

Kwestan Mohammed Mahmoud

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKG11X, VT2016

Grundnivå

Handledare: Ragnhild Hedman

Examinator: Pardis Momeni

Kulturmöten vid palliativ vård

En litteraturöversikt om sjuksköterskors erfarenheter vid möten med patienter med en invandrabakgrund

Cultural encounters in palliative care

A literature review of nurses' experiences in meetings with patients with an immigrant background

Sammanfattning

- Bakgrund:** Palliativ vård syftar till att ge stöd och lindring till döende patienter för att främja livskvalitet oavsett vilken etnisk bakgrund man har. Vårt samhälle är mångkulturellt och idag möter sjuksköterskor allt fler invandrapatienter som kan ha olika uppfattning om hälsa, sjukdom, döendet och döden. Detta innebär att det kommer att ställas andra eller nya krav på vårdpersonalen.
- Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med annan etnisk bakgrund än de själva vid palliativ vård.
- Metod:** En litteraturöversikt över elva vetenskapliga kvalitativa artiklar genomfördes. Artiklarna har eftersökts i databaserna CINAHL Complete, PubMed och SveMed+. Dessa kombinerades i olika konstellationer för att få fram sökträff som svarade på syftet. Sökord som användes var: transcultural nursing”, ”multicultural”, ”palliative”, immigrants”, ”nurse”, ”experience”, ”attitude”..
- Resultat:** Resultat visar att många sjuksköterskor upplevde att det var svårt att bemöta invandrapatienter. Kommunikationssvårigheter var ett vanligt problem vid kulturmöten. Att vara kulturellt medveten, och ha förståelse för kulturer och sedvänjor, samt visa hänsyn till individualitet var enligt sjuksköterskorna viktiga faktorer som kunde förbättra palliativ vård till invandrapatienter.
- Diskussion:** Resultatet diskuteras med stöd av Madeleins Leiningers omvårdnadsteori som utgångspunkt, där främst diskuterades. Vidare diskuterades vilken kulturell kompetens som behövs för att sjuksköterskan ska kunna ge en god transkulturell omvårdnad.
- Nyckelord:** kultur, palliativ vård, transkulturell omvårdnad, kulturell kompetens, kommunikation.

Abstract

Background: The aim of palliative care is to provide support and relief to dying patients in order to endorse the quality of life regardless of their ethnical background. Our society is multicultural. It is more common today that nurses meet patients with different ethnical cultural backgrounds who may hold different opinions about health, illness, dying and death. This means that it will impose to or new requirements for caregivers.

Aim: To describe nurses' experiences of caring for patients with different ethnical background than themselves in palliative care.

Method: The method that was used is a qualitative literature review. Eleven scientific qualitative articles are included in this study. Articles have been sought in the databases CINAHL Complete, PubMed and SveMed +. Selected. These were combined in different configurations to retrieve a search result that responded to the purpose. Keywords used were :”transcultural nursing”, ”multicultural”, ”palliative”, ”immigrants”, ”nurse”, ”experience”, ”attitude”.

Results: The result shows that many nurses felt difficulties to approach immigrant patients. Communication difficulties were the common problem in cultural encounters. To being culturally aware, to understand the cultures and customs, and to take the individuality was as nurses important factors that could improve the palliative care of migrant patients.

Discussions: The results are discussed with the support of Madeleine Leininger nursing theory as a basis, which mainly discussed. Further discussed about which cultural competence is needed for the nurse to be able to provide good transcultural nursing.

Keywords: Culture, palliative care, transcultural nursing, cultural competence, communication.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 KULTUR OCH ETNICITET.....	1
2.2 Sverige som ett mångkulturellt samhälle.....	2
2.2.1 Kulturmöten inom vården idag	3
2.3 Sjuksköterskans roll i mötet med den mångkulturella patienten- Transkulturell omvårdnad	4
2.4 Palliativ vård och de fyra hörnstenarna	6
2.5 PROBLEMFÖRMULERING.....	8
3. SYFTE.....	8
4. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	8
5. METOD	9
5.1 DATAINSAMLING	9
5.2 URVAL	10
5.3 DATAANALYS.....	10
6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
7. RESULTAT	11
7.1 Upplevelser av kulturella skillnader.....	11
7.2 Kommunikation	12
7.3 Faktorer som upplevs påverkar transkulturell omvårdnad	15
8. DISKUSSION	17
8.1 METODDISKUSSION.....	17
8.2 Resultatdiskussion	18
8.3 Kommunikation	18
8.4 Upplevelser av kulturella skillnader.....	19
9. KLINISKA IMPLIKATIONER	21
10. FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	21
11. SLUTSATS	21
REFERENSFÖRTECKNING	23
BILAGA 1. SÖKMATRIS	28
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	30

1. Inledning

Sverige har blivit allt mer mångkulturellt och antalet utlandsfödda patienter ökar ständigt (Statistiska centralbyrån, 2015). Detta innebär att sjuksköterskor kommer att möta patienter från många olika kulturer inom hälso- och sjukvården. Under praktiken har jag många gånger uppmärksammat att det ofta uppstår missuppfattningar och osäkerhet när sjuksköterskan möter en person från en annan etnisk ursprung än sin egen. Mina observationer är från situationer då uppfattningen av sjukdomsorsak skilt sig ifrån vårdpersonalens, eller bristande kommunikationsförmåga från både pater, som lett till missförstånd. Dessa möten kan innebära en utmaning för både patienten och sjuksköterskan. Friedrichsen (2012) beskriver att sjuksköterskan har en viktig roll i mötet med patienter som befinner sig i livets slutskede, ett möte som ska präglas av integritet, respekt och värdighet samt med hänsyn till patientens kulturella behov. Motivet till valet att rikta in mig på den palliativa vården är att jag blivit intresserad av denna vårdform under en palliativ kurs och praktik på olika enheter. Jag vill därför få ökad kunskap om mötena med invandrapatienter i palliativ vård.

2. Bakgrund

I detta avsnitt kommer begreppen kultur och etnicitet definieras, Sverige som ett mångkulturellt samhälle presenteras och vidare om hur kulturmöten inom vården idag ser ut. Sedan beskrivs sjuksköterskans roll i mötet med den mångkulturella patienten och transkulturell omvårdnad. Därefter presenteras palliativ vård och de fyra hörnstenarna.

2.1 Kultur och etnicitet

Omvårdnadslitteratur använder ofta etnicitet och kultur när man beskriver skillnader mellan människor (Jirwe, Momeni & Emami, 2014). Etnicitet enligt Purnell (2012) definition innebär en persons identifikation med och känsla av tillhörighet till ett visst folk eller en viss etnisk grupp. Gruppen kännetecknas av intern sammanhållning, lojalitet mot värderingar, normer samt seder. Vidare har de gemensamt språk och symboler. Exempel på etniska grupper är svenskar, judar, kurder och romer. Begreppet används ofta som en gruppidentitet i förhållande till en annan grupp, dvs. ett sätt att skilja mellan vi och dem. Idag används etnicitet i omvårdnadslitteraturen framför allt i förhållande till minoritetsgrupper.

Kultur är det andra begreppet som används för att dela in människor i olika grupper. Kultur kommer från latintets *cultura* vilket främst har två betydelser, odling och bildning (Stier, 2009). Enligt Jenko och Moffitt (2006) är kultur ett begrepp som definierar individer

och vägleder deras övertygelser, beteendemönster, beslutsfattande stil, kommunikationsmönster och övergripande livsstil. Till skillnad från etniciteten behöver begreppet kultur däremot inte ha något alls med folkgrupper att göra, det är grupper som knyts samman av normer och värderingar som inte har med deras ursprung och födsel att göra. Man kan t.ex. prata om att det finns en kultur bland de anställda på ett visst företag, man kan tala om sjuksköterska eller läkare som kulturella grupper eller så kan man säga att alla hundägare hör till en viss kultur.

Inom vård kan kultur skildras som ett framträdande synsätt och med beteenden som präglar funktionen hos individer eller en grupp (Ahmadi, 2008). Kultur är därför en viktig del av den kontext inom vilken individer, inklusive vårdpersonal förstår sin omgivning och fattar beslut om hur man ska agera. Den kulturella bakgrunden påverkar många aspekter i en individs liv såsom beteende, föreställningar, religion, familjestruktur och inställning till hälsa, välbefinnande, sjukdom, smärta och andra former av missöden. Dessa blir mycket betydelsefulla när de tolkas i samband med patientens liv. Sådana skillnader kan leda till konflikter, hindra tillhandahållandet av fungerade vård och skapa bestående negativa intryck för både personal, patienter och närstående.

Synen på sjukdom och hälsa är en viktig faktor i mötet med hälso- och sjukvården (Ahmadi, 2008). Varje kultur har sitt eget sätt att skapa ett meningssystem ur liv, hälsa, sjukdom, döendet och döden. DeMarinis (1998) beskriver att samma sjukdom kan ha olika innebörder i olika kulturer. Hon menar att en sjukdom aldrig är endast ett biologiskt tillstånd utan måste också tolkas utifrån sitt kulturella sammanhang. Vårdtagare med olika kulturell bakgrund kan reagera på skilda sätt på en viss typ av diagnos, eftersom diagnosen kan ha olika innebörder inom de olika kulturerna. Det är därför mycket viktigt att vårdgivare har en insikt i att kunna förstå och arbeta med hälsans/sjukdomens kulturella aspekter då de vårdar patienter från andra kulturer.

Flera forskare poängterar att kultur inte är statisk utan dynamisk, det vill säga att de kulturella särdragen ändras med tiden på olika sätt och under olika förhållande (Jenko & Moffitt, 2006; Leininger & McFarland, 2002; Stier, 2009). Detta innebär att en persons övertygelser, beteendemönster, övergripande livsstil och kommunikationsmönster kan variera över tiden på grund av den ständigt föränderliga fysiska, sociala, ekonomiska och politiska miljö man befinner sig i.

2.2 Sverige som ett mångkulturellt samhälle

Invandrare är ett brett, vagt och kontroversiellt begrepp menar Allwood och Franzén (2008). Man skiljer ut olika grupper av invandrare utifrån anledningen till att man kommit till Sverige. Begreppet inkluderar både personer som kommit hit för att arbeta, dvs. av ekonomiska skäl, s.k. arbetskraftsinvandrare och personer som kommit hit som flyktingar, dvs. de har tvingats lämna sitt land pga. krig eller hot om livet.

Sverige har historiskt sett varit både ett utvandrings- och invandringsland. Under 1800-talet och fram till 1930-talet utvandrade cirka 1,3 miljoner svenskar, främst till USA. Sedan efterkrigstiden har andelen utrikesfödda successivt ökat. År 1960 var antalet invandrare cirka fyra procent medan år 1970 var andelen cirka sju procent och en fortsatt ökning skedde över tid (Allwood & Franzén, 2008). År 1996 kom invandrapolitiska kommittén med sitt slutbetänkande *Sverige, framtiden och mångfalden* (SOU 1996:55). Titeln säger att Sverige har blivit ett mångkulturellt samhälle (Westin, 1999).

Under 1950- och 60-talen bestod den största andelen av invandringen av arbetskraftsinvandring och under de senaste tre decennierna är det flyktingar som utgör den största andelen (Allwood & Franzén, 2008). Från att till en början ha den största delen bestått av nordbor och nordeuropéer, med en livsstil ganska lik de svenskarnas, har invandringen till allt större del utgjorts av flyktingar från alltmer avlägsna världsdelar. Dessa flyktingar är till livsstil, utseenden och utbildning mer olika än svenskarna.

Sedan 1990-talet växande andel av de äldre som är födda utomlands och människor som migrerat till Sverige sent i livet. Dessa äldre har oftast kommit till Sverige som flyktingar eller har beviljats uppehållstid i egenskap av att vara anhöriga till personer som tidigare migrerat till Sverige (Gaunt, 2002). Antalet äldre invandrare från Afghanistan, Eritrea, Syrien och Somalia ökar ständigt på grund av att de stora grupper invandrare som kom till Sverige under 1950- och 1960-talet nu håller på att uppnå pensionsåldern. Enligt Statistiska centralbyrån (2015) fanns det 234 889 personer som var äldre än 65 år och har sitt ursprung i något annat land under 2014. De utgjorde omkring 12 procent av alla äldre. De äldre med utländsk bakgrund har fördubblats under de senaste 20 åren. Det fanns 205 olika medborgarskap representerade bland dem med utländsk bakgrund. I takt med att den äldre befolkningsgruppen blir större, ökar behovet av palliativ vård.

2.3 Kulturmöten inom vården idag

Inom hälso- och sjukvården kan den kulturella mångfalden visa sig i flera olika sammanställningar, exempelvis i mötet mellan en svensk vårdgivare och en invandrapatient eller en vårdgivare med invandrarbakgrund och en patient med svensk bakgrund (Jirwe et al.,

2014). Kulturella mångfalden visar sig också i mötet mellan en vårdare med invandrarbakgrund som vårdar en patient med annan etnisk bakgrund. Men oftast talar man om etnisk- relaterade kulturella mötet till stor del, dvs. mötet mellan en vårdare från majoritetsbefolkningen och en patient med invandrarbakgrund.

Etnologen Magnus Öhlander (2004) har intresserat sig för benämningen "invandrapatienten". Genom att ha granskat litteratur och vetenskapliga artiklar fick han fram att de patienter som definieras som "invandrapatienter" är de patienter som invandrat från icke västerländska delar av världen och som betraktas som "icke-svenska". Patienter från länder som t.ex. Norge, Finland, Frankrike, Tyskland eller USA räknas sällan in i denna kategori. Den "svenska patienten" beskrivas ofta som att hon har en god kunskap om den egna kroppen och vårdens organisation, är autonom samt ingår som medborgare i ett modernt samhälle. Öhlander (2004) beskriver vidare att "invandrapatienten" framställs som en speciell patient, ofta förknippad med problem som kräver speciella insatser och kompetenser. Hon har dålig kunskap om den egna kroppen och vårdens organisation, fångas i sin kultur samt ingående i ett förmoderat sammanhang. Andra studier har fått liknande resultat att "invandrapatienten" ofta är betraktad som en problematisk patient som inte vet hur man beter sig i den svenska sjukvården (Kvist, 2001; Fioretos, 2002; Karlsson, 2005). Yngre invandrapatienter betraktas ha en bättre kroppsuppfattning, nästan som "svenska patienter", men de är ändå inte riktigt svenska (Karlsson, 2013). Skillnader mellan "invandrapatienten" och "svenska patienten" förklarades ofta i termer av kultur och sällan eller aldrig förklarades "invandrapatientens" önskningar och beteenden utifrån ett individuellt perspektiv (Jirwe et al., 2014; Karlsson, 2013). En risk med detta kan medföra att sjuksköterskan förbiser patientens egna behov och önskemål.

Att möta invandrapatienter upplevdes inte enbart med problem och svårigheter, det kan också upplevas som spännande och intressant (Karlsson, 2013). Sjuksköterskorna i Karlssons studie beskrev sig själva som nyfikna och öppna för nya intryck. Man får lära känna andra länder och kulturer samt andra sätt att se på sjukdomar, lidande och död. Man kunde ha ett öppnare förhållningssätt till människor i stort, vilket ledde till att man kunde se på situationen utifrån ett annat perspektiv.

2.4 Sjuksköterskans roll i mötet med den mångkulturella patienten

– Transkulturell omvårdnad

Sjuksköterskan ska i mötet med invandrapatienter ha ett ömsesidigt och lyhört

förhållningssätt och minskar då risken för felbedömningar i vårdplaneringen (Ouis, 2010). Friedrichsen (2012) betonar att en av de allra svåraste uppgifterna som en sjuksköterska ställs inför är att möta och vårda lidande och döende patienter och deras anhöriga. Det krävs att sjuksköterskan har en förståelse för patientens självbild och hur denne upplever sin situation (Dahlberg & Segesten, 2011). Björkström, Johansson och Athlin (2006) uttrycker att sjuksköterskor ska acceptera patienterna som de är, se dem som individer samt visa empati, vara ärlig och rättvis.

Eriksson (1994) lyfter fram att en god vårdrelation är nödvändig för en fungerande vårdprocess. För att sjuksköterskan ska kunna bygga upp en relation krävs det att hon möter patientens behov och är pålitlig och lyssnar. Mok och Chiu (2004) skriver att sjuksköterskan ska kunna anpassa sig till patientens tillstånd i vårdrelationen. Relationskapandet kräver tid och kontinuitet. Resultaten av studien visar att sjuksköterskor som skapar förtroendefulla relationer visar en helhetssyn på omsorg och förståelse för patienternas lidande, ger tröst utan att uppmanas, och är tillförlitliga, kunniga, kompetenta och visar hängivenhet i sin vård. Sjuksköterskan ska sträva efter balans, så att relationen varken bli ytlig eller för känslös (Boroujeni, Mohammadi, Oskouie och Sandberg, 2009).

I en studie av Conner, Allport, Dixon & Somerville (2008) med tio patienter i livets slutskede med studien, att undersöka synpunkter från patienter som hänvisats till specialist palliativ vård. Denna studie är utformad för att undersöka patienters erfarenheter av palliativ vård på ett sätt som skulle tillåta dem att ta upp frågor som berörde dem. Det framkom att många patienter inom den palliativa vården inte fick tillräckligt bra vård på grund av exempelvis kommunikationssvårigheter och otillräcklig symtom- och smärtkontroll. Studien framhåller även att om patienten och sjuksköterskan talar olika språk måste de hitta ett sätt att kommunicera på ett fungerande sätt.

I Socialstyrelsens (2013) kompetensbeskrivning för sjuksköterskor beskrivs bland annat att kommunikationen med patienter ska ske på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Stöd och vägledning ska ges till patienten för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling. Av sjuksköterskan krävs kommunikativa färdigheter baserade på erfarenheter och evidensbaserad kunskap (Friedrichsen, 2012). En kännedom om när det lämpar sig att tala och när man bör vara tyst är också viktiga egenskaper hos sjuksköterskan inom den palliativa vården. För att kunna ge ett gott bemötande till patienter och anhöriga krävs det att kommunikationen mellan parterna fungerar (Friedrichsen, 2012). Eide & Eide (2009) framhåller att för en god kommunikation krävs det en förståelse för den andres språk och

koder. Som sjuksköterska finns det dessutom ett antal etiska koder som ska följas, det handlar bland annat om att patienten och anhöriga ska respekteras oavsett vilken tro eller vilka värderingar de kan ha.

Sjuksköterskan ska även se till att patienten får den information den behöver, vilket är förutsättningen för att patienten ska få den behandling den behöver (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2007). Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2013) ska sjuksköterskan genom adekvata observationer, bedömningar och åtgärder och genom tydlig och individanpassad information tillgodose patientens behov och minska ett eventuellt lidande.

2.5 Palliativ vård och de fyra hörnstenarna

Begreppet palliativ kommer från latinska ordet ”*pallium*” och betyder mantel, vilket innebär att den palliativa vården ska fungera som en värmande och omsorgsfull mantel som omger hela den sjuka med alla hennes behov (Skog & Grafström, 2013). Palliativ vård betyder lindrande vård och syftar till att främja livskvalitet i det skede när sjukdomen inte kan botas (Sandman & Woods, 2011).

Palliativ vård har sitt historiska ursprung från hospicerörelsen från 1960-talet, då benämndes det hospicevården (Widell, 2003). År 1967 grundade Cicely Saunders hospicerörelsen i England. Det första moderna hospicet, S:t Christophers hospice, öppnades därmed i London. I Sverige inrättades särskilda palliativa vårdverksamheter år 1981, det var även då det första hospicet med helhetsvård startade i Göteborg. Under de följande årtiondena utvecklades hospicevården till palliativ vård och kom att sammanfogas till varierande vårdformer såsom öppen och slutet sjukhusvård, primärvård, äldreomsorg lika väl som särskilda hospice. Widell (2003) skriver att den palliativa vården går att tillämpa oberoende av vilken form vården utövas eller organiseras i. Betoningen ligger på vårdens inriktning, filosofiska grund och målsättning. Målsättningen med palliativ vård omfattar en helhetssyn, med beaktande av såväl fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov vilka ska tillgodoses med stor respekt för integritet och självbestämmande.

Enligt Nationella vårdprogrammet (2012) beskrivs palliativ vård oberoende av diagnos, ålder, etnicitet, bakgrund eller andra faktorer. Detta innebär att palliativ vård ska kunna tillgodoses av all vårdpersonal inklusive läkare till alla patienter oavsett diagnos. En studie av Brown och Tysons (2009) som syftade till att beskriva upplevelser hos invandrapatienter med bland annat kaukasiska och afrikanska bakgrunder vilka genomgick cytostatiska behandlingar för prostatacancer visade att patienterna önskade att bli hörda, förstådda och bli

respekterade. Författaren påstår att specifikkulturella värden, andliga och etniska aspekter måste beaktas när man planerar palliativ vård för invandrapatienter. Vårdpersonal har möjlighet att lära sig om varierande kulturer, religioner och traditioner som stödjer patienter och familjer under sjukdomsförloppet. Genom att ha en bättre förståelse för olika grupper kan man bygga upp ett förtroende hos patienter, vilket i sin tur leder till att kunna möta vårdbehov och tidig upptäckta, diagnostisera samt behandla.

Hanssen (2009) framhåller att sjuksköterskorna behöver ha en förståelse av att begreppet god död är unik för varje kultur. Den som ska dö kan uppleva oro, ångest och lidande. För att underlätta detta krävs en meningsfull omvårdnad som utgår från patientens värderingar och livsstil. De värden, uppfattningar och traditioner som har varit betydelsefulla för individen tidigare i livet, blir ännu viktigare i livets slutskede. Det krävs att sjuksköterskorna har en förmåga och kompetens att kunna hjälpa patienterna att planera och tillhandahålla lämplig omvårdnad i livets slutskede, vilket kommer att minska risken för att patientens önskemål ignoreras. Enligt Frank (2009) en god död baserad på patientens önskemål, deltagande och behov i livets slutskede. Detta kan uppnås genom patientmedverkan och sjuksköterskans relation i vårdandet.

God palliativ vård bygger på fyra hörnstenar. Detta sammantaget sammanfattas i de fyra hörnstenarna, symtomlindring, teamarbete, kommunikation och stöd till anhöriga.

Den palliativa vårdens första hörnsten är symtomkontroll där adekvata åtgärder betraktas ur fysisk, psykiskt, socialt och existentiellt perspektiv av de många svåra upplevelser en person kan ha i livets slutskede, från smärta och ångest till oro och tankar om livets mening. Det vill säga att lindra smärta och andra svåra symtom. Sjuksköterskan måste ha kunskap om god behandling, vård och olika omsorgsstrategier (Friedrichsen, 2013).

Den andra hörnstenen är anhängigstöd. Det innebär både kunskap om anhörigs situation men också deras behov av stöd hela vägen och hur detta stöd kan förmedlas. Det innebär ett erbjudande till de närstående att delta i vården och att få stöd, såväl under patientens sjukdomstid som efter dödsfallet. I dessa situationer har sjuksköterskan en roll att hjälpa och stödja närstående. Den tredje hörnstenen är teamarbete. Det handlar om att ha kunskap om nödvändigheten att ge en god vård och omsorg. Personal måste få stöd på olika sätt till exempel genom förande samtal och reflektion. Den sista hörnstenen är kommunikation och relation i syfte till att främja patientens livskvalitet. Det innebär god inbördes kommunikation och relation inom och mellan arbetslag och i förhållande till patienten och dennes närstående (Friedrichsen, 2013).

2.6 Problemformulering

Enligt den palliativa vårdens filosofi ska alla patienter vårdas med en helhetssyn, med beaktande av såväl fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov med respekt för integritet och självbestämmande. Sverige är ett mångkulturellt samhälle då de äldre med en annan etnisk bakgrund kommer att ökas och samtidigt behovet av palliativ vård. Det är därför viktigt att sjuksköterskan utgår från ett personcentrerat arbetssätt som ökar kännedomen om patientens självbild och nuvarande livssituation för att kunna tillgodose patientens omvårdnadsbehov, med respekt för patientens kulturella identitet.

3. Syfte

Syftet är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda med annan etnisk bakgrund vid palliativ vård.

4. Teoretiska utgångspunkter

Författaren i denna litteraturöversikt har valt att använda sig av Madeleine Leiningers (2006) omvårdnadsteori om transkulturell omvårdnad som teoretisk utgångspunkt.

Konsensusbegreppet vårdande kopplas till Leiningers teori. Syftet med teorin är att identifiera och förklara skillnader och likheter i vård mellan de olika kulturena. Hennes teori utgår från ett transkulturellt perspektiv som ska ligga till grund för en kulturanpassad omvårdnad för att uppnå hälsa och välbefinnande för patienten.

Leininger (2006) har utvecklat en modell i form av den så kallade soluppgångsmodellen. Modellen skildras symboliskt av omsorg. Tanken med denna modell är att öppna sjuksköterskans sinnen för att få en inblick om olika faktorer, såsom politiska, ekonomiska, sociala, religiösa och språkmässiga. Bland faktorerna finns även kulturella värderingar och livsstilar. Modellen hjälper sjuksköterskan att förstå den mänskliga vårdens inflytande på hälsa och välbefinnande hos andra människor. Leininger(2006) påvisar att modellen inte är en teori i traditionell mening utan ska ses som en kunskapsvägledning. Den kan hjälpa sjuksköterskan att upptäcka likheter och skillnader i innebörder, mönster, livsstilar eller symboler i omsorg som förekommer både inom och mellan olika kulturer.

Leiningers (2006) speciella bidrag till omvårdnadsforskningen är att det behövs en kulturellrelaterad omsorg för att främja hälsa. Hon menar att omsorgen är central för

omvårdnaden. Omvårdnad bör därför så långt det går ske på patientens kulturella villkor. Leininger (2006) definierar den kulturellrelaterade omsorgen som de kulturellt baserade handlingar som människor utför gentemot sig själva och andra för att främja hälsa och välbefinnande eller för att bemästra motgångar, lidande och död.

Det innefattar tre former av kulturellrelaterad omsorg enligt Leininger (2006), där sjuksköterskan strävar efter en balans mellan patienters sedvänjor och de professionella systemens krav. Den första är *bevarande eller underhållande av kulturellrelaterad omsorg*, vilket innebär olika typer av handlingar och beslut som stödjer patienter att värna om de värden som ligger till grund för såväl livsstil som omsorg inom kulturen, så att patienterna kan bevara sin hälsa och välbefinnande eller behandla lidande och död. Exempelvis för en del muslimer är bönen som andligt behov lika viktigt som behovet av sömn eller mat. Det är viktigt att dessa patienter får fortsätta genomföra ritualen även i sjukhuset.

Anpassning av eller förhandling som kulturellrelaterad omsorg är de alla former av handlingar och beslut som ger stöd till patienter i en kultur att anpassa sig till eller förhandla med andra kulturer, för att på ett sådant sätt uppnå ett tillfredsställande hälsoresultat. Det kan exempelvis handla om att en patient kommer från en kultur där det brukar komma många besök på sjukhuset. Det kan då behövas en förhandling om att begränsa hur många som kan vara där samtidigt för att de andra patienterna inte ska störas. Den tredje är *omformning eller omstrukturering av kulturellrelaterad omsorg*, vilket betyder alla handlingar och beslut som hjälper en patient att omorganisera eller förändra sin livsstil i syfte att tillsammans med personal uppnå nya och gynnsamma hälsovårdsmönster. En situation då detta kan inträffa är om en ung patient drabbas av diabetes och behöver göra omställningar i livsstilen, omställningar som i ett sådant fall kan innebära nya matvanor.

5. Metod

En litteraturöversikt är genomförd, vilket innebär att få övergripande kunskap inom ett specifikt område (Friberg, 2012). Denna litteraturöversikt baserades på elva kvalitativa vetenskapliga artiklar. Artiklarna är granskades efter Fribergs (2012) modell för kvalitativa studier, vilket innebär att de valda forskningsresultaten samlas, analyseras och inalles på ett vetenskapligt sätt.

5.1 Datainsamling

Vid sökningen av artiklar användes databaserna CINAHL Complete, SveMed Plus samt PubMed. Sökorden som användes var ”transcultural nursing”, ”multicultural”, ”palliative”, ”immigrants”, ”nurse”, ”experience”, ”attitude”. De vetenskapliga artiklarna var ”Peer reviewed” dvs. vetenskapligt granskade och publicerade i vetenskapliga tidskrifter. För att få fram artiklar i sökningsresultaten granskades först titlarna. Sedan lästes sammanfattningen, om i ett sista led hela artikeln för att bestämma om artikeln svarade på syftet. Innan ett analysarbete av valda artiklar gjordes försökte författaren till detta arbete säkerställa kvalitén (Friberg, 2012). Detta gjordes genom granskning utifrån Fribergs modell för granskning av artiklar med kvalitativ design. Denna modell innebär att de vetenskapliga artiklarna tydligt ska innehålla problemformulering, syfte, metod, resultat och en argumentation för det funna resultatet för att vara motsvara kraven för tillförlitlighet.

5.2 Urval

Kriterier för att inkludera studier var att artiklarna var ”full text”, ”peer reviewed” och hade ”abstract available”. En begränsning gällande språk gjordes, endast artiklar skrivna på engelska och svenska användes. Detta för att undvika missförstånd på grund av språkförbristning. Resultatet skulle bygga på kvalitativa artiklar då målet med dessa var att komma åt människors upplevelser och känslor, vilket de kvantitativa artiklarna inte kunde göra i samma utsträckning. Vid sökningarna identifierades 53 vetenskapliga studier valdes för att utföra ett urval. (se bilaga 1).

5.3 Dataanalys

Analysen av de valda resultatstudierna utfördes enligt Fribergs (2012) analysmodell vilket innebär att författaren läste artiklarna var för sig flera gånger med fokus på studiernas resultat. Detta gjordes för att förstå helheten och få en så tydlig uppfattning som möjligt om studiernas innehåll och finna omfattande avsnitt från varje resultatstudie som svarade på syftet. De olika studiernas resultatdelar jämfördes med varandra i syfte att identifiera deras likheter och skillnader. Studiernas likheter och skillnader numrerades och markerades i olika färger. Författaren läste det som hade markerades, skrev ner de markerade meningar som var relevanta till det valda syftet och delade in data i tre olika teman som återkom flera gånger: *upplevelser av kulturella skillnader, kommunikation och faktorer som påverkar transkulturell omvårdnad.*

6. Forskningsetiska överväganden

Vid en litteraturöversikt är det viktigt att ha etiskt övervägande gällande urval och presentation av resultat (Friberg, 2012). Ett övervägande ska göras då materialet bygger på tidigare dokumenterad kunskap och frågor inte ställs till deltagarna utan till litteraturen. Det är viktigt att reflektera över om forskarna i studierna har en tydlig etisk ståndpunkt och hur de har samlat in samt presenterat sin forskning (Olsson & Sörensen, 2011). För att säkerställa att etiskt försvarbara metoder använts i litteraturöversiktens artiklar har alla artiklar fått godkännande från forsknings etikprövningsnämnderna. Detta för att ta ett etiskt ansvar vilket kan ses som grunden inom forskningsetik (Olsson & Sörensen, 2011). I litteraturöversikten har endast engelska artiklar använts och översättning till svenska har därför varit nödvändig. I översättningsprocessen har ordböcker och lexikon använts för att undvika missstolkning samt för att sträva om en hög tillförlitlighet.

7. Resultat

Författaren har valt att presentera resultatet i tre huvudteman vilka beskriver sjuksköterskors erfarenheter i mötet med invandrapatienter inom palliativ vård. Det första huvudtemat är *upplevelser av kulturella skillnader*. Det andra huvudtemat är *kommunikation* och det sista huvudtemat är *faktorer som upplevs påverkar transkulturell omvårdnad*.

7.1 Upplevelser av kulturella skillnader

Sjuksköterskor kunde känna sig osäkra i vårdande av invandrapatienter på grund av att deras beteende som skiljde sig från den egna. (Bellamy & Gott, 2013; Ekblad, Marttila, & Emilsson, 2000; De Graaff, Francke, Van Den Muijsenbergh, & Van Der Geest, 2011, 2012; Iranmanesh, Ghazanfari, Sävenstedt, & Häggström, 2011; Owens, & Randhawa, 2004; Severinsson & Høye, 2008). Då sjuksköterskorna hade svårt att identifiera omvårdnadsbehov, planera och utföra omvårdnad. Sjuksköterskor kunde också känna sig osäkra i sin position då de inte lyckas hjälpa de patienter som inte kunde göra sig förstådda på ett optimalt sätt. För att kunna göra en sådan bedömning ansåg sjuksköterskorna att de behövde ha en kännedom om hur hon själv såg på och uttryckte smärta för att bättre kunna bedöma patientens smärtuttryck. Då invandrapatienter ofta upplevdes dramatisera sin smärta, detta genom att dra sig i håret, gråta öppet och vara högljudda och det var svårt att bedöma av sjuksköterskor vilket ledde till att den missköts. Dessa patienter anses störa medpatienter när smärtan

uttrycks väldigt högt (Ekblad et al., 2000).

Sjuksköterskor upplevde att de saknade förståelse för vikten av anhörigas närvaro för patienter (Ekblad et al., 2000; Severinsson & Høye, 2008). I många asiatiska länder till exempel Kina och Japan hade patienten ett starkt samband till familjen, och därför ofta många besökare. Sjuksköterskor upplevde det störande att invandrapatienter får många besökare åt gången som inte respekterar att patienten ligger i en sal med fler patienter. Detta kunde hindra omvårdnaden i patientens rum. Sjuksköterskorna var ganska frustrerade och de försökte själva att begränsa antalet besökare på avdelningen genom att klargöra reglerna för patienter och deras besökare.

En annan svårighet som lyftes upp i flera artiklar var att patientens och anhörigas delaktighet i vården (Bellamy & Gott, 2013; Ekblad et al., 2000; De Graaff et al., 2011, 2012; Iranmanesh et al., 2011; Severinsson & Høye, 2008). Sjuksköterskor med en västerländsk (Nya Zeeland, Australien och Israel) bakgrund ansåg att patienten var viktigast, exempelvis vid ett beslutsfattande samtal mellan personal, patient och familj, däremot upplevde personalen att det ofta var familjemedlemmar som var mer aktiva. Det förekom ofta att en familjemedlem utsågs som talesman med en särskild funktion och auktoritet vid informationshantering. Sjuksköterskor upplevde att det var särskilt svårt med kvinnliga patienter som hade en arabisk bakgrund eftersom deras män vanligen var dominerande och tog alla beslut. Detta ledde till att de kvinnliga patienterna sällan fick uttrycka sina vilja. Det här var svårt för sjuksköterskorna att hantera eftersom det stred mot tanken om den delaktige och medvetna patienten som viktiga beståndsdelar inom den palliativa vården.

Många sjuksköterskor berättade att personal och patienter kunde ha olika inställning till palliativ vård (Bellamy & Gott, 2013; De Graaff et al., 2011, 2012; Owens, & Randhawa, 2004). Sjuksköterskor i De Graaffs et al. (2011) studie uppfattade en god palliativ vård, som en vård där livskvalitet ansågs som viktigare än att förlänga livet. Sjuksköterskorna upplevde däremot att deras turkiska och marockanska patienter och deras familjer hade en tendens att insistera på att bota. När det var dags för palliativ vård och personalen erbjöd professionell hemvårdgivare, vägrade patienter och deras familjer att lämna sjukhuset och ville fortsätta med behandlingen istället. Sjuksköterskorna i Bellamy och Gott (2013) studie berättade att deras patienter som kom från Kina ville ta hand om sina gamla och sjuka hemma och endast kallade på vårdgivare för hjälp med tekniska och medicinska frågor. Familjen uppskattade när sjuksköterskan ordnade ett vårdbidrag, men hennes försök att ordna hemvårdgivare och plats på hospice verkade inte så nödvändigt. Sjuksköterskorna kände att de inte hade någon tillgång till patientens individuella behov och önskemål och kunde inte planera någon meningsfull

omvårdnad. Sjuksköterskor nämnde även att patienten vårdades på ett mindre holistiskt sätt än den palliativa vården eftersträvade.

7.2 Kommunikation

Under detta tema diskuteras språk och kommutations betydelse i vårdande av patienter med en annan etnisk bakgrund vid palliativ vård. Sedan framförs både verbala och ickeverbala kommunikationsproblem och aspekter på lösningar.

Flera artiklar har framhävt att kommunikation var en viktig komponent för att tillfredsställa en god palliativ vård för invandrapatienter (Atzmona & Popescu, 2014; Ekblad et al., 2000; Huang, Yates & Prior, 2009a; Owens & Randhawa, 2004). Språket och kommunikationen hade betydelse för sjuksköterskans förståelse för patientens upplevelse av lidande och död. Om det uppstod kommunikationsproblem så kunde det påverka omvårdnaden till invandrapatienter (Atzmona & Popescu, 2014; Huang et al., 2009a; Owens & Randhawa, 2004).

Kommunikation betraktades vara ett vanligt problem vid möte med invandrapatienter eftersom det ofta uppstod språkproblem mellan dem och sjuksköterskorna (De Graaff et al., 2012; Ekblad et al., 2000; Huang et al., 2009a; Severinsson & Høye, 2008). Dessutom var patienterna mer känsliga och oroliga i det palliativa skedet, detta ledde till att de inte kunde kommunicera tydligt med vårdpersonalen (Huang et al., 2009a). Det fanns risk för informationsmissar och missförstånd då kommunikationen var ineffektiv. Behoven för patient och närstående kunde inte fullgöras. Svårigheter i kommunikationssituationer med invandrapatienter upplevdes frustrerande, obehagligt och stressande (Ekblad et al., 2000; Huang et al., 2009a; Severinsson & Høye, 2008). Missuppfattningar kunde uppstå trots att personal och patienter hade gemensamt verbalt språk (Severinsson & Høye, 2008). Detta eftersom patienter och deras familjer ibland inte förstod specifika medicinska termer eller att personal och patient hade olika referensramar som de utgick från (Ekblad et al., 2000).

När verbal kommunikation inte var möjligt och personal inte hade tillgång till tolk, var icke-verbal kommunikation det enda möjliga verktyget (Atzmona & Popescu, 2014; Huang et al., 2009a; Owens & Randhawans, 2004). Sjuksköterskor menade att icke-verbal kommunikation inkluderade ansiktsuttryck, ögonkontakt, röstvolym, kroppshållning och beröring. Denna icke-verbala kommunikation hade en mängd betydelser och tolkningar i olika kulturer (Atzmona & Popescu, 2014; Huang et al., 2009a). Eftersom icke-verbala kommunikationsmönster varierade kraftigt mellan olika kulturer krävdes det att sjuksköterskor hade en god förmåga att lyssna aktivt, ha tålamod samt möjlighet att ge patient

och närstående tid att uttrycka sina tankar och önskningsar (Huang et al., 2009a). I Owens och Randhawans (2004) studie beskrev en del studiedeltagare hur de hade upplevt att lära sig vissa ord såsom hej och adjö på patienternas språk när språkbarriärer existerade. Detta kunde underlätta kommunikationen och var ganska trivsamt vilket patienter ofta uppskattade.

När sjuksköterskor inte kunde patienternas språk använde sjuksköterskorna ofta familjemedlemmar som tolk (Atzmona & Popescu, 2014; De Graaff et al., 2011, 2012; Diver, Molassiotis & Weeks, 2003; Huang et al., 2009a; Severinsson & Høy, 2008).

Kommunikationen tog då form av en triad genom kommunikationen mellan sjuksköterskan, patienten och anhöriga (De Graaff et al., 2012).

I stort sett fungerade patientens anhöriga väl som tolk men de kunde ibland tolka selektivt och inte sammanföra allt som patienten sa (Bellamy & Gott, 2013; De Graaff et al., 2011, 2012; Ekblad et al., 2000; Owens & Randhawan, 2004). Detsamma gällde när anhöriga tolkade det som sjuksköterskorna ville framföra till patienten. Exempelvis var det förbjudet i vissa kulturer att prata om död (De Graaff et al., 2012). Många anhöriga ville därför inte tala öppet om en diagnos av en livshotande sjukdom inför patienten eftersom de omedelbart förknippade den med döende och detta kom att påverka patienter negativt. Om personalen talade om det med en familjemedlem som fungerade som tolk vägrade han/hon vanligtvis att förmedla det till patienten. Denna benägenhet att undanhålla information till patienten uppfattades som en särskild utmaning för personalen (Bellamy & Gott, 2013).

Men en del sjuksköterskor beskrev att de föredrog att familjen tolkade för att patienter ofta inte trodde på professionella tolkar av samma kulturella bakgrund (Owens & Randhawan, 2004). De var oroliga för att tolken skulle lämna ut privat information till utomstående. Anhöriga fungerade även som en nyckelposition i triaden, eftersom de inte bara tolkade utan också kunde lämna viktig information om vilka behov och önskemål patienten och de anhöriga hade. Sjuksköterskorna kände sig ibland tveksamma över att använda anhöriga som tolk på grund av att de upplevde att de lade särskild börda på familjen som redan var emotionellt stressade av situationen med patienten som var döende (Ekblad et al., 2000).

Sjuksköterskorna i Severinsson och Høyas (2008) studie rekommenderade inte att använda barn som tolk på grund av att de ofta tolkade fel. Ibland tog sjuksköterskor hjälp av en kollega som var tvåspråkig (Huang et al., 2009a; Ekblad et al., 2000). Flera sjuksköterskor ansåg att det var fördelaktigt att anställa mer personal med invandrarbakgrund, eftersom de ofta fungerade som en länk mellan sina kollegor och patienter med annan etnisk bakgrund (Ekblad et al., 2000).

7.3 Faktorer som upplevs påverka transkulturell omvårdnad

Många sjuksköterskor konstaterade att kulturell medvetenhet var en väsentlig egenskap för att ge lämplig kulturell vård (Atzmona & Popescu, 2014; Ekblad et al., 2000; Huang et al., 2009a; Owens & Randhawa, 2004). Huang et al. (2009b) forskning visade att man måste vara medveten om att det finns skillnader inom kulturer, utan medvetenhet var personalen mindre benägna att visa känslighet för andra kulturella värden. Medvetenhet om skillnaderna var både berikande och betydelsefullt för att bättre förstå andra kulturer (Ekblad et al., 2000). Medvetenhet om de kulturella frågorna kunde leda till en ökad öppenhet och att personalen frågade mer om patienternas önskemål. Att vara kulturellt medveten kunde också innebära en ökad förståelse för språkproblem och att man därmed försökte eliminera sådana hinder med hjälp av tolk. Det var viktigt att sjuksköterskorna inte bara var medvetna om andra kulturer utan också om den egna kulturella bakgrunden. En del personal hade bott utomlands och under den tiden hade de märkt vikten av att behålla den egna kulturen och därigenom hade de fått en ökad medvetenhet och förståelse för sina patienters kulturella behov.

I en australisk studie av Huang et al. (2009b) visade intervjuerna att man behövde kunskaper om specifika kulturella sedvänjor och ritualer för att tillgodose en god palliativ vård till invandrapatienter. Exempelvis hade sjuksköterskorna i den studien många patienter med asiatisk bakgrund, när dessa patienter dog fick man inte röra kroppen på sex timmar för att själen skulle lämna kroppen.

Att bara ha kunskap om olika religioner och kulturer var dock inte tillräckligt i det mångkulturella samhället. Många artiklar lyfte fram vikten av individualitet (Bellamy & Gott, 2013; Ekblad et al., 2000; Diver, Molassiotis & Weeks, 2003; Huang et al., 2009b). I det mångkulturella mötet fanns det en risk att saker tas för givna t.ex. hur människor från olika kulturer skulle bete sig (Ekblad et al., 2000; Huang et al., 2009b). Flera sjuksköterskor erkände att kulturen inte var ett fast eller statiskt koncept. Den utvecklades med tiden och varierade mellan individer inom en grupp på grund av socialt och historiskt inflytande. Sjuksköterskorna nämnde att deras synsätt hade förändrats många gånger när de mötte människor med olika kulturella bakgrunder. Sjuksköterskorna skulle vara medvetna om utbredda variationer både mellan och inom grupperna för att underlätta kulturella skillnader (Huang et al., 2009b).

Sjuksköterskors tidigare erfarenheter med människor med annan kultur hade en viktig roll i att forma deras förhållningssätt till en god vård (Ekblad et al., 2000; Huang et al., 2009b; Iranmanesh et al., 2011). Exempelvis beskrev sjuksköterskor i Huang et al. (2009b)

forskning sina erfarenheter med patienter som hade olika åsikter och uttryck av smärta. Sjuksköterskorna fick möjlighet att lära sig om kulturella skillnader av dessa erfarenheter och att vidare kunna forma sina åsikter, uppfattningar och reaktioner i en palliativ vårdsituation. Sjuksköterskorna kunde därmed använda sina tidigare erfarenheter av att vårda olika etniska grupper till en lämplig vård. Sjuksköterskorna betonade att erfarenheter som de hade uppsamlat under arbetet med döende människor och deras familjer var en viktig professionell utvecklingsresurs. De kände att den feedback de fått i samband med dessa relationer hade berikat deras professionella tillväxt. Sjuksköterskor i Owens och Randhawas (2004) studie berättade också att tidigare livserfarenheter skapade deras syn på kultur och transkulturell omvårdnad (Iranmanesh et al., 2011). Sådana erfarenheter ökade sjuksköterskornas potential att öka sin medvetenhet och känslighet för kulturer.

De svenska sjuksköterskorna i studien av Iranmanesh et al. (2000) beskrev hur stimulerande och viktigt det var att vara en del av ett team. Sjuksköterskorna menade att professionell utveckling innebar att dela kunskap och erfarenheter. Sjuksköterskorna ansåg att strukturerade och professionella diskussioner och reflektioner var ett effektivt sätt att utveckla professionell vård, både individuellt och i grupp. Genom att prata öppet om erfarenheter, handlingar och känslor kunde de lära från varandra. Att etablera en förtroendefull relation och hitta gemenskap skapade ett positivt klimat av omsorg.

Sjuksköterskeutbildningen och vidareutbildning inom kulturell mångfald var en annan viktig faktor för att förbättra kulturell kompetens och förtroende att ge en god vård till invandrapatienter (Ekblad et al., 2000; Diver et al., 2003; Huang et al., 2009b). Resultatet i Ekblad et al. (2000) studie visade att konkret information, exempel på familjemönster i olika kulturer och traditioner, väckte intresset för många sjuksköterskor eftersom familjen hade stor betydelse vid palliativ vård. Genom kunskap om familjemönster kunde personalen få en bättre förståelse för varför patienter och deras anhöriga ibland betedde sig annorlunda. Ett annat tema som togs upp enligt Ekblad et al. (2000) för vidareutbildning var liv och död: hur skulle, eller hur fick personalen agera i samband med en patients död, dvs. det praktiska arbetet i hanteringen av patienter med olika kulturella bakgrunder. Det var också viktigt att lära sig mer om religioner och kulturer som personalen vanligtvis kom i kontakt med, detta så att de kunde sätta sin kunskap till praktisk användning. Personalen föreslog att vidareutbildning inom kulturell omvårdnad borde innefatta en mer detaljerad titt på de olika världsomfattande religionerna. Både saklig information och lärarnas egna erfarenheter skulle vara välkomna komponenter i utbildningen.

8. Diskussion

Diskussionsdelen består av metoddiskussion och resultatdiskussion. I metoddiskussionen diskuterar författaren litteraturöversiktens metod. I resultatdiskussionen diskuterar författaren studiens resultat med stöd från andra vetenskapliga studier och utifrån den teoretiska utgångspunkten.

8.1 Metoddiskussion

Det aktuella materialet för detta arbete bearbetades enligt Friberg (2012) för att på så sätt undvika att inte allt material skulle redovisas. Hela analysarbetet gjordes med syftet som utgångspunkt. Detta minskade risken för att materialet skulle bedömas subjektivt, vilket också ökade också resultatets trovärdighet. Artiklarna i denna litteraturöversikt söktes i databaserna CINAHL Complete with Full Text, PubMed och SveMed + fördelen att använda tre olika databaser att hitta relevanta artiklar relaterat till det beskrivna syftet. I databasen SveMed + fick författaren dock ingen träff som användes i denna litteraturöversikt. Flest artiklar valdes från databasen CINAHL Complete, eftersom sökningarna där gav flest resultat och därmed flera relevanta artiklar.

Studierna är utförda i olika delar av världen, från Australien, Israel, Nederländerna, Nya Zeeland, Storbritannien, Sverige och Iran. Den geografiska spridningen kan både ses som en styrka och en svaghet. En styrka är att man får veta hur sjuksköterskor i andra länder ser på palliativ vård vilket gör att påverka deras upplevelse till patienter med en annan etnisk bakgrund. Svagheten blir då att vårdmiljö och styrande lagar ser olika ut i olika delar av världen, vilket skulle kunna den mindre applicerbart i en svensk vård kontext.

Resultatstudierna har alla publicerats i vårdvetenskapliga tidskrifter och är etiskt granskade, vilket styrker författarens övertygelse om att studierna håller en hög kvalitet. Fyra av de inkluderade studierna hade samma huvudförfattare vilket är en svaghet. Däremot hade de studierna olika inriktningar och handlade om olika saker. Författaren till denna litteraturöversikt bedömde att artiklarna ansågs vara lämpliga och inkluderades därför i resultatet, då de svarade på litteraturöversiktens syfte. När sökningarna av artiklarna gjordes utifrån det valda syfte fann och valde författaren två stycken studier vilka innehöll undersökningar med andra grupper av vårdpersonal till exempel läkare och undersköterskor. Detta kan anses vara en svaghet då syftet var att visa på sjuksköterskors erfarenheter. Författaren tyckte dock att dessa studier var mycket relevanta på grund av innehållet, dessa studier visade hur sjuksköterskor, undersköterskor och läkare upplevde möten med patienter

med annan etisk bakgrund vilket bidrog till en mer övergripande bild då de tre yrkesgrupper jobbar som ett team.

Valet av Madeleine Leininger som teoretisk referensram har varit lämplig. Den är en vägledning för sjuksköterskor vid vård av patienter med annan etnisk bakgrund. Modellen har belyst hur sjuksköterskan ska ha en helhetsbild av patientens liv och på så sätt kan ge en mer holistisk vård till patienter av olika kulturer samt hjälpa patientens livskvalité.

8.2 Resultatdiskussion

Författaren har valt att presentera resultatdiskussion i två olika tema: kommunikation och upplevelser av kulturella skillnader.

8.3 Kommunikation

Resultat av denna studie framkom det att kommunikation mellan sjuksköterskor och invandrapatienter var ett vanligt problem, detta försvårade vårdandet för sjuksköterskor. Litteraturöversiktens resultat visade att kommunikationen var den faktor som påverkade den palliativa transkulturella omvårdnaden mest och var en grundförutsättning för en god omvårdnad av dessa patienter till exempel vid patientens upplevelse av smärta, lidande och död. Om det uppstod kommunikationsproblem så kunde det påverka omvårdnaden till invandrapatienter. Denna litteraturöversikt visar att kommunikationssvårigheter ledde till att sjuksköterskor blev speciellt frustrerade när de inte kunde förmedla information till invandrapatienter samt ett hinder för att skapa en relation till patienten som byggde på tillit. Dahlberg och Segesten (2011) beskriver att när kommunikationsproblem uppstår leder det till att vårdrelationen blir lidande, såväl som att patientens individuella behov inte tillgodoses. Studien av Kemps (2005) studies resultat visade att effektiv kommunikation möjliggör en god vårdrelation som är grunden till att invandrapatienter inom palliativ vård får en god omvårdnad. Enligt Strang (2012) är en välfungerande relation sjuksköterskans enda möjlighet att uppfatta individens önskemål och behov för att kunna tillgodose vård av hög kvalitet i livets slutskede.

Strang (2012) betonar också att kommunikation och relation är den viktigaste hörnstenen vid palliativ vård, utan kommunikation fungerar inte den övriga vården. Litteraturöversiktens resultat visar att en fungerande kommunikation är en förutsättning för att kunna utföra patientens perspektiv på sin sjukdom, lidande och på sitt sociala, men att det kan vara problematiskt om det inte finns ett gemensamt språk mellan patienter, närstående och vårdare.

Resultaten av denna litteraturöversikt visar att sjuksköterskan löste dessa svårigheter genom att ha anhöriga som tolkar eller att tolk beställde. Dock visade den här litteraturöversiktens resultat att användning av tolkar är nödvändigt men också invecklat.

En studie av Somerville (2007) visade att när patienten inte kunde språket var användning av en tolk ibland en förutsättning för att kunna kommunicera överhuvudtaget, men sjuksköterskor var tveksamma till att använda tolk. Det gäller både legitimerad tolk och anhörig som tolk. Sjuksköterskor upplevde i resultatet av denna litteraturöversikt att ha anhöriga som tolk innebar att det var svårt att veta vad patienten ville. Sjuksköterskor tolkade att anhöriga svarade på frågor utan att fråga patienten och inte säga sanningen, vilket gjorde att sjuksköterskorna inte fick en korrekt anamnes. Dessutom uppstår konflikter när familjemedlemmar och barn används som tolkar, vilka kan leda till selektiv informationsutlämning och felaktig tolkning. Användningen av tolk skapade konflikter och etiska dilemman, men samtidigt var det också avgörande för att ge möjlighet till effektiv kommunikation.

Dunnes (2005) har forskat om kommunikation och dess förhållande till palliativ vård. I hans studie framkom att sjuksköterskans förmåga att bedöma i vilka omvårdnadssituationer professionell eller närstående tolk bör användas är viktigt i transkulturell omvårdnad inom palliativ vård.

Litteraturöversiktens resultat visade att när verbal kommunikation inte var möjligt och personal inte hade tillgång till tolk, var icke-verbal kommunikation det enda möjliga verktyget. Den icke-verbala kommunikationen kan både underlätta ömsesidig förståelse men även ha en avgörande roll i de mänskliga samspelet (Stier, 2009). Leininger (2006) betonar att sjuksköterskan behöver lära sig om den icke-verbala kommunikationens betydelse särskilt när någon inte kan tala patientens språk. När verbal kommunikation inte fungerar, är icke-verbal kommunikation nödvändigt (Hanssen, 2009). Atzmona och Popescu (2014) beskriver att kroppsspråk är ett bra hjälpmedel vid kommunikation, men gesterna kan skilja sig mellan olika kulturer. Det är viktigt att tänka på ansiktsuttryck, röstvolym, ögonkontakt och huvudrörelser för det som är tillåtet i vissa länder är inte tillåtet i andra.

8.4 Upplevelser av kulturella skillnader

Litteraturöversiktens resultat visade att sjuksköterskor ibland upplevde att det var svårt att identifiera, planera och utföra omvårdnaden för invandrapatienter och närstående på grund av kulturella skillnader. Hultsjö och Hjelm (2005) skriver i en studie att invandrapatienter i vissa fall betedde sig på ett åtskillnad sätt än vad sjuksköterskan van vid som relaterat till

kultur och språk till exempel patientens högljudd vid smärta. Detta ledde till att sjuksköterskor kände frustration när de inte förstod och hjälpte patienten på grund av kulturella skillnader och det var svårt för sjuksköterskor att bedöma hur allvarligt tillståndet var för patienten. Wikberg och Bondas (2010) beskriver att beteenden och känslouttryck skilde sig ofta mellan patienter från olika kulturer och gick ibland emot det som personalen var van vid. Gustafsson (2005) betonar också att utan kunskap om kulturella skillnader och medvetenhet om att alla är olika och inte kan behandlas på samma sätt, så kan detta inte garanteras. Sjuksköterskor i den palliativa vården som är medvetna om kulturella skillnader och förstår patientens behov, kan svara mer effektivt och lämpligt på patienters enskilda behov och har en öppenhet (Doorenbos & Myers Schim, 2004).

Huang et al., (2009b) hävdar att kulturell medvetenhet är ett viktigt första steg på vägen mot förståelse av kulturella skillnader. Resultatet av denna litteraturöversikt visar att medvetenhet var en av de viktigaste faktorerna för att ge transkulturell omvårdnad till invandrapatienter. Leininger (2006) har genom sina studier funnit att det finns fler kulturella skillnader än likheter i vården, vilket kan leda till kulturella konflikter mellan sjuksköterskan och patienten. Sjuksköterskans kulturella medvetenhet, personliga övertygelser och värderingar, är grunden för att kunna utveckla kulturell kompetens och förstå kulturella skillnader.

Barclay, Blackhall och Tulsky (2007) beskriver att kulturell kompetens vid palliativ vård således inte handlar om att studera olika kulturer, utan i stället kunna se att varje patient har med sig sin egen kulturella och individuella kontext som påverkar dennes attityder och behov. Kulturell kompetens är en egenskap sjuksköterskan tillägnar sig dels genom erfarenheter, dels genom utbildning och diskussioner som är en nödvändighet för god mångkulturell palliativ omvårdnad. För att kunna förstå, bekräfta och respektera andra människors kulturella bakgrund är det viktigt att först bli medveten om och att försöka förstå sin egen kulturella bakgrund och sina egna värderingar, inte bara för att bli kulturellt medveten om sig själv utan också för att få en förståelse för hur kulturella traditioner och värderingar formas.

Cortis (2003) och Jirwe (2008) beskriver att människor har en tendens att vara etnocentriska, dvs. att omedvetet se andra genom att använda sin egen grupp som standard för att döma andra. Utan kulturell medvetenhet är det lätt att man för över sina värderingar på andra kulturer. Att vara kulturellt medveten innebär nämligen också att sjuksköterskan behöver utveckla en förståelse för sina egna fördomar och stereotypa attityder för risken att diskriminera en person pga. kulturella skillnader. Detta leder till att sjuksköterskan kan identifiera sina fördomar eller stereotypa attityder, och därmed kan arbeta mot dem.

När det gäller kulturella skillnader kan sjuksköterskan ta hjälp av Leiningers vårdteori för att

kunna bedöma vad som är viktigt för patientens kulturbetingade föreställningar om hälsa och sjukdom (Leininger, 2006). Sjuksköterskor och patienter kan tillsammans gå igenom de olika faktorerna med fokus på patientens förståelse av hälsa och välbefinnande. Man kan skapa sig en inblick i patientens liv och försöka se mönster som framträder, för att kunna ta ställning till hur omvårdnaden ska utformas. Sjuksköterskan ska planera omvårdnaden genom att bevara eller upprätthålla, anpassa, förhandla eller strukturera vården efter patientens behov. Sjuksköterskan ska också bedöma vilka sedvänjor som är meningsfulla för patienten att utföra för att främja patientens hälsa och välbefinnande.

9. Kliniska implikationer

Resultat av denna litteraturöversikt visar att god kommunikation är den faktor som anses vara absolut viktigast särskilt vid den palliativa mångkulturella omvårdnaden. Utan kommunikation är det mycket svårt att ge god omvårdnad. Resultatet visar att bristande kommunikation är det största problemet mellan sjuksköterskor och invandrapatienter. Detta leder till att sjuksköterskorna känner sig osäkra och speciellt jobbiga upplevs situationer. Således kan inte information ges till patienten på grund av att det är svårt att få tag på professionella tolkar när de behövs, vilket förhindrar dem att kunna ge en god palliativ vård till patienter och deras anhöriga. För att framtidens sjukvård ska kunna möta den växande mångkulturella befolkningen är det av stor vikt att sjuksköterskan har tillgång till tolkservice dygnet runt. För att sjuksköterskor och patienter ska kunna kommunicera på ett tydligt sätt samt ska sjuksköterskor kunna ge information och lindra till den svårt sjuke.

10. Förslag till fortsatt forskning

Ett område som jag anser bör forskas om i större utsträckning är anhöriga. Det som påvisas i resultatet är att familjen kan vara både en resurs och ett hinder vid mångkulturell omvårdnad, där sjuksköterskans agerande har en betydande roll. Familjen har en stor betydelse vid palliativ vård och jag ser därför att det vore intressant med fortsatt forskning gällande om hur familjemönster ser ut inom olika kulturer.

11. Slutsats

I resultatet framkom det att många sjuksköterskor upplevde att det var svårt att förstå invandrapatienters och deras anhöriga. Kommunikationssvårigheter mellan personal och patienter var ett vanligt problem. Som slutsats anser författaren att för att sjuksköterskan ska

kunna ge en individuell anpassad omvårdnad krävs en god kulturell kompetens. Detta för att kunna lindra patientens lidande vid palliativ vård. Sjuksköterskan ska också ha en god kommunikationsförmåga, och kunna skapa ett tryggt och gott förhållande till patienten och dennes anhöriga, detta kan vara avgörande för transkulturell omvårdnad inom palliativ vård. Sjuksköterskor ska även ha en förståelse att varje individ är unik med sina egna värderingar och önskemål.

Referensförteckning

*=Resultatartiklar

Ahmadi, F. (2008). *Kultur och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Allwood, C. M., & Franzén, E. C. (2008). Tvärkulturella möten. I C. M. Allwood., & E. C. Franzén (red), *Tvärkulturella möten. Grundbok för psykologer och socialarbetare*. (s. 15-38). Falkenberg: Natur och Kultur.

*Atzmona, R-E., & Popescu, L. (2014). Transcultural nursing in the end-of-life: factors affecting nurse's ability to cope with culturally diverse patients and families. *Journal of Clinical Nursing*, 2, 89-101. Hämtad från databasen CINHAL Complete.

Barclay, J., Blackhall, L., & Tulsy, J. (2007). Communication strategies and cultural issues in the delivery of bad news. *Journal of palliative medicine*, 10(4), 958-977. Hämtad från databasen CINHAL Complete

*Bellamy, G., & Gott, M. (2013). What are the priorities for developing culturally appropriate palliative and end-of-life care for older people? The views of healthcare staff working in New Zealand. *Health and Social Care in the Community*, 21 (1), 26-34. Doi: 2112/10.1111/j.1365-2524.2012.01083.x

Boroujeni, A. Z., Mohammadi, R., Oskouie, SFH., & Sandberg, J. (2009). Iranian nurses' preparation for loss: finding a balance in end-of-life care. *Journal of Clinical Nursing* 16 (18), 2329-2336. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02437.x

Brown, F., & Tyson, W. (2009). Understanding the diverse needs of different cultures and faith practices. *Oncology Nursing Forum*, 36 (3), 52-53. Hämtad från databasen CINHAL Complete.

Björkström, M.-E., Johansson, I.-S., & Athlin, E.-E. (2006). Is the humanistic view of the nurse role still alive – in spite of an academic education? *Journal of Advanced Nursing*, 54, 502 – 510. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03845.

Conner, A., Allport, S., Dixon, J., & Somerville, A.-M. (2008)? *International Journal of Nursing*, 14, 546-552. Hämtad från databasen CINHAL Complete.

Cortis, J. D. (2003). Culture, values and racism: Application to nursing. *International Nursing Review*, 50(1), 55-64. Doi: 10.1046/j.1466-7657.2003.00152.x

Dahlberg, k., & Segesten, k. (2011). *Hälsa & vårdande: I teori och praxis*. Stockholm: Natur& kultur.

*De Graaff, F.M., Francke, A.L., Van Den Muijsenbergh, M.E.T.C., & Van Der Geest, S. (2011). Understanding and improving communication and decision-making in palliative care for Turkish and Moroccan immigrants: a multiperspective study. *Ethnicity & Health*, 17 (4), 363-384. Doi: 2112/10.1080/13557858.2011.645152

- *De Graaff, F.M., Francke, A.L., Van Den Muijsenbergh, M.E.T.C., & Van Der Geest, S. (2012). Talking in triads: communication with Turkish and Moroccan immigrants in the palliative phase of cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (21/22), 3143-3152. doi: 2112/10.1111/j.1365-2702.2012.04289.x
- DeMarinis, V. (1998). *Tvärkulturell vård I livets slutskede*. Lund: Studentlitteratur.
- *Diver, F., Molassiotis, A., & Weeks, L. (2003). The palliative care needs of ethnic minority patients: staff perspectives. *Interational Journal of Palliative Nursing*, 9 (8), 343-351. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Doorenbos, A.Z., & Myers Schim, S. (2004). Cultural competence in hospice. *American journal of hospice & palliative care*, 21(1), 28-32. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Dunne, K. (2005). Effective communication in palliative care. *Nursing Standard*, 20 (13), 57-64. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.
- *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), 623-630. Doi: 2112/10.1046/j.1365-2648.2000.01318.x
- Frank, R. (2009). Shared decision making and its role in end of life care. *British Journal of Nursing*, 18 (10), 612-618. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.
- Fioretos, I. (2002). Patienten som kulturellt objekt. I F. Magnússon (red.), *Etniska relationer i vård och omsorg*, (s. 149-180). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsatsvägledning för litteraturbaserade examensarbeten*, (s. 133-144). Lund: Studentlitteratur AB.
- Friedrichsen, M. (2012). Sjuksköterskans roll- anpassning och balans. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård*. (4.uppl., s.366-372). Stockholm: Liber AB.
- Gaunt, D. (2002). Äldre invandrare. I F. Magnússon (red.), *Etniska relationer i vård och omsorg*, (s. 61- 79). Lund: Studentlitteratur.
- Gustafson, D. (2005). Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective. *Advances in Nursing Science*, 28(1), 2-16. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

- Hanssen, I. (2009). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.
- Hattori, K., & Ishida, D. N. (2012). Ethnographic study of a good death among elderly Japanese Americans. *Nursing & Health Sciences*, 14 (4): 488-494. Doi: 2112/10.1111/j.1442-2018.2012.00725.x
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health and illness*, (5e uppl.) London: Hodder Arnold.
- *Huang, Y-L., Yates, P., & Prior, D. (2009a). Accommodating the Diverse Cultural Needs of Cancer Patients and Their Families in Palliative Care. *Journal of Clinical Nursing*, 32(1), 12-21. Hämtad från databasen CINHAL Complete.
- *Huang, Y-L., Yates, P., & Prior, D. (2009b). Factors influencing oncology nurses' approaches to accommodating cultural needs in palliative care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(24), 3421-3429. Doi: 2112/10.1111/j.1365-2702.2009.02938.x
- Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency: Swedish health care staff's experience. *International Nursing Review*, 52, 276-285. Hämtad från databasen CINHAL Complete.
- *Iranmanesh, S., Ghazanfari, Z., Sävenstedt, S., & Häggström, T. (2011). Professional development: Iranian and Swedish nurses' experiences of caring for dying people. *Journal of Palliative Care*, 27, 202-208. Hämtad från databasen CINHAL Complete.
- Jenko, M., & Moffitt, S. R. (2006). Transcultural nursing principles. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8(3), 172-180. Hämtad från databasen CINHAL Complete.
- Jirwe, M. (2008). *Cultural Competence in nursing*. Karolinska Institutet: Stockholm.
- Jirwe, M., Momeni P., & Emami, A. (2014). Kulturell mångfald. I F. Friberg., & J. Öhlén. (red.). *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 341-357). Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, E. M. (2005). Möten med Bahar. I M. Öhlander (red.), *Bruket av kultur. Hur kultur används och görs socialt verksamt*. (s. 295-314). Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, E. M. (2013). Kategoriserad annorlunda. I B. Andershed, B-M Ternestedt & C. Håkanson (red.), *Palliativ vård: Begrepp & perspektiv i teori och praktik*. (s.71-77). Lund: Studentlitteratur.
- Kemp, C. (2005). Cultural issues in palliative care. *Seminars in oncology nursing*. 21(1), 44-52. doi: 10.1053/j.soncn.2004.10.007
- Kvist, M. L. (2001). *Vård i mångfald. En intervjustudie med personalen på Fittja vårdcentral*. Botkyrka: Mångkulturellt centrum.

- Leininger, M. (2006). *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. New York: National League for Nursing Press.
- Leininger, M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*. New York: McGraw-Hill Medical Pub. Division.
- Mak, E., & Chiu, P. C. (2004). Nurse -patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 475-83. Doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03230.x
- Nationella vårdprogrammet (2012). Stockholm: Regionala cancercentrum i samverkan. Hämtad 2015-04-29, från http://www.cancercentrum.se/PageFiles/1722/nat_vp_pall_2012.pdf
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Ouis, P. (2010). Att möta olika människor lika. I Cuadra (Red.), *Omvårdnad I mångkulturella rum- frågor om kultur, etik och reflection* (s. 231-238). Lund: Studentlitteratur.
- *Owens, A., & Randhawa, G. (2004). 'It's different from my culture; they're very different': providing community-based, 'culturally competent' palliative care for South Asian people in the UK. *Health & Social Care in the Community*, 12(5), 414-421. Hämtad från databasen CINHAL Complete.
- Purnell, L.D. (2012). *Transcultural health care: a culturally competent approach*. (4 uppl.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Sandman, L., & Woods, S. (2011). Introduktion. I L. Sandman., & S. Woods (Red.), *God palliativ vård - etiska och filosofiska aspekter*. (s. 9-26). Lund: Studentlitteratur.
- *Severinsson, E., & Høye, S. (2008). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: an exploratory study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24 (6), 338-348. Hämtad från databasen CINHAL Complete.
- Skog, M., & Grafström, M. (2013). *Äldres hälsa och livskvalitet*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: Vägledning, rekommendationer och indikatorer: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Somerville, J. (2007). The paradox of palliative care nursing across cultural boundaries. *International journal of palliative nursing*, 13(12), 580-587. Hämtad från databasen CINHAL Complete.
- SOU 1996:55. Hämtad 2015-04-29, från <http://www.regeringen.se/content/1/c4/22/71/bbd15e5a.pdf>.

- Statistiska centralbyrån. (2015). *Befolknings statistik: Befolkning efter bakgrund*. Hämtad 2015-02-05, från http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101E/UtrikesFoddaTotNK/?rxid=1241a421-9ca5-4b5f-b7fa-c53b283d1eeb
- Stier, J. (2009). *Kulturmöten*. Lund: Studentlitteratur.
- Strang, P. (2012). Ett palliativt förhållningssätt- enligt WHO. I P. Strang & B. Beck-Friis (red.), *Palliativ medicin och vård*, (s. 30-34). Stockholm: Liber.
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeföreningen.
- Westin, C. (1999). *Mångfald, integration, rasism och andra ord. Ett lexikon över begrepp inom IMER - Internationell migration och etniska relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Widell, M. (2003). *Lindrande vård – vård i livets slutskede*. Uppsala: Bonnier Utbildning.
- Wikberg, A., & Bondas, T. (2010). A patient perspective in research on intercultural caring in maternity care: A meta-ethnography. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 5. doi:2112/10.3402/qhw.v5i1.4648
- Öhlander, M. (2004). Problematic patienthood. "Immigrants" in Swedish health care. *Ethnologia Scandinavica*, 34, 89-107. Hämtad från databasen Svemed+.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL Complete	Palliative Transcultural Nursing	59	Full text, peer reviewed, 2000-2015, skrivna på engelska och svenska.	53	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atzmona, R-E., & Popescu, L. 2. Huang, Y-L., Yates, P., & Prior, D. 3. Ekblad, S., Marttila, A., & Emilsson, M. 4. Huang Y-L., Yates, P., & Prior D. 5. Iranmanesh, S., Ghazanfari, Z., Sävenstedt, S., & Haggström, T.
CINAHL Complete	Immigrants Palliative	37	Full text, peer reviewed, 2000-2015, skrivna på engelska och svenska.	32	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. De Graaff, F. M., Francke, A.L., Van Den Muijsenbergh, M.E.T.C., & Van Der Geest, S. 2. De Graaff, F. M., Francke, A.L., Van Den Muijsenbergh, M.E.T.C., & Van Der Geest, S.
CINAHL Complete	Nurse Multicultural	386	Full text, peer reviewed, 2000-2015, skrivna på engelska och svenska.	50	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Severinsson, E., & Høye, S.

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL Complete	Nurse Multicultural palliative	10	Full text, peer reviewed, 2000- 2015, skrivna på engelska och svenska.	10	1	1. Diver, F., Molassiotis, A., & Weeks, L.
CINAHL Complete	Culture Palliative Attitude	257	Full text, peer reviewed, 2000- 2015, skrivna på engelska och svenska.	50	2	1. Bellamy, G., & Gott, M. 2. Owens, A., & Randhawa, G.

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Atzmona, R-E., & Popescu, L.	Transcultural Nursing in the End - of - Life: Factors Affecting Nurse's Ability to Cope with Culturally Diverse Patients and Families.	2014, Nora Israel, Journal of Clinical Nursing	Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter och identifiera faktorer som påverkar sjuksköterskors metoder i relation till kulturell mångfald patienter och deras familjer i livets slutskede.	Metod: Kvalitativ. Urval: 26 sjuksköterskor inom palliativ vård. Datainsamling: semi-strukturerade intervju. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Resultatet redovisades i två huvudkategorier. Sjuksköterskan upplevde att bristande medvetenhet om sörjande seder i kulturer som skiljde sig från deras egna kunde skapa ett hinder och utgjorde svårigheter att bemöta patienter i livets slutskede. Det visade sig att hälften av deltagarna bättre kunde hantera situationen pga. deras medvetenhet om död och förlust medan den andra hälften inte visade medvetenhet inom detta ämne eller total brist på respekt för det.
Bellamy, G., & Gott, M.	What are the priorities for developing culturally appropriate palliative and end-of-life care for older people? The views of healthcare staff working in New Zealand.	2013, New Zealand, Health and Social Care in the Community	Att undersöka uppfattningar från sjukvårdspersonal om tillhandahållande av kulturellt lämplig palliativ vård för patienter från Maori, Stillahavs område och asiatiska populationer som bor i New Zealand.	Metod: Kvalitativ. Urval: 80 vårdpersonal inom palliativ vård. Datainsamling: 10 fokusgrupper Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Deltagarna ansåg att familjens medverkan var grundläggande för tillhandahållandet av palliativ vård för patienter med annan kulturell bakgrund. Att bjuda in familjer med nödvändiga kunskaper och färdigheter för att ge vård till äldre familjemedlemmar var viktigt. Personal betonade behovet av att vara medveten om individualitet som en grundläggande aspekt av palliativ vård.

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
De Graaff, F. M., Francke, A.L., Van Den Muijsenbergh, M.E.T.C., & Van Der Geest, S.	Understanding and improving communication and decision-making in palliative care for Turkish and Moroccan immigrants: a multiperspective study.	2011, Nederländerna, Ethnicity & Health	Att undersöka hur kommunikation och beslutsfattande i palliativ vård bland turkiska och marockanska patienter påverkas av olika stilar av vårdadministration mellan turkiska och marockanska familjer och Nederländska professionella vårdgivare.	Metod: Kvalitativ. Urval: 6 patienter, 30 släktingar och 47 vårdpersonal. Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Resultatet visade att problemen i beslutsfattandet var delvis relaterade skillnader i kulturella uppfattningar om "god vård" vid livets slut: sjuksköterskor föredrog att fokusera på livskvalitet snarare än på att förlänga livet, medan turkiska och marockanska familjer tenderade att insistera på att bota. Holländska vårdgivare såg patienten som viktigast, men de upplevde att turkiska och marockanska familjer spelade en viktig roll i kommunikation och beslutsfattande.
De Graaff, F.M., Francke, A.L., Van Den Muijsenbergh, M.E.T.C., & Van Der Geest, S.	Talking in triads: communication with Turkish and Moroccan immigrants in the palliative phase of cancer.	2012, Nederländerna, Journal of Clinical Nursing	Att utforska faktorer som påverkar kommunikationen mellan vårdpersonal och turkiska och marockanska invandrare i palliativ fas av cancer.	Metod: Kvalitativ. Urval: 6 patienter, 30 anhöriga och 47 vårdpersonal. Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Många patienter med en turkisk eller marockansk bakgrund talade lite holländska, samtal skedde ofta i triader, vilket gjorde det svårt att förstå och lösa kommunikationsproblem som uppstod. Divergerande uppfattningar om god kommunikation. Missförstånd kring palliativ vård kunde inte förklaras enbart av skillnaden i kulturell bakgrund mellan patienter och deras vårdgivare utan kommunikationstriangeln komplicerade också kommunikation om, till exempel skillnader i vårduppfattningar.
Diver, F., Molassiotis, A., & Weeks, L.	The palliative care needs of ethnic minority patients: staff perspectives.	2003, Storbritannien, International Journal of Palliative Nursing	Att utforska den sociala konstruktionen av kulturfrågor i palliativ vård.	Metod: Kvalitativ. Urval: 4 sjuksköterskor inom palliativ vård. Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer. Analys: Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.	Att förbättra resurser och expansion av toltjänster. Mer träning som baserades på personalens önskan om begränsat kulturellt specifika kunskaper i känslig kombination med en individanpassad vård. Att sjuksköterskan hade ett medvetet förhållningssätt och ett strukturerat arbetssätt till patienter och deras närstående.

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Ekblad, S., Marttila, A., & Emilsson, M.	Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm.	2000, Sverige, Journal of Advanced Nursing	Att samla reflektioner om kulturella frågor bland sjuksköterskor i hospis.	Metod: Kvalitativ. Urval: 19 sjuksköterskor. Datainsamling: Fokusgruppsintervjuer. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	För att bättre förstå andra kulturer var det viktigt att öka medvetenheten om vårdgivarnas egna kulturer och att uppmärksamma kulturen särskilt i samband med den individen. Resultaten gav insikt om behovet för planering och flexibel utbildning i kulturella frågor för att tillfredsställa behov hos personalen på hospice.
Huang, Y-L., Yates, P., & Prior, D.	Accommodating the Diverse Cultural Needs of Cancer Patients and Their Families in Palliative Care.	2009, Australien, Journal of Clinical Nursing	Att undersöka den sociala konstruktionen och de kulturella frågorna inom palliativ vård bland onkologisjuksköterskor.	Metod: Kvalitativ. Urval: 7 specialistsjuksköterskor i onkologi. Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Anpassa kulturella behov i palliativ vård. Bevarande av mångkultur Sjuksköterskor upplevde att språksvårigheter var ett stort hinder i att vårda människor från annan kulturell som var annorlunda än sina egen. Sjuksköterskor måste bedöma varje patients nivå av förståelse under processen för kommunikationen. Kommunikationssvårigheter kunde hindra tidig upptäckt av vårdbehov, behandling och omvårdnad.
Huang, Y-L., Yates, P., & Prior, D.	Factors influencing oncology nurses' approaches to accommodating cultural needs in palliative care.	2009, Australien, Journal of Clinical Nursing	Att beskriva vilka faktorer som påverkar sjuksköterskors förhållningssätt till att tillfredsställa kulturella behov.	Metod: Kvalitativ. Urval: 7 onkologisjuksköterskor Data insamling: Semi-strukturerade intervjuer. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Resultat visade faktorer som påverkade sjuksköterskors förhållningssätt, där ingick bl.a. deras åsikter och uppfattningar om kultur och kulturella sedvänjor, deras filosofi av kulturell vård, sjuksköterskors tidigare erfarenheter med människor från andra kulturer och organisatoriska metoder för kulturell vård.

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Iranmanesh, S., Ghazanfari, Z., Sävenstedt, S., & Häggström, T.	Professional Development: Iranian and Swedish nurses' experiences of caring for dying people.	2011, Sverige och Iran, Journal of Palliative Care	Att beskriva innebörden av sjuksköterskors upplevelser av att vårda invandrapatienter i livets slutskede i Iran och Sverige.	Metod: Kvalitativ. Urval: 8 sjuksköterskor från en onkologi avdelning i Teheran, Iran och 8 sjuksköterskor från palliativ vård i norra Sverige. Datainsamling: Intervjuer med öppna frågor. Analys: Fenomenologiska hermeneutiska metod.	De svenska sjuksköterskorna beskrev hur stimulerande och viktigt det var att vara en del av ett team, och professionell utveckling innebar att dela kunskap, erfarenheter och ansvarsområden. Däremot beskrev de iranska sjuksköterskorna brist på samarbete mellan sjuksköterskor och andra yrkesgrupper. Både de iranska och de svenska sjuksköterskorna rapporterade att professionell utveckling innebar att använda förkroppsligad kunskap för att ge optimal vård till de obotliga sjuka patienterna.
Owens, A., & Randhawa, G.	'It's different from my culture; they're very different': providing community-based, 'culturally competent' palliative care for South Asian people in the UK.	2004, UK, Health & Social Care in the Community	Att undersöka vad vårdpersonalen upplevdes som svårigheter, problem och oklarheter i den palliativa vården utifrån praktisk kulturell kompetens.	Metod: Kvalitativ. Urval: 10 vårdpersonal. Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Kulturella skillnader och bristande kommunikation mellan patienter och vårdpersonal ledde till en mycket mindre holistiskt sätt än att den palliativa vården eftersträvade. "Kommunikation är höjdpunkten av allt." vårdpersonalen menade att effektiv kommunikation gick utöver språk för att förstå olika kulturella sedvänjor och trosuppfattningar.

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Severinsson, E., & Høye, S.	Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: an exploratory study.	2008, Norway, Intensive & Critical Care Nursing	Att belysa intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar om sina möten med mångkulturella familjer.	Metod: Kvalitativ. Urval: 16 sjuksköterskor Datainsamling: Fokusgruppsintervjuer. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Arbetsmönster beskrevs av sjuksköterskor som känslomässigt lidande, både i möten med mångkulturella familjer och i yrket. Kommunikationsutmaningar var kopplade till språksvårigheter mellan sjuksköterskor och mångkulturella familjer. Kriser inträffade i form av ångest och nöd inom mångkulturella familjer.