

Mångkulturellt hälsofrämjande äldreomsorg

En tvärsnittsstudie om omsorgspersonal har den kunskapen som krävs för att erbjuda äldre en mångkulturellt hälsofrämjande äldreomsorg

Sandra Rågård

Folkhälsovetenskap C

Huvudområde: Folkhälsovetenskap

Högskolepoäng: 15hp

Termin/år: Vt-18

Handledare: Sara Svanholm

Examinator: Katja Gillander Gådin

Kurskod/registreringsnummer: FH015G N2050 VT18

Abstrakt

Bakgrund- Sverige är ett mångkulturellt växande land som står inför utmaningen att skapa en mer kulturellt hälsofrämjande omsorg. Omsorgspersonalen måste skapa mer individanpassade och hälsofrämjande omsorgsrutiner för att främja ett hälsosamt åldrande hos den äldre befolkningen.

Syfte-Syftet med studien är att undersöka om omsorgspersonal på särskilda boenden i en liten kommun känner att de har den kunskap som de behöver för att möta de äldres kulturella behov i det dagliga omsorgsarbetet.

Metod-Studien är en kvantitativ tvärsnittsstudie på omsorgspersonal i en liten kommun i Västra Götaland. Datainsamlingen har genomförts genom en enkätundersökning med 44 deltagande omsorgspersonal. Studien använde sig av chi-två-test och spearmans korrelations test.

Resultat- Av omsorgspersonalen i studien svarade sju av tio att de alltid eller oftast hade kunskapen som krävdes för att arbeta kulturellt hälsofrämjande. Resultatet visar att om omsorgspersonalen kände att de arbetade kulturellt hälsofrämjande kände de till högre grad även att de hade kunskapen att arbeta kulturellt hälsofrämjande.

Diskussion- Det är viktigt att omsorgspersonalen förstår hur viktig deras roll är för att skapa en hälsofrämjande äldreomsorg. Genom att omsorgspersonalen ger äldre en individanpassad kulturellt hälsofrämjande omsorg skapas god hälsa och trygghet. Resultatet av studien gick i linje med tidigare forskning.

Slutsats-Majoriteten av omsorgspersonalen kände att de hade kunskapen som krävdes för att arbeta kulturellt hälsofrämjande. Det är viktigt att omsorgspersonalen förstår hur viktig deras roll är att arbeta kulturellt hälsofrämjande. Genom att omsorgspersonalen arbetar kulturellt hälsofrämjande skapas ett gott åldrande och god äldreomsorg i Sverige.

Sökord-Kulturella aspekter, omsorgspersonal och äldre

Abstract

Background- Sweden is a multicultural growing country facing the challenge of creating a more health-promoting cultural social care. Care staff must create more individualized and cultural health-promoting care routines to promote healthy aging in the elderly population.

Purpose-The purpose with the study is to investigate if the care staff in retirement home in a small town feels that they have the knowledge that they need to face the elderly's needs in the daily care work.

Method-The study is a quantitative cross-sectional study on care staff in a small town in Västra Götaland. The data collection was conducted through a survey of 44 participating care staff. The study used the chi-two test and spearman correlation test.

Result-The care staff in the study, seven out of then responded that they always or most often had the knowledge required to work cultural health promoting. If the care staff feels that they are working cultural health promoting, they usually feel that they have the knowledge of working cultural promoting in their work.

Discussion-It is important that the care staff understand how important their role is to create a cultural health promoting for the elderly. By providing elderly with an individualized care based on cultural health promoting good health and safety are created. The result of the study was in line with previous research.

Conclusion-The majority of the care staff in the study felt that they hade the knowledge required to work cultural health promoting. It is important that the care staff understand how important their role in cultural health promotion is. Care staff who work with cultural health promoting, creates good elderly care and healthy aging in Sweden.

Keyword- Cultural aspects, care staff and elderly

Innehåll

1. Bakgrund	1
1.1 Hälsa	1
1.2 Kulturellt hälsofrämjande arbete	3
1.2.1 Vikten av kommunikation och hälsofrämjande utbildning.....	4
1.3 Äldrevård och omsorg	6
1.5 Problemformulering.....	7
2. Syfte	8
2.1 Frågeställningar	8
3. Metod.....	8
3.1 Studiepopulation och urvalsmetod	9
3.2 Datainsamlingsmetod.....	9
3.3 Analysmetod	11
3.4. Forskningsetiska överväganden.....	12
4. Resultat.....	13
4.1 Demografiska frågor	13
4.2 Känner omsorgspersonalen att de har kunskapen att arbeta kulturellt hälsofrämjande i omsorgsarbetet? Finns det skillnader eller samband mellan omsorgspersonalens ålder och språkkunskaper?.....	14
4.3 Finns det något samband mellan om omsorgspersonalen vill arbeta kulturellt hälsofrämjande och om de arbetar kulturellt hälsofrämjande? Finns det något samband med om omsorgspersonalen anser att de arbetar kulturellt hälsofrämjande eller om de har den kunskapen som krävs?.....	15
4.4 Är omsorgspersonalen på de särskilda boendena intresserad av kunskap om andra religioner och kulturella värderingar än sina egna? Finns det något samband med om omsorgspersonalen känner att de har kunskapen som krävs för att arbeta kulturellt hälsofrämjande.....	16
5. Diskussion	17
5.1 Resultatdiskussion.....	17
5.2 Metoddiskussion.....	20
6. Slutsats	23
7. Referenser	24

1. Bakgrund

Sverige är ett växande mångkulturellt land. Det finns ingen specifik definition av vad mångkulturellt betyder. Antirasistiskaakademien (2018) menar att man kan se det mångkulturella samhället som ett samhälle där alla ska få leva med lika rättigheter även om man talar olika språk, har olika etniciteter, religioner, uppfattningar och ideal. Av Sveriges befolkning var år 2015 1,6 miljoner födda i ett annat land än Sverige (migrationsinfo.se, 2016). 14 % av de utlandsfödda svenskarna är över 65 år och 30 % av dessa utlandsfödda svenskar är födda i Finland (migrationsinfo.se, 2018). År 2018 skapade riksdagen i Sverige nya övergripande mål för folkhälsopolitiken och folkhälsoarbetet i Sverige. De nya målen gick från elva till åtta och speglar ett folkhälsoarbete med jämlikhetsaspekten samt att minska hälsoklyftorna i fokus. Det sjunde folkhälsomålet är att alla ska kunna känna inflytande, delaktighet och kontroll i sin hälsa för att skapa goda hälsoförutsättningar (Folkhälsomyndigheten, 2018a). För att skapa god hälsa hos äldre är det viktigt att omsorgspersonal, som arbetar nära de äldre på äldreboenden talar deras språk och förstår de äldres seder och traditioner (Heikkilä, Sarvimäki och Ekman (2007).

1.1 Hälsa

Vad är hälsa? Hälsa är totalt fysisk, psykiskt, socialt, andligt och kulturellt välbefinnande (Axelsson, 2011). Vård- och omsorgens mål är att främja god hälsa och forma denna utifrån individens egna individuella behov. Exempel på olika behov hur man kan främja hälsa är psykiska, biologiska eller religiösa aspekter (Axelsson, 2011).

Det finns många olika kulturer i vårt samhälle och samtliga av dessa kulturer har olika synsätt på vad hälsa är och hur man främjar hälsa. För att kunna möta dessa olika kulturella synsätt är det viktigt att vården och omsorgen har ett individanpassat vård- och omsorg. Ett individanpassat vård- och omsorg skapar trygghet och god vård- och omsorg (Nordin & Schölin, 2011). Att arbeta med kulturellt hälsofrämjande attityder och synsätt inom äldreården är inget nytt. Redan år 1997 diskuterade Dein och Huline-Dickens (1997) att äldre som lever som en kulturell minoritet, med fattigdom eller kulturella skillnader i samhället hade en ökad risk för att drabbas av psykisk ohälsa. Andelen äldre över 80 år som bor på särskilt boende i Sverige var år 2013 64 301 stycken (Socialstyrelsen, 2015). Äldreården och omsorgen i Sverige bygger ofta på ett

biomedicinskt synsätt. Ett biomedicinskt synsätt bygger på att god hälsa är frånvaro av sjukdom. Genom att fokuserar på det sjuka hos de äldre är detta ett patogent synsätt. Ett patogent synsätt innebär att fokus ligger på de äldres sjukdomsbild och inte hur de äldre mår känslomässigt. Det patogena synsättet bygger på att bota och förebygga sjukdom och individen är antingen sjuk eller inte (Axelsson, 2011). Ett salutogent synsätt är tvärtemot det patogena synsättet och fokuserar på det friska hos individen och att bevara eller främja det friska. Både det patogena och det salutogena synsättet behövs och kompletterar varandra. Men fokus ska ligga på det salutogena synsättet som förstärker det friska (Axelsson, 2011).

Tengland (2010) skriver att de två begreppen sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete ofta går hand i hand, för att förbättra individens och befolkningens hälsa. Utan att arbeta med prevention mot sjukdomar kan inte befolkningens hälsa främjas och utan hälsofrämjande arbete, som fokuserar på det friska kan inte heller befolkningens hälsa främjas. Därför är det viktigt att man arbetar utifrån båda dessa perspektiv för att uppnå god befolkningshälsa samt individhälsa.

Aaron Antonovsky var professor i sociologi tog fram en teori om varför vissa individer som hamnar i stressiga miljöer håller sig mer hälsosamma än andra, KASAM (känsla av sammanhang). KASAM bygger på att en individ som blir utsatt för till exempel en stressig miljö genom begriplighet, hanterbarhet och sammanhang bevarar god hälsa. En individ som inte upplever KASAM blir sjuk utav miljöns faktorer (Antonovsky, 2005).

Wiesmann och Hannich (2010) genomförde en undersökning på 170 stycken pensionärer över 67 år och hur de upplevde hälsa och KASAM. Studien påvisar att arbeta med ett salutogent synsätt är ett rekommenderat sätt för att främja och bevara god hälsa hos äldre.

Dagens forskning undersöker sambandet mellan individens hälsa och ohälsa samt hur biomedicinen och fysiologiska relationer hos individen bibehåller och främjar god hälsa. Med fysiologiska relationer menas känslor, attityder och förväntningar.

Samhällets normer och värderingar menar att biomedicinen är enda lösningen och fysiologiska relations metoder väljs ofta bort. Denna inställning stoppar utvecklingen av acceptans för att fysiologiska relationer så som känslor och värderingar tillsammans med biomedicin kan förbättra och främja individens hälsa (Sachs, 2004).

Det naturliga åldrandet hos äldre går inte att stoppa men det går att främja det friska och minska risken för funktionsnedsättningar. Detta folkhälsoarbete med ett hälsosamt

åldrande genomförs genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Genom att man arbetar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande minskas kostnader för vård- och omsorg i samhället och förbättra de äldres livskvalitet i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2018b). World Health Organization (2015) skriver att ett hälsosamt åldrande är mer än frånvaro av sjukdom. För att främja ett hälsosamt åldrande är det viktigt att man arbetar individanpassat och utifrån vad de äldre har för behov. Äldre utlandsfödda svenskar har under SCB ULF-undersökningar mellan åren 2000–2005 rapporterat sämre självupplevd hälsa än svenskfödda. De utlandsfödda som var födda utanför Europa hade den sämsta självupplevda hälsan. Denna dåliga självupplevda hälsan berodde bland annat på funktionsnedsättningar, oro, arbetslöshet och socioekonomiska anledningar (Socialstyrelsen, 2009)

1.2 Kulturellt hälsofrämjande arbete

Den äldre befolkningen i världen ökar då vi lever längre idag och forskningen påvisar att den äldre befolkningen har en ökad risk att drabbas av psykiska ohälsa (Faison & Armstrong, 2003). För att motverka denna risk för att drabbas av psykisk ohälsa bland äldre spelar den kulturella aspekten i vård- och omsorgsarbetet en mycket viktig roll. Genom att den kulturella aspekten speglas i omsorgen, diagnos samt sjukdomsbild skapas en individanpassad vård- och omsorg som skapar trygghet för de äldre. Det är dock inte bara individens kultur som måste speglas i äldreomsorgen utan vård- och omsorgssektorns egna kultur spelar en mycket viktig roll detta arbetet (Faison & Armstrong, 2003). Faison och Armstrong (2003) påvisar vikten av att vård- och omsorgssektorns kultur speglar individens kulturer genom rutiner och vanor i äldreomsorgen. Det är viktigt att vård- och omsorgssektorns rutiner respekterar och ser kulturen runt individen. Det är också mycket viktigt att vård- och omsorgssektorn undersöker och respekterar de äldres andliga övertygelser, kostvanor, individuella hälsopraxis, familjerelationer och förväntningar av omsorgen. Genom att arbeta fram rutiner som har sin grund i dessa kulturella byggstenar inom vård- och omsorgssektorn skapas en god vård- och omsorg som respekterar de äldres individuella kultur (Faison & Armstrong, 2003).

Moberg (2008) diskuterar också hälsofördelar att använda andlighet inom arbete med mänskliga tjänster och hälsovetenskap. Det är svårt att mäta andlighetens betydelse då den är komplex och går hand i hand med religion och ibland går emot politik och vetenskap. Moberg (2008) menar att man genom att vårda det andliga hos individen kan

skapa förbättrad fysisk och socialt välbefinnande. Det är också viktigt att inte tvinga på andlighet på människor. Att tvinga andlighet på en individ kan skapa oönskade negativa hälsoeffekter. Istället ska man låta individen själv upptäcka andlighet och sedan arbeta utifrån denna andlighet (Moberg, 2008).

Men vad betyder ett framgångsrikt åldrande? Franklin och Tate (2009) menar att arbetet med ett framgångsrikt åldrande började redan på 1950-talet och har växt i popularitet under 2000-talet. Franklin och Tate (2009) bygger ett framgångsrikt och hälsosamt åldrande på att individen äter en hälsosam diet, bibehåller sin fysiska aktivitet och fortsätter att delta i sociala aktiviteter och känner mening med livet och därigenom främjas hälsa.

1.2.1 Vikten av kommunikation och hälsofrämjande utbildning

Melin Emilsson (2011) skriver att det är viktigt att behandla äldre med empati och respekt för att de ska må bra. Det är viktigt att omsorgspersonal är öppna för kommunikation och respekterar de äldres egen vilja. I omsorgsarbetet talas det om en holistisk vård och omsorg som bygger på en helhetsvård av fysiska, psykiska, sociala, ekonomiska, andliga behov och brukarens egen syn på sin sjukdomsbild. (Axelsson, 2011).

Idag finns det inte mycket evidensbaserad forskning på området omsorg för äldre med en annan kultur och modersmål. Detta trots att det idag är väldigt vanligt att äldre har en annan kultur och pratar ett annat språk i sitt hem (Radermacher, Feldman & Browning, 2009). Radermacher, Feldman och Browning (2009) anser att förbättra den mångkulturella omsorgen måste man skapa samarbeten inom vård- och omsorgssektorn. Det är viktigt att man tar vara på omsorgspersonalens egna kunskaper inom språk och kulturella värderingar och påvisar att dessa är en tillgång för omsorgsorganisationen. Browne och Mokuau (2008) påvisar att det är viktigt att blivande omsorgspersonal redan på studentnivå får utbildning i vikten av mångkulturell omsorg. Man måste även arbeta på att definiera och förbättra vilka kompetenser det är inom mångkulturell omsorg som omsorgspersonal behöver i sitt dagliga arbete (Browne & Mokuau, 2008).

Wadensten (2005) diskuterar hur viktigt det är med god kommunikation mellan de äldre och anställda på ett särskilt boende för att främja hälsa. Det är viktigt att de anställda redan på morgonen dagligen börjar med god kommunikation riktat mot de äldre. Denna goda kommunikationen ska inte endast handla om smärta och sjukdom då detta ökar

uppmärksamheten om just smärta och sjukdom hos de äldre. Det är istället viktigt att de anställda lär känna de äldre och skapa en mer hållbar innehållsrik kommunikation (Wadensten, 2005).

Browne och Braun (2008) menar att för att klara av den växande omsorgsbehovet måste man skapa samarbeten mellan de olika aktörerna inom vård- och omsorgssektorn. Detta växande omsorgsarbetet behöver även tänka på bland annat att öka möjligheten för utbildning inom kulturellt och mångfalds omsorgsarbete. Detta måste göras för att möta de äldres behov och öka omsorgspersonals kunskap att arbeta hälsofrämjande (Browne & Braun, 2008). Det är viktigt att det finns en interkulturell kommunikation mellan de boende och de som arbetar på ett särskilt boende. Är de boende delaktiga i den interkulturella kommunikationen i omsorgsprocessen ökar deras välbefinnande. Det är viktigt att de boende kan kommunicera med omsorgspersonalen på ett kulturellt anpassat och språkmässigt sätt. Det är därför viktigt att omsorgspersonalen på särskilda boenden får coachning och utbildning i kulturellt hälsofrämjande omsorgsarbete (Xiao et al., 2017). Även Small et al. (2015) påvisar vikten av att utbilda vård- och omsorgspersonal som arbetar med äldre inom kommunikation med ökad förståelse för språklig mångfald och kulturer. Genom att öka kunskap hos vård- och omsorgspersonalen om språkliga mångfald och kulturer ökar deras kunskap att kunna agera korrekt i nya kulturella situationer de ställs inför på arbetstid.

Språkkommunikation är även den en viktig del i ett kulturellt hälsofrämjande arbete inom vård och omsorgsprocessen (Hadziabdic, Lundin och Hjelm, 2015). Hadziabdic et al. (2015) skriver om vikten av att erbjuda en flerspråkig äldrevård och omsorg. En flerspråkig äldreomsorg är en komplex förändring och det innebär att kulturen i organisationen vård och omsorg måste förändras för att skapa nya rutiner med ett individuellt budskap. Alla ska ha rätt att kunna prata sitt språk och att kunna göra sig förstådd. Genom att de äldre kan kommunicera med omsorgspersonalen skapas goda hälsomöjligheter för äldre som inte pratar svenska (Hadziabdic et al., 2015). Heikkilä et al. (2007) genomförde en studie på ett finskt särskilt boende i Sverige. Studien visade vikten och betydelsen för de boendes hälsa och välbefinnande att personalen talade deras språk och förstod deras traditioner och seder.

Söderbacka, Nyström och Fagerström (2016) påvisar att även de äldres vilja till att leva är en stor hälsotillgång. Det är därför viktigt att vård- och omsorgspersonal inom

äldreomsorgen förstärker positiv livslust och minimerar och begränsar negativ livslust hos de äldre. Detta menar Söderbacka et al. (2016) ska ske genom att öka vård- och omsorgspersonalens kunskap om vikten av god livslust. Genom att stärka de äldres livslust och ökar möjlighet förbättras de äldres hälsa trots åldringsprocessen. Livslusten förstärks genom att respektera och hjälpa äldre med deras behov (Söderbacka et al., 2016).

Även Goa, Tilse, Tuckett och Newcombe (2015) diskuterar vikten av kommunikation mellan brukare och omsorgspersonal. Det är viktigt att omsorgspersonal och brukare är på samma nivå i kommunikationen och att omsorgspersonalen respekterar individens egen vilja. Goa et al. (2015) påvisar också vikten av att omsorgspersonalen pratar samma språk och kommunicerar med både sina med kollegor samt brukare. Truong, Gibbs, Paradies, Priest (2017) påvisar att det måste utformas strategier för att minska risken för kulturell diskriminering inom vården och omsorgen. Genom att öka personalens kunskap inom kulturellt hälsofrämjande omsorg samt hälso- och sjukvårdstjänster kan trygg och god vård och omsorg främjas. Men denna kunskap måste främjas på både individuell nivå samt organisationsnivå för att leda till förändring. (Truong et al., 2017). De Prins och Henderickx (2007) genomförde en studie på sjuksköterskor och omsorgspersonal. Det är viktigt att anställda i vård- och omsorgssektorn förstår att varje människa är unik och inte ett klockslag eller rutin. Vård- och omsorgssektorn behöver också hitta nya vägar för att motivera de anställda till att skapa goda och hälsosam vård- och omsorg. Detta kan genomföras genom att skapa deltagande, kommunikation, motivation och en fungerande arbetsdesign baserad på de anställdas kunskap (De Prins & Henderickx, 2007).

1.3 Äldrevård och omsorg

Omsorgspersonalen på särskilda boenden i Sverige arbetar främst under de två lagarna SoL (Socialtjänstlagen) och HSL (Hälso och sjukvårdslagen). SoL bygger på ramverk och skyldigheter för hur socialtjänsten ska utforma sina verksamheter och hur de bör utforma sina verksamheter. Målet med lagen är att den enskildes behov och omsorg ska vara i fokus och inte endast den enskildes sjukdomsbild. SoL kan ses som en rättighetslag då lagen tydligt påvisar att den enskilda har rätt till bistånd från samhället då hen inte själv kan få sina behov tillgodosedda eller på något annat sätt kan få sina behov tillgodosedda (Socialstyrelsen,2006).

HSL är liksom SoL en lag som är byggd som ett ramverk men riktar sig mer åt medicinska behandlingar. HSL beskriver vem som ansvarar för den enskildes medicinska insatser. HSL insatser ska utföras av utbildad personal. Men på kommunnivå kan sjuksköterskan delegera medicinska arbetsuppgifter till omsorgspersonal. Den delegerade omsorgspersonalen ska ha fungerade rutiner och kontakta ansvarig sjuksköterska eller läkare när de äldres hälsa eller sjukdomsbild försämras. Men huvudansvaret för de medicinska insatserna ligger på sjuksköterskan (Socialstyrelsen, 2006).

Cooke och Bartram (2015) påvisar att man genom förståelse att omsorgen och vård hänger samman skapas en tryggare och hälsofrämjande äldrevård för äldre. Hjälper man äldre med deras funktionsnedsättningar via vård ökar möjligheterna för hälsofrämjande omsorg och tvärtom. Cooke och Bartram (2015) påvisar också i sin studie vikten av att omsorgspersonal inom äldreomsorgen prioriterar att förbättra förutsättningarna för att förstå kulturella och sociala normer. Genom att omsorgspersonalen förstår kulturella och sociala normer främjas hälsan hos äldre i vårt samhälle.

En dansk studie påvisar att äldre invandrare i Danmark inte använder sig av vård och omsorgs hjälp samt insatser lika mycket som äldre födda i Danmark (Boll Hanssen, 2014). Boll Hanssen (2014) påvisar i studien att dessa skillnader mellan äldre som är födda i Danmark och födda utanför Danmark minskar ju längre de utlandsfödda har bott i landet. Förklaringen till detta kan vara att bristande kunskap om välfärdssystemet i Danmark hos nyanlända invandrare. Studien menar att detta resultat inte endast gäller Danmarks välfärdssystem utan gäller många i västerländska länder. Genom att fokusera att tidigt informera äldre invandrare om ländernas välfärdssystem ökar kunskapen om vad man har rätt till för hjälp. Man behöver även förstå kulturella skillnader mellan hur de äldre invandrarna lever jämfört med de äldre som är födda i landet där de bor (Boll Hanssen, 2014). Albertsson, Albin, Siwertsson & Hjelm (2004) påvisar i sin forskning att denna ojämna fördelning av välfärdssystemet bland äldre även finns i Sverige. Utlandsfödda äldre svenskar använder mer sällan hjälp med matleveranser, trygghetslarm och hjälpmedel än svenskfödda äldre.

1.5 Problemformulering

Sverige är ett mångkulturellt land med utmaning att göra rutinförändringar inom vård- och omsorgssektorn för att möta de framtida äldres behov (Nordin & Schölin, 2011). Detta arbete grundar sig i att organisationen och omsorgspersonalen behöver utbildning

inom kulturellt hälsofrämjande arbete, holistiska synsätt samt kommunikation (Truong et al., 2017, Goa et al., 2015). Arbetet har påbörjats men möter stora problem i det västerländska samhället som baserar större delar av sin vård- och omsorg på biomedicinskt synsätt (Sachs, 2004). Studier som genomförs i kulturellt hälsofrämjande äldreomsorg fokuserar ofta på hur de äldre känner men sällan om omsorgspersonalen har kunskapen som krävs för att arbeta kulturellt hälsofrämjande. Denna studien vill granska kunskapen om kulturellt hälsofrämjande äldreomsorg ur omsorgspersonalens perspektiv.

2. Syfte

Syftet med studien är att undersöka om omsorgspersonal på tre särskilda boenden i en liten kommun i Västra Götaland, känner att de har den kunskap som de behöver för att möta de äldres kulturella behov i det dagliga omsorgsarbetet.

2.1 Frågeställningar

Känner omsorgspersonalen att de har kunskapen att arbeta kulturellt hälsofrämjande i omsorgsarbetet? Finns det samband mellan omsorgspersonalens ålder och språkkunskaper?

Finns det något samband mellan om omsorgspersonalen vill arbeta kulturellt hälsofrämjande och om de arbetar kulturellt hälsofrämjande? Finns det något samband mellan om omsorgspersonalen anser att de arbetar kulturellt hälsofrämjande eller om de har den kunskapen som krävs?

Är omsorgspersonalen på de särskilda boendena intresserad av kunskap om andra religioner och kulturella värderingar än sina egna? Finns det något samband med om omsorgspersonalen känner att de har kunskapen som krävs för att arbeta kulturellt hälsofrämjande.

3. Metod

Studien är empirisk med en kvantitativ studiedesign utformad som en tvärsnittsstudie. Ejlertsson (2012) skriver att en tvärsnittsstudie är en bra metod att använda när man vill ha en tydlig överblick hur problemet ser ut just nu.

3.1 Studiepopulation och urvalsmetod

Studiepopulationen i studien är omsorgspersonal på särskilda boenden i en liten kommun i Västra Götaland. I den lilla kommunen i Västra Götaland finns det totalt fem stycken särskilt boenden (Socialstyrelsen, 2017a). Studien har valt ut de tre särskilda boendena som benämns som särskilt boende 1, särskilt boende 2 och särskilt boende 3 att delta i enkätundersökningen. Samtliga av de tre utvalda särskilda boendena erbjuder de boende allmän vård- och omsorg (Socialstyrelsen, 2017a). Det särskilda boendet 1 har under vardagar sju stycken omsorgspersonal som arbetar med de totalt 24 stycken boende. Särskilt boende 2 har under vardagar tolv stycken omsorgspersonal som arbetar med de totalt 41 boende. Särskilt boende 3 är det största särskilda boendet i kommunen med 60 lägenheter. På boende 3 arbetar vardagar totalt sjutton omsorgspersonal med de 60 boende i vård- och omsorgsarbetsuppgifter (Socialstyrelsen, 2017b).

Samtliga av de tre deltagande särskilda boendena i studien erbjuder de boende finsktalande omsorgspersonal. De särskilda boendena erbjuder även de boende omsorgspersonal som talar persisk, thai, hindi, dari-urdu (socialstyrelsen, 2017b). Studiens urval var omsorgspersonal som arbetar dag och kväll på de särskilda boendena då de arbetar under dygnets vakna timmar. Omsorgspersonal som arbetat på boendena under natten har inte deltagit i studien då de inte arbetar med de boende när de vanligtvis är vakna. Enhetscheferna på de särskilda boendena har uppgett att på det särskilda boendet 1 finns det 24 stycken möjliga deltagare i undersökningen, särskilda boendet 2 har 30 möjliga deltagare och särskilda boendet 3 har 41 möjliga deltagare i studien. Totalt blir antalet möjliga deltagare i studien 95 stycken.

3.2 Datainsamlingsmetod

Studien bygger på en pappersenkätundersökning som har lämnats ut till 95 stycken omsorgspersonal på tre särskilda boenden i en liten kommun i Västra Götaland. Studien har valt att använda sig av en enkätundersökning då detta är en bra metod för att använda på arbetsplatser och närområdet med samma yrkeskår, i detta fall omsorgspersonal. Studien har valt en enkätstudieundersökning som datainsamlingsmetod då deltagarna i studien får möjlighet att självständigt svara på frågorna när de har tid. Detta minskar att deltagarna känner sig tvingade eller stressade att svara på frågorna i enkäten (Ejlertsson, 2014).

Vård- och omsorgsyrket är ett yrke där det ofta förekommer stress och oplanerade händelser till exempel larm. Genom att studien använde sig av en enkätundersökning ges deltagarna möjlighet att svara på enkätfrågorna när de har tid under sin arbetsdag eller sin fritid. Denna enkätundersökning bygger på bakgrundsfrågor om deltagarna och övergår sedan till riktade frågor för att ge svar på studiens syfte.

Enkäten utformades med bakgrundsfrågor, till exempel utbildningsnivå, ålder och kön (Ejlertsson, 2014). Samtliga frågor utom två av de riktade frågorna i enkätundersökningen bygger på likertskalan Alltid, Oftast, Ibland, Sällan och Aldrig (Bryman, 2011). Fråga sju av de riktade frågorna har en svarskala som tar reda på hur personalen känner för att öka sin kunskap av andra religioner och kulturella värderingar genom svaren alternativen Mycket, Ganska Mycket, Något, Inte så mycket och Inte alls (se bilaga 1). Sista frågan i enkätundersökningen har till syfte att ta reda på om studiens genomförda enkätstudie har skapat nya tankar hos omsorgspersonalen att arbeta mer kulturellt hälsofrämjande och individuellt mot de äldre på deras arbetsplats (se bilaga 1).

Enkätundersökningen var konstruerad att inte ta mer än tio till femton minuter för omsorgspersonalen att svara på. För att undersöka detta genomfördes en pilotundersökning på åtta stycken som arbetar inom omsorgsyrket. Pilotstudien genomfördes för att skapa tydligt utformade frågor med minimal risk för missuppfattningar (Ejlertsson, 2014). Enkäterna delades ut till den möjliga deltagande populationen på de tre särskilda boendena på olika sätt efter samråd med enhetscheferna. Detta gjordes för att säkerställa att alla i den möjliga deltagande populationen fick enkäten (se bilaga 2,3,4).

Studien påvisade både internt bortfall och externt bortfall. Internt bortfall innebär att visa frågeställningar i enkäten är besvarade och externt bortfall betyder att enkätundersökningen inte alls har besvarats (Ejlertsson, 2014). Totalt lämnades 48 enkäter in för deltagande i studien. Efter genomgång av följebreven var det tre stycken av enkäter från särskilda boende 3 som inte var signerade. Då studien följer samtyckeskravet räknas dessa tre enkäter som ett bortfall även om enkäten är ifylld (Bryman, 2011). En enkät har inte fyllt i bakgrundsuppgifter och går därför in som internt bortfall. Totalt inlämnade enkäter är 44 stycken vilket innebär en svarsfrekvens på 46%.

3.3 Analysmetod

Dataanalysen av studien genomfördes i statistikprogrammet SPSS. SPSS är ett analytiskt dataprogram och en programvara som används kan användas för att tolka kvantitativa data (Wahlgren, 2008). Denna studien har använt analysprogrammet IBM SPSS Statistics 24. Mätdata i enkätundersökningen är ordinalskala och nominalskala. Ordinalskala innebär att datan som används har någon typ av rangordning där ett är bättre än två och två är bättre än tre osv. (Wahlgren, 2008). Nominalskala innebär att mätdata har ett nummer men att numret inte betyder något speciellt utan det finns ingen rangordning som det finns i ordinalskala (Wahlgren, 2008). Mätdata har analyserats med frekvens, korrelation, signifikans, chi-två-test och procent. Frekvensen visar antalet deltagare i studien och variabelvärdet. Frekvens redovisas som N=antal (Ejlertsson, 2012). Korrelationen mäter samband mellan två oberoende komponenter $-1 \leq r \leq +1$. Denna studie använder sig av spearman's korrelationskoefficient som används vid små urval, minst en av variablerna är ordinal och om studiens data har en snedfördelning (Ejlertsson, 2012). Signifikansvärdet är sannolikheten att frågeställningen stämmer. Signifikansvärdet på studien är beräknat till $\alpha = 0,05$ och redovisas som $p = 0,05$ (Ejlertsson, 2012). Studien har använt sig av chi-två-test för att undersöka om det finns något samband mellan två olika variabler i urvalet. Chi-två-testet påvisar den väntade frekvensen och jämför med den aktuella frekvensen för att testa om det finns en signifikant skillnad (Bryman, 2011). När man kodar om datan behöver man ha ett tankemönster hur man ska koda (Bryman, 2011). Studien har kodat om från positivt till negativt. Tillexempel språk där fyra till fem språk är bättre än 1 språk, Svårt att arbeta individanpassat är sällan/aldrig större än alltid/ofta. Inkluderade variabler i studien är se tabell 1;

Tabell 1-Variabler kodning

Variabler	Kodning
Ålder	1= 45 år och under, 2=Över 45 år
Vård- och omsorgsutbildning	1= Ja, 2= Nej/Påbörjad men inte avslutad
Språk	1=4-5 språk, 2=2-3 språk och 3=1språk
Känner omsorgspersonalen att de har kunskapen?	1=Alltid/Oftast, 2=Ibland, 3=Sällan/Aldrig
Arbetar omsorgspersonalen kulturellt hälsofrämjande i sitt arbete	1=Alltid/Ofta, 2=Ibland, 3=Sällan/Aldrig
Är omsorgspersonalen intresserad av andra religioner och kulturella värderingar än sina egna?	1=Mycket/Ganska mycket, 2=Något 3= Inte så mycket/Inte alls
Vill du arbeta kulturellt hälsofrämjande i ditt arbete?	1=Alltid/Ofta, 2=Ibland, 3=Sällan/Aldrig

3.4. Forskningsetiska överväganden

Bryman (2011) menar att för att ha ett forskningsetiskt synsätt måste man tänka på informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet i en studie. Att delta i studien har varit frivilligt och deltagarna har frivilligt fått skriva på ett följebrev. Deltagarna har genom sin underskrift gett samtycke att svaren från enkäterna får användas i denna studien och samtyckeskravet har följts (Ejlertsson, 2014; Bryman, 2011). Informationskravet har så tydligt som möjligt följts i studien då följebreven tydligt har beskrivit studiens syfte, att studien var frivillig att delta i och varför det var viktigt att delta i studien (Bryman, 2011). Följebreven i enkätundersökningen informerade även deltagarna vad enkätsvaren har används till. Svaren från denna enkätundersökningen har endast använts för att svara på denna studies syfte. Studien har genom att ge deltagarna denna information i följebreven till de tre särskilda boendena följt nyttjandekravet (Bryman ,2011). Studien har granskat och redovisat studiens svar konfidentiellt. Det innebär att ingen utomstående vet vem som svarat vad i enkätundersökningen (Ejlertsson, 2012). För att bevara konfidentiellt i enkätundersökning vid inlämning till enhetscheferna lämnades kuvert ut i samband med enkäterna till omsorgspersonalen. Detta påvisar att studien har följt konfidentialitetskravet (Bryman,2011).

4. Resultat

4.1 Demografiska frågor

Totalt antal omsorgspersonal som deltog i studien var N=44 (se tabell 2). Av omsorgspersonalen som svarade på frågan kön var 100% kvinnor. Samtliga av studiens demografiska frågor påvisar ett internt bortfall på minst 2,3% då deltagare har svarat på riktade frågorna men inte de demografiska frågorna. Den vanligaste arbetsnivån hos omsorgspersonalen var 75% och mer. Totalt arbetade sju av tio mer än 75 % och två av tio arbetade heltid. Omsorgspersonalen påvisar att sju av tio pratar två språk och två av tio pratar tre språk. Av omsorgspersonalen i studien hade nio av tio vård- och omsorgsutbildning (se tabell 2).

Tabell 2 demografiska data på den inkluderade urvalet

Fråga	Svarsalternativ	Antal	Procent
Kön	Kvinna	43	100%
Arbetar på	Särskilt boende 1	12	27,9%
	Särskilt boende 2	12	27,9%
	Särskilt boende 3	19	44,2%
Sysselsättningsgrad	Heltidsanställning	8	19%
	Deltid 75% och mer	30	71,4%
	Deltid mindre än 75%	4	9,5%
Ålder	18–25 år	3	7%
	26–35 år	11	25,6%
	36–45 år	6	14%
	46–55 år	11	25,6%
	56–65 år	12	27,8%
Utbildning	Vård- och omsorgsutbildning	38	88,4%
	Ingen utbildning	4	9,3%
	Påbörjad men inte avslutad	1	2,3%
Språk	1 språk	5	11,6%
	2 språk	29	67,4%
	3 språk	8	18,6%
	4 språk	1	2,3%

4.2 Känner omsorgspersonalen att de har kunskapen att arbeta kulturellt hälsofrämjande i omsorgsarbetet? Finns det skillnader eller samband mellan omsorgspersonalens ålder och språkkunskaper?

Av omsorgspersonalen kände sju av tio att de alltid/oftast har den kunskapen som krävs för att arbeta kulturellt hälsofrämjande i det vardagliga omsorgsarbetet. Totalt kände två av tio av omsorgspersonalen att de ibland har kunskapen som krävs och en av tio kände att de sällan/aldrig har kunskapen att arbeta kulturellt hälsofrämjande (se figur 1).

Figur 1; Känner omsorgspersonalen att de har kunskapen?



Av omsorgspersonalen som deltog i studien var 46,5% 45 år eller yngre och 53,5% över 45 år (se tabell 3).

Ett Chi-två test genomfördes för att analysera om det finns något samband mellan omsorgspersonalens ålder och om de kände att de hade kunskapen som krävs för att arbeta kulturellt hälsofrämjande. Resultatet av Chi-två testet var inte signifikant ($\chi^2=0,414$, df 2, och $p=0,813$). Resultatet betyder att det inte finns något samband mellan ålder och om omsorgspersonalen kände att de hade kunskapen som krävs för att arbeta kulturellt hälsofrämjande (se tabell 3).

Tabell 3 frekvens; att arbeta kulturellt hälsofrämjande och ålder

		Frekvens			
		Känner omsorgspersonalen att de har kunskapen att arbeta kulturellt hälsofrämjande?			
		Alltid/Oftast	Ibland	Sällan/Aldrig	Total
Ålder	45 år och under	13	4	3	20
	Över 45 år	16	5	2	23
Totalt		29	9	5	43

För att analysera om det fanns något samband mellan hur många språk omsorgspersonalen pratade och om de kände att de hade kunskapen som krävs för att arbeta kulturellt hälsofrämjande genomfördes ett chi-två test. Resultatet av chi-två testet var inte signifikant ($\chi^2=3,272$, df 4, $p=0,513$). Detta resultat påvisar att det inte finns något samband mellan de variablerna i denna studie (se tabell 4).

Tabell 4 Frekvens; språk och om omsorgspersonalen känner att de har kunskapen som krävs för att arbeta kulturellt hälsofrämjande.

		Frekvens			
		Känner omsorgspersonalen att de har kunskapen som krävs att arbeta kulturellt hälsofrämjande			
		Alltid/Oftast	Ibland	Aldrig	Totalt
Språk	4 språk	5	3	1	9
	2-3 språk	21	4	4	29
	1 språk	3	2	0	5
Totalt		29	9	5	43

4.3 Finns det något samband mellan om omsorgspersonalen vill arbeta kulturellt hälsofrämjande och om de arbetar kulturellt hälsofrämjande?

Finns det något samband med om omsorgspersonalen anser att de arbetar kulturellt hälsofrämjande eller om de har den kunskapen som krävs?

Resultatet påvisar att större andel av omsorgspersonalen i studien kände att de alltid eller ofta vill arbeta kulturellt hälsofrämjande i sitt dagliga omsorgsarbete. Totalt kände 68,2% att de alltid/oftast vill arbeta kulturellt hälsofrämjande och 25% kände att de ibland vill arbeta kulturellt hälsofrämjande i sitt arbete.

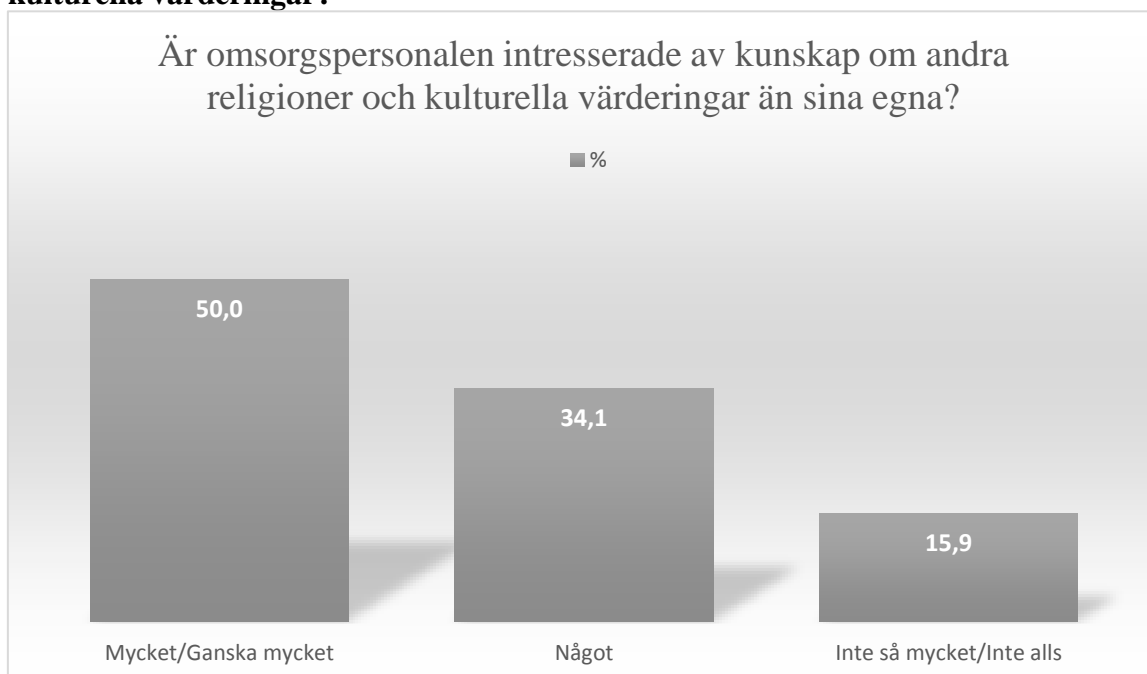
För att analysera om det finns något samband mellan om omsorgspersonalen känner att de vill arbeta kulturellt hälsofrämjande och om de arbetar kulturellt hälsofrämjande gjordes ett Spearmans korrelationstest. Resultatet påvisar ett starkt samband med korrelationsvärde 0,623 och är statistiskt signifikant ($p<0,001$). Sambandet påvisar att omsorgspersonalen som i högre grad känner att de vill arbeta kulturellt hälsofrämjande också uppger att de i högre grad arbetar kulturellt hälsofrämjande.

För att analysera samband mellan om omsorgspersonalen anser att de arbetar kulturellt hälsofrämjande och om de har kunskapen som krävs så gjordes ett spearmans korrelationstest. Resultatet påvisade ett starkt samband med ett korrelationsvärde på 0,549 och var statistiskt signifikant ($p < 0,001$). Detta resultat betyder att omsorgspersonalen som i högre grad ansåg att de arbetade kulturellt hälsofrämjande också uppger att de i högre grad kände att de har kunskapen som krävs att arbeta kulturellt hälsofrämjande.

4.4 Är omsorgspersonalen på de särskilda boendena intresserad av kunskap om andra religioner och kulturella värderingar än sina egna? Finns det något samband med om omsorgspersonalen känner att de har kunskapen som krävs för att arbeta kulturellt hälsofrämjande.

Resultatet påvisar att fem av tio av omsorgspersonalen var mycket/ganska mycket intresserade av att lära sig om andra religioner och kulturella värderingar än sina egna. Totalt kände tre av tio att de var något intresserade och två av tio att de inte så mycket/inte intresserade att lära sig om andra religioner och kulturella värderingar (se figur 2).

Figur 2; Är omsorgspersonalen intresserade av kunskap om andra religioner och kulturella värderingar?



För att analysera om det fanns ett samband mellan om omsorgspersonalen är intresserade av att lära sig om andra religioner och kulturella värderingar och de har kunskapen som krävs gjordes ett Spearmans korrelationstest. Korrelationsanalysen

visade på tendens till ett svagt positivt med ett korrelationsvärde på 0,129. Detta resultat påvisar en svag tendens till att har omsorgspersonalen ett större intresse av att lära sig korrelerar med högre självskattad kunskap. Detta resultat var inte signifikant ($p=0,405$) och betyder att det inte går att säkerhetsställa något samband mellan de två variablerna.

5. Diskussion

5.1 Resultatdiskussion

Resultatet påvisar att sju av tio av omsorgspersonalen kände att de hade kunskapen att arbeta kulturellt hälsofrämjande. Browne och Mokuau (2008) samt Xiao et al. (2017) menar att det är viktigt att omsorgspersonal har utbildning inom kulturellt hälsofrämjande äldreomsorg med fokus på de äldres kultur. Men för att hjälpa omsorgspersonalen som känner att de inte har kunskapen som krävs för att arbeta kulturellt hälsofrämjande är det viktigt att satsa på utbildning eller kurser inom kulturellt hälsofrämjande omsorg (Browne & Mokuau, 2008). Browne och Mokuau (2008) menar att denna utbildning ska ske redan på vård- och omsorgsprogrammet för att omsorgspersonal ska känna att de har kunskapen som krävs för att arbeta kulturellt hälsofrämjande i sitt omsorgsarbete. Totalt hade 88,4% av omsorgspersonalen i studien vård- och omsorgsutbildning. Detta resultat kan visa att det är viktigt att fortsätta utbilda omsorgspersonal inom kulturellt hälsofrämjande arbete även efter vård- och omsorgsutbildningen och uppdatera deras kunskap för att följa med i samhällets utveckling. Men då analyserna inte påvisar vilket håll sambanden går åt kan inte detta säkerställas i denna studien.

Resultatet i studien visar att det inte finns något samband mellan omsorgspersonalens ålder och om omsorgspersonalen känner att de har kunskapen för att arbeta kulturellt hälsofrämjande. Denna studie har inte hittat någon tidigare forskning som påvisar om det finns ett samband eller inte mellan ålder och om omsorgspersonal känner att de har den kunskapen som krävs för att arbeta kulturellt hälsofrämjande. Detta är ett ämne framtida studie får titta närmare på. Resultatet visade också att det inte finns något samband mellan hur många språk omsorgspersonalen pratar och om omsorgspersonalen känner att de har kunskapen som krävs för att arbeta kulturellt hälsofrämjande. Majoriteten av omsorgspersonalen talade två till tre stycken olika språk. Men Radermacher et al. (2017) menar att det är viktigt att ta vara på omsorgspersonalens

egna olika kulturella värderingar och språkkunskaper. Det är viktigt att omsorgsorganisationen visar omsorgspersonalen att dessa egenskaper är viktiga och användbara för att skapa en hälsofrämjande omsorg. Men denna studien granskade inte vilka språk omsorgspersonalen talade utan endast antalet språk omsorgspersonalen talade. Men studien antar att ett av språken som omsorgspersonalen redovisade att de talade är svenska. Detta skulle betyda att majoriteten av omsorgspersonalen i studien talar ett eller två språk utöver svenska. Xiao et al. (2017) menar att en viktig del i omsorgsarbetet är att äldre kan kommunicera med omsorgspersonalen på ett kulturellt anpassat och språkligt sätt. Även Hadziabdic et al. (2015) och Heikkilä et al. (2007) påvisar hur viktigt det är med språkkommunikation. Det är viktigt att de äldre kan tala sitt modersmål med omsorgspersonalen. Detta är viktigt då omsorgspersonalen genom förståelse och respekt för de äldres traditioner och språk skapa god hälsofrämjande omsorg med den äldre individen i fokus (Hadziabdic et al., 2015; Heikkilä et al., 2007). Det är viktigt att omsorgspersonal förstår vikten av deras roll att skapa god omsorg genom kommunikation med de äldre på både kulturellt och språkligt (Small et al., 2015). Inom olika typer av kommunikation mellan de äldre och omsorgspersonal kan det även uppstå problem då det förekommer kulturella skillnader mellan olika individer. Dessa problem behöver handskas med på ett utbildat och respekterande sätt med de äldre i fokus (Goa et al, 2015).

Studiens resultat påvisar ett starkt samband mellan att omsorgspersonalen som kände att de hade kunskapen som krävs för att arbeta kulturellt hälsofrämjande i större utsträckning ansåg att de arbetade kulturellt hälsofrämjande i sitt omsorgsarbete. Detta resultat kan kopplas till Browne och Braun (2008) samt Xiao et al. (2017) tidigare forskning om ökad kunskap samt förståelse av vikten av kulturellt hälsofrämjande omsorg. Kunskap och förståelse gör att omsorgspersonal arbetar efter individens behov, kultur och traditioner. Genom att öka kunskap och förståelsen av hälsofrämjande arbete inom vård- och omsorg påvisar Browne och Braun (2008) och Xiao et al. (2017) att omsorgspersonalen får ett mer kulturellt främjande synsätt när de arbetar. Omsorgspersonalens förståelse varför det är så viktigt att de arbetar kulturellt hälsofrämjande ökar samtidigt. Omsorgspersonalen förstår då varför det är viktigt att arbeta för individens välmående som i sin tur leder till förbättrad folkhälsa hos den äldre befolkningen i Sverige.

Studiens resultat påvisar ett samband mellan att om omsorgspersonalen ville arbeta kulturellt hälsofrämjande kommer de i större utsträckning även anse att de arbeta kulturellt hälsofrämjande. Men detta resultat påvisar även att omsorgspersonalen inte vill arbeta kulturellt hälsofrämjande, ökar risken att omsorgspersonalen anser att de inte arbeta kulturellt hälsofrämjande. Faison och Armstrong (2003) påvisar att det är mycket viktigt att man får anställda inom vård- och omsorgssektorn att förstå vikten att rutiner måste spegla individens omgivande miljö och kultur. De Prins och Henderickx (2007) påvisar att det är viktigt att anställda inom vård- och omsorgssektorn förstår att varje människa de arbetar med är unik. Arbetsgivarna måste även arbeta för att skapa en arbetsdesign som baseras på vård- och omsorgspersonalens kunskap och förmåga. Totalt ville sju av tio av omsorgspersonalen i studien arbeta kulturellt hälsofrämjande alltid/oftast i sitt dagliga omsorgsarbete. Detta resultat kan visa att omsorgspersonalen i studien arbetar för att förbättra den kulturellt hälsofrämjande omsorgen. Men resultaten är självskattat och bygger på hur omsorgspersonalen själva känner och inte hur det kulturellt hälsofrämjande arbetet egentligen ser ut.

Studiens resultat visade att det finns ett positivt samband att omsorgspersonalen som känner att de har kunskapen att arbeta kulturellt hälsofrämjande, även i större utsträckning är intresserade att lära sig om andra religioner och kulturella värderingar än sina egna. Totalt kände 50% att de är mycket/ganska mycket intresserade av att lära sig om andra religioner och kulturella värderingar än sina egna. Men detta innebär även att 50% av omsorgspersonalen är något eller inte så mycket/inte alls intresserade av att lära sig av andra religioner och kulturella värderingar än sina egna. Truong et al. (2017) påvisar att denna vilja att inte vilja lära sig kunskap om andra religioner och kulturella värderingar kan leda till kulturell diskriminering i omsorgen för de äldre. Arbetar inte omsorgspersonalen med att öka sin kunskap och respektera äldres kulturella och religiösa behov skapas en osund vård- och omsorg (Truong et al., 2017). Därför är det enligt Truong et al. (2017) viktigt att arbeta för att öka omsorgspersonalens kunskap inom vikten av kulturell omsorg för att skapa goda omsorgs rutiner för de äldre. SoL påvisar att socialtjänsten måste arbeta med fokus på den enskildes behov och omsorg (Socialstyrelsen,2006). Här hade det varit bra om omsorgspersonalen börjar arbeta efter KASAM. KASAM bygger på att skapa en känsla av begriplighet, hanterbarhet och sammanhang för att främja god hälsa hos individen (Antonovsky, 2005). Wiesmann och Hannich (2010) menar att KASAM är ett fungerande omsorgsätt för att främja och

bevara god hälsa. Det sjunde folkhälsomålet i Sverige är att alla ska känna delaktighet och kontroll av sin hälsa och genom detta skapas goda hälsoförutsättningar (Folkhälsomyndigheten, 2018a). Genom att omsorgspersonalen ger äldre en känsla av KASAM främjas hälsa och den äldre befolkningen hälsotillstånd förbättras (Wiesmann & Hannich, 2010). Man måste därför utbilda omsorgspersonal att skapa förståelse för att ett hälsosamt åldrande är mer än en avsaknad av sjukdom och bygger på en hälsofrämjande individanpassad omsorg. Detta hälsofrämjande individanpassade omsorg ska designas utifrån de äldres egna behov och uppfattningar (World Health Organization, 2015). Detta innebär att omsorgspersonalen måste förstå vikten av hur viktigt det är att ha kunskap om andra kulturer och värderingar (Small et al. 2015).

Cook och Bartram (2015) menar att det är viktigt att omsorgspersonal förstår att begreppen vård- och omsorg hänger samman inom äldreomsorg. Genom att omsorgspersonalen förstår och respekterar de äldres kulturella och sociala behov kan välmående hos äldre främjas trots funktionsnedsättningar (Cook & Bartram, 2015). Men för att främja äldres hälsa och välmående är det viktigt att omsorgspersonalen förstår sin roll att arbeta kulturellt hälsofrämjande (Small et al., 2015) Genom att öka omsorgspersonalens förståelse för hur viktig det är att arbeta kulturellt hälsofrämjande ökar möjligheterna för att främja kulturellt hälsofrämjande äldreomsorg med omsorgspersonal som känner att de har god kunskap (Browne & Mokuau, 2008).

5.2 Metoddiskussion

Studien är en kvantitativ tvärsnittsstudie som har baserat datainsamlingen på en enkätundersökning på omsorgspersonal i en liten kommun i Västra Götaland. En enkätundersökning hjälper enligt Bryman (2011) en studie att nå ut till fler i populationen och samtidigt spara tid. Men ett problem som kan uppstå när studier använder sig av enkätundersökningar är att man inte får med omsorgspersonalens känslomässiga funderingar och egna uppfattningar (Ejlertsson, 2014).

Studiens författare tror att resultat hade kunnat blivit tydligare och djupare med hjälp av en kvalitativ studiedesign. Detta för att kvalitativa frågeställningar bygger på hur omsorgspersonalen känner och de kan med egna ord beskriva upplevelser (Bryman, 2011). Men denna studien använde den kvantitativa datainsamlingsmetoden enkätundersökning för att få en bredare datainsamling samt minska stressen på omsorgspersonalen (Ejlertsson, 2014). Med att minska stressen på omsorgspersonal

menas att de kunde själva genomföra enkäten när de hade en stund över och kände att de hade tid.

Fördelar med en kvantitativ studiemetod är att man kan skapa reliabilitet, validitet och generaliserbarhet i studiens resultat (Bryman, 2011). Bryman (2011) skriver att reliabilitet bygger på studiens trovärdighet. Blir studiens resultat det samma i framtida studier eller har resultatet påverkats av slumpen eller tillfälliga händelser (Bryman, 2011). Då denna studiens författare har använt konstruerat enkätfrågorna själv kan inte validiteten eller reliabiliteten garanteras (Bryman, 2011). Denna studien kan inte heller garantera att resultatet har reliabilitet då deltagandet i studien var lågt. Validitet i en studie bygger på att studiens slutsats är trovärdig och mäter de variabler som är syftet med studien (Bryman, 2011).

Denna studie har använt sig av chi-två-test och Spearman's korrelations test då dessa analyser är trovärdiga att ge korrekta resultat vid små urval (Ejlertsson, 2012). Studiens deltagande urval blev tyvärr lågt då endast 44 av 95 enkäter lämnades in för deltagande. Detta låga deltagarantal påverkar generaliserbarheten i studien (Bryman, 2011). Anledningen varför det blev ett så lågt deltagarantal kan inte studien ge svar på men ett stort bortfall kan öka risken för missvisande resultat i studien (Bryman, 2011). Då det deltagande urvalet i studien blev lågt har inte studien genomfört någon ingående analys på alla bakgrundsfrågor. Detta beslut tog författaren i studien då Brymans (2011) konfidentialitets krav inte ska brytas och deltagarna ska kunna identifieras i studiens resultat.

Studien visar både internt bortfall och externt bortfall. Studiens interna bortfall påvisas då vissa frågeställningar i enkäten inte är besvarade och det externt bortfall då enkätundersökningen inte alls besvarades (Ejlertsson, 2014). Det finns ett internt bortfall på två stycken enkäter då de inte har svarat på vilken sysselsättningsgrad de arbetar med på de särskilda boendena. På en av enkäterna skrev deltagaren i marginalen att hon var vikarie. Frågan om sysselsättningsgrad skulle formulerats på ett tydligare sätt för att undvika bortfall till exempel vilken sysselsättningsgrad det nuvarande schemat deltagarna gick på. Det finns också ett interna bortfallet på en enkät som får ses som att deltagarna inte har fått tillräckligt med information i följebreven och enkäten vad kulturellt hälsofrämjande äldreomsorg innebär (se bilaga 1; bilaga 2; bilaga 3; bilaga 4). Denna slutsats dras då det interna bortfallet påvisar att en fråga inte blev

besvarade. Omsorgspersonalen hade istället kommentarer i marginalen att det inte fanns några utlandsfödda äldre på enheten denna omsorgspersonal arbetade på. Detta var inte vad studien ville ta reda på då kulturellt hälsofrämjande arbete bygger på att värna om de äldres hälsa ur olika kulturella synsätt inte vilket land de är födda i.

6. Slutsats

Slutsatsen av studien är att majoriteten av den deltagande omsorgspersonalen från den lilla kommunen i Västra Götaland känner att de har kunskapen som krävs att arbeta kulturellt hälsofrämjande. Studien påvisar också att det är viktigt att omsorgspersonal har en vilja att öka sin kunskap inom kulturellt hälsofrämjande arbete, andra religioner och kulturella värderingar. Denna studie bygger på att omsorgspersonalen själva har skattat sina kunskaper inom kulturellt hälsofrämjande arbete. Framtida studier behöver därför mäta hur omsorgspersonalens kunskaper inom kulturellt hälsofrämjande omsorgen egentligen ser ut i äldreomsorgen. Det är viktigt att omsorgspersonalen förstår vikten av sin roll att arbeta kulturellt hälsofrämjande. Genom att omsorgspersonalen förstår detta främjas en hälsosam åldrande och äldreomsorg i Sverige.

7. Referenser

- Albertsson, M., Albin, B., Siwertsson, C. & Hjelm, K. (2004). Consuming Care and Social Services: Comparisons between Swedish-born Older People and Older People born outside Sweden. *Social Work in action*, 16, 99–110. DOI: 10.1080/09503150412331313079
- Antirasistiskaakademin.se. (2018). *Det mångkulturella samhället*. Hämtad 7 Mars, 2018, från Antirasistiska akademins webbplats: <http://www.antirasistiskaakademin.se/det-mangkulturella-samhallet/>
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2: a uppl.) Stockholm: Natur och Kultur
- Axelsson, A.K. (2011). *Hälsopedagogik* (1: a uppl.). Stockholm: Sanoma utbildning AB
- Browne, C, V. & Braun, K, L. (2008). Immigration and the Direct Long-Term Care Workforce: Implications for Education and Policy. *Gerontology & Geriatrics Education*, 29, 172-188. DOI: 10.1080/02701960802223274
- Browne, V, B. & Mokuau, N. (2008). Preparing Students for Culturally Competent Practice Among Ethnic Minority Elders. *Educational Gerontology*, 34, 306–327. DOI: 10.1080/03601270701834018
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder* (2: a uppl.). Malmö: Liber AB
- Cooke, F, L., & Bartram, T. (2015). Guest Editors' Introduction: Human Resource Management in Health Care and Elderly Care: Current Challenges and Toward a Research Agenda. *Human Resource Management*, 54, 711–735. DOI:10.1002/hm.21742
- Boll Hanssen, E. (2014). Older immigrants' use of public home care and residential care. *European Journal of Ageing*, 11, 41-53. DOI: 10.1007/s10433-013-0289-1
- Dein, S., & Huline-Dickens, S. (1997). Cultural aspects of aging and psychopathology. *Aging & Mental Health*, 1, 112–120, DOI: 10.1080/13607869757209
- De Prins, P. & Henderickx, E. (2007). HRM Effectiveness in Older People's and Nursing Homes: The Search for Best (Quality) Practices. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 36, 549-571. DOI: 10.1177/0899764006296051

- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB
- Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken en handbok i enkätmetodik* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur AB
- Faison, W, E. & Armstrong, D. (2003). Cultural Aspects of Psychosis in the Elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *16*, 225–231. DOI: 10.1177/0891988703258668
- Folkhälsomyndigheten. (2018a, 2 augusti). Folkhälsopolitiska mål. Hämtad 24 september, 2018, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/folkhalsopolitiska-mal/>
- Folkhälsomyndigheten. (2018b, 23 mars). Hälsosamt åldrande. Hämtad 25 juli, 2018, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/halsosamt-aldrande/>
- Franklin, C, N. & Tate, A, T. (2009). Lifestyle and Successful Aging: An Overview. *American Journal of Lifestyle Medicine*, *3*, 6–11, DOI: 10.1177/1559827608326125
- Goa, F., Tilse, C., Wilsona, J., Tuckett A., & Newcombe P. (2015). Perceptions and employment intentions among aged care nurses and nursing assistants from diverse cultural backgrounds: A qualitative interview study. *Journal of Aging Studies*, *35*, 111–122, DOI: 10.1016/j.jaging.2015.08.006
- Hadziabdic, E., Lundin, C., & Hjelm, K. (2015). Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare. *BMC Health Services Research*, *15*, 1–13, DOI: 10.1186/s12913-015-1124-5
- Heikkikilä, K., Sarvmäki, A., & Ekman, S.L. (2007). Culturally congruent care for older people: Finnish care in Sweden. *Scandinavian Journal of caring sciences*, *21*, 354–361, DOI: 10.1111/j.1471-6712.2007.00480.x
- Melin Emilsson, U. (2011). The staff's view on dementia and the care in three cultures: A qualitative study in France, Portugal and Sweden. *Dementia*, *11*, 31–47, DOI: 10.1177/1471301211416613
- Moberg, O, D. (2008). Spirituality and Aging: Research and Implications. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, *20*, 95–134, DOI: 10.1080/15528030801922038

- Migrationsinfo.se. (2016, 9 september). Sverige. Hämtad 13 juli, 2018, från <https://www.migrationsinfo.se/migration/sverige/>
- Migrationsinfo.se. (2018, 17 april). Åldersfördelning. Hämtad 12 augusti, 2018, från <https://www.migrationsinfo.se/befolkning/aldersfordelning/>
- Nordin, M. & Schölin, T. (2011). Religion, vård och omsorg- Mångkulturell vård i praktiken. Gleerups Utbildning AB: Malmö
- Radermacher, H., Feldman, S. & Browning, C. (2009). Mainstream versus ethno specific community age care services: It's not an "either or". *Australasian Journal on Ageing*, 28, 58-63. DOI: 10.1111/j.1741-6612.2008.00342.x
- Sachs, L. (2004). Magins effekter blir rumsrena-Placeboeffekten fångad på bild. *Socialmedicinsk tidskrift*, 81, 487–496, ISSN 1554/1331
- Small, J., Chan, S. M., Drance, E., Globerman, J., Hulko, W., O'Connor, D.,...Ho, L. (2015). Verbal and nonverbal indicators of quality of communication between care staff and residents in ethnoculturally and linguistically diverse long-term care settings. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 30, 285-304. DOI 10.1007/s10823-015-9269-6
- Socialstyrelsen. (2006). Lagstiftningen inom vården och omsorgen om äldre Likheter och skillnader mellan socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagstiftningen (Artikelnr 2006-131-24). Hämtad från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9733/2006-131-24_200613124.pdf
- Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2015). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst Lägesrapport 2015* (Rapport 2015-2-51). Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19747/2015-2-51.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017a). Äldreguiden 2017. Hämtad 30 juni, 2018, från <http://opnjamforelser.socialstyrelsen.se/aldreguiden/Sidor/default.aspx?step=3&service=1&municipal=232&cities=232>

Socialstyrelsen. (2017b). Äldreguiden 2017. Hämtad 30 juni, 2018, från <http://opnjamforelser.socialstyrelsen.se/aldreguiden/Sidor/default.aspx?step=4&service=1&municipal=232&cities=232&performers=4250%2C4253%2C4254>

Söderbacka, T., Nyström, L. & Fagerström, L. (2016). Older persons' experiences of what influences their vitality – a study of 65-and 75-year-olds in Finland and Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 378–387, 10.1111/scs.12357

Tengland, P, A. (2010). Health promotion or diseaseprevention: a real difference for public health practice?. *Health care analysis*, 18, 203–221, DOI: 10.1007/s10728-009-0124-1

Truong, M., Gibbs, L., Paradies, Y.& Priest, N. (2017). “Just treat everybody with respect”: Health Service Providers' Perspectives on the Role of Cultural Competence in Community Health Service Provision. *ABNF Journal*, 28, 34–43. ISSN: 1046-7041

Wadensten, B. (2005). The content of morning time conversations between nursing home staff and residents. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 84–89, DOI: 10.1111/j.1365-2702.2005.01283.x

Wahlgren, L. (2008). *SPSS steg för steg*. (2: a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health (rapport WT104). Hämtad från http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=BEC16C5260F6F5FD683AAAF8EAF2803E?sequence=1 ISBN 978 92 4 0694811

Wiesmann, U. & Hannich, H, J. (2010). A Salutogenic Analysis of Healthy Aging in Active Elderly Persons. *Research on Aging*, 32(3), 349–371. DOI: 10.1177/0164027509356954

Xiao, L, D., Willis, E., Harrington, A., Gillham, D., De Bellis, A., Morey, W., & Jeffers, L. (2017). Improving socially constructed cross-cultural communication in aged care homes:A critical perspective. *Nursing Inquiry*, 25, 1-11. DOI: 10.1111/nin.12208

8. Bilagor

8.1 Bilaga 1

Bakgrundsfrågor

1. Jag jobbar på det särskilda boendet

Särskilt boende 1

Särskilt boende 2

Särskilt boende 3

2. Din sysselsättning på det särskilda boendet är?

Heltidsanställd

Deltid 75% och mer

Deltid mindre än 75%

3. Ålder

18–25

26–35

36–45

46–55

56–65

65+

4. Kön

Man

Kvinna

Annat

5. Har du Vård och omsorgsutbildning?

Ja

Nej

Påbörjad men inte avslutad utbildning

6. Är svenska ditt modersmål?

Ja

Nej

7. Hur många språk pratar du?

1 språk

2 språk

3 språk

4 språk

5 eller fler språk

8. Är du född i Sverige?

Ja

Nej

9. Är dina föräldrar födda i Sverige?

Ja

Nej

En av dem

Kulturellt hälsofrämjandefrämjande arbetsrutiner

Kulturella behov har vi alla människor det kan handla om till exempel traditioner, värderingar, religiösa uppfattningar, etnicitet och språkkunskaper. Dessa kulturella behov måste även speglas i dagens vård- och omsorgsarbete. Genom att arbeta kulturellt hälsofrämjande kan man hjälpa till att minska sociala skillnader i vården. Genom att minska de sociala skillnaderna i vård- och omsorgsarbetet skapas en trygg och god omvårdnadsprocess för alla.

1. Anser du att du arbetar kulturellt hälsofrämjande i ditt yrke?

Jag tänker alltid på de äldres kulturella behov när jag arbetar

Jag tänker ofta på de äldres kulturella behov när jag arbetar

Jag tänker ibland på de äldres kulturella behov när jag arbetar

Jag tänker sällan på de äldres kulturella behov när jag arbetar

Jag tänker aldrig på de äldres kulturella behov när jag arbetar

2. Känner du att du har kunskapen att arbeta kulturellt hälsofrämjande för de äldre?

Alltid Oftast Ibland Sällan Aldrig

3. Vill du arbeta kulturellt hälsofrämjande i ditt arbete?

Alltid Ofta Ibland Sällan Aldrig

4. Tycker du att det är svårt att arbeta kulturellt hälsofrämjande?

Ja det är alltid svårt att arbeta med de äldres kulturella behov

Ja det är ofta svårt att arbeta med de äldres kulturella behov

Det är ibland svårt att arbeta med de äldres kulturella behov

Det är sällan svårt att arbeta med de äldres kulturella behov

Det är aldrig svårt att arbeta med de äldres kulturella behov

5. Har du svårt att bryta gamla vanor i ditt arbete?

Jag har alltid svårt att ändra mina gamla vanor

Jag har ofta svårt för att ändra mina gamla vanor

Jag har ibland svårt att ändra mina gamla vanor

Jag har sällan svårt för att ändra mina gamla vanor

Jag har aldrig svårt att ändra mina gamla vanor

6. Tycker du att det är svårt att arbeta individanpassat?

Det är alltid svårt att arbeta individanpassat

Det är ofta svårt att arbeta individanpassat

Det är ibland svårt att arbeta individanpassat

Det är sällan svårt att arbeta individanpassat

Det är aldrig svårt att arbeta individanpassat

7. Är du intresserad av kunskap om andra religioner och kulturella värderingar än dina egna?

Mycket Ganska Mycket Något Inte så mycket

Inte alls

8. När du arbetar tänker du på att behandla den boende med respekt för religiösa och kulturella värderingar?

Alltid Ofta Ibland Sällan Aldrig

9. Respekterar du de boendes kulturella värderingar angående hygienrutiner även om de bryter mot enhetens rutiner? T.ex. romer vill ofta byta sängkläder och använda sina egna koppar och bestick

Alltid Ofta Ibland Sällan Aldrig

10. Har denna enkäten fått dig att tänka på att arbeta mer individanpassat och kulturellt främjande mot de äldre på det särskilda boendet du arbetar på?

- Ja enkäten har fått mig att börja tänka på att arbeta mer individanpassat och kulturellt främjande
- Nej enkäten har inte fått mig att börja fundera på att arbeta mer individanpassat och kulturellt främjande
- Jag arbetade redan individanpassat och kulturellt främjande i mitt arbete innan enkäten

8.2. Bilaga 2

Följebrev särskilt boende 1

Sverige är ett växande mångkulturellt land men det finns ingen specifik definition av vad mångkulturellt betyder. Antirasistiska akademien menar att man kan se det mångkulturella samhället som ett samhälle där alla ska få leva med lika rättigheter även om man har talar olika språk, har olika etniciteter, religioner, uppfattningar och ideal. En definition av hälsa är en känsla av total fysisk, psykiskt, socialt, andligt och kulturellt välbefinnande. Detta innebär att den kulturella aspekten har stor betydelse för individens välmående. Det finns många olika typer av kulturer i vårt samhälle och samtliga ser på hälsa på olika sätt. Detta innebär att vården måste ha ett individanpassat vårdssystem för att skapa en trygg och god omvårdnad. Syftet med denna enkätundersökning är att undersöka om omvårdnadspersonal på särskild boende känner att de har den kunskap de behöver för att möta de äldres kulturella behov i det dagliga omvårdnadsarbetet.

Ditt deltagande i denna enkätundersökning är viktig men frivilligt och du får när som helst avbryta ditt deltagande. Svaren är baserade på deltagarnas egna tankar, reflektioner och upplevelser. Ditt deltagande i undersökningen kommer endast användas under examensarbetet i Folkhälsovetenskap C på Mittuniversitet under vårterminen 2018. De svar som ges under enkätundersökningen kommer behandlas konfidentiellt och inga identitetsuppgifter kommer presenteras. Svaren kommer granskas i statistikprogrammet SPSS och kommer presenteras i tabell och text i en rapport. Vill du delta i studien signera detta följbrev som då symboliserar ditt samtycke. Följbrevet lämnas in tillsammans med enkäten.

Är det något du undrar över angående enkäten eller studien så är du välkommen att kontakta Sandra Rågård. Enkäten lämnas in i enhetschefens brevlåda i entrén i det medskickade kuvertet. För att kunna ha tid med sammanställning samt granskning av svar är sista inlämningsdagen för enkäterna den 26/4–18. Tack för din medverkan!

Med vänliga hälsningar

Sandra Rågård

Underskrift Deltagare

Datum

8.3 Bilaga 3

Följebrev särskilt boende 2

Sverige är ett växande mångkulturellt land men det finns ingen specifik definition av vad mångkulturellt betyder. Antirasistiska akademien menar att man kan se det mångkulturella samhället som ett samhälle där alla ska få leva med lika rättigheter även om man har talar olika språk, har olika etniciteter, religioner, uppfattningar och ideal. En definition av hälsa är en känsla av total fysisk, psykiskt, socialt, andligt och kulturellt välbefinnande. Detta innebär att den kulturella aspekten har stor betydelse för individens välmående. Det finns många olika typer av kulturer i vårt samhälle och samtliga ser på hälsa på olika sätt. Detta innebär att vården måste ha ett individanpassat vårdssystem för att skapa en trygg och god omvårdnad. Syftet med denna enkätundersökning är att undersöka om omvårdnadspersonal på särskilda boenden känner att de har den kunskap de behöver för att möta de äldres kulturella behov i det dagliga omvårdnadsarbetet.

Ditt deltagande i denna enkätundersökning är viktigt men frivilligt och du får när som helst avbryta ditt deltagande. Svaren är baserade på deltagarnas egna tankar, reflektioner och upplevelser. Ditt deltagande i undersökningen kommer endast användas under examensarbetet i Folkhälsovetenskap C på Mittuniversitet under vårterminen 2018. De svar som ges under enkätundersökningen kommer behandlas konfidentiellt och inga identitetsuppgifter kommer presenteras. Svaren kommer granskas i statistikprogrammet SPSS och kommer presenteras i tabell och text i en rapport. Vill du delta i studien signera detta följbrev som då symboliserar ditt samtycke. Följbrevet lämnas in tillsammans med enkäten.

Är det något du undrar över angående enkäten eller studien så är du välkommen att kontakta Sandra Rågård. Enkäten lämnas in i brevlådan utanför enhetschefens kontor i det medskickade kuvertet. För att kunna ha tid med samanställning samt granskning av svar behöver svaren senast vara inne den 26/4–18. Tack för din medverkan!

Med vänliga hälsningar

Sandra Rågård

Underskrift Deltagare

Datum

8.3 Bilaga 4

Följebrev Särskilt boende 3

Sverige är ett växande mångkulturellt land men det finns ingen specifik definition av vad mångkulturellt betyder. Antirasistiska akademien menar att man kan se det mångkulturella samhället som ett samhälle där alla ska få leva med lika rättigheter även om man har talar olika språk, har olika etniciteter, religioner, uppfattningar och ideal. En definition av hälsa är en känsla av total fysisk, psykiskt, socialt, andligt och kulturellt välbefinnande. Detta innebär att den kulturella aspekten har stor betydelse för individens välmående. Det finns många olika typer av kulturer i vårt samhälle och samtliga ser på hälsa på olika sätt. Detta innebär att vården måste ha ett individanpassat vårdssystem för att skapa en trygg och god omvårdnad. Syftet med denna enkätundersökning är att undersöka om omvårdnadspersonal på särskilda boenden känner att de har den kunskap de behöver för att möta de äldres kulturella behov i det dagliga omvårdnadsarbetet.

Ditt deltagande i denna enkätundersökning är viktigt men frivilligt och du får när som helst avbryta ditt deltagande. Svaren är baserade på deltagarnas egna tankar, reflektioner och upplevelser. Ditt deltagande i undersökningen kommer endast användas under examensarbetet i Folkhälsovetenskap C på Mittuniversitet under vårterminen 2018. De svar som ges under enkätundersökningen kommer behandlas konfidentiellt och inga identitetsuppgifter kommer presenteras. Svaren kommer granskas i statistikprogrammet SPSS och kommer presenteras i tabell och text i en rapport. Vill du delta i studien signera detta följebrev som då symboliserar ditt samtycke. Följebrevet lämnas in tillsammans med enkäten.

Är det något du undrar över angående enkäten eller studien så är du välkommen att kontakta Sandra Rågård. Enkäten lämnas in i brevlådan utanför enhetschefens kontor i det medskickade kuvertet. För att kunna ha tid med samanställning samt granskning av svar är sista inlämningsdagen för enkäterna den 26/4–18. Tack för din medverkan!

Med vänliga hälsningar

Sandra Rågård

Underskrift Deltagare

Datum