



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Nyutbildade sjuksköterskors erfarenheter av interkulturella möten i sjukvården

- en intervjustudie

Författare: Cecilia Engberg de Carvalho & Anna Sandberg

Handledare: Ann-Cathrin Jönsson

Kandidatuppsats

Hösten 2012

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Nyutbildade sjuksköterskors erfarenheter av interkulturella möten i sjukvården

- en intervjustudie

Författare: Cecilia Engberg de Carvalho & Anna Sandberg

Handledare: Ann-Cathrin Jönsson

Kandidatuppsats

Hösten 2012

## Abstrakt

**Bakgrund:** För att kunna tillhandahålla god omvårdnad krävs bra kommunikation mellan sjuksköterska och patient. Sjuksköterskan behöver vara medveten om att vårdbehov kan yttra sig på olika sätt inom olika kulturer. Syftet var att belysa nyutbildade sjuksköterskors erfarenheter av att möta människor från olika kulturer.

**Metod:** Som metod användes semistrukturerad intervju. Tio nyutbildade sjuksköterskor intervjuades. Intervjuerna analyserades med hjälp av manifest innehållsanalys vilket resulterade i de tre kategorierna *upplevelser av interkulturella möten, kommunikation och förståelse* samt *resurser och utbildning*.

**Resultat:** Sjuksköterskorna ansåg att kommunikationssvårigheter påverkade det interkulturella mötet och att kulturell medvetenhet var en förutsättning för god kommunikation samt att för lite fokus lades på kultur i sjuksköterskeutbildningen.

**Slutsats:** Resultatet visade att kultur mer aktivt måste inkluderas både i sjuksköterskeutbildningen och i den kliniska verksamheten.

## Nyckelord

interkulturell kommunikation, kultur, kulturell medvetenhet, omvårdnad, sjuksköterskor, transkulturell omvårdnad, utbildning

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Introduktion .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	2
Definition av centrala begrepp .....	3
Kultur .....	3
Kulturell medvetenhet .....	3
Interkulturell kommunikation .....	3
Omvårdnadsteoretiska aspekter .....	3
Kulturella aspekter .....	4
Hinder i den interkulturella kommunikationen .....	5
Kultur och utbildning .....	6
Syfte .....	7
Metod .....	7
Urval .....	8
Datainsamling .....	8
Data analys .....	9
Forskningsetiska avvägningar .....	10
Resultat .....	11
Upplevelser av interkulturella möten .....	11
Kommunikation och förståelse .....	14
Resurser och utbildning .....	17
Diskussion .....	19
Diskussion av vald metod .....	19
Diskussion av framtaget resultat .....	20
Slutsats och kliniska implikationer .....	24
Författarnas arbetsfördelning .....	25
Referenser .....	26
Bilaga 1 .....	29
Bilaga 2 .....	30

# Introduktion

## Problemområde

Sjuksköterskor och annan vårdpersonal har inte alltid den kunskap som behövs för att tillgodose behov hos patienter från en annan kulturell bakgrund än deras egen (Jirwe, Gerrish & Emami, 2010). För att kunna ge god omvårdnad krävs bra kommunikation mellan sjuksköterska och patient. Bristande interkulturell kommunikation leder till att både patientens upplevelse av vård och den faktiska vård de erhåller blir kvalitativt sämre (Akhavan & Karlsen, 2012). Respekt och förtroende måste etableras, vilket förutsätter att patienten blir sedd utifrån sina egna kulturella perspektiv (Clegg, 2003; De & Richardson, 2008). Hur människor från andra kulturer blir bemötta inom vården har betydelse för hur de upplever kvaliteten på den vård de erhåller. Många immigranter upplever en sämre kvalitet i vården jämfört med den infödda befolkningen (Akhavan & Karlsen, 2012; Wiking, Johansson & Sundquist, 2004). Bristande kommunikation kan leda till missförstånd och att patienten upplever vården som opersonlig och mekanisk (Jirwe et al., 2010).

Nyutbildade sjuksköterskor riskerar att uppleva att de saknar den kulturella kompetens som de behöver när de påbörjar sitt yrkesliv som sjuksköterskor (Jirwe et al., 2010). En av de stora utmaningarna i utbildning av sjuksköterskor är att det bör ingå kulturell medvetenhet i deras profession (Halloran, 2009).

## Bakgrund

Sverige är ett mångkulturellt samhälle där etniska, språkliga och religiösa minoriteter ska behandlas med tolerans och solidaritet, samt ha rätt att behålla sitt eget kulturliv. Denna övergripande syn sträcker sig även till sjukvården och den omvårdnad en patient bör kunna förvänta sig (Samarasinghe, 2010). Enligt lag ska all vård ske på lika villkor med respekt för alla människors lika och enskilda värde (SFS, 1982:763). Vårdpersonal kommer regelbundet i kontakt med patienter från olika kulturer och det är viktigt att ha kulturella aspekter i åtanke vid dessa möten (Samarasinghe, 2010).

## *Definition av centrala begrepp*

### **Kultur**

Kultur definieras som en större grupp av människor som försörjer sig och organiserar gemensamma angelägenheter på likasinnat sätt. Kultur är även något som skapats av människor för att ge högre upplevelser, och även andliga upplevelser i form av exempelvis konst, musik och litteratur (Allén & Malmgren, 2003). Kultur har stor betydelse för människans välbefinnande. Det finns en normerande funktion i kulturbegreppet som definierar människans beteende utifrån vad som är acceptabelt och oacceptabelt. Först i mötet med andra kulturer blir vi medvetna om våra egna kulturmönster (Samarasinghe, 2010).

### **Kulturell medvetenhet**

Kulturell medvetenhet innebär att vara lyhörd inför andra individers kulturella normer och värderingar samt avsiktligt reflektera över dem (Muñoz & Luckmann, 2005). För att kunna vara kulturellt medveten måste egna fördomar och antaganden om andra kulturer erkännas. I begreppet ingår att individen har en insikt om att dessa fördomar samt ens egna kulturella bakgrund kan påverka den interkulturella kommunikationen (Campinha-Bacote & Muñoz, 2001).

### **Interkulturell kommunikation**

Enligt Europarådet (2008) definieras interkulturell dialog som ett öppet och respektfullt utbyte av åsikter. Den interkulturella dialogen sker mellan individer och grupper med olika etniska, kulturella, religiösa och språkliga bakgrunder och ska baseras på ömsesidig respekt och förståelse. Interkulturell dialog förekommer både inom och mellan olika samhällen (ibid.). Inom interkulturell kommunikation ingår även icke-verbal dialog (Understanding transcultural Nursing, 2005).

## *Omvårdnadsteoretiska aspekter*

Att kultur är en viktig aspekt vid omvårdnad var något som omvårdnadsteoretikern Madeleine Leininger (1995) uppmärksammade och summerade under begreppet transkulturell omvårdnad. Transkulturell omvårdnad lägger fokus på kulturspecifik omvårdnad till

människor. Det centrala i transkulturell omvårdnad är att förstå likheter och skillnader mellan kulturer samt att identifiera och lyfta fram de kulturspecifika vårdbehoven hos patienten (ibid). Leininger designade ett holistiskt synsätt kallat Soluppgångsmodellen som beskriver olika faktorer att ta hänsyn till som sjuksköterska vid omvårdnad (Leininger, 2002). I dessa faktorer ingår bland annat kulturella värderingar, släktskap, sociala faktorer, utbildning, religion samt politiska faktorer (ibid.). Genom att ta hänsyn till dessa aspekter kan sjuksköterskan förbättra och tillhandahålla kulturspecifik omvårdnad till människor och således ge vård som är passande och välgörande för en specifik patients, familjs eller grupps levnadssätt (Leininger, 1995). Detta innebär att sjuksköterskan utmanas till att fördjupa sin kunskap om kulturell omvårdnad för att kunna ge kvalitativ vård till människor med olika kulturell bakgrund (Leininger, 2002).

### *Kulturella aspekter*

En individs tolkning av omvärlden sker alltid i en kulturell kontext (Saint Arnault, 2009). Den medicinska sociologen Aaron Antonovsky menade att känslan av sammanhang, KASAM, är en viktig del för att bibehålla en individs inriktning mot hälsa istället för ohälsa (Antonovsky, 2005). Genom att lägga fokus på de av individens faktorer som leder till hälsa istället för ohälsa skapade han begreppet salutogenes. Känslan av sammanhang ska kunna begripas, hanteras och upplevas som meningsfull. Begriplighet handlar om en förståelse kring varför vissa saker sker, både inom individen själv och i individens omgivning. Hanterbarhet berör i vilken utsträckning individen innehar resurser till att möta olika situationer i livet. Meningsfullhet innebär att livet har en emotionell mening där individen upplever att det är värt att vara delaktig i det som sker (ibid.).

Kulturer applicerar olika mening till vad som klassificeras som hälsa respektive ohälsa (Saint Arnault, 2009). Det som ses som ohälsa i en kultur ses inte alltid som ohälsa i andra kulturer. Det varierar mellan kulturer vilka besvär det är accepterat att söka hjälp för. Inom en del kulturer anses det som en svaghet att söka hjälp för vissa specifika fysiska eller psykiska besvär (ibid.). Patientens uppfattning om hälsa och ohälsa samt synen på behandling och efterbehandling präglas av kultur och etnicitet. Synen på sjukvård och behandlingsmetoder påverkas således av kulturella värderingar (Halloran, 2009). Det är därför viktigt att som

vårdgivare vara välinformerad om att vårdbehov kan yttra sig på olika sätt i olika kulturer och kunna bemöta dessa behov på ett kompetent sätt (Saint Arnault, 2009).

### *Hinder i den interkulturella kommunikationen*

Ett av de största hindren för kompetent vård är sjuksköterskans och vårdpersonalens attityder och fördomar (Cang-Wong, Murphy & Adelman, 2009). När det inte föreligger en gemensam kulturell och social förståelse försvåras kommunikationen och misstolkningar kan uppstå (Hanssen, 2007). Att förvänta sig att en sjuksköterska har kännedom om alla skillnader mellan olika kulturer är orimligt, men det bör finnas en medvetenhet om att det som är respektabelt för en individ kan vara kränkande för en annan (Narayanasamy, 2003). När kommunikation endast sker med ord utan att hänsyn tas till den kulturella kontexten kan ordens innebörd missförstås (Hanssen, 2007).

Ett vanligt kommunikativt missförstånd är korrelationen mellan smärta och kultur. Smärta är en subjektiv känsla och upplevelse som alltid är individuell (Muñoz & Luckman, 2005). I sjuksköterskans arbete ingår att skatta patientens smärta, vilket kan göras genom att ställa direkta frågor samt observera kroppsspråk och ansiktsuttryck. Vid smärtskattningen är det viktigt för sjuksköterskan att ha i åtanke att olika kulturer uttrycker smärta på olika sätt, både vad gäller ord och kroppsspråk (ibid.).

Vid interkulturell kommunikation förekommer även många icke-verbala missförstånd. Problemområden som vanligen varierar bland olika kulturer är ögonkontakt, avstånd och distans, beröring samt tron och synen på hälso- och sjukvård (Understanding transcultural nursing, 2005). Att som vårdgivare behålla ögonkontakt med en patient i ett samtal anses som respektfullt i de flesta västerländska kulturer, men däremot föredrar exempelvis en del asiatiska och arabiska kulturer ofta att undvika ögonkontakt när de visar respekt (Maier-Lorentz, 2008). Något som ofta är kulturbetingat är en individs personliga utrymme. Hur stort personligt utrymme en individ anser sig ha påverkar om en annan människas närvaro betraktas som invaderande eller som tröstande. När det kommer till beröring kan det förekomma förbud att undersöka det motsatta könet i en del kulturer, eller att visa eller beröra specifika kroppsdelar (Understanding transcultural nursing, 2005). Patienterna behöver bli

införstådda i varför vårdpersonalen måste röra dem så att de inte känner sig kränkta (Maier-Lorentz, 2008). En del patienter vill inte ta emot vård eller medicin på grund av att det inte stämmer med deras kulturella tro. Det är inte heller alla som vill ha all kunskap om sitt sjukdomstillstånd, eftersom kunskap och information kan anses vara en börda. (Understanding transcultural nursing, 2005).

### *Kultur och utbildning*

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska betonas vikten av bemötande, information och undervisning. En sjuksköterska bör:

”Ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt, i dialog med patient och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling, förvissa sig om att patient och/eller närstående förstår given information, uppmärksamma patienter som ej själva uttrycker informationsbehov eller som har speciellt uttalade informationsbehov” (Socialstyrelsen, 2005 s. 11).

Citatet ovan framhåller att god kommunikation mellan patient, närstående och sjuksköterska är en förutsättning för att patienten skall kunna erhålla optimal omvårdnad. Det ingår i sjuksköterskans yrkesroll att förmedla information på ett respektfullt sätt och att försäkra sig om att informationen når fram och är förstådd (Socialstyrelsen, 2005). Kulturellt kompetenta sjuksköterskor med goda kommunikationsfärdigheter uppnås med kvalificerad utbildning samt erfarenhet av möten med människor från olika kulturer (Maier-Lorentz, 2008).

International Council of Nurses (ICN) framhäver att omvårdnad även innebär respekt för kulturella rättigheter och ska ske på lika villkor oavsett ”ålder, hudfärg, trosuppfattning, kultur, funktionsnedsättning eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politisk åsikt, etnisk tillhörighet eller social status” (Svensk sjuksköterskeförening, 2007 s. 3).

I en studie uttryckte många färdigutbildade sjuksköterskor intresse att vidga sin kunskap om transkulturell omvårdnad (Narayanasamy, 2003). En sjuksköterska är färdigutbildad efter en treårig universitets-/högskoleutbildning och påbörjar ett yrke som ställer krav på



mångkulturellt kunnande (Socialstyrelsen, 2005). Att nå kulturell kompetens som sjuksköterska är en ständig process (Halloran, 2009).

I en svensk studie om sjuksköterskestudenters erfarenhet av kommunikation med patienter från andra kulturer framkom att trots att studenter söker förnuftiga vägar för att övervinna kommunikationsbarriärer saknas självförtroende och färdighet (Jirwe et al., 2010). För att försäkra sig om att sjuksköterskor är utrustade med de kunskaper som behövs för att ge fullgod vård till alla patienter krävs enligt studien att mer fokus läggs på kulturell medvetenhet i sjuksköterskeutbildningen (ibid.).

## **Syfte**

Syftet med intervjustudien var att belysa nyutbildade sjuksköterskors erfarenheter av att möta människor från olika kulturer.

## **Metod**

En kvalitativ studie syftar till att få fördjupad och ökad förståelse inom ett ämnesområde (Olsson & Sörensen, 2007). Föreliggande studie fokuserade på den nyblivna sjuksköterskans möte med människor från olika kulturer inom sjukvården. Kvalitativa studier fångar in fenomenets karaktär och egenskaper samt upptäcker mönster (Olsson & Sörensen, 2007).

Den metod som tillämpades var semistrukturerad intervjumethodik. En semistrukturerad intervju kan definieras som ett samtal med till viss del strukturerade frågor (Polit & Beck, 2010). En intervjuguide (Bilaga 1) utvecklades genom att med hjälp av bakgrunden ta ut relevanta frågor och ämnen. En intervjuguide bör vara kortfattad och täcka studiens syfte (Troost, 2010). Intervjuguiden lades upp så att följdfrågor kunde ställas. För att få informanternas egna åsikter och erfarenheter bör en intervjuguide ge utrymme till öppna följdfrågor (Polit & Beck, 2010).

## Urval

Totalt deltog tio nyutbildade sjuksköterskor i studien. För att skapa en avgränsning inkluderades endast nyutbildade sjuksköterskor som tagit examen vid samma universitet. Alla informanter i studien var kvinnor i åldersgruppen 21-36 år. När intervjuerna ägde rum arbetade informanterna på fem olika orter i Skåne. Skåne är en mångkulturell region där interkulturella möten sker dagligen (Region Skåne Koncernkontoret, 2011). Sju av informanterna uppgav att de hade helt svensk kulturell bakgrund medan resterande tre informanter identifierade sig med ytterligare någon kultur.

Första kontakt togs med informanterna när de gick sista terminen på sjuksköterskeutbildningen vid Lunds Universitet våren 2012. Vid intervjutillfället hade informanterna genomfört en längre period av verksamhetsförlagd utbildning samt några månaders kliniskt arbete efter examen.

## Datainsamling

Informanterna erhöll under våren 2012 information om den planerade studien via ett flertal mejl samt på ett informationsmöte som hölls i samband med en helklassföreläsning. Efter mötet var det nio av informanterna som uttryckte intresse att delta i studien och skrev på informationsbrevets samtyckesblankett (Bilaga 2). Utskicket av mejl resulterade i att ytterligare en informant skrev på samtyckesblankett för att delta.

Under sommaren 2012 kontaktades samtliga informanter för att säkerställa deras intresse för att fortfarande delta i studien. Därefter kontaktades de återigen under tidig höst 2012. De ombads då att själva föreslå en tid och en plats där intervjun skulle äga rum. Intervjuer bör genomföras på en plats där informanten känner sig trygg att uttrycka sig fritt (Olsson & Sörensen, 2007). Av de tio informanter som visat intresse att delta i studien genomfördes intervjuer med samtliga. Det förekom således inget bortfall.

Intervjuerna genomfördes av båda författarna. Den ena författarens uppgift var framför allt att ställa frågor enligt intervjuguiden och den andras uppgift var främst att ställa öppna

följdfrågor. Författaren som inte följde intervjuguiden kunde fritt observera informantens icke-verbala uttryck och därmed lättare känna av när det var lämpligt att ställa följdfrågor. En förutsättning för att kunna ställa följdfrågor är ett aktivt lyssnande (Kvale & Brinkmann, 2009). Innan intervjuerna genomfördes beskrevs studiens syfte för informanterna. De informerades om att både deltagande och inspelat material var konfidentiellt samt att materialet förstörs ett år efter insamling. Informanterna upplystes om att deltagandet i studien kunde avbrytas närsomhelst samt om möjligheten till att ställa frågor både under och efter intervjun.

Intervjuerna inleddes med öppningsfrågor om ålder, kulturell bakgrund och arbetslivserfarenhet. Intervjuerna spelades in med en diktafon samt med mobiltelefon utifall inspelningen med diktafonen skulle gå förlorad. När intervjuer spelas in har forskaren möjlighet att lyssna upprepande gånger på materialet (Trost, 2010). Informanter tenderar att i början av en intervju vara medvetna om att samtalet spelas in (Polit & Beck, 2010). Under öppningsfrågorna fick informanterna tid att slappna av. Transkriberingen av intervjuerna påbörjades efterhand som intervjuerna genomfördes. All transkribering av materialet genomfördes innan det huvudsakliga arbetet med innehållsanalysen påbörjades. De tio intervjuerna genomfördes under perioden september-november 2012.

## **Data analys**

Den analysmetod som användes var manifest innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Det manifesta innehållet återspeglar det centrala budskapet i intervjuerna och beskriver det som faktiskt framkommer i samtalen med informanterna. Det föreligger dock alltid en viss grad av tolkning. När latent innehållsanalys används fordras större erfarenhet eftersom det innebär en djupare tolkning av intervjuernas underliggande mening (ibid.).

Samtliga intervjuer lyssnades igenom åtskilliga gånger. Det krävs att forskaren sätter sig in i intervjuerna för att få en tydlig helhetsbild (Graneheim & Lundman, 2004). Efter att ha lyssnat på intervjuerna transkriberade författarna hälften var av det insamlade materialet. Samtidigt markerades citat och viktiga synpunkter. Författarna tog var för sig ut meningsbärande enheter från samtliga transkriberingar. Som meningsbärande enheter räknas

ord, fraser och meningar som är relevanta till studiens syfte (Graneheim & Lundman, 2004). De meningsbärande enheterna jämfördes för att kontrollera att de överensstämde och kondenserades sedan. Kondensering ska utföras utan att materialets innebörd försvinner (Graneheim & Lundman, 2004).

I nästa moment abstraherades innehållet genom att det försågs med koder. Abstrahering innebär att föra vidare materialet till nästa logiska nivå med hjälp av koder, kategorier eller teman (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna valde att kondensera hälften var av materialet och koder skapades av motsatt författares kondensering. Koderna granskades och delades in i 17 kategorier. Olika kategorier bör inte innehålla för snarlika koder (Graneheim & Lundman, 2004). De olika kategorierna mynnade ut i tre huvudkategorier. Koder med liknande innebörd placerades in under respektive huvudkategori varefter synonyma koder slogs ihop.

## **Forskningsetiska avvägningar**

Den medicinska forskningsetiken styrs av Helsingforsdeklarationen från 1964. I § 22 och § 23 framgår att deltagande måste vara frivilligt och det bör inte föreligga risk att kränka deltagarnas fysiska, psykiska och sociala integritet (World Medical Association, 1964).

I ett vetenskapligt sammanhang bör material tillhandahållas på ett etiskt vis och vid en intervju ska samtycke, information och sekretess ligga i fokus (Olsson & Sörensen, 2007). Som sjuksköterskestudent bör samma etiska principer tillämpas som en forskare eftersträvar.

Studiens projektplan samt ett informationsbrev om studien lämnades till programdirektören för sjuksköterskeprogrammet vid Lunds Universitet. Efter godkännande av programdirektören skickades studiens projektplan för ett rådgivande yttrande till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN). Nämnden vägleds av Etikprövningslagen (EPL) som i sin första paragraf beskriver att ”syftet med lagen är att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning” (SFS, 2003:460, 1 §). Ett informationsbrev om studien med samtyckesblankett lämnades även till de sjuksköterskor som deltog i studien. Sjuksköterskorna blev i detta brev informerade om att allt material som insamlades skulle behandlas konfidentiellt och att ingen

skulle bli individuellt utlämnad. Konfidentiellt material ska förvaras så att endast forskaren har tillgång till materialet (Olsson & Sörensen, 2007).

## Resultat

Analysen av intervjumaterialet resulterade i tre huvudkategorier: *upplevelser av interkulturella möten, kommunikation och förståelse* samt *resurser och utbildning*. Siffrorna efter citaten representerar en slumpmässig indelning av intervjuerna.

### Upplevelser av interkulturella möten

Informanterna upplevde kultur som mångfasetterat och ansåg att det hade att göra med olika traditioner och normer samt synsätt på vård, familj och sjukdom. Informanterna nämnde utseende, uppväxt, religion, språk, matvanor samt ett sätt att leva när de skulle beskriva hur de identifierade vilken kultur en person tillhörde. Något som lyftes fram var att kultur inte bara förekommer mellan nationaliteter utan även inom dem. Som exempel nämndes olika samhällsskikt och generationer varefter en informant uttryckte att även ungdom är en form av kultur.

*”Det kan ju även vara olika kulturer i olika samhällsskikt. Om man tillhör överklassen eller om man tillhör de med sämre socioekonomisk status, faktiskt. Det behöver ju faktiskt inte bara vara invandrare.” (2)*

Informanterna upplevde att det förekom många interkulturella möten i yrket som sjuksköterska. Alla utom en informant kunde erinra sig ett tidigt interkulturellt möte. De ord informanterna främst använde sig av för att beskriva möten med patienter från andra kulturer var *spännande* och *jobbigt*. Därefter kom även ord som *utmanande*, *roligt*, *svårt*, *frustrerande*, *intressant* och *självklart*.

*”... man får ju aldrig visa det för patienten men ibland så går man ju ut och sliter håret, och sen så får man gå in och försöka igen. För det – ens tålamod räcker inte hur långt som helst.” (2)*

En informant hade upplevt skillnader mellan kulturers synsätt och påpekade att det exempelvis i mellanöstern fanns en annan uppfattning om hur sjukvård skulle bedrivas:

*”Vi har ett holistiskt synsätt och vi ska se liksom hela, men det känns inte som de var där än /.../ Det var mer in, fixa. /.../ Lite det biomedicinska synsättet.” (9)*

Informanterna beskrev känslor förknippade med interkulturella möten som inte gått som önskat. Mer än hälften av informanterna uttryckte känslor av otillräcklighet, några informanter uttryckte irritation och en informant använde ordet *misslyckad* och en annan *jättehemskt* för att beskriva sina känslor. Mer än en informant beskrev en känsla av att ha utfört ett dåligt jobb när det uppstod en envägskommunikation.

*”Man strävar ju hela tiden efter att det ska bli ett lyckat möte. Och när mötena kraschar, så känner man sig ganska misslyckad.” (2)*

*”... så jag känner mig väldigt otillräcklig när jag inte alls kan göra mig förstådd.” (10)*

Informanterna påpekade att ett misslyckat möte borde lämnas på jobbet och inte tas med hem. En av informanterna menade dock att det ibland var svårt att skaka av sig ett misslyckat möte.

De flesta av informanterna tyckte att det var en positiv upplevelse att möta patienter från andra kulturer. Några ansåg det vara lätt. Negativa upplevelser var främst förknippade med kommunikationssvårigheter. En informant uttryckte att ibland kändes det som om en del patienter inte ville förstå. En annan informant menade att sjuksköterskan alltid måste vara professionell så att patienten inte känner sig till besvär.

*”... jag upplever inget problem att bemöta patienter från andra kulturer, men jag tror att det kan bli lätt att få att det blir misstolkningar kanske.” (4)*

Ifall för mycket hänsyn togs till kulturella skillnader upplevde några informanter att patienten kunde känna att för mycket fokus lades på kultur istället för på patienten som individ. Detta bidrog till att mer än en av informanterna kände en rädsla för att uppfattas som rasistisk med förutfattade meningar.

*”... sen tror jag att man är rädd för att ställa de frågorna, för att man tänker ’oh, jag kanske diskriminerar dem nu för att de verkar komma från en annan kultur’ och så lever de som vilken Svensson-Svensson som helst, typ.” (8)*

Informanterna tog upp att deras syn på kultur hade påverkats av möten med patienter och anhöriga från olika kulturer, diskussioner på arbetsplatsen samt praktiken under

sjuusköterskeutbildningen. Informanterna upplevde att de även erhållit sin syn på kultur från utomlandsvistelser, skolan, arbetslivserfarenhet och universitetet.

Informanterna upplevde kollegor och tolk som stöd i mötet med människor från andra kulturer och ansåg att det var positivt att ha kollegor med olika bakgrund. Några av informanterna berättade om situationer där kollegor kunde tolka en patients avvikande beteende eftersom de kom från samma kultur som patienten. Flera av informanterna angav att både anhöriga och kollegor ofta användes som tolkar.

*”... då får man lära sig av varandra, och från kollegorna och patienterna hur man ska bemöta varje individ på bästa sätt.” (4)*

*”... där har man också nytta av kollegor som är från andra kulturer, som egentligen inte är anställda som tolkar utan som kanske sjuusköterskor...” (7)*

Även erfarenheter från interkulturella möten med patienter och anhöriga nämndes som stöd. Några informanter upplevde att olika kulturer bland patienter bidrog till mer kunskap om kultur på arbetsplatsen. En av informanterna nämnde att efterhand bidrog detta även till mer kunskap om kulturella uttryckssätt:

*”... man lär sig något av varje människa som har en annan kultur eller bakgrund. De, det är ju de som lär en, tycker jag. Och dess anhöriga.” (4)*

Andra saker som upplevdes som stöd var uppväxt, arbetslivserfarenhet, kännedom om patienten, vetskapen om att de gjorde sitt bästa samt att kunna falla tillbaka på sina medicinska och omvårdnadsmässiga kunskaper. Några informanter berättade att de fann stöd i det interkulturella mötet av de rutiner som förekom på arbetsplatsen i form av rapport, ankomstsamtal, förnyat status och informationsblanketter på olika språk. Dessa rutiner hjälpte dem att inkludera kultur i mötet med patienter. En informant gav exempel på frågor som kunde ställas vid ett ankomstsamtal:

*”... ’är det något vi ska tänka på nu när du är här hos oss?’” (10)*

Ett flertal av informanterna berättade om hur de upplevde patienternas perspektiv i det interkulturella mötet. Informanterna kunde uppfatta känslor som osäkerhet, frustration, oro och irritation hos patienterna.

*”Ibland blir de nästan irriterade. ’Säg vad du menar nu! Och förstår du inte vad jag menar, så säg att du inte förstår’, istället för att jag slår knut på mig själv och försöker förstå!” (2)*

Informanterna menade att annan vårdkultur kunde kännas otrygg för patienter från andra kulturer eftersom det var en främmande miljö och de kunde känna sig till besvär. Enligt en informant märktes det på patientens reaktioner ifall något uppfattats fel, exempelvis om informanten berättade något positivt och patientens reaktion var negativ. En av informanterna påpekade att det uppskattades av patienterna när personalen kom från olika bakgrunder och en annan informant upplevde att kulturellt medveten personal över lag uppskattades.

## Kommunikation och förståelse

I de interkulturella möten där en rak kommunikation inte var möjlig använde informanterna sig av kroppsspråk och gav kort och tydlig information. Som kroppsspråk tog informanterna upp både gester och omedvetna icke-verbala signaler.

*”... kroppsspråket visar att man liksom visar att man är här för att ta hand om dem.” (6)*

*”Man försöker ju med kroppsspråk men mitt kroppsspråk betyder kanske inte alls, alltså, för honom vad det är jag försöker förmedla.” (10)*

Informanterna ansåg att vård och information borde individanpassas. Några påpekade att alla individer var lika mycket värda och var berättigade till samma information och behandling. En informant framhöll att information förmedlades på samma sätt till alla individer men att det eventuellt omedvetet kunde resultera i olika information beroende på personens kunskapsnivå och kommunikationsförmåga. Informanterna påpekade även betydelsen av att ge information på ett lugnt sätt till alla individer samt att ta sig tid till varje patient. De ansåg det viktigt att be om hjälp ifall det var svårt att kommunicera.

*”... alla patienter behöver ha informationen på ett lugnt och sansat sätt då de mår dåligt.” (6)*

Informanterna tog upp praktiska saker som kunde underlätta kommunikationen, exempelvis genom att rita, visa på sig själv, skriva ner stödord och ta ut nyckelord. Det gällde att vara flexibel och försöka ge information på olika sätt.

*”... om man kan och delar samma språk då vill man ju gärna göra långa utlägg /.../ i och med att patienten får all den information kanske inte de plockar upp det som är det viktigaste /.../ om man bryter ner det och säger det som är viktigast, då kanske det ändå blir bättre...” (4)*



En av informanterna berättade om en situation där en anhörig skrivit lappar så att både sjuksköterskan och patienten kunde kommunicera med varandra. En annan informant framhöll att i interkulturella möten var det betydelsefullt att vara förberedd.

*”Till en svensk patient som är liksom normalt begåvad kan jag gå in och svamla en stund och de har ändå förstått i slutändan vad jag har menat.” (2)*

Informanterna tog upp att kulturell medvetenhet var viktigt. För att ha en kulturell medvetenhet krävdes framförallt förståelse, respekt och öppenhet. Informanterna menade att det var problematiskt när det saknades kulturell medvetenhet inom sjukvården och påpekade att kulturell medvetenhet gav bättre resultat. De ansåg att sjuksköterskan borde sätta sig in i patientens situation och se saker från patientens perspektiv. Betydelsefullt vid interkulturell kommunikation var även att möta patienter i deras kultur men ändå kunna se individen bakom kulturen. Informanterna menade att tid och hänsyn borde tas till alla patienters kulturella behov. De betonade även att sjuksköterskan skulle vara flexibel och kunna hantera patienters kulturella skillnader.

Informanterna uppgav att större kännedom om kultur gav en djupare förståelse för kulturers olika synsätt. Några informanter tillade att för att få denna förståelse krävdes en god dialog mellan patient och sjuksköterska.

*”Jag tycker man behandlar ju ändå alla lika men, men som sagt har man lite såhär i bakhuvudet att man kanske inte har samma synsätt på saker och ting så kan man också förstå varandra bättre, tror jag.” (7)*

Informanterna tog upp att det förekom rädsla och fördomar kring kulturfrågor och påpekade att det var viktigt att vara medveten om kulturella könsskillnader. Några informanter hade svårt att uppfatta kvinnans ställning i olika kulturer.

*”... det kom ju in ibland ganska utsatta kvinnor, tyvärr /.../ det behöver ju inte vara från en annan kultur att man råkar ut för det, herregud, nej, men. Just att det kanske ses som att det är okej i vissa andra kulturer, tyvärr.” (6)*

En informant nämnde synen på reproduktiv hälsa och berättade om en patient som riskerade att bli socialt utstött i sin kultur ifall hon opererade bort sin livmoder.

*”... man kände väl nästan så att man ville inte att mannen skulle få veta hennes tillstånd då det skulle skada hennes roll i deras relation.” (8)*

Flera situationer där det uppstått kulturkrockar beskrevs av informanterna. En informant berättade att det inte ansågs socialt acceptabelt av vårdpersonalen när väldigt många anhöriga till en patient från mellanöstern kom på besök samtidigt.

*”Det är där de visar sin närvaro att de ska vara där när det är någon som är sjuk /.../ sådant kan vara lite problematiskt ibland, tycker jag, när attityden blir lite så.” (9)*

Några av informanterna berättade att interkulturell kommunikation diskuterades på arbetsplatsen men de flesta informanterna uppgav att inga interkulturella diskussioner ägde rum. De påpekade att det borde finnas en medvetenhet hos vårdpersonal att det finns skillnader inom kulturer, och då även inom den svenska kulturen.

Samtliga informanter ansåg att det ofta förekom någon form av kommunikationssvårigheter i möten med människor från andra kulturer. De kommunikationssvårigheter som uppstod krävde mer tid än vad som fanns tillgänglig. Alla informanter var även eniga om att kommunikation försvårades av språkskillnader. En informant påpekade att gemensamt språk möjliggjorde möten på en annan nivå. Språkskillnader kunde enligt informanterna hindra patienter från att ställa frågor och bekräfta att information nått fram. Ett antal informanter menade att så länge patienten talade svenska förelåg inga hinder för kommunikation.

*”... den kulturella biten var aldrig ett problem utan det var mer det språkmässiga som försvårade.” (5)*

Mer än en informant påpekade dock att det var viktigt att ta hänsyn till andra kulturella aspekter än språket i möten med människor från andra kulturer. En informant nämnde att demenssjukdom kunde försvåra kommunikation trots att patienten talade svenska. En annan informant ansåg att utbildningsnivå kunde utgöra ett större hinder än kultur när det handlade om att skapa ömsesidig förståelse.

Informanterna tyckte att patientmötet påverkades vid bristande kommunikation. Några informanter ansåg att det var svårare att kommunicera när det förelåg kulturskillnader än när det endast förelåg språkskillnader.

*”... språkskillnader är nog egentligen den lättaste barriären att ta sig över.” (8)*

Även om några informanter såg språkskillnader som den lättaste kommunikationsbarriären uttryckte ett fåtal informanter att språksvårigheter minskade förståelsen för varandra och kunde påverka hur patienten uppfattade vården.

*”Det känns ju som att patienterna blir mer motvilliga till vården kanske. Och oroliga.” (3)*

När anhöriga användes som tolk menade informanterna att informationen riskerade att bli selektiv.

*”Jättesvårt, för då måste man ju lita på att alla anhöriga verkligen översätter vad patienten säger.” (6)*

En informant berättade om en situation där användandet av telefontolk ledde till missförstånd. Patienten fick inte direkta svar på sina frågor och eftersom patient och sjuksköterska också använde sig av kroppsspråk kunde inte telefontolken avläsa hela situationen.

Nästan alla informanter tog upp att det var viktigt att vara medveten om att smärta kunde uttryckas på olika sätt bland kulturer. De fann att smärta var svårtolkat och därav komplicerades både kommunikation och smärtlindring.

*”... att de har ont är lätt att förstå men inte varför, hur och riktigt var ibland.” (3)*

En informant berättade om en situation där en kvinna från en annan kultur uttryckte mycket smärta trots att inget medicinskt fel konstaterats. Informanten menade då att patientens smärtupplevelse ifrågasattes av vårdpersonalen.

## **Resurser och utbildning**

Informanterna uppgav att det var ont om resurser inom sjukvården. En av informanterna berättade om en situation där resursbrist ledde till att tolk inte togs in till en patient som verkligen behövde det. Informanten uttryckte i samband med det frustration över resursbrister.

*”... resurserna är väldigt knappa i Region Skåne och man kan, ja, det är en väldig press att hela tiden hålla nere kostnaderna. Så att ta in en faktisk tolk som kommer till ett möte är ganska svårt...” (8)*

*”... det borde vara en självklarhet /.../ men det finns ingen tid och det finns inga resurser och i slutändan så... så ska man liksom helt enkelt bara se till att patienterna överlever och då kommer det här i skymundan.” (8)*

Resursbrist resulterade enligt flera av informanterna i att anhöriga fick gå in och tolka. Användandet av tolk ansågs vara en kostnadsfråga. En informant uttryckte att tolkar var svårtillgängliga och användes sparsamt. Flera av de andra informanterna uppgav att tolk endast användes vid specifika tillfällen. En informant uppgav att tolk alltid användes i samband med in- och utskrivning av kirurgiska patienter.

Informanterna ansåg att patienterna erhöll bättre vård om de kunde göra sig förstådda och mer än en informant påpekade att bristen på tolk gav sämre vård.

*”Jag reagerade på det i somras, att många skulle kunna få mycket bättre vård, bara de skulle kunna göra sig förstådda. Rent språkmässigt.” (9)*

Informanterna nämnde även att det förekom tidsbrist inom sjukvården.

*”När det blir kulturkrockar krävs det tid för att vi ska förstå varandra.” (8)*

De flesta av informanterna ansåg att kultur och interkulturella möten inte togs upp tillräckligt i sjuksköterskeutbildningen. Det var däremot ett flertal informanter som påpekade att utbildningen tagit upp individanpassad omvårdnad. Informanterna menade även att kultur borde lyftas i utbildningen. De betonade att sjukvården var mångkulturell och att kulturell kunskap var viktigt i mötet med människor från andra kulturer. Några av informanterna kunde inte erinra sig att kultur hade tagits upp alls under sjuksköterskeutbildningen.

*”Inget från sjuksköterskeutbildningen tycker jag, inte mycket /.../ Det hade varit bra med något.” (3)*

Informanterna tog upp att det vore värdefullt att få mer kunskap om kultur. Några ansåg att kulturella uttryckssätt borde läras ut och en informant önskade mer kunskap om just kroppsspråk. Några informanter menade att kulturell kunskap var viktigt men att det kanske vore svårt att få in ännu mer ämnen i sjuksköterskeutbildningen.

*”... jag tror att det finns mycket mer att lära sig för att få en större förståelse.” (9)*

En av informanterna ansåg sig själv ha tillräckligt med kunskap och förberedelse inför interkulturella möten eftersom hon hade sin bakgrund och erfarenhet som stöd. Informanten

påpekade dock att det fanns ett behov hos en del kollegor inom sjukvården att skaffa sig mer kunskap om kultur. Några informanter tillade att de saknade kunskap om kultur när de kom ut i arbetslivet.

*”Jag tycker att man borde ha mycket mer undervisning i skolan om olika kulturer /.../ Man blir nog ganska ställd alltså när man kommer ut i, ja, men i verkligheten och så är det någon som tycker helt annorlunda så kan man inte riktigt förstå vad problemet är.” (9)*

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

Eftersom syftet med studien var att få kunskap om nyutbildade sjuksköterskors erfarenheter av interkulturella möten ansågs kvalitativ metod mest lämplig. Valet att använda semistrukturerad intervjuetodik grundades på att sjuksköterskorna skulle kunna tala fritt om olika erfarenheter utan att författarna helt styrde samtalet. Lägre grad av strukturering möjliggör för informanten att tolka frågorna fritt utifrån sina egna erfarenheter och värderingar (Olsson & Sörensen, 2007). Intervjuguiden bedömdes vara tillämpbar eftersom den motsvarade studiens syfte.

Studien inkluderade endast tio deltagare och det är således svårt att kunna dra några generella slutsatser. Ett inklusionskriterium var att sjuksköterskan vid första kontakten gick sista terminen på sjuksköterskeutbildningen vid Lunds Universitet. Därigenom kunde studiens urvalsgrupp avgränsas och intervjuerna kunde genomföras inom rimlig tid och med tillgängliga resurser. Vid intervjutillfället hade sjuksköterskan således ett färskt minne av sjuksköterskeutbildningen. Ifall sjuksköterskor som utbildats vid ett annat universitet hade inkluderats i studien skulle det kunnat påverka resultatet eftersom olika lärosäten har olika kurser och kursplaner. Sjuksköterskorna arbetade i olika delar av Skåne när intervjuerna genomfördes vilket innebar att deras erfarenheter inte kom ifrån samma arbetsplats. Deltagarna i studien var endast kvinnor, vilket inte var ett inklusionskriterium utan en tillfällighet. Inom sjuksköterskeprofessionen är män ännu en minoritet och de representerades tyvärr inte i denna studie. Sjuksköterskorna hade spridning i ålder, tidigare

arbetslivserfarenhet och kulturell bakgrund. Detta var inget inklusionskriterium och inga generella slutsatser drogs av det, men det breddade sannolikt resultatet.

En intervjustudies pålitlighet styrks av att insamlingen av material sker under en koncentrerad tidsperiod (Graneheim & Lundman, 2004), vilket var fallet i föreliggande studie. En faktor som styrker resultatet är att det inte förekommer några bortfall (Polit & Beck, 2010). Praktisk erfarenhet hos forskaren ger bättre förmåga att genomföra intervjuer på ett bra sätt (Kvale & Brinkmann, 2009). Innan studien genomfördes borde enligt författarna därför en pilotstudie ha utförts. Vid en intervju är forskaren en aktiv deltagare och ansvarig för att få in information (Kvale & Brinkmann, 2009). Därför är det inte säkert att samma information skulle ha förvärvats ifall mer erfarna forskare genomfört studien.

Föreliggande studies trovärdighet styrks av en noggrant genomförd analys med väl bearbetat material. Trovärdigheten ökar ifall det insamlade materialet täcks in väl i kategorierna och om ingen irrelevant information inkluderas och ingen relevant information exkluderas (Graneheim & Lundman, 2004). Citaten valdes ut med noggrannhet för att belysa sjuksköterskornas synpunkter. Väl valda citat ökar en studies trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004) och ger ett intryck av hela innehållet (Kvale & Brinkmann, 2009).

## **Diskussion av framtaget resultat**

Huvudfynden i studien var att nyutbildade sjuksköterskor ansåg att kommunikationssvårigheter påverkade det interkulturella mötet och att kulturell medvetenhet var en förutsättning för god kommunikation, vilket överensstämmer med resultat från tidigare forskning (Akhavan & Karlsen, 2012; Jirwe et al., 2010; Lundberg, Bäckström & Widén, 2005; Narayanasamy, 2003).

Enligt sjuksköterskorna i studien kom kunskap och erfarenhet om andra kulturer från möten med andra människor, vilket inkluderade de möten som skedde under sjuksköterskeutbildningen. Detta styrks av en studie av Maier-Lorentz (2008). Informanterna ansåg sig inte ha tillräckligt med kunskap om bemötande av patienter från andra kulturer när de kom ut i arbetslivet. De påpekade att kultur inte hade tagits upp tillräckligt under

sjuksköterskeutbildningen. Det är inte bara de nyutbildade sjuksköterskorna i föreliggande studie som har önskat mer kunskap om kultur. Även sjuksköterskor med längre erfarenhet önskar ytterligare utbildning för att kunna möta upp patienters kulturella behov (Cang-Wong et al., 2009; Narayanasamy, 2003). Det framgår av en svensk studie av Lundberg et al. (2005) att transkulturell omvårdnad bör inkluderas i sjuksköterskeutbildningens kursplan. Några sjuksköterskor i föreliggande studie påpekade att de önskade mer kunskap om kultur men att de trodde det skulle vara svårt att få in fler ämnen i sjuksköterskeutbildningen. Ett sätt att öka den kulturella medvetenheten och få in reflektioner kring kultur i sjuksköterskeutbildningen vore enligt författarna att integrera skönlitteratur i kursplanen, vilket även bekräftas av Curtis & Jensen (2010) och Halloran (2009). Även Socialstyrelsen har tydliggjort att i sjuksköterskans profession behövs mångkulturellt kunnande och kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska kan användas som underlag när kursplaner utformas (Socialstyrelsen, 2005).

Vid interkulturella möten fann nästan alla intervjuade sjuksköterskor stöd av kollegor, rutiner och erfarenheter av möten med patienter och anhöriga. Sjuksköterskorna berättade att de lärde sig av varandras erfarenheter och bakgrunder vilket samstämmer med studien av Cang-Wong et al. (2009). Enligt de flesta informanter diskuterades inte interkulturella möten på arbetsplatsen. Eftersom sjuksköterskorna uppgav att de lärde sig av varandras erfarenheter skulle arbetsplatsdiskussioner enligt författarna kunna vara ett bra forum för att utbyta kulturell kunskap mellan nyutbildade och erfarna sjuksköterskor. Denna slutsats framkom även i en studie som redovisade att reflektion kring positiva och negativa erfarenheter mellan kollegor kan leda till säkrare och mer kompetent kulturell omvårdnad (De & Richardson, 2008). Det har även uttryckts att för att uppnå ökad kulturell kompetens krävs en systematisk förändring (Akhavan & Karlsen, 2012). Det kan innebära att utveckling inte enbart ligger på individnivå utan kräver förändring ifrån beslutsfattare.

Resursbrister inom sjukvården kan enligt sjuksköterskorna i studien leda till bristande kommunikation. De ansåg att det krävdes mer tid än vad som fanns tillgängligt för att upprätthålla god kommunikation med människor från andra kulturer. Det har rapporterats att ibland krävs det att mer tid avsätts vid möten med patienter och anhöriga från andra kulturer (Lundberg et al., 2005). Det framkom av intervjuerna att resursbrister även resulterade i att tolk inte alltid kunde anlitas utan anhöriga och kollegor fick tolka. I Patientsäkerhetslagen

(SFS, 2010:659) § 3 beskrivs att en arbetsuppgift endast får delegeras till en annan person ifall det är förenligt med kravet på god och säker vård. Det kan ifrågasättas om kraven på god och säker vård upprätthålls när anhöriga går in och tolkar. Sjuksköterskorna beskrev även situationer där anhöriga tolkat och de upplevde då att informationen ibland blev selektiv. Detta bekräftades även i studien av Jirwe et al. (2010) där sjuksköterskestudenter uppgav att de upplevt liknande problematik när anhöriga vid resursbrist gått in och tolkat. När det förekom språkskillnader och ingen tolk användes upplevde sjuksköterskorna i föreliggande studie att det var svårt för patienten att ställa frågor samt bekräfta information. En kompetent sjuksköterska ska kunna förvissa sig om att en patient förstår given information samt uppmärksamma specifika informationsbehov (Socialstyrelsen, 2005). Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) nämner vidare i § 1 att vård i största möjliga mån ska ske i samråd med patienten samt i § 6 att den person som ansvarar för en patient är skyldig att ge individanpassad information. Det sker kulturella möten dagligen i sjukvården och det är förståeligt att tolk inte kan anlitas vid alla möten, vilket också framförts av Jirwe et al. (2010). Ifall anhöriga regelbundet används istället för att anlita tolk uppmärksammas dock inte att bristen på tolk är ett befintligt problem (Gerrish, 2001). Slutsatsen kan dras att ekonomiska restriktioner inte får hindra patientsäkerheten.

Sjuksköterskorna i intervjustudien kunde känna sig otillräckliga i mötet med patienter från andra kulturer när de inte delade samma språk, vilket stämmer överens med resultaten från andra studier (Jirwe et al., 2010; Cang-Wong et al., 2009). De berättade även hur de trodde patienter från andra kulturer uppfattade sjukvården och menade att en del patienter förmodligen kände sig otrygga och till besvär.

Föreliggande studie indikerar att både sjuksköterskornas och patienternas känsla av sammanhang, vilket Antonovsky (2005) benämner som KASAM, kan påverkas i negativ bemärkelse vid kommunikationssvårigheter. När patienten inte begriper en situation blir det svårt att finna ett sammanhang vilket kan påverka hälsan negativt. Sjuksköterskans KASAM kan sänkas av att inte kunna hantera interkulturella möten där kommunikationssvårigheter råder. Sjuksköterskor ska inte behöva känna sig otillräckliga på sin arbetsplats och likaså ska patienterna inte behöva känna sig otrygga, framförallt inte när det finns hjälpmedel såsom tolk att ta in. Detta synsätt bekräftas av Akhavan och Karlsen (2012) som beskrivit att patientens vård samt hur patienten upplever vården blir kvalitativt sämre vid bristande interkulturell



kommunikation. Ifall patienternas förtroende för vårdgivarna ökade skulle detta resultera i bättre vård (ibid.).

De intervjuade sjuksköterskorna var medvetna om att det förekom aspekter såsom utbildning och kulturella värderingar som det borde tas hänsyn till vid transkulturell omvårdnad. De kulturella aspekter som sjuksköterskorna nämnde stämmer till stor del överens med de faktorer som Leininger (2002) beskriver i Soluppgångsmodellen. Sjuksköterskorna i studien lyfte fram att information bör individanpassas, vilket innebär att information inte bara ska anpassas efter kultur utan även efter kunskapsnivå och kommunikationsförmåga. Enligt Gebru och Willman (2010) kan sjuksköterskestudenter vara generaliserande när det kommer till kultur och förbise individperspektivet. Sjuksköterskorna i föreliggande studie ansåg dock att sjuksköterskeutbildningen hade belyst att de borde individanpassa information. De ansåg vidare att alla människor har lika värde och rätt att bli behandlade lika. Ett individperspektiv som tar hänsyn till kulturella olikheter bör inte utesluta att alla erhåller samma vårdkvalitet.

Ifall för mycket fokus lades på kultur framhöll sjuksköterskorna att patienten riskerade att inte känna sig sedd som en individ. Det visade sig att det fanns en oro hos en del sjuksköterskor att uppfattas som rasistisk eller fördomsfull i möten med patienter från andra kulturer. I studien av Jirwe et al. (2010) uttrycktes liknande tankar om att betraktas som kulturellt okänslig, diskriminerande och rasistisk. Ankomstsamtalet var enligt några av sjuksköterskorna i föreliggande studie ett lämpligt tillfälle att ställa öppna frågor. Om kultur togs upp i ankomstsamtalet samt vid andra tillfällen, såsom exempelvis vid rapportering, anser författarna att en kulturell medvetenhet lättare skulle kunna integreras på arbetsplatsen. Sjuksköterskan behöver då inte känna sig obekvämt över att själv behöva konstruera metoder för att inkludera kultur i sitt arbetssätt. Detta förutsätter givetvis att både patient och sjuksköterska är öppna för god interkulturell kommunikation.

När sjuksköterskorna tog upp hur genusperspektivet relaterar till kultur framkom det att de stundtals hade svårt att uppfatta kvinnans roll i olika kulturer. Även i studien av Lundberg et al. (2005) fann sjuksköterskestudenterna det ibland svårt att vårda patienter från andra kulturer på grund av att genusperspektivet skiljde sig. Det torde därför vara värdefullt att inkludera sambandet mellan genus och kultur i utbildningen.

Enligt sjuksköterskorna i studien var olika kulturers smärtuttryck ibland svårtolkade, vilket även bekräftats i studien av Lundberg et al. (2005). Eftersom det kunde vara stor skillnad i hur smärta uttrycktes menade en sjuksköterska att patientens smärtupplevelse riskerade att ifrågasättas. Sjuksköterskorna fann kroppsspråk användbart vid interkulturell kommunikation. Användandet av smärtskattningsskalor eller icke-verbala uttryckssätt som kroppsspråk kan hjälpa sjuksköterskan identifiera patientens behov av omvårdnad när det föreligger kulturella olikheter (Cang-Wong et al., 2009) och när det inte förekommer något gemensamt språk (Jirwe et al., 2010). Sjuksköterskorna i studien påpekade dock att det var viktigt att vara medveten om att kroppsspråket inte alltid gav uttryck för samma sak mellan olika kulturer, vilket kan det leda till missförstånd enligt Lundberg et al. (2005).

Det framkom att informanterna ansåg att kulturell medvetenhet med förståelse, respekt och öppenhet var en förutsättning för god kommunikation. Det kan tilläggas att utöver detta är det viktigt att inte överföra sina egna värderingar på patienten. Oavsett om en person befinner sig i rollen som forskare, informant eller sjuksköterska krävs en medvetenhet om sina egna fördomar och värderingar i möten med andra kulturer. Detta tankesätt styrks av studier som påvisat att en kulturellt kompetent sjuksköterska måste ha förståelse för kulturella olikheter, känna igen sina egna värderingar samt inneha en medvetenhet om att dessa värderingar kan påverka det interkulturella mötet (Halloran, 2009; Lundberg et al., 2005).

## **Slutsats och kliniska implikationer**

De nyutbildade sjuksköterskorna ansåg att kommunikationssvårigheter och brist på kulturell medvetenhet påverkade den interkulturella kommunikationen. Ett flertal ansåg att de inte hade fått tillräcklig kunskap och förberedelse under sjuksköterskeutbildningen eller på sin arbetsplats för att kunna möta den mångkulturella vården på ett tillfredsställande sätt. Studier från ett flertal olika länder påvisar liknande resultat (Cang-Wong et al., 2009; Jirwe et al., 2010; Narayanasamy, 2003), vilket tyder på att sjukvården både i Sverige och i andra länder är i behov av mer kunskap och riktlinjer för bemötande av människor från andra kulturer. Den interkulturella vårdproblematiken bör uppmärksammas eftersom samhället blir allt mer mångkulturellt. Det framkom att otillräcklig interkulturell kommunikation ledde till bristande patientsäkerhet och minskad vårdkvalitet. Sjuksköterskan hade vid ankomstsamtalet tillfälle

att ställa öppna frågor vilket innebär att kulturella aspekter kan uppmärksammas och kultur lättare integreras på arbetsplatsen. Sjuksköterskeutbildningen ger kunskaper i omvårdnad och arbetsplatser inom sjukvården ansvarar för att dessa kunskaper kan tillämpas. Av denna studie kan slutsatsen dras att kultur mer aktivt måste inkluderas både i sjuksköterskeutbildningen och i den kliniska verksamheten. Studien kan förhoppningsvis bidra till en ökad diskussion kring kulturell medvetenhet.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Intervjuerna genomfördes av båda författarna och samtliga delar av uppsatsen skrevs gemensamt. Analys av materialet gjordes så som beskrivits delvis var för sig, men själva sammanställningen av analysen genomfördes gemensamt. Författarnas arbetsfördelning har varit lika.

## Referenser

- Akhavan, S., & Karlsen, S. (2012). Practitioner and client explanations for disparities in Health Care use between migrant and non-migrant groups in Sweden: A qualitative study. /Electronic version/. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1557-1912. doi: 10.1007/s10903-012-9581-y
- Allén, S., & Malmgren, S. (Red.). (2003). *Norstedts Svenska ordbok: En ordbok för alla* (1 uppl.). Stockholm: Norstedt.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2 uppl.). Stockholm: Natur och kultur.
- Campinha-Bacote, J., & Muñoz, C. (2001). A guide framework for delivering culturally competent services in case management. *The Case Manager*, 12, 48-52.
- Cang-Wong, C., Murphy, S.O., & Adelman, T. (2009). Nursing responses to transcultural encounters: What nurses draw on when faced with a patient from another culture. *The Permanente Journal*, 13, (3), 31-37.
- Clegg, A. (2003). Older South Asian patient and carer perceptions of culturally sensitive care in a community hospital setting. *Journal of Clinical Nursing*, 12, (2), 283-290.
- Curtis, M.P., & Jensen, A. (2010). A descriptive study of learning through confluent education: An opportunity to enhance nursing students' caring, empathy, and presence with clients from different cultures. *International Journal for Human Caring*, 14, (3), 49-53.
- De, D., & Richardson, J. (2008). Cultural safety: An introduction. *Paediatric Nursing*, 20, (2), 39-43.
- Europarådet. (2008). *White Paper on intercultural dialogue – Living together as equals in Dignity*. Strasbourg: Council of Europe.
- Gebru, K., & Willman, A. (2010). Education to promote culturally competent nursing care – A content analysis of student responses. *Nurse Education Today*, 30, 54-60.
- Gerrish, K. (2001). The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. *Journal of Advanced Nursing*, 33, (5), 566-574.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Halloran, L. (2009). Teaching transcultural nursing through literature. *Journal of Nursing Education*, 48, (9), 523-528.
- Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle* (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

- Jirwe, M., Gerrish K., & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 436-444.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing. Concepts, theories, research and practices* (2 uppl.). New York: Greyden Press.
- Leininger, M. (2002). Culture, care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, 189-192.
- Lundberg, P.C., Bäckström, J., & Widén, S. (2005). Caregiving to patients who are culturally diverse by Swedish last-year nursing students. *Journal of Transcultural Nursing*, 16, (3), 255-262.
- Maier-Lorentz, M.M. (2008). Transcultural nursing: Its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*, 15, (1), 37-43.
- Muñoz, C.C., & Luckman, J. (2005). *Transcultural communication in nursing* (2 uppl.). New York: Thomson/Delmar Learning.
- Narayanasamy, A. (2003). Transcultural nursing: How do nurses respond to cultural needs? *British Journal of Nursing*, 12, (3), 185-194.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa Perspektiv* (2 uppl.). Stockholm: Liber.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (7 uppl.). Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Region Skåne Koncernkontoret. (2011). *Hur har det gått i Skåne? 2011 års uppföljning av regionalt utvecklingsarbete*. Hässleholm: AM-tryck & reklam.
- Saint Arnault, D. (2009). Cultural determinants of help seeking: A model for research and practice. *Research and theory for nursing practice: An International Journal*, 23, (4), 259-278.
- Samarasinghe, K. (2010). En hälsosam anpassning – Om ofrivilligt invandrande familjers hälsa under omställningen till Sverige och om hälsostödjande familjesamtal. I C. Björngren Cuadra (Red.), *Omvårdnad i mångkulturella rum – frågor om kultur, etik och reflektion* (s.49-80). Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2003:460. *Lag om Etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2012-12-18 från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
- Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Understanding transcultural nursing. (2005). *Nursing*, 35, 14-23.
- Wiking, E., Johansson, S.-E., & Sundquist, J. (2004). Ethnicity, acculturation, and self reported health. A population Based Study Among Immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 574-82.
- World Medical Association. (1964). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 18 december, 2012 från [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])

### Intervjuguide

- Berätta om ålder, egen kulturell bakgrund, tidigare arbetslivserfarenhet?
- Vad innebär kultur för dig?
- Vad tycker du ligger till grund när du identifierar vilken kultur en person tillhör?
- Kommer du ihåg första gången du mötte en patient från en annan kultur?
- Har du mött många människor från olika kulturer inom vården?
- Hur upplever du att det är att möta personer från andra kulturer?
- Tycker du att personen har haft lätt/svårt att förstå vad du menar?
- Tycker du att du har haft lätt/svårt att förstå vad den andra personen menar?
- Vad har stöttat dig som sjuksköterska?
- Var har du inhämtat din kunskap om kultur?
- Upplever du att du har tillräcklig kunskap och förberedelse?
- Upplever du att du måste ge information på ett annat sätt när personen kommer från en annan kultur?
- Frågor, har du något att tillägga?

Frågorna följs upp med öppna följdfrågor.



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

## Bilaga 2(1)

INFORMATIONSBREV

2012-02-29

### Nyutbildade sjuksköterskors erfarenheter av interkulturella möten i sjukvården

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Syftet med studien är att belysa nyutbildade sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter från olika kulturer. En av de stora utmaningarna i sjuksköterskeutbildningar är att utbilda kulturellt medvetna sjuksköterskor (Halloran, 2009). Nyutbildade sjuksköterskor riskerar att uppleva att de saknar den kulturella kompetens som de behöver när de påbörjar sitt yrkesliv som sjuksköterskor (Jirwe, Gerrish & Emami, 2009).

Intervjun beräknas ta cirka 30 minuter och genomförs av Cecilia Engberg de Carvalho och Anna Sandberg, Termin 5 sjuksköterskestudenter vid Lunds Universitet. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet i ett år och förstörs därefter.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna talongen och skickar tillbaka den i bifogade svarskuvert inom 2 veckor.

Studien ingår som ett examensarbete i sjuksköterskeprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Cecilia Engberg de Carvalho

Sjuksköterskestudent

Tfn 000-000 00

Anna Sandberg

Sjuksköterskestudent

Tfn 000 -000 00

Ann-Cathrin Jönsson

Handledare



## Bilaga 2 (2)

### Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”Nytbildade sjuksköterskors erfarenheter av interkulturella möten i sjukvården”.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

*Underskrift av informant*

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

*Underskrift av studenter*

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer