

HÖGSKOLAN
TROLLHÄTTAN . UDDEVALLA

**FAKTORER SOM KAN PÅVERKA SJUKSKÖTERS
KANS BEMÖTANDE AV INVANDRARE
- EN LITTERATURSTUDIE**

Författare: Malin Bäckman och Jenny Siljegren

Handledare: Linda Marklund

Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1
Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng, kurs SSK00H

Institutionen för omvårdnad
December 2002

Arbetets titel:	Faktorer som kan påverka sjuksköterskans bemötande av invandrare - en litteraturstudie.
	Factors that can influence the nurse`s way of treat immigrants- a litteraturestudy.
Författare:	Malin Bäckman och Jenny Siljegren
Handledare:	Linda Marklund
Institution:	Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/ Uddevalla
Arbetes art:	Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1
Antal sidor:	34
Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK00H
Datum:	2002-12-16

ABSTRACT

During the past decades, Sweden has changed from a society with a few cultural groups to a society with many groups from different cultures. In a multicultural society the need for knowledge about communication and culture increases because of the nurses responsibility to give a congruent equal care to all citizens. The impact of communication in healthcare and health are well documented. There are many differences that must be taken under consideration when nurses meet immigrants from other cultures who does not speak the Swedish language. The purpose of this literaturestudy was to illustrate factors that nurse`s can use when meeting immigrants in healthcare. The result is presented with the help of Madeleine Leiningers care theory and model for cultural congruent care. Six areas that influences communication in the meeting with these patients are presented in the result 1) laws and statutes 2) nurses cultural competens 3) conditions of communication 4) non-verbal communication 5) verbal communication and 6) interpreterservices. The major themes for discussion was the small use and lack of interpreters and the need for further education for students to develop cultural competence.

Keywords: communication, immigrants, interpreter, language barriers, transcultural nursing.

Nyckelord: invandrare, kommunikation, språkbarriärer, tolk, transkulturell omvårdnad.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING **1**

BAKGRUND **1**

Vad är kommunikation	1
Verbal kommunikation	2
Icke-verbal kommunikation	2
Kommunikationens påverkan på sjukvården	2
Kommunikationens inverkan på hälsan	2
Vad är hälsa	3
Invandrares hälsa	3
Vem räknas som invandrare	4
Migrationen i Sverige	5
Vad är kultur	5
Leiningers transkulturella omvårdnadsteori	5
Sunrise- modellen	7

SYFTE **8**

Frågeställning **8**

METOD **9**

Studie presentation	9
Litteratursökning	10
HTU:s bibliotek	10
Databaser	10
Internet	10
www.sciencedirect.com	10
Övriga Internetplatser	10
Urval	11

Inklusionskriterier	11
HTU:s bibliotek	11
Databaser	11
www.sciencedirect.com	12
Exklusionskriterier	12
Analys	12

RESULTAT **13**

Kommunikation och kultur- faktorer som påverkar bemötandet av invandrare	13
Sjuksköterskans kulturella kompetens	14
Kommunikationens villkor	14
Icke-verbal kommunikation	15
Mimik	15
Kroppsrörelser	15
Fysisk kontakt	16
Personligt revir	16
Ögonkontakt	16
Röstegenskaper	17
Verbal kommunikation	17
Lagar och författningar	17
Tolkverksamhet	17
Modell presentation	20

DISKUSSION **21**

Metoddiskussion	21
Resultat diskussion	23
Konklusion	25

REFERENSER **26**

BILAGA 1 **30**

BILAGA 2 **31**

INLEDNING

På sjuksköterskeprogrammet vid Högskolan Trollhättan Uddevalla (HTU) i Vänersborg ingår i fjärde terminen en klinisk utbildning under tio veckor. Dessa tio veckor var förlagda på Norra Älvsborgs Länssjukhus under vårterminen 2002. En del av vårdtagarna som vi kom i kontakt med var invandrare från andra kulturer som inte behärskade det svenska språket. I mötet med dem kände vi en otillräcklighet då den verbala kommunikationen saknades. Vi märkte att det var svårt att etablera en god relation och anpassa omvårdnaden individuellt. Det var svårt att göra sig förstådd och svårt att veta om patienterna överhuvudtaget kunde förstå det vi frågade eller försökte förmedla. Ett behov av att utveckla kompenserande kunskap för att åstadkomma en god omvårdnad väcktes. Det är vår tro att framtidens sjuksköterskor kommer att möta invandrare i större utsträckning än vad de gör i dag. Språksvårigheter och kulturella skillnader kommer att utgöra problem i omvårdnadsutövandet och det är därför vill vi belysa faktorer relaterade till kultur och kommunikation som kan hjälpa oss i vår kommande yrkesroll att ge vård på lika villkor till hela befolkningen. Målet med att belysa detta problem var att försöka underlätta vår kommande yrkesroll och uppnå förståelse för andra kulturer i sjukvårdssammanhang.

BAKGRUND

Vad är kommunikation

Ordet kommunikation kommer från de latinska orden *communis* och *communicatio*. *Communis* betyder gemensam och *communicatio* betyder medla, ha förbindelse med eller förmedla (Hanssen, 1997). Kommunikation innebär att människor kan spegla sig i varandra och söka delaktighet, inkännande eller förståelse. Med hjälp av kommunikation kan människor uppnå förståelse i möten både intellektuellt och emotionellt. Genom kommunikation kan känslor och tankar bli bekräftade (Holmdahl, 1995). Människans kommunikationsmöjligheter kan indelas i två huvudgrupper, verbal och icke-verbal kommunikation (Hanssen, 1997).

Verbal kommunikation

Verbal kommunikation innefattar språkanvändning i form av tal, skrift eller tecken. Det verbala språket är utvecklat som kommunikationssystem för att tillfredsställa människans behov av att tänka, forma idéer samt att förmedla budskap och information. Orden eller tecknen i verbal kommunikation representerar de budskap som förmedlas (Hanssen, 1997).

Icke-verbal kommunikation

Icke-verbal kommunikation förmedlar budskap och information som inte uttrycks via språket (Hanssen, 1997). Icke-verbal kommunikation förmedlas bland annat genom mimik, kroppsrörelser, fysisk kontakt, ögonkontakt, röstegenskaper och personligt revir. Icke-verbal kommunikation är delvis medfött och delvis inlärt och utgör ungefär en tredjedel av den totala kommunikationen. Det icke-verbala kommunikationssystemet används inte alltid medvetet, därför förmedlas oftast en sannare bild av människans känslor och tankar via denna form av kommunikation (Hanssen, 1998).

Kommunikationens påverkan på sjukvården

Inom sjukvården är det viktigt att kommunikationen fungerar. Utan fungerande kommunikation kan svårigheter uppstå när sjuksköterskans möjligheter till att etablera god kontakt med vårdtagaren reduceras. Kommunikation är även nödvändig för att samla in data, undervisa, ge information och för att samarbeta med vårdtagaren (Hanssen, 1997).

Kommunikationens inverkan på hälsan

Språket är sjuksköterskans nyckelfaktor till att förstå vårdtagaren och göra sig förstådd (Dreger, 2001). Kommunikationsproblem kan uppstå om båda parter talar samma språk, men förekommer i större utsträckning om ett gemensamt språk saknas (Ekblad, Marttila & Emilsson, 2000).

Språksvårigheter kan påverka vårdtagarens möjligheter att få tillgång till vård (Timmins, 2002). Vårdtagare som inte behärskar språket ställer mindre frågor vid informationstill-

fällen och missförstår ofta behandlingsinstruktioner (Gerrish, 2001). De har ofta sämre kunskap om medicinska effekter (Timmins, 2002). Sjuksköterskan kan på grund av språksvårigheter inte alltid ge stöd till vårdtagaren och anhöriga (Gerrish, 2001). Språksvårigheter kan, men behöver inte, leda till minskad upplevelse av tillfredsställelse samt påverka kvaliteten av vården (Gerrish, 2001; Timmins, 2002). Marshall och While (1994) skriver att det är vanligt att personer med språksvårigheter uppger att de förstår trots att de inte gör det. Det är därför viktigt att sjuksköterskan försäkras om att vårdtagare förstår både information och frågor (a.a.).

Vad är hälsa

World Health Organization:s (WHO) definition på hälsa utformades redan 1948 och den lyder: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO, 2002).

WHO:s definition av hälsa innefattar både kroppslig-, mental- och social dimension hos människan. Människans andliga dimension förtydligas inte i definitionen, men sammankopplas med den mentala dimensionen. Definitionen framhäver inte bara objektivt mätbara hälsoparametrar utan även individuella och subjektiva aspekter (a.a.).

Invandrares hälsa

Statistiska centralbyrån (SCB) har sedan 1974 genomfört årliga undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) i Sverige. Undersökningarna sker via intervjuer med stora stickprov ur befolkningen och mäter individers och hushålls välfärd. ULF (rapport nummer 96) behandlar välfärdens etniska delning på 1990-talet. I rapporten ingår en undersökning om invandrares hälsa, den behandlar invandrares egna bedömningar av allmänt hälsotillstånd samt förekomst av långvarig sjukdom, nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom, värk, nedsatt rörelseförmåga och brister i psykiskt välbefinnande. Undersökningen visade att invandrare hade sämre hälsa än den övriga befolkningen. De uppvisade sämre resultat inom alla de undersökta områdena (SCB, 2002).

Brist på emotionellt och ekonomiskt stöd från socialt nätverk kan skapa allvarliga hälsoproblem. Sådana brister kan uppkomma genom till exempel konflikt och isolering

eller genom traumatiska upplevelser där släkt och vänner är inblandade (SCB, 2002). Invandrare kan uppleva ohälsa på grund av att familjen är splittrad och att de oroar sig över de som är kvar i hemlandet (Hermansson & Timpka, 1995). Särskilda erfarenheter och upplevelser av fysiskt eller psykiskt karaktär kan vara avgörande för hälsan hos invandrare (SCB, 2002). Invandrares upplevelser av ohälsa kan bero på skador och traumatiska upplevelser i hemlandet (Hermansson & Timpka, 1995). Skillnader mellan utvandrare- och invandrarlandets ekonomiska, geografiska och kulturella avstånd ökar hälsoproblem hos invandrare. Under en övergångsperiod kan invandrarsituationen innebära social isolering och brist på resurser som till exempel språkkunskaper, kulturkompetens, utbildning, vilket kan påverka invandrare negativt (SCB, 2002). Invandrare möts dessutom ibland av ett hårt samhällsklimat i form av hög arbetslöshet och ökad flyktingfientlighet vilket ytterligare försvårar anpassningen till det nya landet (Hermansson & Timpka, 1995).

Vem räknas som invandrare

Enligt Ekblad, Janson och Svensson (1996) kan definitionen på begreppet invandrare variera. En allmänt vedertagen definition på vem som är invandrare finns inte. Enligt en vid statistisk definition räknas alla som är födda i ett annat land än Sverige eller som har föräldrar vilka har fått uppehållstillstånd och blivit bokförda i Sverige som invandrare. En snäv definition på invandrare inkluderar endast de som är födda utomlands (Ekblad et al. 1996). Enligt Migrationsverket (2001) är vanligt förekommande invandrargrupper i Sverige: asylsökande, flyktingar, anhöriga, gästarbetare, gäststuderande, adoptivbarn och personer som kommit inom ramen för avtalet inom Europeiska Ekonomiska Samarbetsområdet (EES) (Migrationsverket, 2001). EES-avtalet är ett ekonomiskt samarbetsområde inom vilket människor, varor, tjänster och kapital kan röra sig fritt (Isaksson & Östlund, 1994). Asylsökande är de som tagit sig till ett nytt land och hävdar att de är i behov av skydd, men ännu inte fått uppehållstillstånd. Flyktingar är de som i sitt hemland riskerar förföljelse på grund av ras, nationalitet, tillhörighet till viss samhällsgrupp eller på grund av religiösa eller politiska uppfattningar och därför inte kan återvända. Till anhöriggruppen räknas de utomnordiska medborgare som genom invandringen återförenas med sina nära anhöriga. Gästarbetare och gäststuderande är de som fått tillstånd

att arbeta eller studera i landet. Adoptivbarn räknas som invandrare om de är födda i ett annat land (Migrationsverket, 2001).

Migrationen i Sverige

Enligt Migrationsverket (2002) har Sverige sedan andra världskriget omvandlats från att vara ett utvandrarsland till att vara ett invandrarsland. Med undantag av ett par år under 1970- talet har Sverige haft en större årlig invandring än utvandring. I början dominerades invandringen av andra världskrigets flyktingar för att efter krigets slut övertas av arbetskraftsinvandring. Arbetskraftsinvandringen reglerades på 1970- talet genom ett riksdagsbeslut som innebar att endast nordbor, flyktingar och anhöriga till flyktingar fick komma till Sverige utan speciell prövning. 1980- talets invandring dominerades av asylsökande från öststaterna, arabstaterna och Afrika (Migrationsverket, 2002). Under 1990-talet har migrationsströmmarna i världen ökat och Sverige har tagit emot ett stort antal flyktingar. Orsaker är krig, politiskt förtryck, oroligheter, ekonomisk utarmning, naturkatastrofer och bristande framtidstro (Blomberg, 1995). Invandringen har inneburit att vårt land har utvecklats från ett samhälle med ett fåtal etniska grupper till ett samhälle med över hundra olika nationaliteter, språk och många olika religioner (Socialstyrelsen, 2001).

Vad är kultur

Socialantropologen Lisbeth Sachs (1987 s.25) definierar begreppet kultur så som: ”människans gemensamma, delade, socialt inhämtade medvetenhet som överförs och underhålls genom kommunikation”. Ekblad et al. (1996 s.3) anser att kultur är ”en gemensam livsform av erfarenheter, värderingar, regler och idéer som finns i ett samhälle”. Författarna skriver att kultur delas med andra, att kultur är något som lärs in och som är ständigt föränderlig (a.a.).

Leiningers transkulturella omvårdnadsteori

Sjuksköterskan bör för att utföra kulturkompetent vård arbeta efter en modell, som beskriver dimensionerna av en kulturkongruent vård (Kim-Godwin, Clarke & Barton,

2001). Madeleine Leininger är professor i omvårdnad, antropologi och grundaren till Culture Care Diversity and Universality- teorin. Teorin beskriver betydelsen av att utveckla kunskaper om omvårdnad av människor med olika kulturella arv och levnadssätt samt betydelsen av att förstå olika kulturers sätt att uppfatta hälso- och sjukdomsbegrepp. Culture Care Diversity and Universality- teorin bygger på följande tretton antaganden:

1. Omsorg (care) är omvårdnadens kärna med ett distinkt, dominant, centralt och förenande fokus.
2. Att ge omsorg (caring) är nödvändigt för välbefinnande, hälsa, botande, växt, överlevnad samt i möte med handikapp och död.
3. Kulturell omsorg (culture care) är den största möjligheten att ur ett holistiskt perspektiv få kunskap och förklaring samt att tolka och förutse omvårdnadsfenomen för att guida sjuksköterskan i praktiken.
4. Att ge professionell omvårdnad (nursing) är en transkulturell, humanistisk och vetenskaplig omsorgsdisciplin och en profession med målet att ge omsorg för människor världen över.
5. Att ge omsorg (caring) är nödvändigt för att bota och läka, bot kan inte ske utan omsorg.
6. Kulturrelaterade omsorgsbegrepp, innebörder, uttryck, mönster, processer och strukturella former av omsorg har olika (diversities) och likartade (universalities) drag hos alla världens kulturer.
7. Alla mänskliga kulturer besitter specifika naturliga (lekmannamässiga, folkliga och lokala) kunskaper om och former av omsorg (care), vilka kan variera mellan olika kulturer. Sådana skillnader finns även inom professionell omvårdnad.
8. Kulturrelaterade omsorgsvärderingar, övertygelser och utövningsformer påverkas av och tenderar att ligga inbyggda i den specifika kulturens världsbild, språk, religion (eller andlighet), släktförhållanden (social faktor), politik (eller rättsväsende), utbildning, ekonomi, teknologi, etnohistoria och miljömässiga kontexter.
9. Vägfarande, hälsosam och tillfredställande kulturbaserad omvårdnad (nursing care) ska bidra till välbefinnande hos individer, familjer och grupper i dess miljömässiga kontext.

10. Kulturspecifik omvårdnad kan endast utövas om kultureller värderingar, uttryck eller mönster är kända och tillämpas på ett lämpligt och meningsfullt sätt av sjuksköterskan i mötet med individer, familjer eller grupper.
11. Kultureller omsorgsskillnader och likheter mellan professionella vårdgivare och vårdtagare (med sina naturliga behov) föreligger i alla mänskliga kulturer världen över.
12. Om vårdtagaren upplever sjuksköterskans försök att uppnå rimlig kulturkongruent omvårdnad som misslyckad, i förhållande till vårdtagarens tro, värderingar och syn på omsorg, kommer vårdtagaren att visa tecken på kulturell konflikt, stress, etiska och moraliska bekymmer samt ovilja att vara tillmötesgående.
13. Ett kvalitativt paradig för med sig nya sätt att lära och olika sätt att upptäcka kulturella beskrivningar och filosofiska dimensioner av transkulturell omvårdnad (Leininger, 1991; 1995).

Transkulturell omvårdnad innebär studier och praktik fokuserade på att förklara, tolka och förutsäga kulturella mönster och fenomen gällande omsorg, hälsa och ohälsa hos individer och grupper. Ovan nämnd omvårdnad bör ges med respekt för olikheter och likheter i kulturella värderingar, tro och handlingar och med målet att kunna utföra kulturell känslig och kompetent omvårdnad till personer från olika kulturer (Leininger, 1991;1995).

Sunrise- modellen

Sunrise- modellen (Bilaga 1) är en modell framtagen för att ge en begreppsmässig översikt över Culture Care Diversity and Universality- teorins olika delar. Syftet med Sunrise- modellen är att underlätta den praktiskt verksamma sjuksköterskans eller forskarens uppfattning av hur olika faktorer påverkar människans kulturella villkor i ett helhetsperspektiv. Modellen innehåller komponenter och begrepp som sjuksköterskan bör beakta för att uppnå god kulturell omvårdnad. Sjuksköterskan kan börja undersöka vilken faktor som helst i modellen beroende på vad hon intresserar sig för. Att upptäcka alla sociala och kulturella faktorer som påverkar vårdtagarens uppfattning av vårdssituationen

kräver att sjuksköterskan bör avsätta mer än ett tillfälle för efterforskning (Leininger, 1991;1995).

Övre delen av modellen anger att kulturella och sociala dimensioner samt verklighetsuppfattning, språk och etnohistoria påverkar både omsorgsutövande och hälsoupplevelser i en miljömässig kontext. Kulturella och samhällsstrukturrelaterade dimensioner ses som föränderliga mönster och egenskaper. Dessa dimensioner är teknologiska, religiösa och filosofiska faktorer, släktband och sociala faktorer, politiska och juridiska faktorer, ekonomiska och utbildningsfaktorer (Leininger, 1991;1995).

Nedre delen av modellen anger omsorgssystem och dimensioner för kulturkongruent omvårdnad. Leininger anger tre strategier som kan användas för att uppnå kultur kongruent omvårdnad. De tre strategierna är:

- Bevarande eller upprätthållande av kulturellrelaterad omsorg innebär handlingar och beslut, som tar hänsyn till vårdtagarens omsorgsvärderingar och främjar välbefinnande.
- Anpassning av eller förhandling om kulturellrelaterad omsorg innebär handlingar och beslut som hjälper människor att anpassa sig till eller förhandla med andra människor för att tillsammans med professionella vårdgivare uppnå ett gynnsamt eller tillfredställande hälsoreultat.
- Omformning eller omstrukturering av kulturellrelaterad omsorg innebär professionella handlingar och beslut som hjälper vårdtagaren att omorganisera, förändra eller modifiera sin livsstil till nya, annorlunda eller mera gynnsamma hälsovårdsmönster, samt respekt för vårdtagarens kulturbetingande värderingar och övertygelser och erbjudande om bättre livsstil än tidigare (Leininger, 1991;1995).

Omvårdnadsbeslut och handlingar bör utformas efter modellens angivna komponenter och skraddarsys efter vårdtagarens tidigare erfarenheter. Vilken strategi sjuksköterskan bör välja bedöms efter vårdtagarens erfarenheter inom folkliga och professionella omsorgs- eller omvårdnadssystem (Leininger, 1991;1995).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att belysa faktorer som sjuksköterskan kan använda sig av i mötet med invandrare i vården.

Frågeställning

Sju frågor låg till grund för litteratursökningen, svaren redovisas i resultatet.

1. Hur ska jag som sjuksköterska bemöta invandrare?
2. Vad kan jag som sjuksköterska göra för att skapa god kommunikation när det svenska språket inte räcker till?
3. Vad innebär kommunikation?
4. Vad innebär det att inneha kunskap om icke-verbal kommunikation i ett sådant möte?
5. Kan jag som sjuksköterska använda mig av tolk och vad bör jag då tänka på?
6. Vilka kulturella skillnader bör jag som sjuksköterska vara medveten om?
7. Vilka personrelaterade kvaliteter kan påverka själva mötet?

METOD

Studiepresentation

Uppsatsen är baserad på en litteraturstudie och sammanställer viss tidigare publicerad litteratur inom områdena transkulturell omvårdnad och kommunikation. Studien inriktar sig på att belysa faktorer som sjuksköterskan kan använda sig av i mötet med invandrare från andra kulturer som inte behärskar det svenska språket.

Slutresultatet har arbetats fram enligt forskningsprocessens alla steg. Enligt Patel och Davidsson (1994) utgörs forskningsprocessen av ett visst antal steg: identifiering av problemområde, litteraturgenomgång, precisering av problemet, val av undersökningsuppläggning, val av undersökningsgrupp, val av teknik för informationssamling, genomförande, bearbetning och analys samt rapportering (a.a.).

Identifieringen av problemområdet skedde under klinisk utbildning då verbal kommunikation och kulturella kunskaper saknades i mötet med vårdtagare från andra kulturer med brist på svenska språkkunskaper. Ett behov av att skaffa kompenserande kunskap, om kommunikation och olika kulturer för att åstadkomma en god omvårdnad väcktes. Undersökningen ansågs vara möjlig att genomföra och förutsågs inte orsaka några etiska problem.

Litteratursökning

HTU:s bibliotek

Litteratur till bakgrund och resultat har sökts från HTU:s bibliotek. Böcker har sökts på data i bibliotekskatalogen SOFIA. Litteratursökningen utgick från ovannämnda frågeställning. Böcker av kända verksamma författare inom området som till exempel: Madeleine Leininger söktes. Dessa böckers hyllplacering, Vpg, på biblioteket gav överblick på mer relevant litteratur. Litteraturen söktes igenom manuellt. Lagar och författningar söktes också manuellt, efter tidigare erfaren kunskap.

Databaser

Artiklar har sökts via databaser åtkomliga från HTU:s biblioteks hemsida. Främst användes Cinahl, men även Pub Med och Sve Med+. Cinahl användes främst för att möjligheten att begränsa problemområdet var mer utvecklad. Artikelsökningen utgick från frågeställningen på sidan nio.

Internet

www.sciencedirect.com

Sökning av artiklar på Internetsidan sciencesdirect.com utfördes i ett senare skede då sökningar av artiklar om kommunikation på databaserna inte gav några fler användbara träffar. Internetsökningen utgick från frågeställningen på sidan nio.

Övriga Internetplatser

Inhämtning av fakta har skett via Migrationsverket, Kammarkollegiet, SCB och WHO:s hemsidor. Dessa Internetsidor valdes som källor eftersom vi då fick informationen direkt från primärkällor.

Urval

Inklusionskriterier

Vi har främst använt oss av vetenskapliga artiklar, dokument och fakta från primär källor. Ett antal icke-vetenskapliga källor, tre läroböcker, ett par artiklar samt författningar och dokument, har använts eftersom de ansågs tillföra väsentliga kunskaper för att uppnå studiens syfte.

HTU:s bibliotek

Litteratur fick ingå i studien om de uppfyllde våra sökkriterier samt om de verkade kunna tillföra studien intressant fakta. Böcker valdes till arbetet om de behandlade områdena kommunikation och kultur på ett för studiens syfte relevant sätt och om de var utgivna efter år 1990.

Databaser

Vid första sökningen begärdes artiklarna att vara publicerade i en tidskrift (journal article) mellan årtalen 1990-2002, språket skulle vara engelska, intresseområdet begärdes vara omvårdnad (nursing) och artikeln skulle vara dubbel-blind förhandsgranskad (double-blind-peer-reviewed). Sökorden som användes var: caring, communication, crosscultural, cultural, immigrants, interpreter, meeting, non-verbal communication och transcultural. Sökorden användes var och en för sig samt i olika kombinationer. Denna omfattade sökning resulterade i ett fåtal för studien intressanta artiklar. En ny sökning på Cinahl utfördes. Skillnaden mellan sökningarna var att dubbel-blind förhandsgranskningen (double-blind-peer-reviewed) ändrades till endast förhandsgranskning (peer-reviewed). Sökorden var de samma och resulterade i fler intressanta artiklar. Sökningar gjordes även i Pub Med och Sve Med+ med liknande begränsningar och sökord. I dessa databaser kunde dock inte artiklar begäras som förhandsgranskade. I Sve Med+ söktes

artiklar dessutom utifrån författare och tidskrifter. Artiklar som uppfyllde våra sökkriterier, som gav oss svar på våra frågeställningar samt som tillförde för studien intressant fakta valdes till resultatet. Översikt på använda databaser, sökord kombinationer och resultat finns redovisat i tabell 1 (Bilaga 2). Fem artiklar valdes från sökning på Cinahl, en artikel från sökning #11 och fyra artiklar från sökning #40. En artikel valdes från sökning på Pub Med, från sökning #2. Sex artiklar valdes från sökning på Science Direct. Två artiklar valdes från sökning på sökordet transculturalnursing, två artiklar från sökning på crosscultural communication, en artikel från sökning på languagebarriers och en artikel från sökning på non-verbal communication.

www.sciencedirect.com

Artiklarna begränsades vara från 1990-2002 och all- sciences. Sökorden som användes var: barriers, communication, crosscultural, cultural, languagebarriers och non-verbal. Sökorden användes var och en för sig samt i olika kombinationer. Sökningen resulterade i att flera användbara artiklar hittades, artiklar som verkade tillföra intressant och relevant fakta för studien. Träffresultat och kombinationer finns redovisat i tabell 1 (Bilaga 2).

Exklusionskriterier

Litteratur som uppfyllde våra sökkriterier, men inte gav svar på studiens frågeställningar valdes bort. Artiklar exkluderades ur studien på grund av att tidskrifter inte fanns tillgängliga på HTU:s bibliotek.

Analys

Litteraturen har genomarbetats med hjälp av kvalitativ textanalys, så kallad innehållsanalys. Enligt Polit, D.F. och Hungler, B.P. (1999) samt Patel och Davidsson (1994) avser sådan analys att beskriva och belysa det som finns mer eller mindre uttalat i textmaterialet (a.a.). I syfte att finna svar på vår frågeställning, gjordes enskilda upprepade genomläsningar av insamlat textmaterial. Sammanställning av genomläst litteratur skedde gemensamt. Vid sammanställningen fann vi att mötet med invandrare i vården kan påverkas av många olika faktorer både hos invandraren själv och hos sjuksköters-

kan. De faktorer som framkom som mest centrala var kommunikation och kultur. Vi kunde därmed urskilja två övergripande teman för studien; kommunikation och kultur. Dessa teman utgjorde resultatets grundstruktur. Madeleine Leiningers omvårdnadsteori, *Cultur Care Diversity and Universality*, fick därför ligga till grund för studiens resultat då den behandlade dessa teman på ett relevant sätt. Vi har använt oss av hennes Sunrise-modell i analyseringen av insamlat material. Vi fortsatte analysera textmaterialet för att finna svar på vår frågeställning genom att undersöka teman kommunikation och kultur, utifrån de angivna sociala och kulturella dimensionerna i Sunrise-modellen. Vi försökte genom att applicera Leiningers teori på vårt eget problemområde finna faktorer som påverkar just vårt valda möte. Därmed kunde vi i insamlat textmaterial finna och urskilja ett antal kategorier som kan påverka sjuksköterskan i mötet med patienter. Kategorierna var: lagar och författningar, sjuksköterskans kulturella kompetens, kommunikationens villkor, icke-verbal kommunikation, verbal kommunikation och tolkverksamhet. Vi har sedan utformat en egen modell, med samma struktur som Leiningers modell, som belyser viktiga områden att tänka på i mötet med ovan nämnda vårdtagare.

RESULTAT

Kommunikation och kultur-

faktorer som påverkar bemötandet av invandrare

Sjuksköterskans kulturella kompetens

Kulturell kompetens innefattar kulturell mottaglighet, kunskap och färdighet. Kulturell mottaglighet innebär att sjuksköterskans attityder, uppfattningar och värderingar påvisar medvetenhet om den egna kulturen samt om vårdtagares kultur (Kim-Godwin et al., 2001). Människor utgår ofta från att deras egen kulturs värderingar, livssyn och mönster är normala. De använder sin egen kultur till att jämföra främmande kulturer med och främmande kulturer blir i jämförelsen udda (Hanssen, 1998). Människor jämför inte bara främmande kulturer med deras egna kultur, utan tar dessutom ofta hjälp av den egna kulturen för att tolka människors tankar och handlingar inom andra kulturer. Ofta kan sådan tolkning leda till missförstånd och konflikter. Den egna kulturgruppens kommunikationsmönster är inte allmängiltigt (Hanssen, 1997). Kulturell kompetens kräver

att sjuksköterskan har självmedvetenhet och insikt i hur den egna kulturen påverkar livssyn, värderingar, tro, attityder och kommunikationsstilar. Människor tar ofta sin livssyn för given tills de konfronteras med andra sätt att tänka och handla (Lipson, 1999).

Kulturell kunskap syftar till kunskap om karaktäristiska integrerade beteendemönster hos grupper, så väl som kunskap om gruppens karaktäristiska attityder, känslor och värderingssystem (Kim-Godwin et al., 2001). Ovanstående karaktäristiska fakta är viktig, men måste användas med vetskapen om att all tro och allt beteende är både kulturellt och individuellt influerad (Lipson, 1999). Ekblad et al. (2000) skriver att det är viktigt att kultur ingår i den individuella mänskliga helhetssynen för att undvika att stereotypa antaganden uppkommer. Det är vanligt att människor i mötet med andra kulturer redan har förväntningar över hur människor från dessa kulturer kommer att bete sig. Medvetenhet om den egna kulturens likheter och skillnader kan hjälpa människor att förstå att detta fenomen förekommer i alla kulturer (a.a).

Kulturell färdighet innebär att sjuksköterskan har förmåga att utföra kulturell bedömning innefattande värderingar och livsstilar och att upptäcka vilka vårdbehov som finns. Om sjuksköterskan har sådan färdighet utformas vården efter vårdtagarens kulturella och individuella behov (Kim-Godwin et al., 2001).

Kommunikationens villkor

Stubbe (1998) skriver att missförstånd i kommunikationen kan uppkomma på grund av kulturella skillnader vad gäller normer för hur samtal bör utföras. Sådana normer kan omfatta förväntningar på hur talare och lyssnare bör bete sig i ett samtal. I alla samtal förväntas respons från lyssnaren. Responsen ges i form av verbala eller icke-verbala signaler. Människor med olika kulturella bakgrunder har olika uppfattningar om vilken form av respons och hur mycket respons som bör ges. Vissa kulturer accepterar både verbal och icke-verbal respons, medan andra kulturer anser att till exempel den verbala responsen är oartig och ses som ett ovälkommet avbrott. Att andra parter involverar sig i ett samtal accepteras av vissa kulturer eftersom det tyder på intresse. I andra kulturer kan inlägg från andra personer anses vara oartigt. Tystnad har också olika kulturell innerbörd

i samtalet. Att svara med tystnad i ett samtal är i vissa kulturer normalt medan andra tolkar tystnaden som ett hot eller ogillande (Stubbe, 1998). Det finns också kulturella skillnader gällande när och med vem samtalet bör föras (Scheu- Lottgen & Hernandez-Canpoy, 1998).

Icke-verbal kommunikation

Marshall och While (1994) skriver att känsligheten för omedvetna och icke-verbala signaler blir högre om osäkerhet på ett språk förekommer. Det är därför viktigt att sjuksköterskan är lika uppmärksam på de egna icke-verbala signalerna som på vårdtagarnas (a.a.). I vissa kulturer används icke-verbal kommunikation i större utsträckning än verbal kommunikation. Icke-verbal kommunikation används inom dessa kulturer speciellt när känslor och attityder är inblandade (Herring, 1990). Icke-verbal kommunikation kan liksom verbal kommunikation innehålla kulturella skillnader (Granèr, 1991). Skillnader kan vara totala, det vill säga att de har olika betydelse i olika kulturer. Exempel på en total icke-verbal kultur skillnad, är uttryck för ja och nej. I Sverige skakar befolkningen på huvudet när de vill uttrycka nej och de nickar med huvudet vid jakande svar. Turkar och grekers uttryck för ja och nej är helt tvärtemot de svenska icke-verbala uttryckssättet. De nickar vid nekande svar och skakar på huvudet när de vill framföra ett ja (Hanssen, 1997). Vissa icke-verbala uttryck är dock universella, men kan innehålla nyanseringar av kulturellt slag. Gråt är ett universellt uttryck för sorg, den kulturella nyanseringen kan innebära att anpassning sker efter var och när det är tillåtet att gråta (Granèr, 1991). Genom att öka medvetenheten om kulturella icke-verbala kommunikationsmönster kan missförstånd inom detta område undvikas (Herring, 1990).

Mimik

Ansiktsuttryck är ett mycket viktigt icke-verbalt uttryckssätt eftersom ansiktsmimiken framförallt uttrycker känslor. Dessutom har ansiktsmimik ofta samma innerbörd i olika kulturer i världen (Hanssen, 1998).

Kroppsrörelser

Hanssen (1998) skriver att kroppsrörelser och kroppsställningar är lika världen över, det finns dock kulturella skillnader som styr över hur vi placerar oss i dessa ställningar.

Gester används mer eller mindre i kommunikation mellan människor i alla kulturer. Det finns kulturella skillnader som reglerar hur mycket gester som bör användas och av vilket slag de får vara. Huvudrörelser som till mesta del är inlärd uttrycksform, förmedlar information om människors åsikter, uppfattningar och känslor och skiljer sig, liksom andra rörelser, mellan kulturer (Hanssen, 1998).

Fysisk kontakt

Hanssen (1998) skriver att kulturer kan delas in i kontakt- och icke-kontaktkulturer. Precis som indelningen antyder finns det kulturer där fysisk kontakt är mer socialt accepterat än i andra (a.a.). Fysisk kontakt är den av de icke-verbala uttrycksformerna som skapar mest problem i mötet mellan kulturer (Herring, 1990). Det är viktigt att vara lyhörd vid fysisk beröring av en annan människa så att denna inte blir kränkt i sin integritet. Fysisk beröring är en intim handling som kan medföra att olika känslor uppstår, beroende på vad den berörda personens anser vara acceptabelt. Det kan förutom skillnader mellan olika kulturer, förekomma skillnader inom en och samma kultur. I vissa kulturer kan beröring vara en accepterad och central del i kommunikationen, men trots det förekommer restriktioner för kvinnor som begränsar deras möjlighet att använda sig av fysisk kontakt i vissa situationer (Hanssen, 1998).

Personligt revir

Alla människor har en personlig gräns till vilket avstånd de behöver att ha till andra människor för att känna sig trygga och upprätthålla sin integritet. Avståndet kan variera beroende på olika situationer och människor. Den personliga gränsen är trots dess individualitet påverkad av kulturella värderingar. Ett avstånd som anses intimt för en icke-kontakt kultur kan för en människa från en kontaktkultur verka distanserande, kyligt och till och med oartigt (Hanssen, 1998).

Ögonkontakt

Ögonkontakt har stor betydelse för kommunikationen, med hjälp av blicken kan kontakt skapas med andra människor och uppmärksamhet vidmakthållas. Ögonen utgör en stor del av ansiktsmimiken. Skillnader mellan kulturer vad gäller ögonkontakt kan ha att göra med om och när ögonkontakt är lämpligt och hur länge ögonkontakt bör behållas. I

icke- kontaktkulturer där fysisk kontakt utgör en liten del i kommunikationen, är ögonkontakt också en relativt outnyttjad resurs. I kommunikationen mellan människor i kontaktkulturer spelar ögonkontakt en väsentlig roll och kan till och med medföra problem i mötet om den uteblir (Hanssen, 1998).

Röstegenskaper

Sättet att använda rösten varierar stort i olika kulturer vad gäller artikulation, rytm och tonfall. Volymen på rösten är oftast mer påverkad av kultur än av känslor. Röstvolmen anses i en del kulturer påvisa människas egenskaper. En förhöjd röstvolym är i vissa kulturer ett tecken på ärlighet och styrka, i andra kulturer kan en hög röstnivå istället uppfattas som aggressivitet och oartighet. Tonen i rösten påverkas av individen och inte så mycket av kulturen, därför är tonen i rösten en egenskap som kan tolkas utan kulturell kunskap (Hanssen, 1998).

Verbal kommunikation

I mötet med vårdtagare från andra kulturer som inte behärskar det svenska språket uteblir vanligtvis den verbala kommunikationen. Undantag förekommer om både sjuksköterska och vårdtagare behärskar något annat gemensamt språk (Hanssen, 1997). Om sjuksköterska och vårdtagare kan kommunicera med hjälp av ett gemensamt språk, kan problem uppstå om förmågan att tolka verbal symbolik och nyanser i språket saknas. Genom att använda enkla ord och undvika sådana ord och uttryck som verkar vara svåra att förstå kan missförstånd förebyggas (Marshall & While, 1994).

Lagar och författningar

Den svenska hälso- och sjukvården styrs av lagar och författningar. Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 är en av de lagar som anger riktlinjer för hur vården i Sverige bör utformas. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på vården och dess personal för att god kvalitet ska uppnås för patienten samt även tillgodose vårdtagarens behov av trygghet i vård och behandling.

Lagen säger att vården ska bygga på respekt för vårddagarens självbestämmande och integritet och främja goda kontakter mellan vårddagare och vårdgivare. Vård och behandling ska enligt hälso- och sjukvårdslagen utformas och genomföras i samråd med vårddagaren. Vårddagaren är berättigad till individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns (SFS 1982:763). I Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukdom förtydligas Hälso- och sjukvårdslagens mål. I dessa allmänna råd förtydligas att vård ska ges på lika villkor utifrån vars och ens behov, oberoende av ålder, kön, utbildning, ekonomi, etnisk bakgrund och religion. Vidare skrivs att varje situation är unik, att omvårdnaden ska utformas individuellt och att ett respektfullt bemötande av vårddagaren är grundläggande för omvårdnaden (SOSFS 1993:17).

Tolkverksamhet

Det är sjuksköterskans skyldighet enligt Hälso- och sjukvårdslagen att vid saknad av ett gemensamt språk använda sig av tolk i sitt yrkesutövande (Ekblad et al., 1996). Gerrish (2001) hävdar att det är nödvändigt att använda tolk i alla vårdsituationer där behovet finns och inte endast vid initial bedömning, eftersom kvaliteten på vården annars påverkas (a.a.).

Kammarkollegiet (2002a) anser att den tolkning som sker inom hälso- och sjukvården bör vara av god kvalitet och uppger att auktoriserade tolkar bör anlitas så att uppdraget genomförs professionellt. De skriver att auktoriserade tolkar arbetar enligt tolkningsföreskrifterna ”God tolksed”. ”God tolksed” innebär att tolkar är neutrala i tolkningssituationen, att de tolkar så exakt som möjligt samt att de har tystnadsplikt. Auktoriserade tolkar behärskar både svenska och sitt tolkspråk. De har grundläggande kunskaper inom ämnesområdena socialvård, sjukvård, allmänna försäkringar, arbetsmarknad, vardagsjuridik och de känner till terminologin som används inom dessa områden (a.a.). En sjukvårdstolk är en auktoriserad tolk som har speciell kompetens inom hälso- och sjukvård, innebärande höga språkliga färdigheter, god tolkningsförmåga, grundläggande kunskaper om människokroppens byggnad och funktion, om sjukdomar samt viss insikt i psykiatri och psykologi (Kammarkollegiet, 2002b). I Sverige finns i dag totalt 810 auktoriserade tolkar fördelade på 36 olika språk. Av dessa har endast 122 tolkar sjukvårdskom-

petens. Dessa sjukvårdstolkare är ojämnt fördelade över 16 olika språk (Kammarkollegiet, 2002c).

Telefontolkning kan användas om tolkningsbehovet är akut, om tolk vid tidpunkten inte är tillgänglig eller om tolkningen omfattar språk inom vilka tolkar är svåra att få tag på. En telefontolk bör anlitas om en tolk representerar en vårdtagare på flera myndigheter. Anledningen är att en telefontolk i en sådan situation anses bli mer tillförlitlig, då tolken som representerar vårdtagaren kan bli mindre lyhörd samt få svårt att hålla isär information från olika situationer (Ekblad et al., 1996).

Vårdpersonal med tvåspråkig kompetens upplevs ofta av övrig vårdpersonal som en länk mellan vårdtagare och vårdtagare. De kan användas som tolk och kan ofta ge användbar information till vårdpersonalen om familjemedlemmarnas syn på hälso- och sjukvård (Ekblad et al., 2000). Fördelar med att anställa tvåspråkig kompetent personal i sjukvården är att patientens tillfredsställelse och förståelse ökar, fel i diagnos och behandling undviks, relationen mellan vårdgivare och vårdtagare förbättras. Initiativet kan bli ekonomiskt gynnsamt för institutionen eftersom tolkar inte behöver anställas (Timmins, 2002).

Gerrish (2001) påvisade i sin studie att professionella tolkar används i mycket liten utsträckning. Studien omfattade 75 hembesök av sjuksköterskor hos vårdtagare med liten eller ingen kunskap i vårdlandets språk. I 60 % av fallen användes en släkting eller vän som tolk (okvalificerad tolk), i 2.7% av fallen anlätades en professionell tolk och i 37.3 % av fallen fanns ingen som tolkade mellan vårdgivare och vårdtagare (a.a.).

Sjuksköterskor i studien angav att brist och svårigheter att tillgå professionella tolkar var skäl till varför de i så liten utsträckning anlätade dem. De angav också att information om vårdtagares språkkunskaper ofta saknas. Det leder till att sjuksköterskor anländer till vårdtagare utan tolk i tron om att vårdtagarna behärskar språket. Ytterligare skäl som angavs var att besök ofta är av akut karaktär och att professionell tolk inte hinner beställas i tid. Tilliten till organiserad tolkning redovisades vara liten vad gällde detaljerad

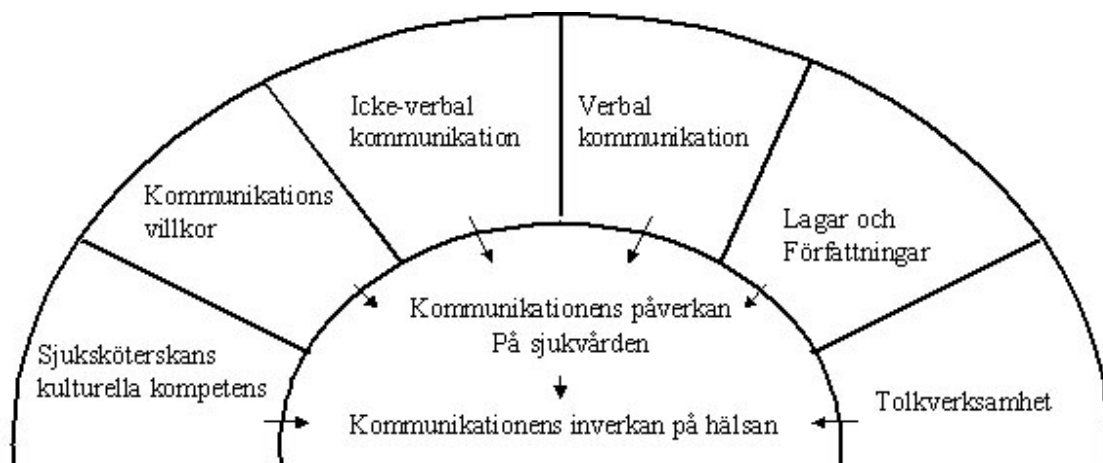
och adekvat översättning. Professionella tolkar anses försvåra uppbyggnaden av relationen mellan vårdgivare och vårdtagare (Gerrish, 2001).

Gerrish (2001) skriver att familjemedlemmar används vid tolkning trots att vårdpersonal upplever problem med detta val. Kvaliteten på tolkningen kan påverkas om familjemedlemmarna har begränsade språkkunskaper. I vissa fall kan den medicinska terminologin vara svår att översätta för familjemedlemmar som saknar medicinsk kunskap. Sjuksköterskor upplever att vårdtagare i vissa situationer inte ville dela med sig av tankar eller liknande i familjemedlemmars närvaro (a.a.). Okvalificerade tolkar kan medvetet eller omedvetet lägga in egna värderingar i samtal. Att använda sig av okvalificerade tolkar innebär att konfidentiella uppgifter blir svåra att skydda (Timmins, 2002). Ekblad et al. (2000) fann i deras studie att vårdgivare också upplevde problem med att använda familjemedlemmar som tolkar. Vårdgivare upplevde att familjemedlemmar ibland tolkar selektivt och utelämnar viss information. Hanssen (1997) skriver att kulturella skillnader kan vara orsaken till sådant selektivt urval av information. Dreger och Tremback (2002) belyser vikten av att instruera okvalificerade tolkar, som trots rekommendationer används, att översätta allt som sägs ordagrant. Författarna tror att instruktioner till viss del kan förhindra att ovanstående problem uppstår (a.a.). Att använda barn som tolkar inom sjukvården rekommenderas inte, eftersom deras förståelse för vuxnas problem inte är tillräcklig. Barn har oftast inte tillräckliga språk kunskaper och dessutom saknar de kunskap och erfarenhet inom det medicinska, psykologiska eller sociala området. Barn bör ur etisk synpunkt skonas från tolkningsuppgiften eftersom det för dem blir ett mycket tungt ansvar att bära (Ekblad et al., 1996).

Gerrish (2001) undersökning visade att vårdtagare med bristande kunskaper i språket sällan erbjuds valmöjlighet angående tolk. Vårdgivande sjuksköterskor antog att när en släkting eller vän till vårdtagaren fanns till hands inte fanns någon anledning till att anlita en professionell tolk. Varken vårdtagare eller den som blev utsedd att tolka blev tillfrågad om en professionell tolk hellre föredrogs (a.a.).

Modellpresentation

Utifrån resultatets teman och kategorier, Leiningers transkulturella omvårdnadssyn och med Sunrise-modellens hjälp har vi skapat en transkulturell kommunikationsmodell som kan hjälpa sjuksköterskan i mötet med invandrare. Modellen (Figur 1) visar hur sjuksköterskan kan bemöta invandrare från andra kulturer som inte behärskar det svenska språket på ett tillfredställande sätt. Förklaring till modellens innerbörd ges nedan.



Figur 1. Modell över faktorer som sjuksköterskan kan använda sig av i mötet med invandrare i vården. Den beskriver faktorer som sjuksköterskan bör ha kunskap om i mötet med patienten. Modellen har skapats för att hjälpa sjuksköterskan att genom reflektion över angivna faktorer förbättra vård och därmed hälsa hos dessa patienter genom kommunikation.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi tyckte att det var bra att göra en litteraturstudie. Studien gav oss möjligheten att utveckla syftet under arbetets gång och resulterade i att vi fann de kunskaper vi sökte. Mycket tid lades ned på artikelsökning eftersom den första sökningen inte gav något resultat, då kraven på granskning var för höga. Andra sökningar har varit givande i träffsynpunkt. Negativt för studien kan ha varit att många artiklar inte funnits tillgängliga på biblioteket, vilket ledde till att de valdes bort från studien. Det kan ha påverkat det slut-

giltiga resultatet av studien eftersom viktig fakta kan ha förbisetts. Det har inte funnits många artiklar som behandlat ämnet på svenska. Anledningen till att artiklar inte fanns att tillgå på svenska, tror vi beror på att Sverige är en ung multikulturell nation. Problemet har inte funnits i så stor utsträckning så länge i Sverige och därmed inte uppmärksammat. Därför tycker vi att forskning i ämnet är nödvändigt och att vår studie är betydelsefull. Ett antal icke-vetenskapliga källor har använts eftersom de ansågs tillföra väsentliga kunskaper för att uppnå studiens syfte. Dessa källor behandlade skillnader i verbal och icke-verbal kommunikation, kunskaper som vi inte kunde finna i den vetenskapliga litteraturen. Om vi bara använt oss av vetenskapliga källor, hade vi gått miste om viss viktig information till vårt resultat.

Madeleine Leiningers omvårdnadsteori, *Cultur Care Diversity and Universality*, har legat till grund för studien och vi har använt oss av hennes Sunrise-modell i resultatdelen. Vi valde Leiningers omvårdnadsteori eftersom den behandlade de teman som framkom i analysen och eftersom den tog hänsyn till både kulturella och individuella skillnader hos individen i vårdsammanhanget. Vi tyckte att Leiningers omvårdnadsteori och modell tog upp konkreta områden som bör utforskas för att uppnå en holistisk bild av vårdtagaren. Leininger gav bra konkreta exempel på viktiga sociala och kulturella faktorer som kan påverka en människas vårdupplevelse, istället för att använda begreppet sociala faktorer. Vi ansåg att Leiningers teori kan hjälpa vårdgivare att uppnå svensk lagstiftnings krav på hälso- och sjukvården.

Madeleine Leininger är grundaren till transkulturell omvårdnad och en erkänd teoretiker. Det finns trots det de som kritiserar teorin. Price och Cortis (2000) anser att Sunrise-modellen har brister som kan påverka hur kulturriktig vården egentligen blir. De tycker att modellen tillåter stereotypa antaganden och att den kan leda till att individuella behov glöms bort. Leiningers teori bortser enligt dem från faktum att den etniska majoritetsgruppen och förhållandet mellan majoritet och minoritetsgrupper, till exempel rasism, inverkar på bemötande och bedömning. De skriver att teorin undviker att undersöka områden som ifrågasätter Västvärldens politiska och kulturella system. Vidare skriver de att Sunrise-modellen användbarhet är begränsad på grund av att den rekom-

menderade självmedvetenheten hos undersökaren endast nämns i teorin och inte i modellen (a.a.). Författarnas kritik påverkade inte vårt val av teori och modell, eftersom vi inte tyckte att påståendena stämde. Vi anser att sjuksköterskan för att använda sig utav en modell bör vara insatt i den bakomliggande teorin och därmed veta vilka grundantaganden modellen är byggd på. Vi har när vi studerade teorin inte uppfattat ovan nämnda brister och därför valt att använda den.

Vid forskning utifrån Sunrise-modellen kan den del i modellen där intresset är störst utgöra startpunkten. Den del som anses vara viktigast att få kunskap om i en pågående omvårdnadssituation bör forskningen inriktas på (Leininger, 1991;1195). Eftersom vår studie har fokuserats på mötet med invandrare som inte behärskar det svenska språket har vi valt att främst fokusera oss på kommunikation men även på kultur. Utan fungerande kommunikation bli det svårt att ta reda på andra områden som påverkar omvårdnaden. Vi har för att underlätta kommunikationen i mötet med invandrare från andra kulturer som inte behärskar det svenska språket, utformat en egen modell utifrån Sunrise-modellen. Vi har undersökt kommunikation och kultur, som blev våra teman i resultat analysen, utifrån de sociala och kulturella dimensionerna i Sunrise-modellen och utifrån resultatet av vår studie har vi skapat modellen. Vår modell tar upp viktiga områden att tänka på i mötet med ovan nämnda vårdtagare. Områdena är de kategorier som vi urskiljde ur temana i vår resultatanalys.

Resultat diskussion

Litteraturstudien visar att kommunikativ och kulturell kunskap är nödvändig för att kunna följa de lagar och författningar som styr hälso- och sjukvården i Sverige. Detta innebär att lagarna ställer indirekta krav på hur sjuksköterskor ska bete sig i mötet med invandrare och därmed indirekta krav på kunskaper inom kommunikation och kultur.

Tolkfrågan var det område som berörde oss mest. Det resultat som var mest häpnadsväckande var att tillgången på sjukvårdstolkar är liten i Sverige och att de resurser som finns knappast täcker behovet i landet. I Sverige finns endast 122 auktoriserade sjukvårdstolkar på 16 olika språk. Detta innebär att många vårdtagare inte kan få den profes-

sionella tolkning de enligt lag är berättigade till. Vi tycker att lagstiftarna borde ta ansvar och se till att det finns tolkningsresurser i den utsträckning som behövs för att följa lagarna. Förståelse finns dock för att det inte finns möjligheter att utbilda tolkar i alla språk som kan täcka behovet i Sverige. Timmins (2002) skriver att det i USA, som varit ett mångkulturellt samhälle betydligt längre än Sverige, finns tillgång till telefontolk 24 timmar om dygnet, sju dagar i veckan med 140 språk i utbud (a.a.). Sådan telefontolkning borde även i Sverige kunna vara en möjlighet att erbjuda tolkning till vårdtagare som talar mindre vanligt förekommande språk.

En studie visade att vårdtagare sällan blir tillfrågade om de föredrar professionell tolk eller inte, vilket innebär att lagarna inte följs. Av egna erfarenheter vet vi att sjukvårdspersonal ofta förlitar sig på okvalificerade tolkar i mötet med invandrare. Med tanke på de negativa konsekvenser som resultatet visar att kommunikationsbarriärer kan leda till, borde sjuksköterskans ansvar uppmärksammas mer. Tolkar anställs på sjuksköterskans egna bedömningar och uppfattningar och därför är det viktigt att sjuksköterskan har kulturell kompetens, ett holistiskt synsätt och verkligen förstår vikten av kommunikationens betydelse inom vården.

Kulturell kompetens är, som resultatet av studien påvisar, inte bara kunskap om olika kulturgruppers beteendemönster. Kulturell kompetens innebär förutom inlärd kunskap även självmedvetande om den egna kulturen och förmåga att översätta teoretiska kunskaper i praktisk bedömning och utövning. Lipson (1999) hävdar att självmedvetenhet ofta uppnås genom pinsamma men lärorika konfrontationer med andra kulturer (a.a.). Därav fås uppfattningen av att sjuksköterskor måste misslyckas i mötet med andra kulturer innan hon uppnår kulturell kompetens. Leininger (1995) skriver att sjuksköterskan inte kan klara sig med vaga kunskaper, gissningar eller erfarenheter av misstag när hon hjälper vårdtagare från andra kulturer (a.a.). På grund av denna anledning tycker vi att utbildningen för sjuksköterskor bör utöka det innehåll som förbereder sjuksköterskor för omvårdnad av vårdtagare från andra kulturer. Kulturell kunskap bör läras ut på ett sätt så att sjuksköterskestuderande redan från början lär sig att undvika stereotypa antaganden. Övningar bör utvecklas som gör sjuksköterskan medveten om sin egen kultur

och ökar förståelsen om hur omvårdnaden kan utformas för vårdtagare från andra kulturer. Ryan, Twibell, Brigham och Bennett (2000) skriver att en av de barriärer som hindrar kultur att bli en integrerad del av vården är avsaknaden av riktiga kulturella upplevelser under utbildningen. De skriver att kurser, modeller och lektionsinnehåll ökar kunskap och förståelse för vilka situationer sjuksköterskan kan hamna i under sin praktiska verksamhet. Färdigheten att omvandla dessa kunskaper till praktik kan däremot inte utvecklas endast genom sådan utbildning. Kulturellfärdighet uppnås genom kulturella fördjupningsupplevelse där deltagare påverkas både på personlig och professionell nivå. Sådan kulturell fördjupningsupplevelse är som artikelförfattarna föreslår till exempel klinisk utbildning förlagd i en annan kultur (a.a.).

Konklusion

Den ökande invandringen i Sverige ställer krav på sjuksköterskans kunskaper inom områdena kommunikation och kultur. Kommunikationen har stor påverkan på vården och upplevelsen av hälsa och innehåller flera sociala och kulturella skillnader. Det är inte bara verbal kommunikation som skiljer sig kulturer emellan utan även icke-verbal kommunikation och villkor för kommunikation. Det är av stor vikt för vården att sjuksköterskan använder sig av auktoriserade tolkar i situationer där språkbarriärer förekommer. Sverige har brist på tolkresurser. Är det tillgången som påverkar efterfrågan eller efterfrågan som påverkar tillgången? Det skulle vara intressant att i en kommande studie få undersöka i vilken utsträckning professionella tolkar används inom vården i Sverige och av vilka anledningar de anlitas eller inte. Verksamheten bör ses över och icke-svensktalandes rättigheter framhävas. För att sjuksköterskan ska kunna ge en god vård till invandrare enligt svensk lagstiftning krävs dessutom att hon har kulturell kompetens. Kulturell kompetens, innefattande kunskap, mottaglighet och färdighet, bör utvecklas redan under studietiden, för att undvika misstag som kan drabba den enskilde.

Studien har givit oss god insikt i vad som krävs för att invandrare ska få ett, enligt vår uppfattning, gott bemötande. Det har dessutom fått oss att förstå att det är vi sjuksköterskor som kan vara den avgörande faktorn till hur omvårdnaden utformas och upplevs. Vi har utvecklat en modell som vi anser är användbar i mötet med invandrare och som

vi kommer att använda oss av rent praktiskt. Förhoppningsvis kommer vår studie att innebära att fler invandrare får tillgång till samma vård som övriga befolkningen. De kommer i alla fall få det av oss!

REFERENSER

Blomberg, L. (1995). Vad vet vi om invandringen och framtidsperspektiven? *Socialmedicinsk tidskrift*, (9), 368-370.

Dreger, W., & Tremback, T. (2002). Optimize patient Health by Treating Literacy and Language Barriers. *AORN Journal*, 5, (2), 280-293.

Ekblad, S., Jansson, S., & Svensson, P-G. (1996). *Möten i vården- Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Liber.

Ekblad, S., Marttila, A., & Emilsson, M. (2000). Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus group`s interviews with hospice staff in Stockholm. *Journal of Advanced Nursing*, 31, (3), 623-630.

Gerrish, K. (2001). The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. *Journal of Advanced Nursing*, 33, (5), 566-574.

Granér, R. (1991). *Arbetsgruppen: den professionella gruppens psykologi*. Lund: Studentlitteratur.

Hansen, I. (1997). *Kommunikation*. I: N-J.Kristoffersen (red.), Allmän omvårdnad 2 (s.61-107). Stockholm: Liber AB.

Hanssen, I. (1998). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.

Hermansson, A-C., & Timpka, T. (1995). Tre perspektiv på ohälsa hos flyktingar. *Socialmedicinsk tidskrift*, (9), 375-377.

Herring, R.D. (1990). Nonverbal communication: A necessary component of cross-cultural counseling. *Journal of Multicultural Counseling & Development*, 18, (4), 172-180.

Holmdahl, B. (1995). *Patienten och du – förhållningssätt i omvårdnad*. Stockholm: Liber.

Isaksson, L., & Östlund, R. (1994). *Samhällskunskap- gymnasieskolans kurs*. Stockholm: Natur och Kultur.

Kammarkollegiet, (2002a). *Tolkauktorisering*. Internet, fil:

<http://www.kammarkollegiet.se/tolk/tolkauk.html?currentNodeId=321020402>.

Kammarkollegiet, (2002b). *Tolkprov- sjukvårdstolk*. Internet, fil:

<http://www.kammarkollegiet.se/tolk/tolkprovsvjuktolk.html?currentNodeId=43210204043>.

Kammarkollegiet, (2002c). *Antal tolkautorisationer 2002-09-30*. Kammarkollegiet Näringsrättsliga byrån.

Kim-Godwin, Y.S., Clarke, P.N., & Barton, L. (2001). A model for diversity of culturally competent community care. *Journal of Advanced Nursing*, 35, (6), 918-925.

Leininger, M. (Ed.). (1991). *Culture care Diversity & Universality: A Theory of Nursing*. New York: National league for nursing press.

Leininger, M. (Ed.). (1995) *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*. New York: 2nd edn. McGraw-Hill.

Lipson, J.G. (1999). Cross-Cultural Nursing: The Cultural Perspective. *Journal of Transcultural Nursing*, 10, (1), 6.

Marshall, S.L., & While, A.E. (1994). Interviewing respondents who have English as a second language: challenges encountered and suggestions for other researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 19, (3), 566-571.

Migrationsverket, (2001). *Statistik 2001*. Internet, fil:
<http://www.migrationsverket.se/pdffiler/brochyror/stistik01.pdf>.

Migrationsverket, (2002). *Den Svenska migrationens historia*. Internet, fil:
<http://www.migrationsverket.se/swedish/migration/historik.html>.

Patel, R., & Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur

Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia : 6th edn. Lippincott Williams & Wilkins, cop.

Price, K.M., & Cortis, J.D. (2000). The way forward for transcultural nursing. *Nurse Education Today*, (20), 233-243.

Ryan, M., Twibell, R., Brigham, C., & Bennett, P. (2000). Learning to Care for Clients in Their World, Not Mine. *Journal of Nursing Education*, 39, (9), 401-408.

Sachs, L. (1987). *Medicinsk antropologi*. Stockholm: Liber

Scheu- Lottgen, U.D., & Hernandez- Canpoy, J.M. (1998). An analysis of sociocultural miscommunication: English, Spanish and German. *International Journal of Intercultural Relations*, 22, (4), 375-394.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen, (2001). *Socialrapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statistiska centralbyrån, (2002). *Levnadsförhållanden rapport nr 96 Integration till svensk välfärd? Om invandrares välfärd på 90-talet*. Internet, fil:
http://www.scb.se/statistik/led01/integration_till_svensk_valfard.pdf.

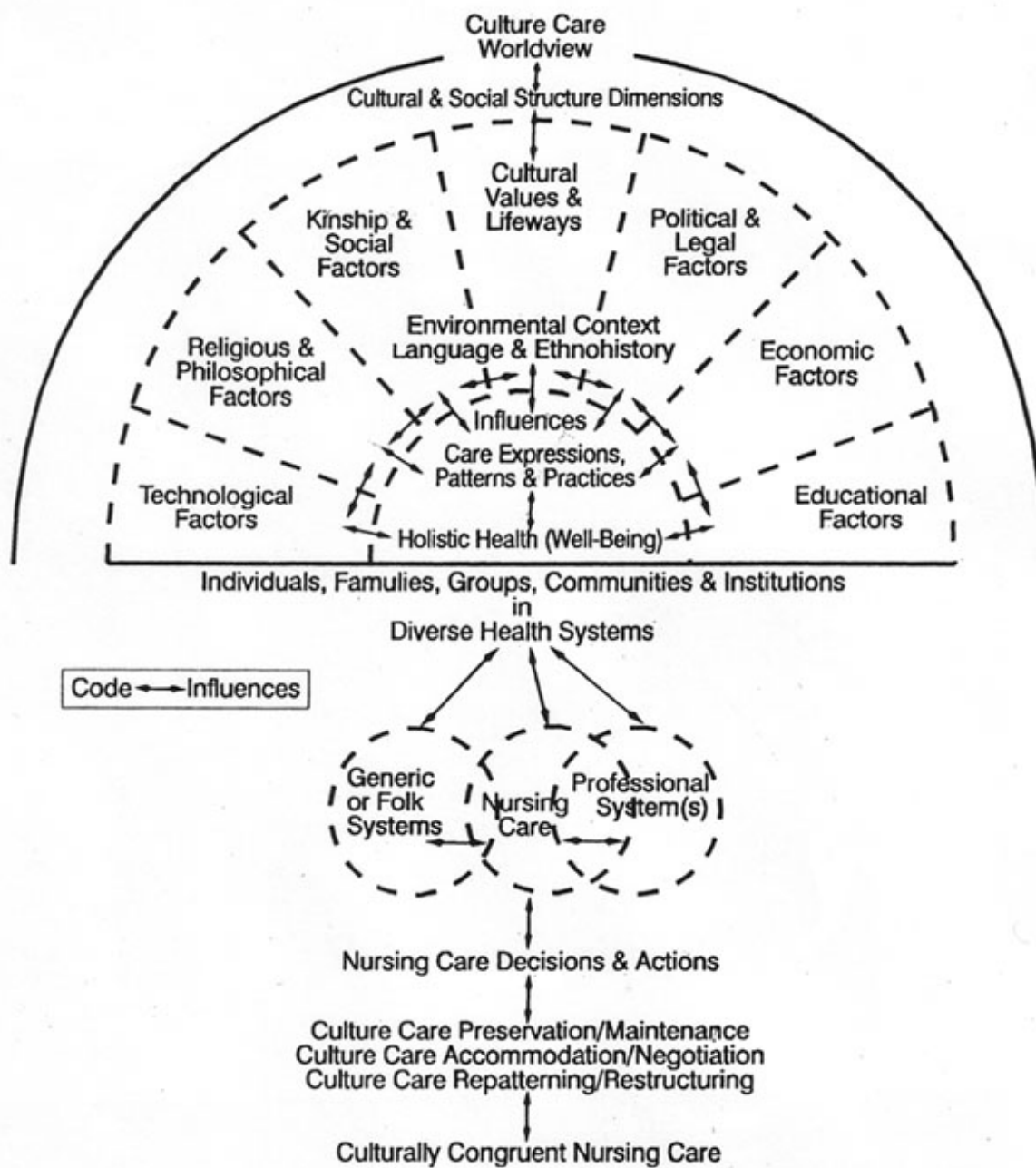
Stubbe, M. (1998). Are you listening? Cultural influences on the use of supportive verbal feedback in conversation. *Journal of Pragmatics*, (29), 257-289.

Timmins, C.L. (2002). The impact of language barriers on health care of latinos in the United States: a review of the literature and guidelines for practice, *Journal of Midwifery & Woman`s Health*, 47, (2), 80-96.

World Health Organization. (2002). *WHO definition of Health*. Internet, fil:
www.who.int/about/definition/en/

BILAGA 1

Leninger's Sunrise Model to Depict the Theory of Culture Care Diversity and Universality



Källa: Leininger, M. (Ed.). (1991). *Culture Care Diversity and universality. A theory for Nursing*. New York: National league for nursing press.

BILAGA 2

Tabell 1. Översikt över använda databaser, sökord, kombinationer och resultat

Databas	Sökord	Antal träffar
CINAHL	#1 communication	1166
CINAHL	#2 crosscultural	7
CINAHL	#3 cultural	807
CINAHL	#4 immigrants	61
CINAHL	#5 interpreter	27
CINAHL	#6 meeting	783
CINAHL	#7 non-verbalcommunication	12
CINAHL	#8 transcultural	223
CINAHL	#9 caring	1719
CINAHL	#10 #1 and #9	307
CINAHL	#11 #1 and #3	132
CINAHL	#12 #1 and #2	3
CINAHL	#13 #1 and #4	13
CINAHL	#14 #1 and #5	15
CINAHL	#15 #1 and #6	104
CINAHL	#16 #1 and #8	48
CINAHL	#17 #2 and #4	1
CINAHL	#18 #2 and #5	0
CINAHL	#19 #2 and #6	1
CINAHL	#20 #2 and #7	0
CINAHL	#21 #2 and #9	2
CINAHL	#22 #3 and #4	38
CINAHL	#23 #3 and #5	16
CINAHL	#24 #3 and #6	66
CINAHL	#25 #3 and #7	0

Databas	Sökord	Antal träffar
CINAHL	#26 #3 and #9	222
CINAHL	#27 #4 and #5	5

CINAHL	#28 #4 and #6	6
CINAHL	#29 #4 and #7	0
CINAHL	#30 #4 and #8	19
CINAHL	#31 #4 and #9	11
CINAHL	#32 #5 and #6	3
CINAHL	#33 #5 and #7	0
CINAHL	#34 #5 and #8	8
CINAHL	#35 #5 and #9	7
CINAHL	#36 #6 and #7	0
CINAHL	#37 #6 and #8	26
CINAHL	#38 #7 and #9	9
CINAHL	#39 #8 and #9	68
CINAHL	#40 transcultural nursing	152
CINAHL	#41 #40 and #7	0
CINAHL	#42 cultural-competence	0
Pub med	#1 caring	121
Pub med	#2 communication	584
Pub med	#3 crosscultural	0
Pub med	#4 cultural	128
Pub med	#5 immigrants	19
Pub med	#6 interpreter	0
Pub med	#7 meeting	23
Pub med	#8 non-verbal communication	0
Pub med	#9 transcultural	62
Pub med	#10 #1 och #5	1
Pub med	#11 #2 och #5	0

Databas	Sökord	Antal träffar
Pub med	#12 #4 och #5	0
Pub med	#13 #5 och #6	0
Pub med	#14 #5 och #7	0

Pub med	#15 #5 och # 9	3	
Pub med	#16 #1 och # 9	1	
Pub med	#17 #2 och #9	7	
Pub med	#18 #6 och #9	0	
Pub med	#19 #1 och #4	6	
Science Direct	transcultural nursing	7	
Science Direct	languagebarriers	22	
Science Direct	crossculturalcommunication		23
Science Direct	communication and nursing		117
Science Direct	communication and barriers		244
Science Direct	nonverbal-communication	37	
Science Direct	AND cultural		2
Swe Med +	S1 caring	520	
Swe Med +	S2 communication	1492	
Swe Med +	S3 crosscultural	1	
Swe Med +	S4 cultural	436	
Swe Med +	S5 immigrants		122
Swe Med +	S6 interpreter		6
Swe Med +	S7 meeting	0	
Swe Med +	S8 non-verbal communication	0	
Swe Med +	S9 transcultural	21	
Swe Med+	S10 Leininger		4
Swe Med +	S11 S1 och S5	1	
Swe Med +	S12 S2 och S5	7	
Swe Med +	S13 S5 och S3	0	

Databas	Sökord	Antal träffar
Swe Med +	S14 S5 och S4	25
Swe Med +	S15 S5 och S6	0
Swe Med +	S16 S5 och S7	0
Swe Med +	S17 S5 och S9	0

Swe Med +	S18 S9 och S1	4
Swe Med +	S19 S9 och S2	3
Swe Med +	S20 S9 och S6	0
Swe Med +	S21 S9 och S10	2
Swe Med +	S22 S9 och Journal of Advanced nursing	1
Swe Med +	S23 S1 och S4	18