

Christine Lundin och Jennifer Brännerud

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Vetenskaplig metod och examensarbete, VKG1XX, 2011

Grundnivå

Handledare: Anita Dahlstrand och Birger Hagren

Examinator: Charlotte Prah

Att ge individanpassad kulturell omvårdnad

Sjuksköterskors upplevelser inom palliativ vård

To provide personalized cultural nursing care

Nurses' experiences in palliative care

Sammanfattning

Bakgrund: Betydelsen av begreppet kultur kan variera. I det här arbetet används begreppet kultur för människor från ett gemensamt ursprung och/eller med gemensamma kulturella uppfattningar. Globaliseringen ökar i Sverige och i världen vilket leder till en stor blandning av människor från olika kulturer, detta ställer höga krav på sjuksköterskan. Att möta och vårda lidande och döende patienter med annan kulturell bakgrund än dem själva kan vara något av det svåraste en sjuksköterska kan ställas inför.

Syfte: Syftet med denna studie är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter från olika kulturer inom den palliativa vården.

Metod: Detta är en litteraturstudie där åtta vårdvetenskapliga tidskriftsartiklar valts ut efter en noggrann granskning av dess innehåll. Artiklarna har hittats i databaserna Cinahl, Pubmed och Medline. Artiklarna har sedan analyserats genom innehållsanalys då innehållet i dem brutits ned till meningsbärande enheter som sedan grupperats och resulterat i nya kategorier.

Resultat: Deltagarna i studierna menade att situationer kan uppstå i vården som kan beskrivas som kulturella utmaningar. Kommunikationsproblem är ett exempel på detta. De menar att fokus bör läggas på patientens egen upplevelse av sin kultur och de behov som den leder till, det vill säga individuella kulturella behov. Sjuksköterskorna tyckte det kunde vara bra att ha en medvetenhet om att kulturella behov kan förekomma.

Diskussion: Generalisering ska undvikas då detta kan leda till begränsningar av vården. Det centrala i vårdandet är patienten som person och vad denne anser är viktigt. Genom att använda sig av detta synsätt kommer automatiskt frågan om betydelsen av patientens kultur att besvaras. Utbildning ska ske fortlöpande under hela grundutbildningens gång. Praktiska inslag så som uppgifter i kulturell vård i den verksamhetsförlagda utbildningen och rollspelsövningar med kulturellt fokus kan vara lämpliga moment.

Nyckelord: Palliativ vård, kultur, individuell vård, sjuksköterskors upplevelser

Keywords: Palliative care, culture, individual care, nurses' experiences

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund	1
2.1	Kulturens betydelse för människan	1
2.2	Ökad mångkultur inom vården	3
2.3	Palliativ vård	4
2.4	Att kunna ge god omvårdnad	5
2.5	Problemformulering	6
3	Syfte	6
4	Teoretisk referensram	6
5	Metod	7
5.1	Datainsamling	7
5.2	Urval.....	8
5.3	Dataanalys	9
6	Forskningsetiska överväganden	9
7	Resultat	9
7.1	Patientens individuella omvårdnad inom palliativ vård.....	10
7.1.1	Kulturella behov hos patienten	10
7.1.2	Svårigheter i omvårdnaden relaterat till kulturella olikheter	11
7.1.3	Omvårdnadstrategier för att tillmötesgå patientens kulturella behov .	11
7.2	Sjuksköterskans behov av omvårdnads-kunnande inom palliativ vård	13
7.2.1	Behov av kunskap om olika kulturer	13
7.2.2	Behov av kulturell medvetenhet	14
7.2.3	Behov av utbildning i kulturella frågor	15
8	Diskussion	16
8.1	Metoddiskussion	16
8.2	Resultatdiskussion.....	18
8.3	Förslag till fortsatta studier	21
9	Slutsats	22
	Referensförteckning	23

Bilaga 127
Bilaga 229

1 Inledning

Att Sverige blir ett mer och mer mångkulturellt samhälle är nog något som de flesta invånare i landet är medvetna om. Detta innebär även att vi som blivande sjuksköterskor kommer att möta människor från många olika kulturer oavsett om det är inom den palliativa vården eller inom något annat område. Detta kan vara mycket spännande då det kan finnas mycket att lära av hur andra människor tänker och tycker. Efter att ha träffat människor från olika kulturer både som privatpersoner och sjuksköterskestudenter har vi märkt att svårigheter kan uppstå.

Anledningen till valet att rikta in oss på den palliativa vården är att vi blev intresserade av denna vårdform under den verksamhetsförlagda utbildningen. Sjuksköterskorna var engagerade i sina patienter och deras välbefinnande. De respekterade patienterna och deras behov på ett annat sätt än vad vi har upplevt på andra praktikplatser. Det var också lättare att komma närmare patienterna och det kändes som att det går att göra stor skillnad för dem. Sjuksköterskan har en viktig roll i mötet med patienter som befinner sig i livets slut då sjuksköterskan har möjlighet att ge patienten god omvårdnad den sista tiden av dennes liv. Detta ska ske på ett värdigt sätt och på patientens villkor, därför är syftet med det här arbetet att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter från andra kulturer inom den palliativa vården.

2 Bakgrund

Mångkulturen ökar i samhället vilket med stor sannolikhet kommer att innebära att allt fler människor med en annan kulturell bakgrund kommer att vårdas inom den palliativa vården i framtiden. Vad som är viktigt att tänka på då som sjuksköterska är att alla människor ska behandlas med respekt oavsett vilken kulturell bakgrund de har (SOU 2000:6, 1999). I bakgrunden beskrivs närmare vad kultur innebär och vilken betydelse kulturen kan ha inom den palliativa vården.

2.1 Kulturens betydelse för människan

Kultur kan vara viktig i många avseende inte minst när det handlar om sjukdom och hälsa (Hanssen, 2007). Till exempel blir det som har varit viktigt för en människa under dennes liv ännu viktigare då denne drabbas av sjukdom och då döden är nära. Synen på hälsa kan påverkas mycket av kultur men Johannisson (2008) menar även att kultur kan skapa

sjukdomar. Dessa kallar hon kultursjukdomar, vilka bland annat kan vara ätstörningar och utbrändhet. De skapas i tider då samhället snabbt förändras.

Begreppet kultur har definierats av många men det finns ingen bestämd betydelse. Kultur kan ses som en gemensam livsform av erfarenheter, tro, beteendemönster, värderingar, regler och idéer som är specifikt och unikt för en grupp och som kan ses som likartade av utomstående (SOU 2000:6, 1999; Andrews, 2008). En annan synvinkel är att kultur kan vara identitet och det som känns helt normalt för någon (Johannisson, 2008). Kulturbegreppet är således mycket komplext och svårt att definiera och det har olika betydelser för olika människor (Nyatanga, 2002).

Alla människor har ett kulturellt arv och det finns många olika sorters kulturer. Både sjuksköterskor och patienter har sin egen kultur och en person kan också ingå i speciella yrkes- eller professionskulturer. Andra exempel är dövas och blindas kulturer, fattigas kultur samt kulturer som har med människors sexuella läggning att göra (Andrews, 2008).

Sättet som människor handlar och agerar på kan också ses som kultur. Människor reflekterar oftast inte över sin kultur förrän då något speciellt händer, vilket oftast sker då olika kulturer möts. Då kan skillnader mellan kulturer ses och personen blir medveten om sin egen kultur och på det sätt han/hon själv betar sig på (DeMarinis, 1998).

En form av kultur är etnisk kultur. Precis som med kulturbegreppet så finns det inte heller någon bestämd betydelse av begreppet etnicitet (Culley, 2006). Inom området omvårdnad ses ofta etniska grupper som stora ”kollektiv” eller ”stammar” vilka har gemensamma kulturella uppfattningar eller gemensamt ursprung. Etniska grupper ses som kulturella grupper genom deras gemensamma kulturella arv, homogenitet och olikheten de har med andra etniska grupper (Culley, 2006). Invandrare kan ses som en gemensam grupp med ett gemensamt ursprung men som bosatt sig i ett annat land på grund av olika orsaker, men det enda de egentligen har gemensamt är att de är födda i ett annat land (Hanssen, 2005; Olsson, 2007). Hänsyn måste tas till personens bakgrund till exempel religion, socialklass, utbildning och anledningen till att de lämnat sitt hemland. Vad som bestämt kan påstås är att alla är olika (Hanssen, 2005; Olsson, 2007).

I denna litteraturstudie kommer kulturbegreppet användas genom att studera betydelsen som patientens kulturella bakgrund har för vården. Fokus kommer att ligga på att studera människor från ett gemensamt ursprung och/eller med gemensamma kulturella uppfattningar, likt Culleys (2006) definition av etnisk kultur. Eftersom att människor är olika är det primära

inte att studera individuella människor eller grupper, utan vad som kan vara mer användbart är att se skillnader och likheter i vården över kulturella gränser med människor med olika kulturell bakgrund.

2.2 Ökad mångkultur inom vården

Sjukvården står för en stor utmaning i framtiden. Den demografiska bilden förändras i många länder och det sker en ökning av olika kulturella grupper i samhällen runt om i världen (Flowers, 2004; Roberts, Sanders & Wass, 2008). Globaliseringen de sista hundra åren har varit större och skett snabbare än vad som kunnat tänkas. Denna stora mångkultur i befolkningarna ställer stora krav på sjuksköterskor och andra utövare inom hälso- och sjukvården, om de ska kunna ge kulturellt anpassad vård till varje individ. Detta genom effektiv kommunikation och ett lämpligt bemötande som tar hänsyn till patientens ras, etniska bakgrund och kultur (Flowers, 2004; Roberts et al., 2008).

Madeleine Leininger är en av de omvårdnadsteoretiker som var bland de första att studera kulturens betydelse i vården och hon omnämns i en stor mängd litteratur inom ämnet. Hon myntade på 1950-talet begreppet transkulturell omvårdnad. Med transkulturell omvårdnad syftar hon till omvårdnad där det fokuseras på människans egen syn på omvårdnad utifrån dennes kulturella perspektiv inkluderat dennes tro, värderingar och sedvänjor (Leininger, 1999). Transkulturell omvårdnad är ett specialiserat kunskapsområde där sjuksköterskor studerar kulturens betydelse för omvårdnaden (Leininger, 1997). De koncentrerar sig på omvårdnadens betydelse, värderingar och yrkesutövande inom ett specifikt kulturellt sammanhang. Detta för att få en förståelse för på vilket sätt kulturellt anpassad omvårdnad bidrar till hälsa och välbefinnande samt hur olika människor kan hantera död eller funktionsnedsättning. Enligt Mitchell, Dysart Gale, LaPorte Matzo, McDonald & Gadmer (2002) har transkulturell omvårdnad lett till ökad medvetenhet om patienters kulturella behov och stora förändringar inom hälso- och sjukvården. Sjuksköterskor har en god möjlighet att kunna förändra och utveckla hälso- och sjukvården genom deras erfarenheter och unika perspektiv.

Men det finns trots allt en medvetenhet internationellt att det krävs ännu mer utbildning i att vårda patienter med olika kulturell bakgrund (Flowers, 2004; Roberts et al., 2008). Yrkesutövande sjuksköterskor och sjuksköterskor med en undervisande funktion måste rikta uppmärksamhet mot frågor som gäller mångfald så att sjuksköterskestudenter blir förberedda

på vad de kommer att möta i sitt framtida yrke (Mitchell et al., 2002). En sjuksköterskas okänslighet inför kulturella frågor kan leda till ökat lidande för patienten och dess anhöriga (Pahor & Rasmussen, 2009). Enligt Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) ska sjuksköterskor i deras arbete med patienterna ha en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. I detta arbete ingår att tillgodose patientens grundläggande såväl som specifika behov, där även kulturella behov ingår. Sjuksköterskorna ska även lindra lidande och detta kan bland annat ske genom att tillgodose dessa behov (Socialstyrelsen, 2005). Att lindra lidande och öka livskvaliteten är något som genomsyrar den palliativa vården (SOU 2000:6, 1999).

2.3 Palliativ vård

Palliativ vård är ett begrepp som är allmänt känt runt om i världen och som innebär att patienten ska ges en aktiv helhetsvård (SOU 2000:6, 1999). Den palliativa vården omsluts av en filosofi som innebär att sjuksköterskan ska ge patienten möjlighet att uppleva livskvalitet när det inte längre går att bota sjukdom och besvär (Beck-Friis & Strang, 2008). Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är palliativ vård ett sätt att arbeta på som förbättrar patienters och deras familjers livskvalitet när de drabbats av en livshotande sjukdom. Detta sker bland annat genom förebyggande åtgärder och genom att på olika sätt minska lidande. För att göra detta möjligt är det viktigt med tidig upptäckt och en korrekt bedömning av sjukdomen. Sedan måste patienten få rätt behandling som syftar till att lindra smärta och andra fysiska symtom samt behandling av psykosociala och andliga symtom (World Health Organisation, 2011).

Den palliativa vården vilar på fyra hörnstenar där den första är symtomkontroll, det vill säga att lindra smärta och andra symtom. Den andra hörnstenen handlar om samarbete i team där läkare, sjuksköterskor och annan personal ingår. Den tredje hörnstenen berör kommunikation och vad den fyller för funktion och den sista hörnstenen handlar om stöd till anhöriga (SOU, 2000:6, 1999).

I en studie gjord med tio patienter i ett palliativt skede av deras sjukdom framkom att patienterna hade en positiv bild av den vård de fick. De upplevde personal som hade specialistkunskaper inom exempelvis palliativ vård och onkologi som extra värdefullt. De tyckte att det gick bra att tala med personalen, men tyckte personalen i allmänhet kunde vara

mer uppriktig och att sjukvårdspersonalen behövde bli bättre på att främja hopp hos patienten (Conner, Allport, Dixon & Somerville, 2008).

Det skiljs oftast mellan en tidig och en sen palliativ fas och då främst i vården av patienter med cancerdiagnos. Den tidiga fasen kan vara allt ifrån några månader till år medan inom den sena fasen är döden förväntad inom några veckor eller någon månad (Beck-Friis & Strang, 2008). I detta arbete görs ingen avgränsning när det gäller tidsperspektivet utan med palliativ vård menas allt ifrån år till några dagar.

Trots att författarna till denna litteraturstudie hade positiva upplevelser av palliativ vård liksom sjukvårdspersonalen i studien av Conner et al. (2008), tyder många studier runt om i världen på att patienter inom den palliativa vården inte får tillräckligt bra vård, exempelvis på grund av kommunikationssvårigheter och otillräcklig symtom- och smärtp kontroll. Patienterna upplevde även rädsla och deras andliga behov tillgodosågs inte. Patienterna var även isolerade och många dör i ensamhet (Pahor & Rasmussen, 2009). Många sjuksköterskor kände sig själva oförberedda på att vårda döende patienter, både kunskapsmässigt men även känslomässigt.

2.4 Att kunna ge god omvårdnad

Att möta och vårda lidande och döende patienter och deras anhöriga är en av de allra svåraste uppgifterna en sjuksköterska kan ställas inför. Men det kan också vara något mycket positivt och sjuksköterskan kan växa med denna uppgift (Harris Kalfoss, 2002). Hur sjuksköterskan ser på situationen beror på dennes egen självuppfattning och sätt att tänka på (Hanssen, 2005). Det är viktigt att sjuksköterskan har en kritisk medvetenhet om sina egna och sina patienters tankar och sätt att handla, eftersom att människor är olika. Detta kan vara en god hjälp för att skapa ett bra förhållande sjuksköterska och patient emellan (Hanssen, 2005).

För att kunna ge ett gott bemötande till patienter och anhöriga krävs det att kommunikationen emellan parterna fungerar. För att kommunikationen ska vara god krävs det en förståelse av den andres språk och koder. För extra bra kommunikation krävs att parterna har samma kulturella uppfattning och förutsättningar (Eide & Eide, 2010). 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 (International Council of

Nurses, 2006). För detta krävs att sjuksköterskan och patienten hittar ett sätt att kommunicera på som fungerar för dem, trots att de kanske talar olika språk.

Sjuksköterskestudenter och sjuksköterskor associerar uttrycket ”att vara en bra sjuksköterska” med bland annat att sjuksköterskor ska acceptera patienter som de är, se dem som individer samt visa empati. Vidare ska sjuksköterskan vara ärlig och rättvis, sjuksköterskan måste också ha kunskap och kunna handla i olika situationer (Björkström, Johansson & Athlin, 2006). Det är just den patienten som sjuksköterskan har framför sig här och nu som det ska fokuseras, hjälpas och lyssnas på (Eide & Eide, 2010).

2.5 Problemformulering

Kulturen är en stor del av många människors liv, inte minst kan den påverka människan i svåra livssituationer så som vid sjukdom och vid livets slut. I och med att det blir en allt större blandning av olika kulturer i Sverige är det troligt att flera av dessa människor i framtiden kommer att söka sig till hälso- och sjukvården. Enligt den palliativa vårdens filosofi ska alla patienter ges möjlighet att kunna uppleva livskvalitet när det inte längre att bota sjukdom och besvär. Alla patienter har även rätt att få sina behov tillgodosedda inom vården, även patienter från andra kulturer. Men hur upplever sjuksköterskor det att vårda människor från andra kulturer inom palliativ vård?

3 Syfte

Syftet med denna litteraturstudie är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter från andra kulturer inom den palliativa vården.

4 Teoretisk referensram

Den teoretiska referensramen i detta arbete utgörs av Benners och Wrubels omsorgsfilosofi. Sjuksköterskorna arbetar, enligt Benner och Wrubel (1989), med hälsa och sjukdom och tillväxt och förlust efter hur dessa begrepp upplevs av individen. De menar att omvårdnadens syfte är att sjuksköterskan ska hjälpa patienten att leva på det sätt som denne vill, efter patientens önskningar och vilja. Patientens omvårdnadsbehov uppkommer då denne befinner sig i en förändrad livssituation till exempel i samband med sjukdom eller lidande. Benner och Wrubel (1989) menar att begreppen hälsa och välbefinnande ska ses som en helhet där

sjuksköterskan ska se hela människan, det vill säga både kropp, psyke och själ. Hälsa däremot ses ofta som objektiva fysiologiska och psykologiska normalvärden. Hälsobegreppet är därför inte lika bra att använda då en individs upplevelse av hälsa ska förklaras. Benner och Wrubel (1989) ser på välbefinnande som att en människas möjligheter stämmer överens med dennes upplevelser och handlingar. Det vill säga att det en människa har resurser att göra, ska denne också utföra för att uppleva välbefinnande. Välbefinnande kan skapas genom att omsorg ges och sedan också tas till vara på.

Benner och Wrubel (1989) talar även om ”bakgrundsförståelse” som ett sätt att förstå världen på. ”Bakgrundsförståelse” får individen från den kultur och familj som denne tillhör. ”Bakgrundsförståelsen” tas upp på olika sätt av olika individer från samma kultur men bara inom gränserna för vad som är möjligt inom kulturen (Benner & Wrubel 1989).

Sjuksköterskans förhållningssätt till patienten har sin utgångspunkt i hur patienten själv upplever sin situation. Det ska därför skapas möjligheter för patienten att leva efter vad som är viktigt för denne. Kommunikation och interaktion mellan sjuksköterska och patient blir därför mycket viktigt.

5 Metod

Litteraturstudie valdes som metod, där informationskällan består av tidigare publicerade och granskade vetenskapliga tidskriftsartiklar vilka ger information om sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att möta patienter från andra kulturer inom palliativ vård. Som vägledning i skrivandet och utformandet av denna litteraturstudie har Forsberg och Wengström (2003) använts.

5.1 Datainsamling

En inledande litteratursökning gjordes till en början för att få en överblick över problemområdet. Sökningar gjordes på breda ämnen så som palliativ vård och kulturell vård, vilket resulterade i relativt stora mängder artiklar. Artiklarnas rubriker och sammanfattningar granskades för att få en helhetsbild över tillgängligt material. Det fanns mycket skrivet om kulturell vård inom palliativ vård, dock inte många vetenskapliga studier utan mest annan allmän information som inte hade vetenskaplig grund. De fåtal studier som stämde överens med litteraturstudiens syfte granskades närmare. Samtliga artiklar av intresse skrevs ner i en

anteckningsbok med information om rubrik, sökdatum, databas, sökord och antal träffar. Efter att ha fått en översiktlig bild över tillgängligt material fokuserades sökningarna genom att specificeras till sjuksköterskors upplevelser i sammanhanget. Samtliga sökord skrevs upp och sattes ihop i olika kombinationer, för att hitta så mycket information som möjligt och inte gå miste om intressanta studier. Synonymer användes också. Genom att använda trunkering i sökningarna hittades sökordet i alla dess böjningsformer. Även boolesk sökteknik användes, i detta fall AND, som lades till mellan sökorden för att på så sätt få med alla sökorden i träffarna. För att underlätta och hitta lämpliga studier utfördes sökningarna genom att rutorna ”peer reviewed”, ”fulltext” och ”english text” kryssades för. Sökningar av vetenskapliga studier gjordes i databaserna Cinahl, Medline och Pubmed dock användes Cinahl mest eftersom den gav flest resultat på sökningarna. De sökord som användes för att hitta studierna som använts i resultatet var: nurse, transcultural, palliative, care, experience, cultural, diversity och hospice. En av studierna som användes hittades i en redan funnen artikels referenslista. För en utförligare beskrivning av sökvägarna hänvisas till bilaga 1.

5.2 Urval

Eftersom tillgången på studier som motsvarade litteraturstudiens syfte var begränsad ledde detta till att möjligheterna till specificering och urval minskade. Valet gjordes att endast granska artiklar från år 2000 till 2011 för att visa aktuell forskning inom området.

En avgränsning av patienternas kultur gjordes till att fokusera på deras kulturella ursprung och/eller kulturella uppfattningar, exempelvis som svenskar eller romer. Dock gjordes ingen avgränsning till kulturella grupper, fokus låg istället på att studera patienter som tillhörde olika sådana grupper.

Försök har gjorts att hitta studier från många olika länder men på grund av den begränsade tillgången på studier blev det till sist studier från fyra olika länder.

De första inklusionskriterierna var att studiernas rubriker och sammanfattningar skulle stämma överens med litteraturstudiens syfte. Studierna skulle beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter från andra kulturer och ytterligare ett inklusionskriterium var att det skulle vara inom palliativ vård. Efter att dessa inklusionskriterier använts återstod åtta studier som belyste litteraturstudiens syfte. Av dessa var en kvantitativ och de resterande sju kvalitativa och alla berörde ämnena palliativ vård och kultur. En matris över utvalda studier finns i bilaga 2. Flera studier hittades som antingen berörde enbart palliativ vård eller

enbart kultur men dessa studier uteslöts då de inte stämde överens med denna litteraturstudies syfte.

5.3 Dataanalys

Bearbetning av valda studiers resultat har skett med hjälp av innehållsanalys, vilket innebär att informationen systematiskt grupperas för att underlätta identifiering av teman och mönster för att kunna beskriva specifika fenomen (Forsberg & Wengström, 2003).

Analysen av de åtta valda studierna började med att de båda författarna var för sig noggrant läste igenom studierna. Därefter lästes studierna igenom igen och meningsbärande enheter markerades. Författarna jämförde de meningsbärande enheterna för att identifiera skillnader och likheter dem emellan. Sedan sammanfattades de meningsbärande enheterna och rubriker bildades. Rubrikerna jämfördes och utifrån detta bildades två huvudkategorier och sex underkategorier vilka beskriver sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter från andra kulturer inom palliativ vård.

6 Forskningsetiska överväganden

”Med oredlighet i forskning brukar avses att fabricera, förfalska, plagiera eller stjäla vetenskapliga data och resultat, kort sagt att fuska på olika sätt” (Codex, 2011). Vidare är oredlighet när någon medvetet och på ett vilseledande sätt inte följer de vetenskapliga kraven och bryter mot allmänt accepterade normer (Codex, 2011). Med tanke på detta har stor noggrannhet lagts på att använda ett eget språk och framställa en ny text, utan att förvränga originalförfattarens texter. Hänsyn har även tagits till risken att när texter översätts från engelska till svenska kan den slutliga betydelsen förändras. Så korrekta tolkningar som möjligt har därför gjorts genom att kontrollera ord vars betydelse författarna varit osäkra på och genom rådgörande med varandra vid oklarheter i översättningen.

7 Resultat

Resultatet presenteras utifrån två huvudkategorier och sex underkategorier vilka beskriver sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter från andra kulturer inom palliativ vård. Den första huvudkategorin är ”Patientens individuella omvårdnad inom palliativ vård” med underkategorierna ”Kulturella behov hos patienten”, ”Svårigheter i omvårdnaden relaterat till

kulturella olikheter” och ”Omvårdnadsstrategier för att tillmötesgå patientens kulturella behov”. Den andra huvudkategorin är ”Sjuksköterskans behov av omvårdnads-kunnande inom palliativ vård” med de tre underkategorierna ”Behov av kunskap om kulturer”, ”Behov av kulturell medvetenhet” och ”Behov av utbildning i kulturella frågor”.

7.1 Patientens individuella omvårdnad inom palliativ vård

Sjuksköterskornas upplevelser av patientens individuella omvårdnad inom palliativ vård beskrivs med tre underkategorier vilka är patientens kulturella behov, svårigheter i omvårdnaden relaterat till kulturella olikheter samt omvårdnadsstrategier för att tillmötesgå patientens kulturella behov.

7.1.1 Kulturella behov hos patienten

En paradox i vårdandet av patienterna upplevdes av sjuksköterskorna i en studie av Somerville (2007), där sjuksköterskorna försökte vårda patienterna likvärdigt men ändå individuellt. I studier gjorda av Diver, Molassiotis och Weeks (2003), Gunaratnam (2007) och Somerville (2007) framkommer att sjuksköterskorna försökte vårda patienterna individuellt genom att se till den individuella patientens behov. Det är hur patienten själv upplever sin egen kultur, det vill säga dennes individuella kulturella behov och uppfattning om vad som är viktigt, som är meningsfullt att ta fasta på för sjuksköterskan. Det är inte bra att generalisera, att dra slutsatser om patienten och att vara dömande (Diver et al., 2003; Ekblad, Emilsson & Marttila, 2000, Gunaratnam, 2007). Alla patienter är olika och ska bli bemötta därefter (Huang, Yates & Prior, 2009b). I en studie framkom att många av sjuksköterskorna ofta försökte undvika att generalisera och dra slutsatser om grupper av människor (Myers Schim, Doorenbos och Borse, 2006). Sjuksköterskorna upplevde att de kunde begränsas i sitt arbete om de generaliserade. En sjuksköterska nämnde att det kan vara en fara i att fokusera på patientens kultur då det är så pass individuellt hur kulturen upplevs (Gunaratnam, 2007). Risken var att de kunde ta saker för givet i mötet med patienten (Ekblad et al., 2000). Några sjuksköterskor nämnde att det även fanns variationer inom olika kulturer och den individuella personen kanske inte heller följde det kulturen förevisade (Ekblad et al., 2000; Richardson, Tomas & Richardson, 2006).

7.1.2 Svårigheter i omvårdnaden relaterat till kulturella olikheter

Situationer kan uppstå inom vården som kan ses som kulturella utmaningar, menade några hospicesjuksköterskor som deltagit i studien gjord av Ekblad et al., (2000). Dessa situationer kunde av sjuksköterskorna ses som kulturkrockar. Sjuksköterskorna tyckte att det kunde vara svårt att förklara varför vissa patienter betedde sig annorlunda mot majoriteten och orsakerna kunde vara svåra att känna igen då de kunde komma från patientens kulturella bakgrund. Sjuksköterskorna i studien av Myers Schim et al. (2006) hävdade att de försökte få bort kulturella hinder för god omvårdnad. En sjuksköterska upplevde att hon fick anstränga sig ännu mer för att kunna ge bästa möjliga individuella omvårdnad till patienter från andra kulturer och som kanske inte talade samma språk som sjuksköterskan, i detta fall engelska (Somerville, 2007). Andra sjuksköterskor i samma studie hävdade också att de försökte sitt allra bästa i förhållande till situationen, trots det kanske inte optimal omvårdnad uppnåddes. Kommunikationssvårigheter var något som många sjuksköterskor nämnde som en utmaning för att kunna utföra god individuell omvårdnad (Diver et al., 2003; Ekblad et al., 2000; Huang, Yates & Prior 2009a; Richardson et al., 2006; Somerville, 2007). Orsaker till kommunikationssvårigheter kunde vara språkliga problem men också kulturella skillnader, som gjorde det svårt att förstå varandra. Sjuksköterskorna ansåg det vara viktigt att ha kunskaper i fördjupad kommunikation och de försökte verkligen att kommunicera effektivt med patienterna (Somerville, 2007). Men att kommunicera ansågs extra svårt om patienterna inte kunde språket i landet de levde i (Diver et al., 2003; Ekblad et al., 2000; Somerville, 2007). Detta kunde leda till att det tog längre tid att lära känna patienterna men sjuksköterskorna menade även att språkliga problem kunde redas ut (Diver et al., 2003). En del sjuksköterskor blev bekymrade och kände frustration då de ville hjälpa sina patienter men språkliga problem försvårade deras arbete (Ekblad et al., 2000; Richardson et al., 2006). Det fanns en oro bland några sjuksköterskor i Richardson et al., (2006) studie att patienterna inte skulle förstå vad sjuksköterskorna sa till dem och att de skulle missa viktig information. Exempelvis så kunde det handla om att patienterna inte förstod att de var döende eller tvärtom, vissa trodde kanske att de var döende men de var egentligen inte så sjuka.

7.1.3 Omvårdnadstrategier för att tillmötesgå patientens kulturella behov

Ibland uppkom känslan av kontakt mellan sjuksköterskan och patienten, då hade sjuksköterskan funnit något sätt att handskas med de kulturella skillnader som fanns, de hade

hittat ett sätt att möta patienten på (Gunaratnam, 2007). Det fanns exempel på hur sjuksköterskorna ibland gick förbi rutiner i sin strävan att tillmötesgå individuella kulturella behov (Huang et al., 2009a). Det kunde vara alternativa behandlingsmetoder för smärta som exempelvis musikterapi eller färgterapi. Andra exempel var att små rum gjordes i ordning för koranläsning samt att tillmötesgå specifika önskemål om kost och alternativa måltider serverades. En deltagare tog upp ett exempel där de införskaffade ett kylskåp så att patientens egen mat kunde förvaras där (Huang et al., 2009a). Önskemål om specifik kost kunde som sagt tillmötesgå men en förutsättning för detta var, som en deltagare nämnde, att personalen måste informeras om dessa önskemål. Ibland tog familjen med sig egen mat till patienten, kanske för att inte vara till besvär, enligt en av sjuksköterskorna i studien (Diver et al., 2003). Ännu ett exempel på hur personalen försökte tillmötesgå individuella kulturella behov var att för de patienter som gärna ville tända rökelse så fick en lampa vara en symbol eller om patienten mådde tillräckligt bra så kunde personalen följa med utomhus där de kunde tända rökelsen istället (Huang et al., 2009a). En deltagare nämnde att de hade cd-spelare att låna ut till patienterna, de hade även radiouttag samt tillät att patienterna tog med sig instrument de kunde spela på (Huang et al., 2009b). Deltagarna i samma studie berättar vidare att i den kinesiska kulturen ska kroppen av en avliden ligga i sex timmar utan att röras, detta för att själen ska hinna försvinna. Att övervinna och acceptera detta är ännu ett sätt för att övervinna kulturella utmaningar.

Sjuksköterskorna upplevde det svårt att tillmötesgå behov kopplat till miljön på grund av bristande resurser så som tillräckligt med lokaler (Somerville, 2007). Patienter kunde behöva avskildhet och utrymme och ibland kunde det vara många anhöriga som vill sörja och då kunde de vara högljudda.

I studien av Diver et al. (2003) framkommer att deltagarna ansåg att familjens engagemang var viktigt. Familjen hade betydelse i vården och genom kunskap om familjemönster kunde sjuksköterskan få en bättre förståelse för patienten och dess anhöriga (Ekblad et al., 2000). Sjuksköterskorna ville gärna höra på patienten och dess familjs synpunkter som de kunde ha om vården.

Några sjuksköterskor använde sig av icke verbal kommunikation för att övervinna kommunikationssvårigheter (Ekblad et al., 2000; Richardson et al., 2006). Men denna typ av kommunikation var inte helt lätt och det kunde vara svårare att skapa ett bra förhållande till patienterna. En sjuksköterska berättade att kommunikationen ofta bara bestod av nickar och

leenden och sjuksköterskan kände då att patienterna gick miste om mycket. Sjuksköterskorna ville att patienterna skulle ha full förståelse för deras egen situation (Richardson et al., 2006).

Ett annat sätt som många sjuksköterskor använde sig av för att övervinna kommunikationssvårigheterna var att använda sig av tolkar. Sjuksköterskorna ansåg att det ofta var nödvändigt och användbart att använda sig av tolkar men att det också fanns svårigheter i detta (Diver et al., 2003; Ekblad et al., 2000; Richardson et al., 2006; Somerville, 2007). Ett av problem med att använda sig av tolkar var att de inte alltid fanns tillgängliga då de behövdes (Diver et al., 2003; Ekblad et al., 2000; Somerville, 2007). Ett annat problem var att sjuksköterskorna inte visste exakt vilken information patienten fått och att de inte kunde uttrycka underliggande budskap (Ekblad et al., 2000; Richardson et al., 2006; Somerville, 2007). Sjuksköterskorna i Somervilles (2007) studie tyckte att det var svårare att skapa en förbindelse till patienten om tolk var med. Förutom professionella tolkar använde sig även vissa sjuksköterskor av familjemedlemmar eller personal som talade patientens språk då de behövde hjälp med kommunikationen (Ekblad et al., 2000). Användandet av familjetolk kunde även vara mycket problematiskt exempelvis på grund av att familjemedlemmar kunde undanhålla information från patienten eller att de såg allt på ett annat sätt än sjuksköterskan (Diver et al., 2003). Men det kunde även ses som positivt att använda familjemedlemmar då de kände patienten och dess kultur på ett annat sätt och på så sätt kunde sjuksköterskorna få en mer individuell syn på patienten.

7.2 Sjuksköterskans behov av omvårdnadskunnande inom palliativ vård

Sjuksköterskornas upplevelser av deras behov av omvårdnadskunnande inom palliativ vård beskrivs utifrån tre underkategorier vilka är behov av kunskap om olika kulturer, behov av kulturell medvetenhet samt behov av utbildning i kulturella frågor.

7.2.1 Behov av kunskap om olika kulturer

Kunskap om andra kulturer kunde vara av betydelse för den yrkesutövande sjuksköterskan (Ekblad et al., 2000). Att ha kunskaper om hur människor med annan kulturell bakgrund såg på livet och döden kunde hjälpa sjuksköterskor att förstå patienternas beteenden och underlätta det praktiska arbetet (Ekblad et al., 2000). Sjuksköterskorna försökte lära sig de viktigaste frågorna och ämnena inom olika kulturer av betydelse för sjuksköterskornas arbete, exempelvis sorgeritualer men det ansågs knepigt eftersom det var många olika kulturer

representerade bland patienterna (Richardson et al., 2006). Några sjuksköterskor ansåg att detaljerad information om olika kulturer borde ingå i framtida utbildning och detta genom fakta och lärares upplevelser. Men kunskap om olika kulturer var ändå inte tillräckligt (Ekblad et al., 2000). Många sjuksköterskor ansåg att kulturell kunskap även kunde vara en nackdel då det lätt ledde till generalisering (Gunaratnam, 2007). Sjuksköterskor såg i deras arbete att det kunde finnas variationer inom olika grupper och kulturer och de menade därför att det var viktigt att inte dra förhastade slutsatser och se till alla patientens behov, även sådana som inte var av kulturell art (Huang et al., 2009b; Richardson et al., 2006). Det är viktigt att se till individen vilket även deltagarna i studien av Diver et al. (2003) tyckte, de menade att utbildningen skulle innehålla både kunskaper i kulturella frågor och individuellt anpassad vård.

7.2.2 Behov av kulturell medvetenhet

Myers Schim et al. (2006) fann i deras studie att kulturell medvetenhet och kunskap hänger ihop. De kunde även se att ju mer sjuksköterskorna studerat på akademisk nivå utöver grundutbildningen desto större chans fanns att det skulle ha större kulturell medvetenhet. Brist på medvetenhet om individuella kulturella behov sågs av vissa sjuksköterskor som något som kunde försämra vården (Diver et al., 2003). Enligt sjuksköterskorna i studien av Ekblad et al. (2000) ledde träning i att möta människor från olika kulturer till ökad kunskap om dessa kulturer men framför allt till en ökad medvetenhet i kulturella frågor. Denna medvetenhet kunde i sin tur leda till en större öppenhet hos sjuksköterskan som på så sätt ställde mer frågor som rörde det dagliga livet för att på så sätt få reda på patientens individuella behov. En strategi som några sjuksköterskor berättade om var att försöka sätta sig in i patientens situation och identifiera sig med denne (Somerville, 2007).

Förutom att ha en ökad medvetenhet i kulturella frågor menade även många sjuksköterskor att det är väldigt viktigt att ha en medvetenhet om sin egen kulturella bakgrund och en insikt om sitt eget beteende för att övervinna kulturella utmaningar, vilket de ansåg att de hade (Diver et al., 2003; Ekblad et al., 2000; Somerville, 2007). Några egenskaper som sjuksköterskorna i Somervilles (2007) studie ansåg viktiga var att vara uppmärksam och förstående för att lära känna patienten. Att vara förberedd och flexibel var en naturlig del i sjuksköterskornas beteende. En sjuksköterska som levte utomlands berättade att denne under den tiden förstätt hur viktig kulturen är för en (Ekblad et al., 2000). Sjuksköterskan menade

att kulturen inte bara var ett sätt att leva på utan också ens identitet. Sjuksköterskorna i samma studie menade även att det är viktigt att vara medveten om skillnader inom sitt eget land för att bättre förstå andra människor. Sjuksköterskorna i Somervilles (2007) studie upplevde inte att deras egen kultur störde vården då de la sina egna värderingar åt sidan i vårdandet av patienterna.

7.2.3 Behov av utbildning i kulturella frågor

Många sjuksköterskor kände att de inte hade blivit väl förberedda i att utföra omvårdnad till patienter från andra kulturer genom deras formella utbildning och de saknade träning och utbildning i detta ämne (Diver et al., 2003; Richardson et al., 2006). En del sjuksköterskor kunde inte alls komma ihåg att de fått någon sådan utbildning (Diver et al., 2003; Somerville, 2007). I studien av Somerville (2007) framkommer att många sjuksköterskor lärt sig det mesta genom informell information och genom egna erfarenheter. En sjuksköterska berättade att denne lärt sig mycket genom de misstag denne begått. Att lära av erfarenhet framkommer också i studien av Diver et al. (2003) där en sjuksköterska berättade att denne samlade in grundläggande kunskaper vid möten med olika kulturer, samma slags kunskaper som denne hade om sin egen kultur. Alla sjuksköterskor tycks dock inte ha samma uppfattning eftersom Gunaratnam (2007) berättar att sjuksköterskorna uppgett att de ofta inte kom ihåg detaljer i möten med patienter från andra kulturer, vilket innebär att de inte lärde sig av tidigare erfarenheter. Ett par sjuksköterskor i Diver et al., (2003) studie tyckte att deras vårdfilosofi fanns inom dem själva och att det inte var något de hade blivit lärda. De hade inte fått någon kulturell utbildning men kunde ändå ge individualiserad kulturell vård.

Även flera av sjuksköterskorna i Richardsons et al. (2006) studie kände att de saknade utbildning i att möta kulturella behov och de önskade mer träning där de kunde få chansen att reflektera över deras egna känslor, attityder och antaganden. De ansåg att sådan kunskap borde läras ut i grundutbildningen men även genom kortare kurser för redan yrkesverksamma sjuksköterskor. Lärare och patienter från andra kulturer borde ingå i dessa kurser (Richardson et al., 2006). I Diver et al., (2003) studie hade några sjuksköterskor deltagit i en kortare utbildning efter deras grundutbildning och de ansåg att detta var värdefullt men förstod också begränsningarna i denna kortare utbildning.

Att arbeta med och lära om kulturella skillnader kunde framkalla oro hos sjuksköterskorna då det tvingade dem att konfronteras med patientens sätt att se på exempelvis sjukdom och

död, vilket de upplevde som något nytt och främmande. Många deltagare tyckte trots det att det var roligt att lära sig om olika kulturer (Richardson et al., 2006).

8 Diskussion

Diskussionen kommer här att delas upp i de tre delarna: metoddiskussion, resultatdiskussion och förslag till fortsatta studier.

8.1 Metoddiskussion

Detta arbete baseras på en sammanställning av resultatet i åtta vetenskapliga studier.

Litteraturstudie som metod har visat sig användbart då författarna kunnat belysa de upplevelser sjuksköterskor i världen idag har av vård av människor från andra kulturer inom palliativ vård. Det har gett en översikt över den forskning som finns idag och genom detta har ytterligare behov av forskning uppmärksammas. Litteraturstudien som metod har således gett en stark grund att kunna bygga vidare på och detta skulle förslagsvis kunna ske genom en empirisk studie. Då skulle nya frågor som väckts under denna litteraturstudie kunna användas för att upptäcka helt nya upplevelser hos sjuksköterskorna men även hos patienterna, då detta skulle kunna vara en intressant jämförelse.

En fördel som setts vid tillvägagångssättet av datainsamling är den noggranna dokumentationen av arbetsprocessen. Det har varit en hjälp att ha en kontroll över det material som hittats och granskats och att enkelt kunna återgå till tidigare anteckningar för att se vad som gjorts och vad som ytterligare behövs göras. Dock hade det med fördel kunnat sökas i fler databaser för att försäkras om att inga studier missats. På grund av tidsbrist var detta dock inte möjligt.

Att de studier som granskats är från år 2000 till 2011 ses som en fördel då detta belyst de upplevelser som sjuksköterskor har i dagens samhälle och detta resultat är således relevant för yrkesutövande sjuksköterskor idag.

En nackdel i urvalet kan ha varit den något snäva avgränsningen att se på sjuksköterskans upplevelser av att möta patienter från olika kulturer i palliativ vård då detta har gett ett begränsat antal studier. Tanken med denna litteraturstudie har från början varit att få med både aspekterna palliativ vård samt kultur i ett gemensamt sammanhang. Därför valdes det att hela vägen ha med dessa två aspekter. Efter att ha insett att det inte fanns mycket forskning

med detta fokus blev denna brist på forskning ännu ett argument för att ha kvar det valda syftet. Förhoppningen var att kunna bidra med en sammanställning av aktuell forskning inom området som skulle kunna ge nya perspektiv på ett område som inte är så välutforskat. Det har i analysen av studierna framkommit att detta perspektiv, med både aspekterna palliativ vård och kultur, inte har påverkat resultatet nämnvärt eftersom inte särskilt många upplevelser eller ämnen som kan ses som specifikt för palliativ vård har upptäckts.

Det har varit problematiskt att definiera begreppet kultur eftersom författarna till många av de granskade studierna inte själva tydligt klargjort vad kulturbegreppet innebär för dem. Inte heller har deltagarna i studierna klargjort vad de menar med kultur. Detta har lett till att det har varit svårt att göra en exakt avgränsning i denna litteraturstudie, till vad som menats med patientens kulturella bakgrund. Detta har resulterat i att innebörden av kulturbegreppet blivit väldigt brett och det har därför kommit att bli en litteraturstudie med flera olika slags kulturer. En diskussion fördes utifall en avgränsning avseende någon eller några specifika kulturella grupper skulle göras, till exempel bara svenskar eller människor med en gemensam kulturell uppfattning. Men detta var således svårt och det kunde dessutom ha blivit svårt att hitta tillräckligt med information om en specifik grupp. Intresset låg också i att göra en studie med olika kulturer, eftersom detta troligen är mer användbart i praktiskt arbete då sjuksköterskor kan träffa patienter från många olika kulturer och inte bara en enda.

Inte heller gjordes en avgränsning när det gäller sjuksköterskornas kulturella bakgrund. De flesta sjuksköterskorna i studierna kommer från det land där studien är utförd men det förekommer även några få sjuksköterskor från andra kulturella grupper i några av studierna. Arbetet hade blivit väldigt omfattande om även sjuksköterskans bakgrund hade studerats och i detta arbete fanns inte utrymme till detta även om detta också varit intressant. Arbetet kan ha blivit begränsat på grund av detta då det är möjligt att upplevelser från sjuksköterskor från olika kulturer kan variera. Sjuksköterskor från samma bakgrund med samma utbildning kanske har blivit lärda att tänka på ett gemensamt sätt. Det är möjligt att detta gett ett inte så mångfärgat perspektiv av sjuksköterskors upplevelser. Här är det ändå värt att tillägga att studierna kommer från fyra olika länder, vilket betyder att alla sjuksköterskorna inte har samma kulturella bakgrund. De har dock alla det gemensamma att de kommer från höginkomstländer, då det inte fanns studier att tillgå från låginkomstländer som stämde överens med denna litteraturstudies syfte. Det hade kunnat bli en spännande jämförelse om sådana studier inkluderats.

Innehållsanalys har visat sig varit ett lämpligt val av analysmetod i denna studie. Den har gett verktyg i form av ett strukturerat arbetssätt med meningsbärande enheter och identifiering av kategorier. Innehållet i studierna har på så sätt noggrant studerats och sorterats in i olika grupper, med förhoppningen och tron att ingen information av betydelse missats eller förvrängts.

8.2 Resultatdiskussion

Vad som framkommit i resultatet är att oavsett vilken kulturell bakgrund patienten har gäller det att ge en individuellt anpassad omvårdnad baserad på en kulturell medvetenhet från sjuksköterskans sida. Generalisering är en stor risk i arbetet med patienter från andra kulturer, vilket kan vara ett hinder i den individanpassade vården. I en studie av Labun (2001) hade sjuksköterskorna svårt att separera individen från kulturen. De kunde se faran i att bara se till patientens kultur då generalisering lätt görs. Detta understryker vikten av att som sjuksköterska vara medveten om risken att generalisera. Att ge omvårdnad efter den kultur patienten har kan således leda till en begränsning av omvårdnaden. Benner och Wrubel (1989) menar att det i utförandet av omvårdnaden är viktigt att inte fokusera på vad sjuksköterskan tycker är viktigt och dennes kunskaper, utan det centrala i vårdandet är i stället patienten som person och vad denne anser är viktigt. Genom att använda sig av detta synsätt kommer automatiskt frågan om betydelsen av patientens kultur att besvaras. Detta kan vara en lösning till hur sjuksköterskan kan hantera det faktum att patienter kan ha många olika kulturer och att kulturen kan ha olika betydelse för olika människor, vilket har setts i bakgrunden i denna litteraturstudie och vilket bland annat Nyatanga (2002) uttrycker. Om patienten tycker att kulturella aspekter är viktig för vården denne erhåller kommer detta att framkomma om sjuksköterskan arbetar efter Benner och Wrubels (1989) perspektiv och utgår från patienten. Om kulturen är viktig för patienten är den också en viktig del i vården och det är sjuksköterskans uppgift att ta reda på detta. Men det betyder inte att sjuksköterskan måste ha kunskap redan innan om patientens kultur. Utan genom öppen kommunikation med patienten kommer sjuksköterskan att få reda på vad som är av betydelse för patienten i dennes kultur. Genom att fokusera på patienten som en unik individ vilket Benner och Wrubel (1989) förespråkar så kommer individuellt anpassad vård automatiskt att ges och risken för generalisering kommer att försvinna. Genom detta förhållningssätt kommer inte bara kulturella behov att uppmärksammas utan även alla andra behov som patienten kan tänkas ha.

Frågan är om patientens behov alltid kan tillmötesgå. Det är nog inte möjligt i alla lägen. Det kan exempelvis vara svårt att tillmötesgå behov som rent praktiskt är svårt att ordna så som önskan om plats för många anhöriga. I resultatet upptäcktes att sjuksköterskorna hade sina egna kreativa sätt att tillmötesgå patienten och dennes behov, vilket visar på en vilja att göra det bästa för patienten. Under kategorin omvårdnadsstrategier för att tillmötesgå patientens kulturella behov ges det praktiska tips på hur sjuksköterskor kan tillmötesgå dessa behov. Benner och Wrubel (1989) menar att målet med omvårdnaden är att sjuksköterskan ska hjälpa patienten att leva så som denne önskar. Genom de omvårdnadsstrategier som sjuksköterskorna använde sig av försökte de också hjälpa patienten med dennes önskningar och behov. Det kanske också tyder på att det inte är ett så stort problem att vårda människor från andra kulturer. Det kanske är så enkelt att sjuksköterskan bara måste vara flexibel och något av en problemlösare och i samråd med patienten hitta de bästa tänkbara möjligheterna. Sjuksköterskan får försöka göra sitt bästa och försöka anpassa sig till patienten så långt det är möjligt. Det måste också ses ur ett perspektiv att det är sjuksköterskan som är kunnig i ämnet omvårdnad och ska ge vård grundad på kunskap och beprövad erfarenhet.

I resultatet har även framkommit att kulturell kunskap kan vara användbart. Flera sjuksköterskor tyckte att detaljerad information kunde vara bra att ha för att praktiskt underlätta deras arbete. Detta kan säkerligen spara in på mycket tid som annars kunde ha gått åt till att söka svar på frågor och praktiska åtgärder som kunde ha förberetts innan. Detta kan säkert också skapa en bättre förståelse för andra människors olikheter och för beteenden som sjuksköterskan kanske inte är van att möta i vissa situationer. Denna kulturella kunskap har sina risker, då den lätt kan leda till generalisering vilket framkommit tidigare. Så innan sjuksköterskorna läser på om olika kulturer är det viktigt att de har en medvetenhet om att kunskapen kan leda till generaliseringar. För att undvika generalisering är det viktigt att se den hela människan och som Benner och Wrubel (1989) uttrycker det, att se till kropp, psyke och själ. Att ge en aktiv helhetsvård är även vad den palliativa vården syftar till (SOU 2000:6, 1999).

De hade olika strategier att försöka tillmötesgå patienternas kulturella behov och det tyder på att de hade en kulturell medvetenhet. Medvetenheten om att kulturella skillnader faktiskt existerar kunde leda till att sjuksköterskorna ställde mer öppna frågor till patienterna och på så sätt fick mer information om dem. Detta kan ses som en metod att tillägna sig kunskap och utföra den individuellt fokuserade omvårdnaden som Benner och Wrubel (1989) talar om.

Enligt Benner och Wrubel (1989) är en människas kultur viktig i det avseende att personens bakgrundsförståelse grundas av den. Sättet människan upplever världen grundar sig i den kulturella bakgrund personen har. Detta styrks även av Andrews (2008) som menar att alla människor har ett kulturellt arv, vilket tagits upp tidigare i resonemanget kring kulturens betydelse för människan. Av detta kan ses att människor påverkas av den kultur de lever i men hur de sedan tolkar den är väldigt individuellt.

Vad som också framkom i resultatet är att det kan vara bra om sjuksköterskorna har en självmedvetenhet och även är medvetna om sin egen kultur. Om sjuksköterskorna är medvetna om sin egen kultur blir de förhoppningsvis också medvetna om hur den påverkar dem. Som beskrivits i bakgrunden menar DeMarinis (1998) att denna medvetenhet om sin egen kultur oftast uppkommer då något speciellt händer, då olika kulturer möts. I förhållanden till vården blir denna självmedvetenhet till nytta om den hjälper till att se skillnader och likheter mellan dem själva och andra, exempelvis patienter. Det är då en fördel om sjuksköterskor redan i sin utbildning konfronteras med andra kulturer och i och med detta också konfronteras med sin egen kultur och hur den påverkar sjuksköterskan. Det kan göra sjuksköterskorna medvetna om att det som är självklart för dem själva kanske inte alls är lika självklart för andra. Det kan förhoppningsvis leda till en mer öppen kommunikation från sjuksköterskans sida, vilket Benner och Wrubel (1989) menar är en viktig del i omvårdnaden. Även inom den palliativa vården är kommunikationen mycket viktigt och utgör en av de fyra hörnstenarna, vilket togs upp i stycket om palliativ vård (SOU, 2000:6, 1999).

Kommunikation visade sig också i flera av studierna ha en stor betydelse i omvårdnaden då sjuksköterskan upplevde att brister i kommunikationen försvårade deras arbete. Enligt Eide och Eide (2009) sågs under stycket som handlar om att kunna ge god omvårdnad, att för att sjuksköterskan ska kunna ge ett gott bemötande krävs att kommunikationen fungerar. Hela vårdrelationen riskerar således att försämrars på grund av kommunikationssvårigheter. Även sjuksköterskor från andra områden inom sjukvården vittnar om kommunikationsproblem relaterat till språkbarriärer. Sjuksköterskorna på en akutvårdsavdelning nämner problem när information ska ges men där patient och sjuksköterska inte förstår varandra (Hultsjö & Hjelm, 2005). Kommunikationens betydelse är således ett återkommande tema och en mycket viktig del av vårdandet. Sett utifrån Benners och Wrubels (1989) perspektiv så kan kommunikationen ge en förståelse för patientens subjektiva upplevelse av situationen och på så sätt göra det möjligt för patienten att uppleva välbefinnande. En hjälp för sjuksköterskorna

vid kommunikationssvårigheter var tolk. Dock visade det sig att använda sig av tolk inte alltid var problemfritt eftersom information ofta undanhölls och missförstånd kunde uppstå. Det borde satsas mer resurser på användandet av tolkar för att underlätta de kommunikationsproblem som finns. För om kommunikation är en viktig länk mellan sjuksköterska och patient så att möjligheterna till god vård lättare kan utföras så är det synd om kommunikationen brister.

Sjuksköterskors känslor varierade inför att vårda patienter från olika kulturer. Vissa tyckte det var roligt medan andra tyckte det kunde vara svårt och utmanande att vårda patienter från andra kulturer än deras egen. Kan detta möjligen bero på att sjuksköterskorna är rädda eller osäkra inför att möta patienter från olika kulturer så att de glömmer bort att varje individ är unik med sina egna individuella uppfattningar? Harris Kalfoss (2002) menar, som nämnts i bakgrunden, att vårda lidande och döende människor kan vara en av de allra svåraste uppgifterna en sjuksköterska kan ställas inför men att det också är en uppgift som sjuksköterskan kan växa i. Att möta människor från olika kulturer behöver inte vara skrämmande eller svårt utan kan vara ett sätt att utbyta kunskaper, att lära sig av varandra. I resultatet sågs en önskan om mer träning i att möta människor från andra kulturer. Detta styrks även av resonemanget i bakgrund där det framkommer att den ökande mångkulturen ställer stora krav på sjuksköterskor att kunna ge kulturellt anpassad omvårdnad och att det finns en internationell medvetenhet om att det krävs mer utbildning i att möta patienter från olika kulturer (Flowers, 2004; Roberts et al., 2008). Detta är även uppfattningen författarna till denna litteraturstudie har. Att implementera kulturella frågor kontinuerligt i olika delar och kurser i sjuksköterskeutbildningen skulle kunna ge sjuksköterskorna bättre förberedelse i att möta kulturella behov. Eftersom människor från olika kulturer kan finnas inom alla olika delar av hälso- och sjukvården vore det också bra att dessa frågor tas upp i olika delar av utbildningen. Detta skulle förhoppningsvis öka sjuksköterskors medvetenhet och förståelse för hur kulturella frågor kan gestalta sig i praktiken.

8.3 Förslag till fortsatta studier

Intressant vore att närmare studera huruvida sjuksköterskans upplevelser av att möta patienter från olika kulturer färgas av dennes egen kulturella bakgrund. Ett förslag är därför att jämföra sjuksköterskor från olika länder och deras upplevelser.

Det vore även spännande att undersöka om det skiljer sig mellan höginkomst- och låginkomstländer. Denna litteraturstudie har endast granskat studier från höginkomstländer och det vore då intressant att se om det finns någon skillnad i sjuksköterskornas upplevelser om de kommer från länder med olika förutsättningar, exempelvis ekonomiska.

Något annat som det kan finnas anledning att studera vidare är om patienter från de kulturella grupperna känner att de får individuellt anpassad vård. Om de inte upplever att de får individanpassad vård, vad är det de saknar och vad kan sjukvården göra åt det? Ännu ett förslag på hur patienternas situation kan studeras är att se om deras upplevelser mer specifikt skulle kunna knytas till palliativ vård än vad sjuksköterskornas upplevelser gjorde. Detta för att antingen bekräfta denna studies resultat eller att göra sjuksköterskorna medvetna om att patienterna faktiskt upplever att vissa kulturella frågor får extra betydelse inom den palliativa vården.

9 Slutsats

Slutsatsen med denna litteraturstudie är att då sjuksköterskan ska kunna ge individuellt anpassad omvårdnad krävs en kulturell medvetenhet om att det kan förekomma skillnader eller saker som kan vara av extra betydelse inom olika kulturer. Denna kulturella medvetenhet, snarare än specifika kunskap om olika kulturer kan öka möjligheten att ge individanpassad personcentrerad omvårdnad. Vad sjuksköterskan bör fokusera på är vad som är viktigt för patienten här och nu. På detta sätt kommer de behov som är viktiga för patienten själv att uppmärksammas vare sig de är kulturella eller av annan karaktär.

I resultatet har inte många upplevelser av att vårda patienter från andra kulturer setts som kan ses som specifika för den palliativa vården. Sjuksköterskornas erfarenhet av att möta patienter från andra kulturer inom palliativ vård ser inte ut att skilja sig nämnvärt från någon annan vårdform. Detta har varit en intressant insikt då tron fanns vid denna litteraturstudies början att många upplevelser kring sjukdom och död kopplat till kultur skulle komma fram.

Förhoppningen är att detta arbete ska vara en vägledning för sjuksköterskor i det dagliga omvårdnadsarbetet.

Referensförteckning

* = De artiklar som har använts i resultatet.

Andrews, M. M. (2008). Theoretical Foundations of Transcultural Nursing. I M. M. Andrews, & J.S. Boyle (Red.), *Transcultural Concepts in Nursing Care* (s. 3-14). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Beck-Friis, B., & Strang, P. (2008). Inledning. I B. Beck-Friis, & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin* (s. 13-14). Stockholm: Liber.

Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. Kalifornien: Addison: Wesley Publishing Company.

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.

Codex. (2011). *Oredelig forskning*. Hämtad 2011-02-15 <http://codex.vr.se/etik6.stml>

Conner, A., Allport, S., Dixon, J., & Somerville, A.-M. (2008). Patient perspective: what do palliative care patients think about their care? *International Journal of Nursing*, 14, 546-552.

Culley, L. (2006). Transcending transculturalism? Race, ethnicity and health-care. *Nursing Inquiry*, 13, 144-153.

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

*Diver, F., Molassiotis, A., & Weeks, L. (2003). The palliative care needs of ethnic minority patients: staff perspectives. *Journal of Palliative Nursing*, 9, 343-351.

Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.

*Ekblad, S., Emilsson, M., & Marttila, A. (2000). Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 623-630.

Flowers, D. (2004). Culturally competent nursing care: a challenge for the 21st century. *Critical Care Nursing*, 24, 48-52.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

*Gunaratnam, Y. (2007). Intercultural palliative care: do we need cultural competence? *International Journal of Palliative Nursing*, 13, 470-477.

Hanssen, I. (2005). Interkulturell omvårdnad. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grundläggande omvårdnad 1* (s. 78-105). Stockholm: Liber.

Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.

Harris Kalfoss, M. (2002). Mötet med lidande och döende patienter - sjuksköterskans möte med sig själv. I H. Almås (Red.), *Klinisk omvårdnad 1* (s. 48-64). Stockholm: Liber.

*Huang, Y.-L., Prior, D., & Yates, P. (2009a). Accommodating the diverse cultural needs of cancer patients and their families in palliative care. *Cancer Nursing*, 32, 12-21.

*Huang, Y.-L., Prior, D., & Yates, P. (2009b). Factors influencing oncology nurses' approaches to accommodating cultural needs in palliative care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3421-3429.

Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52, 276-285.

International Council of Nurses. (2006). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Genève: International Council of Nurses.

Johannisson, K. (2008). Kultur och hälsa. I G. Bjursell & L. Vahlne Westerhäll (Red.), *Kulturen och hälsan: essäer om sambandet mellan kulturens yttringar och hälsans tillstånd* (s. 17-37). Stockholm: Santérus Förlag.

Labun, E. (2001). Cultural discovery in nursing practice with Vietnamese clients. *Journal of Advances Nursing*, 35, 874-881.

Leininger, M. (1997). Transcultural Nursing Research to Transform Nursing Education and Practice: 40 Years. *Journal of Nursing Scholarship*, 29, 341-347.

Leininger, M. (1999). What Is Transcultural Nursing and Culturally Competent Care? *Journal of Transcultural Nursing*, 10, 9.

Mitchell, A. M., Dysart Gale, D., LaPorte Matzo, M., McDonald, M. C., & Gadmer, N. (2002). Critique of Transcultural Practices in End-of-Life Clinical Nursing Practice. *Nursing Forum*, 37, 24-31.

*Myers Schim, S., Doorenbos, A. Z., & Borse, N. N. (2006). Cultural Competence Among Hospice Nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8, 302-307.

Nyatanga, B. (2002). Culture, palliative care and multiculturalism. *International Journal of Palliative Care*, 8, 240-246.

Olsson, I. (2007). *Kulturmöten & Kulturkrockar i vården*. Viken: Moris Förlag.

Pahor, M., & Rasmussen, B. H. (2009). How does culture show? A case study of an international and interprofessional course in palliative care. *Journal of Interprofessional Care*, 23, 474-485.

Roberts, J. H., Sanders, T., & Wass, V. (2008). Students' perceptions of race, ethnicity and culture at two UK medical schools: a qualitative study. *Medical Education*, 42, 45-52.

*Richardson, A., Thomas, V. N., & Richardson, A. (2006). "Reduced to nods and smiles": Experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups. *European Journal of Oncology Nursing*, 10, 93-101.

*Somerville, J. (2007). The paradox of palliative care nursing across cultural boundaries. *International Journal of Palliative Nursing*, 13, 580-587.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU, 2000:6. (1999). *Döden angår oss alla – Värdig vård I livets slut*. Stockholm: Socialdepartementet.

World Health Organisation. (2011). *Who Definition of palliative care*. Hämtad 11-02-13 <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Bilaga 1

Sökmatrix

Informations- källa	Sökdatum	Sökord	Antal träffar	Använda artiklar till resultat & deras numrering i sökresultat listan
Cinahl	2011-01-26	Transcultural palliative care	28	Nr 1: Huang, Y.-L., Prior, D., & Yates, P. (2009b). Nr 5: Somerville, J. (2007). Nr 6: Gunaratnam, Y. (2007).
Cinahl	2011-01-31	Nurses experiences of transcultural palliative care	4	Nr 4: Ekblad, S., Emilsson, M., & Marttila, A. (2000).
Cinahl	2011-02-09	Palliative care and cultural diversity	33	Nr 24: Diver, F., Molassiotis, A., & Weeks, L. (2003).
Pubmed	2011-02-23	Palliative transcultural care	31	Nr 14: Richardson, A., Thomas, V. N., & Richardson, A. (2006).
Funnen i referenslistan i Huang, Y.-L., Prior, D., & Yates, P. (2009b). Finns i	2011-02-03	Accommodat ing the diverse cultural needs of cancer patients and	6359	Nr 1: Huang, Y.-L., Prior, D., & Yates, P. (2009a).

skolans artikeldatabas Ovid.		their families in palliative care.		
Cinahl	2011-03-10	Hospice nurses cultural	22	Nr 9: Myers Schim, S., Doorenbos, A. Z., & Borse, N. N. (2006).

Bilaga 2

Matris över slutligt urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land och tidskrift	Syfte	Metod och urval	Resultat
Huang, Y.-L., Prior, D., & Yates, P.	Accommodating the diverse cultural needs of cancer patients and their families in palliative care.	2009, Australien, Cancer Nursing.	Utveckla en förståelse för och ge en förklaring till hur sjuksköterskor arbetar med cancerpatienter och anhöriga med annan kulturell bakgrund.	Kvalitativ. Grounded theory. Semistrukturerade intervjuer. E-mail skickades ut till medlemmar av "Cancer Nursing Society of the Australian Brisbane Regional Group". Sju sjuksköterskor deltog.	Viktigt att förstå kulturella behov. Sjuksköterskor hittade aktivt sätt att tillmötesgå patienters och anhörigas kulturella behov. Kommunikation beskrevs som en viktig del i vårdandet.
Huang, Y.-L., Prior, D., & Yates, P.	Factors influencing oncology nurses' approaches to accommodating cultural needs in palliative care.	2009, Australien, Journal of Clinical Nursing.	Beskriva faktorer som bidrog till sjuksköterskans sätt att tillmötesgå kulturella behov. Utveckling av en tidigare	Kvalitativ. Grounded theory. Semistrukturerade intervjuer. E-mail skickades ut till medlemmar av "Cancer Nursing Society	Det fanns en fara i att generalisera och tro att personer från olika kulturer är på ett visst sätt, sjuksköterskor måste ha en medvetenhet om att personer är olika. Tidigare erfarenhet av kulturell vård influerade deltagarnas syn och

			studie som presenteras i artikeln "Accommodating the diverse cultural needs of cancer patients and their families in palliative care".	of the Australian Brisbane Regional Group". Sju sjuksköterskor deltog.	förståelse för kulturell vård.
Somerville, J.	The paradox of palliative care nursing across cultural boundaries.	2007, Storbritannien, International Journal of Palliative Nursing.	Utveckla en teori som förklarar hur sjuksköterskor inom palliativ vård vårdar personer från olika kulturer.	Kvalitativ. Grounded theory. Semistrukturerade icke standardiserade intervjuer som pågick under tre månader. Tio slumpmässigt utvalda sjuksköterskor som arbetar inom palliativ vård, i en region med stor mångkultur.	Palliativ kulturell omvårdnad är paradoxal, då deltagarna försökte behandla alla patienter jämnt samtidigt som de behandlade dem individuellt och inte som en person från en specifik kultur. De var medvetna om olikheter mellan dem själva och patienten. Att ha färdigheter i kommunikation sågs som en viktig komponent.
Ekblad, S., Emilsson, M., & Marttila, A.	Cultural challenges in end-of-life care: reflections	2000, Sverige, Journal of Advanced Nursing.	Samla reflektioner om kulturella frågor och erfarenheter om hur det är att	Kvalitativ. Sociologisk metod med tre fokusgrupper. 19 deltagare	För att förstå andra kulturer är det viktigt att vara medveten om sin egen kultur. Fokus ska läggas på vad individen

	from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm.		jobba med patienter med annan kulturell bakgrund, bland hospiceanställda .	från ett seminarium om multikulturell vård i livets slut.	menar med sin kultur och det ska inte generaliseras. Kommunikationssvårigheter identifierades. Verbal och ickeverbal kommunikation har betydelse för vårdandet. Mer träning behövs i kulturella frågor.
Gunaratnam, Y.	Intercultural palliative care: do we need cultural competence?	2007, Storbritannien, International Journal of Palliative Nursing.	Öka medvetenheten om palliativ vård och förståelsen för behoven och upplevelserna hos äldre patienter från etniska minoritetsgrupper.	Kvalitativ. Elva fokusgrupper. Semistrukturerade berättande intervjuer. 56 deltagare hittades genom kontakter från ett informellt nätverk samt snowball sampling, 30 av dessa var sjuksköterskor. Artikeln fokuserar på svaren från sjuksköterskorna i studien.	Sjuksköterskorna såg den individuella personens behov. Sjuksköterskorna var medvetna om att det finns en fara i att använda sig av kulturell kunskap då denna lätt kan leda till generalisering och förhastade slutsatser.
Richardson, A., Thomas, V. N., &	"Reduced to nods and smiles": Experiences of	2006, Storbritannien, European Journal of	Ta reda på upplevelserna av att arbeta med färgade och	Kvalitativ. Bandade intervjuer, ledda av moderator.	Det främsta fyndet i denna studie var att sjuksköterskor hela tiden kände en oförmåga att ge

Richardson, A.	professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups.	Oncology Nursing.	etniska minoritetsgrupper inom hälso- och socialvård samt överväga deras behov av ytterligare träning.	Fem fokusgrupper med 28 deltagare varav 22 sjuksköterskor. Rekryteringen utfördes av Macmillan Cancer Relief som skickade brev till samtliga medlemmar. Resulterade slutligen i 28 deltagare.	god vård till färgade patienter och de från etniska minoritetsgrupper. Ett antal teman framkom efter analys: Språk och att få förståelse, att arbeta med tolk, arbeta med kulturella skillnader både på en praktisk och filosofisk nivå, fördomar samt önskan om ytterligare träning och stöd.
Diver, F., Molassiotis, A., & Weeks, L.	The palliative care needs of ethnic minority patients: staff perspectives.	2003, Storbritannien, International Journal of Palliative Nursing.	Få personalens perspektiv på multikulturell vård och hur de uppfattar den multikulturella vård som de ger, samt hitta barriärer för och sätt som möjliggör kulturellt anpassad vård.	Kvalitativ. Fenomenologiskt förhållningssätt. Semistrukturerade intervjuer. Fem sjuksköterskor som jobbar med palliativ vård var målmedvetet utvalda.	Deltagarna visade medvetenhet om kulturella skillnader och vikten av individualiserad vård. Ett antal barriärer upptäcktes, exempelvis språksvårigheter samt ett antal möjliggörande faktorer, exempelvis träning i kulturspecifika frågor.
Myers Schim, S.,	Cultural Competence	2006, USA, Journal of	Ta reda på olika faktorer som	Kvantitativ. Tvärsnitts-	De högst rankade beteendena var: "Jag

Doorenbos, A. Z., & Borse, N. N.	Among Hospice Nurses	Hospice and Palliative Nursing.	associeras med kulturell kompetens bland hospice-sjuksköterskor.	beskrivande design. 107 hospice-sjuksköterskor som deltagit på möten fick svara på ett frågeformulär.	arbetar med att ta bort hinder för personer från olika kulturer”, ”Jag vill gärna ha respons från patienter om hur jag är mot andra från en annan kultur” och ”Jag undviker att generalisera grupper av människor”.
----------------------------------	----------------------	---------------------------------	--	---	---