

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP

VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD

2016:4

Ambulanspersonalens upplevelser av att vårda patienter
som inte talar svenska
En kvalitativ intervjustudie

Lisa Dahlqvist
Caroline Åbom Häll



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Ambulanspersonalens upplevelser av att vårda patienter som inte talar svenska.
Författare:	Lisa Dahlqvist och Caroline Åbom Häll
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Ambulanssjuksköterskeutbildning
Handledare:	Anders Bremer
Examinator:	Mats Holmberg

Sammanfattning

Sverige utgör idag ett mångkulturellt samhälle, ambulanspersonalens möte med patienter som inte talar det svenska språket blir därmed allt vanligare. Forskning påvisar att det kan finnas en begränsning av att ge prehospitäl vård när patienten innehar ett annat språk än vårdpersonalen. Det är av stor vikt att ett prehospitält omhändertagande sker på lika villkor och att patienten får samma vård oavsett språk. Syftet med denna studie var att belysa ambulanspersonalens upplevelser av att vårda patienter som inte talar svenska. En kvalitativ intervjustudie genomfördes med åtta deltagare av olika yrkeskategorier inom ambulanssjukvård där insamlad data bearbetades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Resultatet påvisar att en väl fungerande kommunikation kan vara avgörande för att inhämta den information som krävs för att prehospitäl vård skall kunna ges. Dock finns det andra alternativ på hur information kan inhämtas än via det verbala språket. Att ta hjälp av både patientens men också sitt egna kroppsspråk, vitala mätvärden samt vikten av att kunna anpassa sig efter rådande omständigheter anses vara främjande. Upplevelser som oro, stress, och frustration men likväl upplevelser av positiv karaktär såsom tillfredsställelse och lättnad uppkom vid vårdmötet av patienten som inte talar svenska. Att använda närstående i vårdmötet ses som en tillgång men kan också utgöra ett hinder i vårdandet i samband med tolksammanhang. Slutsatsen är att den prehospitäl vård kan utföras trots språkbarriärer då ambulanspersonalen får använda sig utav de resurser som finns tillgängliga som exempelvis användningen av deras kroppsspråk och tolkar för att på bästa sätt kunna möjliggöra en väl fungerande kommunikation. Språkförbistringar kan dock i vissa vårdmöten utgöra ett bekymmer som med hjälp av enkel teknik skulle kunna leda till en mer patientsäker vård.

Nyckelord: Ambulanspersonal, Upplevelse, Språk, Kommunikation, Patient, Icke-svensktalande, Vårdmöte

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Ambulanssjuksköterskans yrkesansvar	5
Vårdvetenskapligt perspektiv	6
Livsvärld	6
Vårdande kommunikation	7
Etnicitet, Kultur, Mångkulturalism	7
Språkets funktion	10
Språkliga hinder	10
Tolk	11
PROBLEMFÖRMULERING	12
SYFTE	12
METOD	12
Ansats	12
Deltagare	13
Datainsamling	13
Dataanalys	14
Etiska överväganden	16
RESULTAT	17
Att kommunicera genom kroppen	17
Att kroppsspråket har betydelse	18
Att fokusera på undersökningen av patienten	18
Att vitala parametrar ger vägledning	18
Att bli känslomässigt påverkad	19
Att vara orolig och rädd	19
Att vara frustrerad	19
Att tillfredsställelse och lättnad uppnås	20
Svårigheter i vårdmötet	20
Att informationsutbytet försvåras	21
Att få information från en tredje part	21
Att inte kunna ge information eller göra sig förstådd	22
Främjande faktorer i vårdmötet	22
Att vara förberedd	22

Att anpassa sig efter rådande omständigheter	23
Att inge trygghet.....	24
DISKUSSION	25
Metoddiskussion	25
Resultatdiskussion	26
SLUTSATS.....	29
KLINISKA IMPLIKATIONER	29
REFERENSER	30
Bilaga 1	34
Bilaga 2	36
Bilaga 3	38

INLEDNING

Under de senaste decennierna har Sverige fått en förändrad befolkningsammansättning, i takt med den globala samhällsutvecklingen har en ökad migration skett. Med nästan 20 % av befolkningen representeras en mängd olika nationaliteter ifrån nästan 200 länder och gör Sverige till ett mångkulturellt samhälle (Tavallali, Kabir & Jirwe 2014). Vårdpersonal berörs dagligen i sitt arbete av möten med patienter där annat språk än svenska förekommer. Från tidigare erfarenheter av arbetet på vårdavdelningar har uppmärksamhet gjorts angående att kommunikationen är avgörande för att vård av samma kvalitet skall kunna ges till patienten oberoende vilket språk som förekommer. Det finns tillfällen då information från patient eller anhörig har dolts med hänsyn till kulturella skillnader, vilket bland annat orsakat svårigheter i vårdandet med att identifiera symtom och val av behandling har därmed varierat eller uteblivit. Idag används tolk i en större utsträckning inom den hospitala miljön, men i en prehospita miljön kan resurserna vara begränsade och tiden vara knapp.

Genom att få tillgång till de erfarenheter som ambulanspersonalen besitter, avser denna studie lyfta fram kunskap om hur de upplever det prehospita vårdmötet när patienten talar ett annat språk än svenska. Skiljer sig vårdandet och blir det ineffektivt vid mötet av patienten där språket brister? Finns det råd att ta del av från ambulanspersonalen, som sedan kan tillämpas för att ge patienten god vård? Ämnet upplevs som mycket aktuellt att belysa eftersom bedömningsamtalen är centralt och språksvårigheter ställer stora krav på ambulanssjuksköterskan i arbetet inom ambulanssjukvården.

BAKGRUND

Ambulanssjuksköterskans yrkesansvar

Målet för hälso- och sjukvården är; att främja god hälsa, att vård skall ges på lika villkor för hela befolkningen samt att den skall ges med respekt för människors lika värde. Patienten ska behandlas likvärdigt oberoende av nationalitet, etnicitet, inkomst, begåvning, kön, ålder, politisk åsikt eller social ställning (SFS 1982:763). Sveriges befolkning hade under 2015 ökat till nästan 1,7 miljoner utomlandsfödda enligt statistiska centralbyrån [SCB] (2016). Det bidrar till att patienter och vårdpersonal kan ha skiftande kulturell bakgrund samt att det kan innebära skilda perspektiv på vad god omvårdnad är (Wiklund Gustin & Lindvall 2012, s. 137). Det är inte ovanligt att sjukvårdspersonal vårdar patienter utan att ha ett gemensamt språk, vilket kan medföra olika svårigheter när information inte kan ges eller tas emot på det tillfredsställande sätt som önskas (Fioretos 2002, s. 147). Sandman och Bremer (2009, s. 167) beskriver att de etiska problem och utmaningar som ambulanspersonal kan möta är i stort sett samma som vårdpersonal inom annan vård. Det som kan skilja sig är att med den speciella vårdssituationen som ambulanssjukvård innebär kan specifika problem uppkomma eller att det kan behöva hanteras på annat vis än vad som i vanliga fall sker inom vårdkedjan. Mötet mellan vårdare och patient är ofta kort och tiden kan vara begränsad för att klargöra patientens problem. Mötet med patienten sker även i olika sociala, kulturella och etniska miljöer och inte i den traditionella vårdmiljön. I kompetensbeskrivningen för specialistutbildad ambulanssjuksköterska (2012) beskrivs att vårdarbetet skall

präglas av ett etiskt förhållningssätt som förutsätter ett personligt ansvar och förmåga att kunna åsidosätta ett slentrianmässigt omhändertagande. Patienter skall bemötas som en egen individ med individuella behov och egna erfarenheter av sjukdom, skada och ohälsa. En specialistsjuksköterska med inriktning mot ambulanssjukvård skall utifrån patientens individuella behov och komplexa situationer kunna initiera och ansvara för ledning i omvårdnadsarbetet inom ambulanssjukvård. Specialistsjuksköterskan innehar den högsta medicinska kompetensen och skall därmed se till att både patienten och närstående får god och säker ambulanssjukvård samt kunna ha handlingsberedskap inför oförutsedda och varierande uppdrag, ofta med bristfällig information (Riksföreningen för ambulansjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening 2012). Det ligger trots allt ett ansvar hos vårdaren oavsett profession inom ambulanssjukvården att kunna samverka för att i en trygg och säker miljö uppnå största möjliga patientnytta. Vårdaren skall bland annat även kunna anpassa vårdtempo till patientens tillstånd samt kunna använda medicinteknisk utrustning och utvärdera funktion. Ambulanspersonal i denna studie omfattar därmed specialistutbildad sjuksköterska, allmänsjuksköterska och sjukvårdare i ambulans.

Vårdvetenskapligt perspektiv

Vårdvetenskapen handlar enligt Dahlberg och Segesten (2010) om kunskaper om människan i förhållande till hälsa, välbefinnande, lidande och vårdande. Ett tydligt perspektiv är att ha patienten i fokus och med vårdandets främsta avsikt är att skapa välbefinnande trots ohälsa och sjukdom. Vårdvetenskapen utgår ifrån en helhetssyn där patienten alltid uppmärksammas och förstås i sitt sammanhang utifrån de fysiologiska, psykologiska, sociologiska, kulturella, etniska och andliga aspekterna av välbefinnande. Ett vårdvetenskapligt perspektiv omfattar både familj och närstående samt andra personer som är betydelsefulla för patienten. Med livsvärlden som grund för patientperspektivet kan en utvecklad och fördjupad förståelse nås. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att vara professionell som vårdare ur ett vårdvetenskapligt perspektiv handlar om att vara närvarande i mötet med den lidande människan.

Livsvärld

Livsvärld är ett filosofiskt begrepp där livsvärlden förstås som världen så som den erfars. Den utgör en värld som delas med andra samtidigt som den är högst personlig för var och en. Med livsvärlden som grund för vårdvetenskapen inkluderas också de närståendes och vårdarnas perspektiv för patienten (Dahlberg & Segesten 2010, s. 128). Ekebergh (2015, ss. 66-75) delar synsättet om att när sjuksköterskans grund bygger på livsvärlden, kan förståelse nås för varje patient och därmed kan välbefinnande skapas. Det gäller att vara öppen och följsam för både likhet, olikhet och för de nyanser som möts i olika patienters livsvärldar i förhållande till sin egen. Ekebergh (2015) menar vidare att livsvärldsperspektivet innebär att sjuksköterskan visar engagemang för patientens egen berättelse och livshistoria. Patienten delar därigenom med sig om sin livsvärld för sjuksköterskan och här är patienten den främste experten på sig själv och ses som en individ. Det ordlösa samtalet beskriver Ekebergh och Dahlberg (2015, ss. 129-144) som när patienten av olika skäl inte kan uttrycka sig verbalt. Exempelvis kan det handla om när personer har ett annat språk än svenska, vilket kan utgöra ett hinder för att nå patientens livsvärld. När den språkliga förmågan är svag eller obefintlig, krävs

det andra alternativ för hur samtalet skall kunna genomföras utan ord. Att kunna ta hjälp av bilder eller andra hjälpmedel ses som ett kreativt vårdande men framförallt är kontakten med anhöriga betydelsefull. Att höra sig för vad anhöriga känner till om patientens livsvärld, kan det på så sätt ge information om vad patienten själv skulle säga om ett samtal vore möjligt. Sjuksköterskan bör vara lyhörd, visa öppenhet och inneha skärpt uppmärksamhet om olika kroppsuttryck och signaler som patienten förmedlar, t.ex. gester, ansiktsfärg, mimik och stämmningslägen. För att kunna nå fram till patientens livsvärld krävs det att samtalet speglas av medvetenhet om personen som är i fokus och ha förståelse för situationen som råder här och nu (Ekebergh & Dahlberg 2015, ss. 129-144).

Vårdande kommunikation

Kommunikation kan enkelt förklaras som utbyte av meningsfulla tecken mellan två eller flera parter. Begreppet kommer från latinets *communicare* som betyder "att göra något gemensamt" (Nationalencyklopedin 2016a). Med kommunikationens hjälp tillgodoses de behov som finns för samarbete, information, skapandet av relationer, samt att kunna fatta beslut eller för att inhämta kunskap etc. (Stier 2009, s. 46). International Council of Nurses [ICN] (2012) beskriver att sjuksköterskans grundläggande ansvar är "att främja hälsa, att förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande". Det är därför betydelsefullt att ambulanssjuksköterskan har förmågan att kunna balansera mellan det medicinska och omvårdnadsmässiga perspektivet för att kunna skapa en tillitsfull och trygg vårdrelation som ligger till grund för den prehospitalla upplevelsen hos patienten. Enligt Dahlberg och Segesten (2010, s. 200) är samtalet den viktigaste delen i en vårdrelation. Det kan i synnerhet vara likvärdigt enkelt som problematiskt att åstadkomma ett vårdande samtal, som tillsammans med relationen ligger på vårdarens ansvar men att båda parter alltid bidrar till samtalets utveckling. Svårigheter med att genomföra ett vårdande samtal uppkommer när patienten inte behärskar det svenska språket. Under ett vårdande samtal genom tolk krävs kompetens från både vårdaren och tolken, speciellt om tolken inte kan närvara på plats. Det finns risk att patienten undanhåller viktig information som vårdaren behöver bli upplyst om när tolken har en personlig anknytning till patienten (Dahlberg & Segesten 2010, s. 209). I Öhlanders studie (2004) framhålls vikten av dialogen mellan vårdpersonal och patient spelar en stor roll. Det är här relevant information noteras samt en god kommunikation kan även ge detaljer av övriga faktorer angående patientens hälsa som har betydelse.

I följande text förklaras de centrala begreppen som kommer användas i uppsatsen för att tydliggöra för läsaren vad tillhörandet av etnicitet, kultur samt mångkulturalism har gemensamt för språkets betydelse.

Etnicitet, Kultur, Mångkulturalism

Begreppet etnicitet kommer från grekiskans *ethnos* som betyder folk och avser en persons identifikation eller känsla av tillhörighet till ett visst folk eller en viss etnisk grupp (Lindholm Schulz u.å). Phillips (2014, s. 26) anser att den etniska gemenskapen skapas av det gruppen har gemensamt exempelvis ursprung och kultur. De flesta människor har flera olika kulturer men flertalet känner tillhörandet i en etnicitet. Stier (2009, s. 105) menar att etniciteter och kulturer förändras gradvis i den takten med att

Sverige växer. De gamla etniska gränserna överskrids när nya transkulturella etniciteter växer fram och ersätts istället av blandade former, där exempelvis barn växer upp med eller i två kulturer. Hanssen (2007) beskriver att kommunikationsproblem kan uppstå mellan en patient med annan etnicitet och sjukvårdspersonal. Hon menar att dessa problem utgörs av tre huvudorsaker; att de inte talar samma språk, att samma språk föreligger men de delar inte samma värdesystem och målsättning eller att patienten behärskar vårdarens språk till en viss del men kan inte nyansera det.

Ordet kultur härstammar från latinets *cultura* och betyder odling. Idag är det ett begrepp som har flera olika definitioner och kan ibland vara svårt att hantera (Nationalencyklopedin 2016b). Enligt Björngren Cuadra (2010, ss. 27-29) har ordet flera betydelser och omfattar i princip all organisering av mänskligt liv och verksamhet. Vid benämning av kultur, sker vanligen kopplingen till ett land eller nation som då syftar till en avgränsad befolkning, ett specifikt område eller en politisk samhörighet. Kultur förknippas även med grupper av människor utan denna association, då avses istället etniska grupper och det finns här en idé om att grupper skiljs åt genom att de har olika kulturer. En gemensam kultur möjliggör för människor att uppfatta och förstå en händelse, en handling, ett objekt, ett yttrande eller en situation på samma sätt. Stier (2009, s. 48) anser att det ligger ett nära släktskap mellan kultur och språk, där språket och människans förmåga till kommunikation är betydelsefull för både kulturen och för själva mötet kulturena emellan.

Mångkulturalism är ett antropologiskt begrepp och definieras som en förförståelse för, att ha insikt i och uppskattning av sin egen kultur samt att den är baserad på respekt för och nyfikenhet på andra etniska grupper (Hanssen 2007, s. 114). Begreppet förknippas med människors olika bakgrunder som utgörs likväl av ursprungsbefolkning och nationella minoriteter som majoritetsbefolkning och invandrande personer och grupper (Stier 2009, s. 20). Invandrare som (SCB 2015) i sin tur räknar in de personer som kommer från utomnordiska länder och har av olika skäl fått uppehållstillstånd eller arbetstillstånd för att kunna bosätta sig i Sverige i minst 12 månader eller längre. Personen skall också vara folkbokförd i Sverige så här ingår inte asylsökande. Hanssen (2007, s. 114) beskriver vidare att mångkulturalism begreppet är knutet till jämförelsen mellan olika kulturer och innebär att sökning görs för att se likheter och skillnader i kulturen. Ett värde sätts på andra kulturer med hjälp av förståelse av hur en bestämd kultur kan uttrycka värden för dess egna medlemmar och inte igenom att acceptera alla synpunkter avseende dessa kulturer. Mångkulturalismen kännetecknas av värdesättning om kulturella arv och identiteter, att respekt finns för andra kulturer utifrån de kunskaper som föreligger samt att kulturell mångfald i sig själv värdesätts.

Kulturkompetens

Kulturkompetens innebär att förstå och att kunna relatera till kulturella skillnader samt ha kunskap om andra kulturer (Jirwe, Momeni & Emami 2014, ss. 341-357). En ökad kulturkompetens hos sjukvårdspersonal leder enligt Helman (2007, ss. 2-18) till en positiv effekt i att både ställa diagnos, påbörja behandling samt se till att de rätta medicinska resurserna kan sättas in. I det långa loppet kan en ökad kulturkompetens minska de skillnader som finns mellan olika minoritet- och majoritetsgruppers syn på hälsa. Wiklund Gustin och Lindwall (2012, s. 138) framhäver att det är betydelsefullt att

sjuksköterskan utvecklar grundliga kunskaper om olika kulturer och hur människorna lever i dem, vilket styrks i en tysk kvalitativ studie gjord av Kietzmann, Hannig och Schmidt (2015). En studie som bygger på semistrukturerade intervjuer, genomförda med 41 invandrare som erhållit prehospital sjukvård och med 20 vårdare inom prehospital akutsjukvård. Syftet var att undersöka de synpunkter som fanns hos invandrare och vårdpersonal för att kunna anpassa vården efter invandrarnas behov. Fynden visade att vårdpersonalen belyste vikten av att ha förståelse för skillnaden mellan vad innebörden av vad hälsa och sjukdom betyder i olika kulturer. Grundkunskaper om att det finns olika syn på kroppen beskrevs genom att när en patient som är muslim ska vårdas är det viktigt att ha grundkunskaper om vilken syn muslimer har på kroppen i deras kultur (Keitzmann, Hannig & Schmidt 2015). Det behövs likväl en kritisk hållning till sin egen kultur för att bli medveten om hur den påverkar ens egna synsätt på såväl hälsa, livskvalitet som vårdandet. En oklar uppfattning, baserad på exempelvis media, är inte tillräcklig och kan i värsta fall bli fördomsfull. En sjuksköterska behöver inte ha uttalade fördomar men risken finns att patientens behov inte blir tillgodosedda om nonchalans och okunskap präglas istället för att ha patienten i fokus (Wiklund Gustin & Lindwall 2012, s. 138). I en svensk kvalitativ studie gjord av Holmberg, Wahlberg, Fagerberg och Forslund (2015) där 18 ambulanspersonal intervjuades i fyra fokusgrupper var syftet att belysa ambulanspersonalens upplevelser av relationen med patient och närstående. Det framkommer att det finns en strävan om att försöka undvika förutfattade meningar som kan påverka relationen till patienten negativt, men genom att ha patienten i fokus beskrivs det att prioriteringen ligger på relationen med patienten. Ambulanspersonalen försöker bortse ifrån egna och andras åsikter. Ambitionen är att lyssna på patientens historia med ett öppet sinne och försöka att inte bli påverkad av förutfattade meningar.

Återkommande i flera studier framställdes önskemål hos sjuksköterskorna om att få en djupare kunskap om olika kulturer och religiösa termer (Cioffi 2005; Hultsjö & Hjelm 2005; Kietzmann, Hannig & Schmidt 2015). Sjuksköterskorna i studierna menade samtidigt att det var svårt att lära sig hur situationerna skulle hanteras utifrån litteraturen. De ansåg att det är erfarenheter av mötet med patienter tillhörande andra kulturer som är grundläggande för vårdandet. Hultsjö och Hjelm (2005) och Cioffi (2005) belyste att det underlättade med kollegor som var tvåspråkiga, som i sin tur förklarade och gav dem information om olika kulturer. Helman (2007, ss. 2-18) anser att det inte är meningsfullt att lära ut de så kallade särdragen och trosuppfattningarna då det kan orsaka generalisering av de vårdhandlingar som görs, istället bildas konsekvenser som kan leda till att vissa patientgrupper stigmatiseras. Jirwe, Momeni och Emami (2014, ss. 341-357) förklarar att kulturkompetens inte handlar om att inneha den rätta kompetensen av att vårda patienter med invandrarbakgrund, utan istället ha fokus på att kunna vårda alla patienter. Kulturkompetens beskrivs som förmågan att kunna förstå sig själv och andra utifrån en kulturell kontext. Den kulturella kompetensen kan vara avgörande för att kunna ge god omvårdnad. När vårdpersonal innehar hög kulturell kompetens kan förståelse lättare skapas för patienter och på så vis ge en bättre kommunikation (Jirwe 2008).

Språkets funktion

Ordet språk beskrivs som ett mänskligt system för kommunikation, känslouttryck, konstnärliga ändamål tillsammans med en uppsättning ord och ordförbindelser som kombineras enligt vissa grammatiska regler (Nationalencyklopedin 2016c). Språket är nyckeln till kommunikationen som ger oss chans till att uttrycka och förmedla känslor och upplevelser (Bäärnhielm 2007, ss. 287-292). Språket innebär samtidigt begränsningar för kommunikationen när orden inte alltid går att översättas rakt av, då ord och begrepp kan ha olika kulturella och språkliga betydelser. När ord som beskriver känslor som exempelvis ilska, ångest, smärta och nedstämdhet skall översättas kan svårigheter förekomma. Ibland räcker det heller inte att översätta ord för ord, utan det kan krävas långa förklaringar för att beskriva känslouttrycken. Bäärnhielm (2007, ss. 287-292) skriver vidare att patienter som inte behärskar det svenska språket har en begränsad förmåga att kommunicera. På samma sätt menar Stier (2009, s. 48) att otillräckliga språkfärdigheter kan leda till en ofullständig och inadekvat förståelse för vad som sägs.

Språkliga hinder

I Hultsjö och Hjelms (2005) svenska kvalitativa studie har 25 sjuksköterskor och undersköterskor från en akutmottagning, en ambulans och en psykiatrisk intensivvårdsavdelning intervjuats i fokusgrupper. Syftet var att identifiera om personal i både den somatiska och psykiatriska akutsjukvården haft problem med vårdandet av invandrare. De belyste problemen med att kommunikationen mellan vårdpersonal och patient kunde leda till missuppfattningar och risken fanns att missa diagnos och att rätt behandling uteblev. Vikten av att de kulturella omständigheterna bevakas poängteras av Wiklund Gustin och Lindwall (2012, s. 137), att sjuksköterskans vård ska uppfattas som ändamålsenlig, men om detta inte tillgodoses kommer det att resultera i missnöjda patienter och vårdandet blir ineffektivt och olämpligt. Cioffi (2005) har i en australiensk studie intervjuat tio sjuksköterskor för att belysa erfarenheterna av att ta hand om patienter med kulturell mångfald, av både medicinska respektive kirurgiska åkommor i akuta vårdssituationer. Studien visade att sjuksköterskor upplevde vårdandet som utmanande och frustrerande när kulturella skillnader fanns. Faktorer som språkbarriärer, stress och hanteringen av anhöriga kunde påverka deras känsla av otillräcklighet för att kunna ge god vård. Det kunde uppkomma oväntade beteenden hos både patienter och anhöriga när de vägrade den hjälp och behandlingen som erbjöds. Reaktionerna hos patienterna och anhöriga kunde vara att vissa uttryckte sig verbalt genom ett större utlopp av sina känslor, de drog sig i håret, grät högljutt och andra uttryckte sig icke-verbalt. Patienter som var högljudda beskrevs av sjuksköterskorna som jobbiga. Språkbarriärerna utgör svårigheter i vården och utmynnar i missförstånd, personal uppmanas därför alltid till att använda tolk. När den verbala kommunikationen är omöjlig uppstår det problem att förstå patientens behov (Cioffi 2005). I en annan svensk kvalitativ studie av Ozolins och Hjelm (2003) undersöktes 49 sjuksköterskor som hade påbörjat sin specialistutbildning inom anestesi, ambulans, intensivvård och i operativ vård. Intentionen var att belysa olika situationer inom akutsjukvården som hade upplevts problematiska med invandrargrupper. I resultatet tydliggjordes de svårigheter som sjuksköterskorna upplevde av att bedöma när patienterna inte svarade på tilltal, om det berodde på bristande språk eller om det var på grund av att patientens

medvetandegrad var sänkt. Cioffi (2005) beskriver vidare att sjuksköterskorna kände att språkförbistringar sätter vården på prov, men de påtalade dock att de gav samma behandling till alla sina patienter oavsett etnicitet. Att patienterna sågs som individer och inte som en del av kulturen de tillhör. Sjuksköterskorna betonade vikten av att patienterna tillfrågades för att kunna ses som en enskild person och där igenom kunde individanpassad vård ges.

Bäärnhielm (2007, s. 287) redogör att nyanlända flyktingar som kommer till Sverige inte får någon speciell introduktion om hur sjukvården fungerar. Den svenska sjukvården som organisation, syn på sjukdom, hälsa, ohälsa och behandling kan vara okänd, främmande och svårförståelig för den nyanlände flyktingen. Det förankras även i studien av Hultsjö och Hjelm (2005) om den begränsade medvetenheten av hur svensk sjukvård fungerar, vilket kunde leda till att fler samtal ringdes till SOS och på grund av språkförbistring åkte ambulansen på fler icke akuta larm. I studien beskrevs att egenvård är ett begrepp som inte alltid var förankrat hos invandrarna, de kände rädsla inför att de inte fått sin behandling och ringde gärna då ambulans på nytt. Det i sin tur kan leda till att patienten vänder sig till fel vårdinstans, där en lägre eller högre kompetens än vad som anses lämpligt används, exempelvis att en ambulans används som transportmedel till sjukhus. Suphanchaimat, Kantamaturapoj, Putthasri och Prakongsai (2015) gjorde en thailändsk systematisk översikt angående de utmaningar som fanns i hälso- och sjukvården för omhändertagandet av invandrare. En granskning av 37 artiklar från tre databaser gjordes och där de övergripande slutsatserna främst påvisade att språk- och kulturella skillnader utgjorde hinder för vårdandet samt bristen på invandrarnas syn och medvetenhet på värdlandets sjukvårdssystem. Öhlander (2004) har samlat empirisk data med syftet att hitta de grundläggande faktorerna vad som är invandrarspecifikt samt relationen mellan invandrare och svenskar. Han beskriver att vara invandrare i Sverige kan vara besvärligt, då de inte är bekväma med hur sjukvårdssystemet fungerar, vilket i sin tur kan spegla osäkerhet och rädsla hos patienten.

Tolk

Inom hälso- och sjukvård finns det dagligen behov av att använda tolk för att kommunikationen i en vårdrelation med patienten skall fungera (Fioretos, Hansson & Nilsson 2013, ss. 88-90). När vårdpersonal och patient saknar ett gemensamt språk kan det utgöra hinder för patienten att kunna delge sin sjukdomsberättelse. Det är vårdgivarens ansvar att tolk finns på plats när behovet finns. Vid akuta situationer finns inte samma möjlighet att ha tolk närvarande och det kan bli aktuellt att personalen behöver ta hjälp av tvåspråkiga kollegor eller av medföljande anhörig. En viktig aspekt att ta hänsyn till är att en familjemedlem eller en vän som tolkar kan ha svårt att vara neutral eller opartisk och därmed kan viktig information gå förlorad vilket i sin tur kan leda till konsekvenser för det fortsatta vårdandet (Fioretos, Hansson & Nilsson 2013, ss. 88-90). I studien av Ozolins och Hjelm (2003) beskrev sjuksköterskorna att anhöriga utgjorde ett hinder när de fanns med som tolk. Sjuksköterskorna visste inte om den information som de ville nå fram med varken hade framförts korrekt, uppfattats av patienten eller om den väsentliga informationen var utelämnad. Det upplevdes svårt att hantera agerandet när frågan som ställdes till patienten inte fördes vidare utan tolken

besvarade den istället. Nielsen och Birkelund (2009) har i en dansk studie belyst samma bekymmer, där kvalitativa intervjuer i kombination av observationer genomfördes med fyra sjuksköterskor. Syftet var att undersöka deras erfarenheter av patienter med annan etnisk minoritetsbakgrund och där berättade sjuksköterskorna att det fanns tillfällen som exempelvis när kvinnan inte vill tala om intima saker om tolken var hennes make. I en annan kvalitativ studie gjord av Cioffi (2003) undersöktes och redogjordes sjuksköterskors erfarenheter av kommunikationen med patienter och deras familjer på ett akutsjukhus med hög förekomst där engelska inte var modersmål. En tolkande beskrivande design hade valts med 23 sjuksköterskor som hade fem års erfarenhet från akutsjukhus i ett område där 70 % utgjordes av mångkulturalism. Resultatet påtalade bland annat vikten av att använda tolk samt att det underlättade när personalen var tvåspråkig. I båda studierna av Cioffi (2003) och Nielsen och Birkelund (2009) beskrevs att omhändertagande försvårades nattetid när tolk inte kunde tillgodoses, då fick andra metoder tillämpas som kroppsspråk eller med hjälp av bilder. Familjemedlemmar som t.ex. barn användes även ibland som tolk men det ansågs inte vara optimalt, då risk för feltolkning fanns. Cioffi (2003) redogör vidare att personalen efter ett tag hade lärt sig några nyckelord från vissa språk som underlättade kommunikationen. Flera utav personalen var oroliga för att kvaliteten på vården som gavs inte räckte till.

PROBLEMFÖRMULERING

I dagens mångkulturella samhälle är det inte ovanligt att sjukvårdspersonal vårdar patienter utan att ha ett gemensamt språk, vilket kan medföra svårigheter när information inte kan ges eller tas emot på ett tillfredsställande sätt. I ambulanssjukvård beskrivs mötet mellan vårdare och patient ofta som kort och med begränsad tid för att klargöra patientens problem. Mötet med patienten sker i olika sociala, kulturella och etniska miljöer och inte i en traditionell vårdmiljö. Samtalet utgör den viktigaste delen i en vårdande relation och det är här relevant information kommer fram. God kommunikation kan även ge detaljer om övriga faktorer som har betydelse för patientens hälsa. När språkbarriärer utgör hinder för vårdandet kan patientsäkerheten inte garanteras. När den språkliga förmågan är svag eller obefintlig, krävs det dock andra alternativ för hur samtalet skall kunna genomföras för att nå patientens livsvärld. Denna studie avser att skapa kunskap om ambulanspersonalens upplevelser av att vårda patienter som inte talar svenska.

SYFTE

Syftet var att beskriva ambulanspersonalens upplevelser av att vårda patienter som inte talar svenska.

METOD

Ansats

Valet av datainsamlingsmetod till studien var en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats som syftar till att försöka förstå den intervjuades livsvärld genom att fånga de känslor, tankar och upplevelser som informanten uttrycker (Kvale & Brinkman 2014, s.

45). Intervjuer är ofta en använd metod vid genomförandet av datainsamling inom området hälsa och vårdande, speciellt när livsvärldsteorin är utgångspunkten. Det ställs krav på öppenhet och följsamhet i datainsamlingen när avsikten är att förstå en främmande livsvärld (Dahlberg 2014, ss. 81-87). En semistrukturerad livsvärldsintervju är enligt Kvale och Brinkman (2014, s. 45) lämplig vid denna typ av studie och innebär att intervjun varken är uppbyggt av ett öppet vardagssamtal eller ett slutet frågeformulär. Den utförs i enlighet med en intervjuguide som fokuserar på vissa teman och som kan innehålla förslag till frågor som försöker fånga beskrivningar av intervjupersonens levda värld utifrån en tolkning av de beskrivna fenomenens innehåll. Det gör att frågorna inte behöver ställas i samma ordning utan en anpassning sker istället till vad som kommer upp i intervjun.

Deltagare

Dahlberg (2014, s. 80) belyser att vid fenomenologiska undersökningar bör urvalen ske strategiskt genom att det ska finnas skillnader i urvalet av deltagare så att en variation kan påvisas. När livsvärlden står i fokus är förutsättningen för urvalet att sökning sker efter de personer som kan delge sina upplevelser eller erfarenheter genom exempelvis intervjuer och därmed belysa det fenomen ska studeras (Dahlberg 2014). Urvalskriterierna för denna studie var att det skulle vara en jämn fördelning mellan könen, en variation av yrkestillhörighet samt att inkluderad ambulanspersonal skulle ha arbetat i sin profession i minst tre år, då det antogs ge utrymme för reflektion av de erfarenheterna av vårdmöten. Totalt deltog åtta ambulanspersonal varav sex sjuksköterskor med specialistutbildning inom ambulanssjukvård, en allmänsjuksköterska samt en ambulanssjukvårdare i från två ambulansstationer i två mellanstora svenska städer.

Datainsamling

Vid genomförande av datainsamling är det en fördel att intresse finns för varje individs livsvärld, deltagaren måste kunna känna att denne är i centrum då risk finns att störningsmoment som tankar från tidigare intervjuer kan påverka den aktuella intervjupersonen. Det krävs god ämneskompetens och noggrann förberedelse inför en intervju avseende både utrustning, val av plats samt hur intervjun skall genomföras (Dahlberg 2014, ss. 78-96). Val av intervjuplats blev efter deltagarnas önskan på deras arbetsplats, i ett enskilt rum på ambulansstationen samt en utav intervjuerna skedde i hemmiljön. Intervjun påbörjades med att deltagaren återigen fick läsa igenom informationsbrevet och skriva på för samtycke till deltagande i studien (bilaga 2) samt så gavs en kort presentation av studiens syfte. Den första intervjun var en så kallad provintervju, som direkt efter transkriberades, lästes igenom och sedan skickades till handledaren för kommentar. Några justeringar gjordes därefter innan resterande sju intervjuer utfördes. Intervjuerna genomfördes under tre veckors tid, vintern 2016. Varje intervju inleddes med en ingångsfråga för att på så sätt rikta fokus mot ett speciellt område och för att deltagaren skulle kunna slappna av, känna sig bekväm och trygg i situationen. Sedan fanns ett antal frågeområden nedskrivna, som enligt Dahlberg (2014, ss. 78-96) kan fungera som ett stöd för minnet för att täcka in hela den företeelse som önskas studera. I överensstämmelse med Polit och Beck (2012, s. 537) utformades en så kallad intervjuguide (bilaga 3) med ett tema som ansågs vara relevant till studiens syfte och ett par områden som önskades beröras under intervjun. En viktig aspekt att ta

hänsyn till enligt Dahlberg (2014, ss. 78-96) är att de områdena inte får styra själva frågorna utan måste alltid anpassas efter intervjupersonen och situationen. I sista sekvensen är avsikten att inte införa något nytt utan en strävan finns för att försöka förstå vad intervjuarens uttalanden kan betyda. För att få kvalité i sin intervju krävs få riktade frågor och många följdfrågor (Dahlberg 2014, ss. 78-96) (tabell 1). En egenskap i intervjun är enligt Polit och Beck (2012) att vara en god lyssnare och inte att leda dem, avbryta eller rådgöra. Intervjupersonen måste vara beredd på starka känslor som ilska, rädsla och sorg. I enlighet med Kvale och Brinkman (2014, s. 45) användes diktafon för att möjliggöra inspelningarna av intervjuerna, samtidigt som noteringar fördes och inkluderas i undersökningen. Längden på intervjuerna varierade mellan 30 till 59 minuter. Intervjuerna skrevs sedan ut och utgjorde det material som blev föremål för dataanalysen.

Tabell 1. Intervjuguide

Inledningsfråga	Exempel på följdfrågor	Frågeområden som önskas beröras
Jag skulle vilja att du berättade om en situation där du vårdat en patient som inte talat svenska	Vad upplevde du då? Kan du berätta mer? Kan du utveckla? Kan du ge exempel?	Språk r/t vårdandet Hinder/möjligheter r/t språkproblem Tolkerfarenheter

Dataanalys

Vid ljudinspelade intervjuer är det nödvändigt att skriva ut data för att på så sätt lättare kunna se och jämföra materialet (Dahlberg 2014, s. 107). Under transkriberingen togs alla uttalanden med, oberoende om upprepningar förekom. Allt material skrevs ut ord för ord (Dahlberg 2014, s. 108). För att göra intervjuerna så detaljrika som möjligt i överensstämmelse med Polit och Beck (2012, s. 557) återgavs även pauser, skratt, suckar och andra uttryck. Enligt Kvale och Brinkman (2014, s. 47) utgår den deskriptiva analysen av hur intervjudeltagaren så exakt som möjligt beskriver upplevelsen och känslan av handlingen. Bearbetning av materialet ifrån intervjuerna försiggick sedan enligt Elo och Kyngäs (2008, ss. 107-115) kvalitativa innehållsanalys med induktiv slutledning som är en modell beskriven i tre faser; *föreberedelse*, *organisering* och *rapportering*. Innehållsanalysen i deras mening är en metod för att analysera verbal, visuell eller skriven kommunikationsöverföring mellan olika individer och syftet är att förklara eller fastställa på ett systemiskt och objektiva sätt kvantiteten av olika fenomen. Det handlar även om en rörelse från det specifika till det generaliserbara, att särskilda händelser identifieras som genom abstraktion kombineras till en större logisk helhet. Med abstraktionens hjälp skapas kategorier som blir ett resultat av innehållsanalysen och ger en noggrann förklaring av fenomenet som studeras. Genom att tillsammans koncentrera meningsbärande enheter eller ord till färre men fortsatt ha aktuellt innehåll kan det antas att dessa ord eller meningsbärande enheter också delar samma meningsbörd, därefter kan koder skapas. Underkategorier med samma övergripande innebörd kan vidare i abstraktionsledet överensstämma till en och samma kategori (Elo & Kyngäs 2008, ss. 107-115).

I *förberedelsefasen* identifierades de texter och enheter som skulle analyseras, i den föreliggande studien transkriberades intervjutexterna var för sig. Därefter eftersträvades det att skapa en helhetskänsla eller uppfattning för vad som försiggick i varje enskild analysenhet. Textmaterialens enheter från varje intervju, lästes igenom ett flertal gånger tills materialet var bekant och att innehållet i intervjuerna kunde återges utan problem (Elo & Kyngäs 2008, ss. 107-115).

Den induktiva *organiseringfasen* inleddes därefter med att det kvalitativa datamaterialet organiserades. Bearbetningen skedde genom öppen kodning, skapande av kategorier och abstraktion. I den aktuella studien innebar öppen kodning att stödanteckningar och rubriker fördes i marginalen på de olika textmaterialen under tiden som de lästes. Öppen kodning genomfördes i flera omgångar var för sig och sedan tillsammans. Varje enskild intervju fick var sin färg och meningsbärande enheter som svarade mot syftet identifierades och överfördes sedan till en utformad tabell. För att fortsättningsvis ha ordning på vilken meningsbärande enhet som tillhörde respektive intervju fick de behålla samma färg i tabellen som vid markeringen. Därefter kondenserades meningarna i syfte att korta ner texten men utan att förlora innehållsrik data och lästes därefter igenom på nytt. Nästa steg var att koda de kondenserade meningsbärande enheterna utifrån dess innehåll och en kod sattes med hjälp av ett eller två ord. Materialet skrevs ut i färg och varje enhet klipptes isär och därigenom började arbetet med att hitta likheter och skillnader, där liknande innehåll fördes samman och bildade subkategorier (Elo & Kyngäs 2008, ss. 107-115).

I *rapporteringsfasen* presenterades slutligen resultatet i form av kategoriers innebörd och betydelse. Innehållet i kategorierna förklaras vidare med att tydliggöra subkategoriernas meningar och innebörder. Sättet som resultatet presenteras på är avgörande för hur graden av reliabilitet uppfattas av läsaren och det är därför nödvändigt att demonstrera en tydlig länk mellan ursprunglig data och resultatet som presenteras (tabell 2). Målet med rapporteringen av resultaten är att på bästa sätt beskriva analysförfarandet så noggrant som möjligt och förklara processen som leder fram till resultatet, i det här fallet respektive kategori. Resultaten av analysen redovisades som subkategorier och kategorier (Elo & Kyngäs 2008, ss. 107-115).

Tabell 2. Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
<i>Man behöver liksom inte ens förklara språket. Man pekar mot bröstkorgen, pain? Schmerzen? Så förstår hon vad jag menar och så pekar hon samtidigt där och så lyfter man lite upp mot halsen, utstrålning ut i armen, nekande eller jakande med huvudet.</i>	Kroppsspråk	Att kroppsspråket har betydelse	Att kommunicera genom kroppen
<i>Man blir en transportör bara, lite så känns det. En snabb transport liksom, tar</i>	Känsla av frustration	Att vara frustrerad	Att vara känslomässigt

<i>från plats till sjukhus. Lite frustration, man känner ju sig frustrerad, det är nog det ordet jag kan känna.</i>			påverkad
<i>Jag tror inte språket hade haft så stor betydelse i det här fallet egentligen även om jag hade kunnat prata med honom så hade jag nog inte kunnat göra så mycket mer för honom ändå just i det fallet. Nu var det bara att finnas där.</i>	Närvarande	Att inge trygghet	Främjande faktorer i vårdmötet

Etiska överväganden

Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460) behöver examensarbete på avancerad nivå inte genomgå etikprövning. Vetenskapsrådets fyra huvudkrav angående etiska riktlinjer har tillämpats i studien för att undvika att deltagaren inte skall komma till skada eller utsättas för kränkning - *Informationskravet* innebär att forskaren informerar deltagaren om studiens syfte och innehåll, vilken metod som kommer att användas, vem som utför studien, vem som är ansvarig samt att deltagandet är frivilligt och när som helst kan avbrytas (Vetenskapsrådet 2002). Deltagaren fick både skriftlig och muntlig information efter att informationsbrev hade skickats ut (bilaga 2). Den givna informationen hade tidigare godkänts av både handledare och verksamhetscheferna för ambulanssjukvården i västra Sverige innan den lämnades ut till potentiella deltagare (bilaga 1). Det framgick också att deltagandet i studien var helt frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan att ange något skäl (Kvale & Brinkman 2014, ss. 97-117). *Samtyckeskravet* innefattar att studien skall föregås av ett skriftligt samtycke till deltagande (Vetenskapsrådet 2002). Inför varje intervju fick deltagaren läsa igenom informationsbrevet på nytt och skrev sedan under för samtycke för deltagande i studien. *Konfidentialitetskravet* syftar till att skydda individerna så att den personliga integriteten inte kränks. Det sker genom att forskaren förvarar personuppgifterna oåtkomligt för obehöriga. Uppgifter som kunde röja deltagarnas identitet utelämnades i det inspelade materialet och när transkriberingen var klar skrevs materialet ut och då fanns det inga personuppgifter kvar som skulle kunna röja identiteten hos deltagarna. *Nyttjandekravet* ser till att skydda deltagaren från att uppgifter lämnas vidare eller inte används i syften som inte är vetenskapliga (Vetenskapsrådet 2002). Det inspelade intervjumaterialet har förvarats på ett säkert sätt genom att det har överförts till respektive dator och sedan raderats på mobila enheter med tanke på deltagarnas utsatthet.

Konsekvenser i en kvalitativ studie skall alltid värderas till vilken skada som hos deltagarna kan orsaka lidande och efter de fördelar som bringar ny kunskap. Risken för att deltagaren lider skada skall vara så liten som möjligt. Det ställs stränga krav på om hur långt forskaren kan gå i sina frågor när personlig närhet skapas i forskningssituationen då forskaren inte ska få deltagaren att avslöja saker som de senare ångrar att de delade med sig av (Kvale & Brinkman 2014, ss. 97-117). Innan studien påbörjades har ovanstående beaktats och sannolikheten att deltagarna skulle ta skada bedöms som låg då inget av materialet kan härledas till någon specifik individ. Även nyttan har övervägts vid genomförandet av studien, det ansågs värdefullt att kunna

delge med ytterligare kunskap om hur ambulanspersonalen upplever att vårda patienter som inte talar det svenska språket.

Förförståelse

Under datainsamling och analysarbete bör förförståelsen tyglas så långt det är möjligt, genom att hålla tillbaka sina omdömen och låta fenomenets innehåll träda fram (Dahlberg & Segesten 2010, s. 156). När en studie av kvalitativ design ska genomföras är det viktigt att forskaren reflekterar över sin egen livserfarenhet, yrkeserfarenhet och kunskap av det fenomen som skall studeras och kritiskt beakta sin förförståelse för att kunna stärka studiens pålitlighet (Henricson & Billhult 2012, ss. 129-137). Då vi tidigare har erfarenhet av att vårda patienter som inte talar svenska som sjuksköterskor på vårdavdelning men inte inom ambulanssjukvård fanns en viss förförståelse om att det kan vara problematiskt i en prehospitall miljö.

RESULTAT

I studiens resultat redovisas ambulanspersonalens upplevelser av att vårda patienter som inte talar svenska i från åtta intervjuer. Resultatet presenteras utifrån fyra kategorier och 12 underkategorier (tabell 3).

Tabell 3. Sammanfattning av resultatets kategorier

Underkategori	Kategori
Att kroppsspråket har betydelse Att fokusera på undersökningen av patienten Att vitala parametrar ger vägledning	Att kommunicera genom kroppen
Att vara orolig och rädd Att vara frustrerad Att tillfredsställelse och lättnad uppnås	Att bli känslomässigt påverkad
Att informationsutbytet försvåras Att få information ifrån en tredje part Att inte kunna ge information eller göra sig förstådd	Svårigheter i vårdmötet
Att vara förberedd Att anpassa sig efter rådande omständigheter Att inge trygghet	Främjande faktorer i vårdmötet

Att kommunicera genom kroppen

Denna kategori redogör för ambulanspersonalens upplevelser av vilken betydelsefull roll kroppsspråket har vid vård av patienter som inte talar svenska. Kategorin byggs upp av underkategorierna: *Att kroppsspråket har betydelse*, *Att fokusera på undersökningen av patienten* och *Att vitala parametrar ger vägledning*.

Att kroppsspråket har betydelse

När kommunikationsbarriärer förelåg inhämtades information på andra vis för att ambulanspersonalen skulle kunna utföra sitt arbete. Med hjälp av mimik, ögonkontakt, kroppshållning, gestikulation samt känslouttryck kunde kroppsspråket läsas av hos patienten och på så sätt ge vårdpersonalen ett stort utbyte av information. När det inte gick att kommunicera via det svenska språket använde sig flertalet deltagare utav kroppen som hjälpmedel för att kunna tala med patienten.

Det var fyra personer i bilen och när vi kommer ut så kunde dem inte prata svenska... Då var det svårt, man får försöka med kroppsspråk.

Deltagarna beskrev att de med hjälp av den medicinska utrustningen försökte visa vad som skulle ske härnäst. Det fanns även svårigheter i detta då det beskrevs att patienten kanske aldrig tidigare hade sett utrustningen som finns i ambulansen.

Jag brukar visa på tempen t.ex. "den är ok", jag sätter blodtrycksmanschetten och "det är ok."

I flera intervjuer förklarades hur deltagarna själva använde kroppen som hjälpmedel för att läsa av hur patienten mådde och på så sätt kunde den lilla information som var nödvändig för situationen nås. Patienter kunde visa vart den hade ont genom att peka eller skaka på huvudet.

Jag behöver inte förklara språket, det räcker med att jag pekar mot olika delar av kroppen och hon svarar nekande eller jakande med huvudet.

Att fokusera på undersökningen av patienten

Att inte dela samma språk kan skapa problem i det prehospitala mötet då svårigheterna med att få fram information ifrån patienten blev tydliga. När kommunikationshinder förelåg beskrev flera deltagare att de är med hjälp av sin fysiska undersökning på patienten kunde få fram värdefull information och att det sker en större fokusering på undersökningen när inte samma språk talades. De förklarade vidare att ibland skedde fokus endast på de fysiska besvären hos patienten och den emotionella biten fick lämnas utanför. Val av behandlingsåtgärder kunde ibland endast ske efter kroppslig undersökning och inte av någon intervju.

Ingen pratade varken svenska eller engelska. Jag tar anamnes, undersöker patienten och när jag känner på hennes mage var hon smärtpåverkad.

Att vitala parametrar ger vägledning

När det inte gick att få fram information ifrån patienten på grund av att svenska språket brast upplevde flera utav deltagarna att de vitala parametrarna så som blodtryck, puls, temperatur, syresättning och andningsfrekvens gav dem viktig information och på så sätt kunde de ge behandling till patienten.

Blodtrycket visade att patienten hade ont och då gav jag lite smärtlindring.

Ambulanspersonalen förklarade att de endast kunde göra bedömning med de resurser som fanns tillgängliga och vikten att hela tiden ha patienten i fokus. Om de behandlade med utgångsläge av vitala parametrar, sin egna kliniska blick och patientens allmäntillstånd, upplevdes situationen ofta få en lösning. I det akuta läget beskrevs språket som irrelevant för vårdsituationen av flera deltagare. Var patientens tillstånd kritiskt fick vårdandet utgå från den kliniska blick som ambulanspersonalen hade. Målet är att kunna prioritera vad som är viktigast i den specifika situationen och målet som önskas var främst att ha en stabil patient in till sjukhus.

Jag var ju sju minuter från sjukhus liksom, är ju viktigare att han kommer in om han har några skador än att jag ska försöka intervjua.

Att bli känslomässigt påverkad

Ambulansuppdrag som innebar att vårda en patient som inte talade svenska kunde leda till en känslomässig påverkan hos deltagarna. Att i vårdsituationen inte kunna föra en konversation där båda parter kan förstå varandra bidrog till att ambulanspersonalen ibland hade upplevelser som präglades av negativ karaktär som frustration, rädsla och maktlöshet. Dock fanns det vårdmöten som skapade tillfredsställelse när en lösning förekom trots språkförbistringar. Denna kategori byggs upp av underkategorierna: *Att vara orolig och rädd*, *Att vara frustrerad* och *Att tillfredsställelse och lättnad uppnås*

Att vara orolig och rädd

Ambulanspersonalen beskrev att det ibland upplevde sig vara oroliga och rädda när larmet kommer om en patient inte talade svenska och knapphändig information fanns. Det förelåg en oro av att de inte skulle komma förstå varandra i vårdmötet. Vidare beskrevs risken med att jobbet som önskas göra kanske inte kommer att kunna genomföras hundra procentigt. Deltagarna var rädda för att ge fel behandling eller att behandlingen skulle utebli hos patienterna som inte talade svenska. Det var något som var återkommande hos deltagarna då brist på information eller när kommunikationen inte fanns där. De uttryckte att samma vård därmed inte kunde ges för att ambulanspersonalen inte har möjlighet att inhämta den information som behövdes för att kunna starta behandling, samtidigt som de menar att det är av stor vikt att patienterna får rätt och lika vård oavsett språk.

Jag tror att personen har ont i magen men jag vet ju inte om den är överkänslig och jag vet ingen vidare anamnes tillbaka. Om den har haft t.ex. gallsten, då kan jag ju inte våga behandla patienten som jag egentligen hade velat göra.

Att vara frustrerad

Upplevelsen av att inte räcka till kunde uppstå i vissa situationer och är något som bekymrade deltagarna. Upplevelsen av frustration när kommunikationen inte fungerade nämns upprepande. Det är inget som ambulanspersonalen vanligtvis visade utåt men innerst inne fanns en frustration av att inte kunna göra det arbete som vanligtvis brukade

göras. De hade en önskan om att få fram så mycket information som möjligt men när det var begränsat fanns det tillfällen då ambulanspersonalen inte hade något annat alternativ än att hämta patienten och köra direkt till sjukhus.

Man blir en transportör bara, lite så känns det. En snabb transport liksom, tar från plats till sjukhus. Lite frustration, man känner ju sig frustrerad, det är nog det ordet jag kan känna.

Ambulanspersonalen beskrev hur de ter sig hjälplösa, handikappade och att känslan av maktlöshet ibland infann sig då brister i språket förekom. Upplevelsen av att inte vara tillfreds med hur de hade utfört sitt arbete och om de hade kunnat göra mer eller handla situationen annorlunda var påtaglig.

Det blev ju inte helt stopp i kommunikationen, väldigt begränsat... Det är nog en liten känsla av att känna sig lite tafatt...

Att tillfredsställelse och lättnad uppnås

Ambulanspersonalens möten där patienter inte talade svenska utmynnade också i upplevelser av positiv bemärkelse. När det skedde en lösning i kommunikationen kände ambulanspersonalen sig nöjda och glada när de kunde ge sin hjälp. De upplevde det som roligt att lösa problem och en känsla av tillfredsställelse infann sig när de hade förmåga att ge adekvat vård. Deltagarna beskrev en befriande känsla efter att de lämnat patienten på akutmottagningen där de visste att patienten kunde få alla svar när tolk fanns på plats. En lättnad infann sig när informationen som söktes gick att få fram. En av deltagarna berättade om ett fall om en kvinna med låga buksmärter där det var svårt att få fram mer exakt information, vilket beskrevs såhär;

Jag vill ju veta om hon hade kissat, men då tog hon om det var google translate i sin telefon och jag bara "har du kissat?" Och hon "ja". Okej, bra då vet vi det då kan jag släppa det.

När patienten inte kunde förmedla sig via det svenska språket sågs närstående som en viktig resurs för vårdandet. De framkom att närstående ofta var snabba med att hjälpa till i situationen antingen med att tolka direkt eller såg till att någon kunde tolka via telefon. Ytterligare information om patienten gavs och på så vis kunde en bättre bedömning göras vilket det ledde till ett bättre omhändertagande. Detta skapade en känsla av lättnad hos deltagarna.

... Så dröjde det kanske bara några sekunder så hade vi en anhörig direkt i telefonen. Det var jätteskönt, jätteskönt!

Svårigheter i vårdmötet

Det framkom flera faktorer som präglade svårigheterna i vårdmötet när det svenska språket brister. Kunde patienten förmedla sig på engelska upplevdes vårdandet något mindre bekymmersamt enligt ambulanspersonalens erfarenheter även om orden inte kunde översättas helt av eller att ord kan ha olika betydelser. Denna kategori byggs upp av underkategorierna: *Att informationsutbytet försvåras, Att få information från en tredje part och Att inte kunna ge information eller göra sig förstådd.*

Att informationsutbytet försvåras

De fanns tillfällen som informationsutbytet försvårades och var extra påtagligt. Ambulanspersonalen upplevde att det var svårt att få fram information när vårdmiljön utspelade sig på en plats som var stökig och högljudd. Där flertalet anhöriga som inte pratade svenska befann sig runt patienten samt att de i sin tur hade svårt att förstå varför det ställdes flertalet frågor. Det framkom att det var svårt att få fram specifika uppgifter när svenska språket brast och att det kunde vara språket som komplicerade vårdmötet. Mest utgjorde svårigheterna att få fram en korrekt anamnes som behövdes för vårdandet.

Vi kan inte få fram någonting om hon är allergisk, vi kan erbjuda morfin t.ex. men vi vet inte om patienten är allergisk mot morfin eller inte. Reagerar på det eller inte? Har hon fått morfin innan? Vi får inte den värdefulla informationen från varken föräldrar och från de som bor där.

Att få information från en tredje part

När patienten själv inte kunde ge ambulanspersonalen upplysning om deras bekymmer, var det vanligt förekommande att information inhämtades från en tredje part, en tolk. Det framkom att tolken kunde vara en närstående familjemedlem, en helt utomstående person eller en professionell tolk med medicinsk kunskap. När närstående familjemedlem eller vän varit delaktig i tolksamtalen upplevdes informationen inte alltid stämma överens med den kliniska blick som patienten speglade. Det rådde en osäkerhet hos deltagarna över om informationen hade framförts till patienten likväl om den information som inhämtas stämde med den upplevelse som patienter hade. De var också noga med att framföra tydligt i dokumentationen om närstående hade tolkat på ett sätt och ambulanspersonalen upplevde andra uttryckta känslor hos patienten. Det yttrade sig även på det sätt att anhörig svarade på frågan själv utan att föra den vidare till patienten och på så vis kunde inte svaren som gavs uppfattas som sanningsförenligt.

När man frågar en människa och i detta fallet maken svarar, han kan ju inte beskriva hennes upplevelser av smärta och de här sakerna på ett speciellt bra sätt. Mycket utefter att man märker när man frågar henne, så svarar han utan att ställa henne samma fråga.

När helt utomstående personer användes i tolksammanhang hade personen först erbjudit sin hjälp och sedan hade ambulanspersonalen frågat berörd patient om det skulle vara okej vilket vanligtvis har fungerat bra. Det fanns delade upplevelser av att använda professionell tolk bland deltagarna och tillgången skiljde sig efter vilken ambulansstation som de arbetade på. Flertalet påpekade dock vikten av att använda professionell tolk via SOS istället för att använda närstående för översättning av patientens bekymmer för att så korrekt information som möjligt kunde nås och ges. De ville trots om närstående fanns tillgänglig via telefon använda sig av tolk med medicinsk kunskap, dock kunde de använda sig av närstående som det kände förtroende för. Några upplevde att tiden för att nå tolk kunde bli lång när de behövde vänta i kö, samtidigt i det kritiska läget fanns inte heller tiden och på så vis användes inte tolken. När medicinsk tolk fanns på plats eller via telefon upplevdes att samma frågor som

vanligtvis ställdes till patienter där språkförbistringar inte förekom, kunde ställas och mer detaljerad information kunde därmed inhämtas.

Det var ingen av de andra som förstod svenska över- huvudtaget och inte engelska heller. Men då har vi det bästa utav allt, det är ju att vi då ändå kan få tolk via SOS.

Att inte kunna ge information eller göra sig förstådd

Deltagarna berättade om situationer där de inte kunde ge den information som önskades eller begränsningen av att inte kunna göra sig förstådd när brister i svenska språket förekom. Ibland ville patienten inte följa med in till sjukhus och i dessa fall påtalade deltagarna att det krävs extra tydlighet med vilka alternativ som fanns och uppmanade patienten att kontakta SOS på nytt ifall allmäntillståndet skulle försämrats. Det upplevdes som svårt att veta om informationen då hade nått fram och uppfattats hos patienten. De berättade vidare om att de gärna ville informera och förbereda patienten inför vad som skulle ske men att det inte gick när kommunikationen inte fanns där.

Jag hade kanske velat informera om "när vi kommer in till sjukhus, det kommer vara jättemycket folk som står där, de kommer titta på dig, de kommer fråga, försöka, de kommer att ta på dig, de kommer liksom"... hela den biten missar man ju som man då man informerar alla trauman med. Det kan man ju inte berätta...

Det upplevdes som att det rådde en viss okunskap om hur svensk sjukvård fungerar hos patienter där språkförbistringar förelåg. En deltagare nämnde ett fall där hon och patienten inte kunde förstå varandra och där ambulanssjukvård egentligen inte behövdes för patienten utan att han skulle kunna ta sig till närmsta vårdcentral.

Han hade ont i sin fot och ville åka ambulans och vi får ju inte neka några, så det var bara att åka med men när vi kom in till akuten så fick han ju vänta där i flera timmar och sen när vi då kommer tillbaka så blir han lite agiterad mot oss för att han tycker att vi har kört honom till ett ställe där man väntar och då ska man förklara för honom och han förstod ingen svenska och jättedålig engelska "att vi kör efter prioriteringar och de är ingen fara med honom i nuläget".

Främjande faktorer i vårdmötet

När vårdmöten präglades av svårigheter i det verbala språket fanns det faktorer som var av underlättade karaktär. Denna kategori byggs upp av underkategorierna: *Att vara förberedd*, *Att anpassa sig efter rådande omständigheter* och *Att inge trygghet*.

Att vara förberedd

För ambulanspersonal krävs en förberedelse inför varje enskilt uppdrag. Informationsinnehållet från SOS kan variera och ibland vara en helt annan än när patienten ses. Det är inget specifikt för om patienten kan svenska språket eller inte men när det är klargjort från början att språkförbistringar finns fås en annan förberedelse hos deltagarna, inför uppdraget, hos patienten på plats eller under transporten in till sjukhus.

Inför ett uppdrag då vetskapen fanns att patienten inte pratade svenska nämnde deltagarna att en mer mental förberedelse skedde genom att tänka mer på att använda sitt kroppsspråk. Upplevelsen kunde först vara att det kändes svårt inför ett sådant uppdrag men att med mental förberedelse försöka vända det till något positivt.

Man känner ju att det är viktigt att SOS har försökt att göra en bra intervju så vi får så mycket information som möjligt... Det brukar vara ganska duktiga på att skriva om de pratar arabiska eller att de inte pratar svenska så är man lite mer mentalt förberedd för jag tror att man tänker på kroppsspråket lite mer, det tror jag faktiskt men jag tänker nog lite extra.

Ibland förekom det väntetid på när professionell tolk eller närstående skulle användas i vårdmötet. Deltagarna nämnde då hur de förberedde sig med frågor om det var uppgifter som saknades som de ville få svar på när den aktuella hjälpen sedan fanns tillgänglig.

Jag tror att man tänker lite extra på att verkligen försöka ha så många frågor som möjligt att svara på när man har den här anhöriga eller vännen eller tolk i telefonen, att man verkligen försöker fråga ut allt. Det tror jag att jag försöker tänka på, "att passa nu på".

För att underlätta vårdkedjan för patienten som inte talar svenska beskrev flera deltagare hur de brukade ringa in till akutmottagningen. Deltagarna meddelade då att det fanns behov av tolk för att kunna kommunicera med den enskilda patienten och det gav akutmottagningen på så sätt en bra möjlighet till att skaffa fram en tolk.

Och har vi en bit att åka då ringer vi ju in till AVC och säger "få fram en tolk, vi får inte fram några uppgifter, vi är där om tio".

Att anpassa sig efter rådande omständigheter

Deltagarna beskrev att språket sällan var livsavgörande, om informationen var bristfällig och patientens allmäntillstånd inte var livshotande kunde ambulanspersonalen avvakta vidare åtgärder tills patienten kom till sjukhuset. Vikten av att vara öppen i sina sinnen betonades för att finna lösningar och att vården får bedrivas utefter de förutsättningar som finns. De beskrivna upplevda erfarenheterna av att vårda dessa patienter talade för att det hände att det kunde ta hela ambulanstransporten för att få fram information om vad patientens sjukdomsbesvär var.

Han letade fram en bild på google på en grushög och satt och pekade på och lyckades få fram på stapplig engelska att "hon har inte en stor sten men hon har små stenar".

Deltagarna berättade om hur de ibland fick gissa sig fram när det kanske inte fanns något självklart svar och de istället fick ha sina aningar. Ofta hade patienterna legitimation eller EU-kort som kunde ge detaljer om vilket land de kom ifrån och på sätt fick reda på vilket språk de talade. Situationen fick lösas efter bästa förmåga, all information kanske inte kunde ges samtidigt påtalade deltagarna att det kanske inte

alltid var relevant att behöva veta allt heller. I mötet med patienten som inte talar svenska är det bara fantasin som sätter gränser menar deltagarna, fanns det tillgång till hjälpmedel så var det en självklarhet att använda det. I vissa fall kunde kommunikationen ske med hjälp av papper, penna och ritade bilder.

”Hur ska jag veta med debuten?” hur många timmar är det sen? då tog jag fram min klocka och gestikulerar med fingrarna, tio timmar? Fem timmar? Jag visade med händerna och då pekade hon på klockslaget och då visade hon åtta på kvällen...

Deltagarna nämnde när de kunde tala flera språk utöver sin svenska med patienten resulterade det i att patienten bland annat kunde hänvisas till rätt vårdnivå.

Man har nytta av det ibland... ibland engelska och ibland är det dari, danska och lite arabiska och så vidare...

Vid möten med patienter som inte talade svenska kunde även kulturella skillnader spela en stor roll för vårdandet menade flera deltagare. I några beskrivna fall fanns det situationer när patienten avböjt vård med hänsyn till patientens kultur och ambulansen endast fungerade som ett transportmedel. Samtidigt berättade deltagarna att med visad respekt kom man långt i mötet och respekt gavs tillbaka och på så sätt löste sig oftast.

Att inge trygghet

Det fanns situationer som ambulanspersonalen belyste om när talan var överflödigt och den icke- verbala kommunikationen kunde vara lik så viktig. Med hjälp av visad empati och med sin närvaro kunde en god relation skapas. Då flertalet möten präglades av vård där patienter inte talade svenska ansågs det första mötet viktigt för att skapa förtroende. Att som vårdare visa att de finns där för patienten, lyssna in och försöka få den information som kan ges utefter omständigheterna och försöka förstå situationen.

Jag tror inte språket hade haft så stor betydelse i det här fallet egentligen även om jag hade kunnat prata med honom så hade jag nog inte kunnat göra så mycket mer för honom ändå just i det fallet. Nu var det bara att finnas där.

Deltagarna var extra tydliga med vikten av att få till ett positivt vårdmöte när svenska språket inte förekommer ligger fokus mycket hos vårdpersonalen själva, vilken inställning som fanns inför uppdraget samt personligheten. De upplevde att oftast gick det att vårda ändå och språket utgjorde inget större hinder, med en glad inställning och ett positivt första intryck var en betydande faktor för att hjälpa patienten.

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att få en så bra inblick som möjligt över ambulanspersonalens upplevelser valdes en kvalitativ intervjustudie. Den kvalitativa intervjun ger enligt Kvale och Brinkmann (2014, ss. 44-47) möjlighet till att ta del av en människas livsvärld. En induktiv design valdes sedan (Elo & Kyngäs 2008, ss. 107-115). Syftet med studien var att ta reda på ambulanspersonalens upplevelser av att vårda patienter som inte talar svenska, med ett öppet förhållningssätt och inte låtas påverkas av tidigare framställda uppfattningar och upplevelser. Då författarna inte anser sig besitta den erfarenhet av upplevelserna som efterfrågas, ansågs det gynna till en mer öppenhet och mindre styrda frågor och svar.

Det som kan vara utmanande vid intervjuer enligt Dahlberg (2014, s. 90) som också tydliggjordes i provintervjun, är att komma under den vardagliga nivån av åsikter, när uttryck mest sker av allmänna omdömen och kanske inte ens nära sina egna levda erfarenheter. Det var mer i slutet av intervjun när de öppna följdfrågorna som ställdes blev av bättre kvalité som deltagaren kunde ge exempel på specifika upplevda situationer och därmed gav mer detaljerad information. Valet av totalt åtta deltagare följdes då provintervjun ingick samt att i intervju nummer tre som hölls blev kort och inga uttömmande svar kunde ges av sina upplevelser, trots intervjuarens försök till att komma deltagaren nära och på djupet, upplevdes det svårt då informanten ständigt vek av från studiens syfte.

Alla deltagare var helt okända för författarna, vilket kan ses som en fördel av författarnas förståelse att deltagarna på så sätt kan delge sig av erfarenheter obehindrat och inte behöver känna några obehagskänslor eller om misstag begåtts. Nackdelen kan vara att de har svårt att öppna upp sig inför en okänd person som ställer frågorna. Sju intervjuer har utförts av författarna tillsammans och en intervju genomfördes ensam då det inte var praktiskt möjligt för båda. Det finns en medvetenhet om att när båda två deltar kan det föra med sig en minskad trygghet hos deltagaren vilket i sin tur kan påverka innehållet i intervjun. En maktförskjutning i samtalet kan på så sätt framkallas när det inte känns som ett naturligt samtal längre då en intervju ska eftersträva dialog mellan två personer enligt Kvale och Brinkmann (2014, ss. 41-68). Det kan ha utgjort ett negativt inflytande på datainsamlingen, men då en av författarna agerade sekreterare för att notera kroppsspråk och stödanteckningar bedömdes att det inte hade någon sådan inverkan.

Med inklusionskriterierna för studien fanns en önskan att få en spridning och variation vad gäller ålder, kön och yrkestillhörighet. Då det var svårt att få deltagare till studien kunde inte variationen tillgodoses då endast en ambulanssjukvårdare, en allmänsjuksköterska och sedan resterande sex deltagare med specialistutbildning inom ambulanssjukvård som gav sitt samtycke. Av studiens deltagare var merparten kvinnor, då endast två var män. Giltigheten kan antas ha försvagats till följd av att under en utav intervjuerna skedde en överraskning hos intervjuarna då deltagaren i fråga uppgav sig vara allmänsjuksköterska och endast arbetat ett år inom ambulanssjukvården. Intervjun valdes trots det att fortlöpa, då flera specifika fall kunde återges. I efterhand har frågan

ställt oss båda om det är svårare att kunna ge exempel när deltagaren arbetat flera år och på så sätt pratar om upplevelser mer i allmänhet.

Materialet transkriberades direkt efter varje avslutad intervju, var för sig och sedan tillsammans, på så sätt kunde samtalet återges mer exakt angående detaljer, som gester, ljud osv. vilket ses som en styrka i studien och ökar tillförlitligheten. Bearbetningen av intervjuerna har skett med hjälp utav Elo och Kyngäs (2008, ss.107-115) kvalitativa innehållsanalys, då det anses som en lämplig metod för att analysera variationer i ett datamaterial. Överförbarhet möjliggörs genom en noggrann beskrivning av det strategiska urvalet, datainsamlingen och analysen. Hela analysprocessen har genomförts gemensamt och valet av att redovisa ett exempel på innehållsanalysen i metodavsnittet ger studien en större tillförlitlighet. Att använda sig utav för många citat i resultattexten kan ifrågasättas enligt Elo & Kyngäs (2008, ss. 107-115) då det kan tyda på brister i analysarbetet. I den här studiens resultat återfinns flera citat under respektive kategori för att förstärka textinnehållet och på så sätt också framhäva att studiens syfte besvarats i resultatet och anses inte ta överhanden av kategorierna. Citaten har återgetts ordagrant, inget har ändrats eller lagts till och på så sätt kan läsaren själv göra en värdering om resultatet svarar på studiens syfte vilket stärker studiens giltighet. Därmed kan denna metoddiskussion styrka studiens både giltighet och tillförlitlighet som god.

Vid kvalitativ forskning krävs en noggrannhet samt en strävan efter att förbättra trovärdigheten i en studies resultat (Polit & Beck 2012, s. 490). I föreliggande studie består resultatet endast av material som deltagarna själva delat med sig om. Varken förutfattade meningar eller egna värderingar har påverkat resultatet då en medvetenhet om den egna förståelsen har beaktats samt reflektioner har skett fortlöpande kring hur den skulle kunna påverka resultatet. Polit och Beck (2012, s. 505) understryker att oavsett val av metodansats kan det finnas olika förklaringar till vilka fynd som framkommer i en studies resultat. I vår studie kan en begränsning vara att vi tidigare inte genomfört kvalitativ innehållsanalys. Som ovan nämnt har citat från intervjuerna tagits med som förstärker trovärdigheten enligt Polit och Beck (2012). Trovärdigheten i en studie bygger också på hur överförbarheten av resultatet är och kan användas i andra liknande verksamheter. Studien är genomförd inom prehospitalet akutsjukvård men resultatet anses vara överförbart även i andra vårdmöten där vårdpersonal möter patienter som inte talar svenska.

Resultatdiskussion

Den här studien har till syfte att beskriva upplevelserna hos ambulanspersonalen vid vård av patienter som inte talade svenska. Föreliggande resultat påvisar att språkförbistringar i ambulansuppdrag framkallar upplevelser hos personalen av både negativ och positiv karaktär, kommunikationssvårigheter men också hur situationer löses med bristfälliga resurser, vikten av sin kliniska blick samt sin egen kropp som hjälpmedel.

Att kommunicera genom kroppen

I vår studies resultat återkommer vid upprepande tillfällen hur kommunikationen kan underlättas genom att använda kroppen som hjälpmedel. Resultatet påvisade att när det

inte gick att kommunicera med patienten använde sig flera deltagare utav kroppsspråket. Rezende et. al (2015) beskriver hur kroppsspråket i deras studie innefattar ansiktsuttryck, ögonkontakt, beröring, huvudrörelser, röst, fysisk närhet. I föreliggande resultat framstod ansiktsuttryck som en stor tillgång vid icke-verbal kommunikation, det hjälpte både ambulanspersonalen och patienter att på så sätt få fram information. Det belyses även vidare i vår studies resultat och även i Rezende et al. (2015) studie om hur kroppsliga uttryck kan avslöja tillstånd hos patienterna som ger vårdpersonal värdefull information. Enligt Rezende et. al (2015) påvisas att ansiktsuttryck skapar lycka och tillfredsställelse. Ögonkontakt indikerar på att det är ett sätt att visa uppmärksamhet och underlätta utbytet av information. Ekeberg och Dahlberg (2015, ss. 129-144) beskriver också att sjuksköterskan bör vara lyhörd, visa öppenhet och inneha skärpt uppmärksamhet om olika kroppsuttryck och signaler som patienten förmedlar, t.ex. gester, ansiktsfärg, mimik och stämmningslägen. Det krävs att samtalet speglas av medvetenhet om att patienten är i fokus och att ha förståelse för situationen som råder här för att kunna nå fram till patientens livsvärld. I Rezende et al. (2015) studie lyftes också hur förtroende mellan vårdpersonal och patient etableras via talet, fysisk kontakt samt närvaro. I föreliggande studies resultat framhävs ambulanspersonalens fokus på kliniska bedömningar av fysisk undersökning samt svar från vitala mätvärden. Det kunde ibland vara tillräckligt att använda sig utav kroppen i kombination av undersökning av patienten för att få fram information för att kunna vårda patienten. Detta påvisas i en studie av Priebe et. al (2011) om när en patient och vårdpersonal inte talar samma språk krävs en mer omfattande fysisk undersökning och tester för att kompensera den verbala kommunikationen. I vår studie föreligger det en variation hos deltagarnas yrkesverksamma år. Det kan vara svårt som ny ambulanspersonal att kunna läsa av kroppsspråk eller andra uppvisade symtom som patienten har, det är lätt att gå på de objektiva data som blodtryck, puls, temp för att skapa en förståelse av situationen. Den kliniska blicken kommer med tiden. I Ahl et. al. (2005) lyftes vikten av att nya ambulanssjuksköterskor ska låtas tilldelas kunskap av erfarenheter genom observationer från av en erfaren sjuksköterska.

Att bli känslomässigt påverkad

I föreliggande studies resultat speglas osäkerheten och rädslan över att felbehandla var påtaglig hos flertalet deltagare, då de var svårt att få ut en anamnes med tillhörande sjukdomshistoria eller allergier. Det påpekas vidare i studien av Priebe et. al (2011) vilka följder som kunde bli när det inte visste deras allergier, om vaccinationer eller tidigare hälsoproblem. Tidigare forskning framhäver dilemman när kommunikationen inte fungerade mellan patient och vårdpersonal vilket kunde leda till missuppfattningar och att det fanns risk att missa diagnos eller att patienten inte fick den behandlingen som krävs (Hultsjö & Hjelm 2005).

Vårt resultat visar på att det inte har någon överhängande roll avseende att inneha förståelse för och kompetens från andra kulturer för att optimera kommunikationen vilket betonas i tidigare forskning (Cioffi 2005; Hultsjö & Hjelm 2005; Kietzmann, Hannig & Schmidt 2015). Tidigare forskning påpekade även att vårda patienter som inte talar samma språk kändes utmanande och ibland frustrerande speciellt när det fanns kulturella skillnader (Cioffi 2005). Deltagarna i föreliggande studie nämnde någon

enstaka gång att det ibland kunde skilja sig i omhändertagandet av patienter från olika kulturer i den prehospitalla vården men att det inte var avgörande för att ge kunna ge god vård. Ambulanspersonalen beskrev vidare den frustration som uppkom när det inte gick att kommunicera på grund av att patienterna inte kunde det svenska språket. Deltagarna tog dock inte upp att kulturella skillnader skulle vara ett problem utan frustrationen var främst då det inte gick att kommunicera med varandra vilket ledde till att deltagarna kände sig otillräckliga stundtals. Resultatet i föreliggande studie präglas av upplevelser som utmynnats av både positiv och negativ bemärkelse hos ambulanspersonalen dock med övervägande av positiv karaktär. Det motsäger tidigare forskning, då känslorna som framkallades hos vårdpersonalen mestadels var av negativt slag (Cioffi 2005; Hultsjö & Hjelm 2005; Ozolins & Hjelm 2003).

Svårigheter i vårdmötet

Upplevelserna av att använda sig av tolk i vårdmötet kan ses som både en tillgång och utgöra ett hinder i vårdmötet. Deltagarna var lättade om det fanns en anhörig på plats som kunde tolka åt dem för att få fram information vilket förlikas i en studie av Boi (2000). Sjuksköterskorna i den studien upplevde att anhöriga som agerade tolk utgjorde den största länken för kommunikation emellan sjuksköterskor och patienter. Att få information från en tredje part beskrivs också som en osäkerhet vilket förlikas med tidigare studier där vårdpersonal beskrivit att de föredrar professionell tolk som har medicinsk kunskap före familjemedlem då de kan ha en objektiv roll utan någon relation till patienten (Hadziabdic, Albin, Heikkilä & Hjelm 2010; Priebe et. al 2011). Kommunikationen gynnades dessvärre inte alltid av professionell tolk, då de upplevdes att patienten gav mer detaljerad information när en närstående som de hade förtroende för hjälpte till (Priebe et. al 2011). Flera utav deltagarna nämnde att de har tillgång till professionell tolk men att de aldrig har kommit i den situationen att de har behövt använda sig utav den funktionen. Andra hade en önskan om att nå tolk via SOS och några få upplevde att tiden inte fanns för att ringa men att behovet egentligen var stort. Det framkommer också en tveksamhet till att använda tolk via SOS då de tekniska möjligheterna är begränsade i ambulansen vilket också nämns vidare i Hadziabdic et. al. (2010) studie, att det krävs en välfungerande teknik för att använda telefontolk. Att använda sig utav professionell tolk kan leda till en välfungerande kommunikation enligt Hadziabdic et. al. (2010) och därmed resultera i en vårdrelation som präglas av sjuksköterskans möjlighet till att främja patientens välbefinnande och lindra lidande.

Främjande faktorer i vårdmötet

I föreliggande studies resultat framkommer upplevelsen av att det krävs en annan förberedelse när patienten och ambulanspersonalen inte pratar samma språk. Förberedelsen sker på ett annat sätt och deltagarna beskriver att de får tänka till genom att använda sig mer utav kroppsspråket. Samma känsla beskrevs av vårdpersonalen i studien av Hadziabdic et. al. (2010), förberedelsetiden är längre när patienten pratar annat språk. Att anpassa sig efter rådande omständigheter och handha situationen efter bästa förmåga är något som präglar ambulanssjukvården i stort. I Ahl et. al (2005) betonas flexibilitet, kreativitet och ödmjukhet som starka sidor och det är vana att varje dag mötas av unika vårdssituationer. Det påtalas också i vår studie om att god vård är att visa respekt, att försöka få patientens förtroende för att inge trygghet.

Under studiens gång har det varit tillfällen som resultatet eller förhållanden som framkommit vid intervjuerna varit överraskande. Det har lett till en ökad förståelse för problemområdet och för ambulanspersonalens situation i stort. Det har även bidragit till en ökad förståelse för den komplexitet som yrket präglas av samt de utmaningar som väntar ambulanssjukvården i framtiden.

SLUTSATS

Studien påvisar att den prehospitla vården kan utföras trots språkbarriärer då ambulanspersonalen får använda sig utav de resurser som finns tillgängliga som exempelvis användningen av deras kroppsspråk och tolkar för att på bästa sätt kunna möjliggöra en väl fungerande kommunikation. Närstående ses ha en viktig roll när patienten har svårt att förmedla sig via svenska språket. Föreliggande resultat belyser endast ambulanspersonalens upplevelser av att vårda patienter som inte talar svenska. Det saknas kunskap från patientens upplevelser och fortsatt forskning behövs därför för att kunna nå fördjupad förståelse av patientens perspektiv på ambulanspersonalens vårdande när svenska språket brister.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Studiens resultat påvisar att oavsett om kommunikationen är av verbal eller icke-verbal karaktär så utgör den en stor och viktig roll i vårdmötet med patienten prehospitalt. För att få till en väl fungerande kommunikation krävs det att ambulanspersonal har förmågan att kunna hantera situationen efter bästa förmåga, men det är också utefter att förutsättningarna kan förbättras avseende tillgången till hjälpmedel. Förslag på förbättringsområden för ökad kunskap av omhändertagande av patienter som inte talar svenska följer nedan:

- Att eftersöka en nationell mall med det mest förekommande frågorna prehospitalt, via en applikation skulle en översättning kunna ske på de språk som önskades samt bilder kunde blandats med text. Det hade kunnat leda till en ökad patientsäkerhet.
- Ett enklare sätt att få fram tolk via SOS, även här känns den tekniska utvecklingen aktuell.

REFERENSER

- Ahl, C., Hjalte, L., Johansson, C., Wireklint Sundström, B., Jonsson, A. & Suserud, B.O. (2005). Culture and care in the ambulance services. *Emergency Nurse*, 13(8), ss. 30-36.
- Björngren Cuadra, C. (2010). Omvårdnad i mångkulturella rum. I Björngren Cuadra, C. (red). *Omvårdnad i mångkulturella rum- frågor om kultur, etik och reflektion*. Lund: Studentlitteratur, ss. 17-46.
- Boi, S. (2000). Nurse's experiences in caring for patients from different cultural backgrounds. *Journal of Research in Nursing*, 5(5), ss. 382-389.
- Bäärnhielm, S. (2007). Möten i mångkulturella vården. I Fossum, B. (red.) *Kommunikation - samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur, ss. 287-307.
- Cioffi, J. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), ss. 299-306.
- Cioffi, J. (2005). Nurses experiences of caring for culturally diverse patients in an acute setting. *Contemporary Nurse*, 20(1), ss. 78-86.
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Ekebergh, M. (2015). Att förstå patienten ur ett livsvärldsperspektiv. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 66-75.
- Ekebergh, M. & Dahlberg, K. (2015). Vårdande och lärande samtal. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 129-144.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), ss. 107-115.
- Fioretos, I. (2002). Patienten som kulturellt objekt. I Magnússon, F. (red). *Etniska relationer i vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur, ss. 147-176.
- Fioretos, I., Hansson, K. & Nilsson, G. (2013). *Vårdmöten - kulturanalytiska perspektiv på möten inom vården*. Lund: Studentlitteratur.

Hadziabdic, E., Albin, B., Heikikilä, K. & Hjelm, K. (2010). Healthcare staffs perceptions of using interpreters: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 11(3), ss. 260-270.

Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.

Helman, C. G. (2007). *Culture, Health and Illness*. London: Hodder Arnold, ss. 2-18.

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, ss. 139-137.

Holmberg, M., Wahlberg, A-C., Fagerberg, I. & Forslund, K. (2015) Ambulance clinicians' experiences of relationships with patients and significant others. *Nursing in critical care*, 17, ss. 1-8.

Hultsjö, S. & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing review*, 52(4), ss. 276-285.

International Council of Nursing (ICN). (2012). *ICN:s etiska koder för sjuksköterskor*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/> [2016-02-04].

Jirwe, M. (2008). *Cultural competence in nursing*. Diss. Institutionen för Neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, sektionen för omvårdnad. Karolinska Institutet: Stockholm.

Jirwe, M., Momeni, P. & Emami, A. (2014). Kulturell mångfald. I Friberg, F. & J. Öhlén. (red.) *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur, ss. 341- 357.

Kietzmann, D., Hannig, C. & Schmidt, S. (2015). Migrants' and professionals' views on culturally sensitive pre-hospital emergency care. *Social Science & Medicine*, 138, ss. 234-240.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3.uppl., Lund: Studentlitteratur.

Lindholm Schulz, H. (u.å.). *Etnicitet*. I Nationalencyklopedin. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/etnicitet> [2016-01-26].

Nationalencyklopedin. (2016a). *Kommunikation*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/kommunikation> [2016-03-23].

Nationalencyklopedin. (2016b). *Kultur*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/kultur> [2016-02-04].

Nationalencyklopedin. (2016c). *Språk*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/spr%C3%A5k> [2016-02-08].

Nielsen, B. & Birkelund, R. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system - a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), ss. 431-437.

Ozolins, L. & Hjelm, K. (2003). Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 7(2), ss. 84-93.

Phillips, T. (2014). *Etnicitet och kulturmöten*. Malmö: Gleerups utbildning AB.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. uppl., Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, E., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Puipinósi Riera, R., Sarvay, A., JF Soares, J., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M. & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11:187.

Rezende, R.C., Oliveira, R.M.P., Araújo, S.T.C., Guimarães, T.C.F., Espírito Santo, F.H. & Porto, I.S. (2015). Body language in health care: a contribution to nursing communication. *Rev Bras Enferm*, 68(3), ss. 430-436.

Riksföreningen för ambulanssjukköterskor och svensk sjukköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivningen för specialistutbildad ambulanssjukköterska*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Specialistutbildad-ambulanssjukskoterska/> [2016-01-14].

Sandman, L. & Bremer, A. (2009). Etik inom ambulanssjukvården. Suserud, B-O. & Svensson, L. (red.) *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber, ss. 167-178.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2003:460. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Statistiska centralbyrån (SCB). (2015). *Från massutvandring till rekordutvandring*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.sverigeisiffror.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/in-och-utvandring/> [2015-12-14].

Statistiska centralbyrån (SCB). (2016). *Utrikesfödda efter år*. [Elektronisk]. Tillgänglig: http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101E/UtrikesFoddaR/table/tableViewLayout1/?rxid=9926b948-721a-434a-925d-db8a9b5baf2d [2016-02-24].

Stier, J. (2009). *Kulturmöten: en introduktion till interkulturella studier*. 2.uppl., Lund: Studentlitteratur.

Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W. & Prakongsai, P. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through provider's lens. *BMC Health Services Research*, 15:390.

Tavallali, A.G., Kabir, Z. N. & Jirwe, M. (2014). Ethnic Swedish Parents' experiences of minority ethnic nurses' cultural competence in Swedish paediatric care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 28(2), ss. 255-263.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. [Elektronisk]. Tillgänglig: http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf [2016-02-21].

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Öhlander, M. (2004). Problematic patienthood. "Immigrants" in Swedish Health care. *Ethnologia Scandinavia*, 34, ss. 89-107.



HÖGSKOLAN I BORÅS

Godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå där syftet är att beskriva ambulanspersonalens upplevelse av att vårda patienter som inte talar svenska.

I dagens mångkulturella samhälle är det inte ovanligt att sjukvårdspersonal vårdar patienter utan att ha ett gemensamt språk. Detta kan medföra svårigheter när information inte kan ges eller tas emot på ett tillfredsställande sätt. Tidigare forskning påvisar kunskapsbrister om att vårda patienter som inte talar vårdlandets språk och hur detta kan utgöra hinder i vårdandet och en brist i patientsäkerheten. Vår magisteruppsats kan bidra med kunskap om ambulanspersonalens upplevelser av vårdmötet när det svenska språket brister.

Metoden för examensarbetet är kvalitativ intervju med 6-8 ambulanspersonal. Beräknad intervjutid är ca 30-45 min. Inklusionskriterier för deltagande är minst 3 års yrkesverksamhet inom ambulanssjukvård. Deltagande är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Uppgifter som kan identifiera deltagare tas bort före publicering. Ingen obehörig har tillgång till datamaterialet.

Vi ber härmed om ditt godkännande att få genomföra ovan nämnda studie.

Hälsningar

Lisa Dahlqvist
E-post: nn.nn@xx.com
Tfn: 073-XXXXXXX

Caroline Åbom Häll
E-post: nn.nn@xx.com
Tfn: 070-XXXXXXX

Handledare
Anders Bremer, universitetslektor
Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås
anders.bremer@hb.se

Godkännande från verksamhetschef

Jag ger härmed mitt godkännande till genomförandet av ovan nämnda studie.

Underskrift

Ort/datum



Information om deltagande i intervju

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå. Syfte med examensarbetet är att beskriva ambulanspersonalens upplevelser av att vårda patienter som inte talar svenska.

I dagens mångkulturella samhälle är det inte ovanligt att sjukvårdspersonal vårdar patienter utan att ha ett gemensamt språk. Detta kan medföra svårigheter när information inte kan ges eller tas emot på ett tillfredsställande sätt. Tidigare forskning påvisar kunskapsbrister om att vårda patienter som inte talar svenska och hur detta kan utgöra hinder i vårdandet och en brist i patientsäkerheten.

Metoden för examensarbetet är kvalitativ intervju och vi önskar nu din medverkan i en intervju. Beräknad intervjutid är ca 30-45 min. Du bestämmer själv vart intervjun ska hållas. Inklusionskriterier för deltagande är minst 3 års yrkesverksamhet inom ambulanssjukvård.

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Uppgifter som kan identifiera deltagare tas bort före publicering. Ingen obehörig har tillgång till datamaterialet.

Hälsningar

Lisa Dahlqvist
E-post: nn.nn@xx.com
Tfn: 073-XXXXXXX

Caroline Åbom Häll
E-post: nn.nn@xx.com
Tfn: 070-XXXXXXX

Handledare

Anders Bremer, universitetslektor
Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås
anders.bremer@hb.se

Informerat samtycke

Jag lämnar härmed Mitt informerade samtycke om deltagande enligt vad som ovan beskrivits. Jag är medveten om att jag när som helst kan ta tillbaka mitt samtycke och utan motivering.

Datum: _____

Ort: _____

Namn, underskrift

Intervjuguide

Kön:

Ålder:

Antal verksamma år inom ambulanssjukvården, profession:

Inledningsfråga:

- Berätta om en situation där du vårdat en patient som inte talar svenska

Områden som önskas beröra:

- Språk r/t vårdandet
- Hinder/möjligheter r/t språkproblem
- Tolkerfarenheter

Följdfrågor:

Vad upplevde du då?

Kan du berätta mer?

Kan du utveckla?

Kan du ge exempel?