



LUNDS  
UNIVERSITET

# MEDICINSKA FAKULTETEN

## Sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med krigserfarenhet

Författare: Silke Kassebaum och Skai Gard

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Våren 2023

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal  
och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med krigserfarenhet

## Nurses' experience in caring for patients with war experience

Författare: Silke Kassebaum och Skai Gard

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Våren 2023

### Abstrakt

**Bakgrund:** Humanitära katastrofer som krig och väpnade konflikter orsakar ofrivillig migration. Patienter med krigserfarenhet är utsatta och sårbara, vilket påverkar deras hälso- och sjukvårdsbehov. Sjuksköterskors personcentrerade arbetssätt är särskilt utmanande vid vårdandet av denna patientgrupp.

**Syfte:** Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med krigserfarenhet.

**Metod:** En icke-systematisk litteraturstudie utfördes, vilket resulterade i nio kvalitativa studier som granskades och analyserades.

**Resultat:** Tre kategorier framkom i resultatet: Att möta en komplex patientgrupp, Att se sin yrkesuppfattning utökad och Att påverkas långvariga effekter.

**Slutsats:** Att vårda patienter med krigserfarenhet medför migrations- och krigsrelaterade utmaningar som påverkar sjuksköterskor professionellt och personligt. Sjuksköterskor behöver därför bland annat interkulturell kompetens och professionella stödstrukturer.

### Nyckelord

Interkulturell kompetens, krig, kultur, migration, sjuksköterskor, upplevelse

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
<b>Introduktion</b> .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	2
Perspektiv och utgångspunkter .....	2
Teoretiskt perspektiv .....	4
Utmaningar för patienter med krigserfarenhet .....	5
Sjuksköterskors utmaningar .....	7
Syfte .....	8
<b>Metod</b> .....	8
Urval och datainsamling .....	9
Dataanalys .....	11
Forskningsetiska avvägningar .....	12
<b>Resultat</b> .....	13
Att möta en komplex patientgrupp .....	14
Att se sin yrkesuppfattning utökad .....	18
Att påverkas av långvariga effekter .....	20
<b>Diskussion</b> .....	22
Diskussion av vald metod .....	22
Diskussion av framtaget resultat .....	24
Slutsats och kliniska implikationer .....	28
Författarnas arbetsfördelning .....	29
Referenser .....	30
Bilaga 1 (1) .....	36

# Introduktion

## Problemområde

Sjuksköterskan tillhör en professionell yrkesgrupp som potentiellt möter patienter med krigserfarenheter i sitt dagliga arbete. Krigserfarenheter är en del av människors livshistoria och ökar risken för ohälsa (Al-Natour et al., 2022; Reece & Rubin, 2021). Krigserfarenheter är också förknippade med ofrivillig migration och integration under utmanande omständigheter (Riggs et al., 2012; Samarasinghe et al., 2010). Även efter vidarebosättning i ett annat land så befinner sig personer med krigserfarenheter i en särskilt utsatt livssituation på grund av mindre socioekonomiska resurser och sämre tillgång till hälso- och sjukvård (Riggs et al., 2012). Enligt Gottvall et al. (2020) har personer med krigserfarenheter jämförelsevis en sämre psykisk och fysisk hälsa samt livskvalitet än den genomsnittliga befolkningen. Enligt Shaffer et al. (2019) har sjuksköterskan ansvar för att alla människors lika rätt och värde tillgodoses i vården och är särskilt avgörande för hälsa och välbefinnande för patienter med krigserfarenhet. Detta innebär att sjuksköterskan bör ta hänsyn till patientens kulturella bakgrund i omvårdnadsrelationen (Svensk sjuksköterskeföreningen, 2016). För att kunna ge patienter med krigserfarenhet en adekvat personcentrerad omvårdnad ställs följaktligen större krav på sjuksköterskan (Gottvall et al., 2020). Samtidigt saknas kunskaps- och kompetensförmedling om vårdandet av patienter med krigserfarenheter i sjuksköterskans utbildning (Karakuş Selçuk & Yanikkerem, 2022; Samarasinghe et al., 2010; Suurmond et al., 2010; Tosun & Sinan, 2020). Därför kan sjuksköterskan uppleva det som problematiskt att säkerställa en god omvårdnad till patienter med krigserfarenhet.

## Bakgrund

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Omvårdnad, som kunskaps- och forskningsområde, grundas i humanvetenskap och definieras som helhets-, hälso- samt personorienterad vetenskap (Björkman et al., 2019). I traditionen av ett hermeneutisk paradigm, där tolkningen av verkligheten är central, följer kunskapsutvecklingen inom omvårdnad en holistisk synvinkel där exempelvis människors upplevelser är av intresse (H. Eriksson, 2019; Polit & Beck, 2018). Kunskapsutvecklingen

leder till en förståelse för människors omvårdnadsbehov och hur dessa kan bemötas på bästa möjliga sätt (Björkman et al., 2019). Detta synsätt på kunskap, respektive kunskapsutveckling, återspeglas även i en humanistisk människosyn som fokuserar på mellanmännsliga relationer där personer betraktas som subjekt i sitt sammanhang och sin livssituation (H. Eriksson, 2019; Polit & Beck, 2018). Enligt Samarasinghe et al. (2010) och Al-Natour et al. (2022) är ett holistiskt tillvägagångssätt och transkulturella kunskaper avgörande för att främja hälsa och ge en god personcentrerad omvårdnad.

Personcentrerad vård utgör en av sjuksköterskans kärnkompetenser, med stor betydelse för omvårdnadens genomförande och utveckling (Forsberg, 2016; Reece & Rubin, 2021). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) är sjuksköterskans kärnkompetenser relevanta för att säkerställa yrkeskunnande och kompetens för att möta patientens behov. Grundläggande för personcentrerad vård är vårdrelationen, där berättelsen och partnerskap är nycklarna till en ömsesidig förståelse, vilket är fundamentet för patientens delaktighet och medbestämmande i vården (Forsberg, 2016; Radl-Karimi et al., 2022). Vidare präglas vårdrelationen av ett gemensamt förtroende, samt att patientens närstående inkluderas (McCormack & McCance, 2010; Reece & Rubin, 2021). Dessutom bidrar ett personcentrerat arbetssätt till att sjuksköterskan kan uppnå professionsetiska krav för sitt yrke (Forsberg, 2016). Enligt Öhlén och Friberg (2019) inkluderar dessa professionsetiska krav sjuksköterskans omvårdnadsansvar för värnandet av patientens sårbarhet, värdighet, integritet och självbestämmande. Utöver att inte skada patienten, förhindra vårdlidande och stärka patientens autonomi, konstaterar Forsberg (2016) att personcentrerad vård är betydelsefull även för sjuksköterskans välbefinnande. Följaktligen är ett personcentrerat förhållningssätt fördelaktigt för både patient och sjuksköterska, även om det kan vara svårt, komplicerat och förknippat med utmaningar (Forsberg, 2016; McCormack & McCane, 2010; Reece & Rubin, 2021; Öhlén & Friberg, 2019).

En av dessa utmaningar, som kan påverka personcentrerad vård, kan relateras till globalisering och kulturell mångfald (A. Eriksson, 2019; Hanssen, 2005; Shaffer et al. (2019). Globalisering tyder på pågående internationella förändringsprocesser som leder till en mer rörlig och sammanlänkad värld, där alla nationella befolkningsstrukturer blir mer mångkulturella och vissa kan övergå till mångkulturella samhällen (Choi & Kim, 2018; A. Eriksson, 2019). Kulturell mångfald kan betraktas på olika sätt beroende på om likheter eller olikheter mellan kulturer står i fokus. Ett mångkulturellt samhälle kan innebära en social gemenskap där människor med olika etniska och kulturella bakgrunder möts (Jirwe, 2019).

Samtidigt anses kultur som en process, vilken uppstår i mötet mellan olika grupper (Hanssen, 2005). Dessa möten kan vara utmanande, exempelvis när missförstånd och feltolkningar uppstår över kulturgränserna. Här behövs interkulturell kompetens av sjuksköterskan för att upprätthålla ett fungerande partnerskap till patienten och kunna hitta lösningar till situationer där olika uppfattningar och förväntningar kolliderar (Hanssen, 2005; Shaffer et al., 2019). Specialutbildningar inom omvårdnad bedöms kunna främja sjuksköterskors interkulturella kompetensutveckling (Choi & Kim, 2018; Karakuş Selçuk & Yanikkerem, 2022).

### *Teoretiskt perspektiv*

Leiningers (1995; 2002) transkulturella omvårdnadsteori (Cultural Care Diversity Theory) utgör den teoretiska grunden för denna litteraturstudie eftersom den baseras på en humanistisk människosyn, är omsorgsinriktad och förhåller sig tydligt till omvårdnadens metaparadigm, vilket omfattar de fyra abstrakta konsensusbegreppen människa, miljö, hälsa och omvårdnad (Hall, 2012). Teorin utgår från ett tydligt holistiskt perspektiv, med fokus på interaktioner, relationer samt en förståelse för sociala, transkulturella sammanhang, vilket gör teorin förenlig med personcentrerad vård (Björkman et al., 2019 ; Forsberg, 2016; Samarasinghe et al., 2010).

För Leininger (2002) är alla personer alltid kulturbärare, i varje situation. Kultur definieras som ”de gemensamma, inlärd, överförda värderingar, övertygelse, normer och levnadssätt inom en viss grupp, som styr människornas mönster för tänkande, beslut och handlingar” (Leininger, 1995, s. 78). Kultur bör betraktas som en del av en persons komplexa identitet, och att den spelar en roll i interaktioner mellan patienter och sjukvårdspersonal, såväl som mellan människor och institutioner (Broom et al., 2019; Suurmond et al., 2010). Enligt Leininger (2002) är det av central betydelse att bevara patientens värdighet och självbestämmande samt att möjliggöra för patienten att utvecklas, nå självförverkligande och växa som person. Därför utgår teorin från en helhetssyn på människor som medlemmar av olika kulturer eller grupper och fokuserar på att öka insikt, synliggöra och jämföra olika värderingar, övertygelser, livsvägar och uppfattningar relaterade till sjukdom, syn på vård och behandling (Jirwe, 2019; Suurmond et al., 2010). Dessutom anses personen som en social varelse i en kulturell kontext, där det finns både skillnader och likheter mellan olika kulturella bakgrunder (Hanssen, 2005). Genom sin teori ville Leininger (2002) identifiera och förklara hur kulturellt baserade skillnader och likheter påverkar människors hälsa. Leininger var övertygad om att sjuksköterskan behöver ha kunskap om patientens kulturella bakgrund för

att kunna bedriva en god omvårdnad (Jirwe, 2019). När sjuksköterskan inte har interkulturell kompetens finns risken att patienten uppvisar mindre samarbetsvilja, misstro, missnöje, blir konfliktskapande och uppvisar en allmän bitterhet. För att arbeta utifrån transkulturell omvårdnad krävs det att sjuksköterskan ökar sin förståelse för andra kulturer och implementerar detta i sitt vårdande av patienter och deras anhöriga (Leininger, 2002; Suurmond et al., 2010).

I det praktiska arbetet är det därför grundläggande att sjuksköterskan skapar en kulturspecifik bild av patienten (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Enligt Leininger (2002) och Samarasinghe et al. (2010) förstärks behovet av interkulturell kompetens när det gäller vårdande av särskilt utsatta personer. I denna kontext avses patienter med krigserfarenheter, vilka drabbas av ofrivillig migration på grund av våld, död och kulturella konflikter. Dessa personer kan genomgå en kulturchock efter vidarebosättning och har stundtals lågt självförtroende, samtidigt som kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten är mindre funktionell. Interkulturell kompetens möjliggör att sjuksköterskan mer effektivt kan vårda och förstå de som utsatts för krig, tortyr, flykt och trauma (Leininger, 2002; Samarasinghe et al., 2010). Enligt Suurmond et al. (2010) finns förutom en allmän förmåga att hantera transkulturella sammanhang speciella interkulturella kompetensområden som spelar roll i vårdandet av patienter med krigserfarenheter, exempelvis förmåga att hantera patienter med traumatiska upplevelser.

### *Utmaningar för patienter med krigserfarenhet*

Krig och väpnade konflikter kan förstöra samhällets struktur, exempelvis försörjning av vatten, mat och sanitet, samt leda till dödsoffer, skador, flykt, utvisning, förlust och nöd. Krissituationer anses därför som humanistiska katastrofer (A. Eriksson, 2019). Upplevelse av krig, konflikt och flykt är en del av människors livshistoria och kan påverka hälsan negativt vilket gör att denna grupp av människor utgör en särskilt utsatt befolkningsgrupp med ökad risk för ohälsa (Reece & Rubin, 2021). Ohälsa kan förekomma både i krigssituationen i sig och i efterförlopp efter ofrivillig migration och vidarebosättning i ett annat land. Ofrivillig migration är relaterad till integration under extrema omständigheter som minskar förmåga att anpassa sig till en ny kulturell miljö (Riggs et al., 2012; Samarasinghe et al., 2010). Enligt Arwidson och Eriksson (2019) finns risken att personer med krigserfarenheter hamnar i ett utanförskap i samhället som leder till utsatthet. Utsatthet definieras utifrån en social kontext och kan bland annat innebära mindre socioekonomiska resurser, vilka i sin tur kan påverka

tillgång till hälso- och sjukvård (Arwidson & Eriksson, 2019; Reece & Rubin, 2021). Enligt Arwidson & Eriksson (2019), Hamed et al. (2020) och Shaffer et al. (2019) är det sjuksköterskans ansvar att motverka diskriminering och ta hand om utsatta grupper såsom patienter med krigserfarenhet.

År 2022, fram till och med december månad, har mer än 103 miljoner människor världen över flytt från krig, konflikter och förföljelser (The UN Refugee Agency [UNHCR], 2022). Personer som är tvungna att lämna sitt hemland på grund av krig, väpnade konflikter eller förföljelse definieras som flyktingar i flyktingkonventionen och har rätt till asyl i andra länder (Migrationsverket, 2022; Sverige för UNHCR FN: flyktingorgan, 2022). Under första halvan av 2022 tog så kallade höginkomstländer emot ungefär en fjärdedel (26 procent) av flyktingar (UNHCR, 2022). Enligt A. Eriksson (2019) är indelningen i höginkomst-, medelinkomst- och låginkomstländer nuförtiden mer relevant än att skilja mellan utvecklings- och industriländer, eftersom det finns en tydlig korrelation mellan välstånd och hälsa (Ettman et al., 2020). Höginkomstländer har en årlig bruttonationalinkomst (BNI) på 13205 amerikanska dollar (USD) eller mer per capita (World Bank, 2023). Den ökande migrationen av personer med krigserfarenhet skapar nya utmaningar för hälso- och sjukvården i länder som inte är i krig och inte har några väpnade konflikter på sitt nationella territorium. Detta kan medföra svårigheter för patienter med krigserfarenhet att få adekvat omvårdnad efter vidarebosättning i ett höginkomstland (Arwidson & Eriksson, 2019; Degni et al., 2012; Karakuş Selçuk & Yanikkerem, 2022).

Personer med krigserfarenhet tillhör en utsatt grupp på grund av traumatiska upplevelser (Reece & Rubin, 2021; Miller et al., 2018; Sevinç et al., 2016). Enligt Mesa-Vieira et al. (2022) så har personer med krigserfarenheter en förhöjd risk att utveckla psykisk ohälsa som depression, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) eller generaliserat ångestsyndrom (GAD). Tinghög et al. (2016) rapporterar att det finns en hög förekomst av psykisk ohälsa bland asylsökande, vilket kan anses vara ett hinder för integrationen. Vidare visar Gottvall et al. (2020) att även hälsotillstånd i allmänheten och livskvaliteten påverkas negativt långt efter vidarebosättning. Därmed finns ett tydligt behov av åtgärder som minskar ohälsa och främjar hälsa hos personer med krigserfarenheter (Gottvall et al., 2020), exempelvis utbildningsinsatser för sjuksköterskor för att underlätta identifikation av hälsoproblem (A. Eriksson, 2019; Tinghög et al., 2016; Karakuş Selçuk & Yanikkerem, 2022; Samarasinghe et al., 2010; Tosun & Sinan, 2020). Kompetenscentret för tortyr- och krigsskaderehabilitering understryker vikten för sjuksköterskor att ha tillgång till specialkunskaper om patienter med



krigserfarenhet (Röda Korsets Högskolan, 2022; Choi och Kim, 2018; Suurmond et al., 2010).

### *Sjuksköterskors utmaningar*

Enligt Björkman et al. (2019) är den väsentligaste utmaningen för sjuksköterskan att förhålla sig till oförutsägbara globala förändringar som berör samspelet mellan människors hälsa och miljö. Krig och vårdandet av patienter med krigserfarenhet är globala utmaningar (Shaffer et al., 2019). Sjuksköterskor kan själva vara inblandade i krig på olika sätt. Både militära och civila sjuksköterskor som är i konfliktområden utmanas av en annan arbetsmiljö som i hög grad påverkas av krig och dess konsekvenser. De kan vara tvungna att utföra uppgifter under extrema förhållanden, exempelvis behandla svåra skador utan hygienrutiner utanför sjukhusmiljön (Lal & Spence, 2016; Rahimaghaee, 2016). Även civila sjuksköterskor som inte är inblandade i krig utgör en professionell yrkesgrupp som kan möta patienter med krigserfarenhet i sitt dagliga arbete i alla områden i hälso- och sjukvården (Björkman et al., 2019). Ett professionellt förhållningssätt kräver av sjuksköterskan att etablera personcentrerade vårdrelationer då de är nödvändiga för samspelet och kommunikationen med patienter (Forsberg, 2016; Reece & Rubin, 2021; Riggs et al., 2012). För att kunna bedriva en adekvat personcentrerad omvårdnad av patienter med krigserfarenheter behöver den civila sjuksköterskan kunskaper om globala hälsoförhållanden och interkulturell kompetens (Karakuş Selçuk & Yanikkerem, 2022; Samarasinghe et al., 2010; Shaffer et al., 2019; Suurmond et al., 2010; Tosun & Sinan, 2020). Exempelvis påpekar Hermansson et al. (2003) att i vårdandet av patienter med krigserfarenheter fokuseras ofta på fysiologiska problem medan de psykiska problemen blir sekundära eller försummade.

För sjuksköterskan, som akademisk yrkesutövare, är evidensbaserade och erfarenhetsbaserade kunskaper av stor vikt. Evidensbaserad vård är en av sjuksköterskans kärnkompetenser och grundas på bästa tillgängliga vetenskapliga underlag (Forsberg, 2016). Erfarenhetsbaserad kunskap skaffas genom deltagande och agerande i möten med patienter, anhöriga och personal i olika vårdsituationer. Det betyder att erfarenhetsbaserad kunskap är individuell men den kan förmedlas och vidareutvecklas genom ett öppet reflekterande i dialog med andra (Östlinder et al., 2006). Enligt Bastos et al. (2018) finns det en risk att vårdpersonal uppträder diskriminerande. Därför är en viktig del av öppen reflektion att avslöja känslor som uppstår i vårdandet av personer med olika kulturella bakgrunder (Kollak & Küpper, 1997; Samarasinghe et al., 2010). Erfarenhetsbaserad kunskap måste också värderas och bedömas i

sin respektive kontext för att kunna utvecklas och användas på ett lämpligt sätt samt för att kunna bidra till sjuksköterskans professionella yrkesutövning (Östlinder et al., 2006). Segesten (2011) betonar att till ett professionellt arbetssätt hör inte bara att sjuksköterskan ska införskaffa sig en viss kunskapsmängd, utan det krävs också att utvecklas som person. Därför rekommenderar Kollak och Küpper (1997) att sjuksköterskans förmåga till självreflektion utvecklas, vilket bidrar till interkulturell kompetensutveckling. Purabdollah et al. (2021) konstaterar att det finns ett sammanhang mellan interkulturell kompetens och stress hos sjuksköterskan, där en låg nivå av interkulturell kompetens till och med kan leda till utbrändhet. Bristande interkulturell kompetens kan vara ett hinder för ömsesidig förståelse, lyhördhet och utförandet av personcentrerad vård, vilket kan vara utmanande för sjuksköterskan. Vidare pekar A. Eriksson (2019) och Shaffer et al. (2019) på sjuksköterskans ansvar för folkhälsoarbetet som är förknippat med värderingsförmåga och etiskt ställningstagande som betonar jämlikhet och människors lika värde. Här kan det även uppstå ett moraliskt dilemma för sjuksköterskan, exempelvis när nationella regelverk begränsar tillgången till hälso- och sjukvård för patienter med krigserfarenhet (Arwidson & Eriksson, 2019).

## **Syfte**

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med krigserfarenhet.

## **Metod**

För kandidatuppsatsen genomfördes en icke-systematisk litteraturstudie med induktiv ansats genom att identifiera, bedöma och analysera relevant forskning av hög kvalitet med tydlig design (Bettany-Saltikov, 2012; Polit & Beck, 2018). En litteraturstudie kan också kallas för en forskningsöversikt eftersom den beskriver kunskapen och kvaliteten i redan publicerad forskning och kan också bidra till att förklara behovet av ytterligare forskning (Fink, 2014; Kristensson, 2014). Enligt Jessen et al. (2011) har icke-systematiska litteraturstudier potential att bidra till nya insikter och utveckla idéer inom ämnet. Därmed kan icke-systematiska

översikter mynna ut i kunskapsutveckling, även om de ofta räknas som sekundärkällor (Kristensson, 2014).

## **Urval och datainsamling**

Studier med kvalitativ design undersöker människors upplevelser (Fink, 2014; Polit & Beck, 2018). Därför inkluderades studier med kvalitativ forskningsdesign i denna uppsats. Studier med kvalitativ design valdes ut baserat på kandidatuppsatsens syfte, det vill säga sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med krigserfarenhet. Vidare inklusionskriterier var att studierna skulle vara publicerade i peer-review-granskade vetenskapliga tidskrifter, på engelska, i en tidsperiod mellan år 2003 och 2023. Endast studier inkluderades som undersökte civila sjuksköterskor i höginkomstländer, som inte är inblandade i krig. De studier som är med i kandidatuppsatsens resultatdel innefattar dokumentation av godkännande från en etisk nämnd, kommitté eller motsvarande och uppnådde kvalitetsbedömningen. Studier som exkluderades berör inte studiens syfte.

Datainsamlingen gjordes via en litteratursökning (Kristensson, 2014; Polit & Beck, 2018). Sökning av relevanta studierna skedde med databaserna CINAHL och PubMed. Enligt Polit och Beck (2018) är PubMed och CINAHL relevanta databaser för omvårdnadsforskning då respektive databas innehåller mer än 5000 tidskrifter för medicin, hälsa och omvårdnad (Polit & Beck, 2018). För att få adekvata sökresultat, i relation till undersökningens syfte, användes söktermer tillsammans med Booleska sökord. De termer som användes i sökningen var “nurse”, “experience”, “experiences”, “attitudes”, “feelings”, “transcultural nursing”, (MH "War+"), “refugee”, “refugees” och “military nursing”. Söktermer och Booleska sökord kombinerades enligt sökschema Cinahl och sökschema PubMed (Polit & Beck, 2018). Se Tabell 1 och Tabell 2 nedan.

Tabell 1. Sökschema Cinahl

Datum: 2023-04-05

Cinahl	Sökord	Begränsningar	Antal träffar
S1	nurses		594 716
S2	experience OR experiences		450 635
S3	"transcultural nursing"		3 742
S4	(MH "War+")		15 882
S5	refugee OR refugees		11 153
S6	S1 AND S2		67 723
S7	S3 OR S6		71 098
S8	S4 OR S5		26 256
S9	S7 AND S8		589
S10	"military nursing"		4,457
S11	S9 NOT S10		445
S12	S11	Academic Journals. English. 2003-2023.	<b>259</b>

Tabell 2. Sökschema PubMed

Datum: 2023-04-05

PubMed	Sökord	Begränsningar	Antal träffar
S1	nurses		429 261
S2	experience OR experiences		1 007 412
S3	"transcultural nursing"		3670
S4	war		58 366
S5	refugee OR refugees		18 612
S6	S1 AND S2		54 583
S7	S3 OR S6		57 879
S8	S4 OR S5		74 883
S9	S7 AND S8		527
S10	"military nursing"		2 382
S11	S9 NOT S10		439
S12	S11	English. 2003-2023.	<b>310</b>

Det slutgiltiga urvalet av sökningarna och begränsningarna kombinerades för att ringa in de mest relevanta studierna. Båda författarna bedömde studiernas titlar och abstracts efter arbetets syfte. De relevanta publikationerna lästes gemensamt i fulltext och granskades utifrån kvalitet och relevans (Polit & Beck, 2018). Se Tabell 3 nedan. En överskådlig översikt av studierna som valdes finns i en artikelmatris (se Bilaga 1).

Evidensstyrkan och studiens kvalitet bedömdes med en granskningsmall för kvalitativa undersökningar från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2022). Utifrån granskningsmallen gjordes en sammanvägd bedömning av metodologiska brister. Brister kunde identifieras genom att analysera vetenskapliga studier och frågor besvarade om författarnas teoretiska utgångspunkt, urvalets tillvägagångssätt, om lämpligheten för metod av datainsamling och analys och forskarens bakgrund och kompetens. Den sammanställda bedömningen skulle kunna resultera i brister som var “Obetydliga eller mindre”, “Måttliga” eller “Stora brister, studien ingår inte i syntesen” (SBU, 2022). Ingen artikel som granskades hade stora brister, därför inkluderades alla granskade studier i resultatet.

Tabell 3. Datagranskning av studierna

	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Dubbletter	Lästa i fulltext	Kvalitets Granskade	Inkluderade i resultatet
Pubmed	310	310	132				
Cinahl	259	259	76				
<b>Totalt</b>				12	32	9	<b>9</b>

## Dataanalys

Analysen genomfördes av båda författarna utifrån analysmodellen från Jesson et. al. (2011), vilket sker i tre olika steg, i kronologisk ordning efter publiceringsdatum. I det första steget gjordes korta sammanfattningar av alla studier som ingick i denna litteraturstudie. Dessa sammanfattningar inkluderade relevant information om studiernas teman, studiedesign, teorier och kvalitetsbedömningar samt en mer detaljerad beskrivning av resultatdelen. I det andra steget jämfördes alla sammanfattningar med varandra och likheter och skillnader i studiernas resultat identifierades. Därefter formulerades ytterligare sammanfattningar. Dataanalysens

innehåll i form av kategorier och subkategorier rapporterades både i löpande text och under Figur 1 (se resultatdel). Därefter fördes ett kritiskt resonemang om studiernas innehåll, exempelvis ifrågasattes om innehållet verkade rimligt. Under det avslutande tredje steget gjordes en kategorisering av analysresultatet (Jesson et al., 2011).

Litteraturanalysen var en cyklisk process där texter lästes, granskades, jämfördes och anteckningar skrevs om på nytt och delar suddades ut i takt med att analysen blev djupare. Dokumentation fördes genom hela processen så att styrkor, svagheter, begränsningar och förklarande argument inte försvann under arbetets gång. Problemområde och uppsatsens syfte var något som återkopplades till för att tillförsäkra att analysen var relevant och justeringar genomfördes efter behov (Jesson et al., 2011).

## **Forskningsetiska avvägningar**

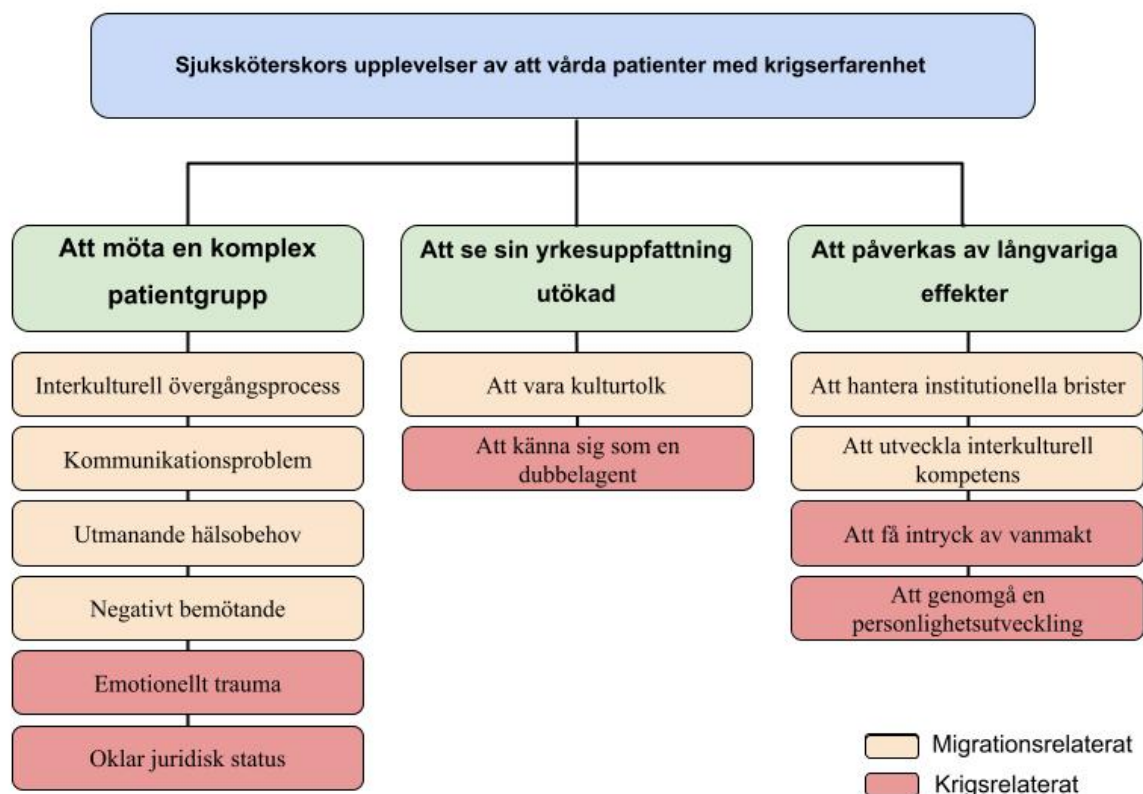
Forskning har historiskt präglats av moment som har klassificerats som brott mot mänskliga rättigheter och etiska standarder. Nürnbergkoden och Helsingforsdeklarationen har därefter utvecklats för att skydda subjekten i studier (World Medical Association [WMA], 2013). Olika discipliner har även sina egna ytterligare etiska vägledningsdokument, sjuksköterskan förhåller sig exempelvis till ICN Code of Ethics for Nurses (International Council of Nurses [ICN], 2021). Forskare behöver därför förhålla sig till olika etiska principer som berör mänskliga rättigheter (Polit & Beck, 2018).

I denna litteraturstudie genomfördes inga egna empiriska datainsamlingar. Därför gjordes ett noggrant forskningsetiskt ställningstagande av alla studier i urvalet. Detta inkluderade en kritisk granskning enligt autonomi-, nytto-, icke-skada- och rättvisepprincipen (WMA, 2013). Till exempel kan kvalitativa studier, som fokuserar på individers upplevelse, vara olämpliga av etiska skäl om det är svårt att se om deltagande verkligen har gett informerat samtycke till sitt deltagande (Fink, 2014). Därför inhämtar majoriteten av institutioner som bedriver empiriska undersökningar, såsom universitet och sjukhus, sitt godkännande av kommittéer eller forskningsetiska nämnder såsom Etikprövningsmyndigheten (2022), innan studierna får påbörjas. Detta görs för att skydda deltagarna i studien genom att förhindra att forskare skulle agera partiskt eller att forskarna skulle ha subjektiva tolkningar av de etiska principerna (Polit & Beck, 2018). Forskning som godkänts av en etisk kommitté tyder på att forskningen var

tillförlitlig och uppnådde professionella och vetenskapliga etiska mål (Bettany-Saltikov, 2012). Därför har de studier som är med i kandidatuppsatsens resultat blivit godkända av en etisk nämnd eller kommitté.

## Resultat

Analysen av data gav tre kategorier som beskriver sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med krigserfarenhet. Dessa tre kategorier är Att möta en komplex patientgrupp, Att se sin yrkesuppfattning utökad och Att påverkas av långvariga konsekvenser. Alla tre kategorier har subkategorier som förtydligar att sjuksköterskors upplevelser av patienter med krigserfarenhet alltid relateras till migration och krig. Översikt av resultatet kan ses i figur 1.



Figur 1: Översikt av resultatet

### *Att möta en komplex patientgrupp*

Personer med krigserfarenhet genomgår en ofrivillig migrationsprocess som pågår efter bosättningen i ett annat land. Patientens ackulturation i det nya landet försvåras av faktorer som är relaterade till kriget. Följaktligen finns migrations- och krigsrelaterade aspekter, som sjuksköterskan behöver förhålla sig till och som gör denna patientgrupp så komplex. Kategorien Att möta en komplex patientgrupp beskrivs genom sex subkategorier. Subkategorierna Interkulturell övergångsprocess, Kommunikationsproblem, Utmanande hälsobehov och Negativt bemötande är relaterade till migrationsprocessen. Emotionellt trauma och Oklar juridisk status är subkategorier som är förknippade med krigserfarenheter och upplevs av sjuksköterskor som en extra belastning.

### **Migrationsrelaterad interkulturell övergångsprocess**

Sjuksköterskor upplever att patienter med krigserfarenhet befinner sig i en pågående interkulturell övergångsprocess. Integrationen i ett annat land kan innebära många olika svårigheter, exempelvis en brist på orientering, (finansiella) resurser eller ett socialt nätverk. Det krävs även beredskap från patienten för att anpassa sig till den nya kulturen (Ogunsiji et al., 2018). Enligt Willey et al. (2018) har patienter med krigserfarenhet även andra kulturella förväntningar på hur hälso- och sjukvården bedrivs, vilket kräver en större familjeorientering och flexibilitet i vårdandet. Vidare anger sjuksköterskor att de anpassar vårdandet i större utsträckning efter patientens respektive sjuksköterskans könstillhörighet (Gabrielsson, 2022; Griffiths et al., 2003). Samtidigt nämner Griffiths et al. (2003) att sjuksköterskor kan uppleva en brist på information och kunskap om patientens hemland, hälso- och sjukvårdssystem, medicinska behandlingsmetoder och specifika sjukdomar, vilket kan leda till interkulturella konflikter. Enligt Hultsjö och Hjelm (2005) är ett resultat av interkulturella missförstånd att sjuksköterskor upplever en osäkerhet i bedömningen av patienter, exempelvis när patienter eller närstående visar oväntat beteende eller uttrycker sina känslor 'mer dramatiskt'. Irritationsmoment beskriver sjuksköterskor även i relation till olika moment i föräldrar-barnrelationen, exempelvis när det gäller straff och förmynderskap (Hultsjö & Hjelm, 2005; Inkeroinen et al., 2020).

### **Migrationsrelaterade kommunikationsproblem**

En annan central faktor som kännetecknar sjuksköterskors upplevelser av patienter med krigserfarenhet är kommunikationsproblem. Orsaken till kommunikationsproblem är ofta



språkbarriären, vilket leder till bristande informationsutbyte och svårigheter i bedömning av hälsotillstånd (Inkeroinen et al., 2020). Interkulturella kommunikationsproblem är centralt förknippade med tolkning (Gabrielsson et al., 2022). Enligt Hultsjö och Hjelm (2005) upplever sjuksköterskor att informell tolkning av grannar och familjemedlemmar inte är tillförlitlig. Samtidigt upplever sjuksköterskor en brist på professionella tolkar (Gabrielsson et al., 2022). Griffiths et al. (2003) påpekar att det finns sjuksköterskor som oroar sig över att en brist på tolkar kan leda till allvarliga konsekvenser för patienter, såsom ökad risk för diskriminering och tvångsvård. Enligt Willey et al. (2018) uppfattar sjuksköterskor även översättningar av professionella tolkar som felaktiga eller ofullständiga. Vidare identifierar sjuksköterskor administrativa problem i samband med tidsbokning, telefontolkning, identifikation av rätt språk respektive dialekt och tillgång till tolk av samma kön som patienten (Willey et al., 2018). Enligt Inkeroinen et al. (2020) upplever sjuksköterskor samarbete med tolkar som tidskrävande och oprofessionellt. Andra kommunikationsproblem som sjuksköterskor upplever är felaktiga interpretationer av kroppsspråket, en oförmåga av patienter med krigserfarenhet att kontakta rätt vårdenhet och ett hot mot en fungerande sjuksköterska-patient-relation (Gabrielsson et al., 2022; Hultsjö & Hjelm, 2005). Därutöver fastställer sjuksköterskor att språkbarriären och kunskapsbrister i hanteringen av kommunikationsteknik och nya media bidrar till att vanliga kommunikationskanaler inte längre fungerar och att patienter med krigserfarenhet är svåra att kontakta (Inkeroinen et al., 2020).

### **Migrationsrelaterade utmanande hälsobehov**

En tredje aspekt i sjuksköterskors upplevelse av Att möta en komplex patientgrupp är migrationsrelaterade utmanande hälsobehov. Enligt Ogunsiji et al. (2018) uppfattar sjuksköterskor patienter med krigserfarenhet som en grupp av människor som har mått dåligt under en lång period samt glömt bort hur det känns att må bra, och vad som krävs för att må bättre. Detta inkluderar fysisk och psykisk ohälsa (Gullberg & Wihlborg, 2014). Ofta har patienter med krigserfarenhet komplexa ohälsotillstånd där det finns både kroppsliga och mentala besvär samtidigt (Ogunsiji et al., 2018). Parallellt finns det en stor risk för psykisk ohälsa hos patienter med krigserfarenhet (Drennan & Joseph, 2005). Sjuksköterskor upplever också en större benägenhet till riskbeteenden som bidrar till ohälsa (Hultsjö & Hjelm, 2005). Enligt Inkeroinen et al. (2020) relaterar sjuksköterskor utmanande hälsobehov också till en oklarhet om patientens hälsostatus respektive sjukdomsstatus och tillhörande omvårdnadsbehov. Sjuksköterskor upplever även en minskad förmåga till egenvård och oftare

avbrott i behandlingar bland dessa patienter, båda bidrar till svårigheter att tillgodose omvårdnadsbehovet (Inkeroinen et al., 2020).

### **Migrationsrelaterat negativt bemötande**

Patienter med krigserfarenhet anses ha blivit negativt bemötta vilket sjuksköterskor förknippar med diskriminering, stigmatisering och rasism (Gabrielsson et al., 2022; Griffiths et al., 2003; Gullberg & Wihlborg, 2014; Hultsjö & Hjelm, 2005; Inkeroinen et al., 2020; Ogunsiji et al., 2018). Enligt Musliu et al. (2019) konfronteras sjuksköterskor med rasistiska fördomar om sina patienter. Dessa fördomar är synliga i sociala och mediala sammanhang, där sjuksköterskor upplever en avhumanisering och stigmatisering av sina patienter (Inkeroinen et al., 2020; Ogunsiji et al., 2018). Samtidigt vittnar sjuksköterskor om rasistiska fördomar i interaktion med kollegor, personal från andra institutioner och sina närstående (Griffiths et al., 2003). Enligt Gabrielsson et al. (2022) kan detta leda till en sämre omvårdnad på grund av bristande samarbete och olämpligt bemötande av patienter. Exempelvis beskriver sjuksköterskor hur patienter blev ignorerade, ifrågasatta och respektlöst behandlade. I privata sammanhang upplever sjuksköterskor att de behöver försvara sitt arbete och blir förminskade av närstående (Gabrielsson et al., 2022). Enligt Ogunsiji et al. (2018) utvidgas ibland negativt bemötande till sjuksköterskor som själva utsätts för diskriminering, stigmatisering och rasistiska anklagelser. Rasistiska fördomar identifieras också bland patienterna (Griffiths et al., 2003). Vidare upplever sjuksköterskor att patienter med krigserfarenhet kan utveckla en övertygelse om att de alltid blir diskriminerade i hälso- och sjukvården (Hultsjö & Hjelm, 2005). Sjuksköterskor upplever en kunskapsbrist och tycker att det är utmanande och frustrerande att hantera konsekvenserna av att patienter med krigserfarenhet blir negativt bemötta (Gabrielsson et al., 2022, Ogunsiji et al., 2018).

### **Krigsrelaterat emotionellt trauma**

Utöver migrationsrelaterade faktorer kännetecknas patienter med krigserfarenhet av emotionellt trauma. Sjuksköterskor upplever emotionellt trauma som ett omfattande problem, vilket påverkar kommunikationen med patienten samt patientens hälsotillstånd och omvårdnadsbehov (Inkeroinen et al., 2020; Musliu et al., 2019). Emotionellt trauma relateras av sjuksköterskor till tortyr, sexualiserat våld och död. Patienter kan ha utsatts för våldtäkt, separerats från sina familjer, förlorat familjemedlemmar eller upplevt konstant oro för deras överlevnad samt minnena från den fruktansvärda tiden på flykt och i flyktingläger (Gabrielsson et al., 2022; Ogunsiji et al., 2018). Enligt Drennan och Joseph (2005),

Inkeroinen et al., 2020, Hultsjö och Hjelm (2005), Musliu et al. (2019) samt Willey et al. (2018) identifierar sjuksköterskor en kunskapsbrist i sin yrkesgrupp bland annat om posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och specialistvård gällande emotionellt trauma. Sjuksköterskor upplever att det behövs förtroende, tid och kontinuitet i vårdandet innan patienter öppnar upp och delar med sig av sina traumatiska erfarenheter (Drennan & Joseph, 2005). Att höra patienters traumatiska berättelser upplevs som en stor utmaning (Ogunsiji et al., 2018). Sjuksköterskor uppfattar emotionellt trauma som stressorer. De upplever sig inte som kompetenta att hantera emotionellt trauma och placerar det utanför sitt yrkesområde. Samtidigt måste de ta hänsyn till emotionellt trauma. Därför försöker sjuksköterskor att förhålla sig till emotionellt trauma och hjälper patienten genom att visa förståelse, uppfylla basala behov samt att vara fysiskt närvarande och omhändertagande (Gabrielsson et al., 2022; Griffiths et al., 2003). I konfrontation med patienters emotionella trauman beskriver sjuksköterskor sina känslor exempelvis som överväldigade, emotionellt utmattade, maktlösa och desillusionerade (Griffiths et al., 2003). Enligt Ogunsiji et al. (2018) och Drennan (2005) har sjuksköterskor en större risk än andra yrkesgrupper i hälso- och sjukvården att själva bli påverkade av patienternas trauman, det vill säga uppleva vikarierande traumatisering, eftersom de arbetar patientnära, etablerar vårdrelationen och lyssnar på patientens berättelse.

### **Krigsrelaterad oklar juridisk status**

Sjuksköterskor upplever att oklar juridisk status är av existentiell betydelse för patienter med krigserfarenhet. Patienterna har olika juridisk och social status, exempelvis flyktingar och asylsökande. Deras uppehållstillstånd kan vara oklart och de kan anses vara legalt eller illegalt i nya landet (Gullberg & Wihlborg, 2014; Hultsjö & Hjelm, 2005). Enligt Willey et al. (2018) väljer sjuksköterskor att inte beakta patienternas olikartade juridiska status i patientmötet. Snarare undviker de att efterfråga juridisk status med hänsyn till patientens integritet (Willey et al., 2018). Sjuksköterskor relaterar oklar juridisk status till patientens växlande boendesituation och otillräckliga eller obefintliga legitimationshandlingar (Drennan & Joseph, 2005; Gullberg & Wihlborg, 2014). Enligt Gullborg och Wihlborg (2014) samt Ogunsiji et al. (2018) upplever sjuksköterskor patienters oklara juridiska status som en riskfaktor, eftersom det ges sämre vård på grund av diskontinuitet i behandling, dokumentation samt problem med remittering till andra vårdenheter. Sjuksköterskor uttrycker även oro över patientens försämrade livstillvaro med risk för psykisk och fysisk ohälsa (Drennan & Joseph, 2005; Gullborg & Wihlborg, 2014). Gabrielsson et al. (2022) påpekar att sjuksköterskor upplever frustration, som grundas i etiska och moraliska överväganden om rätt och fel hantering utifrån

patienters oklara juridiska status. Vidare saknar sjuksköterskor en tydlig institutionell ram för sitt agerande i samband med den oklara juridiska och sociala statusen (Gullborg & Wihlborg, 2014).

### *Att se sin yrkesuppfattning utökad*

Patienter med krigserfarenhet uppfattas av sjuksköterskor som en komplex patientgrupp, som karakteriseras av migrations- och krigsrelaterade faktorer. Dessa faktorer måste beaktas när sjuksköterskor arbetar personcentrerat, eftersom de påverkar patient-sjuksköterska-relationen och patientens omvårdnadsbehov. Av denna anledning känner sig sjuksköterskor mer involverade i att ta hand om patienter med krigserfarenhet. Kategorin Att se sin yrkesuppfattning utökad innebär två subkategorier. Subkategorin Att vara kulturtolk är förknippad med migrationsprocessen och subkategorin Att känna sig som dubbelagent är krigsrelaterad.

### **Att vara kulturtolk i migrationsprocessen**

Patienter med krigserfarenhet har behov av att orientera sig i det nya landets kultur. Behovet av orientering adresseras antingen direkt från patienter till sjuksköterskor eller identifieras indirekt i patientmötet under omvårdnadsprocessen. I båda fallen hamnar sjuksköterskor i en förmedlande position där de agerar som kulturtolk. Enligt Ogunsiji et al. (2018) blir sjuksköterskor konfronterade med frågor som berör integrationen. Patienter förväntar sig kunskaper som ligger utanför sjuksköterskors vanliga yrkeskompetens. Detta leder till att sjuksköterskor känner sig manade att hjälpa patienterna med integration och vara förmedlare mellan olika kulturer (Ogunsiji et al., 2018; Willey et al., 2018). När sjuksköterskor agerar som kulturtolk inkluderar detta enligt Inkeroinen et al. (2020) information och kunskaper om normer, regler och värderingar som gäller i nya landet. Det kan också handla om förklaringar som berör vardagen, exempelvis om goda matvanor, kroppshygien eller vanliga hjälpmedel (Inkeroinen et al., 2020; Ogunsiji et al., 2018). Sjuksköterskor vägleder patienter genom hälso- och sjukvårdssystemet och undervisar om okända behandlingar samtidigt som de fungerar som länk till sociala aktiviteter utanför hälso- och sjukvården, exempelvis babycaféer och andra nätverksträffar (Drennan & Joseph, 2005; Willey et al., 2018). Vidare upplever sjuksköterskor enligt Ogunsiji et al. (2018) ett behov av att förmedla patientens

perspektiv till andra aktörer från olika institutioner. Därför fungerar kulturtolkning i båda riktningarna.

### **Att känna sig som en dubbelagent till följd av krig**

Sjuksköterskor upplever vårdandet av patienter med krigserfarenhet som politiserat, vilket inte går att bortse från eftersom det skapar stora spänningar i arbetet (Gabrielsson et al., 2022; Ogunsiji et al., 2018). Detta politiska spänningsfält illustreras i subkategorin Att känna sig som en dubbelagent. Å ena sidan upplever sjuksköterskor ett behov av att fungera som ombud för sina patienter i samverkan med andra myndigheter (Drennan & Joseph, 2005; Gabrielsson et al., 2022; Ogunsiji et al., 2018). Enligt Drennan och Joseph (2005) beskriver sjuksköterskor den delen av sitt arbete som viktigast. Samtidigt upplever sjuksköterskor stora utmaningar i samverkan med andra institutioner, exempelvis på grund av bristande kommunikation (Drennan & Joseph, 2005; Hultsjö & Hjelm, 2005; Musliu et al., 2019; Ogunsiji et al., 2018). När sjuksköterskor agerar som ombud vill de säkerställa att patienten blir rättvist behandlad, exempelvis genom att kontakta andra myndigheter, boka tider, organisera tolk, förmedla viktig information och ge orientering samt att visa vägen till möten och ibland till och med i samtalen (Drennan & Joseph, 2005; Inkeroinen et al., 2020). Ibland innebär agerande som ombud för sjuksköterskor även att de organiserar psykologisk hjälp till patienten (Drennan & Joseph, 2005). Vidare nämner Gullberg och Wihlborg (2014) att sjuksköterskor behöver kreativitet för att övervinna institutionella problem och manövrera sina patienter genom olika myndigheter. Å andra sidan upplever sjuksköterskor att patienter ser dem som myndighetsrepresentanter, vilket skapar misstro och gör det svårt att bygga en förtroendefull patient-sjuksköterska-relation (Drennan & Joseph, 2005; Gullberg & Wihlborg, 2014). Enligt Hultsjö och Hjelm (2005) kan vissa av sjuksköterskors arbetskläder tolkas av patienter som uniformer och symboler för statens maktutövning, vilket framkallar ångest. Samtidigt finns förväntningar från andra myndigheter om att sjuksköterskor ska samla information om patienter eller bidra i bedömning av patientens hälsostatus för eventuell utvisning från landet (Ogunsiji et al., 2018; Griffiths et al., 2003). Ibland får sjuksköterskor enligt Gabrielsson et al. (2022) besked om allvarliga beslut från andra myndigheter tidigare än patienten. I sådana situationer känner sig sjuksköterskor både utnyttjade och som förrädare (Gabrielsson et al., 2022; Griffiths et al., 2003). Sjuksköterskor upplever i sin position som dubbelagent frustration och etiska problem samt en önskan om bättre samarbete med andra myndigheter (Griffiths et al., 2003).

### *Att påverkas av långvariga effekter*

Vårdande av patienter med krigsupplevelser leder till en högre arbetsbelastning för sjuksköterskor och avslöjar en brist på resurser. Samtidigt är arbetet känslomässigt utmanande och krävande. För sjuksköterskor innebär detta långvariga effekter, som kan vara både positiva och negativa. Dessa konsekvenser påverkar sjuksköterskor under lång tid. Subkategorierna Att hantera institutionella brister och Att utveckla interkulturell kompetens är förknippade med migration. Subkategorierna Att få intryck av vanmakt och Att genomgå en personlighetsutveckling är krigsrelaterade.

### **Att hantera institutionella brister som förstärks av migration**

Enligt Gabrielsson et al. (2022) påvisar arbetet med patienter med krigserfarenhet allmänna brister i vården. Sjuksköterskor upplever ökad arbetsbelastning och tidsåtgång (Griffiths et al., 2003; Inkeroinen et al., 2020). De känner sig tidspressade och problematiserar en brist på resurser, som leder till oro för patienter (Hultsjö & Hjelm, 2005; Ogunsiji et al., 2018). Vidare känner sig sjuksköterskor inte uppdaterade exempelvis gällande relevanta lagändringar och upplever kommunikationsbrister mellan olika institutioner (Drennan & Joseph, 2005; Hultsjö & Hjelm, 2005). Sjuksköterskor upplever det som negativt att de är tvungna att hantera institutionella brister som förstärks i relation till migration (Gabrielsson et al., 2022).

### **Att utveckla interkulturell kompetens i kontakt med migration**

Sjuksköterskor upplever att arbetet med patienter med krigserfarenhet leder till professionell utveckling och interkulturell kompetens (Griffiths et al., 2003; Inkeroinen et al., 2020). Sjuksköterskor lär sig mer om olika kulturer och blir bekanta med transkulturella omvårdnadsteorier (Musliu et al., 2019). Att utveckla interkulturell kompetens är för sjuksköterskor förknippat med reflektion och feedback från kollegor (Drennan & Joseph, 2005). Vidare upplever sjuksköterskor att tillgång till (grupp-)samtal bidrar till deras interkulturella kompetensutveckling. Feedback från kollegor och letande efter relevant information upplevs som berikande (Gabrielsson et al., 2022; Musliu et al., 2019). Enligt Musliu et al. (2019) har interkulturell kompetensutveckling en positiv effekt på sjuksköterskors tillfredsställelse med sitt arbete (Musliu et al., 2019).

### **Att få intryck av vanmakt till följd av krig**

Enligt Gabrielsson et al. (2022) är sjuksköterskor tvungna att förstå och hantera inskränkningar i vårdandet av patienter med krigserfarenhet, vilka leder till att sjuksköterskor blir utmanade som professionella yrkesutövare och medmänniskor. Sjuksköterskor upplever att de inte kan påverka patienters grundproblem eller lidande, exempelvis när det gäller separation från familjemedlemmar, beslut om uppehållstillstånd eller språkbarriärer. Vidare sker vårdandet av patienter med krigserfarenhet i en politiserad miljö där sjuksköterskor måste ta ställning till oacceptabla, delvis rasistiska beteenden. Därutöver påpekar Hultsjö och Hjelm (2005) att sjuksköterskor har utsatts för hot och våld samt att de upplever förtroendeförlust till andra medicinska institutioner och myndigheter. Allt detta leder till att sjuksköterskor karakteriserar vårdandet av patienter med krigserfarenhet som stressande, svårt, isolerande och tungt (Drennan & Joseph, 2005). Sjuksköterskor får ett intryck av vanmakt. De upplever maktlöshet oavsett att de gör allt som de kan för att hjälpa patienterna (Gullberg & Wihlborg, 2014). Sjuksköterskor känner sig hjälplösa och beskriver det som hjärtskärande när de inte kan påverka patientens situation (Gabrielsson et al., 2022). Vidare upplever sjuksköterskor frustration och en oförmåga att hantera starka känslor, exempelvis när de inte kan ta avstånd från jobbet under sin fritid (Gabrielsson et al., 2022; Ogunsiji et al., 2018). Detta skapar en situation där individuella copingstrategier inte längre räcker till och sjuksköterskorna upplever behov av psykologiskt stöd (Griffiths et al., 2003).

### **Att genomgå en personlighetsutveckling till följd av krig**

Enligt Musliu et al. (2019) förändrades sjuksköterskors sätt att tänka och arbeta när de vårdade patienter med krigserfarenhet. Omhändertagande av patienter med krigserfarenhet upplevs inte bara som utmanande, utan också som givande, som något som leder till sjuksköterskans personlighetsutveckling. Under vissa förutsättningar utvecklar sjuksköterskor till och med en passion för att ta hand om patienter med krigserfarenhet (Ogunsiji et al., 2018). För sjuksköterskor är det enligt Musliu et al. (2019) och Ogunsiji et al. (2018) av central betydelse att kunna göra en positiv skillnad för patienter och blir uppskattade för detta. Gabrielsson et al. (2022) betonar vikten av att sjuksköterskor uppmärksammar det som redan fungerar bra och fokuserar på vad de kan påverka positivt. Willey et al. (2018) påpekar att ett bra samarbete med andra institutioner, som vill patienten väl, också bidrar till positiva upplevelser hos sjuksköterskor. Relevant för sjuksköterskors personlighetsutveckling är dessutom självkänedom. Sjuksköterskor upplever livserfarenhet som en viktig resurs i vårdandet av patienter med krigserfarenhet (Musliu et al., 2019). Vidare uppfattar de

professionellt stöd i det preventiva skedet, exempelvis regelbundna psykologsamtal, som källan till styrka i att ta hand om patienter och sitt själv (Ogunsiji et al., 2018).

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

Målet med denna undersökning var att förstå hur vårdandet av patienter med krigserfarenhet upplevs från sjuksköterskans perspektiv. Enligt Polit och Beck (2018) är en kvalitativ forskningsdesign särskilt användbar för att fånga in individers subjektiva upplevelser. Genom användandet av kvalitativa metoder blir sociala fenomen tillgängliga för induktiv forskning (Polit & Beck, 2018). Att fokusera på en kvalitativ forskningsdesign var alltså lämpligt för studiens syfte och relevant för att skapa en djupare förståelse för sjuksköterskors upplevelse.

Undersökningen genomfördes med hjälp av en icke-systematisk litteraturstudie, vilket har en lägre evidensstyrka än systematiska litteraturstudier. Detta kan förklaras av att en välgjord systematisk litteraturstudie utförs ofta av flera kvalificerade personer som forskare och forskarassistenter. Det kräver också att forskarna har god insikt om det som är publicerat inom ämnet redan innan de påbörjar att formulera en frågeställning och utvecklar urvalskriterier (Jesson et al., 2011). Vidare inkluderar en systematisk litteraturstudie all relevant litteratur, vilket gör projektet ofta tidskrävande och dyrt (Jesson et al., 2011; Kristensson, 2014). Därför rekommenderas studenter att utföra icke-systematiska litteraturstudier för sin kandidatexamen (Jesson et al., 2011). En icke-systematisk litteraturstudie besitter större risk för bias än systematiska litteraturstudier (Bettany-Saltikov, 2012; Jesson et al., 2011). Vidare använder sig både systematiska och icke-systematiska litteraturstudier av filtrerade och strukturerade data från originalstudier respektive primärpublikationer, som har publicerat empiriska undersökningsresultat för första gången (Kristensson, 2014). Den här icke-systematiska litteraturstudien bedömdes av författarna ha uppnått en måttlig nivå av evidens.



Trovärdigheten för den här undersökningen bygger på att hela forskningsprocessen presenteras på ett förståeligt sätt (Graneheim & Lundman, 2004). Vidare så finns det en koppling mellan trovärdighet och tillförlitlighet. Ambitionen har varit att uppnå tillförlitlighet genom transparens kring datainsamlingen och ett noggrant urval av studierna, vilka ingår i resultatdelen. Datainsamlingen har baserats på en omfattande sökning i de två etablerade databaserna PubMed och Cinahl, där relevanta söktermer och booleska operatorer har använts (Polit och Beck, 2018). Sökningen av data bedömdes som lämplig eftersom att ett tillräckligt antal kvalitativa studier av acceptabel kvalitet hittades. Kvalitetsgranskningen visade att åtta studier hade obetydliga eller mindre metodologiska brister och en studie hade måttliga metodologiska brister. Trots att studiern med måttliga metodologiska brister saknade information om samplingen och vissa delar av finansieringen, så inkluderades den då den hade teoretiska, metodiska och metodologiska förtjänster. Kvalitetsbedömningen var rimlig eftersom en granskningsmall för kvalitativa studier från SBU (2022) användes. Enligt Bettany-Saltikov (2012) är det viktigt att studierna är etiskt godkända, vilket samtliga studier i resultatet var. En noggrann bedömning av studiernas titlar, abstrakt och granskning i fulltext ledde till ett varierande urval med studier från fyra olika länder och sjuksköterskor med olika specialistutbildning. Vidare uppnåddes tillförlitlighet enligt Polit och Beck (2018) genom att fler än en person genomförde analysen av data och tolkningen av studiernas resultat.

Undersökningens trovärdighet är också förknippad med giltighet och verifierbarhet (Polit & Beck, 2018). I analysen ingick resultaten från nio kvalitativa studier. Resultaten baserades på kvalitativa data som samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer, in-depth intervjuer och semistrukturerade fokusgruppsintervjuer. Dataanalyserna utfördes med hjälp av lämpliga metoder, exempelvis innehållsanalys och tematisk analys. Studierna genomfördes av omvårdnadsforskare, vilket stärker datans kvalitet och tolkningen av resultaten (Polit & Beck, 2018). I denna icke-systematiska litteraturstudie genomfördes datainsamlingen och analysen av sjuksköterskestudenter med kunskaper i omvårdnad och kvalitativ forskning. Studenterna var medvetna om sin egen förförståelse och reflekterade om hur den påverkar dataanalysen. För en av studenterna handlade denna förförståelse om att ha forskat kring personer med krigserfarenhet. Det ansågs vara viktigt att bibehålla öppenhet oavsett förförståelse. Dataanalysen genomfördes utifrån Jesson et al. (2011) analysmodell, vilket bidrog till att innehållet i studiernas resultatdel kunde utvärderas kritiskt i förhållande till undersökningens syfte, vilket ledde till en fördjupad förståelse av ämnet. Denna icke-systematiska litteraturstudie genomfördes i en cyklisk process genom att varvadataanalys och

teoriinhämtning, vilket är ett tillvägagångssätt som kan öka validitet och tillförlitlighet (Polit & Beck, 2018).

Överförbarheten av undersökningens resultat är också relevant för trovärdighet. Endast studier på språket engelska och från fyra olika höginkomstländer (Australien, Sverige, England och Finland) ingick i undersökningen. Det kan begränsa variationen i data och öka risken för bias (Bettany-Saltikov, 2012). Vidare begränsas överförbarheten av resultat till exempelvis låg- och medelinkomstländer. Trots dess begränsningar bidrar fokuset på höginkomstländer fortfarande till värdefulla insikter om sjuksköterskors upplevelser och resultatet bör tolkas inom ramarna för de tillämpade begränsningarna. I undersökningen ingick studier från 2003-2023. Tidsperioden valdes för att inkludera sjuksköterskors upplevelser av patienter med erfarenheter från olika krig. En styrka av undersökningen är heterogeniteten i sjuksköterskegruppen. Studien representerar sjuksköterskor med olika specialistutbildningar, som jobbar i olika institutionella sammanhang, exempelvis sjukhus, skola och diverse tidsbegränsade projekt. Detta leder till en ökad överförbarhet.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Patienter med krigserfarenhet är både migranter och särskilt utsatta till följd av krig. Detta återspeglas i resultaten, där sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter med krigserfarenhet relateras till både migration och krig. Att strukturera sjuksköterskans upplevelser i migrations- och krigsrelaterade subkategorier bedöms kunna öka insikten om vårdandet av patienter med krigserfarenhet. Under analysprocessen framkom identifieringen och särskiljandet av migrationsrelaterade respektive krigsrelaterade upplevelser, trots att varken syfte eller söktermer förebådar ett sådant resultat. Det är tydligt att de subkategorier som är migrationsrelaterade kan gälla för samtliga patienter med migrationsbakgrund, oavsett om dessa upplevt krig eller inte. Det betyder att utöver migrationsrelaterade upplevelser är sjuksköterskor tvungna att förhålla sig till aspekter som beror på patientens krigserfarenhet. Dessa krigsrelaterade upplevelser läggs till migrationsrelaterade utmaningar och upplevs av sjuksköterskor som en extra belastning. Följaktligen upplever sjuksköterskor arbetet med patienter med krigserfarenhet i första hand som utmanande och belastande, även om det också kan uppfattas som utvecklande.

Resultatet visar att sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter med krigserfarenhet relateras till tre kategorier. Sjuksköterskor upplever att de möter en komplex patientgrupp (1), som utökar deras yrkesuppfattning (2), vilket leder till att de påverkas av långvariga effekter (3). Varje kategori består av subkategorier som är antingen migrations- eller krigsrelaterade. Alla subkategorier som är migrationsrelaterade kan bekräftas utifrån Leiningers (1995; 2002) transkulturella omvårdnadsteori (Cultural Care Diversity Theory), som är den teoretiska ramen för den här undersökningen. Leiningers teori är en grand nursing theory som betyder att den ger breda kulturrelaterade perspektiv på sjuksköterskans yrkesutövning, vilket fördjupar förståelsen för resultatet i den här undersökningen. Att resultatet är genomgående förenligt med Leiningers teori talar för en hög grad av överförbarhet.

Kategorin Att möta en komplex patientgrupp kännetecknas utifrån sjuksköterskors upplevelser av att patienter genomgår en interkulturell övergångsprocess, vilket medför kommunikationsproblem samt utmanande hälsobehov och att bli negativt bemött. Det betyder att sjuksköterskor upplever ett flertal utmaningar som har sitt ursprung i kulturella skillnader, vilka berör flera olika aspekter av patientens liv, exempelvis språket, övertygelser, normer och värderingar samt syn på hälsa, sjukdom, omvårdnad och familj (Jirwe, 2019). Enligt Leininger (2002) gynnas sjuksköterskor av att vara medvetna om patientens kultur och hur den påverkat omvårdnadsarbetet. Denna undersökning visar att sjuksköterskor upplever vikten av att anpassa sitt arbete därefter. De identifierar behovet av att arbeta flexibelt, familjeorienterat och vara kulturellt känsliga när det gäller att ge vård samtidigt som de anpassar sig till olika kulturella förväntningar på vården (Gabrielsson, 2022; Griffiths et al., 2003; Willey et al., 2018). Brist på information och kunskap om patientens hemland, sjukvård, medicinska behandlingsmetoder och specifika sjukdomar upplevs som problematiskt (Griffiths et al., 2003). Komplexa hälsobehov, inklusive både fysiska och psykiska besvär, är för sjuksköterskor förknippat med osäkerhet om patientens hälsa eller sjukdomsstatus, vilket bidrar till svårigheter att möta omvårdnadsbehov (Drennan & Joseph, 2005; Gullberg & Wihlborg, 2014; Hultsjö & Hjelm, 2005; Ogunsiyi et al., 2018). Särskilt språkbarriärer, med brist på pålitliga tolkar och tolkar av samma kön som patienten, upplevs som stor utmaning för personcentrerad vård (Gabrielsson et al., 2022; Griffiths et al., 2003; Hultsjö & Hjelm, 2005; Inkeroinen et al., 2020; Willey et al., 2018). Leininger (2002) rekommenderar därför att sjuksköterskan lär sig några enkla fraser på patientens modersmål, för att bygga förtroende som underlättar att etablera en fungerande vårdrelation. Negativt bemötande relaterat till patientens kulturella bakgrund, förknippat med diskriminering,

stigmatisering och rasism, upplevs av sjuksköterskor som olämpligt och frustrerande (Gabrielsson et al., 2022; Griffiths et al., 2003; Gullberg & Wihlborg, 2014; Hultsjö & Hjelm, 2005; Inkeroinen et al., 2020; Ogunsiji et al., 2018). Enligt Leininger (2002) är sjuksköterskors upplevelser förståelig eftersom negativt bemötande kan leda till att patienter uppvisar mindre samarbetsvilja, misstro, missnöje, blir konfliktskapande och känner en allmän bitterhet kring hälso- och sjukvården.

Kategorin Att se sin yrkesuppfattning utökad innebär en migrationsrelaterad subkategori. Att vara kulturtolk ligger också i linjen med Leiningers (1995; 2002) transkulturella omvårdnadsteori. Sjuksköterskor känner sig manade att hjälpa patienter med integrationen, vilket innebär att de hamnar i en förmedlande position mellan aktörer från olika kulturer. De vägleder patienter genom okända institutionella strukturer samt undervisar och förklarar normer, regler och värderingar som gäller i det nya landet (Inkeroinen et al., 2020; Ogunsiji et al., 2018; Willey et al., 2018). Därför behövs enligt Leininger (2002) att sjuksköterskor har förmåga att identifiera och förklara likheter och olikheter mellan kulturer. Dessutom påpekar Leininger (1995) att transkulturell omvårdnad även innebär att hjälpa patienter att förändra sin livsstil på ett sådant sätt att hälsan gynnas. Att vara kulturtolk för att stödja patienten med en framgångsrik integration, värderas här som en insats av sjuksköterskor och har potential att vara positivt bidragande till patientens hälsa. Om sjuksköterskans insats som kulturtolk enbart byggs upp av en stereotypisk syn på patienter som medlemmar i en statisk kultur, finns en risk för generalisering. Leiningers transkulturella omvårdnadsteori har däremot mött kritik då det finns risk för generalisering på bekostnad av personcentrerad vård (Jirwe, 2019).

Kategorin, Att påverkas av långvariga effekter, karakteriseras bland annat av den migrationsrelaterade subkategorien Att utveckla interkulturell kompetens. Kompetensutveckling har en prominent plats i Leiningers (1995; 2003) transkulturella omvårdnadsteori. Enligt Leininger (2002) har sjuksköterskor interkulturell kompetens när de kan använda kulturbaserade kunskaper om omvårdnad och hälsa på ett känsligt, kreativt och meningsfullt sätt. Resultatet visar dock att sjuksköterskor relaterar sin interkulturella kompetensutveckling inte enbart till kunskaper om olika kulturer och transkulturella omvårdnadsteorier. Snarare identifierar de reflektion och samtal med kollegor som avgörande för att utveckla interkulturell kompetens (Gabrielsson et al., 2022; Griffiths et al., 2003; Inkeroinen et al., 2020; Musliu et al., 2019). Vidare upplever sjuksköterskor att interkulturell kompetens har en positiv effekt på deras tillfredsställelse med sitt arbete (Musliu et al., 2019).

Enligt Leininger (1995) är det förståeligt eftersom en brist på interkulturell kompetens leder till kulturrelaterade konflikter, maktutövning och stress, vilket påverkar sjuksköterskors arbete negativt. Samtidigt konstaterar Leininger (2002) att ökad interkulturell kompetens kan underlätta för sjuksköterskor att effektivt vårda och förstå de som har utsatts för krig, tortyr, flykt och trauma. Suurmond et al. (2010) ifrågasätter dock om det inte krävs mer än interkulturell kompetens för att vårda patienter med krigserfarenhet.

Sammantaget illustrerar alla krigsrelaterade underkategorier ett allvarligt problemområde. Sjuksköterskor upplever att patienter med krigserfarenhet påverkas av emotionella trauman och oklara juridiska status, vilket leder till att sjuksköterskor känner sig som dubbelagenter i en politiserad arbetsmiljö, vilket resulterar i ett intryck av vanmakt, även om det under vissa förutsättningar bidrar till personlighetsutveckling. Sjuksköterskor känner sig inte kompetenta att hantera emotionellt trauma och upplever etisk stress i relation till oklar juridisk status (Drennan & Joseph, 2005; Hultsjö & Hjelm 2005; Inkeroinen et al., 2020; Musliu et al., 2019; Willey et al., 2018). Resultatet pekar också på den politiserade karaktären av att ta hand om patienter med krigserfarenheter, vilket förstärker sjuksköterskors etiska dilemman (Drennan & Joseph, 2005; Gullberg & Wihlborg, 2014). Som dubbelagenter måste sjuksköterskor förhålla sig till förväntningar från andra myndigheter samtidigt som de upprätthåller sina etiska skyldigheter gentemot sina patienters (Drennan & Joseph, 2005; Hultsjö & Hjelm, 2005; Musliu et al., 2019; Ogunsiji et al., 2018; Willey et al., 2018). Detta innebär en risk för misstro hos patienter vilket undergräver relationen mellan patient och sjuksköterska (Drennan & Joseph, 2005; Gullberg & Wihlborg, 2014). I kombination med ökad arbetsbelastning, tidspress, institutionella brister i vården och oro för patienter med krigserfarenhet uppstår en känsla av maktlöshet (Hultsjö & Hjelm, 2005; Ogunsiji et al., 2018). Utan en fungerande patient-sjuksköterska-relation och psykologiskt stöd blir vårdandet av patienter med krigserfarenhet en överväldigande upplevelse för sjuksköterskor. Förebyggande psykologiskt stöd är den avgörande faktorn för om sjuksköterskor uppfattar vårdandet av patienter med krigserfarenhet som negativt eller positivt (Gabrielsson et al., 2022; Griffiths et al., 2003; Musliu et al., 2019; Ogunsiji et al., 2018). Resultatet visar att det krävs mer än interkulturell kompetens av sjuksköterskor för att vårda patienter med krigserfarenhet. Enligt Suurmond et al. (2010) behöver sjuksköterskor exempelvis kunskaper om politiska och juridiska sammanhang samt förmåga att hantera traumatiska upplevelser. Dessa kompetensområden anses vara unika i vårdandet av patienter med krigserfarenhet och kan inte uppnås genom enbart utbildning eller träning. Snarare konstaterar Suurmond et al. (2010) att patientkontakt

och systematisk genomförd återkoppling och självreflektion är avgörande i att vårda patienter med krigserfarenhet. Resultatet bekräftas också av Pacquiao (2008), som påpekar att sjuksköterskor behöver en kombination av interkulturell kompetens och engagemang för social rättvisa och mänskliga rättigheter när de vårdar utsatta grupper. Vidare anser Pacquiao (2008) medkänsla som viktig, då det vägleder sjuksköterskor att skaffa sig alla nödvändiga färdigheter. Enligt Wiklund Gustin (2020) innebär medkänsla att sjuksköterskor förstår lidande och uppfattar bakomliggande orsaker för att kunna ge adekvat hjälp till patienter. Hernandez et al. (2022) samt Shaffer et al. (2019) håller med om att medkänsla är betydelsefull för att höja kvaliteten i vårdandet av patienter med krigserfarenhet och för att minska social ojämlikhet. Samtidigt finns enligt Wiklund Gustin (2020) en risk för medkänslotrötthet i utmanande situationer där sjuksköterskor överväldigas av egna känslor, exempelvis otillräcklighet eller tillkortakommande, och medlidande förvandlas till eget lidande. Här framkommer behovet av vidare forskning om adekvata stödstrukturer.

### **Slutsats och kliniska implikationer**

Studien visar att sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med krigserfarenhet är relaterad till migration och till krig. Det betyder att sjuksköterskor måste förhålla sig till utmaningar kring (ofrivillig) migration och traumatiska erfarenheter. Därför upplever sjuksköterskor patienter med krigserfarenhet som komplexa. Utifrån ett personcentrerat perspektiv är det förståeligt att både patienters migrations- och krigserfarenhet måste beaktas i omhändertagande av patienter, vilket leder till att sjuksköterskor ser sin yrkesuppfattning utökad. Sjuksköterskor upplever att ett bredare arbetsområde kräver ytterligare resurser, kunskaper och kompetenser. I relation till patientens migrationserfarenhet är det framför allt interkulturell kompetens som identifieras av sjuksköterskor som relevant. Att implementera interkulturell kompetensutveckling i utbildningen och i fortbildningssammanhang kan förbereda sjuksköterskor att hantera migrationsrelaterade utmaningar i vård av patienter med krigserfarenhet. Samtidigt visar studien att interkulturell kompetens inte är tillräckligt för att vårda patienter med krigserfarenhet. Det behövs kompletterande kunskaper om exempelvis emotionellt trauma samt politiskt engagemang. Dock är detta inget som kommer med studier, utan bygger på medkänsla och behöver utvecklas genuint genom patientkontakt. Arbetet med patienter med krigserfarenhet kan bidra till en större risk att sjuksköterskor upplever överväldigande negativa känslor, som inte är hanterbara utan professionellt stöd. Därför

rekommenderas förebyggande användning av professionellt stöd vid vårdande av patienter med krigserfarenhet. Ytterligare forskning, exempelvis om relevanta stödstrukturer, kan bidra till att identifiera strategier för att förbereda och stärka sjuksköterskor, så att vården av patienter med krigserfarenhet förbättras.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Författarna har fördelat arbetsbördan jämt och arbetat tillsammans med samtliga delar under litteraturstudien.

## Referenser

- Al-Natour, A., Morris, E. J., & Mohammad Al-Ostaz, S. (2022). Through Her Eyes: The Impact of War on Syrian Refugee Families. *Journal of transcultural nursing*, 33(1), 26–32. <https://doi.org/10.1177/10436596211026367>
- Arwidson, Ch., & Eriksson, A. (2019). Hälso- och sjukvård till papperslösa och andra utsatta grupper i Sverige. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (3 uppl., s. 443-462). Studentlitteratur.
- Bastos, J. L., Harnois, C. E., & Paradies, Y. C. (2018). Health care barriers, racism, and intersectionality in Australia. *Social science & medicine*, 199(1), 209–218. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.010>
- Bettany-Saltikov, J. (2012). *How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide*. Open University Press.
- Björkman, I., Lütznén, K., & Jakobsson Ung, E. (2019). Sjuksköterskan som professionell yrkesutövare, forskare och samhällsförändrare. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (3 uppl., s. 25-43). Studentlitteratur.
- Broom, A., Parker, R. B., Kirby, E., Kokanović, R., Woodland, L., Lwin, Z., & Koh, E. S. (2019). A qualitative study of cancer care professionals' experiences of working with migrant patients from diverse cultural backgrounds. *BMJ open*, 9(3), Artikel e025956. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025956>
- Choi, J.-S., & Kim, J.-S. (2018). Effects of cultural education and cultural experiences on the cultural competence among undergraduate nursing students. *Nurse education in practice*, 29(18), 159–162. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.01.007>
- Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland *Journal of immigrant and minority health*, 14(2), 330–343. <https://doi.org/10.1007/s10903-011-9465-6>
- Drennan, V. M., & Joseph, J. (2005). Health visiting and refugee families: issues in professional practice. *Journal of advanced nursing*, 49(2), 155–163. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03282.x>
- Eriksson, A. (2019). Global hälsa och omvårdnad. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (3 uppl., s. 401-442). Studentlitteratur.
- Eriksson, H. (2019). Framväxt. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3 uppl., s. 33-64). Studentlitteratur.
- Ettman, C. K., Cohen, G. H., & Galea, S. (2020). Is wealth associated with depressive symptoms in the United States?. *Annals of epidemiology*, 43(1), 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.02.001>



Etikprövningsmyndigheten. (11 november 2022). *Värnar människan i forskning*.  
<https://etikprovningmyndigheten.se>

Fink, A. (2014). *Conducting research literature reviews: from the internet to paper*. (4 uppl.). Thousand Oaks: SAGE.

Forsberg A. (2016). *Omvårdnad på akademisk grund: Att utveckla och ta ansvar*. Natur & Kultur.

Gabrielsson, S., Karim, H., & Looi, G. E. (2022). Learning your limits: Nurses' experiences of caring for young unaccompanied refugees in acute psychiatric care. *International journal of mental health nursing*, 31(2), 369–378. <https://doi.org/10.1111/inm.12965>

Gottvall, M., Sjölund, S., Arwidson, C., & Saboonchi, F. (2020). Health-related quality of life among Syrian refugees resettled in Sweden. *Quality of Life Research*, 29(2), 505-514. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02323-5>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Griffiths, R., Emrys, E., Finney Lamb, C., Eagar, S., & Smith, M. (2003). Operation Safe Haven: the needs of nurses caring for refugees. *International journal of nursing practice*, 9(3), 183–190. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2003.00422.x>

Gullberg, F., & Wihlborg, M. (2014). Nurses' experiences of encountering undocumented migrants in Swedish emergency healthcare. *International Journal of Migration, Health & Social Care*, 10(3), 148–158. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1108/IJMHS-08-2013-0027>

Hall, E. (2012). Omvårdnadsteori – utveckling, begrepp och användning. I B. Bidstrup Jørgensen & V. Østergaard Steinfeldt (Red.), *Omvårdnadsteori som referensram i forskning och utveckling* (s. 11-33). Liber.

Hamed, S., Thapar-Björkert, S., Bradby, H., & Ahlberg, B. M. (2020). Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond. *Qualitative health research*, 30(11), 1662–1673. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1049732320931430>

Hanssen, I. (2005). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle* (3 uppl.). Studentlitteratur.

Hermansson, A. C., Timpka, T., & Thyberg, M. (2003). The long-term impact of torture on the mental health of war-wounded refugees: findings and implications for nursing programmes. *Scandinavian journal of caring sciences*, 17(4), 317–324. <https://doi.org/10.1046/j.0283-9318.2003.00241.x>

Hernandez, N. C., Leal, L. M. R., & Brito, M. J. M. (2022). Building Culturally Competent Compassion in Nurses Caring for Vulnerable Populations. *Journal of holistic nursing*, 40(4), 359–369. <https://doi.org/10.1177/08980101211062708>

Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International nursing review*, 52(4), 276–285. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2005.00418.x>

- Inkeroinen, S., Hupli, M., & Stolt, M. (2020). School Nurses' Experiences of Health Promotion for School-Age Asylum Seekers. *The Journal of school nursing*, 39(3), 229-237. <https://doi.org/10.1177/1059840520978197>
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses: revised 2021* [Broschyr]. [https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web\\_0.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf)
- Jesson, J. K., Matheson, L., & Lacey, F. M. (2011). *Doing your literature review: traditional and systematic techniques*. SAGE.
- Jirwe, M. (2019). Kulturell Mångfald. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3 uppl., s. 361-382). Studentlitteratur.
- Karakuş Selçuk, A., & Yanikkerem, E. (2022). Nursing students' perspectives and care giving experiences with refugees: A qualitative analysis. *Nurse education today*, 109(1), Artikel 105240. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105240>
- Kollak, I., & Küpper, H. (1997). Gelebte Multikulturalität: Forschungsbericht über eine pflegewissenschaftliche Studie an einem Großstadtkrankenhaus. *PfleGe* 2(1), 2-6. [https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-1-1997-Kollak\\_Kuepper.pdf](https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-1-1997-Kollak_Kuepper.pdf)
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur.
- Lal, S., & Spence, D. (2016). Humanitarian Nursing in Developing Countries: A Phenomenological Analysis. *Journal of transcultural nursing*, 27(1), 18–24. <https://doi.org/10.1177/1043659614536585>
- Leininger, M. (1995). Teorins grundläggande antaganden. I L. R. Johnson Lutjens, C. L. Reynolds, M. Leininger & K. S. Reed (Red.), *Anteckningar om Omvårdnadsteorier III* (s. 75-90). Studentlitteratur.
- Leininger, M. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*. (3 uppl.). McGraw-Hill, Medical Pub. Division.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Personcentred nursing: theory and practice*. Wiley-Blackwell.
- Mesa-Vieira, C., Haas, A. D., Buitrago-Garcia, D., Roa-Diaz, Z. M., Minder, B., Gamba, M., Salvador, D., Jr, Gomez, D., Lewis, M., Gonzalez-Jaramillo, W. C., Pahud de Mortanges, A., Buttia, C., Muka, T., Trujillo, N., & Franco, O. H. (2022). Mental health of migrants with pre-migration exposure to armed conflict: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public health*, 7(5), e469–e481. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00061-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00061-5)
- Migrationsverket. (10 augusti 2022). *Asylregler*. <https://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Att-ansoka-om-asyl/Asylregler.html>
- Miller, A., Hess, J. M., Bybee, D., & Goodkind, J. R. (2018). Understanding the mental health consequences of family separation for refugees: Implications for policy and practice. *The American journal of orthopsychiatry*, 88(1), 26–37. <https://doi.org/10.1037/ort0000272>

- Musliu, E., Vasic, S., Clausson, E. K., & Garmy, P. (2019). School Nurses' Experiences Working With Unaccompanied Refugee Children and Adolescents: A Qualitative Study. *SAGE open nursing*, 5(1), Artikel 2377-9608. <https://doi.org/10.1177/2377960819843713>
- Ogunsiji, O., Ng Chok, H., Mashingaidze, G., & Wilkes, L. (2018). "I am still passionate despite the challenges": Nurses navigating the care for refugees. *Journal of clinical nursing*, 27(17-18), 3335–3344. <https://doi.org/10.1111/jocn.13863>
- Pacquiao D. F. (2008). Nursing care of vulnerable populations using a framework of cultural competence, social justice and human rights. *Contemporary nurse*, 28(1-2), 189–197. <https://doi.org/10.5172/conu.673.28.1-2.189>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Study guide for Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (9 uppl.). Wolters Kluwer.
- Purabdollah, M., Moghaddam Tabrizi, F., Khorami Markani, A., & Shojaei Poornaki, Laleh (2021). Intercultural sensitivity, intercultural competence and their relationship with perceived stress among nurses: evidence from Iran. *Mental Health, Religion & Culture*, 24(7), 687-697. <https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1816944>
- Radl-Karimi, C., Nielsen, D. S., Sodemann, M., Batalden, P., & von Plessen, C. (2022). "What it really takes" - A qualitative study of how professionals coproduce healthcare service with immigrant patients. *Journal of migration and health*, 5(1), Artikel 100101. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100101>
- Rahimaghaee, F., Hatamopour, K., Seylani, K., & Delfan, V. (2016). Nurses' perceptions of care during wartime: a qualitative study. *International nursing review*, 63(2), 218–225. <https://doi.org/10.1111/inr.12240>
- Reece, M. J., & Rubin, S. (2021). Qualitative Pilot Study: Challenges for Primary Healthcare Providers Caring for Refugees in Northeast Ohio. *Cureus*, 13(1), Artikel e12572. <https://doi.org/10.7759/cureus.12572>
- Riggs, E., Davis, E., Gibbs, L., Block, K., Szwarc, J., Casey, S., Duell-Piening, P., & Waters, E. (2012). Accessing maternal and child health services in Melbourne, Australia: reflections from refugee families and service providers. *BMC health services research*, 12(1), 117. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-117>
- Röda Korsets Högskola. (20 september 2022). *Kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering*. <https://www.rkh.se/forskning/kompetenscenter-for-tortyr--och-krigsskaderehabilitering/>
- Samarasinghe, K., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *International nursing review*, 57(2), 224–231. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00790.x>
- Segesten, K. (2011). *Att utbildas till sjuksköterska: Perspektiv på lärande*. Natur & Kultur.
- Sevinç, S., Kılıç, S. P., Ajghif, M., Öztürk, M. H., & Karadağ, E. (2016). Difficulties encountered by hospitalized Syrian refugees and their expectations from nurses. *International nursing review*, 63(3), 406–414. <https://doi.org/10.1111/inr.12259>

Shaffer, F., Bakhshi, M., Farrell, N., & Álvarez, T. (2019). The Role of Nurses in Advancing the Objectives of the Global Compacts for Migration and on Refugees. *Nursing administration quarterly*, 43(1), 10–18. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000328>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2022). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. [https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning\\_studier\\_kvalitativ\\_metodik.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf)

Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S., & Stronks, K. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse education today*, 30(8), 821–826. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.03.006>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* [Broschyr]. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksköterska%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad. Reviderad 2016* [Broschyr]. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062314be/1584005152878/vardegrund%20for%20omvardnad%20reviderad%202016.pdf>

Sverige för UNHCR FN: flyktingorgan. (2022). *Vem är flykting?* <https://www.sverigeforunhcr.se/vem-ar-flykting>

The UN Refugee agency. (2022). *Mid-year Trends 2022*. <https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/635a578f4/mid-year-trends-2022>

Tinghög, P., Arwidson, Ch., Sigvardsdotter, E., Malm, A., & Saboonchi, F. (2016). *Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor* (Rapport 2016:1). Röda Korsets Högskolas. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1060355/FULLTEXT01.pdf>

Tosun, B., & Sinan, Ö. (2020). Knowledge, attitudes and prejudices of nursing students about the provision of transcultural nursing care to refugees: A comparative descriptive study. *Nurse education today*, 85(1), Artikel 104294. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104294>

Wiklund Gustin, L. (2020). *Psykologi för sjuksköterskor* (2 uppl.). Studentlitteratur.

Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Natur & kultur.

Wiley, S. M., Cant, R. P., Williams, A., & McIntyre, M. (2018). Maternal and child health nurses work with refugee families: Perspectives from regional Victoria, Australia. *Journal of clinical nursing*, 27(17-18), 3387–3396. <https://doi.org/10.1111/jocn.14277>

World Medical Association (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. Fortaleza. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

World Bank. (2023.). *World Bank Country and Lending Groups*.  
[https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519#High\\_income](https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519#High_income)

Öhlén, J., & Friberg, F. (2019). Person. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3 uppl., s. 311-336). Studentlitteratur.

Östlinder, G., Norberg, A., Pilhammar Andersson, E., & Öhlén J. (2006). *Erfarenhetsbaserad kunskap – Vad är det och hur värderar vi den?* Svensk sjuksköterskeförening.