



Faktorer som påverkar vid palliativ omvårdnad – ett mångkulturellt perspektiv

**Birgitta Ahlin
Maria Bergström**

Fristående kurs
Omvårdnad – Vetenskapligt arbete, 15 hp (61-90 hp)
Vt 2012

Sektionen för hälsa och samhälle
Box 823
301 18 Halmstad



Factors influencing in palliative nursing –a multicultural perspective

**Birgitta Ahlin
Maria Bergström**

Detached course
Nursing Thesis, 15 ECTS credits (61-90 ECTS credits)
Spring 2012

School of Social and Health Sciences
P.O. 823
S- 301 18 Halmstad

Titel	Faktorer som påverkar vid palliativ omvårdnad – ett mångkulturellt perspektiv
Författare	Birgitta Ahlin och Maria Bergström
Sektion	Sektionen för hälsa och samhälle, Högskolan i Halmstad
Handledare	Annika Wing-Hörnfeldt, Universitetsadjunkt, Fil. Mag.
Examinator	Susann Arvidsson, Universitetslektor, Fil. Dr.
Tid	Vårterminen 2012
Sidantal	17
Nyckelord	faktorer, kulturell mångfald, palliativ omvårdnad
Sammanfattning	<p>Döden angår oss alla och vår kulturella bakgrund har stor betydelse för hur vi möter den. Palliativ vård fokuserar på att ge stöd och lindring till döende patienter för att öka deras livskvalitet. Av Sveriges invånare har var sjätte utländsk bakgrund och detta ställer andra och delvis nya krav på sjukvården. Syftet med studien var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskans palliativa omvårdnad till patienter från andra kulturer. Studien är en litteraturöversikt där tolv artiklar analyserats utifrån syftet. I resultatet finns många olika faktorer som påverkar sjuksköterskans omvårdnadsarbete av palliativa patienter i en mångkulturell vårdssituation. Resultatet delades upp i tre huvudkategorier: <i>kulturell kommunikation</i>, <i>kulturell medvetenhet/kunskap</i> och <i>kulturella skillnader/behov</i>. För att kunna ge patienter med annan kulturell bakgrund en palliativ omvårdnad med hög kvalitet behövs medvetenhet och kunskap hos sjuksköterskan om deras specifika behov. Utvidgad utbildning och diskussion behövs i ämnet och svenska empiriska studier som belyser dessa patienter och anhörigas behov. Det är nödvändigt att både den specialiserade palliativa vården och övrig vård tar del i både forskning och utbildning, eftersom palliativa patienter från andra kulturer finns inom de flesta specialiteter.</p>

Titel	Factors influencing in palliative nursing – a multicultural perspective
Authors	Birgitta Ahlin and Maria Bergström
Department	School of Social and Health Sciences, University of Halmstad
Supervisor	Annika Wing-Hörnfolk, Lecturer, MScN
Examiner	Susann Arvidsson, Lecturer, PhD
Period	Spring 2012
Pages	17
Key words	cultural diversity, factors, palliative care,
Abstract	<p>Death concerns everyone and our cultural background has a big impact on how we face it. The palliative care focuses on improving the quality of life by giving support to and ease the suffering of dying patients. Every sixth person of the population of Sweden has a non Swedish cultural background and this fact creates different and partly new demands for the health care. The aim of this study was to describe the factors that influence the palliative nursing to patients from different cultures. A literature review has been conducted in which twelve articles were analyzed. This resulted in different factors that a nurse has to take into consideration when working with palliative patients from different cultures. The results have been divided into three main categories; <i>cultural communication</i>, <i>cultural awareness/knowledge</i> and <i>cultural differences/needs</i>. Nurses need to be aware of differences and possess the relevant knowledge to be able to provide patients with good palliative nursing. There is a need for Swedish empirical studies to illustrate the needs of patients and relatives from a different culture. Expanded education and discussion of the subject is also needed. It is necessary that all health care specialties and not only the specialized palliative care take part in both research and education. Since palliative patients from different cultures exist in almost all specialties.</p>

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Palliativ vård/omvårdnad	1
Historik	1
Palliativ vård idag	2
Kultur och mångkulturell omvårdnad	3
Historik	3
Kultur	4
Mångkulturell omvårdnad	4
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	5
Datainsamling	5
Databearbetning	6
Resultat	7
Kulturell kommunikation	7
Kulturell medvetenhet/kunskap	8
Kulturella skillnader/behov	9
Diskussion	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
Konklusion	16
Implikation	16
Referenser	

Bilagor

Bilaga A Tabell 1. Sökordsöversikt

Bilaga B Tabell 2. Sökhistorik

Bilaga C1-8 Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Bilaga D1 Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Inledning

Fyrahundratusen av Sveriges cirka nio och en halv miljoner invånare är invandrare (Migrationsverket, 2012). Det innebär att var sjätte patient av de döende patienter sjuksköterskan möter inom alla specialiteter i den svenska vården har en annan kulturell bakgrund. De värden, uppfattningar och traditioner som varit betydelsefulla för personen under livets gång, påverkar ännu mer när döden närmar sig och förberedelserna börjar för att möta den (Hanssen, 2009).

Den palliativa vården är enligt Socialstyrelsen mycket viktig och bör finnas i hela landet samt vara tillgänglig för alla, på lika villkor (SOU, 2001:6). Enligt Reese, Melton & Ciaravino (2004) finns det indikationer på att patienter tillhörande en annan kulturell grupp än den inhemska, inte erhåller samma kvalitet och/eller kvantitet i vården.

Palliativ vård fokuserar enligt Socialstyrelsens termbank (u.å., i.s.) på att kunna ”lindra lidande och stödja patienten med fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov”, vilket innebär att sjuksköterskan behöver se till patientens hela livssituation. Den vård som ges under patientens sista tid i livet, har som mål ”to provides relief from pain and other distressing symptoms; affirms life and regards dying as a normal process; intends neither to hasten or postpone death” (WHO, 2002, i.s.). I sjuksköterskans arbetsuppgifter ingår att bedöma, planera, genomföra och utvärdera de vårdhandlingar vilka krävs för att minska patientens lidande (Socialstyrelsen, 2005).

Bakgrund

Palliativ vård/omvårdnad

Historik

Historiskt sett har vården av döende patienter fram till mitten av 1800-talet naturligt hanterats inom familjen (Feigenberg, 1971). Vid dödsfall fanns personen kvar i hemmet och alla hjälptes åt med det som behövde göras. Efter världskriget accelererades utvecklingen inom det medicinska området och allt eftersom den medicinska vetenskapen gick framåt blev döden inte längre något självklart, utan i stället något skrämmande. Den naturliga platsen att dö på var inte längre den sjukes hem, utan på sjukhuset. Omvårdnaden förflyttades från familjen till läkaren och vårdpersonalen. Döden var inte längre en naturlig del av livet, utan något som hände på sjukhuset, och sågs mer och mer som ett misslyckande för vårdpersonalen. För läkare och vårdpersonal resulterade det i en tystnad och en känsla av skam runt allt som hade

med död och döende att göra, framförallt inför den person som var döende. Dessa skamkänslor gjorde att vårdpersonalen inte kommunicerade tillräckligt med den döende eller med de närstående. Synen på barnen var annorlunda än idag, de hölls helt utanför därför att det ansågs bäst för dem om de skyddades från allt som hade med döden att göra (ibid.).

Hospicerörelsen började utvecklas i Storbritannien på 1960-talet (Feigenberg, 1971). Loma Feigenberg, psykiatriker och onkolog, uppmärksammade 1971 ”det onödiga lidandet” i Sverige. Han ansåg att oräkneliga patienter dog i större plåga, smärta och ensamhet än vad som skulle behövas. Feigenberg ansåg det viktigt att tala öppet om döden, och att förbereda patienten på vad som var förestående (ibid.). I slutet av 1970-talet tog Feigenberg upp frågan om palliativ vård i sitt forskningsarbete om den psykologiska sidan av döendets process (Feigenberg, 1977). En statlig utredning rörande vård vid livets slut, gjordes vid denna tid, och slutrapporten *I livets slutskede*, publicerades 1979 (Sandman & Woods, 2003).

Palliativ vård idag

Den moderna hospicerörelsen uppstod bland annat som en motreaktion mot den alltmer tekniska sjukvården (Feigenberg, 1971). Tekniken tillförde större livskvalitet för många människor, men hospicerörelsens pionjärer menade att det också fanns negativa sidor, till exempel livsuppehållande åtgärder som blev till nackdel för vissa patienter. När svårt sjuka människor förstod att de kunde få vård i hemmet efter behov, började de så småningom välja bort sjukhusvården (Beck-Friis & Strang, 1993). Idag finns i många länder över hela världen hospice och palliativa team som åker hem till de svårast sjuka patienterna.

I Socialstyrelsens termbank (u.å., i.s.) delas palliativ vård in i:

Allmän palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård.

Specialiserad palliativ vård som ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov och som utförs av ett multiprofessionellt team med specialistkompetens i palliativ vård.

WHO (2002) beskriver palliativ vård som ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och deras familjer som drabbats av livshotande sjukdom. Detta innebär att de viktigaste delarna i en välfungerande palliativ vård är: symtomlindring, teamarbete, kommunikation och relation samt stöd till närstående (SOU, 2001:6). Det övergripande målet är att främja välbefinnande och understödja värdighet i livets slutskede (ibid.). Enligt WHO (2002) innebär det också att integrera psykologiska och andliga aspekter i patientens omvårdnad och att ge det stöd som behövs för att hjälpa patienten att kunna leva ett så aktivt liv som möjligt fram till döden (ibid.).

Det finns länder, till exempel USA, Storbritannien, Australien och Danmark, som enligt Bylund Grenklo (2012) har infört ett advance directive eller livstestamente, där personer som är mentalt kapabla att fatta viktiga beslut, kan uttrycka vilken vård de önskar när de befinner sig vid livets slut och vilka människor som patienten önskar att ha hos sig då. I livstestamentet kan även dokumenteras vilken närstående person som har rätt att fatta nödvändiga beslut när så fordras. Livstestamenten är enligt Bylund Grenklo (2012) inte juridiskt bindande i Sverige, men riksdagen har lagt in en motion till regeringen (Riksdagen, 2011/12: So316) om att det ska vara möjligt för patienten att få sitt livstestamente infört i journalen och att den ska vara åtkomlig även för vårdgivare utanför det egna landstinget. Enligt Socialstyrelsen (SOU, 2001:6), bör läkaren ha ett brytpunktssamtal med patient och närstående vid övergång till palliativ vård, när det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande. Detta samtal med patient och anhöriga innehåller en fortsatt vårdplan utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål (ibid.). I England har det utarbetats en standardvårdplan, Liverpool Care Pathway (LCP) som är tänkt att kunna användas under de sista dyggen/veckan i livet (Ellershaw & Wilkinson, 2003). Den ger riktlinjer och dokumentationsstöd för vården av döende patienter, men kan också användas för att identifiera behov. LCP har 18 tydliga mål som bedöms vara viktiga för patienter i livets slutskede. När LCP ordinerar börjar det med att läkaren har ett brytpunktssamtal med patient och anhöriga. Syftet med LCP är också att sprida kunskap om palliativ vård till andra vårdformer. Nationella riktlinjer för LCP finns i flera länder, bland annat Sverige, England och Nya Zeeland. För att påverka och stödja den internationella utvecklingen av LCP-dokument skapades en internationell LCP-styrgrupp 2010 (ibid.).

I kompetensbeskrivning för sjuksköterskor enligt Socialstyrelsen (2005) står det att vården som ges ska vara kunskapsbaserad, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i god tid. Enligt Johnsson & Sahlin (2010) skiljer sig den palliativa vården från flertalet andra vårdverksamheter genom syftet med vården och behandlingen, samt individens extrema utsatthet. Den palliativa vårdens värdegrund kan enligt Carlberg (2012) sammanfattas med fyra ledord; närhet, helhet, kunskap och empati.

Kultur och mångkulturell omvårdnad

Historik

Historiskt sett var Sverige fram till 1930 en nation med stor utvandring (Migrationsverket, 2012). Det har på många sätt satt sina spår, många svenskar har avlägsna släktingar i framförallt USA sedan den tiden. Flyktingarna under och efter andra världskriget vände Sverige från emigrations- till immigrationsland. Efter andra världskriget, och fram till 1970-talet var det arbetskraftsinvandringen som dominerade, då invandring endast tilläts om Sverige behövde arbetskraft. Invandringen ökade i Västeuropa under 1980-talet då det blev de asylsökandes årtionde. På 1990-talet minskade en del invandring på grund av att det kalla kriget upphörde och flera långa krig slutade, till exempel mellan Iran-Irak. Samtidigt ökade

invandringen från bland annat forna Jugoslavien. När millenniet gick mot sitt slut började EU-samarbetet utvecklas. Sverige gick med i Schengenavtalet 2001, vilket innebar att gränserna inom delar av Europa öppnades och invandringen ökade trots att inga nya stora krig utbrutit. En tillfällig lag år 2006 gjorde att många som tidigare fått beslut om avvisning fick en ny prövning. Detta innebar att det blev ett år med invandringsrekord. De sista femtio årens internationella händelser har gjort Sverige till ett mångkulturellt samhälle (ibid.).

Historiskt har människan levt i grupp för att överleva (Olsson, Geels & Kide, 2008). Ingen har klarat sig på egen hand, utan alla har haft sin uppgift och sitt värde inom gruppen. Att leva i grupp betyder anpassning, det går inte att negligera andras åsikter. Denna grupp kan vara den utvidgade familjen, släkten eller klanen. Gruppen erbjuder trygghet, social samvaro och omsorg, men den medlem som väljer att bryta sig ur riskerar att bli utstött. I en grupporienterad kultur är det gruppen och inte den enskilde medlemmen som är det centrala. I en sådan kultur är det en del av den stora kroppen, en del av den gemensamma erfarenheten, som dör när någon avlider. Därför är det centralt för gruppen att hedra den som avlidit och även stötta de närmast anhöriga. I Sverige har samhället genom den offentliga sektorn tagit över en del av det ansvar som tidigare var gruppens. På grund av detta har de flesta i Sverige lämnat gruppulturen och utvecklat en individkultur (ibid.).

Kultur

Kultur definieras på olika sätt av olika författare och forskare. Den definition som har den snävaste innebörden används när det syftas på någon konstform, till exempel opera (Björngren Cuarda, 2010). Den bredaste definitionen innefattar all mänsklig organisering av liv och verksamhet. Det innebär att inom ett land finns ett flertal grupper med olika kulturer (ibid.). En framstående omvårdnadsteoretiker, Madeleine Leininger, definierar kultur som: "the learned and shared beliefs, values, and lifeways of a designated or particular group that are generally transmitted intergenerationally and influence one's thinking and action modes" (citerad av Kemp, 2005, s.44). Kemp menar att en människas kultur är de övertygelser som tillägnats under livets gång och därför inte handlar endast om etnicitet (ibid.).

Mångkulturell omvårdnad

Mångkulturell omvårdnad definieras av Leininger som: "a humanistic and scientific area of formal study and practise in nursing that studies cultures comparatively with regard to differences and similarities in care health and illness patterns" (citerad av Rajan, 1995, s.451).

För vårdpersonal kan mötet med patient och anhöriga från andra kulturer upplevas olika (Olsson et al., 2008). Dels kan det vara intressant att få lära känna andra sätt att se på sjukdom, lidande, medicinering och död, men det kan även vara påfrestande: med anhöriga som visar mycket känslor, med patienter och/eller anhöriga som ställer i sjuksköterskans ögon

orimliga krav, eller att det kommer alldeles för många besökare till den sjuke. Det är då inte i första hand det gemensamma som gör att sjuksköterskans relation med patient och anhöriga blir bra, utan förmågan att hantera olikheterna (ibid.). I mötet med andra börjar reflektionen över det som alltid tagits för givet (Björngren Cuarda, 2010). Om innebörden av att behandla alla lika betyder att alla erhåller exakt samma insats kan det få diskriminerande konsekvenser. Därför behöver människors olikheter uppmärksammas och meningen bör vara att alla ska bli behandlade utifrån sina behov och förutsättningar. Det finns karaktärsdrag som säger hur en person från Sverige är och det innefattar även hur beteendet i en vårdssituation förväntas vara (Björngren Cuarda, 2010). Ett annat beteende ses ofta som avvikande även om dessa karaktärsdrag enligt Björngren Cuarda (2010) är en social konstruktion i vårt samhälle och inte några inneboende egenskaper hos enskilda individer.

Problemformulering

Samhället idag är mångkulturellt och i samband med döden och döendet blir uttrycken för den egna kulturen särskilt viktiga. Patienter från andra kulturer bör få palliativ omvårdnad av hög kvalitet och det är av vikt att ta reda på vilka faktorer som påverkar kvaliteten på omvårdnaden.

Syfte

Syftet var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskans palliativa omvårdnad till patienter från andra kulturer.

Metod

En litteraturöversikt har genomförts enligt Fribergs (2006) modell. Målet med denna litteraturöversikt var att sammanställa befintlig forskning för att få en inblick och en övergripande förståelse och kunskap i valt ämne.

Datainsamling

Sökningarna startade 2012-01-18 och avslutades 2012-03-18 (bilaga B). De databaser som valdes att söka relevanta artiklar i var: Cinahl, Pubmed, PsycInfo, Academic search elite och Swemed, eftersom de ansågs innehålla relevant omvårdnadsinriktad forskning. Sökorden (bilaga A) har under arbetets fortskridande ändrats. Sökorden aspects, culture, multiculture, palliative care och transcultural användes vid fritextsökning. Sökorden gav inga resultat som

överensstämde med syftet utan det visade sig att palliative care och cultural diversity var de sökord som gav flest träffar. Samtidigt var dessa ord i PubMed också de MeSH-termer som stämde med syftet. Antalet träffar blev få när MeSH termerna användes, och därför valdes fritextsökning även i fortsättningen. För att inte gå miste om något väsentligt gjordes även sökningar i de tidigare använda databaserna med sökordet nurse*.

Det har genomförts ett flertal sökningar i både SweMed och PubMed med inga träffar. Alla sökningar i dessa databaser redovisas därför inte i sökhistoriken. Vid sökning i Halmstads universitets sökmotor Summon med orden cultural diversity AND palliative care med inklusionskriterierna: vetenskapliga tidskrifter och inom elva år blev det en träff.

En omfattande manuell sökning har också genomförts. I varje artikel som ingår i resultatet har referenserna systematiskt gått igenom. Alla referenser som är yngre än elva år har sökts via högskolebibliotekets databas, Summon. De artiklar som redan finns i resultatet och även de artiklar som används i bakgrund och diskussion har då återkommit. Inga ytterligare originalartiklar har hittats. För att ytterligare säkerställa att det inte går att hitta mer till resultatet har även reviewartiklar, som tidigare valts bort, genomsökts avseende referenser. Även då har endast redan befintliga studier i närvarande litteraturöversikt återkommit.

Sex artiklar relevanta till syftet hittades i Cinahl. I PubMed hittades fem artiklar som inte funnits i Cinahl och ytterligare en artikel i PsycInfo (bilaga B). Inklusionskriterier var: vetenskapliga studier mellan 2002-2012, med undantag för en svensk studie som är från år 2000, och inkluderades därför att det var den enda helsvenska studie som hittades vid sökningarna. Exklusionskriterier har varit: artiklar där endast religion beskrivs och andra kulturella aspekter inte tagits upp, artiklar som endast handlat om enskilda etniska grupper, artiklar utan abstract och reviewartiklar. Totalt har tolv artiklar som stämmer med syftet, hittats. Det är endast vuxna som deltar i dessa studier. Elva är kvalitativa studier medan en är kvantitativ (bilaga C och D). Alla artiklar är referegranskade. Vid urval 1 genomlästes artiklarnas titlar och de artiklar valdes ut som stämde med syftet, samt de artiklar vars titel var oklar och det därför inte gick att utläsa om de stämde med syftet genom att endast läsa titeln. Övriga artiklar valdes bort (bilaga B). Därefter gjordes vid urval 2 ytterligare en avgränsning då de valda artiklarnas abstract bedömdes (bilaga B).

Databearbetning

De totalt tolv artiklar som valdes ut lästes igenom flera gånger för att se att de verkligen motsvarade syftet. Sedan kvalitetsgranskades de enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani, (2011) (bilaga C & D). Därefter fingranskades artiklarna för att få fram resultatet. Resultatet skrevs ner i en löpande text för att sedan granskas ingående och kategoriseras. Delar och meningar i resultatet flyttades till de olika kategorierna. De delar som inte stämde med syfte och frågeställning togs bort. Resultatet kondenserades och reducerades för att till slut mynna

ut i tre kategorier; Kulturell kommunikation, kulturell medvetenhet/kunskap och kulturella skillnader/behov.

Resultat

Kulturell kommunikation

Kommunikation är en viktig faktor som påverkar den palliativa omvårdnaden, och en förutsättning för en god kvalitet i den kulturella omvårdnaden (Ekblad, Marttila & Emilsson, 2000; Huang, Yates & Prior, 2009a; Richardson, Thomas & Richardson, 2006). Missförstånd på grund av problem med kommunikationen upplevs som svårigheter i den palliativa omvårdnaden, speciellt när patienten inte talar samma språk som personalen (Ekblad et al., 2000).

En öppen kommunikation (figur 1, s11) med patient och anhöriga underlättar förståelsen för de kulturella behov som finns, dessutom underlättar det för sjuksköterskan att ge patienten adekvat palliativ omvårdnad (Huang et al., 2009a). Det krävs att sjuksköterskan visar samma lyhördhet (figur 1) och empati för den kommunikativa processen som för alla andra faktorer som påverkar den palliativa omvårdnaden. Att lyssna, ge tid, ställa lämpliga frågor och använda olika kommunikativa strategier är väsentliga delar i en kulturell palliativ omvårdnad med hög kvalitet. Det innebär att de tillgängliga kommunikationsstrategier som går att hitta används på ett medvetet sätt. Om viss verbal kommunikation går att använda är det den första strategin. En strategi kan vara att sjuksköterskan lär sig några ord på patientens språk och patienten några andra ord på det dominerande språket. Icke verbal kommunikation är också betydelsefull. Den kan bestå i att till exempel tolka ansiktsuttryck, tystnad, ögonkontakt, olika symboler eller teckningar att peka på, gester och kroppsspråk. De icke verbala kommunikationsstrategierna (figur 1) används i all kommunikation, men är av större betydelse när sjuksköterskan vårdar patienter från en annan kultur då det är lättare att missförstånd uppstår än vid kommunikation på det egna språket (ibid.) Personal som kommer från olika kulturer och talar olika språk kan vara till stor hjälp i omvårdnaden. De blir en brygga mellan patient, anhöriga och övrig personal (Ekblad et al., 2000).

Kommunikationens uttryckssätt är olika från kultur till kultur. Språkets struktur och innebörden i orden har betydelse (Iranmanesh, Ghazanfari, Sävenstedt & Häggström, 2011). Att vara ärlig och ge ett klart besked om till exempel prognos och behandling är en väsentlig del i den palliativa vården i många länder och kan både underlätta och störa kommunikationen med patienter från en annan kultur (Richardson et al.,2006). Det underlättar eller stör den palliativa omvårdnaden beroende på hur den aktuella kulturen förhåller sig till sanningssägande. Dessutom påverkar graden av sanning patientens rätt till information och delaktighet i besluten. Språket och nivån på utbildning hos patienten har också stor betydelse

för kommunikationen och dessutom hur patienten kan ta till sig den information som ges. Kulturella och språkliga tolkningar av olika ord kan få stor betydelse i omvårdnaden (ibid.).

När det inte finns ett gemensamt verbalt språk mellan patient och sjuksköterska är det ofta nödvändigt att använda tolk för att kunna kommunicera överhuvudtaget (Somerville, 2007). Sjuksköterskor är dock ofta tveksamma till att använda tolk i den palliativa vården. De ifrågasätter tillförlitligheten i hur tolken översätter oavsett om tolken är familjemedlem eller någon utomstående (Ekblad et al, 2000; Somerville, 2007). Tolk (figur 1) kan användas när sjuksköterska eller patient anser att det behövs, men det är viktigt att båda kan lita på tolken. Att använda utomstående tolk är inte helt okomplicerat (Diver, Molassiotis & Weeks, 2003a; Huang et al., 2009a). Det är ofta svårt med trepartssamtal, särskilt när det handlar om svåra ämnen som döden och döendet. Det blir också oftast en väntan mellan att ett behov av tolkning uppstår och tidpunkten för samtalet. Sjuksköterskorna har dessutom funderingar kring hur tolken hanterar det svåra, känsliga materialet efter tolkningen. Familjemedlemmar som tolk ifrågasätts av många sjuksköterskor på de palliativa enheterna, då det är svårt att veta om de anhöriga tolkar korrekt. Vissa sjuksköterskor föredrar ändå att använda en familjemedlem som tolk då de menar att den anhörige även kan hjälpa till med att berätta om patientens livshistoria (ibid.).

Kulturell medvetenhet/kunskap

Bland de faktorer som är betydelsefulla för den palliativa omvårdnaden av patienter från en annan kultur är kulturell medvetenhet och kunskap där lyhördhet och ett empatiskt förhållningssätt har stor betydelse (Doorenbos & Myers Schim, 2004; Huang, Yates & Prior, 2009b). Sjuksköterskor i den palliativa vården som är medvetna om kulturella skillnader och förstår patientens behov, kan svara mer effektivt och lämpligare på patienters enskilda behov och har en öppenhet (figur 1) för alternativa former av behandling som är relaterade till kulturell/religiös tro (Doorenbos & Myers Schim, 2004; Huang et al., 2009b). Vissa sjuksköterskor har anpassat sig mycket för att tillmötesgå patientens individuella, kulturella och/eller religiösa behov (Huang et al., 2009b). Patienter från kulturella minoriteter är mer känsliga för kulturella skillnader och har en större medvetenhet om hur kulturen påverkar individen. För att möta dessa patienter öppet och utan fördomar behöver sjuksköterskor som arbetar med palliativ omvårdnad ha en god självkänedom (figur 1) om sina egna värderingar (figur 1). Utan god självkänedom om det egna kulturella synsättet har sjuksköterskan sämre förutsättningar att kunna visa lyhördhet för andras kulturella yttringar. Kulturell medvetenhet är således första steget i att kunna förstå kulturella skillnader i den palliativa omvårdnaden (ibid.). Personal som själva har vistats utomlands i perioder har upplevt betydelsen av den egna kulturen och därigenom fått en ökad medvetenhet och förståelse för sina patienters kulturella behov (Ekblad et al., 2000). För att kunna ge en god palliativ vård till en patient från en annan kultur är samverkan mellan insikt, professionell erfarenhet (figur 1) och personlig kompetens nödvändig (Gunaratnam, 2007).

Upplevelser av möten med människor från andra kulturer påverkar sjuksköterskorna i den palliativa vården i både positiv och negativ riktning (Huang et al., 2009b). De positiva upplevelserna hjälper till att öka medvetenheten och motiverar till fördjupad kunskap för att få en djupare förståelse och kunskap för kulturell mångfald, för att senare bättre kunna möta de kulturella behoven hos patienter och deras närstående. De negativa upplevelserna däremot kan leda till frustration och stereotypa föreställningar (ibid.). Egna erfarenheter av att själv ha haft någon döende anhörig ses som en resurs (Iranmanesh et al., 2011). Det ger en ytterligare dimension i arbetet med patienterna, liksom de erfarenheter sjuksköterskorna tillägnat sig i arbetet med döende patienter från en annan kultur. De ibland emotionellt krävande uppgifter i arbetet ger erfarenhet och ses inte som något negativt eller främmande. De krävande upplevelserna ses istället som en tillgång, vilket ökar den kulturella medvetenheten. Även en acceptans av att inte veta svaret på allt ses som en tillgång och erfarenhet att använda i arbetet (ibid.).

Filosofin och synsättet i organisationen som den palliativa enheten tillhör har betydelse (Huang et al., 2009a). En organisation som är öppen för andra kulturer och involverar dessa i beslut, är en viktig del i hur patienternas och deras närståendes individuella behov blir tillgodosedda. Att få utbildning i hur kulturell mångfald kan lyftas upp och medvetandegöras ger en trygghet för sjuksköterskan i den palliativa omvårdnaden av patienter och närstående (Diver et al., 2003a; Huang et al., 2009a; Huang et al., 2009b).

Det finns en rädsla hos sjuksköterskor i den palliativa vården att utbildning om olika kulturer ska göra vården mer inriktad mot etniciteten än mot individen så att den palliativa individuella omvårdnaden går förlorad. Däremot efterfrågas träning och diskussioner om olika kulturella olikheter och dilemman som sjuksköterskor kan hamna i (Ekblad et al., 2000; Gunaratnam, 2007; Huang et al., 2009b; Owens & Randhawa, 2004; Richardson et al., 2006; Somerville, 2007). Den typen av diskussion och träning ger en kulturell medvetenhet som avhjälper ett stereotypt förhållningssätt (ibid.).

Kulturella skillnader/behov

Andra faktorer som påverkar omvårdnaden är de kulturella skillnaderna och behoven. Boende i ett annat land under en längre tid gör att vistelselandets kultur blir mer eller mindre integrerad med ens personlighet och livsstil, men vid svår sjukdom och död blir ofta den ursprungliga kulturen viktig igen (Diver, Molassiotis & Weeks, 2003b; Ekblad et al., 2000). Kultur bör i den palliativa vården alltid ses utifrån den individuella kontexten (figur 1), eftersom det är så många faktorer som har betydelse. Människor från olika kulturella minoriteter har lärt sig att förhålla sig till den nya kulturen och förväntar sig oftast ingen särbehandling (Diver et al., 2003a). De har blandat kulturerna utifrån sina individuella behov, och uttrycker inte någonting om sina ursprungliga kulturella behov. De har också lärt sig lösa sina individuella/kulturella behov utan att ställa krav på omgivningen. Detta leder till att patienter som till exempel önskar speciell mat låter familjen hämta den istället för att fråga om det går att ordna på vårdinrättningen. Patienterna som löser sina behov på egen hand kan göra

det delvis på grund av en rädsla för försämring av den individuella vården om de i sjuksköterskans ögon ställer för höga krav. Den nya kulturen patienten lever i kan också delvis ha förändrat synen på vad som går att förvänta av familjen i denna typ av situation och intressekonflikter kan då uppkomma (ibid.). Maten har en central roll i många kulturer och skillnaderna är stora i hur det hanteras på de palliativa enheterna (Ekblad et al., 2000). Vid de hospice där patienterna har ett eget kök att tillgå visas en tydlig förståelse för dessa behov (ibid.).

Synen på vad kultur är har betydelse för hur människor interagerar med varandra (Huang et al., 2009b). En uppfattning är att kultur och religion överlappar varandra och är likvärdiga. I det synsättet ses kultur som något bestående. Kultur kan också ses som en norm vilken dikterar hur människor lever, vilka beslut som tas, värderingar, sättet att se på tingens betydelse, attityder och beteenden. Inverkan av trossystem och etnicitet har betydelse, men det ses inte som det primära (ibid.). Kultur ses då inte heller som något statiskt (Diver et al., 2003b), utan betydelsen ändrar sig över tid och varierar mellan olika individer. Att bo i ett annat land med en annan kultur påverkar olika individer olika mycket (ibid.). Ingen enskild kultur kan ge en komplett bild av de frågor som är relaterade till omvårdnaden av döende. Därför behövs en pågående öppen dialog mellan olika kulturer (Iranmanesh et al., 2011; McGrath, Holewa, Koilparampil, Koshy & George, 2009).

Det är en komplex situation som sjuksköterskan befinner sig i när hon/han ska vårda en patient i palliativt skede, med en annan kultur än sin egen (Owens & Randhawa, 2004). Även om det finns specifika kulturella sedvänjor finns det samtidigt individuella skillnader (Huang et al., 2009b; Owens & Randhawa, 2004). Upplevelserna vid möten med patienter och anhöriga från kulturella minoriteter kan ibland upplevas problematiska och då ge upphov till ett stereotypt sätt att se på människor angående deras kulturella sedvänjor och behov (Gunaratnam, 2007; Huang et al., 2009b). Det kan till exempel röra sig om hudfärg eller annat som gör att förhastade slutsatser dras om individen. Det påverkar sjuksköterskorna i deras attityd och bemötande när det gäller omvårdnaden av patient och närstående och kan utgöra ett hinder för sjuksköterskan att möta patienterna utifrån deras enskilda behov (ibid.). Konflikter mellan personal och patient kan uppstå och mellan patienter när respekten är otillräcklig (Divers et al., 2003a). Det är också möjligt med det omvända, att sjuksköterskor med bakgrund i en etnisk minoritet hamnar i en konfliktsituation med patient som vägrar ta emot vård på grund av vårdarens etnicitet (Richardson et al., 2006). I all kulturell omvårdnad är det speciellt viktigt att visa respekt (Huang et al., 2009b). Respekt för patientens unika upplevelse av att vara en individ med behov som är påverkade av kulturella aspekter och tro. En attityd av respekt (figur 1) är fundamental om relationen mellan sjuksköterska och patient från en annan kultur ska fungera. Utan respekt kan inte någon tillit byggas upp (Huang et al., 2009b; Owens & Randhawa, 2004).

Att integrera kulturella behov i palliativ vård är att möta de kulturella önskemål patient och närstående har och göra dessa till en del i omvårdnaden (Huang et al., 2009a). De olika kulturella eller religiösa ritualer som påverkar patienten i det dagliga livet, till exempel mat och hygien integreras i omvårdnaden. Den kultur och enskilda tro som påverkar patienten har

stor betydelse för honom/henne vid livets slut. Att inrymma kulturella behov i klinisk verksamhet kräver att sjuksköterskan kan se patientens sjukdom och behandlingar utifrån patientens perspektiv och livsstil. Sjuksköterskans lyhördhet för kulturella behov påverkar hur omvårdnaden kring den döende patienten blir. Det är en komplicerad process att inrymma kulturella behov som består av en mängd olika varianter av sociala interaktioner (ibid.).

Patienter i den palliativa vården är ofta i behov av att få hjälp med sin smärtproblematik. Livskvaliteten påverkas i hög grad av smärtbehandlingen (Huang et al., 2009a). Smärta är en privat och subjektiv upplevelse som påverkas av det kulturella synsättet. Sjuksköterskor som aktivt försöker möta patientens smärtupplevelse (figur 1) kan ge bättre smärtlindring (ibid.). I palliativ vård ingår att vara ärlig och tydlig (figur 1) mot patient och anhöriga. (Huang et al., 2009a). Patienten ska inte behöva känna otrygghet på grund av kunskapsbrist, utan ska få veta och ta del av prognos och behandlingsstrategier. Det kan bli ett dilemma för personalen om patienten kommer från en kultur där traditionerna inte tillåter att patienten får veta diagnos och/eller prognos (ibid.). I vissa kulturer är det mest centrala att patienten ska behålla hoppet om att kunna tillfriskna, därför tillåter de anhöriga inte att sanningen sägs (Mc Grath et al., 2009) och eftersom patienterna ofta inte känner till sin prognos söker de sig till den kurativa vården och avlider där istället för att få del av den specialiserade palliativa vården (ibid.).

Patienterna bör aktivt tillfrågas om sina kulturella behov för att dessa ska kunna tillgodoses (Diver et al., 2003b; Huang et al., 2009a). Med hjälp av olika strategier kan sjuksköterskan öka sin kreativitet. Sjuksköterskan kan till exempel kommunicera med den person i familjen som tar besluten. Det underlättar för den palliativa omvårdnaden och kan bland annat hjälpa till att identifiera patientens behov, vilket också kontakt med ledare för patientens religiösa inriktning kan göra. Vårdpersonal som kommer från kulturella minoriteter kan utgöra en viktig resurs (Huang et al., 2009a; Iranmanesh et al., 2011).



Figur 1. En illustration av de tre kategorier som resultatet mynnat ut i.

Diskussion

Metoddiskussion

Systematiska sökningar genomfördes med sökord i fem databaser (bilaga B). Det visade sig snart att endast några få sökord gav resultat som stämde med syftet. Av den anledningen begränsades sökorden relativt tidigt. Sökordet aspekt användes först därför att syftet i inledningen av studien innehöll det ordet, men det gav inga träffar och ändrades därför. För att få tillräckligt med material utvidgades istället antalet databaser med ytterligare två. Att sökorden tidigt blev få kan anses som en svaghet men när det visade sig att det endast var tolv artiklar som var användbara till resultatet, utökades sökorden igen med nurse* för att se om det gick att finna fler relevanta artiklar. Det genomfördes dessutom flera manuella sökningar, då referenserna till funna resultatartiklar och reviewartiklar granskades. Många av dessa artiklar valdes bort på grund av att de var för gamla. Övriga artiklar stämde antingen inte med syftet, eller var dubletter. Att det inte hittades några nya artiklar ger evidens åt aktuell litteraturöversikt. Vetenskapliga artiklar har eventuellt gått förlorade på grund av att sökningar har gjorts av artiklar på engelska. Vid genomläsningen av artiklarnas titlar begränsades urvalet till de titlar som stämde med syftet eller det var oklart om det stämde med syftet genom att endast läsa titeln (urval 1, bilaga B). På detta sätt kan intressanta artiklar missats. Ytterligare en avgränsning gjordes därefter då artiklarnas abstract lästes och bedömdes (urval 2, bilaga B).

När resultatartiklarna sammanställdes fanns endast en artikel skriven i Sverige (Iranmanesh et al., 2011). Det var en jämförelse mellan Sverige och Iran. Det saknades artiklar som endast var från Sverige och även från övriga Norden. Det kan ses som en svaghet att inte ha någon svensk artikel i resultatet, därför gjordes flera extra sökningar för att inte missa någon artikel. En artikel från Sverige (Ekblad et al., 2000) fanns, men den var 13 år och föll därmed utanför inklusionskriterierna. När det visade sig att det inte gick att hitta yngre svenska artiklar beslöt det att behålla den till resultatet.

Hälften av de funna artiklarna var från Storbritannien (Diver et al., 2003a; Diver et al., 2003b; Gunaratnam, 2007; Owens & Randhawa, 2004; Richardson et al., 2006; Somerville, 2007), en artikel var från USA (Doorenbos & Schim, 2004), två från Australien (Huang et al., 2009a; Huang et al., 2009b) och en artikel jämförde kulturell palliativ vård i Australien och Indien (Mac Grath et al., 2009). Samtliga artiklars överförbarhet till svenska förhållanden var god. De faktorer som påverkar kulturella minoriteters omvårdnad är sannolikt densamma oavsett vilken den dominerande kulturen är.

En av de valda artiklarna byggde på en kvantitativ studie (Doorenbos & Schim, 2004). De övriga var kvalitativa och byggde på individuella intervjuer eller fokusgruppsintervjuer. Detta ansågs vara relevant för studiens syfte då ämnet var av kvalitativ karaktär. I tio av resultatartiklarna var deltagarna sjuksköterskor. I en var det endast patienter (Diver et al.,

2003b) som deltog, medan en hade både sjuksköterskor och patienter (Mc Grath, 2009). Det var relevant till denna studies syfte, även om det kan ses som en svaghet att det är få studier som visar ämnet från patientperspektiv.

De artiklar som var jämförelsestudier mellan två länder (Iranmanesh et al., 2011; Mac Grath et al., 2009) inkluderades på grund av att de tillförde nya aspekter till studien. Att endast tolv resultatartiklar inkluderades kan ses som en svaghet, men det visar också att det finns en brist på studier med denna frågeställning.

Resultatdiskussion

För att värdera resultatartiklarnas vetenskapliga kvalitet har Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) mall för bedömning av kvalitativa och kvantitativa studier använts. Av de tolv artiklar som valdes till resultatet hade elva artiklar genomgående hög kvalitet (bilaga C och D). En av artiklarna bedömdes ha medelgod kvalitet därför att det endast var hälso- och sjukvårdspersonal till patienter inom äldreården och inte palliativ vård generellt som var inkluderade, men den hade ändå ett innehåll som tillförde nya synvinklar till resultatet. Bortfallet var lågt i samtliga artiklar, vilket ger hög validitet. I två artiklar hade patienterna tillfrågats om sin syn på omvårdnaden (Diver et al., 2003b; Mc Grath, 2009). En av dessa artiklar handlade endast om patienternas upplevelse, medan den andra jämförde en grupp patienter och en grupp personal. Övriga artiklar handlade endast om personalens syn på omvårdnaden. I fyra artiklar uppgavs att en etisk granskning genomförts (Diver et al., 2003a; Diver et al., 2003b; Ekblad et al., 2000; Richardson et al., 2006). De artiklar som tog upp patienternas synvinklar var etikgranskade.

Genusfrågorna var inte tydliga i resultatartiklarna. I sex av artiklarna redovisades inte genusfrågan överhuvudtaget (Diver et al., 2003a; Doorenbos & Mayers Schim, 2004; Huang et al., 2009b; Owens & Randhawa, 2004; Richardson et al., 2006; Somerville, 2007). I en artikel redovisades genusperspektiv i den del av studien där patienter deltog (Mac Grath., 2009). Det var en tydlig och jämn könsfördelning i de studier där patienter deltagit, medan det var väldigt ojämnt i de där deltagarna var personal. Av de artiklar som redovisade något genusperspektiv fanns män med i fyra studier (Diver et al., 2003b; Huang et al., 2009a; Iranmanesh et al., 2011; Mac Grath et al., 2009). I den studie som beskrev skillnaderna mellan Sverige och Iran var 100 % kvinnor i den svenska delen, medan det i den iranska var 50 % kvinnor och 50 % män (Iranmanesh et al., 2011). Att genus inte redovisas i mer än hälften av artiklarna kan tolkas som att genusfrågan inte anses som viktig av forskarna i ämnet kulturell palliativ omvårdnad.

Alla resultatartiklar visade tydligt den kulturella spridningen bland de medverkande. Den artikel med störst spridning hade tio sjuksköterskor från åtta olika länder som deltog (Somerville, 2007), medan en hade 100 % kvinnor där 75 % var av majoritetbefolkningen (Iranmanesh et al., 2011). Den kulturella spridningen kan ha påverkat resultatet.

Kommunikationen är den faktor som påverkar den palliativa mångkulturella omvårdnaden mest och är en grundförutsättning för en god omvårdnad av dessa patienter (Ekblad et al., 2000; Huang et al., 2009a; Richardson et al., 2006; Somerville, 2007). Det är bland annat de olika uttryckssätten och skillnaderna i betydelsen av ord och uttryck som kan bli ett problem i omvårdnaden (Iranmanesh et al., 2011; Richardson et al., 2006). Det är i både den verbala och icke verbala kommunikationen som problem kan uppkomma (Huang et al., 2009a). Effektiv kommunikation innebär att sjuksköterskan använder ett språk och en terminologi som patient och närstående förstår (Bosma, Aplan & Kazanjian, 2010).

En viktig anledning till svårigheter i kommunikationen inom den palliativa mångkulturella omvårdnaden är de olika synsätt som finns angående graden av ärlighet i beskederna till patienterna (Richardson et al., 2006). Forskning visar att patienter från de kulturer där ärlighet kring diagnos och prognos inte anses naturligt oftast söker sig till den kurativa vården och avlider där (Iranmanesh et al., 2011; Mc Grath et al., 2009). Eftersom de inte känner till sin diagnos hamnar dessa patienter sällan eller aldrig i specialiserad palliativ vård. Att kunna behålla hoppet om att tillfriskna är det mest centrala för patienter från de kulturer där sanning om sjukdom och död inte är accepterat att berätta för patienten, medan det i palliativ vård i Sverige är viktigt med ärlighet för att ge patienter och anhöriga chans att förbereda sig inför döden och kunna ta vara på livet den sista tiden (ibid.). Detta är ett dilemma för omvårdnaden, vilket innebär att det är nödvändigt för sjuksköterskor inom alla specialiteter att de sätter sig in i vad mångkulturell omvårdnad innebär. Det krävs en hög sensitivitet hos sjuksköterskan för att uppfatta och hantera de olika sätten att kommunicera verbalt och icke verbalt. De lagar och riktlinjer som finns angående samtycke och information måste dock följas och styrker sjuksköterskan i beslutsfattandet angående bland annat grad av ärlighet.

Att använda tolk är ibland en förutsättning för att kunna kommunicera överhuvudtaget (Somerville, 2007). Sjuksköterskorna i resultatstudierna är ändå tveksamma till att använda tolk. Det gäller både auktoriserad tolk och anhörig som tolk. Tillförlitligheten i hur tolken översätter är svår att bedöma i båda fallen (Somerville, 2007; Ekblad et al., 2000). I Sverige finns riktlinjer för tolkning som ger en viss kvalitetssäkring, men tolkens personlighet och erfarenheter har också stor betydelse så variationerna i tolkningens kvalitet är ändå stora.

Bland de faktorer som är betydelsefulla för omvårdnaden av patienter från en annan kultur i palliativ vård, är kulturell medvetenhet och kunskap, där lyhördhet och ett empatiskt förhållningssätt har stor betydelse (Huang et al., 2009b; Doorenbos & Myers Schim, 2004). Omvårdnaden av patienter i ett palliativt skede, med en helt annan kulturell bakgrund än ens egen kräver enligt Clark och Phillips (2010) lyhördhet, men också kunskap och medvetenhet för att patient och närstående ska få den vård och det bemötande som de har rätt till. Medvetenhet kan tillägnas dels genom egna erfarenheter, dels genom praktiska övningar och diskussioner i kulturell problematik. Den kulturella kompetensen uppnås genom utbildning och diskussioner i ämnet (ibid.). Hur sjuksköterskans personliga värderingar ser ut har också stor betydelse för hur omvårdnaden blir. För att kunna ha en kulturell medvetenhet krävs

därför en god självkänedom (Huang et.al, 2009b). Vissa menar att det är positivt att sjuksköterskorna själva har erfarenhet av sorg (Iranmanesh et al, 2011).

Kulturell medvetenhet är dels en individuell och personlig egenskap hos de enskilda sjuksköterskorna men kan också uppnås genom diskussioner och utbildning. Bland sjuksköterskorna som arbetar inom den palliativa omvårdnaden finns olika åsikter angående utbildningens betydelse för den kulturella kunskapen och medvetenheten (Diver et al., 2003a; Gunaratnam, 2007; Huang et al., 2009b; Owens & Randawa, 2004). De flesta anser att det är viktigt men det finns de som menar att den palliativa omvårdnaden är så individuellt inriktad att utbildning i mångkulturell vård därför inte fyller någon funktion. Att det till och med är risk för att vården kan bli stereotyp. De sjuksköterskor som förespråkar att individuell omvårdnad är viktigare än den kulturella visar på en hög kulturell medvetenhet och lyhördhet (Somerville, 2007). De sätter kommunikationen främst och gör allt för att få vården att fungera. Sjuksköterskorna ser därför med skepsis på en stereotyp kulturell kunskap som inte sätter individen främst (ibid.). Forskningen visar dock att de som har fått undervisning i kulturell mångfald har en signifikant högre kulturell medvetenhet och kompetens än de som inte har fått någon undervisning (Doorenbos & Schim, 2004 ; Gunaratnam, 2007; Huang et al., 2009b). Resultatet visar även att personal i en mångkulturell palliativ vård bör vara mycket kulturellt kompetenta eftersom kulturen spelar större roll vid svåra sjukdomstillstånd och död (ibid.). Sjuksköterskor bör ha tillägnat sig en kulturell kompetens innan de börjar arbeta i palliativ vård enligt Gunaratnam (2007). Han menar att en samverkan mellan insikt, professionell erfarenhet och kunskap, personlig kompetens samt en tillit till sin intuition är förutsättningar för att sjuksköterskan ska kunna ge den omvårdnad patienten önskar (ibid.). Kulturell kompetens vid palliativ vård handlar alltså inte om att studera olika kulturer, utan i stället kunna se att varje patient har med sig sin egen kulturella och individuella kontext som påverkar hans/hennes attityder och behov (Barclay, Blackhall & Tulskey, 2007). Kulturell kompetens är en egenskap sjuksköterskan tillägnar sig dels genom erfarenheter, dels genom utbildning och diskussioner och är en nödvändighet för god mångkulturell palliativ omvårdnad.

Andra faktorer som påverkar omvårdnaden är de kulturella skillnaderna och behoven (Diver et al., 2003b; Ekblad et al., 2000). De kulturella skillnaderna och behoven i mångkulturell palliativ vård ska dock ses ur ett individuellt perspektiv (Diver et al., 2003a). Det individuella perspektivet är det som benämns som viktigast i resultatet. Det kan ju vara så att den nya kulturen patienten lever i har påverkat livet och personen så mycket att den ursprungliga kulturen blivit sekundär. Att anta att kulturella skillnader och behov finns utan att väga in en individuell synvinkel leder till icke individuell och stereotyp omvårdnad i den mångkulturella, palliativa vården.

I palliativ omvårdnad är det viktigt att se till hela patientens livssituation (Huang et al., 2009a). Patientens livskvalitet påverkas av faktorer som är psykiska, fysiska, emotionella, existentiella, psykosociala och kulturella. Smärta är något som påverkas av alla dessa delar, och är därför en privat och subjektiv upplevelse. Hur patienten ser på sin smärta påverkas i

hög grad av vilket kulturellt synsätt patienten har. Det är inte självklart att alla patienter med smärta vill ha smärtlindring. Det finns kulturer där smärtan är något som ska uthärdas därför att det anses finnas en mening i det. Smärtlindring ses då inte som något positivt och kan leda till ett svårt etiskt dilemma för sjuksköterskan. Sjuksköterskor som är medvetna om kulturella skillnader och förstår patientens behov svarar mer effektivt på patientens behov och har därmed bättre möjlighet att ge till exempel god smärtlindring (ibid.).

Vissa patienter visar sin smärta tydligt, medan andra kan vara mycket svåra att tolka. Inom vissa kulturer kan det ses som tecken på svaghet att erkänna och visa sin smärta, medan andra visar smärtan mycket tydligt både verbalt och icke verbalt. Detta gäller även andra delar i omvårdnaden så som till exempel illamående och oro. Olika kulturer har olika sätt att visa och bemästra de olika problemen.

Konklusion

För att ge en individuell palliativ vård ur ett mångkulturellt perspektiv med hög kvalitet krävs att sjuksköterskan arbetar utifrån många olika påverkande faktorer. God kommunikation är den faktor som anses vara allra viktigast. Utan kommunikation kan ingen bra omvårdnad ges. Kommunikationen kan ske verbalt och/eller icke verbalt. Sättet att kommunicera skiljer sig åt i olika kulturer. För att kunna kommunicera med patienter från andra kulturer krävs att sjuksköterskan har god självkännedom och är medveten om sitt eget sätt att se på människor som har ett annat uttryckssätt. Dessutom krävs kunskap om olika kulturella skillnader och behov, såsom i smärtneproblematiken och sättet att se på ärlighet i förmedlandet av diagnos och prognos till patienten. För att sjuksköterskan praktiskt ska kunna integrera mångkulturell palliativ omvårdnad behöver hon/han vara medveten och ha kunskap om de olika kulturella uttryckssätt och behov som finns.

Implikation

De slutsatser som framkommit i aktuell litteraturöversikt visar att ett behov finns av empiriska studier som kan ge en bild av hur den palliativa omvårdnaden till patienter från olika kulturer fungerar i Sverige. Många patienter från andra kulturer får inte ta del av den specialiserade palliativa omvårdnaden på grund av till exempel kommunikationsproblem och/eller en syn på sanningssägande som gör att de inte känner till sin diagnos/prognos. Därför behövs ny svensk forskning som visar hur patienter från andra kulturer, deras anhöriga och sjuksköterskorna i Sverige upplever vården. Det behövs också forskning som visar var patienterna avlider och om det sker där de önskar. Dessutom behövs utbildning som kan ge en ökad kulturell kompetens till både personal på sjukhusen och i kommunerna så att de kan ge patienterna en god kulturell, palliativ omvårdnad. Även inom den specialiserade palliativa vården behöver

sjuksköterskorna utbildning som kan ge dem kulturell medvetenhet och förståelse för olikheter. Sjuksköterskors kulturella kompetens bygger delvis på möten med patienter och deras familjer. De erfarenheter som tillägnas på det sättet ser mycket olika ut och det ger en ojämn kulturell medvetenhet bland sjuksköterskorna. För att undvika det behövs nationella kulturella palliativa riktlinjer som tar hänsyn till patienternas olika kulturella bakgrund för att säkra en så likartad kvalitet på omvårdnaden som möjligt.

Referenser

- Barclay, J., Blackhall, L., & Tulskey, J. (2007). Communication strategies and cultural issues in the delivery of bad news. *Journal of palliative medicine*, 10(4), 958-977.
- Beck-Friis, B., & Strang, P. (1993). The organization of hospital-based home care for terminally ill cancer patients: the Motala model. [Electronic version]. *Palliative medicine*, 7(2), 93-100.
- Björngren Cuarda, C. (red.) (2010). *Omvårdnad i mångkulturella rum*. Lund: Studentlitteratur.
- Bosma, H., Aplan, L., & Kazanjaian, A. (2010). Cultural conceptualizations of hospice palliative care: more similarities than differences. *Palliative medicine*, 24(5), 510-522.
- Bylund Grenklo, T. (2012). *Dialogen med svårt sjuka och närstående: Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014*. Stockholm Gotland: Regionala cancercentrum i samverkan.
- Carlberg, A. (2012). *Den palliativa vårdens värdegrund: Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014*. Stockholm Gotland: Regionala cancercentrum i samverkan.
- Clark, K., & Phillips, J., (2010). End of life care. The importance of culture and ethnicity. *Australian family physician*, 39, 4.
- *Diver, F., Molassiotis, A., & Weeks, L. (2003a). The palliative care needs of ethnic minority patients attending a daycare centre: a qualitative study. *International journal of palliative nursing*, 9(9), 389-396.
- *Diver, F., Molassiotis, A., & Weeks, L. (2003b). The palliative care needs of ethnic minority patients: staff perspectives. *International journal of palliative nursing*, 9(8), 343-351.
- *Doorenbos, A.Z., & Myers Schim, S. (2004). Cultural competence in hospice. *American journal of hospice & palliative care*, 21(1), 28-32.
- *Ekblad, S., Marttila, A., & Emilsson, M. (2000). Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm. [Electronic version]. *Journal of advanced nursing*, 31(3), 623-630.
- Ellershaw, J., & Wilkinson, S. (2003). Care for dying: a pathway to excellence. [Electronic version]. *Oxford University Press*. 106-126.
- Feigenberg, L. (1971). Läkaren och döden. [Electronic version]. *Läkartidningen*, 68(52), 6103-6115.

Feigenberg, L. (1977). *Terminalvård – En metod för psykologisk vård av döende cancerpatienter*. Lund: Liber Läromedel.

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

* Gunaratnam, Y. (2007). Intercultural palliative care: do we need cultural competence? *International journal of palliative nursing*, 13(10), 470-477.

Hanssen, I. (2009). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle* (3:e utg.). Lund: Studentlitteratur.

*Huang, Y-L., Yates, P., & Prior, D., (2009a). Accommodating the diverse cultural needs of cancer patients and their families in palliative care. [Electronic version]. *Cancer nursing*, 32(1), E12-E21

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

*Iranmanesh, S., Ghazanfari, Z., Sävenstedt, S., & Häggström, T. (2011). Professional Development: Iranian and Swedish nurses' experiences of caring for dying people. *Journal of palliative care*, 27:3, 202-209.

Johnsson, L-Å., & Sahlin, J. (2010). *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer*. Stockholm: Nordstedts Juridik AB.

Kemp, C. (2005). Cultural issues in palliative care. *Seminars in oncology nursing*. 21(1), 44-52.

*McGrath, P., Holewa, H., Koilparampil, T., Koshy, C., & George, S. (2009). Learning from each other: cross-cultural insights on palliative care in Indian and Australian regions. *International journal of palliative nursing*, 15(10), 499-509.

Migrationsverket. (2012). *Historia*. Hämtad 2012-01-18 från:
<http://migrationsverket.se>

Olsson, I., Geels, A., & Kide, P. (2008). *Döden i ett social, kulturellt och religiöst perspektiv*. Viken: Moris förlag.

*Owens, A., & Randhawa, G. (2004). It's different from my culture; they're very different': providing community-based, 'culturally competent' palliative care for south Asian people in the UK. [Electronic version]. *Health and social care in the community*, 12(5), 414-421.

- Rajan, M-F.J. (1995). Transcultural nursing: a perspective derived from <jean-Paul Sartre. [Electronic version]. *Journal of advanced nursing*, 22, 450-455
- Reese, D.J., Melton, E., & Ciaravino, K. (2004). Programmatic barriers to providing culturally competent end-of-life care. [Electronic version]. *American journal of hospice & palliative medicine*, 21 (5), 357-364.
- *Richardson, A., Thomas, V.N., & Richardson, A. (2006). "Reduced to nods and smiles": Experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups. *European journal of oncology nursing*, 10, 93-101.
- Riksdagen (2011/12:So316). *Livstestamente-Motion till regeringen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2012-05-30 från:
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Motioner/Livstestamente_GZ02So316/?text=true
- Sandman, L., & Woods, S. (Red.). (2003). *God palliativ vård – Etiska och filosofiska aspekter*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2012-03-06 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>
- Socialstyrelsen. *Termbank (u.å.)* Hämtad 2012-03-10 från:
<http://app.socialstyrelsen.se/termbank/>
- SOU 2001:6. *Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut*. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- *Somerville, J. (2007). The paradox of palliative care nursing across cultural boundaries. *International journal of palliative nursing*, 13(12), 580-587.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3:dje uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Definition of Palliative Care*. Hämtad 2012-05-30 från:
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Bilaga A

Tabell 1. Sökordsöversikt

Sökord svenska	PubMed MeSH-term	Cinahl Subject heading	PsycINFO Thesaurus	Academic Search Elite Subject terms	Swemed
Palliativ	Palliative	Palliative			Palliative
Palliativ vård	Palliative care	Palliative care	Palliative care	Palliative care	Palliative care
Palliativ omvårdnad					Palliativ omvårdnad
Kulturell	Cultural	Cultural			Cultural
Kulturell mångfald	Cultural diversity	Cultural diversity	Cultural diversity	Cultural diversity	
Aspekter		Aspects			Aspects
Transkultur	Transculture	Transculture			
Kultur	Culture	Culture			Culture
Mångkultur	Multiculture				
Kulturell mångfald i palliativ omvårdnad			Cultural diversity in palliative care		
Transkulturell omvårdnad		Transculture, nursing			
Mångkulturell omvårdnad					Mångkulturell omvårdnad
Sjuksköterska	Nurse*	Nurse*			Sjuksköterska
Palliativ vård					Palliativ vård
Annan kultur					Annan kultur

Bilaga B

Tabell 2. Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits Boolska operatörer	Antal Träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
18/1 2012	CINAHL	Palliative AND transculture (fritext)	85	14	12	6
23/1 2012	PubMed	Palliative AND transculture (fritext)	32	20	9 (3)	6 (3)
23/1 2012	PubMed	Palliative care AND multiculture (fritext)	20	10	6 (1)	(1)
25/1 2012	SweMed	Aspects, culture AND palliative care (fritext)	0			
25/1 2012	SweMed	Palliative care (fritext)	735	0	0	
25/1 2012	SweMed	Palliative care AND culture (fritext)	10	0	0	
25/1 2012	CINAHL	Palliative care AND culture (fritext)	123	0	0	
25/1 2012	CINAHL	Palliative care AND aspects AND culture	35	3	0	0
25/1 2012	PubMed	Palliative care AND cultural diversity (fritext)	106	35	17 (13)	7 (5)
31/1 2012	PsycInfo	Cultural diversity in Palliative care	28	23	5 (1)	1
31/1 2012	Academic Search Elite	Palliative care AND cultural diversity	11	11	4	1 (1)
16/2 2012	CINAHL	Palliative care AND cultural diversity	50	28	11 (9)	3 (3)
8/3	CINAHL	Palliative care AND transculture nursing	21	6	6	3 (3)
16/3	SweMed	Palliativ omvårdnad	43	1	0	0
16/3	SweMed	Mångkulturell omvårdnad	39	1	0	0
16/3	SweMed	Sjuksköterska, palliativ vård, annan kultur	0	0	0	0
16/3	CINAHL	Nurse* AND palliative care AND culture	82	21	3	3 (3)
16/3	PubMed	Nurse* AND palliative care AND culture	118	18	7	6 (6)

* siffran inom parentes visar artiklar som hittats i tidigare sökningar

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2003 Storbritannien CINAHL	Diver, F., Molassiotis, A., & Weeks, L.	The palliative care needs of ethnic minority patients attending a daycare centre: a qualitative study.	Att uppskatta de specifika kulturella behov i den palliativa vården som de patienter hade som kom från etniska minoriteter.	Kvalitativ metod, fenomenologisk ansats med öppna frågor. n=4. Bortfall 0. Deltagarna i studien var valda för att få en så stor spridning som möjligt. Intervjuer genomfördes i ett intervjorum på hospice. De som behövde fick översättning. Intervjuerna spelades in på band.	Deltagarna hade mycket positiva erfarenheter av den palliativa vården, och deras behov var mer individuella än kulturellt betingade.	Hög

Bilaga C 2

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2003 Storbritannien CINAHL	Diver, F., Molassiotis, A., & Weeks, L.	The palliative care needs of ethnic minority patients:staff perspectives	Att utforska personalens olika perspektiv i att tillhandahålla palliativ mångkulturell omvårdnad	Fenomenologisk studie. n=5 Bortfall 0 Djupintervjuer med fem sjuksköterskor	Den mångkulturella palliativa omvårdnaden var mer individanpassad än anpassad efter etnicitet. Få riktlinjer fanns inom ämnet till stöd för personalen.	Hög

Bilaga C 3

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2000 Sverige CINAHL	Ekblad, S., Marttila, A., & Emilsson, M.	Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm	Att sammanställa reflektioner från ett 3-dagars seminarium i palliativ vård samt få kunskap i och ta del av personalens erfarenheter av att arbeta med palliativ vård med patienter från olika kulturer	Kvalitativ studie, fokusgruppsintervjuer med övervägande sjuksköterskor, n=19, indelat i 3, där djupintervjuer genomfördes under ett halvårs tid	Svårigheter att förstå de olika kulturella skillnaderna togs upp i all grupperna. Verbal och icke verbal kommunikation togs upp som en viktig del i mångkulturell vård. En tillåtande och öppen atmosfär i vården togs upp som en viktig del. Den individuella kontexten betonades, men också behovet av mer kunskap och träning i mångkulturell vård och omvårdnad	Hög

Bilaga C 4

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007 Storbritannien CINAHL	Gunaratnam, Y	Intercultural palliative care: do we need cultural competence?	Att beskriva de olika hänsyn som måste beaktas av sjuksköterskor i förhållande till fyra grundområden inom den mångkulturella vården.	Kvalitativ studie, fokusgruppsintervjuer. n=51 Uppdelning: Sjuksköterskor n=30 Socialarbetare n= 16 Andra professioner n=2 Kulturell kompetens n=2 Övrig personal n=1 0 bortfall	Likheter olikheter utifrån fyra grundområden framkom: Vård av äldre från olika etniciteter och kulturell bakgrund. Erfarenheter och varseblivning hos deltagarna. Områden med svårigheter och utmaningar i kulturell vård. Vård som ansågs vara mottaglig för kulturella olikheter	Medel
2009 Australien Pubmed	Huang, Y-L., Yates, P., & Prior, D.	Accommodating the diverse cultural needs of cancer patients and their families in palliative care.	Att belysa de kulturella problem i palliativ vård som finns inbyggt i den sociala strukturen.	Kvalitativ studie, Grounded theory n=7 0 bortfall Sju specialistsjuksköterskor i onkologi intervjuas en och en med öppna frågor som spelas in på band.	Processen för att kunna tillmötesgå kulturella behov är komplicerad och bestod av variationer av sociala interaktioner.	Hög

Bilaga C 5

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2009 Australien Pubmed	Huang, Y-L., Yates, P., & Prior, D.	Factors influencing oncology nurses' approaches to accommodating cultural needs in palliative care	Att beskriva vilka faktorer som påverkar hur sjuksköterskorna tillfredsställer kulturella behov, och hur faktorerna ser ut.	Kvalitativ metod, Grounded theory. n=7 , bortfall 0 Sju onkologsjuksköterskor blev intervjuade med öppna frågor som blev inspelade på band.	Sjuksköterskornas möten med andra kulturer påverkades av deras förståelse och synsätt. Deras förståelse för kultur mer än tron. Attityder, förhållningssätt och känslighet för andra kulturer.	Hög
2011 Iran och Sverige CINAHL	Iranmanesh, S., Ghazanfari, Z., Sävenstedt, S., & Häggström, T.	Professional development: Iranian and Swedish nurses' experiences of caring for dying people.	Att belysa iranska och svenska sjuksköterskors erfarenheter och professionella utveckling i palliativ vård	Kvalitativ metod. Fenomenologisk ansats. n=16 8 iranska sjuksköterskor. 8 svenska sjuksköterskor. 0 bortfall	Det är en process att bli medveten om de tillgängliga personliga resurser som finns och använda dem för att kunna erbjuda bästa möjliga palliativa omvårdnad	Hög

Bilaga C 6

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2009 Indien och Australien Pubmed	Mc Grath, P., Holewa, H., & Koilparampil, T., Koshy, C., George, S.	Learning from each other; cross- cultural insights on palliative care in Indian and Australian regions	Att visa på likheter och skillnader mellan den palliativa vården i Kerala (Indien) och South-East Queensland (Australien), och för att inspirera till ömsesidigt utbyte i en utvecklingsprocess.	Kvalitativ metod. Fenomenologisk, studie med intervjuer. n=9, bortfall 0. Två grupper av deltagare ifrån respektive cancer center, 4st vårdpersonal och 5st patienter.	Den viktigaste slutsatsen som gjordes var de stora likheterna som fanns i de palliativa omvårdnadsprogrammen. Det fanns även tre stora olikheter; ärligheten i informationen, vikten av specialistutbildning och hur behoven i den palliativa vården var kopplad till socioekonomiska behov.	Hög

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2004 Storbritannien CINAHL	Owens,A., & Randhawa, G.	It´s different from my culture; they´re very different´: providing community-based, ´culturally competent´palliative care for South Asian people in the UK	Att undersöka vad personalen såg som svårigheter, problem och tvetydigheter i den palliativa vården utifrån praktisk kulturell kompetens	Kvalitativ, fenomenologisk studie. n=10, bortfall 0 Tio djupintervjuer, som blev inspelade på band, med personal som arbetar i palliativ vård i Luton.	Att de intervjuade tyckte att träning i problemställningar utifrån att vårda kulturella minoriteter var bra, medan de var kritiska till att lära sig om rigida kulturella modeller.	Hög
2006 Storbritannien Pubmed	Richardson, A., Thomas, VN., & Richardson, A.	“Reduced to nods and smiles”; experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups.	Att utforska och lära av personal som arbetar med hälsa och socialt arbete	Kvalitativ metod, 5 fokusgrupper. n=28 bortfall 0. 28 olika personer varav 22 var sjuksköterskor. Stark representation från palliativ vård.	Olika tydliga teman kan utläsas från intervjuerna: Frågor kring språk och att åstadkomma förståelse kring det, frågor kring processen att arbeta med tolk, att hantera kulturella skillnader både praktiskt och filosofiskt, frågor kring fördomar, träning och handledning i ämnet	Hög

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007 Storbritannien Pubmed	Somerville, J.	The paradox of palliative care nursing across cultural boundaries	Att göra en modell som förklarar hur en sjuksköterska inom palliativ vård ger omvårdnad till patienter med olika kulturell bakgrund	Kvalitativ metod, Grounded theory n=10, bortfall 0 Djupintervjuer där sjuksköterskors erfarenheter i omvårdnad av människor med olika kulturell bakgrund utforskades	En modell för att förklara sjuksköterskans omvårdnad ur ett mångkulturellt perspektiv. Att överbrygga språk och kulturella barriärer, att behandla alla lika, begränsning av brist på utbildning och resurser, ge av sig själv och sträva efter god omvårdnad är innehållet i modellen.	Hög

Bilaga D 1

Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2004 USA Psykinfo	Doorenbos, A. Z., & Myer Schim, S.	Cultural competence in hospice.	Att se på vilken nivå den kulturella kompetensen ligger hos de som arbetar på hospice.	Kvantitativ metod. En studie med ett representativt urval av de som arbetar på ett stort hospice i Michigan. Endast 40 % var sjuksköterskor. 125 lämnade frågeformulär, 119 returnerades varav sex inte var kompleta. n=113	Förbättring av den kulturella kompetensen hos personalen skulle hjälpa den palliativa enheten att kunna ge en mer effektiv service åt en mångfald av patienter och olika samhällen.	Hög