



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

INVANDRARES UPPLEVELSER AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I SVERIGE

En litteraturstudie om invandrares möte med den svenska vården.

Yvonne Lundqvist

Midia Omar

Examensarbete
HK 01
Sjuksköterskeprogrammet
Dec 2003

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmasterhs.mah.se

INVANDRARES UPPLEVELSER AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I SVERIGE

En litteraturstudie om invandrades möte med den svenska sjukvården.

Yvonne Lundqvist

Midia Omar

Lundqvist, Y & Omar, M. Invandrades upplevelser av vården i Sverige - en litteraturstudie om invandrades möte med den svenska vården. *Examensarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö högskola, Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2003.

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa hur invandrapatienter upplever mötet med vården i det numera mångkulturella Sverige. Metoden är en litteraturstudiebaserad på kritiskt granskade vetenskapliga artiklar. Resultatet grundas på tio kvalitativa svenska studier. Ur resultatet framkommer att invandrarna kände sig trygga med det svenska sjukvårdssystemet och i allmänhet upplevdes vårdpersonal som vänliga. Ett stort missnöje riktas dock mot de svenska vårdgivarna och deras brist på att ge tydlig information om sjukdomstillstånd och behandling. Dessutom upplevs fördomsfullhet och brist på respekt. I resultatet visas det att kulturella värderingar är de mest framträdande faktorerna som påverkar invandrades uppfattning om omvårdnad och vårdpersonals attityd.

Nyckelord: invandrare, kultur, möte, svensk vård, transkulturell omvårdnad, upplevelser.

IMMIGRANTS´ EXPERIENCES OF HEALTH CARE IN SWEDEN

A literature review about immigrants´experiences of the meeting with the Swedish caring.

Yvonne Lundqvist

Midia Omar

Lundqvist, Y & Omar, M. Immigrants´ experiences of caring in Sweden. A literature review about immigrants´ experiences of the meeting with Swedish nursing. *Examination paper, 10 credit points*, Nursing programme. Malmö University, Health and Society, Department of Nursing 2003.

The aim of this review is to elucidate how immigrants as patients experience the caring in Sweden which has become a multicultural society. The method is a literature review, which is based on critical analysis of scientific articles. The result is based on ten qualitative Swedish research studies. From the results it is found that immigrants felt secure with the Swedish healthcare system and in general the nursing staff is experienced as nice. Though a great dissatisfaction against caregivers and their lack of giving clear information about the illness and treatment was found. Furthermore prejudiced was experienced and also a lack of respect. The result shows that the cultural values are the most important factors which affect the immigrants´ expression about caring and the behaviour of health care personnel.

Keywords: culture, experiences, immigrant, meeting, Swedish nursing, trans-cultural nursing.

FÖRORD

Stort tack till vår handledare Kerstin Gebru för hennes tålamod, stöd och uppmuntran. Vi tackar även varandra för ett bra samarbete.

Malmö 2003 12 30

Yvonne Lundqvist och Midia Omar

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|----|
| INLEDNING | 6 |
| BAKGRUND | 6 |
| Kultur, kulturdialog, kulturkonfrontation och kulturkomponenter | 7 |
| Kultur | 7 |
| Kulturdialog | 7 |
| Kulturkonfrontation | 7 |
| Kulturkomponenter | 8 |
| Kommunikation | 8 |
| Omvårdnad | 8 |
| Transkulturell omvårdnad | 9 |
| TEORETISK REFERENSRAM | 9 |
| SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING | 11 |
| METOD | 11 |
| Granskning av artiklar | 12 |
| RESULTAT | 13 |
| Kulturella värderingar och livsstilsfaktorer | 13 |
| Släktband och sociala faktorer | 16 |
| Utbildningsfaktorer | 17 |
| DISKUSSION | 17 |
| Metoddiskussion | 17 |
| Resultatdiskussion | 18 |
| SLUTORD | 21 |
| REFERENSER | 22 |
| BILAGOR | 25 |

INLEDNING

Sveriges befolkningssammansättning har ändrats under de senaste åren, och samhället har därmed blivit mångkulturellt. Idag består Sveriges befolkning av ca 9 miljoner människor varav 1,8 miljoner har utländsk bakgrund (Gebru & Willman 2001). Av de ca 170 länderna och ungefär lika många språk samt ett antal olika religioner som är representerade i Sverige, är de mest företrädande födelseländerna före detta Finland följt av Jugoslavien och Iran (Statistisk Årsbok för Sverige, 2003).

Den dynamiska process som migrationen medför i befolkningssammansättningen, påverkar också sjukvården. I Socialstyrelsens rapport (2000) framgår att infödda svenskar har bättre hälsa än de fyra invandrargrupperna som svenskarna jämfördes med och dessutom påpekas det att även studier från andra länder visar att invandrare har sämre hälsa än landets infödda befolkning. Migrationen, vare sig den är påtvingad av krig, politisk/religiös förföljelse eller ekonomiska orsaker, medför påfrestningar av olika slag som ökar människans sårbarhet som ofta leder till ohälsa (Sundqvist, 1998).

Mötet med invandrare inom vården kan vara en komplicerad process och de kulturella skillnaderna med olika värderingar kan försvåra omvårdnaden. Al-Baldawi (1996) hävdar att i det tvärkulturella bemötandet där vårdgivare och vårdtagare tillhör olika kulturer med var sina referensramar och värderingar krävs det ytterligare kompetens för att klara ett empatiskt möte.

Under våra kliniska utbildningar har en del patienter med invandrabakgrund påpekat för oss att de bemötts annorlunda än de svenskfödda. Precis samma åsikter från invandrarna vi mött, fann vi i en artikel om smärta hos en grupp iranska kvinnor som invandrat till Sverige, som inte ansåg sig bli tagna på allvar, inte blev lyssnad till eller inte mötts med respekt (Lethi & Mattsson, 1997).

I hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982: 763) anges att vård skall ges till alla på lika villkor. Vi vill därför ta reda på om detta är en generell upplevelse hos invandrare i Sverige eller om det är enstaka händelser som bidragit till dessa åsikter.

BAKGRUND

Det mångkulturella samhället idag avspeglar sig i vården, och därför blir kunskapen om transkulturell omvårdnad allt mer viktig för vårdpersonal. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993: 17) skall behov av trygghet tillgodoses och behandling ges i respekt för självbestämmande och integritet. Med humanistisk människosyn skall vård ges på lika villkor oberoende av ålder, kön, utbildning, etnisk bakgrund och religion. Socialstyrelsens rapport om förekomsten av invandrarkunskap i högskoleutbildningen inom socialtjänst och hälso- och sjukvård visade endast en begränsad omfattning av kunskap och kompetens (SOS-rapport 1997:1). I Gebru och Willmans (2003) studie påvisas att transkulturell omvårdnad är ett försummat ämne i svensk sjuksköterskeutbildning.

Enligt Ingrid Fioretos doktorand i etnologi (Magnússon, 2002) ställs nya krav på vårdpersonalen i deras utövande yrke. Eftersom det idag är vanligt före-

kommande, att vårdpersonal vårdar patienter utan att de delar ett gemensamt språk, kan det leda till svårigheter eftersom samspelet dem emellan oftast inte fungerar på ett tillfredsställande sätt (a a).

För att kunna nå varandra och medverka till ett meningsfullt möte krävs kunskap om patients situation och förutsättningar. Ett bekräftande samspel relaterar till människans självbild. Icke-bekräftelse tolkas av individerna som att de bemöts som objekt utan förståelse för sina värderingar och det kan leda till upplevelser av hopplöshet. Om patienten istället möts med omsorg och medkänsla ges tillfälle för patienten att kunna känna sig förstådd. För omvårdnad av människor krävs kunskap om patientens situation för att mötet skall bli meningsfullt (Gustafsson, 1997).

En professionell vård kräver inlärd kunskap om andras och den egna kulturen. Kunskapen hjälper vårdpersonal till ett öppet och holistiskt synsätt som kan utvecklas till kulturanpassad vård. Enligt Gebru, hävdar Leininger att genom att sätta patienten i fokus ges patienten en känsla av kontroll och makt. Att få delge sina tankar om omvårdnad och hälsa, bidrar till att patienten får en starkare upplevelse av välbefinnande (Gebru, 2003).

Kultur, kulturdialog, kulturkonfrontation och kulturkomponenter

Kultur

Begreppet kultur kan definieras på olika sätt. Leininger definierar kultur som inlärt mönster av livsstil, övertygelser, värderingar, normer, symboler och handlingar av individer och grupper överfört genom generation till generation (Leininger & McFarland, 2002).

O'Dell (Magnússon, 2002) ser kulturen ”som icke fristående fenomen, och som inte bunden, det är inte ett ting som man kan ha. Den är en process, något som sker, och den befinner sig i ständig utveckling. Den står aldrig stilla, och den blir aldrig färdig.” Enligt O'Dell har antropologen Ulf Hannerz liknat kulturen vid en flod, som ”innehåller element av kontinuitet – den har funnits mycket länge – men också av förändring” (därför det gamla talesättet att man aldrig kan stiga ner i samma flod två gånger) (a a, s 36).

I Barabosa da Silva (2003) definieras kulturen som ”ett komplicerat mänskligt fenomen som bland annat omfattar olika typer av kunskap, trosföreställningar och övertygelser om människan, samhället, naturen samt eventuellt tron på förekomsten av en eller flera gudar.”(a a, s 162)

Människors trosföreställningar och övertygelser uttrycks inom konst, lagar, moral, seder och bruk samt olika typer av färdigheter och vanor, beroende på var i världen människan befinner sig och därav har olika kulturer skapats (a a).

Kulturdialog

Ett möte mellan två människor från olika kulturer styrs ofta av skilda värderingar och ”Ett möte mellan två människor som har olika kulturella bakgrund är inte ett möte mellan två kulturer.” (De Marinis, 1998, s 30) Kulturmöte kan betraktas som en kulturdiallog och som någonting positivt, det ger uttryck för att de som representerar olika kulturer, respekterar varandra, förstår och kommunicerar med varandra på ett meningsfullt sätt (Barbosa da Silva, 2003).

Kulturkonfrontation

Kulturkonfrontation är någonting negativt, då förekommer missförstånd på grund av bristande kunskap och/eller förekomsten av ömsesidiga fördomar gentemot varandras person, beteende, värderingar, livssyn eller religiösa uppfattningar, attityder och tänkesätt. Kulturen är ett komplext fenomen, som innehåller olika komponenter, därför kan varje kulturell komponent orsaka en bestämd nivå av konfrontation (Barbosa da Silva, 2003).

Kulturkomponenter

Barbosa da Silva (2003) hävdar att kulturen innehåller olika komponenter, som indelas i olika klasser eller kategorier. Huvudklasserna är enligt honom: Människosyn, samhällssyn och verklighetssyn. Människosyn innebär den övergripande synen på människan eller en helhetsuppfattning av människan. Med samhällssyn menar han för det första de uppfattningar om hur ett samhälles struktur bör vara beskaffad (den sociala, ekonomiska och politiska strukturen). Den kan variera från land till land och mellan historiska epoker i ett och samma land. För det andra menar Barbosa da Silva de rättigheter och skyldigheter som medborgarna har gentemot samhället och varandra. Med verklighetssyn menar han svaren på de universala frågorna, som människor har undrat över, svaret på vad som existerar och hur det som existerar skall förstås och förklaras. Exempel på detta är synen på Gud och vad som händer efter döden (a a).

Kommunikation

Ordet kommunikation har sina rötter i det latinska communis som betyder gemenskap. Kommunikation är en process där det krävs ett aktivt deltagande av både sändare och mottagare. Det samspelet kan bli besvärligt när individer från olika kulturer möts även om de gör sitt bästa. Budskapets innehåll kan lätt förändras när det översätts från ett språk till ett annat (Hanssen, 1998).

Kommunikation är en av sjuksköterskans viktigaste redskap i yrkesutövningen. Sjuksköterskan måste ha kunskap om ickeverbala kommunikationers uttrycksmedel, som mimik, kroppshållning. Ickeverbala beteenden förmedlar snarare en bild av tankar och känslor än vad språket gör, eftersom det ofta är omedvetet och inte lika lätt att kontrollera. Det är viktigt att vara medveten om risken för miss-tolkningar på grund av kulturella skillnader (a a).

Enligt Carnevali (1996) är kommunikation en inre resurs, där förmågan är att göra sig förstådd på ett så effektivt sätt som möjligt och att förstå andra.

Mekanismen bakom förståelse eller missförstånd mellan invandrapatienter och vårdaren kan bero på filtrering av varandras budskap, eftersom parterna använder sin kultur som referens för att tolka varandras verklighetsuppfattning, samhällssyn och människosyn (Barbosa da Silva, 2003).

Omvårdnad

Omvårdnadsbegreppet definieras av Virginia Henderson (Kirkevold, 2000) på följande sätt:

”Sjuksköterskans speciella arbetsuppgift består i att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra sådana åtgärder som befordrar hälsa eller tillfriskande (eller en fridfull död), åtgärder individen själv skulle utföra om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap. Denna arbetsuppgift ska utföras på ett sätt som hjälper

individens att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende.” (s 116)

Gustafsson (1997) hävdar att en god omvårdnad är att bevara och befrämja den unika människans resurser till ett gott liv. Hon menar med ett gott liv hälsa, välbefinnande, lycka och meningsfullt liv. God omvårdnad enligt hälso- och sjukvårdslagen (i Gustafsson, 1997) förstås som delaktighet, kontinuitet, integritet och självbestämmande.

Ämnet omvårdnad är huvudämnet i sjuksköterskeutbildning. Willman (1996) definierar ämnet som kunskap om hälsans utveckling hos individer och grupper samt kunskap om de individuella, miljömässiga, samhälleliga, kulturella, kunskapsmässiga och etiska villkoren för dessa hälsoprocesser. Hon anger att kunskap om individens kulturella villkor är viktig för hälsans utveckling och människan upplever hälsa då hon upplever sig som värdefull och unik.

Transkulturell omvårdnad

Transkulturell omvårdnad är ett eget område inom omvårdnadsvetenskap, som fokuserar på jämförande studier och analyser av olika kulturer. Målet är att utveckla kunskap för att utföra kulturspecifik och kulturuniversal omvårdnad. Genom att ha kunskap om likheter och olikheter mellan kulturer kan sjuksköterskan förändra sitt snäva synsätt på andras kulturer (Gebru & Willman, 2001).

Begreppet transkulturell omvårdnad beskrivs av olika författare med synonyma termer såsom tvärkulturell, mångkulturell och flerkulturell omvårdnad (a a).

Leininger och McFarland (2002) definierar transkulturell omvårdnad på följande sätt:

“Transcultural nursing is a substantive area of study and practice focused on comparative cultural care (caring) values, beliefs, and practices of individuals or groups of similar or different cultures. Transcultural nursing’s goal is to provide culture-specific and universal nursing care practices for the health and well – being of people or to help them face unfavorable human conditions, illness, or death in culturally meaningful ways”. (s 46)

För att omvårdnaden skall kunna bli kulturkongruent krävs att sjuksköterskan har djup förståelse för och kunskap om individualisering av omvårdnaden som ges till invandrare och flyktingar. Ett exempel på en omvårdnadsteori som kan ge blivande sjuksköterskor en individspecifik kulturkongruent omvårdnad är Leiningers ”Culture care diversity and universality”- teori (Gebru & Willman, 2001).

TEORETISK REFERENSRAM

Vi har valt Leiningers ”Culture care diversity and universality”- teori och Sunrise-modell som teoretisk bakgrund. En svensk översättning av Sunrise-modellen enligt Gebru, 2003, s 20 finns i bilaga 2 (s 29).

Leininger utvecklade sina tankar om transkulturell omvårdnad redan på 1950-talet, när hon jobbade som sjuksköterska inom barnpsykiatri. Då upptäckte hon

svårigheter att förstå barnens beteende när de kom från kulturer som var okända för henne. Efter studier i antropologi såg hon alltmer antropologins betydelse för omvårdnadskunskapen. Omvårdnad har liksom antropologi sin fokus på människor och mänskliga omständigheter (Leininger & McFarland, 2002).

Teorin bygger på egna kreativa tankar, reflektioner från tidigare professionell erfarenhet av omvårdnad och på kunskaper i antropologi. "Culture care diversity and universality"-teorin är, enligt Leininger, ett nytt sätt att se på omvårdnadskunskapen och ett nytt sätt att upptäcka vem människor är. Hon utvecklade teorin med hjälp av antropologin. Teorin är som en guide, för att sjuksköterskor inte skulle behöva känna sig hjälplösa och ineffektiva i sitt arbete med människor från olika kulturer med olika uppfattningar, värderingar och idéer. Med "diversity" menar Leininger den kulturella mångfalden, och med "universality" menar hon det allmängiltiga i den transkulturella omvårdnaden (a a).

I sin teori lyfter Leininger fram betydelsen av att såväl forskande som praktiskt verksamma sjuksköterskor försöker förstå de olika kulturernas egna sätt att uppfatta omvårdnad, hälsa och sjukdom. Denna forskningsinriktning kallas "emic" och "etic". Med "emic" avses forskning som utgår från individens perspektiv (peoplebased) och med "etic" avses studier som utgår från ett professionellt perspektiv, ett så kallat utifrånperspektiv. Leininger väljer att främst utgå från "emic"-perspektivet, men poängterar vikten av att forskning belyser båda perspektiven för att ge en grund för holistisk omvårdnad. Den transkulturella omvårdnaden är således beroende av både emic- och etic-perspektiven. Leininger vill ge sjuksköterskor förmågan att variera och skilja sin kunskap mellan de olika kulturerna. Detta jämförande och analytiska arbetssätt är det centrala i den transkulturella omvårdnaden. För att tydliggöra de olika dimensionerna i sin teori utvecklade hon en kognitiv karta, Sunrise-modellen. Modellen är en teoretisk-begreppsmodell. Den ska enligt Leininger ge en begreppsmässig översikt av "Culture Care"-teorins komponenter (a a).

Genom Sunrise-modellen ska sjuksköterskan/forskaren kunna föreställa sig den värld av olika faktorer som påverkar människans kulturella villkor och som påverkar omsorgen och hälsotillståndet hos individerna och deras familjer. Den övre delen av Sunrise-modellen belyser hur världsbild, etnohistoria, släktband och sociala faktorer, kulturella värderingar, religion, ekonomi, teknologi, politiska och juridiska faktorer och utbildningsfaktorer påverkar den kulturelaterade omsorgen. Den nedre delen av modellen betonar vikten av att sjuksköterskan är medveten om patientens erfarenheter av olika typer av omvårdnadssystem. Leininger menar att omvårdnad kan delas upp i folklig respektive professionell omvårdnad. Den folkliga omvårdnaden är den naturliga, informella omvårdnaden som oftast utgörs av traditionella huskurer och folkmedicin som har utövas av familj och särskilda vårdgivare. Den professionella omvårdnaden är den som lärs ut i sjukvårdsutbildningar. För att kunna ge patienten en kulturkongruent omvårdnad krävs att sjuksköterskan även känner till patientens erfarenheter av den folkliga omvårdnaden (a a). Enligt Leininger kan sjuksköterskan välja mellan tre strategier för beslut och handlingar i strävan efter en kulturkongruent omvårdnad (Leininger, 1997):

- bevarande eller upprätthållande av kulturelaterad omsorg
- anpassning av eller förhandling om kulturelaterad omsorg
- omformning eller omstrukturering om kulturelaterad omsorg

Sunrise-modellen är ett hjälpmedel som kan vägleda sjuksköterskan till kunskap om innebörden av den kulturrelaterade omsorgen och vilka uttryck, mönster och former som finns i omsorgsutövningen.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Då förståelse för invandrapatienters värderingar har stor betydelse i vårt arbete som sjuksköterskor för att kunna nå våra patienter med bästa möjliga vård, är syftet med vårt arbete att belysa invandras upplevelser av mötet med sjukvården i Sverige.

Frågeställning:

☒ Hur upplever invandrarna, som patienter, mötet med den svenska vården?

METOD

Vår undersökning är en litteraturstudie där vi använder oss av vetenskapliga artiklar med kvalitativa metoder. Vi begränsar oss till vuxna invandrare. Med invandrare menar vi de som har ett annat födelseland än Sverige. Med vuxna menar vi över 19 år. Beträffande vården i Sverige menar vi både den öppna och slutna. Artiklarna är publicerade på engelska i en vetenskaplig tidskrift mellan åren 1998-2003 för att få så ny och aktuell forskning som möjligt.

Vägen till att söka efter artiklar som svarar på vår fråga gick till på följande sätt: I början klargjorde vi syftet och formulerade vår fråga. Därefter letade vi efter studier som kan svara på vår fråga, men i början visade det sig vara svårt att finna artiklar. Det medförde att vi läste varje artikel som vi fick träff på för att ta beslut om artikeln skulle användas i vårt arbete eller ej. Svårigheten bestod av att vi inte fann beskrivningar om invandrapatienters upplevelser i artiklarnas abstrakt och/eller syfte, därför blev vi tvungna att läsa artiklarnas resultat och diskussion i strävan efter beskrivning om upplevelse. Enligt denna sökmetod beslutade vi vilka artiklar som vi skulle komma att använda.

Databaserna vi sökte i är Pubmed, CINAHL, Elin, Elsevier, Science Direct och Link Springer. Sökorden vi använt är: immigrants, immigration, migrants, migration, Sweden, Swedish, experience, expression, treat, treating, meet, meeting, encounter, care, caring, nurse, nursing, communication, culture, trans-cultural, health och patients. Dessa ord kombinerades alltid med Sweden/Swedish och immigrant/migrant. Eftersom vårt krav är upplevelser av invandrare om svensk vård blev resultatet av sökningen en begränsad mängd artiklar. Vi strävade efter artiklar i fulltext och i de flesta fall var det omöjligt, vi noterade då tidskriftens namn som publicerade den aktuella artikeln, för att därefter ta fram den tidskriften på biblioteket och kopiera för att få fulltext. Alla tidskrifter vi letade efter fanns dock inte på Hälsa och samhälles bibliotek utan vissa hittades på Universitetssjukhuset Malmö Allmänna Sjukhus medicinska bibliotek. De tidskrifter vi inte alls kunde finna där beställde vi på Hälsa och samhälles bibliotek.

Nedan presenteras en översikt över vår artikelsökning.

PUBMED: I denna databas använde vi sökorden Immigrants AND Sweden och av de 64 träffarna var 13 intressanta. Vi valde 6 artiklar och till dessa sökte vi relaterade artiklar och då vi fick vi upp samma artiklar och ytterligare en artikel. Dessa 7 artiklar utgör grunden för vårt resultat. Med sökorden Sweden AND Migrants AND Care fick vi 6 träffar och 1 var användbar. Med kombination av alla sökord som vi redovisat tidigare fick vi hela tiden fram samma artiklar.

CINAHL: Av användning med ovanstående sökord fick vi 73 träffar, och det var samma artiklar som i PUBMED men endast 4 nya artiklar var intressanta. 2 av de 4 artiklarna använde vi i resultatet.

ELIN: Med migrants AND Sweden AND Care fick vi 3 träffar, varav 1 användes i resultatet.

När vi sökte i de övriga databaserna med våra sökord, kom hela tiden samma artiklar och då bedömde vi att vi inte kunde finna nya artiklar.

Totalt fann vi 27 relevanta artiklar, 5 av dem föll bort på grund av att de beskrevs vårdpersonals perspektiv och resterande 7 på grund av de inte handlade om sjukvård i Sverige. Det är således 15 artiklar som vi har använt oss av. 10 stycken har vi använt i resultatet och dessa uppfyller Polit, Beck och Hunglers (2001) kriterier för vetenskapliga krav. Dessa vetenskapliga artiklar redovisar vi i bilaga 1.

Granskning av artiklar

Vi granskade artiklarna enligt Polit, Beck och Hunglers (2001) kriterier för vetenskaplighet:

*Titeln bör spegla artikelns innehåll. Den ska vara kortfattad, 15 ord eller färre och innehålla det centrala fenomenet eller gruppen som ska undersökas.

*Abstrakt är en övertygande beskrivning av studien. Den ska innehålla mellan 100 – 200 ord, syfte, forskningsfrågor, metodbeskrivning och resultatet av undersökningen. Abstraktet ska innehålla det som är det viktigaste i studien och samtidigt ska den väcka intresse hos läsaren.

*Introduktionen ska sätta in läsaren i problemområdet, så att läsaren ser anknytning till tidigare forskning i ämnet. Den ska innehålla syftebeskrivning, forskningsfrågor och/eller hypoteser.

*Metodbeskrivningen ska presentera för läsaren på vilket sätt forskaren löser och svarar på forskningsfrågan. Den ska innehålla plats och år för undersökningen, urvalsbeskrivning, eventuellt bortfall, metodbeskrivning, analysmetod och validitetskontroll som forskaren använt.

*Resultat presenterar forskarnas fynd, eventuella diagram, tabeller och citat kan användas för att belysa resultatet. Forskaren håller tillbaka sina egna åsikter.

*Diskussion ska innehålla forskarens tolkning av resultatet. Här beskriver forskaren egna åsikter och redovisar begränsningar. Forskaren diskuterar studiens svagheter och kritiserar sig själv. I diskussionen kan också nämnas om resultatet kan användas i framtiden och på vilket sätt.*Referenslistan bör innehålla artiklar, böcker och annat material som forskaren använt sig av.

RESULTAT

Vid vårt analysarbete av de tio artiklarna läste vi och kritiskt granskade de valda artiklarna var för sig och delade in dem i grupper efter vad de olika studierna hade gemensamt. Därefter diskuterade vi tillsammans det vi hade kommit fram till och de stämde väl överens. Utifrån de gemensamma kategorierna som vi själva först fann var misstolkning, etnicitet, vårdgivares förhållningssätt, stöd och informa-

tion. Efter ytterligare bearbetning valde vi att kategorisera om dem under 3 av Leiningers begrepp i Sunrise-modell som är:

- *Kulturella värderingar och livsstilsfaktorer
- *Släktband och sociala faktorer
- *Utbildningsfaktorer

Kulturella värderingar och livsstilsfaktorer

I studien av Emami m fl (2000) om äldre iranier framkommer att flera av de äldre uttrycker en stor tacksamhet för att personalen på det iranska dagcentret har personal med iransk bakgrund som gör att de äldre iranierna kan känna att de blir förstådda. En av dem uttrycker:

”Kulturell förståelse är en mycket viktig faktor. Till exempel vet personalen här hur man bemöter gamla människor. Det är kanske en mindre detalj, men det får oss att känna oss varma och tacksamma. De ser en. Talesättet de använder när de pratar... deras kroppsspråk..., de uppfyller mina förväntningar. Jag säger inte att svensk personal är dålig. De är mycket snälla och empatiska, men inte på det sätt som tillfredsställer mig...faktiskt. Någonting saknas. Jag förmodar att det är den kulturella förståelsen”. (s 11)

En senare studie av Emami m fl (2001), som också fokuserar på äldre iranska invandrare visar, att de intervjuade deltagarna känner sig trygga med den svenska medicinska vården och litar till den svenska läkarvetenskapen. Man är dock missnöjd med mötet med vårdgivare på grund av missförstånd i kommunikationen och feltolkningar beroende på språkliga och/eller kulturella missuppfattningar. Framför allt har man ingen tillit till svenska läkare med dess stil av interaktion och relaterande till patienten som hjälpare/helbräddagörare. Man har istället mer tillit till de iranska läkarna som innehar en bekant och betrodd iransk stil. En man förklarar följande:

”Det känns så tryggt att veta att man har tillgång till ett sådant bra hälsovårdssystem. Allting är också gratis, så det finns ingen anledning att bekymra sig om man skulle drabbas akut av en sjukdom. De (vårdpersonalen) tar hand om en. De sänder meddelanden om tester, kontroller och sådant. Men jag tror att läkare i Iran är mer auktoritära. Du vet, de förstår ens problem på en gång och ger dig den rätta medicinska behandlingen. Här händer det att man går till läkaren och han ger dig ens inte en tablett och det finns ingen rutin för att ta blodtryck heller. Det verkar som om svenska läkare är mer osäkra. De måste läsa om varje medicin de föreskriver. Jag tror att iranska läkare undersöker fler patienter och därför blir mer kompetenta”. (s 20)

Även i Lundbergs (2000) undersökning om thailändska immigranter i Sverige uppgav de flesta av informanterna att de oftast inte fick någon klar information eller någon medicin av läkare. Liksom i studien av Bäärnhielm och Ekblad (2000) gjorde de deltagande turkiska invandrarkvinnorna en skillnad mellan vård i Sverige och i hemlandet, i detta fall Turkiet. De olika vårdgivarna sågs ha sin grund i samma vetenskapliga värderingar men arbetar och agerar på olika sätt gentemot patienterna. En kvinnas kommentar om mötet på vårdcentralen:

” De har inte lurat mig här (Sverige). De har inte tagit en massa pengar. Men jag känner mig tom Jag får ingen information. De vet inte vilken sjukdom jag har. De har inte talat om någonting för mig”. (s 441)

Läkare i Turkiet blev ofta konsulterade under semestrar och när läkare i Sverige ansågs ha misslyckats. Några deltagare hade gjort av med mycket pengar för att kunna bli behandlad i sitt hemland. För några var behandling i Turkiet en finansiellt omöjlig dröm. De turkiska läkarna beskrevs ofta som att ha tillgång till mindre utrustning samt tillgångar men förståelsen var bättre. De gav klarare diagnoser, mer begripliga behandlingar och tydligare instruktioner än sina svenska kollegor. Ett undantag fanns ändå. En kvinna uttryckte att det var tack vare hennes läkare (svensk) som hon hade blivit bra och hon sa följande:

”Hon var lugn och lyssnade. Hon hade tid. Du måste få personen att veta att du har smärta, att du lider, att du inte kommer för bagateller eller liknande. Hon förstod att jag hade smärta”. (s 444)

På liknande sätt uttalar ex-jugoslaver om mötet med den svenska vården, i studien gjord av Hjelm m fl (1999), att de blivit väl omhändertagna av vårdpersonalen i Sverige jämfört med hur det var i hemlandet. En flykting som bott i Sverige i fyra år påpekar:

”Varje person som läkare möter (i Sverige) ses som en person. Bakom denna individ finns en patient. Där nere är vårdpersonalen inte mindre bekant med medicinsk kunskap. Det är detta med mötet... Jag blev utskälld när jag blev informerad om att jag har diabetes. De pekade på mig och frågade ” Vad har du gjort? Hur ser du ut?... De gjorde att jag kände mig skyldig... Här.. anklagar de inte., de förstår”. (s 1151)

Av de ex-jugoslaver som bott i Sverige länge och som kom med arbetskraftsinvandringen, är också de flesta nöjda med vården, men några uppgav att de erfarit brist på holistisk syn, empati och begränsad tid för läkarkonsultation. En annan negativ attityd bland vårdpersonal hade upplevts:

”...trodde inte på mig utan trodde att jag bara ville bli sjukskriven”. (s 1151)

Även i Bäärnhielm och Ekblad (2000) upplever några deltagare att de ej blir betrodd av svensk vårdpersonal på grund deras invandrarbakgrund. Wiklund m fl (2000) undersöker somaliska invandrares erfarenheter och intryck av att föda barn i Sverige och i vilken omfattning som möten med denna vård medför konflikt med kulturen. Några deltagare var nöjda och tacksamma för vården och personalen. Två män var dock mycket upprörda av hur de blivit behandlade av personalen. En man uttrycker:

” ... läkaren kommer och säger ” jag måste kontrollera magen” och pratar hela tiden med barnmorskan... de brukade komma, läkaren brukade komma plötsligt och kanske hade han inte så mycket tid, han bara pratar med barnmorskan och säger ”hur är det med henne?” han säger... fan...det är, varför kunde han inte säga ” hur mår du?” till min fru eller”. (s 108)

Flera liknande situationer hade uppstått då de somaliska männen känt sig förömläpade. Enligt Wiklund m fl (2000) orsakades detta av avståndstagande mellan de kommunicerande parterna. I studien var alla kvinnorna som deltog omskurna och de var nöjda med behandlingen de fick, men de flesta av kvinnorna kunde känna läkares reaktioner. En kvinna säger:

” Det var lite konstigt. Jag träffade denna läkare för första gången, under den första graviditeten här i Sverige. Han skulle undersöka mig. Han såg och undrade. Han hade aldrig sett något sådant förut, han sa ”Vad är detta? Är det en skada eller vad? Varför gör ni så här?” ...det kändes mycket märkligt”. (s 108)

I en annan undersökning av Essen m fl (2003) som också handlar om somaliska kvinnor på en förlossningsavdelning framkommer, att trots det vänliga mottagandet kvinnorna upplevde från personalen, fanns kritiska röster som uttryckte en brist på känslomässigt stöd och en rädsla för otillräcklig kunskap om infibulation hos barnmorskorna.

Hjelm m fl (2003) undersökte om det fanns några skillnader i synen på diabetes mellitus mellan europeisk (svensk och ex-jugoslavisk) och icke europeisk (arabisk) kultur samt dess religioner. De flesta ex- jugoslaver och svenskar hade fått information av dietist och/eller av sjuksköterska i motsats till araberna som upplevde att de endast fått begränsad information av sjuksköterska. I studien framkom att araberna hade behov av mer information. I allmänhet tycker inte de arabiska kvinnorna att de fått någon särskild information av vårdpersonal angående självkontroll av blodglukos. Varken araber eller ex-jugoslaver hade fått någon information om fotvård, medan svenskar fått det. Då andra sjukdomar som exempelvis pharyngitis drabbat deltagarna var araber, som sökt hjälp på vårdcentral, inte nöjda eftersom de upplevt att de inte hade fått någon hjälp, medan en minoritet av ex- jugoslaver som hade konsulterat en vårdcentral var nöjda, då de fått stöd för ändring av medicin och recept på antibiotika. Vårdpersonal sågs som en säkerhet som kan hjälpa och också ge råd. För araber var kontinuitet och tillgänglighet de mest viktiga begreppen i kontakten med vårdpersonalen.

”Det är viktigt att få träffa samma läkare eller sjuksköterska varje gång... Jag har blivit hänvisad...och de kallar mig...och sen får jag berätta hela historien igen och igen”. (s 638)

Heikkilä och Ekman (2000) intervjuade personer äldre än 75 år, födda i Finland och som bor i Sverige, om deras erfarenheter av vården i Sverige. Vårdpersonal på sjukhus anses i stort att vara vänliga, snälla och hjälpfulla, i allmänhet anses vårdpersonalen på vårdhemmen brista i omvårdnadsattityd. De icke svensktalande deltagarna uttrycker känslor av misstänksamhet om sina möten med svenska vårdgivare. De var osäkra på om läkare hade förstått dem korrekt. De flesta av deltagarna som varit på sjukhus för länge sedan hade mer positiva erfarenheter av vården och säger sig ha blivit väl omhändertagna av snäll personal och hänsynsfulla läkare än de, som nyligen varit i kontakt med vården. Flera deltagare klagade på att vården blivit sämre eller att den inte alls existerar. Den allmänna bilden av äldrevården på vårdboenden var övervägande negativ, då många av de intervjuade fått erfarenheter av den genom besök hos släktingar eller vänner. Det påstods att tabletter gavs istället för sällskap, att de boende inte fått mat för att personalen inte brydde sig om att hjälpa till vid matningen utan besökare hade fått göra det. En av deltagarna som själv varit sjuksköterska berättar om sin mans sista dagar på ett vårdhem:

” När personalen kom, tog de av honom täcket framför de andra patienterna. Han blev mycket generad och klagade. De brydde sig inte, de tvättade honom där. Jag

själv var också tvungen att byta hans kateter och allting. Jag fick göra det för att de inte kunde. Efter det förstår jag verkligen varför folk klagat". (s 286)

Både sjukhus och vårdhem ansågs som bättre i Finland än i Sverige liksom omvårdnadsattityden som verkade saknas i Sverige. Svenska vårdgivare var barska och ovänliga, och den medicinska behandlingen hade misslyckats. Patienter (vanligtvis deltagarnas vänner) hade inte fått den vård de var i behov av och inte heller blivit väl omhändertagna. Av detta blev finnarna missnöjda och misstänksamma på otillgängligheten och kvaliteten på vården. Särskilt alarmerande var den utbredda negativa åsikten om äldreården i vårdboenden. Finnarna har ingen större förväntan på att de skall få god omvårdnad den dag de själva kan komma i behov av hjälp. Finnarna tycker att då vårdgivare har ett vänligt sätt, leder detta till god kvalitet i behandlingen. Även om man har positiva erfarenheter av svensk vård så har man en tro på att finska vårdgivare är än bättre. Vårdgivare med finsk bakgrund anses som överlägset bättre, vara snällare, vänligare, skickligare, mer hänsynsfulla och jobbade mer än de svenska. Finnarna beskrev också en känsla av förtrogenhet i mötet med finskfödda vårdgivare. Mötet blev mer intimt och medförde att tilliten till vårdgivarens behandling ökade. Detta gällde framförallt för de finnar som inte behärskade svenska. Vid mötet med en svensk vårdgivare, oavsett vänlighet eller ej fanns en misstänksamhet kopplat till de underförstådda kulturella koderna och med korrektheten av den medicinska behandlingen.

Släktband och sociala faktorer

Vanliga situationer som kan uppstå då två kulturer möts med vardera specifika tradition och värderingar illustreras i Wiklund m fl (2000). En kvinna som känt sig övergiven berättar:

"En barnmorska kontrollerade baby. Jag låg i sängen och hon sa " Du kan ligga här och om du får värkar kan du ringa". Jag tyckte att det var konstigt att lämna mig ensam. Det var första gången och jag var ensam. Hemma i Somalia kunde jag ha haft min mamma och mina systrar hos mig". (s 108)

En annan kvinna beskriver när hon första gången fick barn i Sverige, det var i det postnatala skedet hon känt en oerhörd ensamhet och utanförskap:

"Efter tre timmar gick jag hem. Jag ville inte stanna... Jag förstod inte språket, jag visste inte vad jag skulle säga om jag ville någonting, något att äta eller något jag behövde. Och ingen att prata med. Jag kände ingen: Jag var ensam i ett rum med min baby. Som i ett fängelse. Jag kände att jag lika gärna kunde vara hemma och hjälpa de andra barnen och prata med dem istället. Eftersom min man inte kunde ta hand om dem. Det var första gången han var ensam med barnen". (s 111)

Utbildningsfaktorer

Enligt några deltagare i Bäärnhielm och Ekblads (2000) undersökning hade inte vårdpersonal visat stöd för de förutsättningar som fanns till exempel hur mycket kunskap patienter har om kroppens organ och i de fall patienter inte har någon kunskap var det därför svårt att förstå hälsovårdsinformation, symtom, undersökningar och behandlingar. Erfarenheterna och åsikterna om svensk vårdpersonal skiljdes åt. Flera deltagare talade om en känsla av att bli missförstådd, medan andra deltagarna ansåg att mötet med svensk vårdpersonal har fört dem på många nya vägar beträffande hälsa och ohälsa. De har blivit introducerade namnen på de oli-

ka organ, undersökningar, behandlingar, nya psykiatriska begrepp, nya meningar av bekanta begrepp, fysiologiska och psykiatriska attribut på kroppsliga symtom.

I artikeln av Lundqvist m fl (2003), gav 11 muslimska kvinnor från Irak, Iran, Turkiet och Somalia som invandrat till Sverige, sina uppfattningar om den svenska neonatala vården, när nyfödda barn är döende och dör. Samtliga kvinnor ansåg att information om behandlingsmöjligheter och smärtlindring för barnen var viktigt att få för att förstå barnets tillstånd. En av deltagarna som hade varit med om en komplicerad förlossning, där sugklocka använts, men inte hade informerats om den, uppfattade det som att läkaren hade fördomar beträffande invandrarkvinnor och ser dem som sinnessvaga. En annan deltagare uttryckte:

” De (läkarna) är fördomsfulla. Jag kände det överallt vid möte med en invandrarkvinna kan de inte tänka sig att jag har massor av åsikter och att jag vet mycket, att jag har läst och behärskar svenska bra”. (s 80)

Sammanfattningsvis visar resultatet att invandrare upplever mötet med den svenska vården såväl positivt som negativt. De positiva upplevelserna uttrycks som trygghet motsvarande den svenska vårdgarantin (vård vid akuta behov, tekniska hjälpmedel och kostnadsfritt i jämförelse med hemlandet) och att inte bli ekonomiskt utnyttjade. Vidare uttrycks att invandrare får ett vänligt bemötande av vårdpersonal. Negativa upplevelser övervägde dock i resultatet. Invandrare känner av fördomsfulla vårdgivare. Dessutom upplevs brist på respekt och information och detta leder till att man känner sig förolämpad, missförstådd, ej betrodd och övergiven. Dessa negativa upplevelser förekom i högre frekvens än de positiva.

DISKUSSION

Nedan presenterar vi vår diskussion i två delar, en metoddel och en resultatdel.

Metoddiskussion

Våra huvudsakliga sökningar utfördes på olika databaser. Vi började med att ta reda på om det fanns tillräckligt med material. Det var svårt att finna artiklar som handlar om invandrades upplevelser av vården i Sverige och detta har medfört att vi fick läsa igenom hela artiklar som vi fick träffar på i databaser för att finna beskrivningar på upplevelser utifrån invandrades perspektiv. I sökningen fann vi samtliga artiklar i Pubmed och då vi sökte i de andra databaserna återkom samma artiklar. När vi använde oss av sökorden: immigrant/migrant/health/experience kom det mest fram socialvetenskapliga rapporter och artiklar som har mer anknytning till immigrationsprocessen och dess följder. Endast i tre av de artiklar som vi fick träffar på, hittade vi studier som direkt avhandlar invandrades upplevelser. Men å andra sidan tror vi, att detta ökar resultatets validitet på grund av spontana uttalanden av studiernas deltagare.

För att bedöma artiklarnas vetenskapliga krav granskade vi dem enligt Polit, Beck och Hungler (2001). Vi anser att alla de tio artiklar som vi har använt oss av i resultatet är vetenskapliga och uppfyller de ställda kraven. (Svårigheten att finna artiklar kan delvis också bero på att vi brister i datorhantering och därför ej hittat de ”rätta” avhandlingarna som skulle kunna påverka resultatet). Vi hade inte för-

utbestämt de invandrargrupper som representeras i artiklarna utan det blev ett slumpmässigt urval.

Vi valde Leiningers "Culture care diversity and universality"- teori och Sunrise-modell som teoretisk ram för vårt arbete därför att vi anser att det är den som är relevant till vårt syfte, då vi vill ta reda på invandrares upplevelser. Invandrargrupper har olika kulturer, värderingar, livsåskådningar, människosyn och samhällssyn. Dessa faktorer påverkar upplevelse i mötet med andra människor.

Resultatdiskussion

I resultatredovisningen framgår att kulturella värderingar är den vanligaste orsaken till att kulturkonfrontationen uppstår. Enligt Barbosa da Silva (2003) uppstår olikheterna på verklighetssyn och människosyn mellan vårdgivare och vårdtagare till grund för kulturkonfrontation genom att invandrapatienten har sina kulturella värderingar och förväntningar på vården och förväntar sig att den svenska vårdpersonalen har samma uppfattningar. Detsamma gäller vårdpersonal som har sina uppfattningar, som exemplet i Wiklunds (2000) studie där en somalisk kvinna upplevde det egendomligt att läkaren reagerade över att hon var omskuren. I hennes värld är det normgivande att vara infibulerad och ur läkarens verklighetssyn är det onormalt.

En annan orsak till kulturkonfrontation kan vara att vårdpersonal har en generell bild av vissa invandrargrupper och inte tänker på individen som en unik person (Gustafsson, 1997; Willman, 1996; Leiningers, 2002). En ex-jugoslavisk patient i Hjelm m fl (1999) studie uttrycker känsla av fördomsfullhet då läkare tar för givet att patient endast är ute efter att bli sjukskriven och känner att denna läkare har fel uppfattning och ser invandrare som att de inte vill arbeta och gör allt för att bli sjukskrivna. Att läkare har fördomar kan bero på brist i invandrarkunskap som bekräftas i Socialstyrelsens rapport (SOS 1997:1) resultat som visade att läkare har den lägsta omfattningen av invandrarkunskap i sina utbildningar. Hjelm påpekar att sjuksköterskor i ett mångkulturellt samhälle inte får göra generaliseringar mellan populationer från olika delar av världen. Ingrid Fioretos betonar att det ligger en risk för en uttalad generalisering i viss litteratur som används i vårdundervisning om mångkulturellt omvårdnad som till exempel Hanssen 1998 som delar in invandrare under olika etniska kategorier och där tillger varje grupp gemensamma attributer som leder till en överbetoning på särskiljande egenskaper (Magnússon, 2003).

Kulturkonfrontation kan även bero på olikheten i samhällssynen. Hos vissa invandrare involveras familjen och utgör det sociala nätet både i glädje och sorg, vilket inte alltid är möjligt att uppfylla här i Sverige som är brukligt i hemlandet. Detta kan tydligt ses hos den somaliska kvinnan som känt sig övergiven när hon lämnats ensam under förlossningen, därför i hennes kultur bör ej en förlösande kvinna lämnas ensam (Wiklund m fl, 2000). En av Leiningers strategier som skulle kunna undvika dessa kulturkonflikter är att vårdpersonalen anpassar eller förhandlar med patienten och anhöriga om kulturellt relaterad omsorg för att uppnå ett tillfredsställande omvårdnad.

Två andra betydande faktorer till kulturkonfrontation är kommunikationssvårigheter och informationsbrist. Kommunikationssvårigheter beror först och främst på språket och kan leda till otillfredsställande omvårdnad (Hanssen, 1998; Barbosa da Silva, 2003). De äldre finnarna som inte behärskade det svenska språket upp-

levde en oro då de var osäkra på om de blivit förstådda (Heikkilä och Ekman, 2000). Wiklund säger också att första villkoret för ett symmetriskt möte mellan två parter är förmågan och överenskommelse om hur att kommunicera. Tystnad kan ibland vara önskvärt och också berika vänskapen om parterna har lång erfarenhet av interaktionen med varandra. Men möten av tillfällig karaktär representerar oftast negativitet och destruktivitet som när mannen blev förolämpad. För att uppnå ett symmetriskt möte måste parterna uppnå en ömsesidig förståelse av interaktionen och övervinna modet att kommunicera med varandra. I detta utgångsläge "state of transition" är individen i en utsatt position vilket betyder att landet och de professionella har en viktig roll att stödja denna process. Då det är en balansering mellan att acceptera nya eller offra gamla traditioner.

Informationsbrist leder till osäkerhet (Hjelm mfl, 2003; Lundqvist m fl, 2003; Bäärnhielm & Ekblad, 2000; Lundberg, 2000; Emami m fl, 2000). Arabiska patienter i Hjelm (2003) uttryckte att de ej fått samma information som de andra deltagarna i studien. Lundberg (2000) framhåller att handhavandet med självmedicinering och läkares behandling kräver att sjuksköterskor ger tydlig information till thailändska patienter för att minska kommunikationskonflikter och för att förbättra deras hälsa och välbefinnande. Vi anser att om vårdpersonalen hade använt sig av Leiningers strategi för att omforma eller omstrukturera kulturrelaterad omsorg för att hjälpa patienten att omorganisera och förändra sin livsstil till ny och mer gynnsam syn på hälsa skulle patienter inte uppleva osäkerhet på grund av brist på information.

Utöver resultaten fann vi också andra faktorer som har med informationsbrist att göra som rädsla för teknisk utrustning som används i vården. En del tekniska instrument är helt okända för vissa patienter som till exempel en kvinna från Somalia som aldrig sett kardiografi under tidigare förlossningar (Wiklund m fl, 2000).

Etnicitet kan vara en annan orsak till kulturkonfrontation men också kulturdialog. Bäärnhielm och Ekblad (2000) förklarar att varför de turkiska kvinnorna föredrar turkiska vårdgivare kan bero på samstämmighet mellan lokala traditioner om medicinsk behandling. Det kan också bero på att intervjuerna gjordes i ett migrationsområde som stimulerar till en positiv syn av födelselandet.

I Heikkilä och Ekman (2000) tycker finnarna att de finska sjukhusen och vårdhemmen var mycket bättre än de svenska. Författarna som båda själva är från Finland påpekar att ingen av de intervjuade har fått vård i Finland under de senaste trettio åren liksom att finnarnas idealisering av finskt vårdsystem och finska vårdgivare tyder på ett mönster av ett sätt att understryka sin etniska tillhörighet. Författarna påpekar att behovet av att skapa gränser gör det möjligt att även vid små kulturella skillnader erhålls tecken på annan tillhörighet och tecken på samhörighet vid möten med landsmän och genom att använda etniska gränser kvarhåller människor sin etniska identitet, och detta påverkar även deras syn på vården. Heikkilä och Ekman säger sig att med denna studie har det framkommit att etnisk bakgrund inte försvinner efter ett långt liv i ett värdland och att etnisk bakgrund ger inverkan på tron och erfarenheterna av vården och föreslår att finnarna bör få vård av personer som delar samma bakgrund, kulturella koder och värderingar som ger en djupare känsla av trygghet och en ökad försäkran om vårdkvalitet.

Heikkilä och Ekman tror att de svenska vårdgivarna inte var medvetna om att finnarna kände kulturella skillnader om än begränsade, men som ändå kan vara en betydande skillnad för vårdtagaren att kunna lita på vården. Det är viktigt att vårdgivare är medvetna och lyhörda för olika etniska gruppers övertygelser angående kulturella skillnader och försöker att bemöta uppfattningen av behov. Genom att vara lyhörd och respektfull för de äldre finnarnas etniska identitet kan vårdgivare bygga tillitsfull relation.

Kulturdialog är motsatsen till kulturkonfrontation enligt Barbosa da Silva (2003). Med kulturdialog innefattas respekt och förståelse mellan vårdgivare och vårdtagare, omvårdnaden sker på ett tillfredsställande sätt och huvudmålet för omvårdnaden kan uppfyllas.

Det är tryggheten med den sociala välfärden som uppskattas av invandrapatienter då de jämför med hemlandet, där man kan bli lurad och utnyttjad i vården som en deltagare i Bäärnhielm och Ekblads (2000) studie ansåg. Invandrare upplever det mycket positivt med vårdgivare som har samma kulturella bakgrund då man känner den kulturella förståelsen. I vårt resultat ses hur finnarna och iranierna upplevde mötet i omvårdnaden på ett önskat empatiskt sätt. Enligt vårt resonemang beror de positiva upplevelserna på att patienterna kunde upprätthålla sina kulturella värderingar eftersom de vårdades av personal som hade samma kulturella bakgrund och gemensamma språk som medförde att kommunikationen inte filterades. Detta bekräftas av Leiningers tredje strategi för omvårdnadsbeslut och omvårdnadshandlingar som strävar efter en kulturanpassad omvårdnad genom att bevara eller upprätthålla kulturrelaterad omsorg i form av hjälpande, stödjande, befrämjande eller förstärkande professionella handlingar och beslut, som hjälper människor inom en kultur.

När vi ställde vår fråga i början av detta arbete, hade vi redan erfarenheter som tyder på att vissa invandrare har negativa upplevelser, men att svaret på vår fråga blev övervägande negativa uttalanden är överraskande för oss. Det var särskilt överraskande att finnarna upplevde kulturella skillnader eftersom vi anser att finnarna är kulturellt besläktade med svenskar.

Orsaker till kulturkonfrontationer är bland annat olikheter mellan kulturer, okunnighet om varandra och ömsesidiga fördomar som svenskar och invandrare har mot varandra (Barbosa da Silva, 2003). Invandrare har oftast upplevt krig och förtryck och detta kan påverka deras personlighet. I många samhällen, som invandrare kommer i från, har individen endast skyldigheter och inga rättigheter och dessa faktorer medverkar till en osjälvständighet som inte passar in i det svenska systemet. I detta system krävs självständighet och ansvar för egna handlingar. I en del andra kulturer är det familj och släktband som tar ansvar i vissa situationer och individualisering är något obekant och nytt att vänja sig vid. Vidare kan kommunikationssvårigheter på grund av språkbrist skapa missförstånd av vissa handlingar, beteenden och attityder hos både vårdpersonalen och invandrapatienter och det kan leda till kränkande känslor (a a).

SLUTORD

Resultatet i SOS- rapporten (1997) visar stora brister i invandrarkunskap i de svenska vårdutbildningarna. I vår litteraturstudie framkommer att det fortfarande

finns brist eftersom negativa upplevelser övervägde i resultatet. Enligt Barbosa da Silva (2003) finns det tre villkor som måste uppfyllas för att förebygga kulturkonfrontation. Det första villkoret är att vårdpersonal bör få mer kunskap om främmande kulturer och religioner och om hur dessa kan inverka på omvårdnaden och om det kan vara till hjälp för att förstå hur människans tänkande och värderingar är bundet till kulturen. Det andra villkoret är att vårdpersonalen lär sig etnomedicinskt sjukvårdsmönster genom att ställa kulturellerade frågor angående vård och sjukdom. Genom att använda Leiningers "Culture care diversity and universality"- teori kan vårdpersonal förverkliga kulturellerad omsorg. Det tredje villkoret är enligt Barbosa da Silva (2003) kunskapen om interkulturell kommunikation.

Vi anser att en av anledningar som orsakade negativa upplevelser är brist på dessa villkor. En annan anledning till de negativa upplevelserna beror inte bara på brister hos vårdpersonalen utan också på invandrare själva, eftersom att man i mötet är två parter som samspekar.

Sverige blir allt mer mångkulturellt och det var inte så länge sedan som Sverige var ett homogent samhälle och därför är behovet av forskning fortfarande stort inom detta område.

REFERENSER

Al-Baldawi, R (1996) "Bemötande av patienter med invandrabakgrund inom psykiatri. Transkulturell kunskap nödvändig". *Läkartidningen*. 93 (40), 3483-3485.

Barbosa da Silva, A (2003) *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige*: Lund: Studentlitteratur.

Bäärnhielm, S & Ekblad, S (2000) Turkish migrant women encountering healthcare in Stockholm: a qualitative study of somatization and illness

- meaning. *Culture, Medicin and Psychiatry*, 24, 431-452.
- Carnevali, D (1996) *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber.
- DeMarinis, V (1998) *Tvärkulturell vård i livets slutskede. Att möta äldre persone med invandrarbakgrund*. Lund: Studentlitteratur.
- Emami, A, Torres, S & Lipson, J (2000) An Ethnographic Study of a Day Care Center for Iranian Immigrant Seniors. *Western Journal of Nursing Research*, 22 (2), 169-189.
- Emami, A, Benner, P & Ekman S-L (2001) A Sociocultural Health Model for Late-in-Life Immigrants. *Journal of Transcultural Nursing*, 12 (1), 15-24.
- Essen, B, Johnsdotter, S, Hovellius, B, Gudmunsson, S, Sjöberg, NO, Friedman, J & Östergren, PO (2003) Qualitative study of pregnancy and child birth experiences in Somalian women resident in Sweden. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 1507-1512.
- Gebru, K & Willman, A (2001) *Utbildning i transkulturell omvårdnad – en didaktisk modell för sjuksköterskeprogrammet*. Malmö: Hälsa och samhälle.
- Gebru, K & Willman, A (2003) A Research- Based Didactic Model for Education to Promote Culturally Competent Nursing Care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 14 (1), 55-61.
- Gebru, K (2003) *Kulturanpassad vård i livets slutskede. Vård i livets slutskede- delrapport 2003:4*. Malmö FoU-enhet för äldre.
- Gustafsson, B (1997) *Bekräftande omvårdnad. SAUK – modellen för vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Hanssen, E (1998) *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.
- Heikkilä, K & Ekman, S-L (2000) Health Care Experiences and Beliefs of Elderly Finnish Immigrants in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 11 (4), 281-289.
- Hjelm, K, Nyberg, P, Isacson, Å och Apelqvist, J (1999) Beliefs about health and illness essential for self-care practice: a comparison of migrant Yugoslavian and Swedish diabetic females, *Journal of Advanced Nursing*, 30 (5), 1147-1159.
- Hjelm, K, Bard, K, Nyberg, P & Apelqvist, J (2003) Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden. *International Journal of Nursing*, 40, 627-643.
- Kirkevold, M (2000) *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

- Leininger, M (1997) Classic Article. Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. *Journal of Transcultural Nursing*, 8(2).
- Leininger, M & McFarland, M (2002) *Transkultural nursing, concepts, theories, research & practice* (3rd ed) New York: Mc Graw-Hill.
- Lehti, A & Mattsson, B (1997) "Utanförkänsla kan ge smärta". *Läkartidningen*, 94 (12), 1104 – 1108.
- Lundberg, P (2000) Cultural Care of Thai Immigrants in Uppsala: A Study of Transcultural Nursing in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(4), 274-280.
- Lundqvist, A, Nilstun, T & Dykes, AK (2003) Neonatal end-of-life care in Sweden: the views of Muslim women. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing*, 17 (1), 77-86.
- Magnússon, F (2002) *Etniska relationer i vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D, Beck, C & Hungler, B (2001) *Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization* (5th ed) Philadelphia: Lippincott.
- SFS 1982:763. *Hälso-och sjukvårdslagen*. Svensk författningssamling. Stockholm: Liber.
- Socialstyrelsen (2000) *Olika villkor, olika hälsa. En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet*. Ale Tryckteam AB, Bohus.
- SOSF 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso-och sjukvårde*.
- SOS 1997: 1. *Invandrarkunskap i högskoleutbildningen. En undersökning om yrkesutbildningar inom hälso- och sjukvårds- och det sociala området*. Socialstyrelsen: Invandrarprojektet-rapport nr 1997: 1.
- Statistisk årsbok för Sverige 2003. Vol 89. Stockholm: Elaners Novum AB 2002.
- Sundqvist, J (1998) "Invandringen ställer ökade krav på hälso – och sjukvården". *Läkartidningen*, 95 (10), 992.
- Wiklund, H, Aden, A, Högberg, U, Wikman, M & Dahlgren, L (2000) Somalis giving birth in Sweden: a challenge to culture and gender specific values and behaviours. *Midwifery*, 16, 105-115.
- Willman, A (1996) *Hälsa är att leva. En teoretisk och empirisk analys av begreppet hälsa med exempel från geriatrisk omvårdnad*. Stockholm: Vårdförbundet SHSTF.

BILAGOR

Bilaga 1: Tabell över granskade artiklar.

Bilaga 2: Sunrise-modell enligt Leininger.

Tabell över granskade artiklar

1 (5)

| Författare/ År Titel/ Land | Metod Urval | Syfte | Resultat |
|-------------------------------|----------------|-------|----------|
|-------------------------------|----------------|-------|----------|

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>Bäärnheim, S & Ekblad, S (2000)</p> <p>Turkish migrant women encountering health care in Stockholm: A qualitative study of somatization and illness meaning.</p> <p>Sverige</p> | <p>Grounded theory</p> <p>10 turkiskfödda kvinnor boende i Stockholm.</p> | <p>Utforska strukturer för hur somatiskt sjuka invandrarkvinnor födda i Turkiet har för innebörd i ohälsa.</p> | <p>Man använde sig av konkreta beskrivningar av kroppsliga erfarenheter, känslor, sociala situation, egna övertygelser och föreställningar.</p> <p>Traditionella uttryck för känslomässig ohälsa. Utmärkande drag karaktäriserades av att inte verbalisera orsaksförklaringar, utan snarare länka ihop sammanhangen mellan hälsa och olika aspekter av livet.</p> |
| <p>Emami, A Tores, S & Lipson, J (2000)</p> <p>An Ethnographic Study of a Day Care center for Iranian Immigrant Seniors.</p> <p>Sverige</p> | <p>Etnografisk studie</p> <p>Observation av 323 äldre Iranier som deltog i dagcentrets aktiviteter, och 15 av de intervjuades med semi-strukturerade frågeställningar.</p> | <p>Tvådelad</p> <p>a) beskriva aktiviteterna som erbjöds av dagcentret för att särskilt ta hand om de iranska, äldre immigranterna.</p> <p>b) Få reda på seniornas upplevelse av aktiviteter de deltagit i.</p> | <p>Man fann 6 teman som karakteriseras av deltagandets betydelse. Färdigheter i svensk kommunikation. Uppsluppen gemenskap. Känsla av social tillbehörighet. Kulturell förståelse. Känsla av mening. Upplevelse av hälsa.</p> |

2 (5)

| Författare/ År Titel/ Land | Metod Urval | Syfte | Resultat |
|-------------------------------|----------------|-------|----------|
|-------------------------------|----------------|-------|----------|

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>Emami, A m fl (2001) A Socialcultural Health Model for Late- in- Life Immigrants. Sverige</p> | <p>Fenomenologisk studie 15 iranier “ late-in-life” immigrerade medlemmar av ett dagcenter för iranska seniorer.</p> | <p>Utveckla en socio-kulturell hälsomodell för iranier ” late-in-life” som invandrat till Sverige för att bidra till ytterligare förståelse för sätt att uppfatta, uppleva och förklara sin hälsosituationer.</p> | <p>Hälsa beror på kontinuitet och balans i livet. Fokus på upplevelse av välbefinnande. Göra det bästa av situationen anpassa sig till det som hör till åldrandet.</p> |
| <p>Essen, B m fl (2000) Qualitative Study of Pregnancy and Childbirth Experiences in Somalian Women Resident in Sweden. Sverige</p> | <p>Kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer, med 15 somaliska invandrar-kvinnor som fött barn både i Somalia och i Sverige.</p> | <p>Utforska kulturella attityder, strategier och vanor hos somaliska invandrar-kvinnor för att få förståelse för hur sådana faktorer kan påverka resultatet för förlossning och nyföddhetsperioden.</p> | <p>Samtliga kvinnor minskade medvetet sitt matintag för att få mindre barn som ger lättare förlossning och därmed minskad risk för kejsarsnitt. Illamående under graviditeten upplevdes som värre här i Sverige än i Somalia.</p> |

3 (5)

| Författare/ År Titel/ Land | Metod Urval | Syfte | Resultat |
|-------------------------------|----------------|-------|----------|
|-------------------------------|----------------|-------|----------|

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>Heikkilä, M & Ekman, S-L (2000)</p> <p>Health Care Experiences and Beliefs of Elderly Finnish Immigrants in Sweden.</p> <p>Sverige</p> | <p>En kvalitativ studie. 39 äldre finländare över 75 år gamla och bosatta i Stockholm. Djupintervjuer i deras egna hem med hjälp av bandspelare.</p> | <p>Undersöka tro och upplevelser av vården hos äldre finska emigranter bosatta i Sverige.</p> | <p>Den svenska och finska kulturen var närbesläktad men det förekom olikheter i samband med omvårdnaden. Finnarna tyckte att läkarna och sjuksköterskorna var mer skickliga i sin yrkesutövning i Finland än i Sverige.</p> |
| <p>Hjelm, K m fl (1999)</p> <p>Beliefs about health and illness essential for self-care practice: a comparison of migrant Yugoslavian and Swedish diabetic Females.</p> <p>Sverige</p> | <p>Explorativ studie med grupp intervjuer 15 svenskar 13 jugoslaviska kvinnor med diabetes.</p> | <p>Utforska om det finns skillnader i synen på hälsa och ohälsa mellan jugoslaviska och svenska diabetiker som kan påverka egenvård och vård sökande.</p> | <p>Jugoslaviska kvinnor sökte vård för andra orsaker än diabetes, medan svenskarna anade att det var diabetes. Jugoslaviska kvinnor hade en mer passiv roll angående egenvård än de svenska kvinnorna.</p> |

4 (5)

| Författare/ År Titel/ Land | Metod Urval | Syfte | Resultat |
|-------------------------------|----------------|-------|----------|
|-------------------------------|----------------|-------|----------|

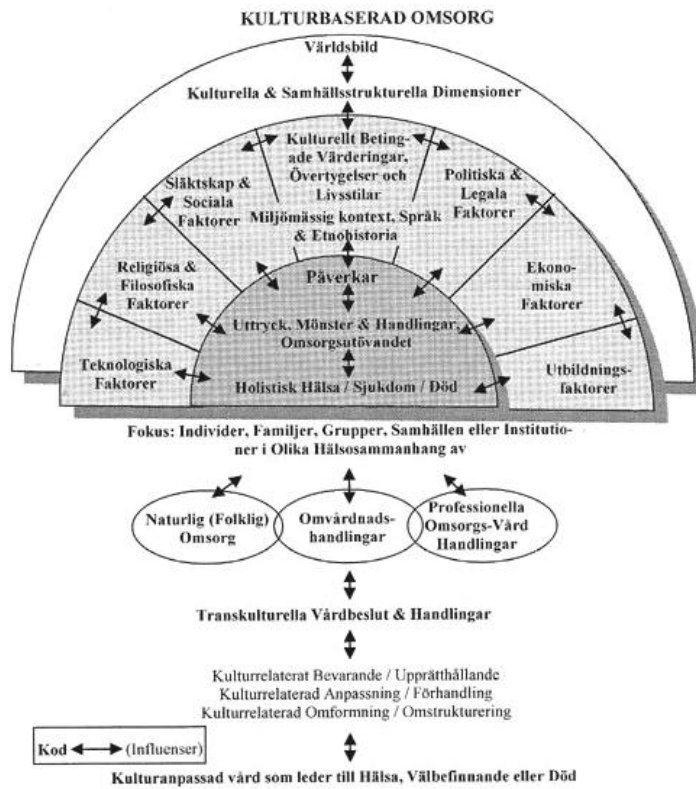
| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>Hjelm, K m fl (2003)</p> <p>Religious and Cultural Distance in Beliefs about Health and Illness in Women with Diabetes Mellitus of Different Origin Living in Sweden.</p> <p>Sverige</p> | <p>Fokus grupp intervjuer med 41 kvinnor med DM. 7 från Irak 3 från Palestina 2 från Libanon 1 från Egypten 13 jugoslaver 15 svenskar</p> | <p>Undersöka det kulturella inflytandet på hälsa och sjukdom och egenvårds handlingar hos kvinnor med DM från olika kulturer.</p> | <p>Svenskar är aktiva med egenvård och har en hälso-kontrollerad livsstil. Jugoslaviska muslimer har en passiv attityd till egenvård. Araber söker aktiv information om skötsel av DM.</p> |
| <p>Lundberg, P (2000)</p> <p>Culture Care of Thai Immigrants in Uppsala: A study of transcultural nursing in Sweden.</p> <p>Sverige</p> | <p>Ethnonursing metod utifrån Leiningers teori ” Culture Care Diversity and Universality” och Sunrise modellen Intervjuades 39 thailändska kvinnor, 15 nyckelinformanter och 24 generella informanter.</p> | <p>Undersöka och beskriva meningar och uttryck gällande kulturell omvårdnaden hos en grupp thailändska immigranter i Sverige.</p> | <p>Faktorer som familjen, religionen, könsroller och traditionella hälsovårdshandlingar måste hänsyn tas vid omvårdnaden.</p> |

5 (5)

| Författare/ År Titel/ Land | Metod Urval | Syfte | Resultat |
|-------------------------------|----------------|-------|----------|
|-------------------------------|----------------|-------|----------|

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>Lundqvist, A Nilstun, T & Dykes, AK (2003)</p> <p>Neonatal end-of-life Care in Sweden: Muslimska kvinnors syn.</p> <p>Sverige</p> | <p>Standardiserad semistrukturerade intervjuer. 11 immigrerade kvinnor med muslimsk bakgrund.</p> | <p>Få reda på muslimska kvinnors syn på neonatal terminalvård i Sverige.</p> | <p>Utmärkande områden: Information ansågs som både bra och skrämmande. Familj och släkt viktig men inte kontakt med socialarbetare. De flesta såg det som mord att ta bort livsuppehållande behandling.</p> <p>Tveksamhet hur applicera tradition i nya landet gällande tvagning och svepning. Svårt att acceptera obduktion, då livet fortsätter efter döden, och det gör att minnet av det döda barnet försvåra sorgen.</p> |
| <p>Wiklund, H m fl (2000)</p> <p>Somalis giving birth in Sweden a Chalange to culture and gender specific values and behaviours.</p> <p>Sverige</p> | <p>Grounded theory 9 kvinnor och 7 män från Somalia intervjuades</p> | <p>Att studera mötet mellan somalier ((kvinnor och män) och MCV och förlossningsavd. för att förbättra och utveckla de generella uppfattningarna om de olika kulturella konflikterna som uppstår i mötet med den svenska vården.</p> | <p>Lika negativa erfarenheter upplevdes av både de somaliska kvinnor och männen angående mötet med vården i Sverige, kommunikationen samt den tekniska utrustningen.</p> <p>Föräldraskapet här i Sverige upplevdes också negativt i jämförelse med hemlandet som beskrevs som maktlöshet över barnen som medför förlorad respekt.</p> |

Leiningers Soluppgångsmodell som beskriver kulturella omsorgsskillnader och omsorgslikheter



Sunrise-modellen enligt Leininger 2001. Svensk översättning Gebru 2003

