



Institutionen för Hälsovetenskap

Kulturens betydelse vid omvårdnad i livets slutskede

- En intervjustudie med sjuksköterskor i specialiserad palliativ vård

Rasha Mian

**Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå
Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning Palliativ vård
Institutionen för Hälsovetenskap
Vår 2022**

Kulturens betydelse vid omvårdnad i livets slutskede

-En intervjustudie med sjuksköterskor i specialiserad palliativ vård

The Importance of culture in nursing at the end of life

-An interview study with nurses in specialized palliative care

Författare: Rasha Mian

Institution: Institutionen för Hälsovetenskap, Högskolan Väst.

Kurs: Examensarbete i Omvårdnad, avancerad nivå, 15 högskolepoäng.

Handledare: Åsa Rejnö

Antal sidor: 28

Månad och år: Maj 2022

Sammanfattning

Bakgrund: Antalet personer med olika kulturell bakgrund ökar i takt med att Sverige blir ett alltmer mångkulturellt land. Det bedöms att 80 procent av de som avlider har varit i behov av palliativ vård. Många av dessa har behov av specialiserad palliativ vård vilket ställer krav på specialistsjuksköterskan att ha tillräckligt med kunskap och färdigheter för att ansvara för att tillgodose patientens omvårdnadsbehov på ett fysiskt, psykiskt, relationellt, existentiellt, andligt och kulturellt plan.

Syfte: Studiens syfte var att belysa sjuksköterskans erfarenhet av kulturens betydelse vid omvårdnad av patienter i livets slutskede inom specialiserad palliativ vård

Metoden: Studien genomfördes med en kvalitativ design och en induktiv ansats. Semistrukturerade intervjuer utfördes med tolv sjuksköterskor i Västra Götaland. Data analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I resultatet framkom det att sjuksköterskorna hade en medvetenhet, om kultur som fenomen och hur det inverkade på den palliativa vården i livets slut. Flera kulturella föreställningar och aspekter lyftes fram i mötet med personer och närstående med annan kulturell bakgrund. Det framkom även utmaningar och känslor som uppstod när olika kulturella preferenser skilde sig åt mellan alla involverade. För att tillgodose olika kulturella behov, synsätt och önskemål antog sjuksköterskorna ett personcentrerat förhållningsätt.

Slutsats: Det saknas oftast rutiner och metoder för hur sjuksköterskan ska tillgodose och hantera olika kulturella föreställningar som kan skilja sig från den palliativa vårdens värdegrund och hörnstenar. Att ha ett personcentrerat förhållningsätt som strategi som sjuksköterskorna i befintlig studie använde sig av bidrog till att lättare hantera situationen och ge vård på jämlika villkor.

Nyckelord: kultur, livets slutskede, palliativ vård, specialiserad palliativ vård

Abstract

Background: The number of people with various cultural backgrounds is increasing as Sweden is becoming a multicultural country. Estimates state that 80 percent of those who died have been in need of palliative care, many of these of specialized palliative care. This requires the specialist nurse to have sufficient knowledge and skills to be responsible for meeting the patient's nursing needs on a physical, mental, relational, existential, spiritual and cultural level.

Aim: To highlight nurse's experience of the meaning of culture in caring for patients at the end of life in specialized palliative care

Method: The study was conducted with qualitative design and inductive approach. Semistructured interviews were conducted with twelve nurses in Västra Götaland. Data were analyzed with qualitative content analysis.

Results: The results highlights the nurses' awareness about culture as a phenomenon and how it affected palliative care at the end of life. Several cultural perceptions and aspects were highlighted in the meeting with people and relatives with other cultural backgrounds. There were also challenges and emotions that arose when different cultural preferences differed between all involved. To meet different cultural needs, views and wishes, the nurses adopted a person-centered approach.

Conclusion: Routines and methods are often lacking for how the nurse should meet and handle different cultural perceptions that may differ from the values and cornerstones of palliative care. Having a person-centered approach as a strategy that the nurses in the existing study used contributed to easier handling of the situation and providing care on equal terms.

Keywords: culture, end of life, palliative care, specialized palliative care

Populärvetenskaplig sammanfattning

Titel: Kulturens betydelse vid omvårdnad i livets slutskede -En intervjustudie med sjuksköterskor i specialiserad palliativ vård

Dagens mångkulturella samhälle och de ökade palliativa behoven leder till att sjuksköterskan möter flera personer med olika kulturell bakgrund, som är i behov av god palliativ vård utifrån en helhetssyn där psykiska, fysiska, sociala, existentiella och kulturella behov behöver tillgodoses.

Bakgrund

Forskning visar att det förekommer olika kulturella värderingar och synsätt som inte överensstämmer med den palliativa vårdens ideologi och värderingar kring sjukdom, behandling och död. Trots att det framkom att utbildning och erfarenhet fanns av att vårda olika befolkningsgrupper, upplevdes det ändå utmanande att vårda och tillmötesgå personer med annan kulturell bakgrund. Sjuksköterskan som arbetar inom palliativ vård ska tillhandahålla en god palliativ vård utifrån kunskap och förståelse för personer med annan kulturell bakgrund.

Syfte

Studiens syfte var att belysa sjuksköterskans erfarenhet av kulturens betydelse vid omvårdnad av patienter i livets slutskede inom specialiserad palliativ vård

Metod

För att besvara syftet genomfördes 12 intervjuer med sjuksköterskor som arbetar inom specialiserad palliativ vård. Intervjuerna analyserades och sammanställdes till en helhet.

Resultat

Resultatet visade att sjuksköterskorna som arbetade inom den specialiserade palliativa vården var medvetna om kulturens betydelse och hur det kunde inverka på omvårdnaden i livets slut. När det förekom utmaningar, svårigheter och olika föreställningar i mötet med personer med annan kulturell bakgrund antog sjuksköterskorna det personcentrerade förhållningsättet för att tillgodose en jämlik vård utifrån kulturella önskemål.

Slutsats

Ökad kunskap om kulturens betydelse vid omvårdnad i livets slutskede kan leda till minskad generalisering och förutfattade åsikter. Det kan i stället leda till ökad medvetenhet och bidra till kunskap och förståelse hos specialistsjuksköterskan som ska bemöta och hantera patienten och närstående med annan kulturell bakgrund som redan befinner sig i en utsatt situation när de vårdas i livets slutskede.

Förslag på klinisk tillämpning

Resultaten kan användas för diskutera och reflektera över hur man ska hantera och tillgodose olika kulturella önskemålen och aspekter som lyftes fram av sjuksköterskorna. Vilket kan leda till ökad kunskap och förståelse om förekommande föreställningar och situationer som sjuksköterskorna var med om i mötet med personer med olika kulturell bakgrund som befinner sig i livets slut och hur dessa kan påverka omvårdnaden och arbetet som sjuksköterskorna utför.

Tillkännagivande

Jag vill rikta ett stort tack till samtliga sjuksköterskorna som varit intresserade och deltagit i studien och delat med sig av sina erfarenheter. Jag vill även tacka cheferna som godkänt och varit behjälpliga för kunna genomföra intervjuerna inom de berörda verksamheterna.

Slutligen sist men inte minst ett stort varmt tack till min handledare som tålmodigt varit stöttande, uppmuntrade och väglett mig med sin kloka kunskap och erfarenhet under skrivprocessen.

Definitioner och terminologi

ASIH: Avancerad sjukvård i hemmet är en benämning på en organisation som bedriver specialiserad verksamhet i människors hem.

Kultur: Kultur är ett begrepp som definieras olika men det flesta definitionerna lägger fokus på inlärdade delade värderingar, traditioner och övertygelse hos en grupp individer

Livets slutskede: Avser fasen för patienter där döden är oundviklig inom en snar framtid

Palliativ vård: Målet är att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär hänsyn av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående (Socialstyrelsen, 2018)

Specialiserad palliativ vård: Det innebär palliativ vård som ges till patienter med komplexa symtom eller som befinner sig i livssituationer som medför särskilda behov som utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kompetens och kunskap i palliativ vård

Innehåll

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Kulturens betydelse inom hälso-och sjukvården.....	1
Definitionen och innebörden av palliativ vård	2
Tidigare forskning avseende palliativ vård och kultur	3
Specialistsjukskörskans roll inom palliativ vård	5
Personcentrerad vård som teori	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Kontext	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	8
Analys.....	9
Förförståelse	10
Etiska övervägande	11
Resultat.....	12
Kännedom om kulturens inverkan för omvårdnaden	12
Kulturbegreppets betydelse	12
Språket som barriär för tillgodose kulturella behov	13
Kulturbundna föreställningar kring information och behandling	14
Föreställningar kring döendet och döden utifrån kulturella aspekter	15
Sjuksköterskans bemötande och förhållningsätt	16
Utmaningarna och strategierna som kulturen bär med sig	16
Personcentrering som förhållningssätt låter kulturen komma till tals.....	17
Betydelsen av olika roller inom kulturen	18
Kulturen breddar möjligheterna och lärdomen	18
Diskussion	19
Resultatdiskussion.....	19
Metoddiskussion.....	22
Slutsats	24
Förslag till klinisk tillämpning	24

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling	25
Referenser.....	26

Bilagor

Bilaga I	Till berörd verksamhetschef/enhetschef
Bilaga II	Informationsbrev till berörd sjuksköterska
Bilaga III	Skriftligt samtycke
Bilaga IV	Intervjuguide för studien

Inledning

Personer som befinner sig i livets slutskede bor och finns inom alla inrättningar där de vårdas ända fram till livets slut. Antalet patienter med olika kulturer som vårdas inom specialiserad palliativ vård växer i takt med att Sverige blir ett mer mångkulturellt land där patienters palliativa vårdbehov även ökar. Specialistsjuksköterskor inom palliativ vård möter och vårdar dessa patienter i sitt dagliga arbete. Detta kommer att öka kraven på specialistsjuksköterskan att ge god vård, utifrån kunskap och kännedom om kulturens betydelse för patienten med annan kulturell bakgrund än sjuksköterskan själv har. Specialistsjuksköterskan inom palliativ vård ska vårda patienter utifrån en helhetssyn som den palliativa vården präglas av där psykiska, fysiska, sociala, kulturella och andliga dimensioner ska tillgodoses. För att ge god omvårdnad i livets slutskede och ta hänsyn samt få ökad förståelse för patientens kulturella bakgrund, är det relevant att ha kännedom om vad sjuksköterskan har för erfarenhet av kulturens betydelse vid omvårdnad av patienter som befinner sig i livets slutskede. I mitt dagliga arbete möter jag många patienter med olika kulturell bakgrund i livets slutskede. Det saknas oftast stöd i hur man ska bemöta dessa patienters specifika behov. Det är ett relevant och högaktuellt ämne som behöver belysas ytterligare.

Bakgrund

För att omvårdnad ska vara ändamålsenlig behöver hänsyn till kulturella omständigheter tas i beaktande (Leninger, 2002). Det är viktigt att sjuksköterskan utvecklar kunskap om olika kulturer och hur personerna i dem lever. Vidare betonar Leninger (2002) att sjuksköterskan behöver utveckla kulturell kompetens för att ha förmåga att förstå och ta hänsyn till patientens kulturella bakgrund. Att inneha kulturell kompetens bidrar till att främja hälsa, välbefinnande och skapa förutsättningar för patienten att möta sjukdom, svårigheter och döden på ett värdigt sätt utifrån sin kulturella bakgrund.

Enligt Statistikmyndigheten SCB (2021a) består befolkningen i Sverige år 2021 av 10 449 381 personer varav ca 2 046 731 av dessa år 2020 är utrikesfödda. Till utrikesfödda räknas personer som är folkbokförda i Sverige men födda i ett annat land, oavsett föräldrarnas födelseland eller medborgarskap. Under 2021 avled ca 91 958 personer folkbokförda i Sverige (Statistikmyndigheten SCB, 2021b). Varje år uppskattar Socialstyrelsen (2018) att ca 80 procent av de som avlider bedöms ha varit i behov av palliativ vård.

Gysels m.fl (2012) menar att kulturell mångfald ser olika ut i olika länder och kan variera och förändras till följd av migration, åldrande befolkning och olika kulturella blandningar. Att inneha kulturell kompetens vid vård är ett begrepp som har utvecklats, för att underlätta och göra det möjligt för vården att bättre svara på kulturell mångfald.

Kulturens betydelse inom hälso-och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården har kulturen påverkan på hälsa, sjukdomsföreställningar som behandling, symtom och vård. Kultur är ett begrepp som definieras olika men det flesta definitionerna lägger fokus på inlärd delade värderingar, traditioner och övertygelse hos en grupp individer (Albarran m.fl, 2011). Olika kulturer har sina teorier som ger förklaring till sjukdom. Den förser och påverkar även människor med språkmönster, matvanor, åsikter, attityder, föreställningar och religiösa övertygelser (Hanssen, 2007).

Människor skapar kultur i sitt vardagliga liv och det är inte något som är bestående och oföränderligt. Det är en process som uppstår i mötet mellan olika grupper (Hanssen, 2007). I ett mångkulturellt samhälle kan patienter och vårdpersonalen ha olika kulturell bakgrund och skilda perspektiv på vad god omvårdnad avser (Leininger, 2002).

När en person flyttar till ett annat land blir de påverkad av den nya omgivningen och det samhälle som personen bosätter sig i. Hur mycket personen blir påverkad av den nya kulturen är individuellt och varierande. I mötet mellan människor är alla personer präglade och påverkade av sin egen kultur och kulturella uppväxt i olika omfattningar. Personer som arbetar inom sjukvården möter olika individer med olika kulturer och etniska grupper (Hanssen, 2007).

Kultur är något man lär sig genom att socialisera in i den och därmed kan kulturens antagande om verkligheten uppfattas som sanning. Detta innebär att den egna kulturen blir det normala för hur saker och ting ska hanteras och vara. Kulturen kan därmed bidra till färdiga lösningar för problem som till exempel ohälsoproblem och även andra problem som inte är relaterade till hälsan. Lösningarna kan uppfatta som svåra att förstå sig på av andra (Wiklund Gustin & Lindvall, 2019). Att ha kännedom om andra kulturer är viktigt för att förstå personers olika kulturer. Att visa att man har kunskap om religion, kultur och hur det kan påverka och ha för konsekvenser för patienten kan leda till att en känsla av att bli bemött med omsorg och respekt (Hanssen, 2007).

Definitionen och innebörden av palliativ vård

Världshälsoorganisationen, WHO (2020) definierar palliativ vård som ett förhållningssätt vars syfte är att förbättra livskvalitén för patienten och dennes familj. Palliativ vård ska förebygga och lindra lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra psykosociala, fysiska, existentiella symtom. WHO:s definition har tidigare varit globalt rådande men har kompletterats av en utvidgad definition som International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) arbetat fram (Radbruch, m.fl, 2020). En av punkterna för att bedriva god palliativ vård är att erkännande ska ges med respekt för patientens och de närståendes kulturella värderingar, övertygelser och trosuppfattningar. Den palliativa vården ska även kunna tillämpas vid alla vårdformer och nivåer och ges under hela sjukdomsförloppet utifrån patientens behov (Radbruch, m.fl, 2020).

Socialstyrelsen (2018) går även i linje med världshälsoorganisationens definition av palliativ vård. Den palliativa vården delas oftast in i två faser. En tidig fas och en senare fas som benämns som vård i livets slutskede. Övergången mellan olika faser är inte alltid så specifik och kan i många fall ske successivt i tid. Den tidiga palliativa fasen anges starta när patienten fått en diagnos på obotlig sjukdom eller skada. Det kan ha som syfte att bevaka om en livsförlängande behandling och vård är aktuell ur patientens perspektiv. Den tidiga fasen kan därmed vara lång och varierar beroende på patientens situation, livssyn samt vilken sjukdom och skada personen har. När patienter övergår till vård i livets slutskede beskrivs döden som oundviklig inom en snar framtid. Vården övergår då till vara lindrande i stället för livsförlängande.

Regionala cancercentrum i samverkan (2021) beskriver att den palliativa vården utgår från värdegrund som sammanfattas i fyra ledord: helhet, närhet, empati, kunskap och dessa utgör det som är viktigt och prioriterat. De beskriver att helhet innebär att tillgodose patientens och de närståendes fysiska, psykologiska, sociala och existentiella behov. Närhet i livets slutskede innebär att lyssna till patientens önskemål genom att vara närvarande och nära. Närståendes behov av stöd skall även tillgodoses. Det kan upplevas både krävande och givande att ständigt arbeta med svår sjukdom och död. De anger vidare att ha empati genom att visa omtanke och

känna in patientens situation och behålla sin professionalitet bygger på ömsesidig givande och tagande. Personalen behöver ha kunskap i palliativ vård som kräver utbildning och fortbildning, för att kunna hjälpa patienten att uppnå bästa möjliga livskvalité och optimal vård.

Enligt Socialstyrelsen (2013) arbetar man inom palliativ vård utifrån fyra hörnstenar som grundar sig i WHO:s definition av palliativ vård och människovärdesprincipen. Dessa fyra hörnstenar är symtomlindring, samarbete, kommunikation och relation samt närståendestöd. Symtomlindring innefattar helhetsperspektiv utifrån fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Det anges att målet är att förebygga och lindra symtom samtidigt som patientens integritet och autonomi beaktas. För att ge god palliativ vård krävs ett samarbete med multiprofessionellt team med flera professioner för att tillgodose patientens hela behov. Kommunikation och relation innebär att främja patientens livskvalité genom god kommunikation och relation mellan teamet och patientens samt deras närstående. Socialstyrelsen skriver också att närstående bör erbjudas stöd under sjukdomen och efter dödsfall. De ska få stöd och information och vara delaktiga utifrån sina förutsättningar och behov.

Palliativ vård kan bedrivas inom den allmänna och den specialiserade vården (Socialstyrelsen, 2018). Allmän palliativ vård avser vård som personal med grundläggande kompetens och kunskap inom palliativ vård tillhandahåller till palliativa patienter. Den allmänna palliativa vården ska kunna bedrivas inom alla vårdformer såsom hemsjukvård, sjukhus, primärvård och vård och omsorgsboende (Socialstyrelsen, 2018). Definitionen av specialiserad palliativ vård innebär palliativ vård som ges till patienter med komplexa symtom eller som befinner sig i livssituationer som medför särskilda behov (Regionala cancercentrum i samverkan, 2021), och där ett multiprofessionellt team med specialistutbildad personal med särskild kunskap och utbildning i palliativ vård krävs. Det beskrivs att teamet kan bestå av läkare med specialistkompetens inom palliativ medicin, sjuksköterskor som är specialiserade inom palliativ omvårdnad samt psykosocial kompetens med kvalificerad fördjupningsutbildning. Andra yrkeskategorier såsom fysioterapeut, arbetsterapeut och dietist kan även förekomma inom teamet. Specialiserad palliativ vård kan därmed ges oavsett diagnos, bostadsort, ålder, etnicitet eller vårdform. Vidare anges att en av funktionerna som den specialiserade palliativa vården har är att komplettera och bistå den allmänna palliativa vården genom olika kompetensområde som kan se olika ut. Ett område kan vara att hantera situationer med utmaningar i kommunikation på olika nivåer. Ett annat kan vara att bedöma oklara palliativa vårdbehov samt prognos.

Tidigare forskning avseende palliativ vård och kultur

Vårdpersonalen, patienter och närstående kan ha olika värderingar och aspekter som inte överensstämmer med den palliativa vårdens lära och värderingar kring sjukdom, behandling och död (Fearon m.fl., 2019). Det kan handla om olika uppfattningar kring livshotande sjukdom, kommunikation och beslutfattande kring vård i livets slutskede (Searight & Gafford, 2005). Detta framhålls i flera studier, varav en av studierna gjord i Nya Zeeland av Bellamy & Gott (2012) belyste olika utmaningar vårdpersonalen upplevde vid tillhandahållandet av kulturell palliativ vård för Maori, på Stilla havsön och kinesiska äldre som bor i Nya Zeeland. Inom den asiatiska kulturen är familjens engagemang och roll i både beslutfattande och omvårdnaden viktig. Detta kunde leda till att vårdpersonalen upplevde att det stred mot det västerländska synsättet där respekten för patientens autonomi var central. Det västerländska synsättet strävade efter att göra det möjligt för patienten att ta beslut kring sin vård och få

information om sin hälsa. Detta framkom även i Gysels m.fl. (2012) studie att respekten för autonomi i livets slutskede var en viktig del i vården inom det västerländska samhället.

Kultur har betydelse för hur patienter reagerar på symtom, vård och döden. När patienter, familjer och vårdpersonal kommer i kontakt med allvarlig sjukdom, svåra beslut samt gränser för behandling kan kulturella skillnader bli mer framträdande i mötet med patienter och deras familjer (Gysels m.fl., 2012). En sådan situation kan vara när patienten inte vill ha information om sin diagnos, utan vill att informationen ska lämnas till sina närstående. Där närstående sedan får agera som mellanhand mellan patienten och sjukvårdspersonalen (Bellamy & Gott, 2012). Forskning visar att det ansågs betydelsefullt av att använda sig av team och tillgängliga resurser som är specialiserad inom palliativ vård, för att stödja personalen i att tillhandahålla kulturell specifik vård för patienten och deras familjer i livets slutskede (Bloomer m.fl., 2019). Teamet kunde användas för att få ökad förståelse och mesta möjliga acceptans, vid komplexa situationer som uppstod vid vårdandet av patienter från olika befolkningsgrupper (Eckemoff m.fl., 2018). Bloomer m.fl. (2019) menar att sjukvårdspersonalen inte använde sig av befintliga tillgängliga resurser, som professionella tolkar, specialister i palliativ vård och religiöst stöd såsom präst i lika stor omfattning som behovet fanns.

Leninger (2002) lägger tonvikt på att sjuksköterskan behöver kunskap om andra kulturer för att skapa förståelse för sina patienter. Samtidigt som man behöver vara medveten om sin egen kultur och hur den påverkar synen på hälsa, livskvalité och omvårdnad. Att utveckla kulturell kompetens ska bidra till att sjuksköterskan kan ge professionell och holistisk vård. Bellamy & Gott, (2012) belyste i sin forskning att många äldre ville att familjemedlemmarna skulle sköta deras omvårdnad till exempel personlig vård. Även om det ofta fungerade så fanns det situationer där personalen ansåg att familjemedlemmarna gav sämre vård som stred mot deras kunskap och omvårdnadsplikt. Detta ledde till att vårdpersonalen behövde ge stöd och utrusta familjer med praktiska färdigheter för att närstående skulle vårda sina döende äldre. Detta krävde i sin tur att personalen behövde förändra sin roll som expert av att tillgodose vård, och i stället inta en mer pedagogisk och stödjande roll för patienten och familjen.

I en studie av Eckemoff m.fl. (2018) framkom det att trots personalens hade utbildning och erfarenhet av att vårda olika befolkningsgrupper, upplevdes det ändå utmanande att vårda och tillmötesgå äldre personer med invandrarbakgrund. Det kunde bero på kravet av att vara kulturellt kompetent och respektera patientens preferenser. Även studien med Bloomer m.fl. (2019) visade brister och utmaningar i medvetenhet om specifika kulturella faktorer och hur dessa kan påverka olika vårdbehov i livets slutskede. Bristerna resulterade i att anpassningen av vården efter individens behov försumrades

Enligt Gysels m.fl. (2012) kan kultur påverka definitionen av vad livets slutskede innebär och förståelsen för hur man bedömer och vad som utgör lämplig vård i livets slutskede.

Forskningen visar att det kan förekomma kulturella skillnader och variationer inom olika länder, regioner och grupper. Bellamy och Gott (2012) beskriver att variationer inom och utanför grupper kan förekomma bland personer från Maori, Stilla havsön och kinesiska äldre som bor i Nya Zeeland. Det ansågs betydelsefullt att känna till variationerna för att underlätta vården i livets slutskede och inte generalisera och göra antagande som baseras på kulturella värden. Enligt Gysels m.fl. (2012) kan kulturella frågor som berör vård i livets slutskede vara mer belysta i europeiska länder jämfört med länder omkring medelhavet och länder med anglosaxiska traditioner. Det gäller områden som beslutprocesser i andliga, religiösa frågor, familjens närvaro, etik, omsorg, beslutsfattande, autonomi och organisation av vården för den döende patienten.

Specialistsjuksköterskans roll inom palliativ vård

Svensk sjuksköterskeförening (2019) anger att en specialistsjuksköterska med inriktning palliativ vård ska sträva efter att tillgodose patientens omvårdnadsbehov på ett fysiskt, psykiskt, relationellt, existentiellt, andligt och kulturellt plan genom att ha tillräckligt med kunskap och färdigheter. Vilket går i linje med sjuksköterskan etiska kod där det betonas att sjuksköterskan i sitt arbete ska främja en miljö där värderingar, sedvänjor, mänskliga rättigheter och trosuppfattningar hos patienter och deras närstående respekteras (International Council of Nurses, 2021). Det anses att sjuksköterskan ska ansvara för att patienten får tillräcklig, korrekt och lämplig information på kulturellt anpassat sätt.

Vidare ska specialistsjuksköterskan med inriktning palliativ vård arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningsätt, där patienterna och deras närstående involveras i vården utifrån deras individuella behov. Målet är att uppnå bästa möjliga välbefinnande och sträva efter att patienter och deras närståendes integritet och värdighet bevaras (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Detta framgår även i hälso-och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) där målet med hälso-och sjukvården är god hälsa, med en vård på lika villkor för hela befolkningen med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet. Vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Respekt för patientens självbestämmande och integritet ska tas i beaktande. Detta framhålls även tydligt i Patientlag (SFS 2014:821) som kom till för att förstärka och tydliggöra patientens ställning i vården där information, delaktighet och samtycke ska främja patientens självbestämmande och integritet. Vården ska bedrivas i samråd med patienten och dennes närstående.

Personcentrerad vård som teori

En av sjuksköterskans kärnkompetenser är att arbeta utifrån personcentrerad vård (Edberg, m.fl., 2013). Där är utgångspunkten att patienten ses som en person där planering och genomförandet sker utifrån deras individuella behov, värderingar, förväntningar och föreställningar. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2010) kan personcentrerad vård beskrivas som en vård som strävar efter att synliggöra hela personen där andliga, existentiella, sociala och psykiska behov tillgodoses i lika hög omfattning som fysiska behov. Genom att se till hela personen kan även de kulturella behoven och önskemålen synliggöras.

Personcentrerad vård kan tillämpas inom palliativ vård som teoretisk ram utifrån modellen 6:S vars syfte är stärka patientens roll i vården (Österlind & Henoch, 2021). De 6 S:n består av begrepp som självbild självbestämmande, sociala relationer, symtomlindring, sammanhang samt strategier. Dessa kan användas var för sig eller som helhet. Modellen utgår från en humanistisk grund där människan betraktas som en tänkande, kännande, social och meningsskapande person. Teorin utgår från den palliativa vårdens mål och är även knutna till den palliativa vårdens hörnstenar. Det ger stöd för planering, dokumentation, genomförande och utvärdering av vården utifrån en helhetssyn, där patienten får vara delaktig i sin vård för att få en god sista tid i livet som möjligt (Ternestedt, m.fl., 2017).

En av utgångspunkterna för personcentrerad vård är patientens behov och berättelse om sig själv relaterad till sin livsstil, känslor, tankar, livsåskådning, kulturella aspekter och hälsostatus. För att planera och genomföra vården är det viktigt att personens perspektiv tas i beaktande. Patientens bild och upplevelse av sig själv och sin situation respekteras vilket utgör det första s:et i modellen som benämns som självbild (Ternestedt, m.fl., 2017).

S:n är situationsbundna och alla behöver inte användas utan patientens behov som skiftar styr vilka S som används och kan variera över tid. De 6:sn har olika betydelse och relevans för en och samma patient under ett sjukdomsförlopp. Detta ställer krav på att sjuksköterskan ska

vara lyhörd och respektera patientens integritet. Syftet med modellen är att utgå från personen som patienten upplever sig vara vid vårdtillfället (Ternstedt, m.fl., 2017).

Begreppen utgör olika dimensioner av en helhetssyn och representerar olika behov. Självbestämmande utgör personens psykologiska behov samt behovet av att ha kontroll och inflytande över sitt eget liv, samt livets slut enligt sina egna värderingar och övertygelser. Sociala relationer speglar sociala behov och gemenskap för patienten med andra och även stöd till närstående. Sammanhang och strategier utgör patientens andliga och existentiella behov. Det kan vara existentiella frågor som berör döden, skuld, ensamhet, mening och ansvar som är vanliga inom palliativ vård. Det kan även vara frågor som har samband med patientens livstolkning och livsåskådning, såsom att känna tillhörighet och berätta om sitt liv. Val av strategier inför döden och hur man förhåller sig till sin egen död i den mån sådana val är möjliga tillhör existentiella frågor (Österlind & Hénock, 2021). Den sista S:en i modellen är symtomlindring som är en central del i livets slutskede, och för att leva så bra liv som möjligt med bevarad självbild. Symtomlindring belyser fysiskt lidande och kroppslig omvårdnad. Personer som vårdas i livets slutskede blir ofta beroende och är i behov av kroppslig omvårdnad. Självbild är kärnkonceptet och håller de övriga S:n och personen samman (Österlind & Hénock, 2021).

Problemformulering

Det finns många studier som belyser ämnet kultur inom palliativ och att ha kunskap om olika kulturella aspekter är betydelsefullt i all omvårdnad. Patienten som är i behov av palliativ vård är en växande grupp som ökar ständigt i Sverige. När personer och personal med olika kulturell bakgrund möts i vården kan olika kulturella preferenser förekomma som kan vara viktiga att ha i beaktande. Trots att det finns många studier som belyser ämnet kultur och livets slutskede, så framkommer det i flera studier att vårdpersonal har bristande kunskap och förståelse för hur man tillhandahåller en god palliativ vård i livets slutskede för personer med annan kulturell bakgrund. En sjuksköterska som arbetar inom specialiserad palliativ vård ska ha avancerad kunskap inom omvårdnad som kännetecknas av komplexa praktiska situationer. Patientens individuella behov utifrån deras unika situation i samråd med deras närstående ska tillgodoses. Därför kan det vara relevant att belysa vilken erfarenhet av kulturens betydelse sjuksköterskor har vid omvårdnaden av patienter som befinner sig i livets slutskede inom specialiserad palliativ vård.

Syfte

Belysa sjuksköterskans erfarenhet av kulturens betydelse vid omvårdnad av patienter i livets slutskede inom specialiserad palliativ vård

Metod

När man vill identifiera, beskriva och tolka ett fenomen är kvalitativ ansats lämpad att använda som metod (Polit & Beck, 2020). Det handlar om att förstå fenomenets karaktär och kunskaper som man kan få genom att använda olika kvalitativa metoder. Studien genomfördes med en beskrivande design. Inom omvårdnadsforskning har man använt kvalitativ innehållsanalys för att granska och tolka texter, såsom inspelade intervjuer. Metoden kan

hantera stor mängd data och i denna studie är semistrukturerade intervjuer den insamlingsmetoden som har använts (Graneheim & Lundman, 2017).

I studien har en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats tillämpats. Induktiv ansats syftar till att söka mönster i materialet. Det innebär att texten analyseras förutsättningslöst. Man rör sig från det konkreta och specifika till det abstrakta och generella (Graneheim & Lundman, 2017).

Kontext

Studien genomfördes inom verksamheter som bedriver specialiserad palliativ vård som ASIH, hospice, palliativa konsultteam, palliativ resursteam samt palliativ vårdavdelning i Västra Götaland.

Urval

Urvalet bestod av 12 sjuksköterskor. Inklusionskriterier för att delta i studien var minst 2 års erfarenhet som sjuksköterska och som arbetar eller har arbetat inom verksamheter som bedriver specialiserad palliativ vård. Antalet personer till studien bedömdes vara tillräcklig då materialet innehöll en rik variation i data med både djup och bredd och som var hanterbar att analysera (Kvale & Brinkman, 2014). Vid urvalet användes ändamålsenligt urval och snöbollsmetoden. Enligt Polit & Beck (2020) kan ändamålsenligt urval användas, när man behöver rekrytera från en specifik organisation och för att välja ut ett representativt urval av informanter som kommer att gynna studien mest. Vid kvalitativa studier kan snöbollsmetoden användas vid urval av informanter genom att fråga deltagarna om andra personer som kan tänkas vara intresserade av att delta i en intervju (Polit & Beck, 2020).

För att få ett varierande urval av informanter kontaktades enhetschefer och verksamhetschefer via e-post för totalt 11 verksamheter som bedriver olika former av specialiserad palliativ vård inom Västra Götaland. Högsta chefen som ansvarar för de valda verksamheterna tillfrågades skriftligt via e-post om tillstånd att göra studien med information om studiens innehåll gällande syfte, kriterier samt genomförande. Högsta chefen inom de berörda verksamheterna bestod av verksamhetschefer och enhetschefer som fick en förfrågan om godkännande att få lov att tillfråga sjuksköterskorna samt genomföra intervjuerna på informanternas arbetsplats och på arbetstid (se bilaga I, II). Om godkännande gavs för att genomföra intervjuerna ombads chefen att vidarebefordra informationsbrevet och samtyckesblanketten till berörda sjuksköterskor. Vilket resulterade i att fem sjuksköterskor hörde av sig via mejl och telefon till författaren eller via sina chefer om att de var intresserade av att delta i en intervju. Kontakt togs med var och en av dessa för bokning av digitala intervjuer. Endast 1 sjuksköterska skickade mail och tackade nej till deltagande i studien.

Målet för studien var att intervjua 12 sjuksköterskor, men då inga flera svar kom från resterande chefer förfrågan skickades till valdes därför att gå vidare med andra rekryteringsmetoder för att nå ut till flera informanter. Kontakt togs med en tidigare kollega om förfrågan av att delta i en intervju. Sjuksköterskan tackade ja och kontaktade i sin tur en annan kollega, som var intresserad och uppfyllde kriterierna för att delta i studien. Även den sjuksköterskan lämnade uppgifter på ytterligare en informant som kunde tänka sig vara med på en intervju. Kontakt och intervju utfördes med alla 3 sjuksköterskorna. Samtliga fick information om studien via informationsbrev och samtyckeblanketten.

Då det hela tiden eftersträvades att uppnå tillräckligt med antal informanter, beslutade författaren att efter detta ta kontakt med kurskamrater som arbetar inom verksamheter som stämmer överens med studiens syfte med förfrågan om att delta i en intervju. Brev till berörd chef, informationsbrev samt samtyckesblankett skickades till kurskamratens chef som gav sitt

godkännande och namn på ytterligare 3 informanter som kunde tänka sig delta i intervjun. Vilket resulterade i totalt 4 informanter. Vidare kontakt togs med dessa via epost för bokning av tid för digital intervju. Total utmynnande urvalet i 12 informanter varav 10 intervjuer utfördes digitalt där informanterna deltog på avskilda ostörda platser, som de själva valt ut och under tider som anpassades utifrån deras verksamheter. Resterande 2 intervjuerna skedde fysiskt på plats efter överenskommelse på deras arbetsplatser. Inga informanter som tog kontakt och som uppfyllde inklusionskriterierna och visade sitt intresse exkluderades från studien. Samtliga deltagare var kvinnor. Informanternas ålder var mellan 26 och 65 år och hade mellan 2 och 32 års yrkeserfarenhet som sjuksköterskor.

Bakgrundsfrågor från intervjuerna sammanställs i följande tabell som beskriver vilken arbetsplats sjuksköterskorna hade samt utbildning se (Tabell 1).

Tabell 1: Informanternas arbetsplats och utbildning

	Antal
<u>Arbetsplats</u>	
Palliativt konsultteam:	4
Palliativ resursteam:	2
ASIH:	3
Hospice:	1
Vårdavdelning:	2
<u>Utbildning</u>	
Grundutbildad Sjuksköterska:	4
Specialistsjuksköterska inom palliativ vård :	4
Specialistsjuksköterska inom onkologisk vård :	3
Specialistsjuksköterska inom intensiv vård :	1

Datainsamling

I studien samlades data in via intervjuer som är det vanligaste insamlingsmetoden inom kvalitativa studier (Polit & Beck, 2020). Samtliga intervjuer hölls i en miljö som deltagarna valde ut själva (utan avbrott). Intervjuerna genomfördes i ostörda rum under alla intervjuer. Tio intervjuer utfördes digitalt där informanterna deltog på avskilda ostörda rum, som de själva valt ut. De två resterande intervjuerna skedde fysiskt på deltagarnas arbetsplats i enskilda rum.

Intervjuer genomfördes med 12 sjuksköterskor under perioden februari till mars 2022. Samtliga intervjuer hade total tid på 314 min och en medeltid på 26 min. Intervjuerna spelades in via Zoom genom privat dator samt med fristående digitalt verktyg för att säkra upp så ingen viktig information gick förlorad. Ljudfilerna på digitala inspelningen flyttades omgående efter intervjun till säker förvaring i privat dator som var skyddad med lösenord så ingen obehörig kunde komma åt det inspelade materialet. Materialet samt de inspelade intervjuerna på datorn förvarades i en säker förvaring. Datorn där inspelade intervjuerna transkriberades hade ett lösordskydd. Deltagarna fick information om hur och vart materialet

kommer att förvaras så inga obehöriga får ta det av det insamlade materialet. All materialet kommer att makuleras efter att studien är genomförd och godkänd.

Semistrukturerade intervjuer valdes i denna studie. Intervjufrågorna och intervjuförfarandet testades på två kollegor som var sjuksköterskor innan för reflektioner, synpunkter och revidering. Frågorna justerades ytterligare efter synpunkter från sjuksköterskorna. Genom att använda en intervjuguide som stöd bidrar till att intervjuaren kan få relevanta svar av informanterna till det valda ämnet. Intervjuerna inleddes med samma öppna breda fråga som ” Kan du berätta vad du har för erfarenhet av kulturens betydelse vid omvårdnad av patienter som befinner sig i livets slutskede inom specialiserad palliativ vård?” där deltagarna fick berätta fritt med sina egna ord och beskriva sina erfarenheter. Intervjun hade därefter uppföljningsfrågor som bestod av flera kortare frågor från intervjuguiden (se bilaga IV) för att få ut mer information från informanterna. Hur frågorna ställs har betydelse för resultatet, olika formuleringar av frågorna kan leda till olika resultat och svar (Kvale & Brinkman, 2014). I slutet av intervjun togs frågan upp om informanterna hade något de ville tillägga som inte intervjuaren lyft fram. Intervjun avslutades med information om informanterna var intresserade av att ta del det slutliga resultatet.

Analys

Intervjuerna analyserades enligt beskrivningen för kvalitativ innehållsanalys utifrån Granhem & Lundman (2004). Alla intervjuer transkriberades ordagrant och avlyssnades i direkt anslutning till intervjuerna samma dag eller nästföljande dag och lästes igenom noggrant och jämfördes med det inspelade materialet för att få en helhetsbild. Transkriberingen av intervjuerna resulterade i 78 sidor A-4 text. Under hela processen har syftet varit utgångspunkten. Efter att intervjuerna lästes igenom flera gånger började bearbetningen av vad texten säger, det som är uppenbart i en text som kan koda och kategoriseras med låg grad av tolkning det vill säga manifest innehåll. I denna studie fokuserade författaren på manifest innehåll, vilket är det vanligaste analysen att göra när man saknar erfarenhet eller är nybörjare i att analysera utifrån metoden innehållsanalys (Granhem & Lundman, 2004).

Vidare i analysprocessen togs meningsbärande enheter ut som svarade på syftet ur texten. Därefter gjordes en kondensering av meningsenheterna som hade identifierats. Kondensering är den process som görs för att korta ner texten och göra den mera lätthanterlig, samtidigt som det centrala innehållet kvarstår (Granhem & Lundman, 2004). Den kondenserade texten i intervjuerna försågs sedan med olika koder. Koderna skapades utifrån meningsenheternas kontext och med hänsyn till syftet av studie. Koderna i studien sorterades efter likheter och olikheter som i sin tur ledde till att bilda två olika kategorier som bestod av åtta subkategorier. Det förekom svårigheter med sortering av några koder som passade in i flera subkategorier, men detta löstes genom att författaren återvände till texten i intervjuerna för att sortera om koden i den subkategorin där den mest tillhörde. Exempel på hur analysprocessen gått till beskrivs i tabell 2.

Tabell 2. Exempel på analysprocessen av meningsenheter, kondensering, koder subkategorier och kategorier.

Meningsbärande enheter	Kondenserad meningsbärande enhet	Koder	Subkategori	Kategori
det är svårt ibland att balansera in det här kravet vi har på mig som information nu är det så här att du kommer inte överleva detta. Och i vissa kulturer har ju att de säger man inte till patienten utan det säger man till närstående	Svårt att balansera in kravet vi har som information är. Det är så här att du kommer inte överleva detta. I vissa kulturer säger man inte till patienten utan det säger man till närstående.	information ska lämnas till anhöriga	Kulturbundna föreställningar kring information och behandling	Kännedom om kulturens inverkan på omvårdnaden
Om det handlar om hoppet när de säger vad de vill göra ja. Det kan man inte ta ifrån de och säga nej du kommer inte härifrån nej. Det skulle jag inte säga oavsett. Man får vara i sin lilla bubbla.	Om det handlar om hoppet när de säger vad de vill göra. Det kan man inte ta ifrån de och säga nej du kommer inte härifrån. Det skulle jag inte säga.	inte ta ifrån hoppet	Personcentrering som förhållningssätt låter kulturen komma till tals	Sjuksköterskans bemötande och förhållningsätt

Förförståelse

Jag som författat studien har arbetat som sjuksköterska inom specialiserad verksamhet som bedriver palliativ vård och har vårdat patienter som befinner sig i livets slutskede. Jag har även arbetat under många år inom en stadsdel som har stora variationer av olika kulturer. Under olika vårdmöten där jag vårdat patienter med annan kulturell bakgrund än min egen, observerades olika föreställningar och skillnader i synsätt kring förväntningar vad gäller omvårdnaden i livets slutskede hos patienter, närstående samt sjukvårdspersonal. Dessa är några av de orsaker som vederbörande tror kunde bidra till att det kan upplevas mer komplext och utmanande att vårda personer med annan kulturell bakgrund. Denna erfarenhet och förförståelse hoppas jag ska leda till ökad förståelse, för vad sjuksköterskorna haft att belysa med sina erfarenheter kring ämnet som efterfrågades.

Etiska övervägande

Alla studier som utförs ska hanteras utifrån de fyra grundläggande etiska principerna som gäller i mötet och relationerna mellan individer. Autonomiprincipen innebär att ta hänsyn till en persons uppfattning. Sjuksköterskorna förmåga till självbestämmande togs i åtanke genom att de självständigt fick avgöra om de vill delta i studien eller inte efter att information givits. Principen att inte skada beaktas genom att respektera deltagarnas integritet och värdering och inte utsätta de för skada. Det kan vara allt från deltagande i studien till handhavandet av materialet i studien. Rättvisepprincipen i studien avser att alla deltagarna ska behandlas lika oavsett kön och etnicitet. Alla ska få samma möjlighet att berätta om sina upplevelser. Den fjärde principen att göra gott menas att även om studien kan leda till ny kunskap, ska skadan mot nyttan alltid övervägas. Det inkluderar även att inte undanhåller nödvändigt information om studien (Olsson & Sörensen, 2011).

Innan man beslutar sig för att starta ett forskningsprojekt ska man alltid välja den metod som innebär minsta tänkbara skadliga konsekvenser för personen det berör. Nyttan av forskningen och resultatet ska alltid vägas mot de skadliga konsekvenserna (Vetenskapsrådet, 2017). Forskarens ansvar utgör grunden i forskningsetik. Forskningsetisk reflektion ska vara en naturlig del av vardagen. Forskningen skall vara moraliskt accepterad och vara av god kvalitet genom hela studien (Codex, u.å.). En etisk egengranskning av studentarbete som involverar människor utfördes enligt Högskolan Väst rekommendation som visade att inga risker föreligger för informanterna avseende behandling av känsliga personuppgifter, samtycke samt frivillighet. Dock reflekterade författaren över situationer som kunde uppkomma under intervjuerna där sjuksköterskorna skulle kunna ta illa vid sig. Det kunde vara att under intervjun bli påmind om situationer som upplevts utmanande eller där patienten inte fick en god vård. Om en sådan situation skulle uppstå fick informanterna utrymme, för att ta en paus eller avbryta deltagandet i intervjun om de själva önskat detta utan behöva uppge någon förklaring.

Under studiens gång har reflektion gjorts och även hänsyn tagits kring forskningsetiska principer och huvudkrav under studiens samtliga steg. Enligt Vetenskapsrådet (2002) beskrivs huvudkraven i fyra delar: informations-, samtyckes-, nyttjande- och konfidentialitetskravet. Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) krävs inte ett etiskt tillstånd för arbete eller studier som utförs inom ramen av högskoleutbildning på grund- och avancerad nivå. Syftet med lagen är att skydda människor och beakta respekten för människovärdet vid forskning. Lagen betonar att informanterna bör informeras om forskningens syfte, plan, metod, samtycke, frivillighetsaspekten och vem som är forskningens huvudman.

För att kunna genomföra intervjustudien inom olika verksamheter som bedriver specialiserad palliativ vård i Västra Götaland skickades ett skriftligt brev via mejl om ett godkännande av verksamhetschef/enhetschef för att utföra intervjuer på ovan nämnda verksamheter (se bilaga I) tillsammans med informationsbrev och samtycke till eventuella deltagaren till studien. Informanterna i studien fick muntligt och skriftligt samtycke om deltagande i studien (se bilaga II, III) där det tydligt framgår att studien är frivillig och kan avbrytas av deltagarna själva utan behöva ange orsak. På så sätt respekteras personens autonomi och delaktighet (Sandman & Kjellström, 2018). Författaren lämnade även uppgifter om hur konfidentialitet behålls i både studien samt det insamlade materialet. Detta innebär att intervjuerna samt utskrivna materialet kommer att avidentifieras som gör att inga personer eller situationer kan härledas till enskilda individer. Vilket skyddar deltagarna integritet och privatliv

Resultat

I resultatet från intervjuerna med sjuksköterskorna framkom det två kategorier som bestod av åtta subkategorier som belyser sjuksköterskans erfarenhet av kulturens betydelse vid omvårdnad av patienter i livets slutskede inom specialiserad palliativ vård. Det som framkom av intervjuerna presenteras med citat tillsammans med rubriker.

Tabell 3. Resultat presenterat i subkategorier och kategorier

Subkategorier:	Kategorier:
Kulturbegreppet betydelse	<i>Kännedom om kulturens inverkan på omvårdnaden</i>
Språket som barriär för att tillgodose kulturella behov	
Kulturbundna föreställningar kring information och behandling	
Föreställningar kring döendet och döden utifrån kulturella aspekter	
Utmaningarna och strategier som kulturen bär med sig	<i>Sjuksköterskans bemötande och förhållningsätt</i>
Personcentrering som förhållningssätt låter kulturen komma till tals	
Betydelsen av olika roller inom kulturen	
Kulturen breddar möjligheterna och lärdomen	

Kännedom om kulturens inverkan på omvårdnaden

Kulturbegreppets betydelse

Sjuksköterskorna hade olika syn och definitioner på innebörden av kultur som begrepp. Det framkom att kultur kunde vara allt från böcker, filmer, konst-, språk, musik, natur, till hur personer lever livet i olika åldrar och olika familjesituationer, sociala levnadsmönster, könsidentitet samt sjukhuskulturer. Vidare ansågs det att kulturen kan innebära plikt, ansvar och påverkade hur personer förhåller sig till situationer kring den sjuka.

”.. De tar sig tid och kommer och hälsar på för kanske i deras kultur är det viktig och ses som plikt att hälsa på någon som är sjuk oavsett vad de har för relation till den som är sjuk.”
(Ssk2)

Det fanns även en medvetenhet om att kultur som fenomen inom vården påverkade samt avgjorde i hur alla involverade förhåller sig kring vården och omvårdanden i livets slutskede. Sjuksköterskorna uppgav att det var viktigt och ha förståelse och ta hänsyn till hur kulturen kan påverka omvårdnaden kring patienten och närstående. Sjuksköterskorna beskrev att det kulturella arvet hade en stor roll för hur patienten ville ha det under sista tiden i livet, och därför var det angeläget att vara medveten om att kultur påverkade så ingen gick miste om det som ansågs vara viktigt för personen som vårdas.

Sjuksköterskorna belyste att kultur, land, etnicitet och religion hör samman och influerades av varandra. Andra aspekter som kom fram var att kultur inte alltid var beroende av landstillhörighet utan personer inom samma samhälle, grupp samt kommun kunde ha olika kulturer.

"..Det kulturen kan bli större mellan två personer i samma kommun som är uppväxta än från någon som kommer från mellanöstern eller Sydamerika" ..(Ssk12)

Språket som barriär för att tillgodose kulturella behov

Sjuksköterskorna inom specialiserad palliativ vård beskrev, att ha ett gemensamt språk för att kommunicera och överföra information i mötet mellan patienter och närstående, var något som var betydelsefullt för att förstå och få tillgång till kulturella aspekter och önskemål. För att kommunicera med personer med annat modersmål än svenska använde sjuksköterskorna sig av tolk fysiskt eller via telefon som hjälpmedel. Sjuksköterskorna använde tolken i tidigt skede av patientens vård, vid både inskrivningssamtal och närståendesamtal samt även vid hembesök.

En sjuksköterska beskrev att överlämning och mottagande av information kring patientens vård och kulturella behov, gjorde att tolk togs in oftare för inte samla all information som behövde förmedlas på samma gång. Trots att tolk användes flitigt beskrev sjuksköterskan att samtalen som hölls med närstående och patienten tog längre tid vid användning av tolk.

".. vi att slänger in fler frågor i det samtalet så det brukar bli ett långt samtal istället, för att man inte har den här kvarten på förmiddagen och kvarten efter på eftermiddagen eller kvarten över telefon mitt i natten när man inte kan sova." /Ssk1)

Det förekom tillfällen där närstående fick tolka för patienten då tillgång till tolk saknades. Sjuksköterskorna beskrev att vid dessa tillfällen förekom en osäkerhet kring närstående som var influerade av sina kulturella föreställningar tolkade det som skulle förmedlas.

"..Det är väl en del av kultur sådär . Det är ju en utmaning när man inte har tillgång till tolk alla gånger eller om det är en familjemedlem som ska översätta. [...] Ingen aning om det förmedlar det man vill säga" .. (Ssk6)

Andra situationer som sjuksköterskorna nämnde där språket var en barriär, var när patienten inte kunde föra fram sina kulturella önskemål, vilket sjuksköterskan ansåg som en begränsning för de hade för lite kunskap om patientens kulturella behov och önskemål kring omvårdnaden i livets slut.

".. jag hade väldigt lite kunskap om hans oro och hans bekymmer eller vad som var bra för honom och hur han har haft det i livet. Och hur han vill ha det den sista tiden .." (Ssk12)

Sjuksköterskorna menade att begränsningar via språk för att kommunicera och förstå varandra, ledde till att det var svårare att skapa en direkt relation med både patient och närstående. Detta kunde resultera i att närståendes och patientens kulturella önskemål inte blev beaktade i samma uträkning, eftersom de inte fick information och hade möjlighet och

lämna information lika ofta som personer som kunde kommunicera via språket. Den dagliga dialogen som sjuksköterskan hade med närstående och patienter begränsades.

"..Till skillnad från någon som har svenska som modersmål där det är så lätt att ställa den frågan [...]hur har ni det i den familjen? [...]när de serverar kaffe, man pratar lite mer, det här lite naturliga. När man inte kan svenska [...] så blir man mer avglömd.."(Ssk1)

Kulturbundna föreställningar kring information och behandling

Inom olika kulturer förekommer det enligt sjuksköterskorna, ett antal olika föreställningar som patienter och närstående präglades av och som kunde inverka och ha betydelse på den vården som sjuksköterskan gav i livets slutskede. Sjuksköterskorna uppmärksammade flera föreställningar som de påträffade i mötet med personer och närstående med olika kulturer. Sjuksköterskorna uttryckte att kulturbundna föreställningen kring information var en situation som de ofta kom i kontakt med. De var införstådda med att patienter samt närstående hade olika sätt att förhålla sig till information kring sjukdomen.

"..i vissa kulturer så ska man inte prata med (informera) den som är sjuk. Och då kan det vara.." (Ssk9).

Det framkom att sjuksköterskorna var väl medvetna och hade olika förståelse för att det fanns olika anledningar till att det förekom olika syn på information inom olika kulturer. Några beskrev att närstående hade goda avsikter och ville skydda sina närmaste, genom att undanhålla sanningen och andra ansåg att det inte fanns en mening att berätta då det medförde att situationen förvärrades för den som var sjuk.

Sjuksköterskor inom specialiserad palliativ vård poängterade att synen på informera och involvera barn i vårdprocessen kring sjuka familjemedlemmar såg olika ut. Men att det inte bara var beroende av kulturell bakgrund utan även på individuella skillnader i familjerna. Enligt sjuksköterskorna så förekom det att olika närstående inte ville att vårdpersonalen lämnade information, till den sjuke om sin diagnos och inte heller för barnen som fanns omkring patienten.

"Man vill inte berätta för barnen för att skydda de från sorgen. De gömmer informationen och det är bara viss information som kommer fram" (Ssk4)

Andra patienter ville att informationen sjuksköterskan lämnade skulle ges till närstående, inledningsvis och sedan avgjorde närstående själva hur mycket information patienten fick ta del av. Ett annat förhållningssätt som togs upp kring information var att patienten själv inte ville tala om för sina närstående om att den är sjuk. Flera sjuksköterskor antog att många patienter som var döende var medvetna om sin situation, fastän det var osagt medan någon sjuksköterska beskrev att det förekom situationer där patienter uttryckte tydligt att hen kände till sin sjukdom.

"..Men jag vet från det ena tillfället där de hade gått därifrån. Så sa han ni behöver inte säga någonting för jag vet hur dålig jag är även om mina anhöriga säger att ni inte får prata om det. Jag är fullt medveten om det..." (Ssk8)

Sjuksköterskorna beskrev att inte kunna informera patienten om sin sjukdom var en barriär som kunde påverka omvårdnaden av patienten. Det ansåg som problematiskt när sjuksköterskan inte visste vad patienten hade för önskemål sista tiden i livet. Sjuksköterskorna

brottades mellan sin egen och närståendes samt patientens kulturbundna föreställningar, kring att inte lämna information om sjukdomen och lagarna om rätten till få information. Även om det förekom skillnader kring informationsöverlämning som uppfattades som svåra att hantera, så fanns det en medvetenhet om att sjuksköterskan fick anpassa sig efter hur mycket informationen som ska lämnas utifrån situationen.

"..Familjen ska få först och avgöra vad som är lämpligt för patienten att få reda på. Och de fall vi har haft samtycke eller vad ska jag säga. Där patienten har sagt det är ok. Då kändes det ok "(Ssk6)

Enligt sjuksköterskorna förekom olika kulturella synsätt mellan närstående, patienter och sjukvårdspersonal på det som gagnar patienten utifrån omvårdnaden i palliativ vård. De uttryckte att både patienter och närstående inom en del kulturer ville ha fulla åtgärder och behandlingar ända fram till livet slut. Främst i områden när det kom till näring och dropp. Sjuksköterskorna uppgav att det berodde på att näring och mat sågs som en symbol för livet, hoppet, tillfrisknandet men kunde även vara religionsbundet inom olika kulturer.

"..Det kanske inte bara är i islam att man måste hålla liv i personen så länge [...]det går för att det är vare fel att avbryta. Att [...] aktivt bara stå på och inte göra någonting, att man håller på alla sorters åtgärder." (Ssk10)

En del av sjuksköterskorna tog upp att smärtlindring inom livets slutskede var något som de gav dagligen i sitt arbete med patienter som vårdas palliativt. Vid möten med patienter och deras närstående förekom det olika kulturella föreställningar kring morfin som smärtlindring som kunde påverka omvårdnaden av patienten. Föreställningen var oftast negativ och ledde till att patienter och närstående valde att inte ta emot morfin som smärtlindring baserat på deras kulturella tankesätt.

".. inom den kulturen det anses att morfin är en drog och som religiös och troende så vill de inte ta emot smärtlindringen. I andra kulturer associeras Morfin som något som ges för att påskynda döden. Därför vill patienten och anhöriga inte ta emot morfin"..(Ssk2)

Föreställningar kring döendet och döden utifrån kulturella aspekter

Andra föreställningar som sjuksköterskorna uppmärksammade i mötet med personer med olika kulturella bakgrund var, att det förekom olika syn på döendet och döden. Gud och religion hade stor inverkan på hur personer i livet slut förhåller sig och samtalar om döden. Några ansåg att det var tabulagt att prata om döden och sjukdomen, medan andra patienter överlämnade allt ansvar om sin framtid till religionen och gud som avgör.

". ..De pratar generellt inte om döden på samma sätt. [...]. Patienten vill inte veta, anhöriga vill inte veta." (Ssk4)

Olikheter på synen kring döden ledde till svårigheter att mötas och påverkade omvårdnaden, när sjuksköterskan i sin yrkesroll försökte informera och samtala om att slutet närmade sig men patienten och närstående inte ville kännas vid detta.

"Vi vill prata om döden men det är inte vi som bestämmer när döden ska ske utan det är gud då. Då kan det krocka lite i samtalen där"(ssk7)

Föreställningen kring döendet och döden som förekom var inte alltid beroende av att man hade olika kulturell bakgrund i mötet, utan dessa föreställningar fanns även inom samma kulturella bakgrund som sjuksköterskan hade.

”..så är det ju med svensk kultur[...]. Att patienten kan säga jag vill inte[...], att du pratar om det. Jag vill inte prata om döden och jag vill inte prata om min sjukdom. Och då gör man bara inte det.” (Ssk11)

Sjuksköterskorna som arbetade på vårdavdelning förde på tal att de har varit med situationer, där det inom vissa kulturer kom många personer för besöka patienten eller ta avsked vid dödsfall. Detta kunde bli problematiskt tidvis dels på grund av att logistiskt lösa det med det stora antalet personer som kom, dels på grund av att sågs som ett störande element vid omvårdnaden av patienten och andra sjuka patienter på samma avdelning.

”.. att få till de får göra så mycket som de kan men att det inte stör övriga patienten på avdelningen. Som också kanske ligger för döden och inte klarar av alla de här ljuden och sådant som blir” (Ssk3)

Sjuksköterskans bemötande och förhållningsätt

Utmaningarna och strategierna som kulturen bär med sig

I mötet med personer som hade olika kulturell bakgrund framkom det att sjuksköterskorna ställdes inför en rad olika utmaningar och kulturkrockar som kunde påverka omvårdnadsprocessen kring patienten i livets slut inom specialiserad palliativ vård. Utmaningarna uppstod oftast när sjuksköterskan hamnade i situationer kring vården av den döende patienten, som inte överensstämde med den palliativa vårdens synsätt och sjuksköterskornas sätt att förhålla sig till utifrån lagar och regler som finns reglerade i Sverige. Det framkom att det var svårt för sjuksköterskan att bemöta olika känslor som uppkom hos den döende som oro, smärta, lidande och inte kunna ge trygghet till närstående när olika kulturella föreställningar kom i konflikt med varandra.

”.. Sista veckorna i den här personen liv[...] sa hon varför får jag mer ont varför är jag orolig. Varför hjälper inte medicinerna, hjälp mig hjälp mig ungefär. Hon var väldigt [...] orolig och då fick man inte säga någonting..” (Ssk10)

Sjuksköterskorna tog upp att ibland uppstod det situationer där patienten inte ville bli vårdad av motsatt kön. Detta kunde vara en utmaning som var beroende av verksamhetens förutsättningar om det endast fanns motsatt kön att tillgå i verksamheten. Det kunde även vara svårt när sjuksköterskorna inte kunde tillgodose patientens kulturella önskan för inte diskriminera det motsatta könet som ska vårda patienten.

Olika utmaningar och kulturkrockar i möten som sjuksköterskorna beskrev gav upphov till känslor av hjälplöshet, hopplöshet, frustration och maktlöshet. Sjuksköterskorna ansåg att begränsningar i att göra egna bedömningar, och ha lite kunskap om patienten samt inte kunna göra det som var planerat resulterade i att man inte kunde utföra sitt arbete enligt önskemål.

Sjuksköterskorna hanterade utmaningarna och känslor som uppstod i dessa möten genom olika metoder. Några sökte stöd genom att reflektera och ventilerade med kollegor och i personalgruppen. Medan andra hanterade situationerna genom hitta olika lösningar för att göra det bästa av situationen och nå en medelväg tillsammans. Sjuksköterskorna var flexibla och använde sig av olika strategier, bland annat tog de hjälp av andra personer omkring patienten. För att kunna bedriva en god vård i livets slutskede utifrån respekt för patienten och deras närstående med utgångspunkt i deras kultur. Lösningar som kom upp var att vända sig till och använda sig av läkare och den utvalda personen som företrädde familjen för nå fram till familjen och patienten.

”Det är något kulturellt. [...] Läkaren anses ha mer makt [...]. De är mer vana att ha mer förtroende till läkaren än annan vårdpersonal. [...] De lyssnar mer på läkare för läkaren betraktas [...] mer kunniga, mer kompetens.” (Ssk2)

Andra lösningar för hantera utmaningarna, var att hitta olika sätt för nå fram till patienten. En sjuksköterska beskrev att man använde sig av andra sätt att tala om och ge smärtlindring på för hjälpa patienten att komma till insikt.

..”Men att man nästan måste[...] som vårdpersonal [...]prata om det på ett annat sätt [...] Att man säger smärtpåsar eller ja smärtlindrande medicin. Eller om vi säger oxynorm. Vi säger vad det är men att vi undviker[...] prata om morfin.” (Ssk11)

Personcentrering som förhållningssätt låter kulturen komma till tals

Sjuksköterskorna inom specialiserad palliativ vård ansåg att oberoende av vilken kulturell bakgrund patienten och deras familj hade, så var det essentiellt att utgångspunkten alltid var personen och dennes önskemål för att tillgodose deras omvårdnadsbehov i livets slut. Sjuksköterskorna betonade att vara öppensinnad och utgå från det som var viktigt för personen, så lyftes det fram om något inom kulturen ansågs viktigt men att personen önskemål styrde och inte kulturen. Sjuksköterskorna antog ett personcentrerat förhållningssätt för att tydliggöra det personen betraktade som viktigt i fokus och det kulturella önskemål kunde tillgodoses.

”..Vad är viktigt för personen. Sen om det är viktigt för med kulturen för personen då kommer det komma fram. När jag ber om vad som är viktigt för dem?” (Ssk5)

Sjuksköterskorna gjorde ansträngningar för att tillgodose kulturella önskemålen, genom att ta hänsyn och visa respekt för personen och familjen. De ville utföra ett bra arbete och försökte tillgodose önskemål i den mån det gick och utifrån sjukvårdens förutsättningar.

Sjuksköterskorna ansåg vidare att respekten kunde möjliggöras genom att lyssna och ta in önskemål från både patienter och deras närstående och respektera deras val och önskemål i olika situationer i livets slut trots att de inte alltid var överens. Sjuksköterskorna menade att respekt för kulturella behov kan visas genom att vara hjälpsam, inte kränka, inte vilseleda, inte ta ifrån hoppet och ställa rätt frågor för inte trampa någon på tårna och låta patienten involveras i beslut som tas.

”..Men man kan välja att när man väl förklarat det en gång och varit tydlig. Det här innehåller Morfin. Att man sen inte behöver benämna det som Morfin [...]av respekt till patienten.”(Ssk11)

Att ta sig tid och lyssna på personens livsberättelse var nödvändigt för skapa en förtroendefull relation betonade sjuksköterskorna. Att arbete utifrån helheten där kulturella behoven inkluderas och värna om relationen mellan patienter och närstående ansågs betydelsefullt inom palliativ vård enligt sjuksköterskorna. För att kunna bedriva en god omvårdnad och skapa ett förtroende togs även hänsyn till närstående som lever kvar och deras önskemål utifrån kulturen.

”..De som ska leva kvar de tar med sig att man gjorde allting ända in till slutet i alla fall.” (Ssk10)

Genom att ha ett etablerat förtroende underlättade och få med patienten och närstående att vara följsamma vid råd och ordinationer och få med alla på samma väg uppgav sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna ställde frågor för ta reda på patientens livs och världsbild, andliga aspekter, kulturella önskemål och hur personen och deras närstående förhåller sig till

olika situationer kring livets slut. Sjuksköterskorna tog även upp att olika ritualer som olika kulturer och religioner bär med sig var grundläggande att känna till för ge en bra omvårdnad.

Sjuksköterskorna betonade att patienten blev omhändertagen oavsett kulturell bakgrund och poängterade att patientens vilja och önskemål var i fokus i första hand. Det förekom flera situationer där närstående och vårdpersonal hade olika syn kring patientens vård utifrån kulturella föreställningar, men sjuksköterskorna utgick alltid från patientens autonomi. I deras roll beskrev sjuksköterskorna att det ingick mycket upprepade samtal och information med närstående för att guida och ge närstående möjlighet att fatta beslut. Det kunde handla om samtal och information kring näring och dropp i livets slut

Betydelsen av olika roller inom kulturen

Enligt sjuksköterskorna hade familjen och personer omkring stor roll och influerade hur omvårdnaden och vården kring den döende patienten gavs. Närstående sågs som möjlighet för att kunna tillgodose önskemål i livet slut som baserades i kulturen. Genom att sjuksköterskan samverkade kring patienten med närstående som hjälp för införskaffa förståelse kring rutiner, ritualer, sedvanor och religion kring dödsfall för kunna tillmötesgå önskemål utifrån kultur .

”.. fråga patienten vilken om de har en tro[...] och även hur de vill bli omhändertagna eller fråga de anhöriga sen då. Vilken sorts hjälp de vill ha, om de vill träffa en imam eller de vill träffa en präst eller om de vill träffa någon från en annan religion då om det är viktigt..”(Ssk10)

Sjuksköterskorna beskrev att i en del kulturer slöt familjen upp vid sjukdom, dödsfall och hade tacksam inställning. De ställde upp för varandra och gav stöd för hela familjen. Sjuksköterskorna uppmärksammade situationer där många personer kom för ta avsked av den avlidna patienten trots att en relation till familjen saknades.

Det förekom olika roller inom familjer med annan kultur som kan vara betydelsefulla att ha kännedom om vid omvårdnaden av patienter uttryckte sjuksköterskorna. I vissa kulturer anses mannen vara familjens överhuvud. Med ett ansvar att vara stark och inte visa tecken på svaghet trots att personen kunde vara drabbad av sjukdom själv. Medan i andra kulturer var det äldsta sonen eller annan familjemedlem som hade en roll som talesperson. Talespersonens roll var att vägleda familjen och starta olika processer kring dödsfallet som olika religioner hade. Sjuksköterskorna uttryckte att talespersonen var en tillgång för både familjen och sjuksköterskan som kunde leda till att familjen fick mer tilltro till vården.

”I olika kulturer [...]finns oftast något som har huvudansvaret i familjen. [...]. Det kan vara äldsta syskonet, pappan, mamman eller annan släkting. Då försöker jag prata med [...]den som har huvudansvaret för när jag och kan motivera den [...] blir det lättare och få med resten av familjen på samma bana”(Ssk2)

Kulturen breddar möjligheterna och lärdomen

Enligt sjuksköterskorna betydde mötet med personer och närstående med en annan kultur att de berikades rent kunskapsmässigt på flera sätt. De erhöll lärdom om världen och erfarenhet av att ha förståelse för det som ansågs betydelsefullt inom olika kulturer. Olika situationer sjuksköterskorna var med om ledde till igenkänning samt kunskap för framtiden och bättre beredskap för likartade situationer. Dessutom beskrev sjuksköterskorna att deras nyvunna kunskap om hur kulturen kan inverka på omvårdnaden och vården, bland annat kring ritualer, seder, traditioner och tänkesätt kring döden och döendet i livets slutskede inom specialiserad palliativ vård bidrog till personlig utveckling. Detta resulterade i att sjuksköterskan blev en bättre vårdare i både grupp och enhet. Det beskrevs att det var lätt att fastna i gamla rutiner

och tankesätt och därav var det givande och ta del av andras kulturella föreställningar som kunde skilja sig åt från ens egna tankesätt. Vidare beskrev sjuksköterskorna att vara influerad av olika kulturer samtidigt kan vara en styrka som ledde till mer kunskap och hjälp för att lära sig av varandras kulturer.

”..Det kanske är så att deras barn har bott i Sverige och uppvuxna i Sverige som[...] kommer och säger du när det här kommer att hända så kommer vi behöva tänka på detta och detta. För de kan båda kulturen på ett annat sätt ” (Ssk3)

Det framkom att sjuksköterskorna var medvetna och reflekterade över att alla bar med sig olika fördomar, men de försökte vara öppensinnade och utmana sina föreställningar. Genom en ökad medvetenhet om egna fördomar för att försöka bortse från dessa. De beskrev att ha förståelse om sin egen och patientens kultur samt att sätta sig in i andras tankesätt var strategier som användes för att undvika fördomar. Sjuksköterskorna uttryckte att det var viktigt att inte förutsätta att patienter ville ha det på ett visst sätt, utifrån kultur utan utgick från hur varje enskild patient önskade ha det utifrån deras unika situation. Vidare beskrev sjuksköterskorna att deras förutbestämda meningar och fördomar om olika kulturer hade förändrats under möten och situationer med personer med olika kulturell bakgrund.

”Man har varit många gånger haft patienter från [...] strikt religiösa länder så är de verkligen inte religiösa alls. Då blir man [...]ok man hade förutsatt att de kommer vilja ha det på det här sättet för det har de andra såna från de länderna. [...] men man är inte religiös det spelar absolut ingen roll ”(Ssk6)

Diskussion

Följande text presenterar diskussion kring resultatets innehåll samt valet av studiens metod och genomförande.

Resultatdiskussion

Syftet med denna semistrukturerade intervjustudie var att belysa sjuksköterskans erfarenhet av kulturens betydelse vid omvårdnad av patienter som befinner sig i livets slutskede inom specialiserad palliativ vård.

Resultatet kommer att diskuteras utifrån de två kategorierna och deras åtta subkategorier som framkom från analysen och som utgjordes av; kategorin *Sjuksköterskans bemötande och förhållningsätt* med dess tillhörande subkategorier; *Utmaningarna och strategier som kulturen bär med sig*, *Personcentrering som förhållningssätt låter kulturen komma till tals*, *Betydelsen av olika roller inom kulturen* och *Kulturen breddar möjligheterna och lärdomen*. Samt den andra kategorin; *Kännedom om kulturens inverkan på omvårdnaden* och deras tillhörande subkategorier; *Kulturbegreppets betydelse* *Språket som barriär för att tillgodose kulturella behov*, *Kulturbundna föreställningar kring information och behandling* och *Föreställningar kring döendet och döden utifrån kulturella aspekter*.

För att ge jämlik vård ska sjuksköterskan utifrån hälso-och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ge vård på lika villkor för hela befolkningen med respekt för alla människors lika värde och värdighet. Sjuksköterskan ska även förhålla sig till de etiska koderna där respekt för mänskliga rättigheter inklusive kulturella rättigheter måste beaktas. Omvårdnaden ska bygga

på och ges med respekt oberoende av ålder, hudfärg, tro, kulturell eller etnisk bakgrund etc (International council of nurses, 2021).

I kategorin *Sjuksköterskans bemötande och förhållningsätt* försökte sjuksköterskorna i studien att tillgodose rätten till jämlik vård, genom inte diskriminera och se till att patienten fick vård oavsett olikheter i kulturell bakgrund och föreställningarna som det medföljde. Även genom att sjuksköterskan var flexibel, lösningsfokuserad och antog ett personcentrerat förhållningsätt.

Personcentrerad vård har sitt fokus på att ge individuell anpassad vård utifrån personens unika situation där patienten och närstående är delaktiga. Målet är att synliggöra och tillgodose personens sociala, psykiska, existentiella och fysiska behov (Österlind & Henoch, 2021). I subkategorin *Personcentrering som förhållningssätt låter kulturen komma till tals* visade att sjuksköterskorna i denna studie strävade efter att identifiera kulturen och dess betydelse för patienten och närstående inom omvårdnad genom att uppmärksamma kulturens existens. Sjuksköterskorna antog ett personcentrerat förhållningsätt där utgångspunkten är se den enskilda personen och deras närstående och involvera och anpassa vården efter deras behov och förutsättningar. Personcentrering som teori fungerar som en grund och förhållningsätt för att tillgodose helheten där även kulturella behoven är inräknade. En av utgångspunkterna i personcentrerad vården är att ta del av patientens livsberättelse om sig själv, vilket kan leda till att kulturens betydelse för personen blir synlig. Genom modellen de 6:Sn som är ett förhållningsätt att arbeta utefter inom den palliativa vården, kan vi lättare synliggöra de kulturella behoven och önskemålen. Utifrån självbilden som utgör det första s:et kan vi ta del av personens bild och upplevelse om sig själv där livsstil, känslor, tankar, livsåskådningar, hälsostatus och kulturella önskemål framhävs (Österlind & Henoch, 2021). Enligt Bloomer m.fl. (2019) kan individens behov av vård försummas om hänsyn inte tas till kulturella faktorer och hur dessa påverkar olika vårdbehov i livet slutskede.

I kategori *Sjuksköterskans bemötande och förhållningsätt* framkom det att sjuksköterskorna som arbetade och träffade personer med olika kulturella bakgrund i livets slutskede gjorde stora ansträngningar för att tillgodose kulturella behov utifrån patienter och närståendes önskemål. Det kan bero på att livets slut är en begränsad och värdefull tid för alla inblandade inför en förestående död. Döden berör oss alla, för alla ska vi dö oavsett bakgrund, därav kan resultat i studien anses ha nytta för samhället då Sverige är ett mångkulturellt samhälle där antalet personer med annan kulturell bakgrund ökar för varje år. Utmaningarna, förhållningssättet samt de olika föreställningar som förekommer inom den palliativa vården vid omvårdnad av personer med annan kulturell bakgrund, och hur sjuksköterskorna förhåller sig till dessa, kan bidra till en förståelse som kan ligga till grund för att ge en god värdig död. Personer med olika kultur och i behov av palliativ vård ökar ständigt och därför är det ett angeläget ämne för alla utifrån dagens samhälle.

I subkategorin *Kulturen breddar möjligheterna och lärdomen* visar resultatet att sjuksköterskorna reflekterande kring sina egna fördomar och sin egen kultur och dess konsekvenser i olika möten vilket enligt Leninger (2002), är en del av tankesättet för att utveckla kulturell kompetens. För att tillhandahålla och tillgodose kulturell specifik vård för personer med olika kulturell bakgrund, kräver att sjuksköterskan innehar kulturell kompetens som bidrar till att sjuksköterskan ger professionell och holistisk vård (Leninger, 2002). Begreppet kulturell kompetens kan tolkas som svårdefinierat och inte enkelt att applicera kliniskt i verksamheten. Genom gemensam reflektion i arbetsgruppen kan kunskap och erfarenhet om det som ansågs betydelsefullt i livets slut inom olika kulturer erhållas från varandra. Detta leder ett steg närmare för sjuksköterskan att ge god vård med hänsyn till olika kulturella önskemål.

I kategorin *Kännedom om kulturens inverkan på omvårdnaden*, visades att sjuksköterskorna var medvetna om hur kulturen influerade och påverkade omvårdnaden i livets slutskede. De kulturellt bundna föreställningar som kom upp var områden som sjuksköterskorna uppmärksammade och som kunde påverka omvårdnadsprocessen i livets slutskede för alla berörda. I subkategorin *Kulturbundna föreställningar kring information och behandling* beskrev sjuksköterskorna olika föreställningar, kring mottagande och överlämning av informations kring sjukdom. Detta beskrevs som en svårighet för sjuksköterskorna när närstående inte ville att sjuksköterskan ska informera patienten om sin sjukdom. Detta ansåg sjuksköterskorna strider mot Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och Patientlagen (SFS 2014:821) skrivningar kring patientens rätt att vara delaktig och få information om sitt hälsotillstånd för att främja patientens självbestämmande. Det gick även emot sjuksköterskornas arbetssätt utifrån den palliativa vårdideologin. Detta beskrevs även i studien av Bellamy & Gott (2012) som lyfte samma problematik kring olika synsätt kring informationsöverlämning om sjukdom. Det uppfattades som en utmaning för vårdpersonalen, då det stred mot den västerländska kulturens synsätt kring patientens autonomi där information om sin sjukdom var en viktig del för att möjliggöra välgrundade beslut.

Studier av Price m.fl, (2018), (Semlali m.fl, (2020), Bloomer m.fl. (2019) tar upp att kurser kring hur man kan tillhandahålla kulturell specifik vård i livets slutskede efterlystes av vårdpersonal. Detta för att förbättra förståelse och ge bättre beredskap att arbeta med kulturella frågor som kan uppstå när patienten och familjens preferenser skilde sig åt. Trots att det förekom utmaningar, svårigheter och svåra känslor som framgår i subkategorin *Utmaningarna och strategier som kulturen bär med sig* så beskrev sjuksköterskorna inte behov av utbildning eller kurser gällande kulturspecifik vård. En möjlig orsak kan vara att de sjuksköterskor som ingick i studien arbetade inom specialiserad palliativ vård, vilket kräver avancerad kunskap och utbildning inom omvårdnad och kännetecknas av komplexa praktiska situationer och symtom. En annan orsak kan vara att sjuksköterskorna hade lång erfarenhet och flera var specialistutbildade inom palliativ vård. Detta resonemang har Oberle och Allen (2001) beskrivit i teorin om att specialistsjuksköterskan har utvecklat praktisk visdom. Denna visdom öppnar möjligheter att utifrån en välutvecklad teoretisk kunskapsbas och praktisk erfarenhet bidra till hantering av situationer inom sitt specialistområde.

År 2015 beslutade Förenta nationerna (FN) om 17 hållbarhetsmål som ska gälla globalt. Några av målen handlar om att arbeta för god hälsa, minska ojämlikheter och arbeta för jämställdhet. I FN:s definition av hållbar utveckling läggs fokus på tre delar: miljömässig, sociopolitisk och ekonomisk hållbarhet (FN, 2020). Hållbarhet definieras som en utveckling som syftar till att tillfredsställa dagens behov, utan att äventyra framtidens generationer förmåga att tillgodose sina behov (Anåker & Elf, 2014). Enligt Anåker och Elf som grundade begreppet hållbar omvårdnad utgör ekologi, global och holistisk kunskap grunden för hur hållbarheten kan åstadkommas. Det kräver även hänsyn till miljön i alla nivåer för att bidra till en utveckling som främjar god hälsa för nuvarande och framtida generationer.

Specialistsjuksköterskan inom palliativ vård ska arbeta för främja god hälsa genom att möta patienterna och närstående på ett värdig, jämlikt och respektfullt sätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Resultatet visar på att sjuksköterskorna hade respekt och försökte tillgodose patienternas och närståendes kulturella behov utifrån det förutsättningar som fanns inom organisationen. Genom att involvera närstående och patienter i de beslut som togs, vara hjälpsam, inte kränka, inte vilseleda och inte ta ifrån personerna hoppet leder till minskad vårdlidande. Detta kan bidra till den sociala och ekonomiska hållbarheten när närstående och patienter känner sig respekterade och behandlade med värdighet, utifrån deras

kulturella bakgrund. Det kan resultera i att risken att själva hamna inom sjukvården minskar vilket leder till mindre användning av vårdresurser.

Sammanfattningsvis så kan det vara svårt för sjuksköterskan att ha kännedom om alla kulturer för kultur är inte något som är bestående och oföränderligt utan kan variera och förändras till följd av migration, åldrade befolkning och olika kulturella blandningar (Hanssen, 2007; Gysels m.fl, 2012). Genom att vara medveten om att kultur har betydelse och ha tillräckligt med kunskap för hur det kan påverka omvårdnaden i den palliativa vården kan specialistsjuksköterskan med inriktning palliativ vård tillgodose patientens omvårdnadsbehov på ett fysiskt, psykiskt, relationellt, existentiellt, andligt och kulturellt plan (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Samtidigt som en god palliativ vård ges utifrån ett erkännande med respekt för patientens och de närståendes kulturella värderingar, övertygelser och trosuppfattningar (Radbruch m.fl., 2020).

Metoddiskussion

Inom kvalitativ forskning diskuteras trovärdigheten genom hela studien utifrån fyra aspekter dessa är tillförlitlighet, överförbarhet, giltighet samt bekräftande (Polit & Beck, 2020; Graneheim & Lundman, 2004). Metoden kommer att beskrivas och diskuteras utifrån dessa kriterier.

I denna studie valdes en kvalitativ ansats med intervjuer som datainsamlingsmetod för att besvara syftet som handlar om ta del av sjuksköterskans erfarenhet. Metoden anses som lämplig när man vill ta del av deltagarnas perspektiv, samt utveckla mening av deras upplevelser och livsvärld (Polit & Beck, 2020; Kvale & Brinkman, 2014). I denna studie genomfördes två provintervjuer innan intervjuerna påbörjades. Detta rekommenderas och kan tolkas som styrka kring datainsamlingen (Polit & Beck, 2020; Kvale & Brinkman, 2014). Enligt Kvale & Brinkman (2014) är intervjuandet ett hantverk som bygger på praktiska färdigheter och personliga omdömen. Konsten att intervjua fås genom att praktiskt genomföra intervjuer. Jag upplevde att det ibland kunde vara svårt att utföra intervjuerna då erfarenhet saknades för hur intervjuförfarandet ska ske, samt att viss oro fanns att gå miste om att ställa rätt frågor som kunde besvara syftet från olika synvinklar. Upplevelsen var att det blev lättare efter varje intervju och hjälp togs i processen genom att reflektera med deltagarna om intervjuförfarandet och frågorna efter varje intervju för förbättringar till nästkommande intervjuer.

Att ha semistrukturerade intervjuer underlättade för att försäkra sig att utvalda ämnen tas upp i intervjun och för inte missa relevanta frågor som besvarar syftet (Polit & Beck, 2020). Inga avbrott skedde under intervjuerna vilket är en styrka. Totalt 10 av intervjuerna skedde digitalt på grund av den rådande situationen kring coronapandemin, men detta sågs som styrka då det möjliggjorde att nå ut till deltagare i bredare geografiska områden.

Enligt Polit & Beck (2020) handlar giltigheten i studien om tilliten av tolkningen i resultatet och vilka åtgärder som tagits för visa på detta. Giltigheten är en viktig del för studiens trovärdighet. I studien har Graneheim & Lundman (2004) analysprocess utifrån manifest innehåll, som står väl beskrivet i metoddelen använts. I studien har citat använts i kategorierna samt att hjälp tagits av handledaren för reflektion kring val av meningsbärande enheter, kodning, kategorier vilket anses som åtgärder för öka giltigheten i studien. Valet av deltagare och insamlingsmetod är även viktiga delar för att bedöma giltigheten i studien enligt Graneheim & Lundman (2004).

I studien användes ändamålsenligt urval och snöbollsmetoden för att rekrytera deltagarna vilket kan ses som en styrka. Snöbollsmetoden kan fånga deltagarna som är genuint intresserade av ämnet som ska belysas och kan leda till ökad variation i resultatet. Deltagarna i studien kom från olika varierande verksamheter som bedriver specialiserad palliativ vård och hade lång erfarenhet samt flera var även specialistutbildade sjuksköterskor vilket är en styrka för få större variation av data och kan även öka överförbarheten. Att hitta deltagare som har tillräckligt med erfarenhet och som vill dela med sig av sin erfarenhet för ämnet som studeras är en förutsättning för ett bra resultat (Graneheim & Lundman, 2017). Hur valet av deltagarna gått till har grundligt beskrivits i metoddelen.

Tillförlitlighet avser enligt Polit & Beck (2020) stabiliteten i data över tid. Med det menas om resultatet skulle vara detsamma om det upprepades med liknande deltagare och kontext. Genom att redovisa och noggrant verifiera hur de olika stegen av analysen fram till resultat gått till, stärks tillförlitligheten (Graneheim & Lundman, 2017). I denna studie analyserades intervjuerna utifrån Graneheim & Lundman (2004) beskrivning för kvalitativ innehållsanalys som följer olika steg. En svaghet som ses i analysprocessen och resultatet kan vara att jag arbetade ensam men regelbunden reflektion och diskussion gjordes med handledaren under hela processen.

I denna studie fokuserades på att analysera utifrån manifest innehåll, vilket kan vara både en styrka och svaghet. Styrkan i det manifesta innehållet är att det krävs en låg textnära tolkning av texten, vilket kan vara bra när man är nybörjare i att analysera utifrån metoden som jag var. Det har även riktats kritik mot kvalitativ innehållsanalys, att det används för grundläggande, ytligt med enkel sortering av text, vilket medför att resultatet saknar djup och inte ger kunskap om komplexa frågor. Detta leder i sin tur till brister i trovärdigheten (Graneheim, m.fl. 2017). Enligt Graneheim och Lundman (2004) krävs det dock oftast alltid en viss tolkning av texten för få fram en helhet som är meningsfull. Vidare beskrivs det att ju högre abstraktions- och tolkningsnivå innehållet har ju mer ökar utmaningen i att övertyga läsaren om studiens trovärdighet.

Enligt Polit & Beck (2020) beskrivs bekräftande graden av objektiviteten i texten hos författaren. Hänsyn till detta har tagits i studien genom reflektion över förförståelsen vid intervjuerna, tolkning av texten och under analysen. Jag bär med sig förförståelse om ämnet som studerats, då jag som genomfört studien arbetet med patienter som befinner sig inom livets slutskede och inom ett område som har stor andel av personer som har olika kulturell bakgrund. Trots förförståelsen skall inte personlig erfarenhet, förutfattade meningar och kunskap påverka objektiviteten i studien (Graneheim & Lundman, 2017). Enligt Graneheim & Lundman (2017) behöver författaren distansera sig från texten trots sin förförståelse för kunna hitta mönster i analysprocessen. När det kommer till intervjuerna är författaren alltid delaktig eftersom samspel under intervjun sker, vilket innebär att författaren är medskapare av texten och därför kan resultatet inte ses som oberoende av den som utför studien. Under hela studiens process har jag haft ett öppet sinne och låtit texten representera sjuksköterskornas röster utifrån sina erfarenheter om ämnet som studerats.

För att underlätta bedömning om studiens överförbarhet av resultaten till andra grupper och sammanhang är det viktigt med en noggrann och tydlig beskrivning av kontext, urval, deltagare, datainsamling och analysprocess i studien vilket författaren har strävat efter att göra i denna studie. För att förstärka överförbarheten och trovärdigheten av studiens resultat har ett fylligt representerat resultat beskrivits med kombination av belysande citat från sjuksköterskorna som intervjuades (Graneheim m.fl, 2017). Deltagarna i studien kom från

varierande verksamheter och det kan ses som en styrka för resultatets överförbart till andra liknande verksamheter som bedriver specialiserad palliativ vård inom Sverige.

Under studiens gång har hänsyn tagits till forskningsetiska principer avseende informations-, samtyckes-, nyttjande- och konfidentialitetskravet. Sjuksköterskorna fick skriftligt informationsbrev samt muntligt och skriftligt samtycke om deltagande i studien inhämtades, där det tydligt framgick att studien är frivillig och kan avbrytas av deltagarna själva utan behöva ange orsak. På så sätt respekteras personens autonomi och delaktighet. Även uppgifter om hur konfidentialitet behålls i både studien samt det insamlade materialet lämnades. Intervjuerna samt utskrivna materialet avidentifierades. Detta är även viktigt att ha i beaktande vid redovisning av citat i studien. Inga citat som kunde leda till enskilda personer eller situationer redovisades (Sandman & Kjellström, 2018).

Reflektion och hänsyn över de grundläggande etiska principerna som autonomiprincipen, principen att inte skada, rättvisepincipen samt göra gott principen har gjorts genom hela studien. Autonomiprincipen togs i hänsyn genom att sjuksköterskorna självständigt fick avgöra, om de vill delta i studien eller inte efter att information givits. Principen att inte skada möjliggjordes genom att respektera deltagarnas integritet och inte utsätta de för skada. De kunde när som helst avbryta deltagande i studien om de upplevde obehag. Rättvisepincipen försökte åstadkommas genom att behandla alla lika samt inte utesluta deltagarna som uppfyllde kraven och var intresserade av att delta i studien. Även genom att forma informationsbrevet på ett sådant sätt så att alla ska känna sig välkomna att delta oavsett kön, etnicitet utifrån inklusionskriterierna. Den fjärde principen att göra gott avser att skadan mot nytta alltid ska övervägas. I denna studie togs hänsyn till detta innan studien påbörjades.

Slutsats

Att inneha kunskap om kulturens betydelse vid omvårdnad i livets slutskede kan leda till minskad generalisering och förutfattade åsikter. Det kan istället leda till ökad medvetenhet och bidra till kunskap och förståelse för specialistsjuksköterskan som ska bemöta och hantera patienten och närstående med annan kulturell bakgrund som redan befinner sig i en utsatt situation när de vårdas i livets slutskede. Det saknas oftast rutiner och metoder för hur sjuksköterskan ska tillgodose och hantera olika kulturella föreställningar som kan skilja sig från den palliativa vårdens värdegrund och hörnstenar. Men genom att ha ett personcentrerat förhållningsätt som strategi som sjuksköterskorna i befintlig studie använde sig av bidrog till lättare hantera situationen och ge vård på jämlika villkor. Kunskapen som olika möten med personer med annan kultur medför möjligheter och leder till att sjuksköterskan, kan bli bättre rustad för att ge förbättrad palliativ vård, där även kulturella behoven är inkluderade. Med erfarenhet och ny kunskap leder att sjuksköterskan blir en bättre vårdare i sitt yrke.

Förslag till klinisk tillämpning

Resultatet i denna studie kan leda till ökad förståelse över vad kulturen har för betydelse vid omvårdnad av patienter i livets slutskede. Genom ökad kunskap om förekommande föreställningar och situationer som sjuksköterskorna var med om i mötet med personer med olika kulturella bakgrunder och hur dessa kan påverka omvårdnaden och arbetet som sjuksköterskorna utför. Resultaten kan användas för diskutera och reflektera över hur man ska hantera och tillgodose olika kulturella önskemålen och aspekter som lyftes fram av sjuksköterskorna. I resultatet framkom det att sjuksköterskorna använde sig av ett

personcentrerat förhållningssätt medvetet och omedvetet vid alla mötet och även i situationer som upplevdes som svåra. Genom att införa de 6:Sn på flera arbetsplatser kan underlätta för sjuksköterskan att identifiera och lyfta fram olika kulturella önskemål som en naturlig del i sitt arbete. Specialistsjuksköterskan ska i sin roll bedriva förbättringsarbeten och kan därför arbeta för att implementera modellen om de 6:Sn. Resultatet kan ses som en viktig aspekt att reflektera över i arbetsgrupper, då livets slut är en begränsad och viktig tid och därför är det betydelsefullt att tillgodose patientens och närståendes kulturella önskemål i det mån det är möjligt.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling

Resultatet visar att det finns kunskap om kulturens betydelse vid omvårdnad av patienter i livets slutskede. Dock behövs det ökad kunskap om hur kulturen påverkar omvårdnaden i livets slutskede uppmärksammas mera samt hur vi som specialistsjuksköterskor kan ta hänsyn till kulturella önskemål på ett naturligt sätt i arbetet. Ett förslag för bygga vidare på resultatet, kan vara genom att genomföra intervjuer med sjuksköterskor som inte arbetar i den specialiserade verksamheterna för jämföra om det förekommer olikheter eller andra föreställningar kring kulturens betydelse vid omvårdnaden av patienter i livets slutskede.

Referenser

- Albarran, J., Rosser, E., Bach, S., Uhrenfeldt, L., Lundberg, P., & Law, K. (2011). Exploring the development of a cultural care framework for European caring science. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6 (4), 1-11. DOI: <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i4.11457>
- Anåker, A., & Elf, M. (2014). Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 381-389. <http://du.diva-portal.org/smash/get/diva2:746519/FULLTEXT01.pdf>
- Bellamy, G., & Gott, M. (2012). What are the priorities for developing culturally appropriate palliative and end-of life care for older people? *Health and Social Care in the Community*, 21(1), 26–34. DOI:10.1111/j.1365-2524.2012.01083.x
- Bloomer, M.J., Botti, M., Runacres, R., Poone, P., Barnfieldj, J., & Hutchinsona, A.M. (2019). Cultural considerations at end of life in a geriatric inpatient rehabilitation setting. *Journal of Australian College of Nursin*, 26(1), 165-170. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.07.004>
- Codex. (u.å). *Regler och riktlinjer för forskning*. Uppsala universitet. Hämtad den 2022-02-15 från: <https://codex.uu.se/forskarens-etik/>
- Eckemoff, H.E., Sudha, S., & Wang, D. (2018). End of life care for older Russian immigrants - Perspectives of Russian immigrants and hospice staff. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 33:229–245. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10823-018-9353-9>
- Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén, J. (2013). Introduktion. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén, J. *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (s15-26). Lund: Studentlitteratur.
- Fearon, D., Kane, H., Aliou, N., & Sall, A. (2019). Perceptions of palliative care in a lower middle income Muslim country: A qualitative study of health care professionals, bereaved families and communities. *Palliative Medicine*, 33(2), 241–249. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216318816275>
- Förenta nationerna (FN). (2020). *De globala målen för hållbar utveckling*. Hämtad 2022-05-13 från: <https://fn.se/globala-malen-for-hallbar-utveckling/>
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund Nielsen, B., & Granskär, M. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s 219-234). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U.H., Lindgren, B., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Gysels, M., Evans, N., Menaca, A., Andrew, E., Bausewein, C., Gastmans, C., Gomez-Batiste, X., Gunaratnam, Y., Husebø, S., Toscani, F., Higginson, J.I., Harding, R., & Pool, R.

(2012). Culture is a priority for research in end-of-life care in Europe: A research agenda. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44 (2), 285-294.
DOI:10.1016/j.jpainsymman.2011.09.013

Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. (3. uppl.). Studentlitteratur.

International Council of Nurses. (2021). The ICN codes of ethics for nursing. Hämtad den 2022-05-10 från: https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur.

Leninger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10459602013003005>

Oberle, K., & Allen, M. (2001). The nature of advanced practice nursing. *Nursing Outlook*, 49 (3) 148-153. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.112959>

Olsson, H., & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen*. (4. uppl.). Stockholm: Liber.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2020). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Price, M.D., Strodtman, K.L., Montagnini, M., Smith, M.H., & Ghosh, B. (2019). Health professionals perceived concerns and challenges in providing palliative and end-of-life care: A qualitative analysis. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 36(4), 308-315.
<https://doi.org/10.1177/1049909118812193>

Radbruch, L., Lima, De L., Knäul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., ... Gomez-Garcia, W. (2020). Redefining palliative care- A new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60 (4), 754-764. DOI: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(20\)30247-5/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(20)30247-5/fulltext)

Regionala cancercentrum i samverkan. (2021). *Nationellt vårdprogram. Palliativ vård i livets slutskede*. Regionala cancercentrum i samverkan. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-var/vardprogram/nationellt-vardprogram-palliativ-var.pdf>

Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (2. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Searight HR., & Gafford J. (2005). Cultural diversity at the end of life: issues and guidelines for family physicians. *American Family Physician*, 71(3), 515-522.
<https://www.aafp.org/afp/2005/0201/afp20050201p515.pdf>

Semlali, M., Tamches, E., Singy, P., & Weber, O. (2020). Introducing cross-cultural education in palliative care: focus groups with experts on practical strategies. *BMC Palliative Care*, 19 (171), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00678-y>

Statistikmyndigheten SCB. (2021a). *Utrikes födda i Sverige*. Hämtad den 2022-01-21 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/utrikes-fodda/>

- Statistikmyndigheten SCB. (2021b). *Döda i Sverige*. Hämtad den 2022-04-26
<https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/doda-i-sverige/>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå. Specialistsjuksköterska med inriktning palliativ vård*. Hämtad den 2022-02-15 från:
<https://www.swenurse.se/download/18.2583e78a172e5093ed635b/1593001299928/kompetensbeskrivning-palliativ-v%C3%A5rd-2019.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad vård*.
<https://www.swenurse.se/download/18.21c1e38d1759774592615393/1605100833382/Personcentrerad%20v%C3%A5rd.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede Vägledning, rekommendationer och indikatorer Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2022-05-01 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018). *Palliativ vård-förtydligande och konkretisering av begrepp*. Hämtad 2022-02-10 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf>
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 2022-12-15 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- SFS 2014:82. *Patientlag*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30
- Ternstedt, B., Hénö, I., Österlind, J., & Andershed, B. (2017). *De 6 s:n: en modell för personcentrerad palliativ vård*. (2. uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet.(2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet. Hämtad den 2022-02-16 från:
<https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2002-01-08-forskningsetiska-principer-inom-humanistisk-samhällsvetenskaplig-forskning.html>
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad den 2022-02-15 från:
https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Wiklund Gustin, L., & Lindvall, L. (2019). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Natur och kultur.
- Österlind, J., & Hénö, I. (2021). The 6S-model for person-centred palliative care:A theoretical framework. *Nursing philosophy*, 22(2), 1–10. DOI:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nup.12334>



Institutionen för Hälsovetenskap

Göteborg 2022-02-23

Till berörd verksamhetschef/enhetschef

Hej

Detta brev avser en förfrågan om att genomföra intervjuer med sjuksköterskor på din enhet om deras erfarenhet av kulturella aspekter vid omvårdnad av patienter i livets slutskede. Jag som gör förfrågan heter Rasha Mian och läser till specialistsjuksköterska inom palliativ vård vid högskolan i Väst.

Jag är intresserad av att ta del av sjuksköterskans erfarenheter och för att få reda på detta, behöver jag komma i kontakt med sjuksköterskor som har arbetat minst 2 år som sjuksköterska och vill delta i en intervju.

Jag ber om lov att få genomföra intervjuer med sjuksköterskor på arbetstid och på ostörd plats på arbetsplatsen. Sjuksköterskan får själv välja tid för intervjun som beräknas ta max 60 min. På grund av den rådande situationen kommer alla intervjuer hållas digitalt via Zoom.

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan motivering. Intervjumaterialet kommer att behandlas konfidentiellt. Resultatet kommer att presenteras i en magisteruppsats. Tillstånd från etikprövningsmyndigheten krävs inte inom ramen för en magisteruppsats vid högskolan. Dock kommer hänsyn till etiska övervägande tas i beaktande.

Du som enhetschef/verksamhetschef tillfrågas om lov för att genomföra studien med sjuksköterskor på din enhet. Om du godkänner genomförande av intervjun vänligen svara via mejl samt vidarebefordra informationsbrevet och samtyckesbrevet som finns bifogat i detta mejl, till de sjuksköterskor som arbetar i din verksamhet och som uppfyller kriterierna för intervjun.

Har du frågor är ni välkomna att kontakta mig eller min handledare.

Med vänlig hälsning

Rasha Mian

Leg Sjuksköterska, student vid specialistsjuksköterskeprogrammet, Högskolan Väst.
rasha.mian@student.hv.se

Handledare vid Högskolan Väst, institution för Hälsovetenskap:

Åsa Rejnö

Docent

asa.rejno@hv.se



Institutionen för Hälsovetenskap

Göteborg 2022-02-24

Informationsbrev till berörd sjuksköterska

Hej

Du tillfrågas härmed om deltagande till att bli intervjuad som sjuksköterska angående din erfarenhet av kulturens betydelse vid omvårdnad av patienter i livets slutskede inom specialiserad palliativ vård. I takt med att Sverige blir mer mångkulturellt leder det till att man som sjuksköterska ofta ger vård i livets slutskede till personer med annan kulturell bakgrund än man själv har. Forskning visar att vårdpersonalen behöver kunskap och förståelse i hur man tillhandahåller en god palliativ vård av personer med annan kulturell bakgrund.

Deltagandet i studien innebär att du i en intervju delar med dig av din erfarenhet om ämnet. På grund av den rådande situationen så kommer intervjun att genomföras via Zoom och spelas in digitalt. Intervjun beräknas ta max 60 min. Du får som deltagare möjlighet att välja tid och plats för intervjun. Din chef har gett sitt medgivande till att studien genomförs på arbetstid och på arbetsplatsen, men det finns även möjlighet att genomföra intervjun utanför arbetstid om du önskar detta. Intervjun kommer att sedan skrivas ut och analyseras med hjälp av metoden innehållsanalys.

Intervjumaterialet kommer att behandlas konfidentiellt. Detta innebär intervjuerna kommer att avidentifieras så enskild identitet inte kan härledas och kommer behandlas i enlighet med bestämmelser i GDPR. Materialet kommer vara inlåst så att ingen obehörig kan ta del av det. Det färdiga resultatet kommer att presenteras i min magisteruppsats och är en del i specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot palliativ vård vid Högskolan Väst. Intervjumaterialet kommer efter att studien är godkänd att raderas. **Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta utan motivering. Dock kan redan insamlat material komma att kvarstå i studien.**

Kontakta mig via mejl eller telefon om du är intresserad av att delta i studien eller har frågor.

Med vänlig hälsning

Rasha Mian

Leg Sjuksköterska, student vid specialistsjuksköterskeprogrammet, Högskolan Väst.
rasha.mian@student.hv.se

Handledare vid Högskolan Väst, institution för Hälsovetenskap:

Åsa Rejnö

Docent

asa.rejno@hv.se

SKRIFTLIGT SAMTYCKE

Jag har tagit del av den skriftliga informationen där information om studiens syfte, hur informationen samlas in, bearbetas och behandlas. Jag har även fått möjlighet att ställa frågor och fått de besvarade. Jag är medveten om att intervjun kommer att spelas in digitalt och att resultatet kommer att redovisas så att min identitet inte kommer att röjas.

Min medverkan är helt frivillig och jag kan när som helst avbryta mitt deltagande utan att ange orsak. Jag samtycker härmed till att medverka i denna intervjustudie med titel:
Kulturens betydelse vid omvårdnad i livets slutskede- En intervjustudie med sjuksköterskor i specialiserad palliativ vård

Namnunderskrift: _____

Ort/Datum/år : _____



Intervjuguide för studien: Belysa sjuksköterskan erfarenhet av kulturens betydelse vid omvården av patienter som befinner sig i livets slutskede inom specialiserad palliativ vård

Bakgrundsfrågor om informanterna:

Kön: Kvinna... Man....

Ålder:

Utbildning:

Antal arbetslivserfarenhet:

Antal år som sjuksköterska:

Antal år som Specialistsjuksköterska:

Inledande frågor:

Kan du berätta vad du har för erfarenhet av kulturens betydelse vid omvårdnad av patienter som befinner sig i livets slutskede inom specialiserad palliativ vård?

Kan du beskriva en situation du har mött utifrån din erfarenhet vid omvårdnad av patienten med annan kulturell bakgrund?

Kan du beskriv möjligheter/ utmaningar du upplever vid mötet med personer som befinner sig i livets slutskede med annan kulturell bakgrund än din egen?

Uppföljningsfrågor

- Hur reagerade du? Hur kände du? Hur tänkte du? Utifrån dessa möten

- Kan du berätta mer om? Hur menar du då? Vad menar du?

- Kan du förtydliga dina svar?

- Har du något annat exempel på ett möte /situation som du vill dela med dig? utifrån omvårdnad av patienten med annan kulturell bakgrund?

- Hur hanterade du dessa utmaningar i ditt arbete?

- Finns det något som jag inte har frågat om som du skulle vilja dela med dig?

Om du önskar finns det möjlighet att ta del av resultatet till det färdiga examenarbetet

Högskolan Väst

Institutionen för hälsovetenskap, 461 86 Trollhättan

Tel 0520-22 30 00

www.hv.se