

Kulturell kompetens inom mödravården

En studie i hur kulturell kompetens påverkar vården vid interkulturella bemötanden

Hanna Yikona

Förnamn Efternamn

Examensarbete

Barnmorska

2019

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Barnmorska
Identifikationsnummer:	17735
Författare:	Hanna Yikona
Arbetets namn:	Kulturell kompetens inom mödravården - En studie i hur kulturell kompetens påverkar vården vid interkulturella bemötanden
Handledare (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Uppdragsgivare:	
<p>Detta examensarbete är en kvalitativ litteraturstudie om kulturell kompetens med fokus på mödravård och är en del av HNS projektet "Vi bryr oss". Studier visar att människor med invandrarbakgrund har hinder i att få bra och tillgänglig vård jämfört med majoritetsbefolkningen. Kulturell kompetens inom vården har visats ha flera hälsofördelar som t.ex. ökad patientnöjdhet, förbättrad kommunikation och större vårdjämlighet. Detta examensarbete strävar till att vara en deskriptiv överblick på det som har skrivits om kulturell kompetens och dens betydelse inom mödravården samt hur den påverkar både patienten och vårdaren. Syftet är att kartlägga det arbete som är gjort inom området och samtidigt se vad vi kan lära oss för att förbättra den interkulturella vården i Finland, samt öka på diskussionen om kulturell kompetens inom mödravården i Finland. Forskningsfrågorna i arbetet är följande: Hur syns den kulturella kompetensen eller den eventuella bristen på kulturell kompetens inom mödravården och hurudan kulturell kompetens förväntas vårdpersonalen inom mödravården ha? Analysen har delats i tre olika kategorier enligt forskningsfrågorna. Resultatet visar att brist på kulturell kompetens är mer dominerande i de analyserade artiklarna jämfört med närvaro av kulturell kompetens. Brister förekommer bl.a. som brist på kulturell medvetenhet, kulturell sensitivitet och kulturell kunskap samt som stereotypering, diskrimination, respektlöshet och otillräcklig information. Behovet av vårdpersonalens utbildning i kulturell kompetens betonas i alla analyserade artiklarna. Med denna studie kan vi se att vårdutbildningen och vårdorganisationerna borde bättre erkänna betydelsen av kulturell kompetens inom mödravården och ännu mera satsa på den.</p>	
Nyckelord:	Kulturell kompetens, kulturell sensitivitet, interkulturell vård, transkulturell vård, mödravård
Sidantal:	56
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Midwifery
Identification number:	17735
Author:	Hanna Yikona
Title:	Cultural Competence in maternity care – A study on how cultural competence affects the health care in intercultural meetings
Supervisor (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Commissioned by:	
<p>This study is a qualitative literature review of cultural competence with focus on maternity care. It is part of the HUS project “We care”. Studies show that people with immigrant background have more barriers in both access and receiving good health care. Cultural competency in health care have shown to have several health benefits e.g. higher patient satisfaction, better communication and more health equality. This study aims to be a descriptive overview of what has been written about cultural competence and its significance in maternity care, as well as how it affects both the patient and the health care personnel. It aspires to map out the work that has been done in the field in order to see what we can learn from it and improve the intercultural care in Finland. It wishes also to boost the discussion about cultural competence in maternity care in Finland. The research questions for the study are: How does cultural competency or the lack of it show up in maternity care and what kind of cultural competency is expected of the health care personnel in maternity care? The analysis is divided in three categories according to the research questions. The results show lack of cultural competency being more dominant than the existence of it in the analyzed articles. Lack of cultural competence can be seen as e.g. lack of cultural awareness, cultural sensitivity and cultural skills as well as in stereotypes, discrimination, disrespect and lack of information. The need of health care personnel’s education in cultural competence is highly emphasized in all of the articles. With this study we can see that both the education programs and health care organizations should better acknowledge the importance of cultural competency in maternity care and invest more in it.</p>	
Keywords:	Cultural competence, cultural sensitivity, intercultural care, transcultural care, maternity care
Number of pages:	56
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Kättilötyö
Tunnistenumero:	17735
Tekijä:	Hanna Yikona
Työn nimi:	Kulttuurillinen kompetenssi äitiyshuollossa – Tutkimus kulttuurillisen kompetenssin vaikutuksesta hoitoon interkulttuurisissa kohtaamisissa
Työn ohjaaja (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Toimeksiantaja:	
<p>Tämä opinnäytetyö on kvalitatiivinen kirjallisuusanalyysi kulttuurillisesta kompetenssista ja sen fokus on äitiyshuollossa. Työ on osa HUS:in ”Me välitämme”-projektiä. Tutkimukset osoittavat, että maahanmuuttajataustaisilla ihmisillä on esteitä saada hyvää ja saatavilla olevaa hoitoa verrattuna valtaväestöön. Kulttuurillisesta kompetenssista on osoitettu olevan useita terveyshyötyjä mm. korkeamman potilastyytyväisyyden, paremman kommunikaation ja tasavertaisemman aseman muodossa. Tämä opinnäytetyö pyrkii olemaan kuvaileva yleiskatsaus siitä, mitä maailmalla on kirjoitettu kulttuurillisesta kompetenssista ja sen merkityksestä äitiyshuollossa, sekä sen vaikutuksesta potilaaseen ja hoitohenkilökuntaan. Työn tarkoitus on kartoittaa aiheesta tehtyä työtä ja samalla tutkia, mitä me voimme oppia parantaaksemme interkulttuurista hoitotyötä Suomessa. Toiveena on myös lisätä kulttuurillisesta kompetenssista käytyä keskustelua äitiyshuollossa. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat seuraavat: Miten kulttuurillinen kompetenssi tai sen puute näkyvät äitiyshuollossa ja minkälaista kulttuurillista kompetenssia hoitohenkilökunnalta odotetaan? Analyysi on jaettu kolmeen eri kategoriaan tutkimuskysymysten mukaan. Tulokset osoittavat, että kulttuurillisen kompetenssin puute analysoiduissa artikkeleissa on hallitsevampi kuin sen olemassaolo. Puutteet ilmenevät mm. kulttuurillisen tietoisuuden, kulttuurillisen sensitiivisyyden ja kulttuurillisen taidon puutteina, samoin kuin stereotyyppinä, diskriminaationa, kunnioituksen puutteena ja riittämättömänä tiedonsaantina. Hoitohenkilökunnan kulttuurillisen kompetenssin koulutuksen tarvetta painotetaan jokaisessa analysoidussa artikkelissa. Tämän tutkimuksen avulla voimme todeta, että hoitoalan koulutuksen ja hoito-organisaatioiden tulisi paremmin tiedostaa kulttuurillisen kompetenssin merkitys äitiyshuollossa ja panostaa siihen huomattavasti paljon enemmän.</p>	
Avainsanat:	Kulttuurillinen kompetenssi, kulttuurillinen sensitiivisyys, interkulttuurinen hoitotyö, transkulttuurinen hoitotyö, äitiyshuolto
Sivumäärä:	56
Kieli:	ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

1	Inledning.....	7
2	Terminologi	8
3	Bakgrund och tidigare forskning.....	9
3.1	Ojämlikheter inom hälsa	10
3.2	Interkulturell vård	11
3.3	Kulturell kompetens i vården	12
3.3.1	<i>Kulturell sensitivitet.....</i>	<i>13</i>
3.3.2	<i>Kulturell medvetenhet.....</i>	<i>13</i>
3.3.3	<i>Kulturell kunskap</i>	<i>14</i>
3.3.4	<i>Kulturell färdighet.....</i>	<i>14</i>
3.3.5	<i>Dynamisk process</i>	<i>15</i>
3.4	Interkulturell vård inom mödravård	15
4	Teoretisk referensram	16
	Kulturellt förenligt vård.....	17
5	Syfte och frågeställning	20
6	Metod och material	21
6.1	Metod för bearbetning av data	30
6.2	Datainsamling.....	22
6.2.1	<i>Datainsamling för bakgrund</i>	<i>22</i>
6.2.2	<i>Datainsamling för analys</i>	<i>23</i>
6.3	Presentation av material.....	24
7	Etisk reflektion	30
8	Resultat	31
8.1	Brist på kulturell kompetens	31
8.1.1	<i>Brist på kulturell medvetenhet</i>	<i>32</i>
8.1.2	<i>Otillräcklig eller dålig kommunikation</i>	<i>34</i>
8.1.3	<i>Kränkande attityder</i>	<i>36</i>
8.1.4	<i>Sammanfattning</i>	<i>36</i>
8.2	Närvaro av kulturell kompetens.....	37
8.2.1	<i>Lyckad kommunikation</i>	<i>38</i>
8.3	Förväntningar på kulturell kompetens	39
9	Diskussion	41

9.1	Universella eller invandrarinriktade hälsovårdstjänster	43
10	Kritisk granskning.....	44
	Källor	45
	Bilagor	51

1 INLEDNING

Immigrationen till Finland har ökat drastiskt från 1990-talet både från Europa och andra kontinenter. Flera undersökningar visar att invandrare, speciellt flyktingar och asylsökare, är i större risk för både fysisk och psykisk ohälsa. Kulturell kompetens behövs allt mera då den kulturella mångfalden blir större. För att kunna framgångsrikt samspela och leva tillsammans måste vi respektera varandra, oberoende av den etniska, kulturella eller religiösa bakgrunden. Speciellt i intima vårdssituationer är man extremt skör och det kan vara väldigt kränkande om man känner sig missförstådd, bemött av en vårdare som har fördomar och som kanske redan har bestämt sig vem och hurudan man är p.g.a hudfärgen, bakgrunden eller religionen. Då man "klumpas ihop" med alla andra från samma land, kontinent eller religion slutar man vara en individ som har sin egen personlighet, sina egna värderingar, problem och drömmar.

Mödravård skiljer sig från många andra vårdtyper genom att vården inte fokuserar enbart på patienten som en individ utan hela familjen är i fokus. Att få barn är mycket revolutionerande i en kvinnas liv och själva upplevelsen kan ha långtgående inverkan. Om man dessutom är i ett främmande land med en främmande kultur kan händelsen vara enormt stressigt.

Under mina praktiker och sommarjobb har jag sett flera olyckliga möten mellan invandrare och vårdpersonal. Jag har sett hur osäkra och borttappade många vårdare har känt sig inför invandrare, samt hört fördomsfulla och rent rasistiska kommentarer i kafferummet eller kansliet. Vårdarnas rädslor och attityder påverkar inte enbart invandraren som en individ utan vårt samhälle som en helhet. Om vi som vårdare kränker våra patienter har detta, för att inte tala om den individuella tragedin, också både en direkt och en indirekt ekonomisk inverkan på vårt samhälle. Det är ingen skillnad om kränkningen sker medvetet eller omedvetet, resultatet är ändå detsamma. Finlands grundlag säger att ingen får utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. Finland har också förbundit sig till UNs Allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna. För att försäkra förverkligandet av det universella, okränkbara värdet av mänsklig värdighet, som UNs

förklaring baserar sig på, borde vi ännu starkare understryka den kulturella kompetensen och se till att alla inom vården har tillräcklig kunskap om ämnet.

Utgångspunkten för denna studie har varit min oro för att kvinnor med invandrarbakgrund får sämre vård p.g.a. vårdpersonalens brist på kulturell kompetens. Examensarbetet är en del av HNS projektet "Vi bryr oss". Arbetet är en kvalitativ litteraturstudie och fokuset är på kulturell kompetens inom mödravården.

2 TERMINOLOGI

Termer som kommer att användas i detta examensarbete presenteras här kort.

<i>Antenatal</i>	Latinets ante, som betyder "före" och nasci, "att födas" är ett medicinsk adjektiv som beskriver tiden före födseln.
<i>Etnocentrism</i>	Att den egna etniska gruppen sätts i centrum, att man betraktar och bedömer världen utifrån sin egen position och erfarenhet, att alla andra borde dela ens egna kulturella föreställningar och normer.
<i>Eurocentrism</i>	Att Europa och Västvärlden betraktas som viktigast, att historia och kulturer av icke-europeiska och icke-västerländska samhällen tolkas ur ett europeiskt eller västerländskt perspektiv, att icke-västerländska samhällen undervärderas som underlägsna Västvärlden.
<i>Hälsolitteracitet</i>	Omfattar kognitiva och sociala färdigheter som är avgörande för människans förmåga att få tillgång till, förstå och använda information på ett sätt som främjar och bibehåller en god hälsa.

<i>Konstrukt</i>	En idé eller teori – vanligtvis subjektiv och inte evidensbaserad – som innehåller olika begreppsliga elementer.
<i>Kulturell trygghet</i>	(eng. cultural safety) Kan nås med att erkänna, respektera och befrämja patientens unika kulturella identitet. Motsatt till detta är kulturell otrygghet som försvagar eller förnedrar individens välmående och kulturella identitet.
<i>Liminalitet</i>	Ett antropologiskt begrepp som används för att beteckna ett tillstånd eller en fas mellan två normaltillstånd. Under t.ex. en initiationsrit befinner sig människan i ett liminaltillstånd, hen har inte ännu uppnått en ny status men har inte heller längre kvar den gamla statusen. Hen befinner sig ”mitt emellan”.
<i>Obstetrik</i>	Läran om graviditet, förlossning och barnsäng.
<i>Perinatal</i>	Grekiskans peri, som betyder ”omkring” och latinets nasci, ”att födas” är ett medicinsk adjektiv som beskriver tiden kring födseln, dvs. före, under och efter förlossningen.
<i>Postpartum</i>	Latinets post, som betyder ”efter” och partum, ”att föda” är ett medicinsk adjektiv som beskriver tiden efter födseln.

3 BAKGRUND OCH TIDIGARE FORSKNING

I Finland har vi flera olika lagar och bestämmelser, t.ex. hälso- och sjukvårdslagen, som har som syfte att minska ojämlikhet inom hälsa och välfärd, samt garantera att alla har

samma tillgång till likvärdig vård (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019). Både den Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården (ETENE) och Befolkningsförbundet har tagit ställning till vård av invandrare. ETENE säger att för att kunna respektera en människa behöver man respektera hans värderingar, religion och trosuppfattningar. Till detta tillhör också självbestämmanderätt och individens påverkningsmöjligheter. För att vårdpersonalen lättare ska kunna vårda en människa från en annan kultur behövs en respektfull och sensitiv inställning och en förståelse om olika trosuppfattningar. ETENE talar också om att finländare är inte bara i en givande roll då de det gäller mångkulturella frågor, utan de kan lära sig av de som kommer från andra kulturer. Invandrare kan bland annat tillföra nya synvinklar om värderingar i samhället. (ETENE 2004) I Befolkningsförbundets program om sexualhälsa sägs det att inom den Finska hälsovården fattas det information om invandrarnas behov. Befolkningsförbundet rekommenderar att man inom vårdyrket ska satsa på attityder och tolerans. Det behövs också mera information om kulturminoriteternas religioner, vanor och behov, samt information om invandrarnas kunskap inom sexualhälsa. (Befolkningsförbundet 2006)

3.1 Ojämligheter inom hälsa

Det finns problem och utmaningar gällande etniska minoriteter, invandrare och flyktingar inom vården i Finland och i andra delar av världen, både allmänt (Degrie et al. 2017) men speciellt inom mödravården (Malin & Gissler 2009, Henderson et al. 2013, Puthussery 2016, Heslehurst et al. 2018). Enligt Malin & Gissler (2009) och Degrie (2017) har studier visat att människor med invandrarbakgrund har hinder i att få bra och tillgänglig vård jämfört med majoritetsbefolkningen. Enligt Malin & Gissler kan detta delvis bero på samhällets och tjänsternas strukturella, indirekta och direkta diskrimination. Det har påståtts, att vithyade läkare beter sig mindre känsligt då de umgås med patienter från icke vita etniska minoriteter. Speciellt kvinnor som är av icke-västerländskt ursprung kan vara i fara för diskrimination i västländerna på grund av kön, klass och etnicitet och detta kan potentiellt påverka deras hälsa negativt samt även deras användning av hälsovårdstjänster. Det har visats att vårdarnas fördomar och den vård de ger har större risk att vara diskriminerande då patientens icke-vita etnicitet kombineras med en lägre socialklass. (Malin & Gissler 2009) Patienten känner sig mindervärdig om

hen påträffar fördomar, stereotyper, diskriminering och rasism vilket kan leda till en förlängning av tillfrisknandet. Det kan även orsaka lidande, illabefinnande, förvärra hälsotillståndet och kan till och med förorsaka en för tidig död. Vårdarnas attityder kan orsaka att patienten upplever vården som kränkande och inte söker sig till vård eller avbryter vårdrelationer. (Wikberg 2014 s. 97)

3.2 Interkulturell vård

I litteraturen används flera olika, sinsemellan utbytbara begrepp om vård av människor från en annan kultur: transkulturell vård, tvärkulturell vård, interkulturell vård och mångkulturell vård. Madeleine Leininger kom upp med det mest använda begreppet transkulturell vård på 60-talet och utvecklade teorin i flera årtionden. Leininger definierar transkulturell vård som ett formellt studieområde och praktik som fokuserar sig på *comperative human care*: kulturers likheter och olikheter angående trosuppfattningar, värderingar och livsstilar med ett syfte att ge kulturellt förenlig, meningsfull och välgörande vård åt människor (Leininger & McFarland 2002 s. 5-6). Transkulturell vård har förbättrat vården av människor från andra kulturer men teorin har också fått kritik. Flera forskare, så som Bruni, Mulhall, Mulholland och Gustafson har pratat om att Leininger inte betonar förändring och att hennes teori kategoriserar och stereotypiserar andra kulturer och på detta sätt kan möjligtvis leda till fördomar och rasism (Wikberg 2014 s. 46-47). Gustafson har också sagt att i Leiningers modell används människans kulturbakgrund som en förklaring till olikheter i hälsa och välmående utan att lägga märke till andra faktorer så som ålder, kön, utbildningsnivå eller diskrimination (Brämberg & Nyström 2010). Albarran et al. påstår att kultur är mer komplex än enbart etnicitet, att den också består av kön, sexualitet, ekonomiska skillnader, klass, förmåga eller ålder. Med detta synsätt kan man ifrågasätta och bryta kulturella stereotyper och lyfta fram likheter, olikheter och gränsområden inom och mellan olika kulturer. Ojäma maktförhållanden, förtryck, utnyttjande och kolonialismens påverkan på identitet, kultur och hälsa tas inte i hänsyn i det transkulturella angreppssättet. (Albarran et al. 2011)

I detta examensarbete används termen interkulturell vård. Wikberg (2014 s. 119) betonar patientens perspektiv mer i teorin om interkulturellt vårdande än i Leiningers

teori om transkulturell vård, som i sin tur jämför patientens och vårdarens perspektiv. Interkulturell vård koncentrerar sig mera på det som vi har gemensamt, istället för att betona kulturskillnader. Tanken är att inte ta upp det främmande och exotiska utan att bygga på det gemensamma. (Wikberg & Eriksson 2008)

Wikber påstår att varje patient och vårdare hör till någon kultur, vilket betyder att all slags interaktion mellan de här två blir transkulturellt. ”Interkulturellt vårdande kan ske mellan en vårdare och en patient som tillhör olika kulturer. Interkulturellt vårdande förutsätter att vårdaren beaktar både sin egen och patientens kulturella bakgrund och ackulturation och att vårdaren har kulturell kompetens inklusive kulturell trygghet. Den vårdande relationen är ömsesidig, eftersom både vårdaren och patienten är människor, men även asymmetrisk, eftersom vårdaren har mer ansvar och makt.” (Wikberg 2014 s. 76-77)

3.3 Kulturell kompetens i vården

Madeleine Leininger var den första som pratade om kulturell förenlig vård (*culturally congruent care*), som var den ursprungliga termen för kulturell kompetens. Enligt Leininger definieras kulturellt kompetent och förenlig vård enligt följande: vård som baserar sig på kulturell kunskap och som har som syfte att vara meningsfullt, välgörande och tillfredsställande (Leininger & McFarland 2002 s. 128).

Vårdarens kulturella kompetens kan ses som en del av interkulturell vård (Wikberg 2014 s. 78). Enligt Cai (2016) har vård utan kulturell kompetens en direkt inverkan på hälsoresultat och kan leda till fatala konsekvenser. Kulturell kompetens inom vården har visats ha flera hälsofördelar som t.ex. ökad patientnöjdhet, förbättrad kommunikation, bättre kontroll av smärtor och större vårdjämlighet. Kulturell kompetens kan också minska på de totala vårdutgifterna. (Heizler 2017)

Kulturell kompetens beskrivs av flera forskare som en förmåga hos vårdpersonalen att ge legitim, effektiv och respektfull vård, som baserar sig på en uppfattning om likheter och olikheter, mellan och inom olika kulturgrupper (Cai 2016). Kulturell kompetens

bygger på kulturell sensitivitet, kulturell kunskap, kulturell färdighet och är en dynamisk process (Cai 2016, Heizler 2017).

Brämberg och Nyström kritiserar konceptet av kulturell kompetens och säger att det svarar mera på vårdarens behov att kategorisera för att förstå något okänt istället för patientens egentliga behov. Brämberg och Nyström ser i kulturell kompetens en risk att vårdarna behandlar patienter enligt stereotypiska föreställningar om hur en människa från ett annat land borde bete sig, hur hen tänker och vad hen behöver, på ett sådant sätt att tyngdpunkten på kulturell diversitet leder till överdrivna skillnader (Brämber & Nyström 2010).

3.3.1 Kulturell sensitivitet

Enligt Cai innefattar kulturell sensitivitet vårdarens uppskattning, respekt och välbehag för klientens kulturella diversitet. Kulturell diversitet är oundvikligt och man kan aldrig anta att varje individs kultur är densamma. För att uppnå ömsesidigt lärande borde diversitet uppskattas. Känslan av kulturell överlägsenhet, att den egna kulturen är bättre än den andra, borde undvikas. Respekt för kulturskillnader är väsentligt för att kunna ge äkta och tillfredställande vård. Respekt och uppskattning baserar sig på att man känner sig bekväm i den kulturella diversiteten istället för att felaktigt smickra andra kulturer. (Cai 2016) Den kulturella sensitiviteten bär med sig värderingar, attityder och trosuppfattningar. Öppenhet inför nya erfarenheter påverkar kulturell sensitivitet. Sensitivitet kommer fram när vårdaren är ödmjuk och villig att lära sig. När vårdaren närmar sig patienter med kulturellt ödmjukhet visar hen kulturell sensitivitet och behandlar patienter så som de vill bli behandlade. (Heizler 2017)

3.3.2 Kulturell medvetenhet

Kulturell medvetenhet utvecklar vårdarens medvetenhet då vårdaren har annorlunda värderingar, trosuppfattningar, normer och livsstil än klienten. Kulturella likheter och olikheter bland klienter bör erkännas och kulturens påverkan på hälsan bör uppskattas. Vårdarens egen kultur, personliga fördomar, partiskheter eller antaganden bör undersökas. Vårdaren kan bättre förstå andras värderingar, trosuppfattningar och vanor

om hen är medveten om sina egna. (Cai 2016) Kulturell medvetenhet är kännedom om de områden där grupper har likheter och olikheter. Även om medvetenheten om livvstilar, värderingar, vanor och övertygelser inom och mellan grupperna är en absolut nödvändig komponent i vårdprocessen är det omöjligt att känna till alla kulturer. (Heizler 2017)

3.3.3 Kulturell kunskap

Kulturell kunskap baserar sig på en grundkunskap om olika kulturella grupper. Med hjälp av detta kan man bättre förstå klienters olika trosuppfattningar, värderingar och beteenden. De är nödvändigt att veta vad man kan och kan inte göra då man interagerar med klienter från olika kulturer, t.ex. sådant som är relaterat till kost, kommunikation och etikett. På det sättet kan man undvika oavsiktliga kulturella kränkningar och man kan bättre skapa tillit med klienterna. (Cai 2016) Däremot är det viktigt att förstå att kulturell kunskap inte bara handlar om att komma ihåg detaljer och fakta om olika kulturella grupper. I varje kulturell grupp finns individuell unikhet. (Heizler 2017) Information om kulturer bör skaffas från verkliga bemötanden och vårdarna bör känna till koncepten, teorierna och modellerna som är relaterade till identifieringen av hälsobehov och lämpliga vårdalternativ då det gäller grupper som skiljer sig från varandra kulturellt. (Cai 2016)

3.3.4 Kulturell färdighet

Kulturell färdighet betyder att man har en förmåga att kulturellt kunna utvärdera och samla information om klientens hälsoproblem och inkorporera denna information i vårdplaneringen på ett kulturellt sensitivt sätt. Det här kan man nå genom både verbal och icke verbal, effektiv kommunikation som kan förstås av klienter som kommer från en annan kultur. Tolkar kan ibland behövas för att åstadkomma ömsesidigt förstående. Tillgängliga, tillförlitliga och kulturellt lämpliga resurser bör skaffas för att planera och ge tillfredsställande, trygg och välgörande vård för kulturellt diversa befolkningar. (Cai 2016) Kulturell färdighet är att äga och använda sig av kognitiva, affektiva och psykomotoriska färdigheter för att kunna fylla in luckor som förekommer då kulturellt olika individer samspelar (Heizler 2017).

3.3.5 Dynamisk process

Kulturell kompetens är en dynamisk process som anpassar sig till erfarenheter som förändras, kunskapsanskaffning, utveckling av nya färdigheter och en ökad sensitivitet för andra kulturer (Heizler 2017). Den dynamiska processen är en av de viktigaste egenskaperna för kulturell kompetens. Det betyder att vårdaren *blir* kulturellt kompetent istället för att *vara* kulturellt kompetent genom ständiga bemötanden med olika klienter. Kultur har en dynamisk karaktär, det vill säga den kan inte vara statisk. Människor uttrycker sina känslor, ger uttryck för sitt lidande och tolkar sina symptom och dessa varierar med de kulturella skillnaderna. Vårdaren kan inte anta att hen har tillräckligt med kunskap och färdigheter som är kulturellt förenliga med varje klient. Därför kan kulturell kompetens gradvis utvecklas genom att ständigt anstränga sig för att ge vård som passar klientens kulturella kontext. Vårdaren kan lära sig att vara kulturellt kunnig enbart genom metod och genom att lära sig från andra kulturgrupper. (Cai 2016)

3.4 Interkulturell vård inom mödravård

Kvinnor som föder barn i en annan kultur beskrivs vara dubbelt sårbara: de byter kultur samtidigt som de blir mammor, vilket för med sig stora förändringar (Wikberg & Bondas 2010, Wikberg 2014 s. 91). Speciellt ensamstående kvinnor med traumatiska bakgrunder och en osäker juridisk status är mycket sårbara och har en stor risk att insjukna i förlossningsdepression eller ha känslor av övergivenhet (Wikberg & Bondas 2010) Kvinnor kan ha rädslor för det okända, de kanske inte förstår språket eller den information som de får. De vet inte var och vem de kan fråga eller be om hjälp. En del förstår språket men informationen de får är motsägelsefull eller annorlunda än de förväntat sig. Om kvinnan saknar familjmedlemmar eller stödpersoner blir vårdrelationen ytterst viktig för att undvika isolering och lidande. Kvinnan kan känna sig kränkt och kan t.o.m. avbryta vårdrelationen om hon upplever konflikter, spänningar eller skillnader mellan förväntningar i vården. Istället för att mödravården anpassar sig till kvinnor med invandrarbakgrund förväntas de anpassa sig till mödravården. (Wikberg 2014)

Wikberg berättar att i undersökningar beskrivs brister i vårdpersonalens kulturella kompetens: fördomar, stereotyper, kränkningar, rasism och diskriminering. Vårdpersonalen känner att vårdandet av människor från andra kulturer är svårt och utmanande, men också givande. Vårdpersonalen lyfter fram utbildningens, erfarenhetens och attitydernas betydelse för kulturell kompetens. (Wikberg 2014 s. 35)

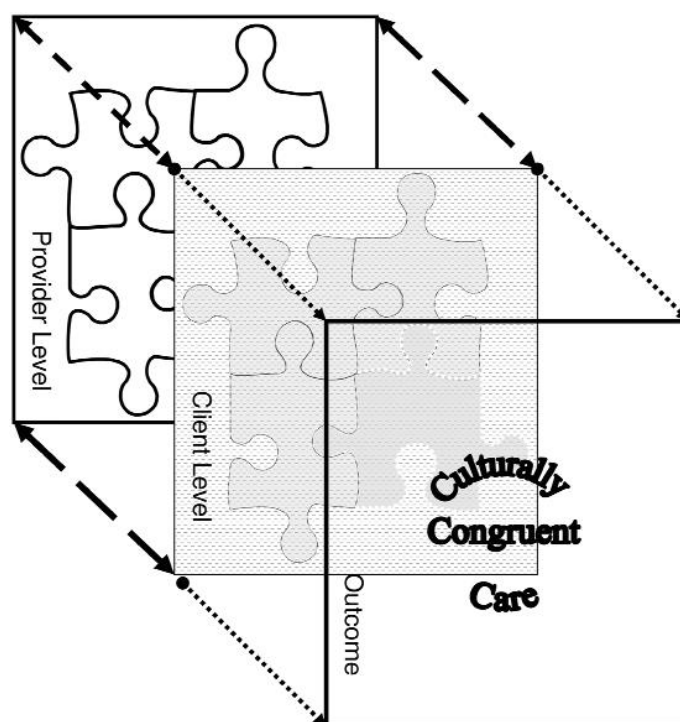
Enligt Heizler (2017) upplever kvinnor från minoritetsgrupper betydande ojämlikheter angående hälsoreultat och för att förbättra detta är det ytterst viktigt att öka den kulturella kompetensen hos vårdpersonal som tar hand om gravida och nyfödda. Det finns allvarliga olikheter i födelsetalen samt vårdprocedurerna skiljer sig märkbart då det gäller kvinnor från etniska minoriteter. Därför borde mödravårdspraxis noggrant granskas för att se om den skiljer sig p.g.a. av kvinnans etnicitet istället för kliniska faktorer. Empowering av kvinnor med invandrarbakgrund och tilläggsutbildning för vårdpersonal behövs för att tillsammans kunna bygga en mödravård som är kulturellt sensitiv och bättre motsvarar kvinnornas och de nyföddas behov. (Malin & Gissler 2009) Wikber & Bondas säger att enbart utbildning räcker inte utan det behövs också en positiv attityd och acceptans mot olika kulturer. Wikberg & Bondas tar upp flera faktorer som påverkar interkulturell mödravård: kontinuitet inom vård ökar tillit hos kvinnor från andra kulturer, vårdpersonalen bör fråga om kvinnans kultur och visa att de bryr sig, de ska informera kvinnan och låta henne välja själv. Vårdarna måste också vara medvetna om sin egen kultur och olika traditioner måste respekteras. Majoritetskulturen ska inte tvingas på patienter. Ett effektivt system som kämpar mot diskrimination, rasism och stereotypisering fattas. Man bör också vara försiktig att inte använda kulturell kompetens för kategorisering och stereotypisering samt att inte koncentrera sig enbart på kulturernas olikheter. (Wikberg & Bondas 2010)

4 TEORETISK REFERENS RAM

En 3D-pusselmodell om kulturellt förenlig vård *Culturally Congruent Care: Putting the Puzzle Together* används som teoretisk referensram i detta examensarbete. I pusselmodellen kommer de olika delarna av kulturell kompetens tydligt fram och den kan därför användas för en bakgrund i analysen av materialet som undersöks i detta examensarbete. För att den är en modell och inte enbart en teori ger den en bas som kan

användas för att se om de olika delarna av kulturell kompetens förekommer i denna studie. Samtidigt fungerar den som en röd tråd under analysprocessen.

3D-pusselmodellen baserar sig på Leiningers teori om transkulturell vård och har som syfte att skapa en modell med vilken man kan planera och genomföra interventionstrategier för att bättre kunna lära och mäta kulturell kompetens hos vårdare. I artikeln *Culturally Congruent Care: Putting the Puzzle Together* använder Schim et al. en jämförelse av det 3-dimensionella pusslet (se fig. 1) och beskriver konceptet av kulturellt förenlig vård. Till sist går Schim et al. igenom på vilket sätt de individuella pusselbitarna på vårdarnivån går ihop och diskuterar framtida riktlinjer.



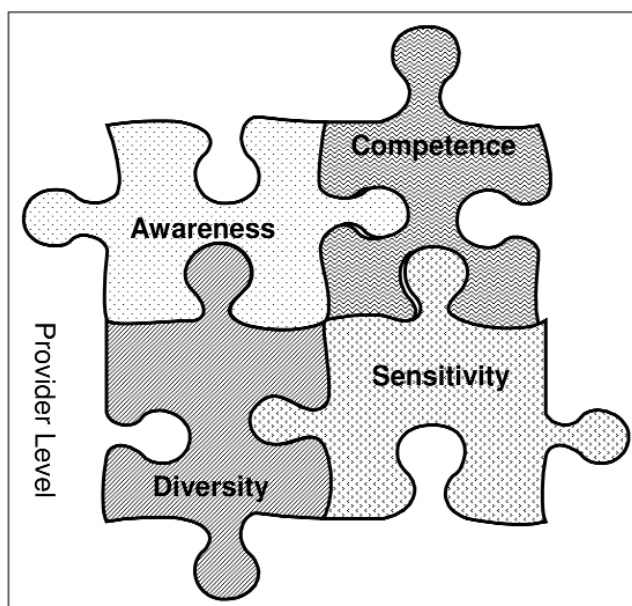
Figur 1. 3-dimensionell pusselmodell av kulturellt förenlig vård (Schim et al. 2007).

Kulturellt förenligt vård

Den kulturellt förenliga vården är en holistisk konstrukt som influeras av förmedlade erfarenheter, betydelse, ömsesidig förståelse och respekt. Enligt den allmänna åsikten kan kulturellt förenlig vård öka på hälsoreultat och minska kostnaderna genom

förbättrad kommunikation, bättre uppföljning av vårdrekommendationer och mindre användning av dyra tjänster som t.ex. akutmottagningar.

Pusslet av vårdarens kulturella kompetens består huvudsakligen av fyra bitar: kulturell diversitet, kulturell medvetenhet, kulturell sensitivitet och kulturell kompetens (fig. 2). Alla fyra bitar är nödvändiga för att nå kulturellt förenlig vård och de är dynamiskt beroende av varandra.



Figur 2. Vårdarnivån av den 3-dimensionella pusselmodellen (Schim et al. 2007)

Fokuset med *kulturell diversitet* har förut varit på att lyfta upp olikheter som baserar sig på faktorer så som ras, etnicitet, nationellt ursprung, sexuell läggning, kön, ideologi och generation. Istället beskriver Schim et al. kulturell diversitet som en del av livet. Det varierar i kvantitet och kvalitet, över plats och tid, och det kan variera dynamiskt. I varje omgivning finns diversitet, mer eller mindre. Likheter och olikheter existerar mellan människor och grupper över allt. UNESCO beskriver kulturell diversitet i *Universal Declaration on Cultural Diversity* på följande sätt: ”en levande och således förnyelsebar pärla som inte ska uppfattas som ett oföränderligt kulturarv men som en process som garanterar mänsklighetens överlevnad” (UNESCO 2001).

Kulturell medvetenhet innebär inte enbart existens av fakta men också kunskap och erkännande, d.v.s. omprövning av fakta. I människans omgivning finns många allmänt

observerade realiteter, t.ex. diversitet, som är ändå inte beaktade av individens medvetenhet. Mycket av den kulturella diversitetsträningen har inriktats på kulturell medvetenhet och fokuset har varit på diskussioner om vad olika etniska eller religiösa grupper anser om hälsovård eller hur olika kulturer presenterar sin unika kultur. De här typens inställningar av kulturell kunskap är begränsade på många sätt. En begränsning är att fokusera sig på gruppernas unikheter hellre än på det som olika kulturer har gemensamt. En annan begränsning är att variationen inom en grupp kan vara stor. Vem kan man be att representera en hel kultur eller en specifik blandning av kulturer? Vem kan säga vad precis alla inom en viss etnisk eller religiös grupp tänker, känner eller behöver? Generalisering av en stor grupp är farligt och medför risker för stereotypisering och diskrimination. Kulturellt medvetenhet i den 3D-pusselmodellen är kunskap om områden var stora olikheter sker inom grupper. Den ger möjlighet att ställa individuella frågor och få reda på hur individer inom en viss grupp skiljer sig istället för att göra antaganden som baserar sig på den stora gruppen. Kulturell medvetenhet ger möjlighet till en utforskning av individuella beteenden och preferenser. Då man förstår den individuella kan man justera vården så att den är kulturellt lämplig och passar en viss individ, familj eller grupp. Förståelse av kulturella koncept som t.ex. tillhörighet, socialisation och marginalisering är också centralt för en utveckling av kulturell medvetenhet.

Människans inställning till sig själv och andra samt hennes öppenhet att lära sig långsamt med kulturella dimensioner är centralt för *kulturell sensitivitet*. Flera forskare har beskrivit kulturell sensitivitet. Enligt Schim et al. påstår Betancourt det följande om kulturell sensitivitet: fokuset är att närma sig den individuella patienten eller gruppen med ödmjukhet och ta rollen som en studerande istället för att anta att man har tillräckligt kunskap om en viss kulturell grupp. Campinha-Bacote (2003) talar om *cultural desire* (kulturell önskan) som betyder att vårdaren har viljan att engagera sig i att aktivt söka sig till interkulturella bemötanden och bli kulturellt mer kunnig, medveten och skicklig. Essentiellt för kulturell sensitivitet är att förstå sitt eget kulturarv samt vårdorganisationens kultur och att man inte blindt enbart följer den gyllene regeln ”gör mot andra som du själv vill bli behandlad”. Enligt Hsieh (1995) är detta ett bra exempel på en kulturell vanföreställning (*cultural fallacy*) var man tar sin egen kultur som standard och som man använder för att bedöma andra kulturer. Istället borde man

behandla andra med kulturell ödmjukhet, på ett sådant sätt som de själva vill bli behandlade.

Den fjärde biten av pusslet är vårdarens *kulturella kompetens* som är en beteendekonstrukt som omfattar åtgärder i respons till kulturell diversitet, medvetenhet och sensitivitet. Kulturell kompetens ändras över tiden, till följd av förändringar i de individuella diversitetserfarenheterna. Kompetensgraden som krävs i en viss situation är dynamisk i både omfattning och djupet. Omfattningen är mängden av olika grupper och individer som vårdaren har förmågan att ha effektiv kompetens för. Djupet är hur ingående vårdaren förstår vissa grupper eller individer. Det är inte realistiskt att anta att alla vårdare alltid kan vara lika och fullt kompetenta inför alla människor från varje kultur. För att få det kulturella pusslet att gå ihop måste dock vårdaren ha kulturell ödmjukhet och kulturell kompetens så att hen kan analysera sin egen kompetensgrad, jämföra personliga utföranden med det som krävs och utveckla sig själv där det behövs.

Den 3-dimensionella pusselmodellen koncentrerar sig på vårdarnivån men påstår att det finns två nivåer i kulturellt förenlig vård: vårdar- och klientnivå. Mycket fokus har lagts på vårdaren, som har varit det ursprungliga forskningsområdet. Det finns ett bakomliggande antagande att det är på vårdarens ansvar att upptäcka klientens kulturella behov. I modellen beskrivs vårdarnivån i detalj men det är tydligt att en klientnivå är lika betydelsefull för pusslet. Klienter - individer, familjer eller grupper - i hälsovården hämtar med sig viktiga insikter i varje bemötande. För att kunna nå den äkta kulturella förenliga vården måste dock klientnivån i pusslet förstås, samt hur helhetsbilden påverkas av t.ex. klientens invandrarstatus, generation, ackulturation, språk, möjligheter och politisk historia. På grund av detta är klientnivån ritad i figur 1 som en skugga, för detta skall undersökas och tydliggöras medan forskningen utvecklas.

5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Detta examensarbete strävar till att vara en deskriptiv överblick på det som har skrivits om interkulturell vård och kulturell kompetens och den kulturella kompetensens betydelse inom mödravården samt hur den påverkar både patienten och vårdaren. Syftet är att försöka kartlägga det arbete som är gjort inom området och samtidigt se vad vi

kan lära oss för att förbättra den interkulturella vården i Finland. Med detta arbete vill jag också öka på diskussionen om kulturell kompetens inom mödravården i Finland. Hypotesen i detta arbetet har varit att klienter eller patienter med invandrabakgrund får sämre vård jämfört med majoritetsbefolkningen och att detta påverkar negativt individiden men också på mödravården i helhet, samt att kulturell kompetens är nödvändigt för en förbättring av den interkulturella vården.

Med examensarbetet vill jag få svar på följande två frågor:

- Hur syns den kulturella kompetensen eller den eventuella bristen på kulturell kompetens inom mödravården?
- Hurudan kulturell kompetens förväntas vårdpersonalen inom mödravården ha?

6 METOD OCH MATERIAL

Detta examensarbete är en kvalitativ litteraturstudie om kulturell kompetens med fokus på mödravård. Eftersom jag stävar efter att förstå fenomenet kulturell kompetens och dess betydelse inom mödravård är detta examensarbete en kvalitativ studie. Analysen styrs både av en hypotes och en teori vilket betyder att mitt tillvägagångssätt är främst deduktivt.

Enligt The Royal Literary Fund (2019) består en litteraturstudie av sökning och utvärdering av relevant material och har som mål att

- **kartlägga** litteratur i det valda studieområdet
- **sammanfatta** information från den valda litteraturen
- **kritiskt analysera** den samlade informationen med att identifiera luckor i den nuvarande kunskapen, lyfta upp begränsningar av teorier och synpunkter samt utforma områden som kan undersökas ytterligare.
- **presentera** litteraturen systematiskt

Enligt samhällsvetenskapsfilosofen Martin Hollis eftersträvar det kvalitativa tillvägagångssättet att *förstå* medan den kvantitativa att *förklara* fenomen (Cropley 2019). Pope et al. säger att konceptet kvalitet inom hälsovården är multidimensionellt och komplext, och är därför inte alltid mottaglig för kvantitativ mätning. Kvalitativ

forskning kan lättare svara på frågor som gäller kvalitet av vård eller invecklade frågor om förbättring av vårdkvalitet. Det kvalitativa synsättet betonar förståelsen av betydelser och erfarenheter och är därför ett mycket annorlunda tanke-system jämfört med klinisk och biomedicinsk forskning som för det mesta är kvantitativ. (Pope et al. 2002)

För att kunna skapa teorier bör man ha ett underlägg som består av data, information och verklighet. Det här kallas kort för *empiri*. För att skapa nya teorier ska man relatera teori och verklighet till varandra. Två alternativa tillvägagångssätt som forskaren kan använda sig av är *induktion* och *deduktion*. (Patel & Davidson 2011) Den induktiva metoden börjar med observationer. Observerandet bör vara neutralt, dvs. det skall inte styras av en förutfattad mening eller teori (Hartman 2006 s. 151) utan teorin formas efter slutförd studie (Patel & Davidson 2011). Ett deduktivt tillvägagångssätt kännetecknas av en redan existerande teori som utgångspunkt. Ur den redan existerande teorin skapar man hypoteser som sedan testas empiriskt. (Patel & Davidson 2011) Med andra ord styr hypotesen observationer man gör (Hartman 2006 s. 160).

6.1 Datainsamling

Datainsamlingen för examensarbetet gjordes under september och oktober 2019. Jag hade möjlighet att använda mig av både Arcadas databaser och Aalto Universitets Finna-söktjänst, vilken söker material från flera olika databaser och som har en mycket stor tillgång till elektroniska artiklar. Den största delen av artiklarna som användes i arbetet hittades med hjälp av Aaltos Finna. Under datasökningsprocessen gick jag igenom rubrikerna på varje artikel som kom upp med de nedannämnda kriterierna och exkluderade de irrelevanta undersökningarna. Artiklar som inte gick att exkludera enligt rubrik öppnades i nya flikar på datorn och om artikelns abstrakt fyllde alla krav sparades den som en PDF. Sammanlagt 31 artiklar sparades och lästes igenom.

6.1.1 Datainsamling för bakgrund

En stor del av artiklarna som användes i bakgrunden hittades genom Aalto Universitets Finna. Wikberg & Erikssons artikel (2008) hittades genom Arcadas EBSCO och

Heitzlers artikel (2017) från ScienceDirect. I bilaga 1 presenteras datasökningen för bakgrundsmaterialet. Cais artikel (2016) var en rekommendation från ScienceDirect. Tre stycken artiklar hittades genom kedjesökning eller en så kallad snöbollsteknik: Schim et al. (2007), Brämberg & Nyström (2010) och Malin & Gissler (2009).

I bakgrunden användes högst tio år gamla artiklar, för utom Campinha-Bacote (2003) som kom upp som en källa i teoretiska referensramen och Leiningers bok (2002) som handlade om Leiningers teori om transkulturell vård. Sökord som användes var *transcultural care*, *intercultural nursing*, *maternity care*, *cultural competence*, *cultural sensitivity*, *obstetric nurses* och *maternity* (bilaga 1).

Inklusionskriterier för materialet var följande:

- publicerade 2009-2019
- full text
- peer reviewed
- artiklar som var gjorda om trans-/interkulturell vård, kulturell kompetens eller deras teorier, både allmänt och inom mödravård

Exklusionskriterier:

- äldre än 2009
- icke full text
- icke expertgranskade

6.1.2 Datainsamling för analys

För att komma åt den nyaste forskningen inom kulturell kompetens i mödravården användes i analysen enbart artiklar som var publicerade efter 2012. Sökord som användes var *transcultural care*, *maternity care*, *prenatal care*, *cultural competence*, *cultural sensitivity*, *midwife*, *immigrant*, *experience*, *maternity* och *interventions* (bilaga 2).

Inklusionskriterier för materialet var följande:

- publicerade 2012-2019

- full text
- peer reviewed
- artiklar som handlade om trans-/interkulturell vård eller kulturell kompetens enbart inom mödravård och som hade patient-, vårdar- eller interventionsperspektiv

Exklusionskriterier:

- äldre än 2012
- icke full text
- icke expertgranskade
- forskning som koncentrerade sig enbart till ett mycket specifikt ämne inom mödravård, så som t.ex. FMG eller mental hälsa
- forskning som var begränsade till en mycket specifik patientgrupp i ett visst land som hade ingen relevans till den finska mödravården (t.ex. arabminoritetens upplevelser om mödravård i Mali)

Även om jag exkluderade från detta arbetet de forskning som begränsade sig enbart till en specifik invandrargrupp tog jag med tre artiklar i analysen varav två handlade om somaliska kvinnor och en enbart om muslimer. Orsaken till detta var att somalier utgör den fjärde största invandrargruppen i Finland (Statistikcentralen 2017), de är ofta mångfödare och därför använder mödravårdstjänster i större utsträckning. Somalierna skiljer sig från majoritetsbefolkningen både p.g.a. sin hudfärg och klädsel och är därför mera i riskzonen att bli fördomsfullt bemötta. Muslimer blir ofta dragna över samma kam och många människor har fördomar mot islam också p.g.a medias påverkan (European Islamophobia Report 2016).

6.2 Presentation av material

I detta examensarbete har jag analyserat 10 vetenskapliga artiklar som handlar om interkulturell vård inom mödravård. Undersökningarna kommer från olika länder inom Europa och Nordamerika. Presentation av material hittas också i bilaga 3.

Akhavan, S., *Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study*

Undersökningens syfte var att se vad påverkar ojämlikheten i hälsa hos invandrare och den baserade sig på semistrukturerade intervjuer med 10 barnmorskor i Sverige. Akhavan kom fram till att kommunikation har en betydande roll i interkulturella vårdssituationer och kan påverka ojämlikhet som beror på etniska och kulturella skillnader. Barnmorskorna konstaterade att de behövde mera tid för interkulturella bemötanden jämfört med den tilldelade tiden för att skapa tillit med patienten. Barnmorskorna antog att invandrarkvinnor inte fick samma vård som svenska kvinnor på grund av t.ex. språkhinder, ignorans eller fördomar. En del av barnmorskorna såg invandrare som en homogen grupp och som tillhörde "de andra" medan de andra barnmorskorna behandlade invandraren som en individ. Även om barnmorskornas kunskap i transkulturell vård var begränsad och de kände inte till konceptet hade de en kulturellt sensitiv inställning p.g.a. deras arbetserfarenhet och äkta intresse. De intervjuade barnmorskorna önskade kontinuerligt utbildning i transkulturell vård samt övning i kulturell sensitivitet och en förståelse av eurocentriska attityder. Alla tyckte också att det behövdes mer kulturell diversitet bland vårdpersonalen och att hälsovårdstjänsterna borde mera ta hänsyn till människor från olika kulturer. Alla intervjuade barnmorskor var emot invandrarinriktade etniska hälsovårdstjänster.

da Conceição F. Santiago et al., *Immigrant Woman's Perspective on Prenatal and Postpartum Care: Systematic review*

Undersökningen handlade om invandrarkvinnors perspektiv om prenatal och postpartum hälsovård i värdlandet. Invandrarkvinnorna lyfte fram följande huvudfaktorer som påverkade deras hälsobeteende: språkhinder, anpassning till det nya landet, medvetenhet om viktigheten av prenatal vård, ensamhet, hälsovårdstjänsternas tillgänglighet samt vårdpersonalens brist av information och respekt mot invandrarkvinnornas kulturella vanor och traditioner. Muslim- och latinamerikanska kvinnor tyckte att vårdpersonalens attityder och beteenden hade den största inverkan på deras nöjdhet och villighet att fortsätta med prenatal vård. Motstridigheten mellan traditionerna och vårdpersonalens rekommendationer ledde till missnöje med postpartum vård. Undersökningen identifierade luckor i interkulturella relationer som berodde både på brist av kulturell kompetens och brist av respekt mot andras kulturella identiteter. Enligt undersökningen

borde hälsovårdsorganisationer stöda kulturskillnader och kommunikation - vilka har en stor påverkan på hälsoresultat och hälsorisker - mellan vårdpersonal och invandrarkvinnor, både i prenatal och postpartum vård.

Degni et al., *Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women*

Artikeln handlade om en finsk fokusgruppundersökning som intervjuade kvinnor födda i Somalia och deras erfarenheter inom reproduktiv- och mödravård samt deras uppfattningar av vårdpersonalens kulturella kompetens och kommunikation. Kvinnorna var nöjda med den reproduktiva vården och mödravården men många tyckte att vårdpersonalens attityder var ovänliga och kommunikationen dålig. Språket orsakade missförstånd mellan kvinnorna och vårdpersonalen men en stor del berodde också på kulturella skillnader. Kvinnorna önskade att vårdpersonalen hade mer kunskap och utbildning i olika kulturer och att vårdpersonalen inte skulle se patienter från andra kulturer som mindervärdiga. En av respondenterna tyckte lärande borde vara ömsesidigt: den finska vårdpersonalen och somalier borde lära sig av varandras positiva kulturella vanor och traditioner, och att ignorans, rädslor och negativa uppfattningar existerar hos båda grupperna. Enligt undersökningen berodde vårdpersonalens attityder i stor del av brist på kunskap av den somaliska kulturen och brist av utbildade medicinska tolkar.

Henderson et al., *Experiencing maternity care: the care received and perceptions of women from different ethnic groups*

Forskningen hade som syfte att undersöka användning och uppfattningarna av mödravård hos kvinnor från etniska minoriteter jämfört med vithyade kvinnor. Hinder för användning av mödravård innehöll språk, brist av tolkar, stödpersoner och kulturella attityder mot manliga vårdare. Stereotypisering och rasism kom också fram tydligt i några vårdares attityder. Det kom fram att vårdarens ohjälpsamma och fördomsfulla attityder kan leda till kvinnornas ovillighet att söka vård i tid. För vårdaren kunde det vara frustrerande att vårda en person som inte pratar samma språk och som har en annan kulturell förväntning. Utbildning av vårdpersonal i kulturell sensitivitet och användning av stödpersoner betonades. Som resultat lyfte undersökningen fram viktigheten för vårdpersonalen att identifiera diversiteten inom olika kulturer, erkänna olikheter i

kvinnornas kulturella och religiösa uppfattningar, ekonomiska bakgrund samt omständigheterna kring invandringen. I artikeln nämndes det att vårdpersonalen kanske hade för stora förväntningar angående kvinnornas samt deras familjers anpassning till den dominerande kulturen, istället för att mödravården skulle vara mottaglig och sensitiv för den multikulturella populationens behov. Även om flertals policydokument och initiativ hade gjorts för att förbättra minoritetkvinnors förlossningserfarenheter väckte studiens resultat fortfarande oro.

Higginbottom et al., *Migration and Maternity: Insights of Context, Health Policy, and Research Evidence on Experiences and Outcomes From a Three Country Preliminary Study Across Germany, Canada, and the United Kingdom*

Forskningen var en internationell studie av invandrarkvinnors moderskapsfarenheter och hälsoresultat i tre olika länder. Mycket litet uppmärksamhet har riktats till mödravårdsbehov hos invandrarkvinnor i Tyskland jämfört med Kanada och England. Även om Kanada och England var mer medvetna om och hade satsat mera på interkulturell mödravård kom det tydligt fram att i alla tre länder underminerades invandrarkvinnors erfarenheter och hälsoresultat i själva uppbyggnaden av hälsovårdstjänsterna. I alla tre länder bidrog brist på vetenskaplig evidens till otillräckliga reaktioner på invandrarkvinnornas behov. Forskarna identifierade några viktiga likheter i de tre länderna. Trots att positiva policy utlåtanden existerade betonade man ofta kulturskillnader, stereotypiserade invandrargrupper utan att se den viktiga heterogeniteten inom och mellan grupperna och misslyckades med att ta itu med strukturella nackdelar. Studien kom också fram till att i varje av de tre länderna fanns betydande oro för att hälsan hos invandrare med en "osäker" status är systematiskt underminerad.

Hill et al., *Somali Immigrant Women's Health Care Experiences and Beliefs Regarding Pregnancy and Birth in the United States*

Studiens syfte var att beskriva somaliska invandrarkvinnors hälsovårdserfarenheter och trosuppfattningar som gällde graviditet och förlossning. Sex olika teman kom fram: graviditet som en naturlig erfarenhet för kvinnor, värde och relevans av prenatal vård, brist av kontroll och bekantskap av förlossning i USA, balansering mellan önskan att amma och med praktiska bekymmer och hinder, obehag för frågor om psykisk hälsa och

utmaningar i hälsovårdssystemet. Det kom också fram att somaliska invandrarkvinnor uppfattade, tolkade och reagerade på den västerländska hälsovården med ett kulturellt, religiöst och ”vetenskapligt” perspektiv.

Mohamed Hassan et al., *Exploring English speaking Muslim women's first-time maternity experiences: a qualitative longitudinal interview study*

Studien undersökte muslimska kvinnors upplevda behov och faktorer som påverkade deras hälsobeslut i kontakt med mödravården i nordvästra England. För studien intervjuades engelskspråkiga förstföderskor som var muslimer. Kvinnorna associerade den största delen av sin moderskapsupplevelse med sina religiösa trosuppfattningar. Teman som kom fram i studien var: (a) ett spirituellt perspektiv; (b) uttryck av religiösa krav; (c) upplevelser av hälsovårdspersonalen. Religiösa värderingar och vanor var en positiv resurs för kvinnor under deras graviditet och förlossning. I studien diskuterades hur vårdpersonalen förhöll sig till kvinnornas behov samt den västerländska medias negativa presentation av muslimer och dess betydelse för kvinnorna. Brist på medvetande om religiösa värderingar hos vårdpersonalen kunde förhindra kvinnorna att få optimalt vård. Enligt studien kunde vårdpersonalens utbildning i muslimska kvinnors världsåskådning förbättra kvaliteten av mödravård.

Pangas et al., *Refugee women's experiences negotiating motherhood and maternity care in a new country: A meta-ethnographic review*

Undersökningen handlade om flyktingkvinnors erfarenheter i att klara av moderskap och mödravård i det nya landet samt att identifiera flyktingkvinnors specialbehov i mödravården i höginkomstländer. I studien pratades det om ”livet mellan två kulturer” och kvinnornas erfarenheter av att leva ”mellan kulturer”, d.v.s. hur kvinnorna strävade efter att behålla den egna starka kulturidentiteten och samtidigt anpassa sig till det nya landet. Känslan av liminalitet var närvarande hos flyktingkvinnor som sökte sig till mödravården och den påverkade känslor av samhörighet samt förbindelse till tjänster och samhället. Erfarenheten var ofta utmanande för kvinnor just då de omformulerade sin identitet som både medborgare och mammor. Känslan av liminalitet kunde bli bestående p.g.a. sociala faktorer och ojämlikheter i hälsovården. Bland annat kommunikationsproblem och kulturella faktorer förhindrade kvinnan att få tillgänglig,

jämlik och meningsfull vård. Kontinuitet, kulturellt förenlig vård och hälsovårdsrelationer spelade en viktig roll i kvinnors positiva erfarenheter.

Peters et al., *Satisfaction with obstetric care in a population of low-educated native Dutch and nonwestern minority women. Focus group research*

Studien ville få en djupare förståelse för erfarenheter och tillfredsställelse med mödravården hos de lägreutbildade infödda holländska kvinnor och icke-västerländska minoritetskvinnor. Undersökningen baserade sig på 20 fokusgruppsessioner med 106 kvinnor av vilka 85% hade en icke-västerländsk bakgrund. Respondenterna var för det mesta nöjda med den antenatala vården men mindre nöjda med förlossningsvården och postpartum vården. Det kom fram att den nederländska obstetriska hälsovårdssystemet inte kunde uppfylla de icke-västerländska och lägreutbildade kvinnornas behov, även om de infödda holländska kvinnorna var mer nöjda med vården än de icke-västerländska. Kvinnorna var minst positiva med följande teman: kvinnans autonomi, kommunikation, värdighet och omedelbar uppmärksamhet.

Sami et al., *Giving birth in Switzerland: a qualitative study exploring migrant women's experiences during pregnancy and childbirth in Geneva and Zurich using focus groups*

Undersökningen handlade om invandrarkvinnors positiva och negativa erfarenheter av mödravården i Genève och Zürich. Den ville upplysa om mödravårdens potentiella hinder i relation till kvinnor med invandrarbakgrund. Respondenterna var mest nöjda med lätt tillgänglig mödravård, speciellt i nödsituationer, och att det fanns mödravård också för papperslösa kvinnor. De negativa erfarenheterna indelades in i personliga eller strukturella hinder. De största hinderna på den personliga nivån var brist på stödnätverk och brist på hälsolitteracitet. På den strukturella nivån var de huvudsakliga hinderna språksvårigheter och brist på information. Forskarna kom fram till att det behövs strukturella förändringar för att kunna möta den mycket diversa populationens behov. De tog fram fyra behov: (a) tillgänglig information på flera språk; (b) tillgång till utbildade tolkar; (c) utbildade vårdare eller stödpersoner som kan vägleda invandrare i hälsovårdssystemet och (d) utbildningsprogram i kulturell kompetens för vårdpersonalen.

6.3 Metod för bearbetning av data

Innehållsanalys kan användas för att analysera data systematiskt och objektivt. Det är ett sätt att ordna, beskriva och kvantifiera fenomenet som forskas i. Med innehållsanalysen strävar man efter att få en bild av fenomenet i en koncis och generell form. Analysen kan göras antingen induktivt eller deduktivt. (Kygäs & Vanhanen 1999) Enligt Pope et al. försöker en kvalitativ analys bevara textformen av insamlad data och skapa analytiska kategorier och förklaringar. Detta kan kallas till kodning. Då tillvägagångssättet är deduktivt kan man använda den teoretiska referensramen som bakgrund i början av analysen som ett sätt att närma sig materialet. Sökningen av kategorier och teman från texten är systematiskt och noggrant. De hittade kategorierna och teman samlas ihop, jämförs och återanalyseras för att skapa hypoteser och teoretiska förklaringar. (Pope et al. 2002)

Under analysprocessen har jag använt mig av kodning med den teoretiska referensramen som bakgrund för att få svar på mina två forskningsfrågor. För att få svar på den första frågan *Hur syns den kulturella kompetensen eller den eventuella bristen på kulturell kompetens inom mödravården?* har jag markerat ord och meningar som tyder på antingen närvaro eller brist på vårdpersonalens kulturella kompetens för att se hur ofta de förekommer i artiklarna (brister se fig. 3). Efter det har jag grupperat de teman som hör ihop och skapat kategorier. Eftersom brister på vårdpersonalens kulturella kompetens är mer dominerande i de analyserade artiklarna och närvaro av kulturell kompetens inte kan ses så mycket kommer resultatet att fokusera mer på bristerna. För att få reda på forskningsfrågan *Hurudan kulturell kompetens förväntas vårdpersonalen inom mödravården ha?* har jag lyft fram patienternas, vårdarnas eller forskarnas förväntningar och förslag ur artiklarna.

7 ETISK REFLEKTION

Detta examensarbete tillämpar anvisningarna om Forskningsetiska delegationens (TENK) och Arcadas god vetenskaplig praxis (TENK 2012, Arcada 2014) och har som en ledstjärna att vara etiskt godtagbar och tillförlitlig. Detta innebär att jag har använt etiskt hållbara metoder i dataansaffnings-, undersöknings- och bedömningsprocesserna

och att dessa metoder är förenliga med kriterierna för vetenskaplig forskning. Dokumentering och presentation av data och resultat, samt hänvisningar till andra forskares arbeten följer hederlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet.

Detta examensarbete handlar om känsliga ämnen så som medvetna eller omedvetna fördomar och kränkningar, ojämlikhet och rasism. Mödravård rör sig i det allra intimaste området hos kvinnan: sexualitet, sexualhälsa, liv och död. Värdighet och respekt har varit de underliggande etiska förhållningsätt som har styrt detta arbete och det är skrivet med stor omsorg för att inte kränka endera mödravårdsklienter eller vårdare. Med detta arbete vill jag inte kritisera enskilda individer eller mödravården i sig utan försöka få en förbättring till stånd.

8 RESULTAT

Resultatet presenteras enligt forskningsfrågorna i tre huvudkategorier: *närvaro* och *brist* samt *förväntningar på kulturell kompetens*. I underkategorierna presenteras resultaten mer detaljerat.

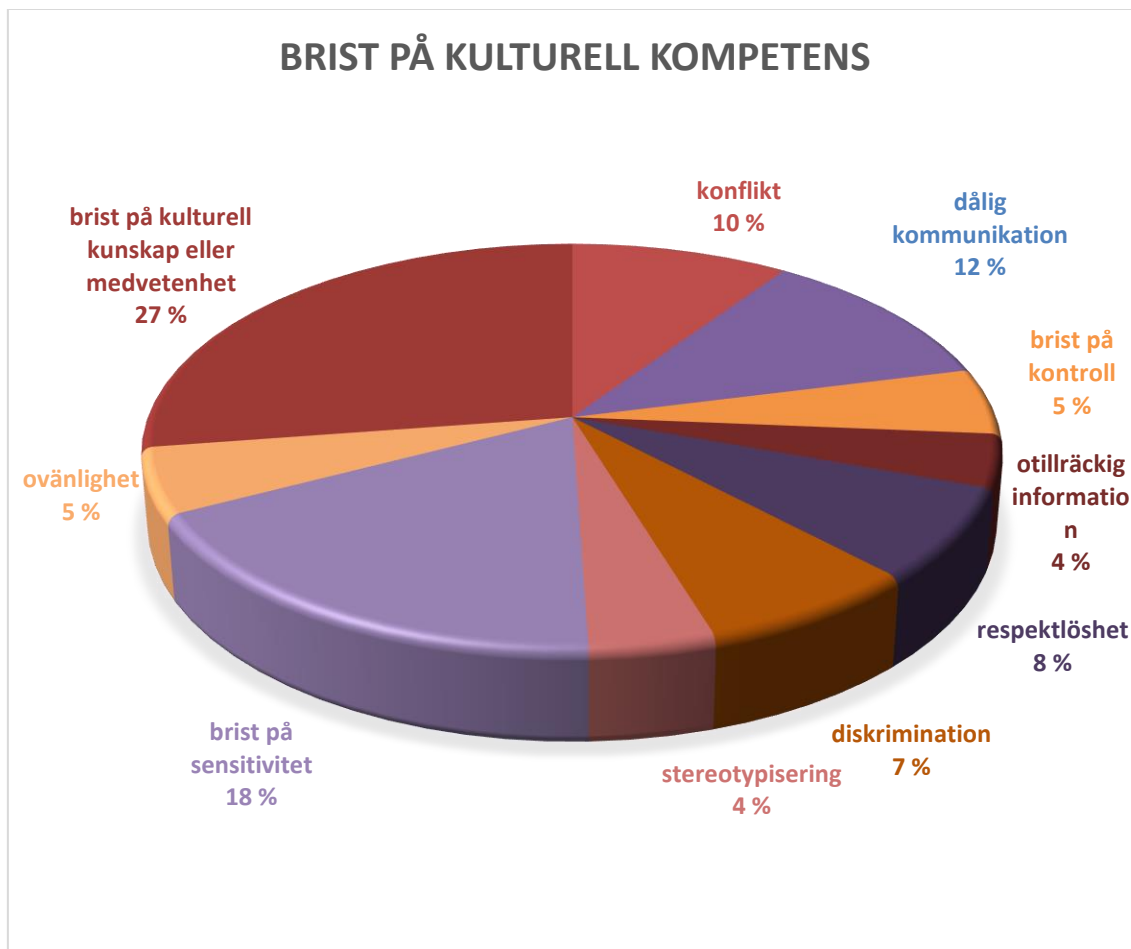
Under kapiteln *Brist på kulturell kompetens*, som är den största kategorin, finns en sammanfattning av resultatet. Eftersom de andra två kategorierna innehåller en mycket mindre mängd av information har jag valt att inte sammanfatta dem.

8.1 Brist på kulturell kompetens

Brist på kulturell kompetens kom fram i direkt kritik som t.ex. i Degni et al. (2014) intervjustudie där en 24 årig sjukvårdare av somaliskt ursprung kommenterade att ”*Det finska hälsovårdssystemet är bra men oerfaren i att ge kulturellt kompetent vård åt invandrarkvinnor...*” Da Conceição & Figueiredo (2013) nämner ofta förekommande brister på kulturell kompetens och Peters et al. (2019) berättar att hälsovårdssystemet i Nederländerna är inte tillräckligt kapabelt att ge kulturellt kompetent vård.

Brister i kulturell kompetens kunde också förekomma på andra sätt (fig. 3). Det största problemet som kom fram var brist på vårdpersonalens kulturella kunskap eller

medvetenhet. De andra stora teman var brist på vårdpersonalens sensitivitet och otillräcklig eller dålig kommunikation.



Figur 3. Tecken på brist på kulturell kompetens i de analyserade artiklarna

För att få en klarare bild på problemområden kombinerades teman i tre huvudkategorier: kulturell medvetenhet, kommunikation och attityder som presenteras noggrannare nedan.

8.1.1 Brist på kulturell medvetenhet

Brist på kulturell medvetenhet, kulturell sensitivitet och kulturell kunskap var de största teman som kom fram i artiklarna. Patienterna kritiserade mödravården för att den inte tillgodosåg deras kulturella och religiösa övertygelser (Pangas et al. 2018) och för att vårdpersonalen inte kände till, förstod eller tog på allvar olikheter av

invandrapatienternas kulturella vanor, specialbehov, preferenser och förväntningar (da Conceição & Figueiredo 2013, Higginbottom et al. 2013, Hill et al. 2012, Mohamed Hassan et al. 2019, Pangas et al. 2018, Peters et al. 2019). Då vårdpersonalen inte förstår patienternas behov kan de inte heller ta itu med dem eller förbättra vården av invandrarkvinnor (Hill et al. 2012, Mohamed Hassan et al. 2019). Detta berövar patienternas möjligheter att utföra viktiga kulturella traditioner och förstärker distansen mellan patienten och vårdpersonalen samt förstärker patienternas känslor av marginalisering (Pangas et al. 2018). Enligt Pangas et al. bidrar detta också till icke-informerade beslutsfattande, känslor av maktlöshet och återtraumatisering.

Stereotypisering och brist på kulturell sensitivitet kunde också ses i undersökningarna (da Conceição & Figueiredo 2013, Degni et al. 2014, Henderson et al. 2013, Higginbottom et al. 2013, Mohamed Hassan et al. 2019, Pangas et al. 2018). En respondent i Degni et al. (2014) forskning berättare hur hon kände sig förödmjukad: *”Jag kommer ännu ihåg då jag skulle åka hem från sjukhus efter min femte förlossning och två vårdare kom till mig och sa ’hejdå, vi ses igen nästa år’. Deras reaktion orsakade svåra skamkänslor och jag kände mig generad så jag bestämde mig att aldrig se dem igen.”*

Det kom fram att vårdpersonalen kunde ha felaktiga kulturella antaganden och speciellt muslimska kvinnor var oroliga för vårdarnas negativa syn på dem och islam, vilket minskade kvinnornas tilltro att diskutera religiösa värderingar och vanor med vårdpersonalen. Kvinnorna kände att de varje måste gång förklara sig, de skämdes då de önskade t.ex. kvinnliga läkare och var rädda att vårdpersonalen skulle tycka att de var petiga. Några kvinnor tyckte att det var lättare att gömma sin religion. Sahar, en respondent som intervjuades av Mohamed Hassan et al. fick en komplimang av sin barnmorska för att hon såg *”snygg ut, som en moderniserad muslim”*. Barnmorskan hade berättat åt Sahar att *”Vi hade en kvinna som använde slöja. Jag tycker inte om dem, slöjan som täcker ansiktet skrämmer mig.”* Barnmorskan hade beskrivit kvinnan som en sårbar liten ihopkrupen kvinna. *”Det irriterade mig för att före hade jag trott att hon [barnmorskan] var genuin.”* (Mohamed Hassan et al. 2019)

Higginbottom et al. (2013) nämnde en kanadensisk enkätstudie av Chalmers & Hashi (2000) med 432 kvinnliga deltagare från somalisk bakgrund. Alla av kvinnorna var könsstympade. Det kom fram att över 50% hade förlöst med kejsarsnitt även om de hade varit emot det. Kvinnorna berättade att de inte togs med i beslutsfattandet och vården diskuterades inte med dem. Det som var märkvärdigt var att 75% av respondenterna berättade om läkarnas förvåning och 55% om läkarnas avsky över kvinnornas situation. 87% av respondenterna hade hört smärtsamma kommentarer från vårdpersonalen. Många kvinnor hade upplevt hårdhänt beröring och deras intimitet respekterades inte under vårdprocedurerna. Brist på kulturell sensitivitet kom fram från vårdarnas beskrivningar. 85% av vårdarna tyckte att kvinnorna var ”lata” och 80% ansåg att kvinnorna inte ville samarbeta med vårdpersonalen. Kvinnorna kunde ofta inte följa traditionen var de har kvinnliga stödpersoner med under förlossningen och många kvinnor kände att de tvingades ha sina makar närvarande. (Higginbottom et al. 2013)

Pangas et al. (2018) påstår att den dominanta vårdkulturen kan bestämma kulturella normer för graviditet och moderskap och Higginbottom et al. (2013) pratar om etnocentriska och förtryckande vårdkulturer. Henderson et al. (2013) påstår att det finns bevis på föreställningar hos några vårdare att om kvinnor från etniska minoriteter betedde sig mera som vithyade kvinnor skulle hälsobrister hos minoriteter försvinna.

8.1.2 Otillräcklig eller dålig kommunikation

Problem med kommunikation i interkulturell vård var en av de största orsakerna till att patienterna var missnöjda. Bristfällig eller avsaknad av information kunde ses i över hälften av de analyserade artiklarna. Många patienter hade dålig hälsolitteracitet vilket påverkade deras förmåga att ta emot och förstå given information (Sami et al. 2019). Patienterna kunde missförstå den information de fick (da Conceição & Figueiredo 2013, Sami et al. 2009) vilket Sami et al. beskrev vara ett viktig hinder i patientens användning av hälsotjänster och kunde orsaka misstro mot vårdprocedurer (Sami et al. 2019). Enligt en respondent från Eritrea ”... *Det kan hända att när läkaren sätter in instrument i en för att kolla på babyn skadar hon fostret i misstag som i sin tur kan leda till missfall...*” (Sami et al. 2019). Flera artiklar påpekade att patienterna inte fick tillräckligt med information (da Conceição & Figueiredo 2013, Peters et al. 2019, Sami

et al. 2019) vilket kunde orsaka att patienten sökte information från t.ex. vänner och grannar (da Conceição & Figueiredo 2013). Mohamed Hassan et al. (2019) berättade att muslimska kvinnorna förväntade sig att vårdpersonalen var medveten om muslimers kostbegränsningar och skulle informera dem ifall vissa mediciner stod i konflikt med deras religiösa regler. Flera kvinnor från Pakistan och Bangladesh var missnöjda med postnatal vården för att de inte hade fått tillräckligt med information om emotionella förändringar efter förlossning (Henderson et al. 2013). Dålig tillgång till information, oförståeligt material (Higginbottom et al. 2013, Peters et al. 2019, Sami et al. 2019) eller avsaknad av information som specifikt gäller kvinnor med invandrarbakgrund rapporterades orsaka problem (Peters et al. 2019). Informationen kunde vara inkonsekvent och den kunde innehålla medicinsk terminologi samt broshyrer och websidor var för komplicerade. Bristfällig information hindrade patienten att fatta informativa beslut (Peters et al. 2019) som kom fram i Sami et al. (2019) studie var en mamma från Brasilien förklarade att hon hade tackat nej till fosterscreening: *”Hon [läkaren] berättade inte hur testet skulle göras och jag trodde att det var med en nål, därför sa jag nej och frågade om det kunde göras senare.”* (Sami et al. 2019)

Information kunde också orsaka konflikter mellan vårdkulturen och patientens egen kultur. Patienten erbjöds ofta vård som stod i kontrast med hennes kulturella trosvärderingar eller hennes kulturella uppfattningar om moderskap. Även om patienten uppskattade den moderna biomedicinska vården kände hon att hennes tankar om moderskap blev undervärderade och ifrågasatta. Patienten bedömde den givna informationen genom hennes egen kultur och tog emot det som hon ansåg vara nyttigt. (Pangas et al. 2018) Många patienter vägrade vårdprocedurer p.g.a. känslan av konflikt (da Conceição & Figueiredo 2013, Mohamed Hassan et al. 2019, Pangas et al. 2018, Sami et al. 2019) eller valde att inte alls engagera sig med hälsovårdstjänsterna (Pangas et al. 2018).

Problem med kommunikation kunde manifesteras sig också i form av missförstånd eller brist på förståelse. Patienten var inte säker på att hon blev förstådd eller vårdpersonalen antog att patienten hade förstått (Pangas et al. 2018). Respondenter i Peters et al. (2019) undersökning kritiserade vårdpersonalens förmåga att lyssna, ”kommunikationsmottaglighet”, brist på transparent interaktion och verbala

förklarings obegriplighet. Kommunikationsproblem kunde orsaka negativa uppfattningar om vårdpersonalen hos patienterna (Degni et al. 2014) och bidrog till rädslor och ångest hos patienten samt resulterade i feldiagnostisering eller onödiga vårdbegrepp (Pangas et al. 2018). Både Henderson et al. (2013) och Peters et al. (2018) rapporterade att patienter med invandrabakgrund hade mer negativ uppfattning om kommunikation med vårdpersonalen jämfört med de vithyade patienterna. Vårdpersonalens kommunikationsfärdigheter var inte kulturellt anpassade enligt Peters et al. (2018).

8.1.3 Kränkande attityder

Vårdpersonalens attityder hade en stor betydelse för patienterna. Patienterna beskrev ovänligt bemötande (Degni et al. 2014, Henderson et al. 2013, Pangas et al. 2018), olämpliga kommentarer från vårdpersonalen (da Conceição & Figueiredo 2013) och vårdare som var irriterade p.g.a. icke önskvärt beteende av den gravida kvinnan eller hennes släktingar (Peters et al. 2019). Patienterna kände sig marginaliserade och deras kulturella trosuppfattningar blev föraktade (Pangas et al. 2018) eller deras behov togs inte på allvar (Peters et al. 2019). Vårdpersonalens attityder gentemot patientens traditioner kunde vara allt från mottaglig till icke sensitiv och hånfull (Henderson et al. 2013). Upplevelser av diskrimination och rasism nämndes i flera undersökningar (da Conceição & Figueiredo 2013, Henderson et al. 2013, Mohamed Hassan et al. 2019). Könstympade kvinnor som intervjuades i Degni et al. (2014) undersökning tyckte att vårdpersonalens attityder gentemot dem var olämpliga. Da Conceição & Figueiredo (2013) såg i sin undersökning att vårdpersonalen respekterade inte alltid patientens kulturella identitet, vanor och traditioner. Respektlöshet, både verbalt och icke-verbalt, upplevdes speciellt under förlossning. Patientens värdighet och intimitet respekterades inte och vårdpersonalen visade brist på respekt på kvinnans sätt att uttrycka smärta. (Peters et al. 2019)

8.1.4 Sammanfattning

I de analyserade artiklarna kunde man se att det fortfarande finns brister i kulturell kompetens även om man är mer medveten om dess viktighet. Brister förekom i olika

former, vilka ses i fig. 3. Det största problemet var att vårdpersonalen inte var kulturellt medveten eller sensitiv och inte hade tillräckligt med kulturell kunskap. Otillräcklig eller dålig kommunikation kunde också ses som ett stort problem. Invandrarkvinnorna kände att de inte fick tillräckligt med information. De hade även problem att hitta eller förstå viktig information samt problem med att navigera inom hälsovårdstjänsterna. Information eller rekommendationer från vårdpersonalen kunde också strida emot kvinnornas traditioner eller trosuppfattningar. Kvinnor kunde också missförstå vårdåtgärder p.g.a. bristfällig information. Allt detta kunde resultera i att kvinnorna inte litade på vården eller att de ej längre kom till mottagningen. Vårdpersonalens attityder kunde vara kränkande. Kvinnorna upplevde ovänligt bemötande, rasism, diskrimination, stereotypisering och respektlöshet. Kränkande attityder ledde till att tillit för vårdpersonalen inte skapades och kvinnorna var inte lika mottagliga för vården.

8.2 Närvaro av kulturell kompetens

Kulturell kompetens förekom i artiklarna på olika sätt. Tillit mellan patienten och vårdaren (Akhavan 2012, Henderson et al. 2013, Hill et al. 2012), att patienten blev hörd (Akhavan 2012, Hill et al. 2012, Degni et al. 2014), respekterad (Akhavan 2012, Degni et al. 2014, Hill et al. 2012, Pangas et al. 2018) och bemött på ett kulturellt sensitivt sätt (Akhavan 2012, da Conceição & Figueiredo 2013, Degni et al. 2014, Higginbottom et al. 2013, Pangas et al. 2018) var tecken på lyckade och kulturellt kompetenta bemötanden. När patienten fick kulturellt lämpligt vård kände patienten sig respekterad och litade på vårdpersonalen. Detta befrämjade bättre hälsoreultat för patienter som var mer mottagliga till nya kulturella koncept. (Pangas et al. 2018)

Kulturell kompetens kunde också ses på en organisatorisk eller samhällsnivå. Enligt Higginbottom et al. hade England börjat utvärdera de utsatta och mindre gynnade kvinnornas samt familjernas hälsobehov för att bättre förstå problemområden i hälsovårdsservicen. Kvinnor konsulteras både på en individuell nivå och en kollektivnivå för att hälsovårdstjänsterna kunde förstärka relationerna med de diversa samhällsgrupperna och för att bättre möta deras behov. I England finns det specialkliniker för könsstympade kvinnor och flera ställen hade anställt barnmorskor

som är specialiserade i att vårda invandrarkvinnor och -familjer. (Higginbottom et al. 2013)

I Akhavans forskning kom det fram att barnmorskorna förstod kulturella kompetensens betydelse och ville utveckla sina kunskaper för att kunna ge bättre vård åt invandrarkvinnor, även om själva konceptet transkulturell vård var främmande och de hade lite olika uppfattningar om vad det betydde. En barnmorska tänkte att *”man kan inte lära sig av alla kulturer... övning i kulturell sensitivitet betyder att lära sig att acceptera, respektera och att vara entusiastisk och öppen”* och en annan tyckte att kulturell vård gick ut på att vara observant och fånga det som är annorlunda. Att anpassa sin egen kunskap och sina erfarenheter till olika kulturer, att arbeta utanför ramar och normer nämndes som kulturellt vårdande. En barnmorska berättade att hon *”försöker se och förstå hur kvinnor uttrycker sig ”* och en annan förklarade att *”... vi borde lära oss hur människor från andra kulturer beter sig... samhället måste också ha en förståelse för det. Vi kommer från olika kulturer och det bör respekteras för att alla skall kunna känna sig välkomna”*. Några barnmorskor tyckte att man borde se individen: *”Jag försöker se vem som är framför mig och få en uppfattning om vad hon tänker och hur hon uttrycker sig. Jag är inte programmerad att köra samma program för alla.”* (Akhavan 2012)

8.2.1 Lyckad kommunikation

Kommunikation var mycket viktigt i bemötanden mellan patienter och vårdpersonal. Flera respondenter i Degni et al. (2014) studie som inte kunde alls finska var mycket nöjda med både läkarnas och vårdarnas attityder och beteende mot dem. En respondent betonade att sjukvårdare och barnmorskor lyssnade på henne (Degni et al.). Peters et al. (2019) lyfte upp positiva erfarenheter av klara förklaringar av antenatala undersökningar och att patienterna uppmuntrades och gavs tid att ställa frågor.

Bra kommunikation kunde bero på kontinuitet och kontakt med vårdpersonalen vilket befrämjade tillit och gjorde att patienterna avslöjade mer sannolikt känsligt information åt vårdpersonalen samt var mer mottagliga för olika vårdmodeller. Då patienterna kände sig respekterade och hade en etablerad relation med vårdpersonalen ställde de fler

frågor, kom till mottagningar och rekommenderade vårdtjänsterna åt andra. (Pangas et al. 2018)

Både i Hill et al. (2012) och Pangas et al. (2018) studier kom det fram att patienterna uppskattade information och ville lära sig, men att det var viktigt att patienterna litade på informationskällan. Enligt Hill et al. (2012) hjälpte medicinsk fakta kvinnorna att förstå motiveringar för interventioner. En respondent i Hill et al. (2012) berättade om sin väninna som ändrade sig efter en diskussion med en läkare som förstod hennes bakgrund: *”Jag hade en väninna som var 2 veckor över den beräknade tiden och vägrade igångsättning ända tills en muslimsk läkare kom och hade en lång diskussion med henne. Han sa att ’du vet när det händer där hemma dör barnet i den här åldern’... eftersom det är vetenskap och det är sant. Även Koranen säger det.”*

8.3 Förväntningar på kulturell kompetens

Förväntningar i artiklarna uttrycktes av patienter, vårdpersonal och forskare och de inriktades till både mikronivån dvs. individuell nivå och makronivån dvs. organisatorisk nivå. Da Conceição & Figueiredo (2013) hämtar fram båda nivåerna i sin undersökning och säger att den mångkulturella hälsoorganisationen borde uppmåna kulturella skillnader och kommunikation mellan vårdpersonalen och invandrarkvinnor samt att vårdpersonalen borde förstå patienternas trosuppfattningar, kulturella vanor och traditioner. Mohamed Hassan et al. går djupt in i detta och säger att kultur, religion och trosuppfattningar påverkar hur människan ser på världen, hur hon betar sig och reagerar. Dessa faktorer är kraftiga filter genom vilka individen mottar information. Om man förstår dessa faktorer kan man bättre utveckla kulturellt sensitivt mödravårdstjänster. Religionen är en del av det inre livet samt individens sociala beteende. Den ger livet mening och bekräftar livsstilen. Exkludering av den religiösa aspekten kan vara skadligt och omöjligt. Vårdaren borde ha en mer holistisk syn på vården och kunna erkänna att religion och spiritualitet samt hälsa är mycket sammanflätade hos de flesta av människorna. Vården borde vara helhetstäckande och kvinnorna bör kunna känna sig bekväma att diskutera spiritualitet. Kulturell kompetens består inte av att lära sig språk eller tillägna sig patientens kulturella värderingar, utan den består av respekt för olikheter och säkerställning av att vårdprocessen inte blir negativt påverkad av

olikheterna. (Mohamed Hassan et al. 2019) Henderson et al. pratar också om olikheter och diversitet, och att vårdpersonalen borde erkänna dem. Förutom kulturella och religiösa faktorer påverkas individen också av ekonomiska faktorer och historien bakom immigrationen (Henderson et al. 2013, Sami et al. 2019). Många kvinnor har lämnat sitt hemland och familj p.g.a. krig eller konflikter. Kvinnor som har upplevt krig och eventuellt sexuellt våld är i större risk för fysisk och psykisk ohälsa. Hälsovårdspersonalen borde vara medveten om detta, speciellt då man vet att brist av stödnätverk ökar risken för postpartum depression. (Sami et al. 2019)

I de analyserade artiklarna diskuterades också hur invandrarkvinnornas socioekonomiska faktorer samt massmedia och den politiska diskursen påverkar den interkulturella vården (da Conceição & Figueiredo 2013, Higginbottom et al. 2013, Mohamed Hassan et al. 2019, Sami et al. 2019). Higginbottom et al. påstår att den politiska diskursen ofta är vag och öppen för flertal tolkningar och att detta noggrant borde granskas då den påverkar hälsovårdspraxis både på organisatorisk och professionell nivå. Växelverkan mellan den allmänna opinionen, massmedia och regeringens åtgärder måste också tas i beaktande. Invandrargrupper, som lever med en racifierad identitet, påverkas dagligen av samhällsdiskurserna, vilka ofta är vilseledda och underblåsta av massmedia. Diskurserna påverkar också på besluten som regeringen fattar. Välmåendet påverkas även av sociala och ekonomiska hinder. (Higginbottom et al. 2013) Både Higginbottom et al. och Mohamed Hassan et al. hämtar fram hur t.ex. muslimer beskrivs i media. Muslimer beskrivs för det mesta i ett negativt ljus, bla. för att de är farliga för samhället. Speciellt muslimska kvinnor stereotypiseras och anses vara offer. De anses vara förtryckta, bakåtsträvande och passiva. (Higginbottom et al. 2013) De är inte enbart förtryckta utan även förslavade av män och behöver räddas eller emanciperade med våld. Det går inte att förbise påverkan av medias roll och dens negativa bild av islam. Det är därför viktigt att erkänna att kulturen inte kan skiljas från det politisk-ekonomiska klimatet vi lever i då man utvecklar kompetenta vårdmodeller. (Mohamed Hassan et al. 2019)

Forskarna i de analyserade studierna kom med förbättringsförslag på hur vården kunde utvecklas enligt förväntningarna. Barnmorskor i Akhavans studie (2012) önskade mera kunskaper i etniska och eurocentriska attityder: ”*Jag önskar att vi kunde lära oss om*

etnicitet och kultur under vår utbildning... Jag vill lära mig att bemöta kulturellt diversa människor på ett rätt sätt... vi måste förbättra vårt sätt av kommunikation och vår kulturella kompetens” Enligt en av de intervjuade barnmorskorna ”*förändras världen hela tiden och människor flyttar till Sverige på grund av olika orsaker. Barnmorskorna vill hålla på och updatera sina kunskaper av olika kulturer”*. (Akhavan 2012) Hill et al. (2012) föreslår utveckling av kulturspecifika kompetensworkshoppar för hälsovårdspersonalen och Henderson et al. (2013), Peters et al. (2019) och Sami et al. (2019) tycker att det vore viktigt för den obstetriska vårdpersonalen att ha utbildningsprogram i kulturell kompetens, där vårdpersonalen kunde förbättra den tvärkulturella kommunikationen, öka respekt och medvetenheten om invandarkvinnornas uppfattningar om moderskap och hälsovård, samt förebygga diskrimination.

Hill et al. (2012) föreslår att kulturella trosuppfattningar inte behövs ses som ett hinder för anpassning av nya hälsovårdsutmaningar utan att de kan bekvämt användas av patienter i syfte att inkorporera nya hälsoerfarenheter, förutsatt att trosuppfattningarna har blivit accepterade av vårdpersonalen (Hill et al. 2012).

9 DISKUSSION

I bakgrund och tidigare forskning kommer det fram att människor från invandrarbakgrund lider av ojämlikheter i hälsan och av sämre hälsoresultat. Detta bekräftas också i de analyserade artiklarna. Olika problemområden, som diskuteras också i tidigare forskning, kommer tydligt fram i artiklarna samt rekommendationer och förbättringsförslag. Invandrarnas språkkunskaper och hälsolitteracitet påverkar ojämlikheten inom vården, men vårdpersonalens kulturella kompetens och kommunikation betonas också som mycket avgörande. Krav och förväntningar på vårdpersonalens kulturella kunskaper är enliga med både tidigare forskning och den teoretiska referensramen. Alla pusselbitar från Schim et al. (2007) 3D-pusselmodell kan hittas i de analyserade artiklarna. Brist på *kulturell medvetenhet* manifesterar sig i vårdpersonalens stereotypisering av kvinnor från olika kulturer, kulturella antaganden och brist på förståelse av kulturella koncept. Bl.a. ovänligt bemötande, brist på respekt, olämpliga kommentarer är tydliga tecken på bristfällig *kulturell sensitivitet*. *Cultural*

desire – då man vill bli kulturellt mer kunnig, medveten och skicklig – kommer fint fram hos barnmorskorna i Akhavans (2012) artikel. *Kulturell diversitet* presenteras i den teoretiska referensramen som ett ständigt utvecklande dynamiskt koncept; att människan inte enbart är en produkt av sin ras, etnicitet, nationellt ursprung, sexuell läggning, kön, ideologi och generation. Schim et al. (2007) tanke om kulturell diversitet går hand i hand med kulturellt medvetande och gör klart att man bör beakta heterogenitet hos alla människogrupper. Higginbottom et al. (2013) tar också detta fram och kritiserar de undersökta länderna för stereotypisering av invandrargrupper och att de inte ser den viktiga heterogeniteten inom och mellan grupperna. Den teoretiska referensramen definierar *kulturell kompetens* som ett beteende vilket omfattar åtgärder i respons till kulturell diversitet, medvetenhet och sensitivitet. Heizler (2017) beskriver i tidigare forskning kulturell kompetens som en ständig dynamisk process som anpassar sig till förändringar, skaffar kunskap, utvecklar nya färdigheter och har en ökad sensitivitet för andra kulturer. De analyserade artiklarna använder konceptet kulturell kompetens som en helhet som innehåller både vårdarnivån och organisationsnivån.

Båda forskningsfrågorna blir besvarade i detta arbete. I de analyserade artiklarna kan man klart se både existens av kulturell kompetens samt brist på den. Lyckad kulturell kompetens förekommer inte så ofta i undersökningarna och brister blir därför mer dominerande. Kulturell kompetens förväntas både från mödravårdspersonalen och hälsovårdsorganisationerna och ibland är det svårt att separera dem så som t.ex. i Akhavans (2012) forskning där det kommer fram att barnmorskorna önskar mera tid för att ge bra vård åt invandrarkvinnor. De intervjuade barnmorskorna upplever att den otillräckliga tiden de har per patient bidrar till ojämlikheter i hälsovården. Alla artiklar håller med om att det behövs mera utbildning i kulturell kompetens inom mödravården för att förbättra den interkulturella vården och minska på ojämlikheterna.

Hypotesen för detta arbete *att klienter eller patienter med invandrabakgrund får sämre vård jämfört med majoritetsbefolkningen* stöds av både tidigare forskning och de analyserade artiklarna.

9.1 Universella eller invandrarinriktade hälsovårdstjänster

Alkhavan (2012) och Pangas et al. (2018) nämner invandrarinriktad vård. Alkhavan pratar om etniska hälsovårdstjänster och Pangas et al. om specialiserade vårdmodeller. Barnmorskorna i Akhavans undersökning är emot idén om etnisk hälsovård. De anser att den skulle leda till ökad segregation och förstärka fördomar. Barnmorskorna tänker också att etniska vårdtjänster skulle ge sämre vård p.g.a. färre resurser och brist på yrkeskunnig vårdpersonal. Istället föreslår barnmorskorna att mödravårdstjänsterna skulle anställa mera vårdpersonal som har sitt ursprung i andra kulturer. Pangas et al. reflekterar över ”fyrjtjänster” (*beacon services*) eller ”one stop shops” vilka kunde reducera hälsovårdens komplexitet för invandrarkvinnorna och hälsovårdstjänster, socialtjänster, tolkar och stödpersoner kunde vara under samma tak.

Danmark har erfarenheter av både universella och invandrarinriktade mödravårdsmodeller. Villadsen et al. (2019) diskuterar båda modellernas styrkor och svagheter i artikeln *Universal or Targeted Antenatal Care for Immigrant Women? Mapping and Qualitative Analysis of Practices in Denmark*. För att ta itu med de etniska ojämlikheterna hade några mödravårdsavdelningar i Danmark organiserat invandrarinriktade program. I invandrarriktad vård arbetade specialiserade barnmorskor och vården var reserverad för kvinnor från etniska minoriteter. En invandrare definierades som en sårbar kvinna vars föräldrar var födda utomlands. Kvinnor som deltog i invandrarinriktad vård kunde känna att deras behov blev erkända och på detta sätt kunde kommunikationen och patientsäkerheten förbättras. Barnmorskorna hade mer tid att bemöta patienter, tjänsterna var mer flexibla och vårdpersonalen hade bättre tillgång till tolkar. Det diskuterades också att den specialiserade vårdmodellen ökade på barnmorskans sensitivitet och förståelse för kulturella aspekter. Samtidigt kunde den specialicerade vårdmodellen skapa fördomar och stigma hos vårdpersonalen vilket i sin tur kunde leda till diskrimination. (Villadsen et al. 2019) Tanken om fördomar och stigma är enligt barnmorskornas åsikter i Akhavans (2012) studie var de intervjuade barnmorskorna var emot invandrarriktad vård. Sättet hur kvinnor valdes till de invandrarinriktade tjänsterna var kontroversiell: de studerade avdelningarna använde olika kriterier vilket också kunde öka på stigma.

10 KRITISK GRANSKNING

Materialet som har använts i detta examensarbete är mycket enhetligt och resultat eller åsikter som står i konflikt till detta hittas inte. Detta gör att examensarbetet inte kommer upp med ny information men istället förstärker arbetet redan existerande information.

Det var utmanande att begränsa materialet, t.ex. invandrarnas språkkunskap diskuteras inte i examensarbetet. Olika perspektiv, så som vårdar- eller patientperspektivet, går in i varandra och det var därför omöjligt att utelämna någondera från studien. Evaluering av kulturell kompetens väckte tankar om hur brist på kulturell kompetens kan mätas eller ses då den inte konkretiseras som direkt rasism eller dåliga hälsoresultat. Blir den synbar i patientens erfarenheter, upplevelser och känslor vilka kan vara väldigt subjektiva? Eller är vårdarens upplevelse av okunnighet, stress och frustration i bemötandet med invandrare tecken på brist av kulturell kompetens?

Under datasökningsprocessen kom det fram att många studier koncentrerar sig på bristen av kulturell kompetens och hur den påverkar den interkulturella vården samt hälsoresultat. För vidare forskning kunde det vara intressant att skapa en dialog mellan mödravårdstjänster och invandrargrupper och ta med kvinnor från olika invandrabakgrund för att hitta lösningar. Man kunde också forska i hur man kan samarbeta med invandrargrupper i syfte att öka på vårdpersonalens kulturella kompetens.

Kulturell kompetens inom vården går inte att separeras från diskussionerna i samhället. Vi vet betydelsen av kulturell kompetens men även vad brister kan leda till. Trots detta görs det inte tillräckligt för att få en förändring till stånd. Även om detta arbete inte förmedlar nya upptäckter är det en mycket viktig påminnelse om betydelsen av kulturell kompetens och som sådan en diskussionsöppnare.

KÄLLOR

Akhavan, S., 2012, Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study, *International Journal for Equity in Health*, 11 (47), s. 1-10.

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), s. 1-11.

Arcada, 2014, *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. Tillgänglig: https://start.arcada.fi/system/files/media/file/2019-06/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada.pdf

Hämtad: 12.11.2019

Befolkningsförbundet, 2006, *Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma*, Befolkningsförbundet, Helsinki, 62 s.

Brämberg, E. & Nyström, M., 2010, To be an immigrant and a patient in Sweden: A study with an individualised perspective, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5 (3), s. 1-9.

Cai, D-Y., 2016, A concept analysis of cultural competence, *International Journal of Nursing Sciences*, 3, s. 268-273.

Campinha-Bacote, J., 2003, Cultural desire : The key to unlocking cultural competence, *Journal of Nursing Education*, 42 (6), s. 239.

da Conceição F. Santiago & M., Figueiredo, M. H., 2013, Immigrant Woman's Perspective on Prenatal and Postpartum Care: Systematic review, *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17, s. 276-284.

Cropley, A. J., 2019, *Introduction to Qualitative Research Methods*, University of Hamburg.

Tillgänglig:

https://www.researchgate.net/publication/285471178_Introduction_to_Qualitative_Research_Methods

Hämtad: 8.11.2019

Degni, F., Suominen, S., El Ansari, W., Vehviläinen-Julkunen, K., Essen, B., 2014, Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women, *Ethnicity & Health*, 19 (3), s. 348-366.

Degrie, L., Gastmans, C., Mahieu, L., Dierckx de Casterlé, B., Denier, Y., 2017, How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic review of qualitative research, *BMC Medical Ethics*, 18 (2), s. 1-17.

ETENE, *Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa*, 5. kesäseminaari, Helsinki, 17.8.2004, 46 s.

European Islamophobia Report, 2016, *Islamophobia skyrockets in Europe since Charlie Hebdo attack, report says*.

Tillgänglig: <http://www.islamophobiaeurope.com/islamophobia-skyrockets-in-europe-since-charlie-hebdo-attack-report-says/>

Hämtad: 12.11.2019

Finlex, *Jämlikhet*, 11.6.1999/731, 6 §.

Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P6>

Hämtad: 3.10.2019

Hartman, J., 2006, *Vetenskapligt tänkande – Från kunskapsteori till metodteori*, 2 uppl, Pozkal, Poland.

Heitzler, E., 2017, Cultural Competence of Obstetric and Neonatal Nurses, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 46, s. 423–433.

Henderson, J., Gao, H., Redshaw, M., 2013, Experiencing maternity care: the care received and perceptions of women from different ethnic groups, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13 (196), s. 1-14.

Heslehurst, N., Brown, H., Pemu, A., Coleman, H., Rankin, J., 2018, Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews, *BMC Medicine*, 16 (89), s. 1-25.

Higginbottom, G., Reime, B., Bharj, K., Chowbey, P., Ertan, K., Foster-Boucher, C., Friedrich, J., Gerrish, K., 2013, Migration and Maternity: Insights of Context, Health Policy, and Research Evidence on Experiences and Outcomes From a Three Country Preliminary Study Across Germany, Canada, and the United Kingdom, *Health Care for Women International*, 34, s. 936–965.

Hill, N., Hunt, E., Hyrkäs, K., 2012, Somali Immigrant Women's Health Care Experiences and Beliefs Regarding Pregnancy and Birth in the United States, *Journal of Transcultural Nursing*, 23, s. 72-81.

Hsieh, D., (1995). *Definitions of fallacies*.

Tillgänglig: <http://www.philosophyaction.com/academic/fallacies.html>

Hämtad: 21.10.2019

Kyngäs, H. & Vanhanen, L., 1999, Sisällön analyysi, *Hoitotiede*, 11 (1), s. 3-12.

Leininger, M. & McFarland, M., 2002, *Transcultural nursing : concepts, theories, research, and practice*, 3 uppl, McGraw-Hill Education / Medical, New York, 621 s.

Malin, M. & Gissler, M., 2009, Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland, *BMC Public Health*, 9 (84), s. 1-14.

Mohamed Hassan, S., Leavey, C., Rooney, J. S., 2019, Exploring English speaking Muslim women's first-time maternity experiences: a qialitative longitudinal interview study, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19 (156), s. 1-10.

Pangas, J., Ogunsiyi, O., Elmir, R., Raman, S., Liamputtong, P., Burns, E., Dahlen, H., Schmied, V., 2019, Refugee women's experiences negotiating motherhood and maternity care in a new country: A meta-ethnographic review, *International Journal of Nursing Studies*, 90, s. 31–45.

Patel, R. & Davidson, B., 2011. *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*, 4 uppl, Studentlitteratur AB, Lund, 149 s.

Peters, I., Posthumus, A., Steegers, E., Denktaş, S., 2019, Satisfaction with obstetric care in a population of low-educated native Dutch and nonwestern minority women. Focus group research, *PLOS One*, January 31, s. 1-22.

Pope C., van Royen P., Baker R., 2002, Qualitative methods in research on healthcare quality, *BMJ Quality & Safety*, 11, s. 148-152.

Puthussery, S., 2016, Perinatal outcomes among migrant mothers in the United Kingdom: Is it a matter of biology, behaviour, policy, social determinants or access to health care?, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 32, s. 39-49.

Sami, J., Quack Lötscher, K. C., Eperon, I., Gonik, L., Martinez de Tejada, B., Epiney, M., Schmidt, N. C., 2019, Giving birth in Switzerland: a qualitative study exploring migrant women's experiences during pregnancy and childbirth in Geneva and Zurich using focus groups, *Reproductive Health*, 16 (122), s. 1-9.

Schim, S., Doorenbos, A., Benkert, R., Miller, J., 2007, Culturally Congruent Care , Putting the Puzzle Together, *Journal of Transcultural Nursing*, 18 (2).

Statistikcentralen, 2017, Ulkomaalaistaustaiset.

Tillgänglig:

<https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa/ulkomaalaistaustaiset.html>

Hämtad: 12.11.2019

Statistikcentralen, 2018, *Muuttoliike*.

Tillgänglig: <https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/muuttoliike.html>

Hämtad: 3.10.2019

TENK, 2012, God vetenskaplig praxis. Tillgänglig: <https://www.tenk.fi/sv/god-vetenskaplig-praxis>

Hämtad: 12.11.2019

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019, *Lait ja ohjelmat*.

Tillgänglig: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/tavoitteet/lait-ja-ohjelmat>

Hämtad: 9.10.2019

The Royal Literary Fund, 2019, *Literature reviews*.

Tillgänglig: <https://www.rlf.org.uk/resources/what-is-a-literature-review/>

Hämtad: 8.11.2019

UNESCO, 2001, Universal Declaration on Cultural Diversity.

Tillgänglig: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Hämtad: 10.10.2019

Villadsen, S., Jama Ims, H., Andersen, A-M., 2019, Universal or Targeted Antenatal Care for Immigrant Women? Mapping and Qualitative Analysis of Practices in Denmark, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, s. 1-11.

Wikberg, A., 2014, *En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt vårdande – att föda barn i en annan kultur*, Socialvetenskapliga institutionen, Åbo Akademi, Multiprint, Vasa, 206 s.

Wikberg, A. & Bondas, T., 2010, A patient perspective in research on intercultural caring in maternity care: A meta-ethnography, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5 (1), s. 1-15.

Wikberg, A. & Eriksson, K., 2008, Intercultural caring – an abductive model, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22 (3), s. 485–496

BILAGOR

Bilaga 1, databassökning för tidigare forskning

Databassökning för bakgrund, 7 artiklar				
Databas	Sökord	Begränsningar & träffar	Valda artiklar	Godkända artiklar
ScienceDirect	"cultural competence" AND "obstetric nurses"	2012-2019, research articles, 6 träffar	1	1
EBSCO	"intercultural nursing"	full text, peer review, 3 träffar	1	1
Aalto Finna	"cultural sensitivity"AND "maternity care"	2012-2019, full text, peer review, 141 träffar	10	3
Aalto Finna	"transcultural care" AND maternity	2009-2019, full text, peer review, 15 träffar	3	2

Bilaga 2, databassökning för analys

Databassökning för analys, 11 artiklar				
Databas	Sökord	Begränsningar & träffar	Valda artiklar	Godkända artiklar
Aalto Finna	"cultural sensitivity" AND "maternity care"	2012-2019, full text, peer reviewed 118 träffar	10	2
Aalto Finna	"cultural sensitivity" AND "prenatal care" AND immigrant AND experience	2012-2019, full text, peer reviewed 51 träffar	1	1
Aalto Finna	"transcultural care" AND maternity	2009-2019, full text, peer reviewed 15 träffar	3	1
Aalto Finna	"cultural competence" AND "maternity care" AND midwife	2012-2019, full text, peer reviewed 79 träffar	9	3
Aalto Finna	"cultural competence" AND maternity AND intervention	2014-2019, full text, peer reviewed 154 träffar	5	4

Bilaga 3, beskrivning av de analyserade artiklarna

Beskrivning av analyserade artiklar			
Artikel	Metod	Syfte	Resultat
<p>Akhavan, 2012 Sverige</p> <p><i>Midwife's views on factors that contribute to health inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study</i></p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med 10 barnmorskor</p>	<p>Att undersöka vilka orsaker bidrar till ojämlikheter i hälsa hos invandrare ur barnmorskans synpunkt.</p>	<p>Barnmorskorna som deltog i studien tänkte att hälsoojämlikheter berodde på bristfällig kommunikation p.g.a tidsbrist, språkhinder, kulturella faktorer och brist på tillit mellan patienter och vårdare.</p>
<p>da Conceição F. Santiago & Figueiredo, 2013 Portugal</p> <p><i>Immigrant Woman's Perspective on Prenatal and Postpartum Care: Systematic review</i></p>	<p>Systematisk litteraturstudie av 11 studier publicerade 2000-2010</p>	<p>Att identifiera och analysera empiriska studier som handlar om invandrar-kvinnornas perspektiv om prenatal och postpartum hälsovård i värdlandet.</p>	<p>Språkbarriären var den huvudsakliga negativa faktorn. Vårdpersonalens brist på kulturell sensitivitet var den andra orsaken som ledde till kvinnornas ovillighet att använda mödravård.</p>
<p>Degni et al., 2014 Finland</p> <p><i>Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women</i></p>	<p>Fem fokusgruppdiskussioner med 70 flerföderskor som var av somaliskt ursprung. Åldern 18-50 år och hade 2-10 barn.</p>	<p>Att undersöka somaliska kvinnornas erfarenheter av reproduktiv- och mödravård samt uppfattningar om hälsovårdtjänsterna.</p>	<p>Deltagarna var nöjda med de reproduktiv- och mödravårdstjänsterna men tyckte att vårdpersonalens attityder jäntemot deltagarna var ovänliga och deras kommunikation dålig.</p>

<p>Henderson et al., 2013 England</p> <p><i>Experiencing maternity care: the care received and perceptions of women from different ethnic groups</i></p>	<p>En enkätstudie med 24 319 deltagarkvinnor från olika etniska bakgrunder.</p>	<p>Att undersöka etniska minoriteters användning av och åsikter om mödravård jämfört med vithyade kvinnor.</p>	<p>Kvinnor i alla etniska minoritetsgrupper hade en sämre erfarenhet om mödravård än vithyade kvinnor.</p>
<p>Higginbottom et al., 2013 Tyskland, Kanada och England</p> <p><i>Migration and Maternity: Insights of Context, Health Policy, and Research Evidence on Experiences and Outcomes From a Three Country Preliminary Study Across Germany, Canada, and the United Kingdom</i></p>	<p>En internationell studie med tre olika aktiviteter: 1. granskning av litteratur och policydokument, 2. elektronisk och telefonkonsultation med experter (vårdpersonal, politiker, forskare) och 3. workshoppar med olika experter samt mödravårdens klienter med invandrar- eller minoritetsbakgrund.</p>	<p>Att få nya insikter och innovativa lösningar till att minska minoriteters underläge och utmaningar med de alltmer diversa invandrar-/minoritetspopulationerna.</p>	<p>Det kom tydligt fram att vårdtjänsterna är uppbyggda på ett sådant sätt att de kan försvaga invandrar- och minoritetkvinnornas erfarenheter och hälsoresultat. Det finns allvarliga brister inom forskningen vilket bidrar till otillräckliga aktiviteter som inte tar hänsyn till invandrar- och minoritetkvinnornas behov. Interventioner är för minimala och kortsiktiga.</p>
<p>Hill et al., 2012 USA</p> <p><i>Somali Immigrant Women's Health</i></p>	<p>Intervjuer av fyra fokusgrupper som bestod av över 18-åriga somaliska kvinnor som var</p>	<p>Att beskriva somaliska kvinnornas erfarenheter av mödravård och övertygelser om</p>	<p>Kvinnorna såg på den västerländska hälsovården ur ett perspektiv som bestod av kulturella, religiösa</p>

<i>Care Experiences and Beliefs Regarding Pregnancy and Birth in the United States</i>	gravida eller hade fått barn inom de två sista åren.	graviditet och förlossning.	och "vetenskapliga" faktorer. Resultatet innefattade rekommendationer för vårdpersonalen och själva vården.
Mohamed Hassan et al., 2019 England <i>Exploring English speaking Muslim women's first-time maternity experiences: a qualitative longitudinal interview study</i>	Semistrukturerade intervjuer (totalt 21 stycken) med 7 engelskspråkiga muslimska kvinnor som var förstföderskor.	Att undersöka muslimska kvinnornas upplevda behov och faktorer som påverkar deras hälsobeteende då de umgås med mödravården.	Religiösa värderingar och traditioner var positiva resurser för gravida kvinnor. Religionen kunde förorsaka ångest då vårdpersonalen missförstod och stigmatiserade kvinnorna p.g.a. deras trosuppfattningar.
Pangas et al., 2018 Australia <i>Refugee women's experiences negotiating motherhood and maternity care in a new country: A meta-ethnographic review</i>	En meta-etnografisk översikt av 25 studier.	Att forska flyktingkvinnornas erfarenheter av att klara av moderskap och mödravård i ett nytt land.	Disorientation (liminalitet) är allmänt förekommande hos flyktingkvinnor som söker mödravård i höginkomstländer. Kontinuitet, kulturellt lämplig vård och vårdrelationer spelar en stor roll i kvinnornas positiva erfarenheter.
Peters et al., 2019 Nederländerna <i>Satisfaction with</i>	20 semistrukturerade intervjuer med 106 gravida eller förlösta kvinnor med olika	Att få en djupare förståelse om erfarenheter och tillfredsställelse med	Kvinnorna var för det mesta nöjda med antenatalvården, men mindre nöjda med

<p><i>obstetric care in a population of low-educated native Dutch and non-western minority women. Focus group research.</i></p>	<p>etniska bakgrund.</p>	<p>mödravården och för att se hur vården bättre kunde möta kvinnornas behov under graviditeten, förlossningen och postpartumperioden.</p>	<p>intrapartum och postpartum vården. "Respekt", "kommunikation", "värdighet" och "klientorientation" var de faktorer som kvinnor bedömde som mest negativa.</p>
<p>Sami et al., 2019 Schweiz <i>Giving birth in Switzerland: a qualitative study exploring migrant women's experiences during pregnancy and childbirth in Geneva and Zurich using focus groups</i></p>	<p>En kvalitativ studie med sex fokusgrupper, 33 invandrar-kvinnor mellan 21-40 år. Diskussioner som baserade sig på en enkät samt observationer av deltagarnas gruppdynamik och kroppsspråk.</p>	<p>Att upplysa vårdpersonal om potentiella hinder, undersöka positiva och negativa erfarenheter av mödravården och beskriva eventuella hinder.</p>	<p>Positiva erfarenheter: tillgång till mödravården, speciellt i nödfall. Negativa erfarenheter, både personliga och strukturella: brist på stödnätverk och hälsokompetens, språksvårigheter och brist på information.</p>
<p>Villadsen et al., 2019 Danmark <i>Universal or Targeted Antenatal Care for Immigrant Women? Mapping and Qualitative Analysis of Practices in Denmark</i></p>	<p>En telefonundersökning av alla danska mödravårdsavdelningar och semi-strukturerade intervjuer med barnmorskor på 6 avdelningar.</p>	<p>För att analysera styrkor och svagheter med organiseringen av universell versus invandrarinriktad mödravård.</p>	<p>Dagens allmänna mödravård kan negligera invandrar-kvinnornas behov och bidra till ojämlikheter. Samtidigt anses invandrarinriktad vård stigmatiserande. Bättre strategier kunde förbättra barnmorskornas dynamiska kulturella kompetens i den universella mödravården.</p>