använda tolk är mycket viktigt för att kunna få en dialog med patienten. Brist på förståelse och kommunikation kan leda till felbehandling och också ett försämrat vårdresultat. Resultatet visar också att det finns både för och nackdelar med att använda tolk. Kunskap om hur man utnyttjar tolk och att tolken själv har en tolkutbildning är viktigt för sjuksköterskan enligt studien. Vårdpersonal och patienter kan skapa missförstånd och konflikter som en konsekvens av kulturella skillnader. Patienternas beteenden, deras syn på vården, närståendesrelationer och könsrollernas betydelse är några områden som kan skapa problem i vårdsituationen. Organisatoriska hinder såsom befintliga rutiner, brist på tid och resurser, den aktuella vårdmiljön, användning av befintliga resurser samt bristande fokus, såsom att inte eliminera kommunikationsproblem, kan alla försvåra möjligheten till en god individuellt anpassad vård. Men även om målet, en vård anpassad efter individens behov, är känt och accepterat, så innebär en transkulturell vård också krav på sjuksköterskorna att förstå och kunna anpassa vården till olika kulturellt betingade behov. Detta förutsätter att sjuksköterskan har kunskap om och förståelse för hur vården ska anpassas. Utbildning i transkulturell omvårdnad efterfrågades av sjuksköterskor och även om en total utbildnings-satsning inte är möjlig, så visar resultatet att någon form av grundläggande utbildning i kulturell kompetens bör läggas in i sjuksköterskeutbildningen. Studiens slutsatser är att

sjuusköterskor har en skyldighet att skapa de bästa förutsättningarna för en god omvårdnad. Den viktigaste förutsättningen för detta är att en dialog skapas mellan sjuusköterska och patient. Patienten ska därför behandlas ur ett individuellt perspektiv med sitt speciella vårdbehov i fokus. För att detta ska uppnås behövs att alla nödvändiga och befintliga resurser inom organisationen samarbetar och utnyttjas.

ABSTRACT

The Swedish society is increasingly becoming a multicultural society with new demands for the health care and its professionals. Every day nurses encounter patients with a different cultural background, knowledge and understanding. How cultural background affects expectations and care outcomes thus becomes important. The purpose of the study is to describe the factors that are important for nurses to provide good care to patients who are immigrants and cared within the transcultural care. This study is a literature review study based on 13 peer-reviewed qualitative articles and a thesis. The results show that lack of communication due language difficulty is the biggest obstacle in the transcultural care. Using an interpreter is very important to have a dialogue with the patient. Lack of understanding and communication can lead to malpractice and also deterioration in health outcomes. There are both pros -and cons of using an interpreter. Knowledge of how to use an interpreter and the interpreter itself has an interpreter training is important for nurses according to the study.

Health professionals and patients can develop misunderstandings and conflicts as a consequence of cultural differences. The patients' behavior, their views on health care, related parties relationships, gender roles and their significance are some areas that may create problems in care situation. Organizational barriers such as existing practices, lack of time and resources, the current healthcare environment, the use of existing resources and a lack of focus, such as not to eliminate communication problems, can all make it more difficult for good individualized care. But even if the target, a health care tailored to individual needs, is known and accepted, it means a transcultural care also requires nurses to understand and can adapt care to different culturally conditioned needs. This requires that the nurse has the knowledge and understanding of how care will be adapted. Education is also requested by the nurses and even if an overall training program is not feasible, so the result shows that some form of basic training in cultural competence should be put into nursing education. The conclusion is that nurses have an obligation to create the best conditions for good care. The most important precondition for this is that a dialogue is created between nurse and patient. Patients should therefore be approached from an individual perspective with its own special health care needs in focus. In order to achieve this required that all necessary and available resources within the organization cooperate and utilized.

Key words: Multicultural care, competent nursing, patient satisfaction, Australia, competent nursing, transcultural, competent, multicultural society, immigrants, Swedish, cultural competency, nursing care.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sid

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
DEFINITIONER	2
LAGAR OCH RIKTLINJER	3
INVANDRING OCH INVANDRARE	4
TRANSKULTURELLT SAMHÄLLE	5
TRANSKULTURELL VÅRD	6
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	9
METOD	9
URVAL AV ARTIKLAR	9
ANALYS	11
RESULTAT	12
KOMMUNIKATION	12
Språkliga hinder	13
Användning av tolk	13
KULTURELLA SKILLNADER	14
Beteende	15
Synen på hälso- och sjukvård	15
Närstående närvaro	15
Könsrollernas betydelse	16
ORGANISATORISKA FAKTORER	16
Riktlinjer och rutiner	16
Brist på tid och resurser	17
Vårdmiljön	17
Effektiv användning av resurser och sjuksköterskor med transkulturell bakgrund	17
Rätt fokus i vården	17
UTBILDNINGS- OCH KOMPETENSBEHOV	18
Nytänkande i utbildningen	18
Behov av utbildning i kulturell kompetens och förståelse för olika religioner	18
DISKUSSION	19
METODDISKUSSION	19

RESULTATDISKUSSION	20
Kommunikation	21
Kulturella olikheter	21
Organisatoriska faktorer	22
Utbildnings- och kompetensbehov	24
SLUTSATSER/ÅTGÄRDER FÖR EN GOD TRANSKULTURELL VÅRD	25
CONCLUSIONS/ACTIONS FOR GOOD TRANSCULTURAL CARE	26
SLUTORD	27
REFERENSER	29
BILAGOR	i
BILAGA 1	i

INLEDNING

Människor förflyttar sig i världen av olika skäl och i det scenariot är Sverige ett invandrarland. Idag är cirka 15 % av Sveriges befolkning födda utomlands, d.v.s. ungefär 1,4 miljoner människor (Migrationsinfo, 2011).

Invandrare kommer från olika länder och därmed också från olika kulturer. Personer från samma land kan ha olika kulturella bakgrund. På grund av kulturella skillnader kan det ibland bli missförstånd. Exempelvis kan ett beteende i en kultur tolkas annorlunda i en annan kultur. Till exempel i en viss kultur ska man inte titta någon i ögonen när man pratar med en äldre person. Det tyder på oartighet och respektlöshet för den äldre personen. Ett annat exempel är att när en person gått upp i vikt eller blivit smalare, ska man inte säga något för att ”den onda munnen” kan påverka negativt och göra att den personen går upp i vikt eller blir ännu smalare. I Sverige däremot kan man ge komplimang till någon som har gått ner i vikt. Ett annat exempel; en kvinna med asiatisk bakgrund som fått sitt första barn och träffade en norsk distriktssköterska vid första besöket. Sjuksköterskan gav henne komplimanger över hur duktig hon var och hur bra hon hanterade det nyfödda, välmående barnet. Men vid nästa besök var barnet tunt och blekt. Då berättade kvinnan att distriktssköterskan genom sin missunnsamhet hade kastat det onda ögat på henne, vilket hade gjort att bröstmjölken ögonblickligen hade sinat. I möte med patienter från en annan kultur, särskilt från vissa delar av Asien, ska läkare eller sjuksköterska vara medvetna om att inte ställa frågor som kan besvaras med ja och nej. Anledningen är att individen från denna kultur har svårt att svara på frågan med ett klart nej, därför att de anser att det är oartig att svara negativt på frågan (Ekblad, Janson & Svensson, 1996).

Sverige är mitt i en förändringsprocess där vi alla möter en mer och mer heterogen befolkning. Den är heterogen avseende etnicitet, kultur, religion och att ha erfarenheter från olika medicinska vanor. Men heterogen också beroende på sociala villkor, boende, bakgrund och ohälsopanorama. Nyanlända flyktingar har svårt att komma in på arbetsmarknaden och är vanligen bosatta i storstädernas segregerade område. Här möter sjukvården en annan hälsostatus som antagligen skiljer sig från andra bostadsområde. Här befinner sig såväl personal som patienter i en integrationsprocess och det krävs att sjukvårdsformen förändras för dem. Här ska kommunikation och bemötande mellan patienterna och vårdpersonalen utvecklas så att vårdpersonalen kan möta mångfalden. En del kunskap finns redan, men mer behöver utforskas så att modeller och existerande arbetssätt anpassas och utvecklas (Bäärnhielm, 2007).

Eftersom båda författarna till denna uppsats kommer som invandrare till Sverige, har vi erfarenhet av hur det är att vara annorlunda. Vi tycker att detta är ett intressant ämnesområde för oss som blivande sjuksköterskor. Utifrån vår egen erfarenhet så vet vi att kulturella skillnader är ett problem i vårt samhälle idag, så antagligen också inom vården. Med kulturella skillnader menar vi språk, etnicitet, religion, levnadsmönster etc. Vi tror emellertid att det finns möjlighet att lösa dessa problem genom kommunikation med och kunskap om patienter. Det är svårt att förklara varför man reagerar på ett visst sätt i vissa situationer, men att ha förståelse och att vara uppmärksam på olikheten hos individen kan göra stor skillnad. Som sjukvårdpersonal är det viktigt att behandla alla med respekt oavsett kön, etnicitet, region, hudfärg och kulturell bakgrund. Vi hoppas att denna studie kan vara en liten pusselbit för att kunna ge ett gott bemötande till alla som är invandrare och patienter i den transkulturella vården.

BAKGRUND

Globalisering är ett ord som har stor betydelse i den tid vi nu lever i. Det används inom många områden såsom inom hur t.ex. handel bedrivs, att våra företag opererar på en global marknad men också i betydelsen att vi nu i ökande grad reser och färdas över hela världen både frivilligt och ofrivilligt. Till Sverige kommer alltså människor med annan kulturell bakgrund av olika anledningar. I dagligt tal säger vi att vårt samhälle blivit ett mångkulturellt samhälle, ett transkulturellt samhälle. Detta innebär att samhället får fler och fler individer med olika kulturell bakgrund som alla ställer krav på att få möjlighet att leva enligt sina förutsättningar och kulturella vanor. Detta ställer också krav på vården och lagen om skyldighet för personal inom hälso- och sjukvården (SFS1994:953) är tydlig med att betona att all vårdpersonal ska använda sig av ett helhetsperspektiv och ta hänsyn till patientens kulturella bakgrund i vårdprocessen.

Transkulturell omvårdnad har blivit en grundläggande del inom sjukvården och den är en förutsättning för dagens praktiserande sjuksköterskor p.g.a. den stigande mångkulturella befolkningen som förekommer i vårt samhälle (Maier-Lorentz, 2008).

I det följande kommer vi att ge en beskrivning av och bakgrund till det mångkulturella samhället och den transkulturella vården. Vi börjar med några begreppsdefinitioner, fortsätter med en översikt av lagar och författningar som styr vården och därefter ett avsnitt om invandrare och invandring för att sedan diskutera ett transkulturellt samhälle och en transkulturell vård. Vi avslutar med en problemformulering.

DEFINITIONER

- **Invandrare:** Som invandrare definieras en person som inte kommer från nordiska länder och som av olika skäl har fått uppehållstillstånd eller arbetstillstånd i Sverige för att kunna bosätta sig i Sverige i minst 12 månader eller mera. Personen skall också vara folkbokförd i Sverige (Statistiska centralbyrån, 2010).
- **Invandring:** Inflyttning från ett land till ett annat land frivilligt eller under tvång (Hanssen, 2008).
- **Kultur:** *Kultur kan definieras som det inlärda t.ex. språk, konst, värderingar och livsmönster hos en population som överförs socialt från generation till generation (Leininger & McFarland, 2002, s.47).* Kultur är kunskap och system inom en viss befolkningsgrupp. Kultur är ett verktyg för att uppfatta, tolka, uttrycka och hantera den sociala verkligheten runt omkring oss (Lederach, 1995). Wilkins (1993) anser att kultur är en dynamisk process och inom en viss kultur kan individens erfarenheter ändras och varieras med tiden.
- **Kulturell kompetens:** Kunskap och färdighet som en sjuksköterska ska inneha för att vårda en patient med en annan kulturell bakgrund än den egna (Leininger & McFarland, 2002). Detta innebär att ha kunskap om patientens kulturella förutsättningar och värderingar angående hälsa och omvårdnad så att vården passar den allmänna livsstil och det specifika behov hos individen. Denna kunskap om patientens specifika behov är avgörande för att ge en bra och meningsfull vård, öka välbefinnande eller för

att möta sjukdom, funktionshinder eller dödsfall på ett för patienten korrekt sätt (Leininger & McFarland, 2002). Kulturell kompetens är förmågan att samla in relevanta kulturella uppgifter om patienten, att kunna presentera problemet samt exakt utföra en kulturellt anpassad fysisk bedömning. Denna process innebär att lära sig hur man genomför kulturella bedömningar och kulturellt baserade fysiska bedömningar (Campinha-Bacote, 2002).

- **Mångkulturellt:** Ett samhälle med individer som har olika kulturell bakgrund (hudfärg, ras, etnicitet) (Allen, 2006).
- **Transkulturell omvårdnad (vård):** Det är ett begrepp taget från engelska språkets *transcultural* och man talar om transkulturell vård eller *transcultural nursing*. ”*Transcultural nursing.....focused on comparative human-care (caring) differences and similarities of the beliefs, values, and patterned life ways of cultures to provide culturally, congruent, meaningful and beneficial health care to people*” (Leininger & McFarland, 2002, s.5). Tvärkulturell vård är en svensk översättning som används.
- **Transkulturell sjuksköterska:** Transkulturell sjuksköterska är en sjuksköterska som kan lära sig om och respekterar olika kulturer och deras vårdbehov i olika livssammanhang. En sjuksköterska som har inhämtat dokumenterade kunskaper (teorier och metoder) i/om transkulturell omvårdnad (Leininger & McFarland, 2002). En transkulturell sjuksköterska är en kulturellt kompetent sjuksköterska som har förmåga att förstå kulturella skillnader för att kunna ge vård av god kvalitet till patienter med olika kulturell bakgrund (Leininger, 2002).

I definitionerna ovan finns begreppen mångkulturell och transkulturell som i dagligt tal används med samma innebörd. Efter att studerat Leininger och McFarland (2002) så vill vi använda orden med en lite olika innebörd. Mångkulturell används ofta för att beskriva ett samhälle som det är sammansatt och då bestående av flera olika kulturer. Transkulturell används ofta inom vården och som en mera aktiv beskrivning av interaktionen mellan individer och kulturer i samhället, d.v.s. över kulturgränser. Därför blir vår användning av transkulturellt fokuserat på vården, som transkulturell vård, som då kan bedrivas i ett mångkulturellt samhälle, transkulturellt samhälle. Vi kommer huvudsakligen att använda ordet transkulturellt.

LAGAR OCH RIKTLINJER

Hälso- och sjukvårdslagens mål är en god hälsa och att vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde oavsett ålder, etnicitet, sexualitet, kön eller religion. Enligt lagen ska:

- Vården så långt det är möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten.
- Vården vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet.
- Patienten också ha rätt till individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, de undersökningsmetoder och behandlingsformer som finns.
- Vården också främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen (SFS1982:763).

Enligt lagen om skyldighet för personal inom hälso- och sjukvården (SFS1994:953) bör vården utgå från en helhetssyn på människan. Vården och omvårdnadens syften är att:

- Bevara och förstärka hälsa
- Förebygga sjukdom och ohälsa
- Återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella behov
- Lidande ska lindras och möjlighet till en värdig död skall ges till varje individ.

Viktigt är att all vårdpersonal använder sig av ett helhetsperspektiv och tar hänsyn till patientens kulturella bakgrund.

Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) är det viktigt att sjuksköterskor kan möta patientens upplevelse av sjukdom och lidande och att adekvat försöka lindra lidandet. Vidare ska vårdpersonalen informera och undervisa patienter. Vårdpersonalen ska också förvissa sig om att patienter eller deras närstående har förstått den information som de har tagit emot och sjuksköterskan ska ha förmågan att uppmärksamma de patienter som har språkliga problem och är i behov av språklig hjälp.

Att patienter ska vara delaktiga i vården är ett krav i lagtexter och etiska koder och förutsätter en bra kommunikation. I möten mellan sjuksköterskor och patienter ska fokus ligga på omvårdnad och hälsa och det är också viktigt att patienten är delaktig i sin livssituation (Elden, 2009). För att patienten ska kunna vara delaktig i sin vård och att en adekvat vårdplanering utifrån individens behov ska kunna göras, krävs att en kommunikation finns mellan patient och sjuksköterska och om så inte är fallet ska tolk användas. Att patienten med annat hemspråk än svenska har rätt till delaktighet i vården och därmed kan behöva tolk regleras i HSL 2 § (1982:763) samt Förvaltningslag (1986:223).

Vårdpersonalen bör erbjuda tolk, utan att ifrågasätta detta om patienten så önskar. Denna rätt gäller också för vårdpersonalen om de önskar använda tolk. Möjligheten att uttrycka sig, vara delaktig, är viktig för patienten och möjligheten att utföra sitt arbete korrekt är viktigt för vårdpersonalen. Att använda tolk är därför en skyldighet annars kan inte patientens delaktighet garanteras (Entrena, 2007).

De olika förordningarna tyder på samhällets krav på lika behandling, men det sägs också att individen ska behandlas utifrån sina specifika behov. Här finns en inbyggd konflikt som är svårt att lösa för den enskilde vårdaren. Å ena sidan ska vården, resursbehov och utfall vara lika för alla, dvs. majoriteten sätter regler. Å andra sidan ska minoriteter behandlas utifrån sina förutsättningar och eftersom invandrare är en minoritet ska de alltså särbehandlas och ges den extra eller annorlunda insats som kan anses vara nödvändig (Elden, 2009).

INVADRING OCH INVANDRARE

Enligt Statistiska centralbyråns (SCB) befolkningsstatik år 2010, invandrade 98 801 personer till Sverige och 48 853 personer utvandrade från landet. Detta tyder på en nettoinvandring på 49 948 personer. Detta är ungefär en fördubbling sedan år 1999. Mot den bakgrunden kan vi säga att Sverige är, eller är på väg att bli, ett mångkulturellt samhälle.

Det finns olika skäl för invandring:

- Arbetssökande, som innebär att personen själv bestämmer för sig att lämna sitt hemland för att få en bättre livssituation eller att skaffa pengar och ta med sig tillbaka till hemlandet.

- Flykting, som innebär att personen lämnar sitt hemland på grund av våld och hot mot livet på grund av sin ras, religion, nationalitet, politiska uppfattningar eller tillhörighet till en viss samhällsgrupp.
- Familjeanknytningsfall, som innebär att människor flyttar hit för att leva med sin kärnfamilj.
- Studier, som innebär att människor flyttar hit för att studera här (Allwood & Johansson, 2009).

Med godkänd anledning till invandring, får invandrarna uppehållstillstånd och arbetstillstånd i Sverige (SCB, 2010).

TRANSKULTURELLT SAMHÄLLE

Det är kanske inte så lätt att förstå begreppet transkulturellt samhälle. Kanske har vi bara börjat förstå delar eller skrapat på ytan av dess egentliga innebörd. Allen (2006) tar upp och diskuterar innebörden av mångfald, och i dagligt språk använder vi ofta begreppet mångkulturellt samhälle och transkulturellt samhälle med samma betydelse, dvs. i betydelsen ett samhälle med individer som har olika kulturell bakgrund (hudfärg, ras, etnicitet). Dagens transkulturella samhälle måste ses ur ett brett perspektiv på samma sätt som att diskussionen om kvinnors brist på ställning och rätt måste inses ur ett manligt maktperspektiv och historia. En ofta förekommande kritik av språkbruket när vi använder begreppet mångkultur är sättet att framlägga kulturella skillnader som om dessa vore helt fristående varianter av en ras, som t.ex. vitt, rött, svart, gul, eller brun. Vi skulle kunna se raserna som kulor och att allt blandas i en stor skål. Detta ger ett mångkulturellt samhälle, ett transkulturellt samhälle. Varje ras har sin färg innan den sattes i skålen och behåller färgen efteråt (Allen, 2006).

Enligt Allen (2006) är detta synsätt helt felaktigt och kan vara avgörande för möjligheten att förstå kulturella skillnader och därmed att kunna uppnå rättvisa. För det första är skålen där kulorna befinner sig vit, d.v.s. i landet Sverige, är samhället uppbyggt av svenska värderingar, lagar och synsätt. Vithet är inte bara en färg bland andra. Den är den definierande, innehållande och omslutande färgen. För ett västerländskt samhälle är alla kulorna färgade av och mot det vita sammanhanget, den ”gamla” vita kulturen. Men sanningen är att det inte finns någon ras. Under ytan är vi biologiskt ganska lika. Men vi har kanske olika levnadsmönster och förebilder. För att ytterligare komplicera det hela har vi också olika religiösa grupper, som i sin tur kan vara vita, röda, svart, bruna eller gula. I USA till exempel undergräver politiska och religiösa skillnader mellan kristna och muslimer möjligheten till ett samförstånd inom den afroamerikanska gruppen. Dessutom finns ett antal betydande nyanser inom en ”ras”, som utifrån sett inte ses, men som kan ha avgörande betydelse för relationen inom rasen. Serber, kroater och bosnier är förvisso vita men har ett synsätt på varandra som är beroende av tidigare historia. En ytterligare skillnad inom raser är att alla strävar efter ett egenvärde, att det egna är det bästa, en självdefinition av egenarten som t.ex. svenskar och norrmän (Allen, 2006).

Den fortsatt utveckling av vårt samhälle genom invandring gör vårt samhälle alltmer ett transkulturellt samhälle. Detta innebär att samhället måste hantera och skapa kunskap om konsekvenserna av ett transkulturellt samhälle. Vårt samhälle strävar mot lika behandling av alla, oavsett ursprung. Etniskt ursprung innebär också olika krav hur man vill bli behandlad som individ. Detta är självklart olika beroende på ursprung och kultur. Ju mera ”annorlunda” desto flera individuella behov. Många intresseföreningar för invandrare fokuserar också på

behovet av att få behålla sina egenheter, sin etnicitet, att få vara en minoritet i Sverige (Bäärnhielm, 2007).

Med andra ord samhället måste klara av att hantera individuella behov (Bäärnhielm, 2007) och därför måste skålen enligt Allen (2006) successivt färgas om och inta en färg som passar för alla invånare, d.v.s. normer, lagar, värderingar måste anpassas mot ett tillåtande och omhändertagande samhälle för alla.

TRANSKULTURELL VÅRD

Begreppet transkulturell vård lanserades av Madeleine Leininger i början av 1950-talet och hon har därefter bedrivit ett antal forskningsprojekt med start under 1960-talet med syfte att utveckla teorier runt detta begrepp. 1965 lanserades den första kursen i "transcultural nursing". Leininger listar 3 olika faser som sjuksköterskan måste gå igenom för att bli en sjuksköterska med transkulturell kunskap:

Fas 1. Medvetande och känslighet för transkulturell omvårdnad och att förstå likheter och olikheter mellan kulturer

Fas 2. Förstå eller tillgodogöra sig djupgående kunskap om teori och forskningsbaserad kunskap inom transkulturell vårdkompetens.

Fas 3. Använda kreativ och vetenskapligt dokumenterad kunskap om transkulturell vård och att utvärdera dess resultat i den dagliga vården (Leininger & McFarland, 2002).

Det centrala innehållet och målet för transkulturell vård är att ta fram och använda de vårdbehov hos patienten som är kulturellt betingade. Sjuksköterskor med transkulturell kunskap kan således identifiera och ge transkulturell vård. Med transkulturell vårdkunskap menas därför inte att sjuksköterskan enbart har en transkulturell bakgrund, utan att sjuksköterskan också behöver ha kunskap om teorier och metoder för den transkulturella vården (Leininger & McFarland, 2002).

Varje dag möter vårdpersonal patienter från olika länder. Olika kulturer möts. Eftersom varje människa är unik blir mötet mellan två personer alltid transkulturellt på något sätt, vi har alltid några värderingar eller olikheter i vår bakgrund som påverkar vårdrelationen (Allen, 2006).

Leininger i (Leininger & McFarland, 2002) menar att vården måste ändras från en "medicinsk sjukdomsmodell" och en traditionell omvårdnad till att inkludera förståelse för kulturella olikheter och därmed behov av specifika omsorgsbehov och rättigheter där kunskap är att hämta från områden som antropologi, filosofi och andra beteendevetarområden. "*Little knowledge of cultures can be dangerous and so they value in-depth knowledge to understand cultures*" (Leininger & McFarland, 2002, s.8). Leininger refererar till studenter som studerar transcultural nursing. Sjuksköterskan skall använda traditionella medicinska och omvårdnadsmodeller men utifrån ett transkulturellt perspektiv (Leininger & McFarland, 2002). Språksvårigheter och kulturella skillnader är ett stort potentiellt problem som kan uppkomma i omvårdnadsarbetet och därför är det viktigt att vårdpersonal har kunskap inom detta område och kan kommunicera på ett bra sätt med patienten (Allen, 2006). Samma författare betonar vikten av att förstå och ha ett förhållningssätt till kulturella skillnader inom vården. Den kanske viktigaste basen för att uppnå resultat kan nås via utbildningen, eftersom det är där som vi kan skapa eller eliminera rasistiska relationer mellan oss som individer.

Invandrare har i många fall en annan hälsostatus och en annan förväntning/kunskap om vårdapparaten än den normala patienten. De nya individerna har också olika inställningar till vården och vårdens roll i familjen. Vårdpersonal förväntas vårda de nya invandrarna, förstå deras ”egenheter”, inkludera invandrarna i vården så att de också får samma adekvata vård som majoriteten. Allt detta ska göras inom det sammanhang och den organisation som finns idag (Allen, 2006).

Denna problematik tas också upp av (Bäärnhielm, 2007). Författaren menar att kulturförståelse handlar om att förstå att vi alla lever jämförbara liv med många liknande existentiella problem. Och i detta kan vi känna igen oss i varandra och komma varandra nära trots stora olikheter och avstånd i livssyn, levnadssätt, personlighet och materiella villkor. ”Där i ligger något förtröstansfullt” (Bäärnhielm, 2007, s.289).

Kommunikation och bemötande sker i samband med sociala och kulturella kontakter mellan två individer. För att uppnå bra kommunikation och gott bemötande krävs att vårdarna är mer uppmärksamma på innebörden av kulturell och etnisk mångfald hos patienter. Språklig överensstämmelse, ömsesidig förståelse, gemensamma normsamlingar, delade erfarenheter och värderingar mellan patient och vårdpersonal skall inte tas förgivet. Patienter kan ha erfarenhet av och förtroende för andra medicinska vårdssystem och traditioner främmande för vårdpersonal (Bäärnhielm, 2007).

När flyktingar är nyanlända till Sverige får de ingen särskild information om den svenska sjukvården, exempelvis hur organisationen fungerar, synen på sjukdom, hälsa, ohälsa och behandling. Alla dessa faktorer kan vara obekanta för den nyanlände flyktingen, vilket kan göra att det blir främmande och svårt för denna att förstå helheten (Bäärnhielm, 2007).

Australien hade år 1999 en transkulturell befolkning med 24 % födda utomlands och ytterligare 27 % med en eller båda föräldrarna födda utomlands. Kineser stod för den proportionellt snabbast växande invandrargruppen. Från ett transkulturellt perspektiv finns det alltså ett stort antal australiensare vars behov och förväntningar skiljer sig från vad som kan förväntas inom det Anglo-keltiska samhället, d.v.s. det traditionella engelska samhället. (Davidson, Daly, Chang, Hancock, Rees & Thompson, 2002).

Davidson et al. (2002) som forskar om patienter med hjärtproblematik, betonar att det är viktigt att rekommendationerna för omvårdnaden av patienter med hjärtsjukdom är baserade på den heterogena karaktären av den australiensiska kulturen, för att uppnå rättvisa i samhället. Litteratur om till exempel hjärtrehabilitering saknar information om sociala, psykologiska och i synnerhet kulturella konsekvenser av hjärtsjukdom. Studier om individers upplevelser under denna period kan öka kunskapen och förståelsen för hälsoproblem och därmed också behov som kan behövas under omvårdnad eller som stöd under konvalescens. Genom att inkludera minoritetsgrupper så långt som möjligt i studier kommer man att få ett rättvisare resultat och också kanske finna orsaker till olika rehabiliteringsresultat beroende på minoritetstillhörighet.

Vårdarna måste släppa in, vara öppna och lyssna på patienterna med syfte att tillhandahålla kulturellt känslig hälsovård (transkulturell omvårdnad) under en sjukdomsperiod. Eftersom patienternas erfarenhet av hälsa och sjukdom sannolikt kommer att påverkas av deras kulturella bakgrund (deras syn på hur omvårdnaden ska skötas), kommer också denna bakgrund att påverka och få konsekvenser på patienters tillfrisknande (Davidson et al., 2002).

Leininger (2003) beskriver transkulturell vård på ett mycket talande sätt. En höggravid arabisk-muslimsk kvinna kom till USA för att besöka sin bror och blir redo att föda sitt barn. På BB konfronteras kvinnan med en sjuksköterska som är ovan att hantera patienter med främmande kulturell bakgrund. Kvinnan behandlas som en typisk patient från trakten, får smärtlindring och i teamet finns också en manlig sjuksköterska och en manlig läkare. Teamet försöker att få igång födseln, de ber kvinnan att krysta. Samarbetet upplevs som bra även om patienten verkar extremt spänd. Efter flera timmar har inget hänt. En sjuksköterska med utbildning i transkulturell vård råkar komma in i behandlingssalen. Den utbildade sjuksköterskan tar snabbt kommandot och ber de manliga deltagarna att lämna salen samtidigt som hon också minskar belysning som fokuseras på kvinnans underliv. Hon kallar in patientens bror och ber honom förklara för patienten på arabiska vad hon ska göra och vad som kommer att ske. Nästan omedelbart slappnar patienten av och barnet föds inom 10 minuter efter att patienten har varit i smärtsamt arbete under flera timmar. Senare berättade patienten hur fruktansvärt rädd hon var under hela upplevelsen, hon sa att "hon trodde att hon skulle dö!" Hon uttryckte sin stora uppskattning för "sjuksköterskan med transkulturell kompetens som förstod hennes kulturella behov och hjälpte henne".

Transkulturell vård kan med stöd av ovanstående definieras som den befintliga vårdapparaten som måste förstärkas med ett anpassat bemötande av patienten, samt att omvårdnad måste ske utifrån kunskap om och förståelse för hur patienter måste hanteras utifrån patientens behov och bakgrund (Leininger & McFarland, 2002).

Karolinska Institutet håller kurser inom transkulturell omvårdnad vilket visar att transkulturell kunskap är ett viktigt område också inom svensk vårdutbildning. Dessa kurser hålls både på grundnivå (sjuksköterskeutbildning) såväl som på specialist- och forskarutbildningsnivå. *Kursernas mål är att förbereda sjuksköterskor och annan vårdpersonal för att möta och vårda människor med olika kulturell bakgrund (Karolinska Institutet, 2011,s.1).*

PROBLEMFORMULERING

Sverige är i en förändring mot en mer heterogen befolkning, som många andra samhällen i världen. Detta ställer nya krav på både samhälle och vårdorganisation. Hälso- och sjukvårdens mål är att vård ska ges på lika villkor men utifrån individens speciella behov så att en god hälsa kan uppnås.

För att möta dessa krav som ställs på vården används begreppet transkulturell vård och fokus läggs på att detta ska inkluderas i befintlig vårdorganisation. För sjuksköterskan betyder detta att fler och fler transkulturella möten kommer att bli vanliga och att bygga upp en fungerande vårdrelation i dessa möten är en utmaning. Idag kan konstateras att den växande invandringens krav på likställd vård ibland inte kan uppfyllas av vården. Brister i vården är tydliga enligt vad som framkommit under Transkulturell vård.

Det transkulturella samhället kommer att vara bestående och det är således viktigt att finna vägar och rutiner för att överbrygga de brister som finns. En ökad förståelse för olika kulturella livsmönster, kunskap om och öppenhet för olika individer med olika kulturell bakgrund och deras vanor blir avgörande för att uppnå en likställd vård utifrån individens behov.

Här kan konstateras att ett antal frågor blir tydliga:

- Hur ska vårdpersonal och organisation lyckas väl inom den transkulturella vården?
- Vilka faktorer är avgörande för en jämlik och god vård?

SYFTE

Syftet med detta arbete är att beskriva faktorer som är viktiga för att vårdpersonal särskilt sjuksköterskor ska kunna ge god omvårdnad till patienter som är invandrare och som vårdas inom den transkulturella vården.

METOD

Detta arbete är en litteraturstudie baserad på 13 vetenskapligt granskade kvalitativa artiklar och en avhandling. Studien är en litteraturöversikt. Artikelsökning skedde dels via Summon supersök, dels genom manuell sökning på referenser i artiklar och C-uppsatser. Under sökning i Summon supersök bistod inledningsvis en bibliotekarie med viss assistans. Sökningen har begränsats till vetenskapliga artiklar.

URVAL AV ARTIKLAR

Friberg (2006) menar att ett urval måste göras eftersom man får för många artiklar när man väljer ämnesområde. Begränsningarna var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska och studierna utförda i väst för att kunna jämföras med svenska förhållanden.

Författarna har först läst titeln på artiklarna i sökresultatet och därefter abstracts ifall titeln var relevant. I vissa fall lästes hela artikeln. Under sökningsprocessen växte ett antal sökord fram, som var betydelsefulla för syftet. De 13 artiklar och en avhandling, som slutligen valdes ut, kom från Australien, Kanada, England, USA och Sverige. Bredden visar på att det är ett internationellt fenomen.

Initiala sökord var *Multicultural care*, *competent nursing* och *patient satisfaction*. Under snabbläsning av artiklarna kunde konstateras att själva kompositionen av sökorden begränsade utbudet, till exempel *competent nursing* jämfört med *competent care* gav olika resultat. De sammansatta sökorden gav idéer om helheten, ett handlingsprogram, och två olika sökningar gjordes. De nya sökorden var *transcultural*, *competent* och *nursing*. Författarna tyckte också att det kunde vara intressant att finna studier från *Australien* eftersom detta är ett stort transkulturellt land. Under genomläsning av artiklar identifierades också referenser till andra författare som söktes via manuell sökning i samma databas. Hela sökprocessen och dess resultat i form av artiklar framgår av Tabell 1 och 2.

Tabell 1. Sökning via Summon Super Sök databas.

Datum	sökord	begränsning	Antal träffar	Använda artiklar
2011-11-27	Multicultural care, and		36 918	
	Competent nursing, and		1 834	
	Patient satisfaction, and		498	
	Australia		110	
		Vetenskapliga artiklar	47	*Josipovic (2000) *Carnevale (2009) *Jirwe (2010)
2011-11-27	Multicultural, and		131 557	
	transcultural, and		3 305	
	competent, and		980	
	nursing, and		638	
	Australia		134	
	Vetenskapliga artiklar	124	*Bryant(2008) *Pergert (2007)	
2011-11-27	Multicultural Society, and		68 793	
	Immigrants, and		22 689	
	Swedish		1 218	
		Nursing, and	31	
		Vetenskapliga artiklar	30	*Hultsjö (2005)
2011-11-28	Cultural Competency, and		71 520	
	nursing care, and		9 960	
	Australia		1 862	
		Nursing, and	428	
		Vetenskapliga artiklar	345	*Chenowethm (2006)

Tabell 2. Manuellsökning via Summon Super Sök databas.

Datum	Sökord	Begränsning	Antal träffar	Författare
2011-11-27	Minority Ethnic patients	Vetenskapliga artiklar	44 002	*Cortis (2004)
2011-11-27	Do your patients understand	Vetenskapliga artiklar	82 906	*Cutilli (2006)
2011-11-27	Cultural challenges in end of life care	Vetenskapliga artiklar	99 181	*Ekblad (2000)
2011-11-27	Pergert	Vetenskapliga artiklar	16	*Pergert (2008)
2011-11-27	Att vara invandrare och patient i Sverige	Vetenskapliga artiklar	6	*Björk Brämberg (2008)
2011-11-27	Bankert, Romana	Vetenskapliga artiklar	43	* Benkert (2009)
2011-12-08	Emphasis on understanding the people of Afghanistan	Vetenskapliga artiklar	685 103	* Giger, (2002)

ANALYS

För att skriva detta avsnitt har författarna använt Granheimer och Lundman (2004) som vår referens. Granheimer och Lundman använder följande centrala begrepp: meningsbärande enheter, budskap, kod, kategorier och teman. Vi har följt deras metod att utföra en analys och analyserat innehåll i artiklarna enligt följande:

- Vi har först läst igenom datamaterialet i sin helhet för att få en helhetsbild.
- Vi har markerat innehåll som överensstämmer med syftet för vår uppsats, användbart material, direkt i artiklarna eller i vissa fall markerat detta i marginalen. Dessa markeringar kallar Granheimer och Lundman för meningsbärande enheter.
- Vi har försökt korta ner dessa meningsbärande enheter till "budskap" eller korta kärnfulla meningar som samlats i dator för vidare sortering.
- Vi har därefter satt en kod på dessa budskap.
- Slutligen har vi grupperat dessa budskap till kategorier (budskap som hör samman dvs. med samma typ av innehåll).
- Vi har fört samman kategorier till teman, dvs. större "kategorier", helheter.
- Vi har gjort denna sortering i datorn för att komma fram till en tabell över kategorier och teman som kan ses i bifogad tabell.

Under arbetets gång blev det för författarna uppenbart att kategorisering och bildandet av teman inte var en rak process där ett slutligt innehåll direkt var färdigt. Detta poängteras också av Granheimer och Lundman (2004). Vi fick ett antal gånger ompröva vår uppdelning i kategorier och teman. Författarna fick komplettera och ändra ett antal gånger och också gå tillbaka till artiklarnas innehåll tills vi kände att strukturen, dvs. kategorier och teman kändes rätt och komplett. Processen blev med andra ord en "trial and error"-process där vi successivt lärde oss och förbättrade resultatet.

RESULTAT

Vår resultatredovisning följer den struktur och den indelning som finns i Tabell 3; Olika faktorer som påverkar omvårdnad i en transkulturell vård. Resultatet redovisas med indelningen i teman och därefter i kategorier, allt efter vår sammanställning av sökprocessens resultat.

Tabell 3. Olika faktorer som påverkar omvårdnad i en transkulturell vård

Kategorier	Tema
Språkliga hinder Användning av tolk	Kommunikation
Beteende Synen på hälso- och sjukvård Närståendes närvaro Könsrollernas betydelse	Kulturella skillnader
Riktlinjer och rutiner Brist på tid och resurser Vårdmiljön Effektiv användning av resurser och användning av sjuksköterskor med transkulturell bakgrund Rätt fokus i vården	Organisatoriska faktorer
Nytänkande i utbildningen Behov av utbildning i kulturell kompetens och förståelse för olika religioner	Utbildnings- och Kompetensbehov

KOMMUNIKATION

Kommunikation omfattar hela registret av mänskligt samspel och beteende. Med kommunikation kan man få en känsla av gemenskap med andra. Kommunikation kan möjliggöra utbyte av information, signaler eller meddelanden i form av idéer och känslor (Giger & Davidhizar, 2002). God kommunikation är en förutsättning för att uppnå en god omvårdnad. Brist på möjlighet att kommunicera öppnar möjlighet till missförstånd och kan därigenom ge en bristfällig vård. Bristfällig kommunikation omfattar såväl verbal som icke-verbal kommunikation och om patient och vårdpersonal inte kan kommunicera på svenska så är möjligheten för bristfällig vård alltså uppenbar (Pergert, Ekblad, Enskär & Björk, 2007; Ekblad, Marttila & Emilsson, 2000).

Björk Brämberg (2008) betonar vikten av att en god kommunikation kan upprättas mellan patient och sjuksköterska, för att ett gott vårdresultat ska uppnås. Kommunikation är absolut nödvändig för att en förståelse mellan sjuksköterska och patient ska uppnås. Utan språklig kommunikation kan patienten inte vara delaktig i sin egen vård. Björk Brämberg (2008) menar att delaktighet i vården såsom att "bli bemött med hörsamhet", att "få ställa krav" förutsätter att de "språkliga hindren överbryggas" så att patienten kan känna att han har "kontroll" över sin omvårdnadssituation. En kvinna i studien formulerade sig enligt följande: "*Jag kunde inte fråga efter vatten. Det var svårt, jobbigt. Jag försökte förklara att jag vill ha vatten. Men sedan så fanns det en kvinna som förstod mig, så hon kunde hjälpa mig. Hon hade också varit patient*" (Björk Brämberg, 2008, s.52).

Tydlig kommunikation med patienter och deras närstående är nödvändiga för att uppnå en god omvårdnad (Carnevale, Vissandjée, Nyland & Vinet-Bonin, 2009; Pergert et al., 2007).

Språkliga hinder

Språkliga hinder uppstår när vi har språklig mångfald och om vårdpersonal, patienten och dess närstående inte har samma modersmålspråk. Språklig mångfald är det primära hindret i processen att utveckla en transkulturell vårdande relation (Pergert et al., 2007; Ekblad et al., 2000).

Hantering av språkliga skillnader är viktigt inte bara för att det kan förbättra respektfull behandling av typiskt utsatta befolkningsgrupper, utan det kan också bidra till att förhindra allvarliga komplikationer. Det är nödvändigt för att patienter ska förstå omvårdningsprocessen och rutiner och för att sjuksköterskor ska kunna göra en bedömning av patienters situationer. Det är alltså viktigt att sjuksköterskor är medvetna om denna konsekvens då en god omsorg av patienter är ett av huvudmålen för vården (Carnevale et al., 2009; Pergert et al., 2007).

Språket skapar inte bara förutsättningar för en vårdrelation, utan den påverkar också vårdresultatet enligt (Benkert, Hollie, Nordstrom, Wickson & Bins-Emerick, 2009) och författarna menar att möjligheten att sjuksköterska och patient förstår varandra är avgörande för hur nöjd patienten är med vården. Själva läkningsprocessen förbättras när sjuksköterskans och patientens förståelse för varandra och deras uppfattningar, värderingar, förväntningar harmonierar (Bryant, Foley & Percival, 2008).

Jirwe, Gerrish och Emami (2010) ger flera exempel på sjuksköterskornas frustration när kommunikationen är bristfällig. En sjuksköterska menade att fokus läggs på det tekniska i vårdprocessen, förklaring till åtgärden utelämnades och det viktiga småpratet uteblev. Vården blev mekanisk och opersonlig och en viktig faktor blev förlorad dvs. kommunikationen. Flera andra sjuksköterskor i samma studie uttryckte oro för att patienten inte kunde kommunicera sitt eget budskap till sjuksköterskan. Det fanns ingen möjlighet att förstå gråt eller klagan, gjorde det ont, var något fel eller var patienten rädd? Sjuksköterskan kunde därför inte lämna lämpligt stöd till patienten. Flera sjuksköterskor påpekade att de hade en rädsla och ångest för att försöka kommunicera med patienter från speciellt ett land eller kultur som var obekant för dem. De var rädda att göra misstag och att stöta på reaktioner som de inte visste hur de skulle hantera (Jirwe et al., 2010). Småpratet har stor betydelse för att utveckla en god vårdande relation med patienten och deras närstående (Pergert et al., 2007).

Användning av tolk

När den språkliga mångfalden är hög bland patienter är bristen på språklig kompetens hos sjuksköterskorna som störst (Pergert et al., 2007; Cutilli, 2006). I sådana fall är det viktigt att använda tolk. Men i flera studier tas också problemen med att använda tolk upp. Ekblad et al. (2000) menar att det finns både för och nackdelar med att använda tolk och författaren rekommenderar användandet av utbildad tolk. Användning av tolk innebär också inblandning av ytterligare en person i kommunikationen, och detta försvåra upprättande av en vårdrelation (Pergert et al., 2007). Sjuksköterskestudenterna ansåg att de anhöriga hjälpte till men de såg

också en risk att de anhöriga kunde bli dominanta och ta över dialogen och därmed försvåra en relation mellan sjuksköterska och patient (Jirwe et al., 2010).

Vid användning av extern tolk så är också denna deltagare en mycket aktiv person i samspelet mellan sjuksköterska och patient (Pergert et al., 2007). Eftersom tolken är en aktiv deltagare i processen är det viktigt att denna person har en gedigen utbildning som tolk. Men det är också viktigt att sjuksköterskan försöker att föra en så enkel dialog som möjligt för att undvika missförstånd (Cutilli, 2006). Vidare så menar författaren att man helst ska undvika att använda familjemedlemmar och framförallt barn, eftersom det visar på en form av bristande respekt i vissa kulturer. Det kan också vara så att en del av den information som behandlas är av känslig natur och inte avsedd för den yngre generationen.

Familjemedlemmar kan också skydda patienten från fakta ”som den inte behöver höra” och att det därför finns en osäkerhet om vad som går fram i kommunikationen. Men i akuta situationer får man ta den tolk som är möjlig (Cutilli, 2006). Hulstjög och Hjelm (2005) tar upp alternativet att inte använda tolk och menar då att detta kan resultera i missförstånd och utebliven förståelse. Konsekvensen kan bl.a. bli flera återbesök för att hantera detta problem. Björk Brämberg (2008) betonar i sitt resultat att vårdare bör ha kunskap om var bra tolkar finns och hur man kommunicerar via tolk.

KULTURELLA SKILLNADER

Sjuksköterskestudenternas kunskaper om de kulturella frågorna påverkar kommunikationen med patienten i den tvärkulturella vården (t.ex. kroppsspråk, ögonkontakt, gester). Dessa kunskaper kan vara förvärvade formellt inom sjuksköterskeutbildning eller informellt genom livserfarenhet. Men även med kunskaper är tvärkulturell vård inte oproblematisk (Jirwe et al., 2010). De flesta sjuksköterskor betonade hur en förståelse för olika kulturella normer och traditioner hjälpte dem att uppskatta att människor betedde sig olika och hade olika världsåskådningar. Kulturell kunskap gav dem mer förtroende att hantera obekanta situationer som i sin tur lett till en förbättrad kommunikation. Deltagarna påpekade att de ofta var oroliga och ibland undvek att interagera med patienter eftersom de ville undvika att orsaka problem. Ångesten var störst när de stötte på en situation som var okänd, till exempel att möta en patient från ett land som de inte hade mött tidigare, eller mötte ett beteende de inte hade observerat tidigare, och som de inte visste hur de skulle reagera på (Jirwe et al., 2010).

I en studie (Giger & Davidhizar, 2002) betonas att varje individ är kulturellt unik, en produkt av tidigare erfarenheter, kulturella övertygelser och kulturella normer. Det är viktigt att vara medveten om detta för att ge en kulturellt anpassad och kompetent vård. Kunskap i allmänt grundläggande kulturella kompetens är en bra utgångspunkt för att kunna ge kulturellt lämplig vård.

I Björk Brämberg (2008) betonas vikten av att se omvårdnad ur ett individorienterat perspektiv. Att se individen före individens kulturella ursprung. Att inte ha detta synsätt kan cementera åsikter och därmed handlingsmönster om hur en individ med ett specifikt ursprung ska behandlas menar författaren. Den kulturella bakgrundens betydelse kan också vara olika för patienter med samma bakgrund bland annat beroende på deras syn på den egna kulturen, t.ex. om man kommit som flykting eller som ”vanlig” invandrare. Synen på ursprungets betydelse kan också variera beroende på den tid man varit i landet och assimilerats. Detta är

tydligt med första och andra generationens invandrare. Andra generationens invandrare har haft längre tid att påverkats, de har svenska vänner och också kanske gått i svensk skola.

Beteende

Stora skillnaderna i beteende bl.a. starka och kraftfulla uttryck hos patienten, kan leda till missförstånd och blir ett problem i den vårdande relationen. Enligt studierna kan ett lugnt och behärskat uppträdande hos sjuksköterskor uppfattas som känslomässigt kallt av vissa patienter, medan starka känslomässiga uttryck hos patienten kan upplevas som överväldigande och skrämmande av sjuksköterskor (Pergert et al., 2007; Hultsjö & Hjelm, 2005). I samma studie ansåg sjuksköterskor att det kan vara svårt att ställa rätt diagnos på grund av en alltför intensiv kommunikation, både verbalt och icke verbalt, hos patienten. Som exempel tar en sjuksköterska också upp ett fall där patienten enligt sig själv hade en fruktansvärd huvudvärk som prioriterades och man sprang till patientens hjälp, men det visade sig att han bara hade inflammation i örat.

Synen på hälso- och sjukvård

I Hultsjö och Hjelm (2005) intervjustudie anser ambulanspersonal att brist på kunskap om sjukvårdssystemet är ett problem för vissa invandrargrupper. Dessa använder akutsjukvården i all vårdssituationer. För att säkerställa att inget allvarligt inträffat känner akutpersonalen sig ibland tvingad att skicka ambulans även i fall där det misstänkts och senare visat sig att patienten enbart haft huvudvärk. Läkare och även sjuksköterskor betraktas i vissa kulturer som auktoriteter och deras råd och anvisningar ska därför inte ifrågasättas. Därför kan sådana patienter och deras anhöriga vara helt frågande inför att själva delta och bestämma över sin vård. Uppfattningen är med andra ord att patienten går till vårdpersonalen för att bli botad, inte för att bota sig själv (Pergert et al., 2007).

En annan problematik framkommer för sjuksköterskorna när det gäller att förmedla känslig eller svår information till patienter. Att berätta sanningen är ett sådant problemområde enligt studierna. Detta är olika inom olika kulturer och gäller t.ex. att berätta sanning om sjukdomssituationen och framförallt cancer. Det kan också vara tabu att berätta och tala om sjukdom inför barn. Vissa familjer tror att sanningen ytterligare kan förvärra situationen för både patient och anhöriga och därför måste sanningen kontrolleras och filtreras. Sjuksköterskan ombeds därför att utelämna information till patienten eller anhöriga. Detta kan sätta sjuksköterskan i ett etiskt dilemma. Sjuksköterskorna hävdar att man bör tala sanning i alla lägen och uppmanar alltid patienterna att göra så. De anser att ärlighet är avgörande för att främja patientens förmåga att förbereda sig och klara av svåra situationer och därigenom en förutsättning för att skapa en god vårdande relation (Pergert et al., 2007).

Närståendes närvaro

Hultsjös och Hjelm (2005) studie omfattar vårdpersonal och sjuksköterskor från både ambulans och akutpsykiatri. Denna personalgrupp påpekar svårigheter vad gäller anhörigas närvaro t.ex. att vara störande, att de måste tas om hand och motas bort, lastas av från ambulans, vilket skapar en kaotisk situation runt patienten. Detta gör att vårdpersonalen har

svårt att utföra sitt arbete eller måste lägga ner oerhört mycket tid. Personalen nämner också exempel från asyl/psyk när hela familjer befinner sig på sjukhuset för att bevaka situationen.

Närståendes delaktighet i vården och vårdplaneringen är avgörande för en bra vård, och enligt Bryant et al. (2008) är själva kunskapen om deras kulturella bakgrund och behov, därför av stor betydelse för vårdens resultat och kvalitet.

Könsrollernas betydelse

En patriarkalisk kultur och en förändring av könsroller under en tid som uppstår när kvinnan befinner sig på sjukhus kan orsaka spänningar (Pergert et al., 2007; Hultsjö & Hjelm, 2005). I en patriarkalisk kultur är mannen familjens överhuvud och all information ska därför gå genom honom. En ytterligare komplikation är då också att "patriarken" har svårt att ha en dialog med vårdpersonal av motsatt kön, dvs. kvinnor. Detta kunde ge upphov till spänningar hos familjerna och skapa problem för sjuksköterskorna när de inte kunde ge direkt information till de kvinnliga patienterna (Hultsjö & Hjelm, 2005). I samma studie beskriver en sjuksköterska också hur mannen blir oförmögen att ta hand om familjen när kvinnan blir inlagd för vård.

En sjuksköterska av annat kön än patienten själv kan också vara ett problem för patienten i en omvårdnadssituation framkom i Cortis (2004). Patienten vill helst bli vårdad av en sjuksköterska av samma kön. De intervjuade kvinnorna i Björk Brämberg (2008) visar att invandrarkvinnor ibland avstår från aktiv delaktighet i vården. Detta visas genom att de underkastar sig vårdpersonalens beslut utan att ställa frågor eller krav och agerar utifrån att inte vara till besvär.

ORGANISATORISKA FAKTORER

Rutiner som är avsedda för att leverera vård och utveckla vårdande relationer med familjer ur majoritetsbefolkning är kanske inte anpassade för vårdande relationer när patienten tillhör en minoritetsgrupp eller har en avvikande kulturell bakgrund. Detta är tydligt eftersom både minoritetsbefolkning och vårdpersonal upplever många hinder i vården. När det inte finns tillräcklig tid för reflektion för vårdande av minoritetsbefolkning, då påverkar detta utvecklingen av transkulturellt vårdande relationer. Till exempel hade sjuksköterskor inte tidigare reflekterat över varför de inte använder tolk i sitt arbete när de bokar tolkar för läkaren. (Pergert et al., 2007).

Riktlinjer och rutiner

Rutiner och riktlinjer är grunden för hur tid används inom vården. Beroende på målgrupp så måste rutiner och riktlinjer anpassas.

"Organisatoriska hinder handlar om brist på riktlinjer och rutiner och en konsekvens är tidsbrist. Brist på anpassade riktlinjer och rutiner och oflexibla policies, ger rutiner och metoder som inte är anpassade till att passa för den transkulturella vårdsituationen" (Pergert et al., 2007, s.13).

Brist på tid och resurser

Vid resursbrist, såsom personalbrist och brist på tolk, om inte tillräckligt bra arbetsvillkor finns och om tid för reflektion saknas så blir det svårt att utveckla en bra vårdssituation tillsammans med patienter av en annan kulturell bakgrund och deras närstående. Sjuksköterskorna påpekar att tidsbristen gör att det är svårt att utveckla en vårdande relation när det finns flera hinder som t.ex. språkliga hinder och brist på tolk. Att ordna och ha ett samtal genom tolk tar betydligt längre tid än att kommunicera direkt (Perget et al., 2007).

Vårdmiljön

Vårdmiljön är också en organisatorisk faktor som påverkar vårdrelationen. Studier av Pergert et al. (2007) och Cortis (2004) visar att konflikter kan uppstå när närståendes behov av socialt utrymme för många familjemedlemmar och springande barn skiljde sig mot vårdpersonalens uppfattning. Enligt sjuksköterskorna kan patienternas familjer ta ett för stort utrymme och störa allmän ordning på avdelningen. Många sjuksköterskor ansåg att närståendes besök var ett stort problem. Cortis (2004) konstaterar också att även om sjuksköterskor ska vara flexibla och tillåta olika typer av beteenden så kan de inte uppfylla allas önskemål och behov. Björk Brämberg (2008) betonar att tillgång till samtalsrum varierar bland olika vårdorganisationer. Det borde vara så att en sjukvårdsavdelning eller vårdcentral har rum för samtal i avskildhet.

Effektiv användning av resurser och sjuksköterskor med transkulturell bakgrund

Effektiv användning av resurser är en annan viktig organisatorisk åtgärd för att skapa en bättre vårdrelation. Sjuksköterskor med transkulturell bakgrund betonar att de redan har en förståelse för och insikt i vissa av de kulturellt betingade problem som upplevs av de inhemska sjuksköterskorna, speciellt gentemot patienter av samma härkomst. En vårdorganisation som använder transkulturella resurser kommer att ha ett bättre vårdresultat p.g.a. den kunskap, de färdigheter och den kulturella sensitivitet som transkulturella sjuksköterskor redan har (Josipovic, 2000; Chenowethm, Jeon, Goff & Burke, 2006). Björk Brämberg (2008) påpekar också betydelsen av att tillvara ta den kunskap som finns hos transkulturella sjuksköterskor. Eftersom dessa sjuksköterskor redan har med sig den transkulturella bakgrunden kan de öppna upp möjlighet till kommunikation och ökad förståelse inom den befintliga organisationen.

Rätt fokus i vården

Chenowethm et al. (2006) betonar vikten av fokus på den transkulturella vården. Sjuksköterskans uppgift är inte bara att vårda patienten. Sjuksköterskan har också ansvar att undervisa patienten i de villkor som gäller och att använda de resurser som finns inom vården på ett effektivt sätt. Författarna redovisar sina resultat i tre stora grupper:

- Sjuksköterskor måste ge relevant information om vårdprinciper till vårdtagaren. Öka vårdtagarens förståelse över vilka rättigheter och skyldigheter som vården ger så att patienten kan känna trygghet och förtroende.
- Insamla och verifiera att vårdgivaren har tillräcklig kunskap om kulturella skillnader. Öka kulturell kompetens. Detta är en kontinuerlig process med ständiga förbättringar där vårdgivaren försöker att bli bättre i sitt transkulturella arbete.

- Använda existerande resurser för att uppmuntra effektivt samarbete såsom transkulturella sjuksköterskor, föreningar, tolkar etc. (Chenoweth et al., 2006).

(Pergert et al., 2008) menar att lika vård för alla innebär inte identisk behandling och därför är slutsatsen att vård ska anpassas till behov hos den enskilda patienten oavsett bakgrund. Dessutom menar författarna att överbrygga hinder i den transkulturella vårdrelationen är den enda etiska och moraliska vägen för att utföra en kvalitativ vård som finns för alla, oavsett språk, religion, kultur och sociala situation. Sjukvårdsorganisationer bör se till att resurser för tolkanvändning finns och att skapa ett arbetsklimat präglad av ett förhållningssätt som lyfter fram betydelsen av att sjuksköterskor har samtal med patienter (Björk Brämberg, 2008).

UTBILDNINGS- OCH KOMPETENSBEHOV

Björk Brämberg (2008) betonar att transkulturell utbildning för alla i vården är en orimlighet, det skulle skapa ett enormt utbildningsbehov inom vården. Däremot borde någon form av ökad kulturell kompetens ingå i grundutbildningen för sjuksköterskor.

Nytänkande i utbildningen

En enkätundersökning (Josipovic, 2000) av hur transkulturella sjuksköterskestudenter ser på behov i den transkulturella utbildningen visar att det behövs nytänkande i sjuksköterskeutbildningen och behoven listas i tre olika områden:

Allmänt viktig kunskap såsom:

- Kommunikativa färdigheter (ett andra språk), kulturell förståelse (öppenhet för det annorlunda), att tidigare erfarenheter är viktiga kunskaper för vården, icke-verbal kommunikation, kulturell anpassning (hur det är att byta kulturell hemvist).

Synen på sjuksköterskor (hur transkulturella patienter betraktar sjuksköterskor):

- Sjuksköterskor status i andra kulturer, sjuksköterskors agerande i andra länder, etik och lagar i omvårdnad i olika länder.

Hur sjuksköterskor kan använda det offentliga samhällets olika tjänster (Josipovic, 2000).

Sjuksköterskor med transkulturell bakgrund kan ses som resurs i den kontinuerliga vidareutbildningen. Dessa sjuksköterskor är bärare av kunskap och förstår behov som finns i en transkulturell vårdssituation och är som sådana viktiga att inkludera och använda som dagliga utbildare och handledare (Josipovic, 2000).

Behov av utbildning i kulturell kompetens och förståelse för olika religioner.

Kulturella frågor är viktiga i dagens transkulturella samhälle och eftersom att antalet patienter med olika kulturell bakgrund kommer att öka, kommer kulturella frågor att bli ännu viktigare. Det kommer därför att bli viktigt att lära och förstå mera om religioner och kulturer som personalen brukar komma i kontakt med. Det kommer också att bli viktigare att förstå synen på sjukdomar och död i olika kulturer (Ekblad et al., 2002). Sjuksköterskorna i Ekblad et al. (2000) ansåg att en ytterligare utbildning i kulturella, religiösa frågor, såväl som om olika trauman (tortyr, våldtäkt) borde ges.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Studien är en litteraturstudie baserad på vetenskapliga artiklar. Författarna valde som ämne för studien att behandla transkulturell omvårdnad.

Inledningsvis försökte vi få en förståelse för vilka artiklar som fanns inom vårt ämnesområde och vi använde sökord som relaterade till vårt syfte med arbetet. Detta gjordes initialt med enkla sökord såsom "multicultural care" och "competent nursing". Detta gav oss många artiklar som vi översiktligt läste igenom, behöll eller lade åt sidan. I artiklarna fick vi också uppslag på nya referenser eller sökord som vi kunde använda för fortsatt sökande. Mängden artiklar tvingade oss att fokusera och detta gjorde också att vi förändrade vår initiala fokus och därigenom reviderade vårt syfte med studien.

Eftersom sökningen var bred fick vi en mängd artiklar och en god överblick över hur detta ämnesområde behandlas inom forskningen. På grund av detta kunde vi samla mycket material för att besvara syftet. Under vår sökning såg vi också att forskningen hade olika fokus. Huvuddelen behandlade sjuksköterskans perspektiv och en minoritet behandlade patientens perspektiv. Eftersom huvudfokus i artiklarna var sjuksköterskeperspektivet så valde vi det perspektivet som vår fokus också, även om patientperspektivet också hade varit intressant.

Författarnas tanke var inte att ta reda på hur ämnet ser ut bara inom svensk sjukvård, utan mera generellt. Sökningen visade också att övervägande antal studier var genomförda utanför Sverige. Författarna ser det som en styrka att alla de utvalda studierna var kvalitativa, eftersom det ger en mer utförlig beskrivning av sjuksköterskans åsikter och personliga erfarenheter av transkulturella möten.

I studierna förekommer sjuksköterskor och vårdpersonal från olika enheter inom vården. Författarna ser detta som en konsekvens av att vi själva inte valt att avgränsa vår studie till delar inom vården. Vi har behandlat resultaten som om de är generella för vården, men har betonat från vilken grupp uppgifterna är hämtade. En uppdelning skulle ha inneburit att vi ytterligare hade behövt avgränsa vår studie.

Resultatet växte fram genom att meningsbärande enheter tas ut från artiklarna och placerades i olika kategorier. Sedan grupperades kategorierna i olika tema. Processen var mycket tidskrävande p.g.a. artiklarnas antal. "*Reality can be interpreted in various ways and the understanding is dependent on subjective interpretation*" (Graneheim & Lundman, 2004, s.106). Att översätta materialet till svenska var tidsödande då varken svenska eller engelska är författarnas ursprungliga modersmål.

Författarna till denna studie är båda av annan etnisk härkomst än den europeiska och anser oss känna igen många av de resultat som här presenteras. Som en slutsats anser författarna att vår sökning och metod har fungerat. Själva sökprocessen och gallringen har varit tidsödande och komplicerad. Vi har läst många artiklar som sedan valts bort, kanske beroende på vår initiala öppna sökning. Emellertid gav detta oss möjligheten att hitta BRA artiklar, med hög relevans

för vår studie. Kanske kunde sökningen begränsats bättre så att vårt arbete minimerats, men kanske hade vi då också missat ett antal relevanta artiklar.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet i den här uppsatsen visar på faktorer som påverkar transkulturella möten i sjukvården. Globalisering har lett till en ständig förflyttning av människor i världen och därmed ställs också steg för steg nya krav på samhället och vården. Men som vi konstaterade i vår bakgrund, för en fortsatt utveckling av vårt samhälle behövs en invandring till Sverige och därför blir vårt samhälle alltmer ett mångkulturellt samhälle. Detta innebär att samhället måste hantera och skapa kunskap om konsekvenserna av ett mångkulturellt samhälle. Följaktligen måste också vårdorganisationen anpassas och öka sin kunskap om individerna i detta samhälle så att ett lyckat, tryggt och bra möte skapas.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS1994:953) skall alla behandlas utifrån sina förutsättningar och alla ska ha rätt till vård. Målet för en transkulturell vård är just detta och flera artiklar i vår studie stöder denna individuella syn på vården. Att förstå och vara öppen för de olikheter som finns mellan olika vårdtagare bl.a. beroende på kulturell bakgrund och att utifrån denna kunskap ge en kulturellt anpassad vård betonas av bl.a. Björk Brämberg (2008). Vi anser att vård på lika villkor inte betyder lika vård för alla utan vård utifrån individuella behov och därför med olika resursbehov.

Eftersom samhället är i ständig förändring genom invandring och har så varit under lång tid så är transkulturell vård inte statiskt till sitt innehåll. Genom invandring kommer nya patientgrupper med sina behov på vårdens utformning och innehåll. Därför är transkulturell vård en öppen, anpassad vård som ständigt förändras och som måste vara öppen och mottaglig för förändringar i sitt innehåll. Alla individer är unika och därför är all vård egentligen transkulturell vård i någon bemärkelse, men definitionen av transkulturell vård innebär att organisationen verkligen har de resurser som krävs och kan anpassa sig för att utföra en skräddarsydd vård utifrån individens behov och förutsättningar (Leininger & McFarland, 2002). Att vården ska vara individuell och anpassad stöds av flertalet av våra artiklar i vårt resultat.

Resultatet i vår studie visar att det finns viktiga faktorer som är avgörande för att en god transkulturell vård ska kunna utföras utifrån HSL:

- Kommunikation är antagligen den viktigaste faktorn så att en dialog kan uppnås mellan patient och vårdpersonal.
- Kulturell bakgrund ger individuella olikheter och därmed olika vårdbehov.
- Olika organisatoriska faktorer är viktiga för att en transkulturellvård ska uppnås och vårdgivaren måste se till att nödvändiga rutiner, kunskaper och resurser finns tillgängliga.
- Det finns kunskaper som är viktiga att implementera hos vårdpersonalen så att en god transkulturell vård ska uppnås.

Det räcker alltså inte med att förstå att vårdssituationen ska vara individuell. Att förstå vad som måste anpassas i vårdssituationen och hur är vad som krävs för att en god transkulturell vård ska föreligga.

Vi har valt att diskutera vårt resultat utifrån följande områden:

Kommunikation, Kulturella olikheter, Organisatoriska faktorer och Utbildnings-och kompetensbehov.

Kommunikation

Denna studie visar att kommunikation sannolikt är den viktigaste faktorn för att uppnå en god transkulturell vård. Bryant et al. (2008) menar att omvårdnad av patienter begränsas inte bara till att mäta och dokumentera vitala tecken på ohälsa, inte heller bara om såromläggning, injicering samt mediciner. Studiens resultat visar att i omvårdnadsarbete är relation och kommunikation med patienter under deras behandling oerhört viktigt och spelar också en stor roll för vårdtidens längd och patienters tillfrisknade. Interaktionen mellan sjuksköterska och patient, där kommunikationen är oerhört viktig, har en starkt ömsesidig påverkan som ger ökat engagemang hos sjuksköterskor att sköta sitt arbete på bästa sätt och ger känslomässigt stöd till patienter som kan förstärka patientens kropp mot sjukdomar, både fysiskt och psykiskt. Patienten är i behov av känslomässigt stöd och empati under sitt sjukdomsförlopp. Relationen mellan sjuksköterska och patient skapas och påverkas genom direkt dialog, röstläge, stämningen och den fysiska anslutningen.

Sjuksköterskor bör ha förmågan att kommunicera med patienter och närstående. Sjuksköterskor bör uppmärksamma patienter som inte själv kan uttrycka informationsbehov eller som har ett speciellt uttalat informationsbehov. Detta betonas i Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) och också i HSL (SFS1982:763). Vårt resultat stöder detta till och med på ett starkare sätt genom att hävda att om patient och sjuksköterska inte har samma språk är användandet av tolk en absolut nödvändighet och ska användas. I resultatet kan vi också se att det är viktigt för sjuksköterskan att ha kunskap om tolkanvändning. Detta innebär att känna till att det finns för och nackdelar med användning av tolk och att närstående som tolk också kan innebära problem. En auktoriserad, utbildad tolk är den bästa lösningen för alla parter. Det är därför också viktigt för sjuksköterskan att känna till var man kan nå auktoriserade tolkar och hur man använder dessa (Björk Brämberg, 2008; Pergert et al., 2007; Jirwe et al., 2010; Cutilli, 2006).

Att kommunikation är en förutsättning för god vård kan alltså läggas fast. Först när en dialog skapats med patienten kan också kulturella skillnader diskuteras. Då kan vårdbehov synliggöras och en god omvårdnad uppnås. Kommunikationen är också en förutsättning för att undvika kulturellt betingade misstag som kan orsaka patienten lidande enligt resultatet i vår studie.

Kulturella skillnader

Öppenheten för olika behov betonas av Giger & Davidhizar, (2002) och är alltså mycket viktig i en transkulturell vårdssituation. Även om HSL betonar individuell vård så är det alltså mycket viktigt att som vårdpersonal ta in och vara öppen för att utforska kulturella olikheter som är viktiga i mötet med patienten. Att alla patienter har rätt till individuellt anpassad vård betyder inte per automatik att vården blir individuellt riktigt anpassad, kan inte nog betonas. Som betonas av Leininger så är själva målet för en transkulturell vård att lyfta fram och använda det vårdbehov hos patienten som är kulturellt betingade (Leininger & McFarland, 2002).

Vårt resultat pekar på ett antal faktorer som är viktiga och som vårdgivaren måste vara uppmärksam på för att få uppnå en god dialog och se de vårdbehov som är kulturellt betingade. Detta gäller könsroller och betydelsen av att exempelvis familjens överhuvud styr det sätt som patienten kommunicerar och tillåts kommunicera (Pergert et al., 2007; Hulstjög & Hjelm (2005). Synen på vårdapparaten och vårdarens roll påverkar kommunikation och förväntningar enligt samma författare. Patientens egen roll och deltagande i vårdsituationen såväl som de närståendes direkta närvaro och deltagande i vården påverkar vårdsituationen (Hulstjög & Hjelm, 2005; Bryant et al., 2008). Utan nyfikenhet, intresse, aktivt sökande och kunskap om kulturellt betingade behov så kommer en anpassad vård inte att bli en realitet. Detta kan vara av avgörande betydelse för att en god vård ska bli utförd.

Men även om vi är öppna och mottagliga för kulturella betingelser är det också lika viktigt att vara medveten om att mina egna värderingar och att min bakgrund också styr mitt sätt att betrakta och värdera den information som jag som sjuksköterska får. Framförallt behöver sjuksköterskor bli medvetna om att deras egna uppfattningar och beteenden påverkar utfallet av vårdrelationen till patienten. Osäkerhet hos sjuksköterskor i denna roll kan leda till ökade kulturella skillnader och en risk för generalisering. Således är det viktigt att stärka de positiva egenskaperna som att vara öppen för olikheter, leta efter gemensamma samtalsområden och våga lita på den egna kapaciteten i yrkesrollen. För att alla patienter ska få det utrymme och den vård de har rätt till, gäller det att först och främst se kulturen utifrån en individuellt anpassad nivå och utarbeta en vårdplan som är specifik för denna speciella patient, d.v.s. en individuell vårdplan byggd på individens speciella behov och möjligheter.

Kulturella skillnader kan leda till direkta konflikter om sjuksköterskor väljer att enbart fokusera på negativa aspekter av de kulturella olikheterna. Olikheter finns i hur närstående involverar sig, könsrollers betydelse, synen på hälso- och sjukvården och i vårt beteende. Beträffande könsrollernas betydelse framkommer att kvinnorna i vissa transkulturella kulturer domineras av sina män (Pergert et al., 2007; Hulstjög och Hjelm, 2005). Det hade också varit intressant att se kvinnornas syn på detta men det framgår tyvärr inte i studierna.

Våra resultat visar på svårigheter, problematik men också möjligheter med kulturella olikheter. En slutsats av detta är att det återstår en hel del utbildning och kunskapsuppbyggnad innan transkulturell vård är en individuell vård anpassad efter individuella behov. Att utbildningsbehovet finns stöds också av vårt resultat.

Även om vi har en bra verbal kommunikation med en patient är det inte alltid det uttalade som är hela sanningen. Patienten bär på sin kultur och det som uttalas verbalt är en spegling av dennes kultur. Det finns flera faktorer i vårt resultat som visar på att kulturell bakgrund påverkar hur och vad vi kommunicerar likaväl som det påverkar hur vi beter oss, vad vi förväntar oss och kräver i vårdsituationen. Relationen påverkas också av hur sjuksköterska och patient tolkar varandras beteende, eftersom typ av beteende har olika betydelse i olika kulturer och folkgrupper.

Organisatoriska faktorer

För att förstå den problematik som ligger i transkulturell vård och innebörden av en individuellt anpassad vård, kan det vara intressant att själv sätta sig in i rollen som patient med främmande kulturell bakgrund i en vårdsituation. Vi kan då också lättare förstå den situation

som både patienten och sjuksköterskan möter. Om vi som svenskar skulle behöva besöka ett engelskt eller asiatiskt sjukhus vet vi att vi kommer att känna oss osäkra. Inte bara utifrån den språkliga problematiken utan också utifrån att miljön, policier och hela organisationen är obekant och därmed är förväntningarna osäkra. I det engelska sjukhuset kan vi sannolikt kommunicera medan i det asiatiska kanske också språket lägger stora hinder i vägen för en god kommunikation. De kulturella skillnaderna kommer också att vara olika när vi jämför vår hemmamiljö, med den engelska och den asiatiska. Vi kommer att utgå från våra egna föreställningar om hur behandling ska tillgå och alla olikheter kommer att påverka vår uppfattning och känsla inför vården. Sjuksköterskan i dessa sjukhus möter samma problematik, en kommunicerbar och en kanske inte helt kommunicerbar patient. Patientens förväntningar och krav såväl som sjuksköterskans kan vara olika i vårdsituationen.

Vi anser att transkulturell vård ska med utgångspunkt i Hälso- och sjukvårdslagen undvika att majoritetskulturens värderingar styr planeringen av insatser. Istället bör man sträva efter att varje individs unika behov och önskemål fokuseras och att insatser planeras därefter. Det individuella perspektivet stöds helt av vårt resultat. Varje individ är kulturellt unik och därmed finns behovet av en kulturellt anpassad vård (Giger & Davidhizar, 2002). Björk Brämberg (2008) betonar vikten av att se omvårdnad ur ett individorienterat perspektiv. Det individuella perspektivet kan tyckas innebära att mera resurser åtgår för att tillhandahålla en individuell vård. Men, patienters tillfrisknande kan styras av hur specifika behov i deras kulturella bakgrund kan tillåtas att vara med och påverka behandlingsmetoder i/under konvalescensen. Därför menar Davidson et al. (2002) att kunskap om hur en anpassad vård ska bedrivas kan också göra vården bättre och därför kanske även mindre resurskrävande.

Vår studie visar att vårdgivaren måste vara uppmärksam på ett antal organisatoriska faktorer för att kunna erbjuda en bra transkulturell vård. Riktlinjer och rutiner sätter gränser för hur tid och resurser ska användas i vården och det är viktigt att tillräckligt med tid finns i den transkulturella vården när patienten tillhör en minoritetskultur. Brist på tid och resurser försvårar vårdsituationen men det är då viktigt att tillgången på resursen tolk finns och att kunskap om tolkanvändning finns i organisationen. Utan en ömsesidig dialog mellan sjuksköterska och patient kan inte information föras över till patienten och informationen till sjuksköterskan blir också bristfällig med vårdrisker och tidsspillan som följd.

Sjuksköterskor och sjukvården behöver också bli medvetna om de negativa konsekvenser som kan uppstå till följd av en bristfällig kommunikation som ytterligare förstärks av olika organisatoriska faktorer. I flera studier betonas vikten av att se patienten ur ett individuellt perspektiv och ge den tid och resurser som behövs för den enskilde patienten (Pergert et al., 2007; Cortis, 2004). Detta kan gälla vårdmiljön, närståendes behov av socialt utrymme eller behov av tolkningsresurser. Det kan också gälla att anslå tillräcklig tid för att utbilda den enskilde patienten i hur sjukvården fungerar (Chenoweth et al., 2006).

I en situation med brist på tid och resurser är det viktigt att vården har rätt fokus och att resurser används effektivt. Återigen är användning av tolk, kunskap om användning av tolk men också användning och utbildning av befintlig kompetens inom organisationen viktig enligt våra resultat. Kanske måste också nyrekrytering ske för att öka kompetensen. I vår studie finns stöd för att användningen av sjuksköterskor med transkulturell bakgrund gör organisationen effektivare både genom att användas direkt i vårdsituationen och också som erfarenhetsbärare i vidareutveckling av organisationen.

En transkulturell vård kan också ha speciella krav på vårdmiljön som exempelvis speciella rum för socialt umgänge eller för privata avskilda samtal. Pergert et al. (2007) och Cortis (2004) betonar behov av närståendes närvarande, direkta behov av lämpliga lokaler och också ökade resursanspråk på vården. Inom detta område måste alltså sjukvården vara öppen och erbjuda de resurser som behövs för en bra och harmonisk vård. Ett exempel på att detta är en realitet är t.ex. muslimska bönesalar i våra sjukhus.

Även om vår studie var inriktad på att finna viktiga faktorer som påverkar transkulturellt omvårdnad så måste vårdgivarens erbjudande att tillhandahålla en transkulturell vård, en individuellt anpassad vård, bygga på en organisation med riktlinjer, rutiner och kompetens avsedda för denna typ av vård. Organisationen måste ha möjlighet att erbjuda de resurser som krävs för en vård anpassad till patienter med olika kulturell bakgrund. Leiningers enkla episod som relaterats med "den gravida kvinnan" visar på behovet av att förstå vad som måste göras, ha kunskap om vad som måste göras. Episoden fick ett lyckligt slut, en nöjd patient och en normal förlossning utan extra kostnader och eventuella ingrepp (Leininger, 2003).

Utbildnings- och kompetensbehov

Även om dialogen finns mellan patient och vårdpersonal finns också svårigheten att kunna tolka och förstå kulturella olikheter och eventuella konsekvenser. För att uppnå detta, som tidigare påpekats, måste sjuksköterskan gå igenom 3 olika faser för att kunna vara en sjuksköterska med transkulturell kunskap: Från medvetenhet, över förståelse till att använda metoder och dokumenterad kunskap (Leininger & McFarland, 2002). Om en transkulturell vård ska erbjudas patienten bör kunskap finnas om hur denna vård ska bedrivas. I våra resultat kan vi inte se att det finns en sådan grundläggande kunskap hos den vårdpersonal som intervjuats. Vi tycker oss se att det finns en beredskap hos vårdpersonalen, en öppenhet för det annorlunda. Men därifrån är steget långt till att verkligen kunna hantera och sätta samman den vård som är anpassad för den aktuella patienten.

Inom detta tema visas behovet av kunskap/utbildning för att uppnå en god anpassad vård för patienter med olika kulturell bakgrund (Josipovic, 2000; Ekblad et al., 2000). En stor utbildningssatsning verkar inte möjlig enligt dessa författare, men kanske är en allmän orientering om kulturella normer och religionens påverkan av betydelse i dagens sjuksköterskeutbildning. Vår studie ger stöd för behovet av utbildning. Björk Brämberg (2008) är dock tveksam till huruvida det är möjligt att utbilda sjuksköterskor inom samtliga kulturella områden. Men som tidigare sagts utbildning i transkulturell vård är ett krav om transkulturell vård skall bli slutresultatet (Leininger & McFarland, 2002).

Josipovic (2000) menar att sjuksköterskor med transkulturell bakgrund kan ses som en resurs i den kontinuerliga vidareutbildningen. Men även om detta skulle utnyttjas effektivt finns klara begränsningar som vi ser det. Om vi skulle ha en situation med en patient med invandrarbakgrund från Asien och en sjuksköterska med invandrarbakgrund från Afrika skulle detta självklart inte underlätta den språkliga dialogen men kanske den religiösa eller åtminstone skulle kanske en gemensam plattform finnas i att båda har erfarenhet av att vara invandrare i Sverige. Skulle patient och sjuksköterska ha samma kulturella bakgrund, till exempel med rötter i samma asiatiska land, uppstår förmodligen en mycket lyckad dialog.

Författarna anser att studien ger ett starkt stöd för att sjuksköterskor med transkulturell bakgrund kommer att vara eller är viktiga i den transkulturella vården. De är och kommer också att vara en viktig resurs i fortbildningen inom den transkulturella vården, speciellt om en allmän utbildning inte ses som möjlig. Dessa sjuksköterskor bör också få kunskap om teorier och metoder inom transkulturell vård, men genom deras erfarenhet finns redan en kunskap som är användbar. Eftersom det idag finns och kommer att utbildas sjuksköterskor som är första och andra generation av invandrare så kommer antalet sjuksköterskor med transkulturell kompetens att öka. Detta är en bra och nödvändig resurs som bör utnyttjas, speciellt där det transkulturella vårdbehovet är störst. Denna resurs är också en viktig resurs i den fortgående utbildningen av befintlig vårdpersonal. Om detta sker eller ska ske är en planeringsfråga som betonats i flera studier (Björk Brämberg, 2008; Josipovic, 2000; Chenowethm et al., 2006) men först måste denna fråga lyftas upp och diskuteras.

SLUTSATSER/ÅTGÄRDER FÖR EN GOD TRANSKULTURELL VÅRD

Det är alltid frestande att definiera åtgärder som en lista där olika faktorer ska uppfyllas för att målet, en god vård i ett transkulturellt samhälle ska uppnås. Författarna hade den tanken vid studiens start men har under arbetets lopp förändrat sin syn på detta genom studiens resultat och vidare diskussioner och artikelläsning.

Författarna av denna studie ser att det fokus som läggs hos Björk Brämberg (2008) stämmer väl med författarnas egna slutsatser och den grundläggande definitionen av transkulturell vård som har lagts av Leininger, d.v.s. en god vård är en individuell vård anpassad till individens specifika behov (Leininger & McFarland, 2002). Detta innebär att varje vårdsituation är unik och att tid och resurser måste avsättas för att utarbeta den specifika vårdplan som individen behöver. Här spelar en god kommunikation en avgörande betydelse för resultatet, såväl som att empati, förståelse och närvaro krävs av sjuksköterskan. Vården behöver en organisation med resurser och vilja till kontinuerlig förbättring så att speciella individuella vårdplaner som inkluderar öppenhet för kulturella olikheter kan hanteras.

En prioritering av åtgärder för att uppnå och överbrygga hinder för en god transkulturell vård, baserad på våra resultat skulle då sammanfattas enligt följande:

- Kommunikation är grundläggande och användning av tolk är avgörande för en god kommunikation och därmed möjligheten till en god vård. Här skulle kanske en viss utbildning i användandet av tolk vara viktigt. Genom en god kommunikation kan missförstånd, felaktiga betendetolkningar undvikas eftersom frågor kan ställas och besvaras.
- Kunskap om och öppenhet för kulturella skillnader måste finnas hos vårdpersonalen.
- Att acceptera olika vårdtider för olika individer är ett måste för transkulturell omvårdnad. Alla resurser som kan bidra till en god omvårdnadssituation bör användas och här kan med fördel befintlig personal med olika bakgrund och erfarenhet hjälpa varandra.
- En allmän information om kulturella värden och teorier och metoder för transkulturell vård måste inkluderas i sjuksköterskans grundutbildning. Alternativt ska detta finnas som tillval eller påbyggnad.

Som tidigare sagts betyder inte HSL som lag att det automatiskt finns en vård anpassad efter individuella behov. Den vården skapas av vårdgivaren och vårdpersonalen. Under vår

utbildning har vi konfronterats med begreppet transkulturell vård, men vi har inte ingående diskuterat betydelsen av kulturell bakgrund. Vår sammanfattning av vår utbildning i transkulturell vård är att "alla, också invandrare har rätt till individuellt anpassad vård", d.v.s. enligt intentionerna i HSL. Vad detta innebär har vi inte fördjupat oss i.

I vårt resultat finns stöd för att behovet av transkulturell vård kommer att öka i takt med samhällets ökade mångfald. Utbildning är ett måste om man ska bedriva transkulturell vård, och om sjuksköterskan ska ha en transkulturell kompetens (Leininger & McFarland, 2002). Att specifika kunskaper behövs, påpekas också i flertalet artiklar i vår studie. Vår slutsats av detta är att transkulturell vård borde få ett större utrymme i vår grundutbildning.

En ytterligare dimension som vi tycker är intressant är huruvida transkulturell vård ska finnas "överallt" i alla vårdinrättningar. Alternativt skulle vi kunna tänka oss att det finns specialister på transkulturell vård inom vissa vårdinrättningar där behovet är tydligt eller att det finns speciella vårdinrättningar som har detta som sin specialitet.

Vi tycker också att primärvårdens roll som första sorteringsinstans kan vara intressant ur ett perspektiv för god transkulturell vård. Här möts patienter och vårdgivare i den dagliga omvårdnaden flera gånger, och en god möjlighet till anpassad kompetensuppbyggnad bör därför finnas här.

Hur transkulturell vård ska förbättras och vilka som ska vara transkulturella sjuksköterskor, är områden som vi tycker är intressant och avgörande för hur en god transkulturell vård ska uppnås. Vi tycker oss finna att de flesta artiklarna behandlar *vad* som måste göras för att underlätta för en god vård på en generell basis, för alla. Frågan om hur kunskap i transkulturell vård ska föras vidare, var och hur utbildning ska ske är kanske en lika viktig fråga.

CONCLUSIONS / ACTIONS FOR A GOOD TRANS CULTURAL CARE

It is always tempting to define actions as a list in which different factors have to be met in order for the goal to be achieved: a good health care in a trans-cultural society. The authors had this idea when we started this work but during the course of the work, the study results and further discussion and article reading, our view was changed.

The authors see that the focus placed with Björk Brämberg (2008) agrees well with the authors' own conclusions and so also does the basic definition of transcultural health care that have been stated by Leininger, i.e. a good health care is an individualized care tailored to individual needs (Leininger & McFarland, 2002). This means that every health care situation is unique and that the needed time and resources has to be allocated in order to develop the specific care plan that an individual needs. Good communication is crucial to the outcome as well as the fact that empathy, understanding, and attendance, is required by the nurse. Care needs an organization with the resources and desire for continuous improvement so that special individual care plans with openness to cultural differences can be handled.

A prioritization of actions to achieve and overcome obstacles to good transcultural care, based on our results would then be summarized as follows:

- Communication is essential and the use of an interpreter is essential to good communications and the possibility of good care. Here perhaps some training in the use

of an interpreter would be important. Through good communication can misunderstandings and faulty behaviour interpretations are avoided because questions can be asked and answered.

- Knowledge of and openness to cultural differences must exist with the medical staff.
- Accepting different treatment times for different individuals is a must for transcultural nursing. All resources that can contribute to a good health care situation should be used and here can probably existing staff with diverse backgrounds and experience be of assistance to each other.
- General information about cultural values and theories and methods of transcultural care must be included in the nurse's basic education. Alternatively, should this be available as optional or be available as an additional class.

As stated earlier, HSL as a law does not automatically by itself mean that we have a health care adapted to individual needs. That health care is created by the supplier and the nursing staff. During our basic nursing training, we have been confronted with the concept of transcultural nursing, but we have not discussed in depth the importance of cultural background. Our summary of our training in transcultural care is that "everyone, including immigrants are entitled to individualized care," i.e. according to intentions of the HSL. What this means is nothing that we have gone deeper into.

Our results show support for the fact that the need for transcultural care will increase in line with society's increased diversity. Leininger and McFarland (2002) do stress that education is a must if one is to engage in transcultural nursing, and if nurses should have a trans-cultural competence. Specific skills are needed, as pointed out in several articles in our study. Our conclusion is that transcultural care should be given more space in our basic education.

A further dimension that we think is interesting is whether transcultural care should be available "everywhere" in all health facilities. Alternatively, we could imagine that there are specialists in transcultural nursing in some health facilities where the need is obvious or that there are special facilities that have this as their specialty.

We also think that the role of "primärvården" as first grade body may be interesting from a perspective of good transcultural care. Here patients and caregivers are met in daily care multiple times, and a good opportunity for tailored building of competence should therefore be possible here.

How transcultural care should be improved and actually who that is going to be transcultural nurses, are areas that we think are interesting and crucial to how good transcultural care will be achieved. We think we've found that most of the articles in our result deal with what must be done to facilitate good health care on a general basis, and for all. The question of how knowledge in transcultural care should be taken forward, where and how training will take place is perhaps an equally important issue.

SLUTORD

En av de amerikanska forskarna som länge levde med de ditintills helt isolerade yanomami-indianerna i Venezuela under 1960-70 talet sa: att ju mer man lär känna en annan kultur ju större blir likheterna och inte som i början då man bara såg olikheterna (SVT 111108, DOX).

Leininger beskriver de krav som ställs på sjuksköterskan idag. Leininger menar att sjuksköterskan måste ha omvårdnads kunskap som spänner över flera olika kulturella gruppers behov. Detta förändrar deras sätt att tänka och ger en ny tillfredsställelse i arbetet. Dessa sjuksköterskor inser att den största utmaningen idag och i framtiden för sjuksköterskor är att lära och förstå de omvårdnadsbehov som patienter från olika kulturer har och hur sjuksköterskan ska kunna leva upp till dessa krav med deltagande och förståelse. Sådana transkulturella sjuksköterskor kommer att arbeta i ett mycket vidare (mångkulturellt) samhälle än dagens och behöver därför en omfattande transkulturell kunskap för att vara kompetent och effektiv i sitt arbete (Leininger & McFarland 2002).

REFERENSER:

(med * markerade artiklar har använts i resultatavsnittet)

Allen, D.G. (2006). Whiteness and difference in nursing. *Nursing Philosophy*, 27(2),65-78.

Allwood, C.M., & Johansson, P. (2009). *Invandring, kultur och välbefinnande*. I: Allwood C.M. & Johansson P. *Mänskliga möten över gränser - vård och social omsorg i det mångkulturella samhället*. Stockholm: Liber.

*Benkert, R., Hollie, B., Nordstrom, C.K., Wickson, B., & Bins-Emerick, L. (2009). Trust, mistrust, racial identity and patient satisfaction in urban African American primary care patients of nurse practitioners. *Journal Nursing Scholarsh*, 41(2),211-9.

*Björk Brämberg, E. (2008). *Att vara invandrare och patient i Sverige, ett individorienterat perspektiv*, Växjö Universitet.

*Bryant, R.B., Foley, E.R., & Percival, E.C. (2008). The role of RCNA in promoting transcultural nursing as a discipline of study, research, practice and management in Australia. *Contemporary Nurse*, 28(1-2),3-11.

Bäärnhielm, S. (2007). *Möte i den mångkulturella vården*. I: Fossum B(red). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur; (ss.188-189).

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

*Carnevale, F.A., Vissandjée, B., Nyland, A., & Vinet-Bonin, A. (2009). Ethical considerations in cross-linguistic nursing. *Nursing Ethics*, 16(6),813-26.

*Chenoweth, L., Jeon, Y.H., Goff, M., & Burke, C. (2006). Cultural competency and nursing care: an Australian perspective. *International Nursing Review*, 53,34-40.

*Cortis, J.D. (2004). Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1),51-8.

*Cutilli, C.C. (2006). Do your patients understand? Providing culturally congruent patient education. *Orthopaedic Nursing*, 25(3),218-24.

Davidson, P., Daly, J., Chang, E., Hancock, K., Rees, D., & Thompson, D.R. (2002). Cultural aspects of adjustment to coronary heart disease in Chinese-Australians: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 39(4),391-9.

Ekblad, S., Janson, S., & Svensson, P.G. (1996). *Möten i vården- Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Liber.

*Ekblad, S., Marttila, A., & Emilsson, M. (2000). Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3),623-30.

Elden, A.C. (2009). *Delaktighet och gemenskap*. I: Edberg A-K, Wijk H(red.). *Omvårdnadens Grunder- hälsa och ohälsa*. Stockholm: Studentlitteratur.

Entrena, E. (2007). *Att kommunicera med hjälp av tolk*. I: Fossum, B. (red.) *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* Lund: Studentlitteratur. (ss.309-330).

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

*Giger, J.N., & Davidhizar, R. (2002). Culturally competent care: emphasis on understanding the people of Afghanistan, Afghanistan Americans, and Islamic culture and religion. *International Nursing Review*, 49(2),79-86.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2),105-12.

Hanssen, I. (2008). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Malmö: studentlitteratur. 3:e upplaga.

*Hultsjö, S., Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52,276-85.

*Jirwe, M., Gerrish, K., & Emami, A. (2010). Student nurses experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scand Journal Caring Sciences*, 24(3),436-44.

*Josipovic, P. (2000). Recommendations for culturally sensitive nursing care. *International Journal of Nursing Practice*, 6,146–152.

Karolinska Institutet. *Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle*. Hämtat 2011-09-28.

<http://130.237.98.166/ki/jsp/polopoly.jsp?d=12578&l=sv>

Lederach, J.P. (1995). *Preparing for peace: Conflict transformation across cultures*. Syracuse, New York: Syracuse University Press.

Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of transcultural Nursing*, 13,189-192.

Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practices, Third Edition*. McGraw-Hill, Medical Publishing Division.

Leininger, M. (2003). Founder's focus: transcultural nursing care makes a big outcome difference. *Journal of Transcultural Nursing*, 14(2),157.

Maier-Lorentz, M.M. (2008). Transcultural nursing: its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*, 15(1), 37-43.

Migrationsinfo.se. *Fakta om invandring*. Hämtat 2011-09-12.
<http://www.migrationsinfo.se/migration/sverige>

*Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K., & Björk, O. (2007). Obstacles to Transcultural Caring Relationships: Experiences of Health Care Staff in Pediatric Oncology. *Journal of pediatric oncology nursing*, 24(6),314-28.

*Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K., & Björk, O. (2008). Bridging obstacles to transcultural caring relationships-tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. *Journal of pediatric oncology nursing*, 12(1),35-43.

SFS 1982:763. *Hälsa- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtat 2012-05-30.
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 1986:223. *Förvaltningslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtat 2012-05-30.
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Forvaltningslag-1986223_sfs-1986-223/

SFS 1994:953. *Lag om åliggande för personal inom hälso och sjukvården*. Stockholm: Riksdagen. Hämtat 2012-05-30.
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1994953-om-aligganden-f_sfs-1994-953/

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Hämtat 2011-09-12.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Statistiska Centralbyrån. (2010). *Befolkningsstatistik. Befolkningsframskrivningar 2010-2060*. Hämtat 2011-9-11.
http://www.scb.se/Pages/PressRelease_291786.aspx

Statistiska centralbyrån. *Befolkningsstatistik*: Uppdaterad 2011-03-17. Hämtat 2011-09-11.
http://www.scb.se/Pages/TableAndChart_26046.aspx

Statistiska centralbyrån. *Befolkningsutvecklingen i riket*: Hämtat 2011-09-1.
<http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/Visavar.asp?yp=tansss&xu=C9233001&omradekod=BE&huvudtabell=BefUtv1749&omradetext=Befolkning&tabelltext=Befolkningsutvecklingen+i+rikt%2E+%C5r&preskat=O&prodid=BE0101&deltabell=+&deltabellnamn=Befolkningsutvecklingen+i+rikt%2E+%C5r&innehall=Doda&starttid=1749&stopptid=2009&Fromwhere=M&lang=1&langdb=1>

Wilkins, H. (1993). Transcultural nursing: a selective review of the literature, 1985-1991. *Journal of Advanced Nursing*, 18,602-12.

BILAGOR

BILAGA 1:

Författare	Artikels namn	Syfte	Metod	Land
Benkert, R., Hollie, B., Nordstrom, C.K., Wickson, B., Bins-Emerick, L. (2009).	Trust, mistrust, racial identity and patient satisfaction in urban African American primary care patients of nurse practitioners	Undersökning om afroamerikanska patienters förtroende för sjukvården.	Deltagarna svarade på frågorna via olika formulär och mätinstrument (the Cultural Mistrust Inventory; Group Based Medical Mistrust Scale; Black Racial Identity Attitude Scale; Trust in Physician Scale; Michigan Academic Consortium Patient Satisfaction Questionnaire; and provided demographic and primary care).	USA
Björk Brämberg, E. (2008).	Att vara invandrare och patient i Sverige,	Studiens syfte var att ge en fördjupad insikt av betydelsen att leva som invandrare i Sverige och hur detta inverkar på upplevelser av att vara patient inom svensk hälso- och sjukvård.	En avhandling. De två empiriska studierna av avhandlingen utgår från ett individuellt perspektiv, ett omvärld perspektiv. Forskningen samlades in genom 8 öppna intervjuer. I 7 av intervjuerna användes tolkhjälp. Alla intervjupersonerna var kvinnor från Östeuropa och Mellanöstern. Alla 8 intervjuade kvinnor vårdades av hemsjukvården i en svensk stad. För den här studien valdes en kvalitativ forskningsintervju som datainsamlingsmetod.	Sweden
Bryant, R.B., Foley, E.R., Percival, E.C. (2008).	The role of RCNA in promoting transcultural nursing as a discipline of study, research, practice and management in Australia.	Visade behovet av samordnad process för att öka kunskap hos vårdpersonalen.	Litteraturstudie och rekommendationer för transkulturell utbildning.	Australia
Carnevale, F.A., Vissandjée, B., Nyland, A., Vinet-Bonin, A. (2009).	Ethical considerations in cross-linguistic nursing.	Empiriska bevis och etiska normer i tvärspråklig omvårdnad.	Studien visade empiriska bevis och etiska normer i tvärspråkligt omvårdnad.	Kanada

Chenoweth m, L., Jeon, Y.H., Goff, M., Burke, C. (2006).	Cultural competency and nursing care: an Australian perspective.	Studien bidrag till omvårdnads kvalitet internationellt genom att framföra strategier för att nå kulturell kompetens i praktiken	Studien diskuterade kvalitet omvårdnaden i ett internationellt perspektiv.	Australia
Cortis, J.D. (2004).	Meeting the needs of minority ethnic patients.	En utredning om sjuksköterskors erfarenheter som vårdar pakistanska patienter i Storbritannien.	Studien med ett urval av 30 sjuksköterskor med hjälp av semistrukturerade intervjuer.	England
Cutilli, C.C. (2006).	Do your patients understand? Providing culturally congruent patient education.	Hur utbilda patient och familj i transkulturell vård.	Studien diskuterar om tre olika transkulturella omvårdnads modeller: Leininger: s modell, som kallas Sunrise modell, Giger och Davidhizars modell som kallas "transkulturell Assessment Model" och Campinha-Bacotes transkulturell omvårdnads modell.	USA
Ekblad, S., Marttila, A., & Emilsson, M. (2000).	Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm.	Intervju, Att kartlägga behov av transkulturell utbildning	Fokusgruppsintervju. Av deltagarna i en mångkulturell kurs för vård i livets slutskede. Intervjun skedde ett halvår efter kursen. Deltagarna är mest sjuksköterskor som jobbar på tre olika sjukhus.	Sweden
Giger, J.N., & Davidhiza, R. (2002).	Culturally competent care: emphasis on understanding the people of Afghanistan, Afghanistan Americans, and Islamic culture and religion.	Hur vården fungerat och krav på vården i det afghanska samhället under västs intåg i landet.	Studie som diskuterade kulturella företeelser och individer från olika kulturer med hjälp av Giger och Davidhizar transkulturella bedömningsmodell. Den Giger-Davidhizar modellen användas för att förstå det afghanska folket.	USA
Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2005).	Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences.	Att identifiera om personal inom somatisk och psykiatrisk akutvård haft problem i vården av invandrare, och i så fall att jämföra dessa.	Studien. Fokusgruppsintervjuer med 35 sjuksköterskor och undersköterskor på en akutmottagning, en ambulans tjänst och en psykiatrisk intensivvårds avdelning. 22 kvinnor och 13 män. Tre semistrukturerade intervjuer genomfördes i varje plats. Totalt nio grupper. Varje fokusgrupp intervju omfattade tre till sex deltagare.	Sweden

Jirwe, M., Gerrish, K., Emami, A. (2010).	Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters.	Att undersöka sjuksköterskestudeters erfarenheter av kommunikation i den transkulturella vården.	Semi strukturerade intervjuer av 10 studenter som går sista året på ett universitet i Sverige. Fem av deltagaren har en svensk bakgrund, och fem andra har invandrarbakgrund. Intervjuerna utforskar deltagarens erfarenheter av kommunikation i tvärkulturella vård möten.	Sweden
Josipovic P. (2000).	Recommendations for culturally sensitive nursing care.	Utvärdering av hur sjuksköterskor med transkulturell bakgrund i Australien, definierar behov som måste tillgodoses för en god vård. Samtidigt behandlas också behov som de multikulturella sjuksköterskorna behöver för egen del.	En forskningsstudie. Målgruppen för detta forskningsprojekt var utländska kvalificerade sjuksköterskor från icke-engelsktalande bakgrund. Alla sjuksköterskor som deltog i migrant nurses' pre-registration programs in Melbourne 1991 till 1993 undersöktes. Enkätfrågor och intervju. 150 enkäter skickades ut. Av dessa svarade 49 sjuksköterskor och från dessa gick 16 att bli intervjuade.	Australia
Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K., Björk, O. (2007).	Obstacles to Transcultural Caring Relationships:	En studie om barn på en cancerklinik och definition av hinder för en god transkulturell omvårdnad	Studien undersökte den vårdande situationen för familjer med invandrarbakgrund inom ramen för pediatrik oncology vård ur vårdpersonalens perspektiv. 5 fokusgruppsintervjuer och 5 kompletterande individuella intervjuer med vårdpersonal. Antal deltagare i intervjuer var 35. 24 kvinnor och 11 män, mest sjuksköterskor. Data analyserades enligt grounded theory metodik.	Sweden
Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K., Björk, O. (2008).	Bridging obstacles to transcultural caring relationships-tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care.	En Studie som visar hur man kan överbrygga hinder i transkulturell vård.	En studie som undersökte hur vårdpersonal löser de hinder som kan förekomma i en transkulturell vård relation. 5 fokusgruppsintervjuer och 5 kompletterande individuella intervjuer med vårdpersonal inom pediatrik oncology vården. Grupperna bestod av 4-10 deltagare, totalt 24 kvinnor och 11 män.	Sweden