



**SPRÅKBARRIÄRER I MÖTET MED SVENSK HÄLSO- OCH
SJUKVÅRD**

-En kvalitativ intervjustudie ur patientens perspektiv

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 30 oktober 2017

Kurs: 48

Författare: Maria Landin Lundvall

Författare: Heidi Norrgård

Handledare: Britten Jansson

Examinator: Sissel Andreassen Gleissman

SAMMANFATTNING

Bakgrund

I Sverige ökar invandringen för varje år. Det medför en ökning av antalet individer med ursprung från andra länder och kulturer än Sverige. Denna ökade mångfald ställer nya krav på hälso- och sjukvården. Sverige har lagstiftat alla människors rätt till likvärdig vård. I mötet mellan patient och personal är kommunikationen viktig, och förekomsten av språkbarriärer kan leda till svårigheter att bedöma hälsotillstånd och utforma adekvat vård.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelse av mötet med personal inom svensk hälso- och sjukvård när ett gemensamt språk saknas.

Metod

Utifrån en kvalitativ forskningsmetod intervjuades nio personer med icke-svenskt ursprung som varit i kontakt med svensk hälso- och sjukvård där det i mötet med hälso- och sjukvårdspersonalen saknats ett gemensamt språk. Åtta intervjuer inkluderades i resultatet. En semistrukturerad intervjuguide användes och materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

I resultatet formulerades tre kategorier som svarade på syftet. Kategorierna var ”Förstå och göra sig förstådd”, ”Tillämpa strategier för kommunikationen” och ”Personalens attityd och förhållningssätt”. Förståelse för systemet och kunskap om hur man söker kontakt med vården hade betydelse för hur mötet upplevdes. Personalens vilja att förstå och deras positiva attityd hade stor inverkan på hur patienten upplevde mötet

Slutsats

Förmågan att kommunicera har stor betydelse för upplevelsen av mötet och påverkas av språkförståelse, kulturell medvetenhet, förståelse för sjukvårdssystemet, tillgång till tolk samt personalens attityd. Då språkbarriärer kan resultera i att patienten inte känner sig delaktig är det viktigt att personalen besitter kunskap och strategier för att kunna arbeta personcentrerat.

Nyckelord: Kommunikation, Mötet, Omvårdnad, Språkbarriärer

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Invandring till Sverige	1
Svensk hälso- och sjukvård	1
Mötet.....	2
Språkbarriärer inom hälso- och sjukvård	3
Hjälpmedel vid språkbarriärer.....	4
Sjuksköterskans roll i mötet.....	5
Problemformulering.....	6
SYFTE	7
METOD	7
Val av Metod.....	7
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	11
RESULTAT	12
Förstå och göra sig förstådd	12
Tillämpa strategier för kommunikationen.....	14
Personalens attityd och förhållningssätt	16
DISKUSSION	19
Resultatdiskussion	19
Metoddiskussion	20
Slutsats.....	21
REFERENSER	23

BILAGA A-B

BAKGRUND

Invandring till Sverige

De senaste 150 åren har Sverige gått från att vara ett utvandringsland till att vara ett invandringsland (Statistiska centralbyrån [SCB], u.å.). Den högaktuella flyktingkrisen i Syrien har lett till att antalet personer som sökt asyl i Sverige var på historiskt höga nivåer under 2014 och 2015 (Migrationsinfo, u.å.). Under 2016 ökade invandringen till Sverige ytterligare till rekordsiffran 163 005 personer (SCB, u.å.), då det kom ungefär 500-600 nya asylsökande i veckan. Invandringen från mellanöstern sjönk då något samtidigt som antalet ensamkommande barn från Eritrea ökade kraftigt (Englund, 2017).

Det är inte bara krig och förföljelse i hemlandet som gör att människor invandrar till Sverige. Orsaken kan också vara studier, arbete eller för att man träffat en ny livskamrat (Migrationsverket, u.å.). Alla som flyttar till Sverige ingår i invandringsstatistiken. Tidigare har återvändande svenskar varit den största invandringsgruppen men sedan 2014 är flest personer som flyttar till Sverige födda i Syrien (SCB, u.å.). De största grupperna av invandrare till Sverige under 2016, sorterat efter födelselandet var enligt SCB (u.å.) Syrien, Sverige (återvändande svenskar), Eritrea, Polen, Indien, Somalia, Irak, Afghanistan, Finland och Tyskland.

I och med den ökade invandringen till Sverige ställs nya krav på svensk hälso- och sjukvård (Bäärnhielm, 2013). Såväl patienter som personal befinner sig i en integrationsprocess som kräver att kommunikation och bemötande inom sjukvården behöver förändras och utvecklas. Det innebär att hälso- och sjukvårdspersonal måste klara av att möta mångfald menar Bäärnhielm (2013). En del kunskap finns, men mer behöver utforskas. Modeller och befintliga arbetssätt bör anpassas och utvecklas för att möta patienters behov (Bäärnhielm, 2013). Det stora antalet invandrare påverkar även hälso- och sjukvårdens verksamhet ekonomiskt genom att många fler personer behöver erbjudas hälsoundersökningar samt att många av dessa personer behöver akut sjukvård och tandvård (Folkhälsomyndigheten, u.å.). Alla som söker asyl i Sverige erbjuds enligt lag en frivillig, kostnadsfri hälsoundersökning vars syfte är att upptäcka ohälsa och erbjuda nödvändig vård och smittskydd, något som gynnar både den enskilde och samhället (Folkhälsomyndigheten, u.å.).

Svensk hälso- och sjukvård

En patient är en person som lider av sjukdom eller kroppsskada och är föremål för vård eller behandling speciellt i förhållande till läkare eller andra personer som ger vård och behandling (Patient, 2017). Begreppet patient används i denna studie för att tydliggöra den vårdsökande personens roll i förhållande till hälso- och sjukvårdspersonalen.

Svensk hälso- och sjukvård är ett brett begrepp som omfattar många olika typer av vårdinstanser samt många olika professioner. Det gemensamma för dessa är att de regleras via hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (Blomqvist & Petersson, 2014).

Enligt HSL (SFS, 2017:30, kap. 3, 1 §) är målet med svensk hälso- och sjukvård en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare ska vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

År 2015 trädde patientlagen (SFS, 2014:821) i kraft och syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning och rättigheter inom hälso- och sjukvården samt främja dennes integritet, självbestämmande och delaktighet. Patientlagen (SFS, 2014:821, kap. 3, §6,7) slår bland annat fast att varje patient har rätt att få information om sitt hälsotillstånd anpassad till sin språkliga bakgrund. Patienten ska ha möjlighet att förstå innehållet och betydelsen av informationen. Vidare tar patientlagen upp att så långt det är möjligt skall patienten vara delaktig i både utformning och genomförande av sin vård. (SFS, 2014:821, kap 5, §1)

Personcentrerad omvårdnad har vuxit fram som ett begrepp som beskriver god och humanistisk omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2016a). Bäärnhielm (2013) menar att kärnan i den personcentrerade omvårdnaden är att hälso- och sjukvårdspersonalen försöker ta del av patientens värld och se sjukdomen med dennes ögon. För att uppnå en meningsfull kommunikation med patienten krävs ett intresse för att förstå dennes perspektiv (Bäärnhielm, 2013). Patienten behöver tid och utrymme för att förmedla upplevelsen av sina besvär och av sin sociala situation då denna upplevelse kan skilja sig från personalens tolkning (Bäärnhielm, 2013). Det är patientens rätt att få information om sin situation och bli sedd och förstådd som den person hen är (Andersson, 2013).

Det ökande antalet personer som invandrar till Sverige utgör en utmaning för personal inom hälso- och sjukvården då ömsesidig förståelse är nödvändig i mötet med patienter som inte talar samma språk som vårdaren (Fatahi, Mattsson, Lundgren, & Hellström, 2009).

Mötet

Svensk sjuksköterskeförening (2016b) beskriver begreppet mötet som ett tillfälle mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då verklighet kan uppnås om ömsesidig öppenhet finns. I mötet med andra människor formas bilden av oss själva och världen. Patient och personal har lika värde enligt de mänskliga rättigheterna men vårdrelationen är asymmetrisk då patienten oftast är i beroendeställning. Hälso- och sjukvårdspersonalen får i sin maktposition stort inflytande inte bara över den fysiska omvårdnaden utan även över patientens syn på sig själv och situationen. (Svensk sjuksköterskeförening, 2016b)

Holopainen, Kasén och Nyström (2014) beskriver mötet som ett etiskt ögonblick då både hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten framförallt är människor. Mötet med till exempel sjuksköterskan kan hjälpa patienten att se sin inre sanning och förmåga att förstå och acceptera sitt liv och öde. Det kan också hjälpa patienten att återfå en känsla av kontroll över till exempel sin kropp eller situation. Holopainen et al. tar upp några förutsättningar som behöver uppfyllas för att ett möte ska kunna ske, nämligen närvaro, erkännande, tillgänglighet och ömsesidighet. Gustafsson, Snellman och Gustafsson (2013) lyfter fram liknande begrepp som karaktäriserar det goda mötet. De har valt att belysa gemenskap, gemensamt ansvar, en känsla av trygghet, och värme.

Holopainen, Kasén och Nyström (2015) tydliggör att ett möte sker även i korta kliniska situationer som till exempel vid en inbokad blodprovstagning eller i en akut situation. Även här är det viktigt att mötet blir bra då det lämnar spår i patientens inre berättelse. Holopainen et al. (2015) menar att ett gott möte ger patienten en möjlighet att vara just patient men även en individ.

Hälso- och sjukvårdspersonalens uppgift i mötet är att skapa en relation med patienten för att gemensamt undersöka och utforska dennes problem och tillsammans forma en plan för behandling (Ottosson, 1999). Detta ställer höga krav på personalens flexibilitet och kommunikativa förmåga då varje möte är unikt (Anderson, 2013).

Kommunikation i mötet

Kommunikation är en viktig del i mötet och kan definieras som ett “ömsesidigt utbyte” som innefattar både det verbala uttrycket såväl som kroppsspråket (Fossum, 2013). Kommunikation är absolut nödvändigt, om inte livsnödvändigt i möten inom hälso- och sjukvården då vi kommunicerar med varandra bland annat för att överleva, för att samarbeta samt för att tillfredsställa våra personliga behov. Att uppmärksamma betydelsen av kulturell, social och etnisk mångfald hos såväl patienter som personal är nödvändigt för att skapa god kommunikation och goda möten inom hälso- och sjukvården (Fossum, 2013).

Språk- och kulturbarriärer kan enligt Bäärnhielm (2013) leda till att kommunikationen mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal försvåras på grund av till exempel avsaknaden av ett gemensamt språk, svårigheter att tolka varandras signaler eller kroppsspråk. Det går inte alltid att översätta ordagrant mellan språk då ord och begrepp ibland har olika språkliga och kulturella betydelser och det kan dessutom vara svårt för patienten att beskriva känslor och formulera tankar (Bäärnhielm, 2013). Patienter som inte har svenska som modersmål behöver ofta mer tid på sig för att ta till sig hela samtalet i mötet med hälso- och sjukvårdspersonal (Socialstyrelsen, 2015).

Mötet rymmer en obalans på grund av att hälso- och sjukvårdspersonalen tillhör ett medicinskt system och patienten befinner sig som hjälpsökande i en beroendeställning. Är patienten dessutom dåligt insatt i hur den lokala hälso- och sjukvården fungerar, ökar obalansen (Bäärnhielm, 2013). Andra faktorer som kan påverka kommunikationen mellan patienten och personalen är patientens syn på de olika yrkeskategorierna inom hälso- och sjukvården (Folkhälsomyndigheten.se, u.å.). Exempelvis, i många kulturer ses läkaren som en mycket viktig auktoritet medan sjuksköterskan inte har samma utbildning och mindre befogenheter (Folkhälsomyndigheten, 2014). Faktorer såsom attityd, kulturell kompetens, utbildning samt livserfarenhet påverkar också kommunikationen, men vi kan inte frånga om ett gemensamt språk utgör en stor del av kommunikationen i möten mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal (Jirwe, Gerrish & Emami, 2010).

Språkbarriärer inom hälso- och sjukvård

Enligt Institutet för språk och folkminnen (u.å.), talas och skrivs minst 150 olika språk i Sverige. Språket är en nyckel till kommunikation och ger oss möjlighet att förmedla känslor och upplevelser men samtidigt kan språket innebära en begränsning för kommunikationen (Bäärnhielm, 2013).

Jirwe et al. (2010) menar att sjuksköterskestudenter upplever att kommunikationssvårigheter är ett stort problem i mötet med patienter från andra kulturella bakgrunder. I deras kvalitativa studie där svenska sjuksköterskestudenter intervjuades framkom det bland annat att sjuksköterskestudenterna upplevde att språkbarriärer ledde till att omvårdnaden blev mer mekanisk och opersonlig. Sjuksköterskestudenterna beskrev att de var rädda för att göra misstag samt saknade kunskap och självförtroende vid

interkulturell kommunikation. Detta kan ofta leda till otillräckligt informationsutbyte och försämrad kvalitet på omvårdnaden. (Jirwe et al., 2010)

Mangrio och Perssons (2017) kvalitativa studie belyser språkets betydelse i mötet med hälso-sjukvårdspersonal ur patientens perspektiv. Icke-europeiska föräldrar intervjuades om deras upplevelser av svensk barnhälsovård och Mangrio och Person (2017) beskriver att relationen mellan föräldrarna som sökte vård och personalen påverkades negativt av språkbegränsningarna. Relationen förbättrades allt eftersom föräldrarnas kunskaper i svenska ökade. Enligt Socialstyrelsen (2015) kan brister i bemötande och kommunikation leda till att patienter inte uppfattar väsentlig information, inte följer ordinationer eller behandlingsrekommendationer samt att patienter väljer att inte söka vård trots att deras tillstånd kräver det. Van Rosse, de Bruijne, Suurmond, Essink-Bot och Wagner (2015) lyfter i sin studie fram specifika situationer då patienter utsätts för vårdrelaterade risker på grund av språkbarriärer. De beskriver allvarliga risker i samband medicinering, smärtbehandling, mätning av patientens vätskebalans, diagnostik samt i akuta situationer.

Att inte förstå språket kan dessutom innebära svårigheter att förstå kulturen, specifikt vårdkulturen och dess system för behandlingar (Starbuck Pashley, 2012). Därtill påverkar även patientens kulturella bakgrund hur hen identifierar föreslagna behandlingar, tolkar kommunikationen, förstår sjukdomsprocessen samt helheten av vården (Starbuck Pashley, 2012).

Hjälpmiddel vid språkbarriärer

För att kommunicera när man saknar ett gemensamt språk finns olika strategier, varav professionella tolkar är en viktig sådan (Fatahi et al., 2009). Fatahi et al (2009) menar att behovet av en auktoriserad tolk är nödvändigt vid vissa undersökningar för att kunna förmedla viktig information om biverkningar och komplikationer. Finns ingen auktoriserad tolk tillgänglig används ofta en släkting som tolk, många gånger ett barn, vilket kan innebära en risk för att patienten får felaktig eller otillräcklig information (Fatahi et al., 2009). Beslutet att inte använda tolk i vissa situationer baseras på tidsbrist att hitta en auktoriserad tolk, ekonomiska begränsningar eller hälso- och sjukvårdspersonalens egen osäkerhet kring tolkningsprocessen (Jirwe et al., 2010).

Att använda sig av tolk kan i många fall förenkla möten inom hälso- och sjukvården men det kan även försvåra bildandet av partnerskap mellan patient och personal (Eklöf, Hupli & Leino-Kilpi, 2015). Om patienten känner en för stor samhörighet med tolken och ser denne som en vän kan till exempel sjuksköterskan lämnas utanför samtalet. Om tolken däremot ses som en främling kan dennes närvaro också försvåra relationen, exempelvis när patienten är ett barn som känner sig orolig på grund av tolkens närvaro. (Eklöf et al., 2015)

När hälso- och sjukvårdspersonal kommunicerar med patienter som pratar ett annat språk är det viktigt att de är uppmärksamma på sitt språkbruk (Fossum, 2013). De bör använda ett tydligt språk utan slang och uttryck som inte alla förstår såsom sjukhusjargong och medicinska uttryck. Vidare bör de prata långsamt och tänka på röst och tonfall. Personal som låter stressad kan leda till att patienten inte vågar ställa frågor (Fossum, 2013).

När patienten ges information eller undervisning är det bra att komplettera samtalet med skriftlig information (Klang Söderkvist, 2013). I Mangrio och Perssons (2017) studie var

intervjupersonerna nöjda med den skriftliga och muntliga informationen som de fick när de hade kontakt med svensk hälso- och sjukvård. De uppskattade att få information om hur de själva kan söka mer information på internet. Även skriftlig information som delades ut vid besöket och som skickades hem till patienterna uppskattades. I samma studie lyfts dock vikten av att kombinera den skriftliga informationen med en muntlig genomgång (Mangrio & Persson, 2017). Vissa patienter härstammar från samhällen där den muntliga kulturen är dominerande. Ett exempel på detta är Somalia, där skriftspråket infördes så sent som 1972. Det är viktigt att ta hänsyn till dessa patienter, som är ovana att använda skriftspråket som informationskanal (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Sjuksköterskans roll i mötet

I möten inom hälso- och sjukvård har sjuksköterskan en viktig roll att bjuda in patienten till ett partnerskap, lyssna på patientberättelsen och utifrån den tillsammans med patienten forma en personcentrerad omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2016a). Svensk sjuksköterskeförening har arbetat fram sex kärnkompetenser för att tydliggöra kompetensen hos legitimerade sjuksköterskor. Dessa innefattar bland annat personcentrerad omvårdnad som innebär att omvårdnaden för den enskilde personen utformas utifrån patientberättelsen i partnerskap med sjuksköterskan samt eventuellt närstående (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Omvårdnadsprocessen tar sin början i partnerskapet där patienten ses som en resurs (Socialstyrelsen, 2015). Bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden görs i gemenskap med patienten, vilket leder till bättre följsamhet och bättre behandlingsresultat (Socialstyrelsen, 2015). Björk Brämberg, Nyström och Dahlberg (2010) menar i sin studie att göra patienten delaktig i sin vård innebär mer än att de får information, behandlingsalternativ och tillgång till sina journaler. Björk Brämberg et al. beskriver att essensen av delaktighet är att patienten verkligen blir lyssnad på och tagen på allvar och att patienten är omvårdnadens huvudfokus. De lyfter att patienten kan initiera partnerskap och delaktighet i sin omvårdnad men sjuksköterskan har i och med sin professionella kompetens ett ansvar att möjliggöra delaktighet (Björk Brämberg et al., 2010). Sjuksköterskan har således ett stort ansvar för hur patienten upplever mötet med hälso- och sjukvården och det är viktigt med tydliga riktlinjer och styrdokument för hur sjuksköterskan men även övrig hälso- och sjukvårdspersonal ska arbeta för att uppnå personcentrerad omvårdnad när språkbarriärer förekommer (Socialstyrelsen, u.å.).

Jirwe et al. (2010) påvisade i sin studie att trots att hälso- och sjukvårdspersonalen hade erfarenheter av möten med patienter från andra kulturella och språkliga bakgrunder, upplevde personalen att omvårdnaden blev bristfällig på grund av kommunikationssvårigheterna, vilket resulterade i frustration hos hälso- och sjukvårdspersonalen. För att kunna tillhandahålla kulturellt anpassad omvårdnad, bör sjuksköterskan inte bara ta hänsyn till patientens kulturella bakgrund och hur den kan påverka hans syn på sjukdomsprocessen, utan också lära sig att kommunicera effektivt med dessa patienter (Plaza del Pino, Soriano & Higginbottom, 2013).

Problemformulering

Invandringen till Sverige har ökat de senaste åren och Sverige har därmed blivit ett mer heterogent och mångfacetterat samhälle (Folkhälsomyndigheten, 2014). Detta ställer höga krav på hälso- och sjukvårdspersonal som i enlighet med svensk lagstiftning måste kunna ge alla patienter en likvärdig vård (SFS, 2017:30, kap. 3, 1 §). Jirwe et al. (2010) påvisar i sin studie att svenska sjuksköterskestudenter med helsvensk bakgrund känner en otillfredsställelse i mötet med patienten om de inte pratar samma språk. Språkbarriärer mellan patienter och personal kan leda till försämrade vårdkvalitet och bristande patientsäkerhet (Socialstyrelsen, 2015).

Svensk hälso- och sjukvård ska främja en personcentrerad vård i vilken sjuksköterskan spelar en central roll. Sjuksköterskans uppgift är att skapa ett partnerskap med patienten och lyssna till dennes berättelse för att tillsammans utforma omvårdnaden (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Avsaknaden av ett gemensamt språk försvårar kommunikationen i detta möte (Jirwe et al, 2010).

Det behövs ökad kunskap om hur patienten upplever mötet med svensk hälso- och sjukvård för att utveckla bra och effektiva arbetssätt för att kunna ge en personcentrerad, patientsäker och jämlik vård oavsett patientens kulturella och språkliga bakgrund. (Socialstyrelsen, u.å.).

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelse av mötet med personal inom svensk hälso- och sjukvård när ett gemensamt språk saknas.

METOD

Val av Metod

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie. Enligt Malterud (2014) är kvalitativa studier forskningsstrategier som används för att beskriva och analysera ett specifikt fenomen. Det innebär att kvalitativ forskning ger en djupare förståelse för mänskliga erfarenheter, upplevelser, tankar, förväntningar, motiv och attityder. Baserat på Malteruds (2014) beskrivning samt utifrån syftet med studien att beskriva personers upplevelser av ett fenomen fastställdes valet av metod.

Urval

Urvalskriterier

Urvalet av deltagare gjordes ändamålsenligt och med hänsyn till syftet i enlighet med Danielson (2017a). Kriterierna för att inkluderas i studien var att deltagarna skulle vara män och kvinnor >18 år) som har upplevt ett personligt möte med svensk hälso- och sjukvårdspersonal. Ytterligare kriterier var att deltagarna inte skulle haft några kunskaper, eller ytterst begränsade kunskaper i svenska och engelska vid tiden för mötet med personalen. För att kunna delta i studien behövde deltagarna, vid tiden för intervjun, tala och förstå tillräckligt bra svenska för att kunna genomföra intervjun utan tolk eller annan språkhjälp.

Undersökningsgrupp

Urvalet omfattade nio deltagare med icke-svenskt ursprung som varit i kontakt med svensk hälso- och sjukvård. Deltagarna bestod av tre kvinnor och sex män i åldern 18-45 år. En av dessa deltagare exkluderades vid intervjutillfället. Deltagarna härstammade från Syrien, Afghanistan, Turkiet, Nicaragua, Somalia, Ukraina och Indien. De hade fått vård på olika vårdinstanser runt om i Sverige, främst vårdcentraler.

Kontakt

En av oss som utförde studien rekryterade en personlig bekant till pilotintervjun. För att hitta övriga deltagare användes snowball sampling som Polit och Beck (2017) beskriver som en slags snöbollseffekt där rekryteringen av deltagare sker genom att deltagarna som blir intervjuade i sin tur frågar andra personer om de kan tänka sig att delta i studien. Enligt en studie av Baltar och Brunet (2012) kan i svårtillgängliga populationer snowball sampling lättare identifiera deltagare som passar in på studiens syfte och även ge en möjlighet att öka representativiteten hos deltagarna. Ett brev med en förfrågan om deltagande sändes ut via sociala medier (facebook) för delning genom personliga kontakter. Ett brev med samma innehåll skickades till Transkulturellt Centrums facebook-sida och via e-mail till en kommunikatör på samma organisation. Även personer på den kommunala vuxenutbildningen Svenska för invandrare (SFI) kontaktades via e-mail med förfrågan om att dela informationen om studien med sina studenter. Detta resulterade i kontakt med en lärare på en skola med språkintruktionsprogram. Denna lärare

kontaktade i sin tur en lärare på Stockholms Universitet. Dessa två lärare bjöd in oss till deras respektive arbetsplatser (skolor) för att presentera vår studie till deras elever. På detta sätt rekryterades snabbt alla deltagare.

Nio dagar efter att vår förfrågan skickats ut på facebook besökte vi skolan med språkintruktionsprogram. Vi fann fem personer som mötte urvalskriterierna. Fyra av dem gav sitt samtycke att delta i studien. En vecka senare blev vi inbjudna till Stockholms Universitet där vi fann fem personer som stämde in på urvalskriterierna. Alla fem valde att delta i studien men en av dessa intervjuer exkluderades efter genomförandet då vi ansåg att deltagarens kunskaper i svenska inte var tillräckliga för att förstå frågorna.

Datainsamling

I enlighet med Danielson (2017a) genomfördes datainsamlingen med hjälp av semistrukturerade intervjuer för att ge deltagarna fritt utrymme att formulera sina svar och beskriva sina subjektiva upplevelser av mötet med svensk hälso- och sjukvårdspersonal. Frågorna styrdes av en intervjuguide. Resultatet av denna metod kan enligt Danielson (2017a) leda till ökade kunskaper inom området.

Intervjuguide

Då frågornas utformning har stor betydelse för kvaliteten på resultatet (Gillham 2008), var de flesta frågor i intervjuguiden öppna, det vill säga, svarens karaktär eller riktning var öppen. För att arbeta fram en intervjuguide (Bilaga A) följde vi Gillhams (2008) råd och skrev ner frågor som kunde kopplas till studiens syfte. Dessa frågor sorterades sedan in i olika teman. I nästa steg omformulerades dessa teman till öppna frågor exempelvis *“Berätta om ditt möte med svensk hälso- och sjukvård?”* och *“Berätta hur du och vårdpersonalen kommunicerade med varandra?”*. Frågorna kompletterades med stödord. Om de förbestämda stödorden inte nämdes spontant, ställdes följdfrågor för att säkerställa att likvärdiga områden täcktes in i svaren. Detta för att erhålla data som svarade mot syftet då Danielson (2017a) menar att genom att koncentrera sig till ett specifikt innehåll kan innehåll som inte har relevans för syftet uteslutas.

Pilotintervju

I enlighet med Gillhams (2008) rekommendationer genomfördes en pilotintervju för att testa intervjuguiden och därmed undersöka vilken information som eventuellt kunde tas bort, läggas till eller ändras, samt för att testa tidsåtgången och den tekniska utrustningen. Pilotintervjun ägde rum hemma hos testpersonen i Stockholm. Vi turades om att ställa frågor och kompletterade varandra med frågor vid behov. Pilotintervjun tog cirka 20 minuter och spelades in med hjälp av en smartphone och en diktafon. Intervjun transkriberades, analyserades och ingår i resultatet då testpersonen uppfyllde studiens urvalskriterier. Vi ansåg att guiden inte behövde revideras inför fortsatta intervjuer då intervjupersonen förstod frågorna och dessa innefattade områden som svarade mot syftet.

Intervjuer

Alla intervjuer genomfördes på svenska. Intervjuerna genomfördes i enskilda rum på skolan med språkintruktionsprogram och Stockholms Universitet och tog mellan 7-20 minuter. Närvarande vid varje intervju var endast deltagaren samt två intervjuare. Vi inledde intervjuerna med att presentera oss samt ge en mer detaljerad beskrivning av studiens syfte. Därefter följde en muntlig genomgång av det skriftliga samtycket

(Bilaga B), konfidentialiteten samt information om möjligheten att avbryta intervjun när som helst. Samtyckesblanketten signerades av deltagaren innan intervjun påbörjades. Vi valde båda att närvara vid varje intervju då det är att föredra enligt Trost (2010) som menar att två intervjuare kan ge stöd åt varandra. En av oss intog rollen som intervjuledare och ställde flest frågor och ledde samtalet vidare under hela intervjun. Den andra intervjuaren kompletterade med frågor vid behov. Vi turades om att inta ledarrollen för att avlasta varandra då den rollen upplevdes som krävande då flera intervjuer genomfördes direkt i anslutning till varandra. Intervjuerna spelades in med hjälp av en smartphone och en diktafon.

Dataanalys

Studien analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Danielson (2017b) menar att för en mindre datamängd såsom kvalitativa intervjuer är det lämpligt att använda kvalitativ innehållsanalys och att analyserna kan genomföras på olika sätt. Analysen kan genomföras i ett dataprogram eller manuellt, som i detta fall (Danielson, 2017b). Analysen gjordes med en induktiv ansats och utgick därmed från innehållet i texten snarare än utifrån en bestämd teori eller modell (Hsieh & Shannon, 2005).

Transkribering

Under transkriberingen försökte vi att så exakt som möjligt återge det ursprungliga materialet och förstå innebörden i det som sades efter bästa förmåga enligt Malteruds (2014) instruktioner. Kroppsspråk och gester inkluderades vid transkriberingen och noterades i texten. Vid transkriberingen valde vi dock att utesluta vissa utfyllnadsord som inte hade någon betydelse för innehållet då Malterud (2014) menar att om vi ordagrant skriver ner det som hördes får vi inte nödvändigtvis en bra återgivning av det som sades. Därav skrev vi i en form som bäst fångade upp det deltagaren avsåg.

Analys av data

Analysen skedde stegvis enligt de fyra faser som beskrivs av Malterud (2014). Den första fasen innebar att texterna lästes igenom i sin helhet ett antal gånger. Preliminära teman i texten utkristalliserades i samband med läsningen.

I den andra fasen lästes texterna igenom en gång till för att avgränsa meningsbärande enheterna, vilket innebär att text som på något vis inrymmer kunskap om ett eller flera teman valdes ut. De meningsbärande enheterna fick en beskrivande kod och organiserades så att de som hörde ihop grupperades tillsammans.

I tredje fasen sorterades de meningsbärande enheterna i kodgrupperna upp i subgrupper för att synliggöra olika aspekter av innehållet i kodgruppen. Innehållet i varje enskild subgrupp kondenserades för att få fram innebörder. Kondensering innebär att innehållet i varje subgrupp återberättas och sammanfattas med hjälp av deltagarnas egna ord och begrepp i de meningsbärande enheterna.

I den fjärde fasen sammanfattades essensen i varje enskild kodgrupp i en analytisk text med utgång ifrån de kondenserade texterna och de utvalda citaten i enlighet med Malterud (2014). Dessa texter presenteras som kategorier i resultatet.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enheter	Kod	Subgrupp	Kategori
<p>Man lyssnar inte på mig. Läkaren säger: 'Jag vet, jag vet, jag vet! Du måste lyssna på mig, ta recept, ta medicin.' Sen visar han ut mig. 'Du måste gå.' Han har kanske inte respekt för mig.</p>	<p>Patient känner sig inte lyssnad på</p>	<p>Tillåtelse av delaktighet</p>	<p>Personalens attityd och förhållningssätt</p>
<p>Jag kanske vill att läkare ska ge mig bra medicin. Jag kanske vill äta medicin men läkaren i Sverige säger 'nej nej'. Läkaren ger nästan aldrig antibiotika. De börjar med Alvedon och så vidare och ger antibiotika i sista hand. I mitt hemland ges antibiotika först. Nu vet jag varför, men först var det mycket konstigt och jobbigt för mig att förstå varför.</p>	<p>I Sverige ges mindre medicin än i hemlandet</p>	<p>Förförståelse och jämförelse med hemlandet</p>	<p>Förstå och göra sig förstådd</p>
<p>Jag försökte med engelska /.../ jag försökte förstå allt. Efter halvtimme hon hämtade tolk som tala i telefon. Då blev jag glad.</p>	<p>Blir glad av tolk</p>	<p>Behov av tolkstöd</p>	<p>Tillämpa strategier för kommunikationen</p>

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetik är viktigt att ta i beaktande i alla olika steg av en studie. Forskaren behöver överväga etiska principer vid val av ämne, genomförande samt vid rapportering och spridning av resultatet (Helgesson, 2015). Forskningen får bara utföras om dess värde överskrider dess negativa effekter och forskningen behöver kunna motiveras och dess fördelar behöver vägas mot eventuella risker den kan generera (Helgesson, 2015). Denna studie kan generera kunskap som behövs för att möjliggöra och utveckla personcentrerad omvårdnad när språkbarriärer förekommer. Deltagarna utsattes för minimal risk, vilket i enlighet med Helgesson (2015) innebär att de inte utsattes för större risker än i sina vanliga vardagsliv.

Informerat samtycke

Med informerat samtycke avses enligt Helgesson (2015) vanligtvis hela den process där en person informeras och med stöd av informationen beslutar om deltagandet i studien. Kravet på samtycke är lagstiftat, reglerat genom etiska riktlinjer och spelar en central roll när det gäller respekt för deltagarnas autonomi och integritet (Helgesson, 2015). Informerat samtycke införskaffades genom att samtliga deltagare tillfrågades om medverkan. Information om studien och deltagarnas rättigheter gavs muntligt och skriftligt. Informationen förklarade studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och att deltagarna hade möjlighet att avbryta intervjun när som helst utan förklaring, se bilaga B. På så sätt kunde vi utgå från att frivilligt informerat samtycke förelåg och att alla deltagare hade tillräcklig förståelse för studiens syfte och samtyckte till att delta utan otillbörlig påverkan.

Konfidentialitet

All information behandlades konfidentiellt, vilket enligt Helgesson (2015) innebär att den skyddas och är otillgänglig för obehöriga. Samtliga deltagare fick muntlig och skriftlig information om att studien var konfidentiell. Aidentifiering av informanterna säkerställdes genom att personuppgifter samt övrig information kunde avslöja deltagarnas identitet utslöts vid transkriberingen. När intervjuerna var transkriberade raderades alla inspelningar från smartphone och diktafon. All data förvarades, i enlighet med Helgesson (2015) på ett säkert ställe, i detta fall en lösenordskyddad dator, ej tillgänglig för obehöriga.

RESULTAT

Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelse av mötet med personal inom svensk hälso- och sjukvård när ett gemensamt språk saknas. Under analysprocessen framkom tre kategorier och åtta subgrupper som svarade mot syftet, se tabell 2. Citaten i varje subgrupp har korrigerats till skriftspråk för att underlätta läsningen och öka förståelsen. Vi har valt att benämna alla personer som har deltagit i intervjuerna för deltagare genomgående i texten och för att upprätthålla konfidentialiteten har vi valt att använda hen istället för han eller hon. Där vi refererar till endast ”personal” syftar vi på hälso- och sjukvårdspersonal.

Tabell 2. Redovisning av resultat.

Kategori	Subgrupp
Förstå och göra sig förstådd i mötet	Språkförståelsen påverkar mötet Förförståelse och jämförelse med hemlandet Förmåga att förklara
Tillämpa strategier för kommunikationen i mötet	Behov av tolkstöd Användandet av kroppsspråket och övriga strategier Personalens förmåga att finna strategier
Personalens attityd och förhållningssätt i mötet	Positiv attityd Tillåtelse av delaktighet

Förstå och göra sig förstådd

Denna kategori växte fram då samtliga deltagare på ett eller annat sätt hade stött på svårigheter när det kom till att förstå eller göra sig förstådd i mötet med personal inom svensk hälso- och sjukvård. Kommunikationen och framförallt kommunikationsproblemen utgjorde en central del i deras berättelser och oftast berodde problemen på språkbarriärer mellan deltagare och personal. Nivån av deltagarnas förkunskaper samt erfarenheter från deras hemland påverkade också förståelsen för personalen och deras arbetssätt. Likaså hade kulturella skillnader inverkan på förståelsen vid till exempel rutiner för läkemedelsanvändning.

Språkförståelsen påverkar mötet

Deltagarna berättade att de inte kunde förstå personalen då de inte kunde svenska. De förstod inte vad personalen frågade eller förklarade. De tyckte att det var svårt att förstå vårdspråket, det vill säga ord och begrepp som används specifikt inom hälso- och sjukvård.

Första gången jag gick till läkare. /.../ Hon bara babbla och babbla, jag frågade pappa: Vad säger hon?

Svårigheter att förstå språket upplevdes bland annat vid telefonkontakt med personalen. En deltagare kunde till exempel inte komma i kontakt med personalen då hon inte kunde förstå den aktuella mottagningens telefonsvar, som var inspelat enbart på svenska. Samtliga deltagare upplevde att personal inte alltid kunde förstå vad de verkligen menade men det

ansågs viktigare att personalen försökte förstå än att de faktiskt förstod allt. Trots språkbarriärer fanns ändå tillit till personalen.

Goda språkkunskaper ansågs viktiga för att underlätta mötet med personal inom svensk hälso- och sjukvård. En av deltagarna valde att uttrycka det såhär:

När du kan språket har du en nyckel, då kan du öppna allt.

Förförståelse och jämförelse med hemlandet

Det framkom att utöver deltagarnas språkförståelse påverkade även deras förförståelse och tidigare erfarenheter från hemlandet upplevelsen av mötet. Det svenska sjukvårdssystemet och personalens arbetssätt var svårt att förstå och deltagarna visste inte hur och var de skulle söka hjälp och vem de skulle kontakta.

Min vän sa till mig att ringa 1177. Jag visste inte vad det var. Ingen hade berättat det för mig. Jag förstod inte systemet, utan fick veta genom en vän.

Flera berättade att de upplevde lång väntan i samband med mötena och de förstod inte varför de var tvungna att vänta. Det fanns även bristande förståelse för undersökningsmetoder och behandlingar, vilket ledde till oro.

Speciellt när det gäller läkemedelsbehandling förekom kulturkrockar mellan deltagarnas tidigare erfarenheter från hemlandet och den svenska hälso- och sjukvårdspersonalens attityd till läkemedel. Svenska läkare ansågs väldigt restriktiva när det gäller medicinering och deltagarna hade initialt svårt att förstå varför de inte fick medicin när de var sjuka.

Jag kanske vill att läkare ska ge mig bra medicin. Jag kanske vill äta medicin men läkaren i Sverige säger nej nej. Läkaren ger nästan aldrig antibiotika. De börjar med Alvedon och så vidare och ger antibiotika i sista hand. I mitt hemland ges antibiotika först. Nu vet jag varför, men först var det mycket konstigt och jobbigt för mig att förstå varför.

Även om sjukvårdssystemet och personalens arbetssätt skilde sig från hemlandet och ibland var svårt att förstå uttryckte en av deltagarna att det var bättre i Sverige då hen ansåg att personal i Sverige lyssnar och pratar mer med patienter än i hemlandet.

I Sverige lyssnar dom och pratar. De pratar länge, länge. Förut när jag gick till sjukhuset i mitt hemland. Där pratar de inte. De frågar bara kort: 'Var har du problem?' Sen kanske de tar ett blodprov.

Förmåga att förklara

Svårigheter att förklara sitt problem uppstod redan vid den första kontakten med vården. För att kunna boka in ett möte på vårdcentral behövdes förmåga att förklara sitt problem.

Men deras (personalens) engelska är också begränsad. Så jag förklarade att min son har feber och kräks (Eng: vomit). De sa 'Vad är vomit?' Jag sa 'Det är mat från munnen'. Det är lite svårt att förklara på telefon. Sen fick jag några instruktioner, men de bekräftade inte att jag hade förstått dem korrekt.

Även om deltagarna kanske kunde förstå lite av vad personalen menade, kunde de fortfarande inte förklara sina problem. Det framkom att det var väldigt svårt att förmedla känslor när ett gemensamt språk saknades. Det var även svårt att beskriva var det gjorde ont om smärtan är lokaliserad inne i kroppen.

När jag vill förklara vad jag känner, jag kan inte.

Jag tror inte att när du har ont inne, de känslorna kan de inte förstå.

Att inte kunna förklara sitt problem eller förmedla oro, rädsla och smärta ledde ibland till att deltagarna kände sig arga och frustrerade.

Jag hade mycket ont. Det var lite svårt att precis då förklara vad som hände med mig. Jag var lite arg.

En deltagare beskrev att hen inte kunde kommunicera sitt problem alls men trots det fanns tillit till läkaren.

Jag kunde inte svenska så jag kunde inte förklara mitt problem och hur det kändes. Men jag tror på henne. Hon är läkare. Jag tror hon kan allt.

Tillämpa strategier för kommunikationen

Alla deltagare berättade att de använde sig av olika strategier för att kunna kommunicera med personalen och att dessa strategier påverkade upplevelsen av mötet. Den vanligaste strategin var professionell tolk eller anhörig som tolk, men även kroppsspråk och personal som tolkade användes för att kommunicera i mötet. Användandet av bilder och Google translate förekom till viss del.

Behov av tolkstöd

Deltagarna uppgav att användandet av professionell tolk var den strategi som underlättade mest för att överbrygga språkbarriärer. Majoriteten av deltagarna uppgav att de antingen hade blivit erbjudna tolk eller själva bett om tolk och att erfarenheten av att använda tolk var mycket positiv. De hade med hjälp av professionell tolk kunnat förmedla sina problem och sina känslor samt förstått personalens frågor och instruktioner. Deltagarna uppgav att det var en lättnad att kunna beskriva sina känslor och att bli lyssnad på med hjälp av professionell tolk.

Det kändes bra med tolk eftersom att jag kan förklara allt jag känner.

En av deltagarna uppgav att hen inte hade erbjudits tolk och förstod inte varför. Hen kunde inte heller, på grund av språkbarriären, förmedla sin önskan om att ha en tolk närvarande.

Hon ringde inte tolk /.../ Jag tror det var för att det var kort om tid. Hon hade ingen tid. Det var åtta på morgonen och jag var första personen där. Men jag vet inte varför hon inte ringde tolk /.../ Jag har inte frågat henne om hon kan ringa tolk heller.

Ibland valdes tolk bort då deltagarna kunde göra sig förstådd med hjälp av lite engelska och kroppsspråk.

En av deltagarna erbjöds en spansktalande tolk, som kom från ett annat spansktalande land än deltagaren och talade därför inte samma typ av spanska. Det ledde till osäkerhet kring om tolken förstod informationen och kunde återge den korrekt.

Tolk, ibland bra, ibland ganska fel. De pratar spanska men inte från samma land. De frågar mig 'En gång till? En gång till?'. Lite konstigt för mig.

Deltagarna beskrev att de upplevde väntan på tolk som påfrestande på grund av att de inte kunde förstå varför de fick vänta och hur länge de skulle vänta. Väntan upplevdes speciellt påfrestande för de som var smärtpåverkade, till exempel de som sökte vård på akutmottagningar. Upplevelse av väntan beskrevs med känslor som oro, stress, rädsla och ilska.

Jag tror att vid akuten det måste finnas tolk. När man går till vårdcentralen, det är inte akut, man kan vänta. Men vid akuten tror jag att de behöver tolk på olika språk.

En deltagare uppgav att hen inte var medveten om sin rätt till tolk och bad därför inte om det. En annan deltagare hade uppfattningen om att hen måste betala för tolktjänsten och bad därför inte om det.

Jag var inte medveten om att jag kunde ha bett om tolk. Jag tror inte att hon berättade det för mig.

Det var vanligt förekommande att vänner eller anhöriga agerade tolk, med varierande resultat. Som tolk användes bland annat en maka eller make, en förälder, en vän eller personal på ett boende. En av deltagare berättade att hen alltid hade med sin man till mötet och tackade därför nej till erbjudande om tolk.

Nej jag använde inte tolk. Ibland min man hjälper mig. Han pratar bra svenska.

Läkaren frågade mig frågor /.../ Jag kollade på familjen (som var med på mötet) och hon förklarade för mig på engelska. Men jag förstod ingenting. Jag fattade ingenting vad läkaren eller familjen sa.

Användandet av kroppsspråk och övriga strategier

Kroppsspråket som kommunikationsstrategi fungerade bra i vissa situationer och ibland avböjdes erbjudandet om tolk eftersom användning av kroppsspråk var tillräckligt. Kroppsspråket fungerade till exempel bra i väntan på tolk i icke-akuta situationer.

En deltagare upplevde det svårt att kommunicera med hjälp av kroppsspråk i akuta situationer. Deltagaren beskrev att det var svårt att använda kroppsspråk när man har väldigt ont, vilket ledde till att personalen hade svårighet att tyda kroppsspråket.

Jag gick till sjukhuset /.../ jag har mycket ont och jag förstår inte vad som händer så jag gick till akuten. Sjuksköterskan pratar bara svenska /.../ Så jag pratar med bara kroppsspråk i kanske en timma /.../ Jag tycker hon förstod men kanske inte så bra.

Utöver svårigheterna att själv göra sig förstådd genom kroppsspråk förekom även svårigheter att förstå personalens användning av kroppsspråket.

Jag sa jag kan inte prata svenska och engelska. Läkaren tänkte kanske berätta med handen. Jag förstår ingenting. Det är svårt att förklara.

Utöver tolk och kroppsspråk förekom ett par strategier till, framförallt används mobiltelefon och Google translate. Användandet av Google translate upplevdes som bra i nödsituationer, men kan leda till allvarliga missförstånd.

Alla har en bra smartphone och Google translate /.../ Men Google translate kan vara en katastrof när det kommer till viktiga medicinska termer.

En deltagare uppger att hen klarar av korta möten själv eftersom hen är farmakolog och har viss förståelse för medicinska termer. Användandet av bilder beskrivs endast av en deltagare som berättar att hen fick bildinstruktioner att följa och var mycket nöjd med det.

Personalens förmåga att finna strategier

Det var vanligt förekommande att personalen själv agerade tolk. Deltagarna uppgav att personalen ansträngde sig för att hitta en kollega som kunde komma in och tolka vid avsaknad av professionell tolk. Detta uppskattades och var ibland tillräckligt. Det underlättade dessutom när personalen anpassade talet efter situationen, det vill säga talade långsamt och tydligt samt bekräftade att informationen hade uppfattats korrekt.

Hon pratar svenska /.../ men hon pratar långsamt och visar ibland vad vi ska göra. Jätte jätte enkelt språk.

De pratar sakta sakta och sedan frågar de mig: 'Förstår du mig?' Om jag inte förstår pratar hon eller han med andra ord.

En deltagare berättade att en sjuksköterska gav hen ett engelskt lexikon för att underlätta kommunikationen. Deltagaren blev mycket rörd och tacksam över denna gest.

Personalens attityd och förhållningssätt

Personalens attityd och handlingar var en viktig faktor när det kom till hur mötet upplevdes av deltagarna. Deltagarna berättade om specifika ögonblick då personalen gjorde eller sa någonting som upplevdes som antingen positivt eller negativt. Deltagarna talade generellt gott om personalen inom svensk hälso- och sjukvård och upplevde att de blivit väl bemötta och omhändertagna. Att bli sedd, lyssnad på och känna sig delaktig var viktiga delar i relationen med personalen. Dock hade några upplevt ett ointresse från personalen när de försökte kommunicera och be om hjälp.

Positiv attityd

Personalen uppfattades i allmänhet som snälla och hjälpsamma. En deltagare beskrev personalen som uppmärksam och kompetent. Bemötandet av personalen beskrevs som bra och oberoende av deltagarnas språkkunskaper. Det deltagarna upplevde som positivt i mötet med personal inom svensk hälso- och sjukvård var att personalen var lugn och tog sig tid för deltagaren. Personalen lyssnade till vad deltagaren hade att berätta och förklarade noggrant hur en behandling eller undersökning går till. Att personalen gav andra synvinklar på ett problem utifrån sin medicinska expertis, gav stöd och erbjöd bra hjälp upplevdes också som positivt.

En sjuksköterska kom. Hon hörde kanske att min son skrek mycket. Hon tog tag i min son och lugnade honom och efteråt hjälpte hon mig. Och jaa-a det kändes jättebra!

Språkbarriären var ett problem som alla deltagare hade stött på och i sådana situationer fanns olika attityder och handlingar som ansågs som positiva. En deltagare uppskattade till exempel att personalen på en akutavdelning var effektiv och passade på att utföra enklare undersökningar som exempelvis blodprovstagning i väntan på att en tolk skulle anlända. Många upplevde att personalen gjorde sitt bästa för att försöka förstå, även om det var svårt på grund av språkbarriären. Det uppskattades av deltagarna att personalen ansträngde sig för att hitta strategier för att kommunicera.

Tillåtelse av delaktighet

Deltagarna upplevde att mycket tid gick till att vänta i samband med mötet och ofta visste de inte varför de väntade. De ansåg att personalen hade kunnat förklara om de väntade på tolk eller om det fanns andra orsaker till att de blev tvungna att vänta på att få hjälp.

Vi behöver hjälp men läkare sitter och tänker jätte jätte lång tid. Jag vet inte om han kanske ringer till andra läkare. /.../ Jag försöker berätta att jag har medicin och förklara att vi behöver göra en injektion men läkaren lyssnar inte på mig. Vi sitter här i, jag vet inte, kanske 4 timmar och väntar, väntar, väntar. Det är inte bra. Jag vet inte varför.

Deltagarna beskrev situationer då personalen behövde bli bättre på att lyssna på deras berättelser. En deltagare berättade att läkaren inte lyssnade på hen och inte visade respekt och att detta ledde till frustration och ilska över situationen. Samma läkare tog inte i beaktande deltagarens åsikter och kunskaper sen tidigare utan gjorde istället som hen själv ville. En annan personal hade i samband med en undersökning enbart samtalat med anhörig som tolkade och deltagaren kände sig därför inte delaktig och valde att lämna rummet. En deltagare upplevde att personal var motvillig att hitta strategier för att kommunicera och att personalen istället valde att vänta på tolk. Deltagaren hade önskat att personalen visade lite mer flexibilitet.

Jag visste inte vad jag skulle göra. Jag försökte med Google translate men jag har inget bredband i mobilen. Jag ringde min kompis som är duktig på engelska. Hon hjälper mig men receptionisten säger att hon inte vill prata i telefon. Att hon inte kan prata i telefon, att jag måste vänta på tolk. Ja, därefter träffade jag en sjuksköterska men utan tolk första halvtimmen /.../ efter en halvtimme hämtade hon en tolk som tala i telefon [skrattar lätt] och då blev jag glad.

Deltagarna upplevde att personalen ibland brast i uppföljningen av behandling och i att bekräfta att deltagarna hade förstått informationen som gavs. En deltagare hade inte fått eller förstått information om vilket typ av läkemedel hen fick och varför hen skulle ta det. En deltagare beskrev hur personalen gav instruktioner om hur hen skulle behandla sin sjuka son men de följer inte upp huruvida hen hade förstått informationen. En önskan uttrycktes om att få en mer ingående förklaring och undervisning om läkaren väljer att inte behandla med läkemedel vid sjukdom då många är vana att sjukdom behandlas med läkemedel i första hand.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Resultatet i denna studie indikerar att språkkunskaper har en stor betydelse för upplevelsen av mötet med personal inom svensk hälso- och sjukvård. Språkbarriärer mellan patienter och personal resulterar i svårigheter att kommunicera och personalens attityd spelar en central roll i hur mötet upplevs. Personalen upplevdes ha en positiv inställning och uppvisa en vilja att finna strategier för att kommunicera. Personalens strävan att försöka förstå patientens berättelse och situation upplevdes som viktigare än att personalen faktiskt förstod allt. Jirwe et al. (2010) beskriver i sin studie att svenska sjuksköterskestudenter kände sig otillräckliga i möten med patienter som inte pratade samma språk. De kände sig osäkra i kommunikationen och var rädda att kränka patienten, vilket kunde leda till att de istället valde att undvika dessa möten. Då patienter riskeras att undvikas på grund av personalens rädsla för obekväma situationer anser vi att det är viktigt att lyfta fram vilken inverkan en positiv inställning och viljan att försöka har på patientens upplevelse av mötet när språkbarriärer förekommer.

Deltagarna hade få negativa upplevelser att dela med sig av. Vi tror att detta dels kan bero på att de jämförde med sina tidigare erfarenheter från hemlandet där de fann betydande brister i sjukvårdens uppbyggnad och personalens arbetssätt. Det kan också bero på att de i stor utsträckning berättade om möten med personal inom primärvården. I primärvården är möten ofta korta och deltagarna upplever kanske därför inte språkbarriären som lika allvarlig. Om deltagaren däremot hade varit patient på en slutenvårdsavdelning och varit beroende av personalen för att sköta sina dagliga behov hade språkbarriären kanske varit mer påtaglig och påfrestande. Van Rosse et al. (2015) beskriver olika situationer då språkbarriärer kan utsätta patienten för allvarliga risker. Dessa situationer som till exempel vätskemätning och smärtbehandling förekommer kanske oftare inom slutenvården och skulle kunna bidra till en mer negativ upplevelse av mötet. Vid korta möten inom primärvården tror vi dessutom att det är lättare att förboka en tolk som är närvarande under hela mötet, vilket inte är möjligt vid varje möte med personal inom slutenvården.

Användning av tolk har en stor betydelse för hur mötet upplevs av patienten. Seffo, Krupic, Grbic och Fatahi (2014) menar att det förekommer en del problem i samband med tolkanvändning, vilket har en negativ inverkan på mötet. Seffo et al. (2014) beskriver i sin studie bland annat att tolken pratade fel språk, tolkade fel och att det tog lång tid att få tag i en tolk. Vårt resultat påvisar också detta men visar dessutom på att det förekommer att patienter saknar kunskap om sin rätt till tolk och att denna tjänst inte kostar extra. Detta fann vi anmärkningsvärt då denna kunskap är avgörande för deras möjlighet att använda sig av tolk. Vi vet inte om denna bristande kunskap beror på språkbarriären eller om deltagarna helt enkelt har fått missvisande information. Oavsett orsak tror vi att avsaknad av tolk kan leda till sämre kvalitet på mötet och resultera i icke-patientsäker vård.

Patientens bristande språkkunskaper i svenska samt otillräckliga förståelse av det svenska sjukvårdssystemet påverkade även deras förmåga att upprätta en initial kontakt med personalen. De visste inte var de skulle söka vård och hur de skulle förklara sina problem. Förmågan att etablera kontakt och upplevelsen av själva mötet med personalen såg vi initialt som två situationer oberoende av varandra, men det blev självklart för oss under analysprocessen att vägen till mötet har betydelse för om mötet blir av och hur det sen upplevs. Detta styrks av Holopainen et al. (2015) som menar att även korta möten som till

exempel ett telefonsamtal för tidsbokning kan lämna spår i patientberättelsen. Enligt socialstyrelsen (2009) rapporterar invandrare att de har sämre hälsa än svenskfödda och vi anser att det är viktigt att fånga upp dessa grupper. Att finna metoder för att informera om svenska sjukvårdssystemet och skapa tydliga och enkla sätt att ta kontakt tycker vi därför är en viktig del av integrationsprocessen inom svensk hälso- och sjukvård.

Förutom språkbarriären framkom i studien att även kulturella skillnader bidrog till att försvåra kommunikationen i mötet. Deltagarna förstod till exempel inte varför svenska läkare ofta valde andra behandlingsalternativ än farmakologiska, som ansågs vara förstahandsvalet i hemlandet. Starbuck Pashley (2012) beskriver hur kulturella skillnader påverkar förståelsen av sjukdomsprocessen och inställningen till olika behandlingsalternativ samt hur bristande språkkunskaper ytterligare försvårar denna förståelse. Vi tror att dessa skillnader kan leda till att patienter upplever mötet som otillfredsställande då de inte får den hjälp de önskar. Om personalen är medveten om vanligt förekommande kulturella skillnader anser vi att det kan leda till bättre förmåga att ge individanpassad information. Till exempel kan personalen ge mer undervisning och information i samband med val av behandling för att öka patienternas förståelse och följsamhet av icke-farmakologiska behandlingar. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) innebär ett personcentrerat arbetssätt att se patienten som en resurs med unika erfarenheter och kunskaper om sin situation samt att utforma omvårdnaden efter patientens behov och förväntningar. De menar vidare att all hälso- och sjukvårdspersonal bör sträva efter att ge en personcentrerad vård men sjuksköterskan har utifrån sin kompetensbeskrivning en central roll när det gäller att bjuda in patienten till delaktighet och partnerskap. Med detta i åtanke känner vi att vårt resultat visar att det finns utrymme för förbättring.

Metoddiskussion

Då syftet med studien var att beskriva patienters upplevelse av mötet med personal inom svensk hälso- och sjukvård när ett gemensamt språk saknas ansåg vi att kvalitativ metod var mest lämplig. För genomförandet använde vi semistrukturerad intervju vars styrka är att den är flexibel samtidigt som den är strukturerad. Flexibiliteten banar väg för upptäckter samtidigt som strukturen möjliggör analys utifrån likheter, vilket kan resultera i data med tillförlitlig och bra kvalitet (Polit & Beck, 2017). Valet av metod styrks dessutom av Malterud (2014) som rekommenderar kvalitativ metod för att undersöka individers subjektiva upplevelse av ett fenomen, vilket var vår avsikt. Vi anser att vald metod har svarat på syftet och vi bedömer att en annan metod såsom en litteraturstudie inte hade kunnat svara på vårt syfte, dels därför att vi antagligen inte hade fått ett lika nyanserat resultat, och dels därför att vi inte hittade tillräckligt med underlag i form av vetenskapliga artiklar på liknande studier. Majoriteten av befintliga forskningsstudier undersöker istället hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelse av mötet.

Undersökningsgruppen bestod, efter ett bortfall, av tre kvinnor och fem män mellan 18–45 år. Halva gruppen var studenter på gymnasienivå och halva gruppen var akademiker. Vi upplever att åldern på deltagarna hade inverkan på hur nyanserade svaren blev. De deltagare som hade mer yrkes- och livserfarenhet kunde mer ingående beskriva sin upplevelse av mötet med hälso- och sjukvårdspersonal. Vi anser att denna variationsvidd har ökat studiens tillförlitlighet och trovärdighet, vilket styrks av Malterud (2014) som menar att tillförlitligheten ökar om det finns en variationsvidd i arbetslivserfarenhet, ålder

och kön. Dock anser vi att resultatet inte är generaliserbart då studien innefattar för få deltagare, vilket enligt Kvale och Brinkmann (2014) kan anses vara den kvalitativa studiens svaghet. En annan aspekt gällande urvalsgruppen var att vissa av deltagarna var obekanta med denna form av studie och uttryckte en viss oro angående hur materialet skulle användas. Då denna oro skulle kunna påverka resultatet var vi noga med att muntligt och skriftligt förtydliga konfidentialiteten angående deras personuppgifter. Vi tror att detta ökade tillförlitligheten i studien då vi upplevde att deltagarna vågade prata öppet och ärligt om sina upplevelser.

Alla intervjuer genomfördes på svenska utan tolk, vilket kan ha påverkat studiens resultat. Ibland upplevde vi att deltagarna hade svårt att förstå frågorna och svårigheter att ge nyanserade beskrivningar av sina upplevelser. Med detta i åtanke tolkades texten, precis som Malterud (2014) beskriver, ur ett helhetsperspektiv för att skapa en djupare förståelse för berättelsens språkliga och kulturella sammanhang. Vi deltog båda aktivt vid varje intervjutillfälle vilket underlättade vid analysen, då vi tillsammans bearbetade materialet och tolkade meningen i det som sades såväl i det som inte sades, tystnaden. Genom att jämföra våra tolkningar av varje enskild intervju och diskutera eventuella skillnader ökade studiens validitet. Vår brist på erfarenhet av att genomföra kvalitativa intervjuer kan ha påverkat resultatet. Inledningsvis var vi obekväma i situationen och var ivriga att komma vidare i samtalet och ställde därför en del frågor som inte svarade direkt på syftet. Efter ett par genomförda intervjuer blev vi mer bekväma i rollen som intervjuare, vilket ledde till att vi höll oss till intervjuguiden och gav deltagaren tid att formulera svaren i sin egen takt

En av intervjuerna i denna studie varade i endast åtta minuter och en varade i tio minuter. Resterande intervjuer varade mellan 12-20 minuter. Åtta minuter kan anses vara i det kortaste laget men enligt Malterud (2014) bör intervjuer inte genomföras utan mål och mening (Malterud, 2014). Malterud (2014) menar att ett omfattande arbetsmaterial inte behöver innebära att meningsinnehållet är meningsfullt och med en mindre mängd arbetsmaterial kan dessutom möjligheterna för ett grundligt och systematiskt analysarbete öka (Malterud, 2014).

Vi har reflekterat över hur vår egen förförståelse för ämnet kan ha påverkat resultatet. Malterud (2014) menar att det vore naivt att förneka sin egen roll och tro att man kan vara en osynlig och överksam bricka i materialet som framkommer. Motivationen till att genomföra studien var att vi båda som sjuksköterskestudenter hade upplevt möten med patienter där språkbarriärer hade förekommit och bevittnat problem som detta kan leda till. Vi anser att våra självupplevda erfarenheter av att tillhöra en språklig minoritet kan ha hjälpt oss till en djupare tolkning vid analysprocessen. Förförståelsen kan även vara en börda, vilket visade sig när vi ibland ställde ledande frågor vid intervjuerna. Vi fann det svårt att hålla oss neutrala när vi kände ett känslomässigt engagemang. Detta var vi medvetna om och reflekterade över genomgående i arbetets olika faser.

Slutsats

I mötet med svensk hälso- och sjukvårdspersonal har förmågan att kommunicera en stor betydelse för patientens upplevelse av mötet. Resultatet visar att kommunikationen påverkas av språkförståelse, kulturell medvetenhet, förståelse för sjukvårdssystemet samt personalens attityd. För att patienter till fullo ska kunna förmedla sin berättelse och förstå information när ett gemensamt språk saknas behöver de hjälp av en tolk. När det

förekommer språkbarriärer behöver personalen ta sig tid för patienten, uppvisa en positiv inställning och vilja att försöka förstå patientens situation för att mötet skall upplevas tillfredsställande och patienten skall känna sig delaktig. Önskan att bli sedd och lyssnad på verkar vara essentiell oavsett språklig eller kulturell bakgrund och det är därför angeläget att personal inom hälso- och sjukvård besitter kunskap och medel för att överkomma kommunikationsbarriärer för att tillmötesgå detta behov. Vi anser att ansvaret för svensk hälso- och sjukvårds integrationsprocess ligger såväl på individnivå som på organisations- och samhällsnivå.

Fortsatta studier

Det kan vara intressant att genomföra en liknande studie med hjälp av en tolk för att se om det påverkar resultatet. Vidare forskning behövs även inom slutenvården för att få en bättre förståelse för hur dessa möten upplevs då en sådan studie skulle kunna generera ett mer nyanserat resultat.

Klinisk tillämpbarhet

Vi önskar att vår kunskap skall öka medvetenheten för hur personer som saknar ett gemensamt språk med hälso- och sjukvårdspersonalen upplever mötet. Denna medvetenhet kan motivera personalen att utveckla bra metoder för att arbeta kulturmedvetet och personcentrerat trots språkbarriärer. Vi anser att det är svenska hälso- och sjukvårdens ansvar att förse sin personal med de hjälpmedel och utbildning som behövs för att åstadkomma detta. På samhällsnivå finns ett behov av att förtydliga och förenkla vårdkedjan för att underlätta den initiala kontakten samt att föra denna information vidare på ett individanpassat sätt så att den når hela vägen fram till personer som behöver den.

REFERENSER

- Andersson, S. (2013). Mötet och samtalet. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. (2. uppl., ss. 113-146). Lund: Studentlitteratur AB.
- Baltar, F., & Brunet, I. (2012). Social research 2.0: virtual snowball sampling method using Facebook. *Internet Research*, 22(1), 57-74. doi: [10.1108/10662241211199960](https://doi.org/10.1108/10662241211199960)
- Blomqvist, K., & Petersson, P. (2014). Vårdkedjans aktörer och organisering. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och Utveckling* (2. uppl., ss. 165-191). Lund: Studentlitteratur AB
- Bäärnhielm, S. (2013). Möten i den mångkulturella vården. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. (2. uppl., ss. 313-334). Lund: Studentlitteratur AB
- Björk Brämberg, E., Nyström, M., & Dahlberg, K. (2010). Patient participation: A qualitative study of immigrant women and their experiences. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being*, 5 (1) doi:<http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v5i1.4650>
- Danielson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 143-154). Lund: Studentlitteratur AB
- Danielson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 329-343). Lund: Studentlitteratur AB
- Englund, R. (2017). Färre syrier och afghaner, men fler afrikaner flyr till EU Hämtad 24 augusti, 2017, från <http://www.migrationsinfo.se/farre-syrier-och-afghaner-men-fler-nordafrikaner-flyr-till-eu/>
- Eklöf, N., Hupli, M., & Leino-Kilpi H. (2015). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing*, 32(2), 143–150. doi: 10.1111/phn.12120
- Fatahi, N., Mattsson, B., Lundgren, S. M., & Hellström, M. (2009). Nurse radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the native language. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 774-783. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05236.x
- Folkhälsomyndigheten. (u.å.). Hämtad 13 september, 2017, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/flyktingar/>
- Folkhälsomyndigheten. (2014). Möten om hälsa. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/6def8d955bdc4faaac33b6847e4f4b8f/moten-om-halsa-vagledning.pdf>

Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. (2. uppl., ss. 23-50). Lund: Studentlitteratur AB.

Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: Tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur AB

Gustafsson, L-K, Snellman, I., & Gustafsson, C. (2013). The meaningful encounter: Patient and next-of-kin stories about their experience of meaningful encounters in health-care. *Nursing Inquiry*, 20(4), 363-371. doi: 10.1111/nin.12013

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur AB

Holopainen, G., Kasén, A., & Nyström, L. (2014). The space of togetherness: A caring encounter. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 186-192. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01090.x

Holopainen, G., Kasén, A., & Nyström, L. (2015). Caring elements in the short encounter. *International Journal for Human Caring*, 19(4), 50-55. doi: [10.20467/1091-5710-19.4.50](https://doi.org/10.20467/1091-5710-19.4.50)

Hsieh, H-F., & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. doi: [10.1177/1049732305276687](https://doi.org/10.1177/1049732305276687)

Institutet för språk och folkminnen. (u.å.). Minoritetsspråk. Hämtad 28 augusti, 2017, från <http://www.sprakochfolkminnen.se/sprak/minoritetssprak.html>

Jirwe, M., Gerrish, K., & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 436-444. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00733.x

Klang Söderkvist, B. (2013). Information – undervisning - lärande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. (2. uppl., ss. 51-71). Lund: Studentlitteratur AB.

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB

Mangrio, E., & Persson, K. (2017). Immigrant parents' experience with the Swedish child health care system: A qualitative study. *BMC Family Practice*, 18(32), doi: 10.1186/s12875-017-0604-6

Migrationsinfo. (u.å.). Sverige. Hämtad 2 maj, 2017, från <https://www.migrationsinfo.se/migration/sverige/>

Migrationsverket. (u.å.). Människor vi möter. Hämtad 28 augusti, 2017, från <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Vart-uppdrag/Manniskor-vi-moter.html>

Ottosson, J-O. (1999). Patient-läkarrelationen: läkekonst på vetenskaplig grund. Stockholm: Natur & Kultur

Patient (2017). Patient. I Saob.se. Hämtad 27 oktober, 2017, från <https://www.saob.se/artikel/?seek=patient&pz=1>

Plaza del Pino, F. J., Soriano, E., & Higginbottom, G. MA. (2013). Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: A focused ethnography. *BMC Nursing*, 12(1), 14-21. Doi: 10.1186/1472-6955-12-14

Polit, D. F., & Beck C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Seffo, N., Krupic, F., Grbic, K., & Fatahi, N. (2014). From Immigrant to Patient: Experiences of Bosnian Immigrants in the Swedish Healthcare System. *Mater Sociomed*, 26(2), 84-89. doi: 10.5455/msm.2014.26.84-89

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 24 augusti, 2017, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SFS 2014:821. Patientlag. Hämtad 24 augusti, 2017, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Socialstyrelsen. (2015). *Att mötas i hälso- och sjukvård: Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19620/2015-1-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2009). *Migration och hälsa*. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/13_Migration.pdf

Socialstyrelsen, (u.å.). *Systematiskt förbättringsarbete*. Hämtad 24 augusti, 2017, från <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/bemotande-i-halso-och-sjukvarden/Sidor/Systematiskt-forbattringsarbete.aspx>

Starbuck Pashley, H. (2012). Overcoming barriers when caring for patients with limited English proficiency. *AORN Journal*, 96(3): C10-C10. doi: 10.1016/S0001-2092(12)00833-2

Statistiska Centralbyrån, (u.å.). *Från massutvandring till rekordinvandring*. Hämtad 28 augusti, 2017, från <http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/in-och-utvandring/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016a). *Personcentrerad vård*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2016b). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad från

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Van Rosse, F., de Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M & Wagner, C. (2015). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal Of Nursing Studies*, 5445-53 9p. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012

Intervjuguide

“SPRÅKBARRIÄRÄRER I MÖTET MED SVENSK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD”

Heidi Norrgård & Maria Landin Lundvall
Sophiahemmets Högskola, Examensarbete 2017
Kurs: 48

Lite bakgrund:

Berätta kort var du kommer ifrån och dina språkkunskaper!
Vilken åldersgrupp tillhör du? 18-25, 25-40, 40-65, 65+

Söka Vård:

Berätta om ditt möte med svensk hälso- och sjukvård

Stödord:

- Vart
- Varför
- Profession

Kommunikation:

Berätta om hur du och vårdpersonalen kommunicerade med varandra?

Stödord:

- språk
- hjälpmedel

Mötet:

Beskriv hur upplevde du mötet?

Stödord:

- bemötande
- personalens beteende
- delaktighet
- tillit

Språkbarriären:

Hur upplevde du att språket påverkade mötet?

Stödord:

- din berättelse
- lyssnade personal
- information/undervisning

Förändring:

Beskriv hur du hade velat att mötet skulle ha varit?

Berätta hur du upplever mötet med svensk hälso- och sjukvårdspersonal nu när du kan svenska?

BILAGA B

Sophiahemmet Högskola
Valhallavägen 91, Hus R
114 28 Stockholm
Tel: 08-406 20 00

Studien genomförs av Heidi Norrgård och Maria Landin Lundvall, studenter vid Sophiahemmets Sjuksköterskeprogram, termin 5

Studiens Syfte:

- Vi vill ta reda på hur du upplevde mötet med personal inom svensk hälso- och sjukvård när ett gemensamt språk saknas.
- Uppgifter och data kommer endast att användas för denna studie.

Vad vi vill att du ska göra:

- Låta oss intervjua dig på en plats som du väljer.
- Ge oss grundläggande information om dig själv t.ex. åldersgrupp och språkkunskaper.
- Berätta om ditt personliga möte med svensk hälso- och sjukvårdspersonal.
- Låta oss spela in intervjun och förvara data på ett ställe där den är oåtkomlig för obehöriga.
- Låta oss analysera informationen.

Informerat Samtycke

Du har rätt att:

- Tacka nej till deltagande utan förklaring varför.
- När som helst avbryta intervjun eller deltagandet i studien utan förklaring varför.
- Välja att inte svara på en fråga utan förklaring varför.

Du kommer som deltagare i denna studie ges konfidentialitet och dina personuppgifter kommer förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. Alla uppgifter insamlade under intervjun kommer endast användas för forskningsändamål.

Om du har några frågor, var god ring Maria på xx eller Heidi på xx.

Om du samtycker, var vänlig skriv under här:

Underskrift: _____ Datum: _____

Namnförtydligande: _____

Sophiahemmet Högskola
Valhallavägen 91, Hus R
114 28 Stockholm
Tel: 08-406 20 00