



# **Bortom orden;**

## **Att möta patienter som inte talar svenska**

Johanna Gustafsson & Marica Stenström  
Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå  
Specialistsjuksköterskeprogrammet  
Institutionen för Hälsovetenskap  
Vårterminen 2021

## **Förord**

Vi vill inledningsvis rikta det största tacket till studiens deltagare. Ni gav oss innehållsrika och intressanta intervjuer och utan er vore studien inte möjlig att genomföra.

Vi vill också tacka vår handledare Gudrun Rudolfsson. Tack för dina ovärderliga råd, för att du alltid trott på vår idé och för att du stått vid vår sida genom uppsatsen.

Till sist vill författarna tacka varandra. Vi har lyft varandras styrkor, haft ett värdefullt samarbete och samma tydliga mål. Många goda skratt har det blivit längs vägen.

Johanna Gustafsson och Marica Stenström, maj 2021

# **Bortom orden; att möta patienter som inte talar svenska / Beyond words; encountering patients who do not speak Swedish**

Författare: Johanna Gustafsson  
Marica Stenström

Handledare: Gudrun Rudolfsson

Examinator: Ulla Hällgren Graneheim

Institution: Institutionen för Hälsovetenskap, Högskolan Väst.

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

Månad och år: Juni 2021

Sidor: 20

---

## Sammanfattning

*Bakgrund:* En ökad migration till Sverige har lett till språkliga skillnader, vilket ställer höga krav på sjuksköterskornas kommunikationsförmåga. Tidigare forskning visar att språkbarriärer är den främsta orsaken till kommunikationsproblem som riskerar att leda till felaktig behandling eller brist på vård. Dessutom har det rapporterats att sjuksköterskor upplever stress över att inte kunna kommunicera med patienten. Studier har också visat att brist på kommunikation kan begränsa förmågan att skapa tillfredsställande relationer med patienter. *Syfte:* Att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att möta patienter som inte talar svenska. *Metod:* En kvalitativ deskriptiv design användes i denna studie. Åtta sjuksköterskor deltog och intervjuades individuellt. Resultatet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys och mynnade ut i tre teman. *Resultat:* Resultatet tolkades som tre teman med sju subtema; (1) En förenande kraft i samtalet (beroende av tolk för att kunna arbeta, att använda närstående som tolk kan vara en risk) (2) Våga stanna kvar när det blir svårt (att skapa relation kräver tid, att vilja förstå det utsagda, att inte ge upp förrän patienten förstått) (3) Ett krävande uppdrag (att känna otillräcklighet, att bära ansvaret är tungt men nödvändigt). *Slutsats:* Att möta patienter som inte talar svenska är en komplex uppgift med flera svårigheter, och som innebär ansvar. Att ta sig tid, lyssna och försöka förstå patienten är alla viktiga förutsättningar i mötet, liksom att ha kulturell kompetens. Strategier för att övervinna språkbarriärer kan användas, så som att tala långsamt, använda ett enkelt språk och använda kroppsspråk.

*Nyckelord:* Kommunikation; Möte; Sjuksköterska; Språkbarriärer.

## Abstract

*Background:* An increased migration in Sweden has led to language differences, which makes high demands on nurses' communication skills. Previous research shows that language barriers are the main cause of communication difficulties, which could increase the risk of incorrect treatment or lack of care. Furthermore, it has been reported that nurses experience stress from not being able to communicate appropriately with patients. Studies have also shown that lack of communication limits the ability to create satisfactory relations with patients. *Aim:* The study aimed to highlight nurses' experiences when encountering patients who do not speak Swedish. *Method:* A qualitative descriptive design was used in this study. Eight nurses all over Sweden participated and were individually interviewed. The data were abstracted into three themes using qualitative content analysis. *Results:* The results were abstracted and interpreted into three themes with seven subthemes; (1) A unifying force in the conversation (being dependent on an interpreter to be able to work, using relatives as an interpreter can be a risk), (2) Dare to stay when it gets difficult (creating a relationship takes time, wanting to understand the unspoken, not to give up until the patients understand), (3) A demanding assignment (to feel inadequate, to carry the responsibility is heavy but necessary). *Conclusion:* The nurses found it to be a complex task with several difficulties and responsibilities to encounter patients who do not speak Swedish. To have enough time, listening and trying to understand were important conditions in their work with the patients as well as having a cultural competence. However, strategies to overcome language barriers were identified, such as speaking slowly, using simple language, and using body language.

Keywords: Communication; Encounter; Language barriers; Nurse.

## Populärvetenskaplig sammanfattning

Bortom orden; att möta patienter som inte talar svenska.

Den ökade invandringen till Sverige har bidragit till språkliga skillnader, detta ställer i sin tur större krav på sjuksköterskornas förmåga att kommunicera. Missförstånd på grund av språk har visat sig vara den främsta orsaken till kommunikationsproblem enligt tidigare forskning.

Syftet med denna studie var att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att möta patienter som inte talar svenska. En kvalitativ deskriptiv design användes i denna studie där åtta sjuksköterskor med stor geografisk spridning intervjuades. Samtliga deltagare mötte dagligen patienter som inte talade svenska.

Det framkom att sjuksköterskan var beroende av tolk för att kunna utföra sitt arbete, deltagarna beskrev både för och nackdelar med tolksamtal. Det ansågs viktigt att avsätta tid för samtalet då det tar tid att skapa en relation med patienten. Vidare ansågs kroppsspråket ha stor betydelse för sjuksköterskans bedömning och det fanns en strävan att verkligen vilja förstå det utsagda. Sjuksköterskorna var påhittiga och hade flera tillvägagångssätt för att nå fram till patienten och gav inte ge upp förrän patienten förstod. Tiden det tog att på bristfällig beskrivning försöka förstå patientens symtom ansågs kunna påverka säkerheten och fick sjuksköterskorna att känna sig otillräckliga. Sjuksköterskorna kände ett större ansvar för patienter som inte talar svenska men landade i att patienten också har ett egenansvar.

Studiens resultat visar tydligt att mötet med patienter som inte talar svenska tar längre tid och att sjuksköterskan är beroende av någon som översätter för att kunna bedöma patientens korrekt.

Ökad kunskap inom området kan leda till utvecklande av strategier och riktlinjer. Att öka medvetenheten om att dessa möten med patienter som inte talar svenska tar längre tid och att tid behöver avsättas för att undviks språkförbistringar och riskera för utebliven vård.

## Innehåll

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Kommunikation i mötet med patienter.....	1
Språkbarriärer i vården.....	2
Distriktssköterskans ansvarsområde.....	4
Problemformulering.....	4
Syfte.....	5
Metod.....	5
Design.....	5
Kontext.....	5
Urval.....	5
Datainsamling.....	6
Analys.....	6
Förförståelse.....	7
Forskningsetiska principer.....	7
Resultat.....	7
En förenande kraft i samtalet.....	8
Att vara beroende av tolk för att kunna arbeta.....	8
Att använda närstående som tolk kan vara en risk.....	9
Våga stanna kvar när det blir svårt.....	9
Att skapa relation kräver tid.....	9
Att vilja förstå det utsagda.....	10
Att inte ge upp förrän patienten förstått.....	10
Ett krävande uppdrag.....	11
Att känna otillräcklighet.....	11

Att bära ansvaret är tungt men nödvändigt .....	12
Diskussion .....	12
Resultatdiskussion .....	12
Metoddiskussion .....	14
Slutsats .....	15
Förslag till klinisk tillämpning .....	15
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling .....	16
Referenser.....	17

## **Bilagor**

Facebooksmeddelande	I
Informationsbrev	II
Intervjuguide	III



*”Sann mänsklighet blir till i det äkta mötet”*

**(Buber, 1994)**

## Inledning

Interkulturell kommunikation blir allt vanligare eftersom samhället i större utsträckning globaliseras. Det har alltid skett en viss invandring till Sverige, men i samband med den stora flyktingkrisen 2015 sökte 162 877 personer asyl i Sverige (Migrationsverket, 2020). Enligt Statistiska centralbyrån (SCB, 2020) har antalet utrikesfödda som är folkbokförda i Sverige ökat under hela 2000-talet. År 2000 var 1 003 798 personer i befolkningen utlandsfödda, det vill säga 11,3 procent. Denna procentandel har fram till slutet av 2020 ökat till 19,7 procent, 2 046 731 personer.

De människor sjuksköterskan kommunicerar med är ofta personer som av olika anledningar behöver hjälp eller stöd, och det är därför viktigt att försöka överbygga eventuella kommunikationshinder. När personer som inte talar svenska behöver uppsöka vård uppstår många gånger språkbarriärer, vilket kan medföra risker så som utebliven vård eller felbehandling. Att ha en fungerande kommunikation är av största vikt för att sjuksköterskan ska kunna göra en adekvat bedömning eller åtgärd. Utöver sjuksköterskans grundläggande kommunikationskunskaper skall distriktsköterskan därutöver ha fördjupade kunskaper om kommunikation. Detta ställer alltså höga krav på distriktsköterskan - att veta vilka slags strategier som kan tillämpas för att överbygga eventuella språkbarriärer. Vi har därför valt att belysa sjuksköterskan och distriktsköterskans erfarenheter av att möta patienter som inte talar svenska.

## Bakgrund

### Kommunikation i mötet med patienter

Den ursprungliga betydelsen av begreppet *kommunikation* kommer från latinets *communicare*, och betyder 'att göra något gemensamt'. Begreppet har dock utvecklats sedan ursprunget och beskrivs av SAOL (2015) numer som 'överföring av information'.

Fredrikssons (2003) semantiska begreppsanalys av *kommunikation* visar ett samband mellan kommunikation och begreppen *förbindelse* och *beröring*. Begreppet *förbindelse* delas vidare upp i två betydelser; 1. Relationer - sammanfogande och samband som har materiell karaktär, och 2. Mänskliga relationer - gemenskap, meningsutbyte och förpliktelser. SAOB (1904) definierar begreppet *beröring* enligt följande; 1. 'verkligt vidrörande', 2. 'förbindelse', och 3. 'två eller flera personers eller sakers samvaro eller samtidighet eller tillvaro i tidsföljd'. Enligt Fredriksson (2003) rymmer alltså begreppet kommunikation både synlig förmedling av informationsöverföring, men också att något görs gemensamt, som att komma i beröring eller förbindelse med någon.

I vårdvetenskaplig litteratur beskrivs begreppet *kommunikation* på olika sätt. En aspekt bygger på antagandet om en linjär sändar- och mottagarmodell, där kommunikation innebär att tankar kodas till ord, som förmedlas via språket till en mottagare och som i sin tur avkodas till den ursprungliga tanken (Teasdale, 1993). En annan teori, ur ett humanistisk-holistiskt perspektiv, utgår från en ömsesidig tolknings- och problemlösningsprocess, där kommunikationen anses vara mångfacetterad och komplex (Leppanen Montgomery, 1993).

I klinisk praxis gestaltas ofta kommunikation som ett samtal, men Fredriksson (2003) menar att begreppet *kommunikation* lämpar sig bättre än *samtal* som ett övergripande begrepp. Dock

uppfattas *samtal* som det vedertagna begreppet i dagens språkbruk. Begreppet *kommunikation* och *samtal* relateras till varandra genom att kommunikationen utgör samtalets substans.

“*Det mesta av vad som i våra dagar kallas samtal borde snarare betecknas som prat. Vanligtvis talar folk inte till varandra och med varandra. Var och en är visserligen vänd mot den andre, men riktar sig till en fiktiv insats, som inte är närvarande på annat sätt än som åhörare*” (Buber, 2004).

Fredriksson (2003) förklarar teorin för hur det vårdande samtalet ska tolkas. Bestående av tre aspekter; den etiska som omfattar ömsesidig respekt, den relationella där vårdaren visar sin närvaro och det narrativa i patientens berättelse om sitt lidande. Lidande bör inte ses som ett problem som ska lösas utan istället en situation som behöver förstås. Buber (2004) menar att varje person behöver bidra med sig själv och vara villig att uttala vad som vill bli sagt för att det ska bli ett äkta samtal. Den främsta förutsättningen för ett äkta samtal är att den andre samtalspartnern är närvarande också anses vara äkta. Lyssnandet innefattar enligt Fredriksson (2003) att höra vad som sägs, men även förståelse och tolkning. Ett första steg till att skapa en relation är att lyssna, för att kunna lyssna krävs att kunna tysta sina tankar. Lyssnandet är ömsesidigt, båda parter behöver lyssna både till varandra och till sig själva. Buber (2004) menar att när två människor samtalar så ingår även det som försiggår i människans själ, vad som sker när då personen förbereder sig att tala och vad som sker när personen lyssnar. Innebörden återfinns inte i en av parterna eller i båda, utan att det är deras verklighet *mellan* dem.

Även Kasén (2002) betonar vikten av att lyssna till patientens berättelse och även förstå det utsagda och ordlösa. En vårdgivare får aldrig överge patienten, även om denna är svår att nå. Vårdaren bör istället hjälpa patienten att finna ord, vilket skapar en fördelaktig vårdande relation. Fredriksson (2003) menar att fysisk beröring kan vara ett sätt att relatera när orden inte räcker till. Beröring beskrivs på tre skilda sätt så som; uppgiftsorienterad beröring, beskyddande beröring och vårdande beröring. Där den vårdande beröringen ämnade att skapa en relation men även för att förmedla känslor. Som motsats beskrivs den beskyddande beröringen som istället bidrar till distans. Vidare beskriver Kasén (2002) att utvecklingen av en vårdande relation påverkas att den första kontakten i mötet mellan patient och sjuksköterska, vilket formas av vårdarens initiativ, genom sin kunskap, hållning och ansvar.

Svenska Akademien (SAOL, 2015) beskriver begreppet *möte* som en planerad sammankomst. Att *mötas* definieras som att träffa någon förbipasserande i motsatt rörelseriktning, ett sammanträffande av två personer som inte är planerat eller också en organiserad sammankomst av visst syfte.

I en studie av Holopainen m.fl. (2019) studeras dimensioner och meningsinnehåll i det *omtänksamma mötet* mellan sjuksköterska och patient. Grunden i det *omtänksamma mötet* utmärks av sjuksköterskans närvaro och ömsesidighet, där närvaro innebär mer än att finnas där, att sjuksköterskan har *modet* att lyssna på patientens berättelse. Fredriksson (1999) beskriver närvaro som med-varo och där-varo. Med-varo innebär att patienten får vårdarens uppmärksamhet. Om det godtas av patienten, inbjuds vårdaren till att dela patientens lidande. Där-varo är inte endast en fysisk närvaro, utan att de även handlar om förståelse och kommunikation.

## **Språkbarriärer i vården**

Språkbarriärer har visat sig vara den främsta orsaken till kommunikationsproblem för både vårdpersonal och patienter (Giwa m.fl., 2020). Detta påverkar sjuksköterskans förmåga att göra

rättvisa bedömningar (McCarthy m.fl., 2013), att kunna förklara behandlingsprocedurer eller vårdförfarande (Ali & Watson, 2018) samt att kunna anamma ett holistiskt arbetssätt (Giwa m.fl., 2020).

Sjuksköterskor oroades av att inte kunna kommunicera med patienter som inte talar samma språk (Hadziabdic m.fl., 2010; McCarthy m.fl., 2013). Detta styrks av en studie gjord av Ulrey och Amason (2001) som visade att sjuksköterskor upplevde mindre stress av att ha kunskap om interkulturell vård och kommunikation.

Vanliga strategier för att överbygga språkbarriärer var att tala långsamt och upprepa meningarna (Belintxon m.fl., 2020; Holm-Hansen & Hunskaar, 2011). Sjuksköterskor behövde även kunna vara kreativa för att använda andra strategier, så som kroppsspråk, gestikuleringar och ansiktsuttryck eller att rita (Hemberg & Vilander, 2017).

I en studie gjord av Belintxon m.fl. (2020) undersöktes vårdmöten mellan barns sjuksköterskor och föräldrar med olika kulturella bakgrunder inom primärvård. Språkbarriärer som var svåra att överbygga skapade frustration hos sjuksköterskor, som uttryckte att det var slöseri med tid och energi vilket påverkade föräldrarna negativt.

På grund av språkbarriärer undvek patienter att söka vård om de inte hade allvarliga problem (Gerrish m.fl., 2004). Dessutom var det vanligt att patienten på grund av språkbarriärer inte kunde boka mottagningstider, samt riskerade att missa redan inbokade tider (Ali & Watson, 2018; Giwa m.fl., 2020).

En studie gjord av Kay m.fl. (2016) visade att kommunikationsbarriärer var den främsta orsaken till låg läkemedelsanvändning hos personer med invandrarbakgrund. Att inte kunna uttrycka sig i tal eller skrift, samt att inte kunna läsa, bidrog till att patienten inte kunde redogöra för sin hälsa och sina hälsobesvär för sjukvårdspersonal. Patienter använde inte sina förskrivna recept eftersom de inte förstod syftet, vilket således påverkade följsamheten.

I en Norsk studie undersöktes hur patienter tillgodogjorde sig råd och rekommendationer av sjuksköterskor via telefon på jourtid. Patienter som inte var födda i Norge visade sig få sämre adekvata svar på sina frågor i telefon, än vad norskfödda patienter fick. (Holm-Hansen & Hunskaar, 2011).

Sjuksköterskor ser tolk som en brygga som förbinder två språk och två kulturer. Att hinna planera mötet samt att besitta adekvat utbildning om tolkanvändning anses vara nödvändigt, om än tidskrävande. Sjuksköterskor oroas över kostnaden som tolkanvändning medför och att kostnaden avgör om tolk används, snarare än behovet (Eklöf m.fl., 2015).

Flera professioner, så som läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter, har rapporterat att användning av professionella tolkar förbättrade vårdrelationer, patientsäkerhet och patientens engagemang i vården (Granhagen-Jungner m.fl., 2019). Det råder en underanvändning av professionella tolkningstjänster inom vården (van Rosse m.fl., 2016).

I en studie gjord av Gerssih m.fl. (2004) undersöktes språkliga barriärer inom primärvård. Där uttryckte deltagare från etniska minoritetsgrupper som inte talade engelska att kommunikationen var begränsad på grund av bristande tolktjänster. Istället tvingades patienterna förlita sig på en anhörig att tolka (Gerrish m.fl. 2004; van Rosse m.fl., 2016). Det förekom att barn tolkade åt sina föräldrar, men ansågs problematiskt eftersom föräldrar inte alltid ville delge barnet ett problem eller en sjukdom (Gerssih m.fl., 2004). Att använda familjemedlemmar som tolk var ett olämpligt alternativ. Att låta släkt, vänner eller annan vårdpersonal tolka för patienten genererade stress för båda parter (Hadziabdic m.fl., 2010;

Krupic m.fl., 2016). Tvåspråkiga sjuksköterskor ansågs vara en tillgång när patienterna inte talade samma språk. En sjuksköterska som behärskade samma språk som patienten förbättrade vårdupplevelsen och ansågs vara ovärderlig (Ali & Johnson, 2017).

### **Distriktssköterskans ansvarsområde**

Svensk vård regleras av Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30), som beskriver att alla människor har rätt till en god psykisk, fysisk och social hälsa. Målet med sjukvård är en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen, och vård ska ges för den enskilda människans värdighet. Vidare beskriver Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) att patienten ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården ska utformas i samråd med patienten. Den som har ansvaret för en patient ska försäkra att patient och närstående ges information enligt Patientlagen (SFS 2014:821), som beskriver att vårdpersonal ska anpassa kommunikationen till varje patients språkliga bakgrund. Information till patienten ska alltså vara individuellt anpassad, vilket innebär att det sker utifrån varje patients förutsättningar. Den som ger information ska även försäkra sig om att mottagaren förstår innehållet och betydelsen av det som meddelats.

Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (SSF, 2017) skall sjuksköterskan främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. För att kunna göra detta behöver sjuksköterskan kunna kommunicera med patienter på ett respektfullt, empatiskt och lyhört sätt. Vidare ska sjuksköterskan kunna säkra kommunikationsöverföring genom hela vårdprocessen, och bidra till att stärka patientens egenvård och inflytande i vården. Distriktssköterskan skall dessutom ha fördjupade kunskaper om kommunikation för att kunna råda, handleda och ge stöd åt patienten (SSF, 2019). Med hänsyn till vad som regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) är det synnerligen viktigt med en fungerande kommunikation. I ICN's etiska kod (SSF, 2017) står att alla ska få vård efter behov och ingen får därmed diskrimineras på grund av etnicitet, kön, ålder, social ställning, sexuell läggning eller annan orsak.

Kommunikationen är således en grundläggande och central del när patienten beskriver sin upplevelse av en sjukdom, sina hälsoproblem eller sin livsstil, och för att vårdgivaren ska kunna möta detta ändamålsenligt behöver kommunikationen fungera (Socialstyrelsen, 2020). I vårdmöten där sjuksköterskor och patienter inte förstår varandra genom språket är det viktigt att sjuksköterskor är villiga att anstränga sig för att patienten trots kommunikationsbristen ska känna sig bekräftad (Hemberg & Vilander, 2017). Holopainen m.fl. (2019) menar att sjuksköterskan behöver involvera patienten i besluten och på så vis dela ansvaret för situationen. En utmärkande egenskap som sjuksköterskan fordrar i mötet med en patient är att kunna lyssna aktivt och vilja förstå patientens situation. Även om språkbarriärer uppstår upplever patienter det viktigt att sjuksköterskan talar till dem som personer. Sjuksköterskor kommunicerar bäst när det intas ett personcentrerat förhållningssätt (McCabe, 2004). Vidare beskrivs att möten med patienter där det finns kommunikationssvårigheter tenderar att ta längre tid, och att det är därför viktigt att sjuksköterskan avsätter tid för detta (Socialstyrelsen, 2015). Holopainen m.fl. (2019) menar att sjuksköterskan ansvarar för att underlätta mötet genom att skapa goda förutsättningar.

### **Problemformulering**

Sjuksköterskan är ofta den första i vårdprocessen som kommer i kontakt med den vård sökande patienten. Tidigare forskning visar att språkbarriärer är den främsta orsaken till kommunikationsproblem för både personal och patienter, vilket riskerar att leda till felaktig eller utebliven vård. Det har rapporterats att sjuksköterskor upplever stress av att inte kunna

kommunicera med patienter, vilket kan påverka patienterna negativt. Kommunikation är grunden i mötet med patienten och studier har visat att bristande kommunikation kan begränsa möjligheten att skapa relation med patienter. En förutsättning för att kunna skapa god relation i mötet med patienten är att sjuksköterskan lyssnar till patientens berättelse, men också förstår det utsagda för att hjälpa patienten finna ord. Språkbarriärer kan upplevas svåra att överbygga, och det finns begränsat beskrivet om sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter som inte talar svenska, vilket därför motiverar denna studie.

## **Syfte**

Syftet är att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att möta patienter som inte talar svenska.

## **Metod**

### **Design**

En kvalitativ deskriptiv studie med induktiv ansats har använts för att svara på syftet i förestående studie. Deskriptiv studie beskrivs enligt Kvale (2007) som en beskrivande studie, där en viss förförståelse från området som ska undersökas finns. Kvalitativ metod är enligt Polit och Beck (2021) en lämplig metod om berättande data ska analyseras där en induktiv ansats syftar till att undersöka snarare än att bevisa och fokuserar således på tolkning av en text. Med hjälp av kvalitativ innehållsanalys analyserades insamlade data där innehållet tolkades enligt Graneheim och Lundman (2004).

### **Kontext**

Språkbarriärer är vanligt förekommande inom både primär- och kommunal hälso och sjukvård. Alla deltagare i studien hade erfarenhet av att möta patienter som inte talar svenska. Samtliga deltagare arbetade på vårdcentral eller i kommunal hemsjukvård. Genom att nå ut till deltagare i sociala medier bidrog till en ökad geografisk spridning.

### **Urval**

Deltagare till studien söktes initialt i två slutna sjuksköterskegrupper på Facebook. En av grupperna var "Sjuksköterskan" med 33800 medlemmar och den andra gruppen var "Distriktssköterskeföreningen i Sverige" med 1500 medlemmar. Deltagare som hade erfarenhet av att möta patienter som inte talar svenska samt arbetade inom primär- och kommunal hälso och sjukvård efterfrågades i ett inlägg i vardera grupp (Bilaga I).

Inklusionskriterier var legitimerad sjuksköterska eller distriktssköterska med erfarenhet av att möta patienter som inte talar svenska och med minst ett års arbetslivserfarenhet som sjuksköterska.

Initialt inkom intresseanmälan från totalt 11 deltagare som ville delta i studien. Personlig kontakt skedde genom Facebook Messenger eller e-post. Deltagarna kunde välja att anmäla sitt intresse genom att kommentera under inlägget i respektive grupp, skicka ett personligt meddelande på Facebook eller skicka e-post till någon av mailadresserna som stod angivet i inlägget.

En av deltagarna som angett intresse gick senare inte att nå. Därefter skickades informationsbrev (Bilaga II) ut till kvarvarande tio deltagare, där två av deltagarna valde att avstå. Totalt intervjuades åtta personer med geografisk spridning. En deltagare var

grundutbildad sjuksköterska och sju deltagare hade specialistutbildning till distriktssköterska. Examen till grundutbildad sjuksköterska hade tagits mellan år 1992 till 2019 och deltagare som hade vidareutbildat sig till distriktssköterskor hade tagit sin examen mellan år 2008 och 2020. Samtliga deltagare var kvinnor med varierande åldrar mellan 28–56 år.

## **Datainsamling**

I denna studie genomfördes datainsamling genom individuella, semistrukturerade intervjuer. Enligt Polit och Beck (2021) innebär en semistrukturerad intervju att forskaren har förutbestämda öppna frågor eller områden nedskrivna att förhålla sig till under samtliga intervjuer. Frågorna bör ha en strukturerad ordning, förslagsvis från det allmänna till det specifika. På så vis säkerställer forskaren att de får all information som krävs och ger deltagaren friheten att prata fritt med sina egna ord. Förutbestämda utformade fördjupningsfrågor används löpande i intervjun för att få mer detaljerad information till exempel om hur deltagaren kände i den specifika situationen (Polit & Beck 2021). Lindgren m.fl. (2020) menar att intervjutext är mer rik på ord och mindre kondenserad och ger därför större möjligheter att tolka.

Öppna frågor som var aktuella för studiens syfte formulerades i en intervjuguide som användes i samtliga intervjuer (Bilaga III). Kvale (2007) menar att intervju är ett samtal som har ett syfte och struktur. Genom noga utvalda frågor och ett lyhört lyssnande kan forskaren inhämta information från deltagaren. Samtalet blir inte likställt eftersom situationen kontrolleras och definieras av forskaren. Detta genom att forskaren presenterar området och följer upp svar på frågorna.

Polit och Beck (2021) beskriver att det är svårt att säkerställa anonymitet för deltagare i kvalitativa studier eftersom båda parter kommer nära varandra under intervjun, det är viktigt att försäkra deltagarna att data inte kan härledas till person. För att värna om deltagarnas anonymitet försågs intervjuerna i denna studie med ett siffrnummer, dessa förvarades oåtkomligt i en fil som obehöriga inte hade tillgång till. Ett löfte om data inte kommer delas offentligt på sådant sätt att deltagarna kan identifieras lämnades i början av intervjun.

Intervjuerna varade i 35–60 minuter. Datainsamling gjordes via telefon på överenskommen tid utifrån deltagarnas önskemål. Intervjuerna genomfördes enskilt av någon av författarna och transkriberades sedan individuellt.

## **Analys**

Kvalitativ innehållsanalys är en analysmetod som fokuserar på variationer, likheter och olikheter i berättande data. Analysförfarandet sker stegvis och processen kan resultera i ett eller flera teman eller kategorier beroende på om data är latent eller manifest (Graneheim & Lundman, 2004). Graneheim och Lundman beskriver att kvalitativ innehållsanalys bildar meningsenheter av ord eller meningar som relateras till varandra. Därefter kondenseras texten vilket innebär att den förkortas i syfte att förkorta texten utan att innehållet förändras. Meningsenheterna tilldelas en kod utifrån innehållet som sedan grupperas till kategorier. En kategori ska svara på frågan *vad* och innehållet är ofta manifest. Ett manifest innehåller de synliga och uppenbara komponenterna till skillnad från latent innehåll som innebär en tolkning av en underliggande innebörd. Subtema grupperas av gemensamma koder och detta ska bevara det centrala i texten. Slutligen bildas tema vilket länkar ihop underliggande kategorier som har ett latent innehåll. Ett tema ska svara på frågan *hur*. Lindgren m.fl. (2020) menar att om syftet är att belysa deltagarnas upplevelser av komplexa fenomen kan en analytisk process fortsätta. Nästa steg blir då att hitta underliggande meningar och tolka dessa för att sedan skapa teman.

Teman beskrivs som en röd tråd som går igenom kategorierna och ger mening åt det fenomen som studeras.

Intervjuerna lästes flertalet gånger för att få en känsla av helheten. I analysförfarandet fokuserade författarna inledningsvis på det textnära och manifesta. Meningsenheter i de transkriberade intervjutexterna som svarade på studiens syfte lyftes fram och kondenserades utan att förändra innehållet. De kondenserade meningsenheterna tilldelades en kod, och koderna sorterades efter liknande innehåll till kategorier. Totalt gav analysprocessen 284 stycken koder, men enstaka koder sorterades bort eftersom de inte svarade på studiens syfte. Den underliggande meningen abstraherades sedan till tema och subtema som presenteras under Tabell I. Samtliga steg i analysprocessen gjorde författarna gemensamt. Under analysförfarandet har författarna återvänt till intervjutexterna flertalet gånger för att granska kontext och alternativa tolkningar.

### **Förförståelse**

Båda författarna hade viss förförståelse inom området efter att ha arbetat inom primär respektive kommunal hälso- och sjukvård, båda hade erfarenhet av att möta patienter som inte talar svenska.

### **Forskningsetiska principer**

Polit och Beck (2021) beskriver *göra-gott-principen* som en viktig etisk princip. Det innebär att forskarna ska minska risken för att göra skada och istället inrikta sig på fördelarna med en studie. Studiens deltagare ska alltså skyddas från onödiga risker som kan skada eller ge obehag. Vidare beskriver de att *respekt för människans värdighet* är ytterligare en etisk princip som behöver tas i beaktande. Det innebär att deltagande alltid är frivilligt, samt att uppgifter som framkommer i studien ska behandlas anonymt och inte får avslöjas. I denna studie valdes att göra intervjuer. Polit och Beck beskriver att det alltid förekommer en slags relation mellan intervjuare och den som intervjuas, och att det är viktigt att vara medveten om just detta, samt att citeringar riskerar att igenkännas. *Rättvisepincipen* är ytterligare en princip, vilket innebär att deltagarna har rätt till en rättvis behandling och har rätt till integritet. Deltagarnas samtycke inhämtades både skriftligt och muntligt, samt gav information om konfidentialitet och frivillighet i början av varje intervju.

Vetenskapsrådet (2017) menar att det ställs krav i forskning så som kvalitet i forskningsarbetet och integritet hos forskaren. Det är grundläggande att en forskare har ett etiskt förhållningssätt. Vidare beskrivs att det bör finnas en plan för hantering av integritetskänsligt material, och hänsyn behöver tas till forskarens, medverkande personers och andra forskares intresse. En forskare förväntas göra sitt bästa för att försäkra sig om god forskningskvalitet.

### **Resultat**

Resultatet mynnade ut i tre teman med totalt sju subtema. Under temat *En förenande kraft i samtalet* framkom användning av närstående, kollegor och auktoriserad tolkförmedling. Under temat *Våga stanna kvar när det blir svårt* framkom att det kräver tid att skapa relation, sjuksköterskans vilja att förstå det utsagda och att inte ge upp förrän patienten förstått. Under temat *Ett krävande uppdrag* framkom sjuksköterskans känsla av otillräcklighet och att ansvaret är tungt men nödvändigt. De tema och subtema som framkom under analysen presenteras i Tabell I.



Tabell I. Översikt av tema och subtema

Tema	Subtema
En förenande kraft i samtalet	Att vara beroende av tolk för att kunna arbeta
	Att använda närstående som tolk kan vara en risk
Våga stanna kvar när det blir svårt	Att skapa relation kräver tid
	Att vilja förstå det utsagda
	Att inte ge upp förrän patienten förstått
Ett krävande uppdrag	Att känna otillräcklighet
	Att bära ansvaret är tungt men nödvändigt

### En förenande kraft i samtalet

#### Att vara beroende av tolk för att kunna arbeta

Tolksamtal upplevdes vanligtvis positivt och studiedeltagarna uppgav att de var beroende av tolk för att kunna utföra sitt arbete. Det beskrevs stora variationer av kompetens hos tolken, något som påverkade patientsäkerheten. Tolkar som sjuksköterskan sedan tidigare kände till och hade bra erfarenhet av användes därför helst. Ordagranna översättningar av tolken uppskattades och deltagarna föredrog tolkar som gjorde sjuksköterskan delaktig i tolksamtalet. Det påpekades att det under tolksamtal var viktigt att uttrycka sig enkelt och tydligt då tolken ofta saknar kompetens för medicinskt språk och medicinska termer. Deltagarna beskrev att ju fler tolksamtal som sjuksköterskan hade desto mer kompetens och erfarenhet genererades.

*“Är man van att använda tolk upplever jag det som ett vanligt samtal. Då blir det bra.” (Deltagare 5).*

Deltagarna beskrev att det var viktigt att förbereda mötet genom att undersöka tolkbehov samt att ha bokat tolk inför besök. Att språkuppgifter och tolkbehov fanns i patientens journal var en förutsättning för att tolk med rätt språk kunde bokas in.

Det beskrevs vidare att sjuksköterskan kände stort ansvar för tolksamtalet, det var viktigt att tolken översatte korrekt och inte lade några egna värderingar i översättningen. Med erfarenhet kunde sjuksköterskan identifiera tolksamtal som inte utfördes korrekt. Det kunde vara att tolk och patient talade med varandra utan att engagera sjuksköterskan, eller att patienten sa en lång mening men tolken översatte med bara några ord. Några av deltagarna uppgav att de vid sådana tillfällen avbröt tolksamtalet, men några beskrev också rädsla för att lägga sig i tolkens arbete.

*“När tolken pratar mer än jag sagt kan jag gissa att tolken ställer kompletterande frågor, trots att jag inte förstår ett ord.” (Deltagare 4).*

Djupa samtalsämnen upplevdes svåra eftersom rätt bemötande var problematiskt att förmedla genom tolk. Olika kulturer kunde dessutom påverka tolksamtalet negativt. Studiens deltagare uttryckte också känslor av skuld över tolksamtal som inte gått bra eftersom det riskerade att skada förtroendet mellan patient och sjuksköterska.

*“Det var bara att be om ursäkt, säga att det blev fel. Man tar på sig skulden.”* (Deltagare 4).

Flerspråkiga kollegor kunde ibland användas som tolkar. Att ha kollegor från olika kulturer som talade olika språk ansågs vara en god resurs som kunde användas för att säkerställa kommunikationen. Sjuksköterskor med annan kulturell bakgrund hade en ökad förståelse för patientens livssituation, vilket kunde vara till hjälp i mötet. Att använda en kollega kunde vara ett alternativ för en första översättning. Det framkom att patienterna föredrog att träffa läkare med samma språk.

*“Där jag arbetar finns många nationaliteter, man brukar lösa den första knuten med hjälp av personal.”* (Deltagare 7).

### **Att använda närstående som tolk kan vara en risk**

Det framkom av deltagarna att patientens anhöriga hade en viktig roll och var ofta den som initierade kontakt med sjukvården. Deltagarna beskrev dock att anhöriga helst skulle undvikas som tolk, men att det under vissa omständigheter ansågs vara nödvändigt. Enklare översättningar med koncis information vid spontana eller akuta besök betraktades vara accepterat för att kunna göra en första bedömning. Deltagarna beskrev vidare ytterligare fördelar med anhörig som tolk. Anhöriga kunde besitta god förståelse för kontexten av ett hälsoproblem och hur patienten påverkades av detta och kunde därför ha kloka infall som var till hjälp för sjuksköterskan i bedömningen av patienten.

Det beskrevs dock tillfällen där det varit uppenbart att anhörig inte översatt korrekt varför viktig information riskerat att gå förlorad. Det fanns dessutom alltid en risk att patienten inte kunde vara ärlig med en anhörig närvarande. Att som patient vara beroende av anhörig för att söka vård eller tolka beskrevs således som en risk, men det förutsattes ändå att patienten tog hjälp av närstående eller kontaktperson som kunde översätta när kallelse skickas till patienten på svenska.

*“Det kan vara känsligt, patienten kanske inte vill att någon annan ska veta att den söker vård. Det känns inte bra, att man inte kan söka vård utan att någon annan får reda på det.”* (Deltagare 8).

Deltagarna uttryckte att barn skulle undvikas som tolk, men i undantagsfall tilläts barn göra enklare översättningar. Barn hade inte förståelse för medicinska termer och föräldrar ville sällan vara helt ärliga med sitt hälsobekymmer med sitt barn närvarande, vilket kunde resultera i felaktiga bedömningar.

*“Barn ska inte tolka för sina föräldrar, de ska inte axla den rollen. Det kan vara känslig och svår information och då ska man skydda barnet.”* (Deltagare 2).

### **Våga stanna kvar när det blir svårt**

#### **Att skapa relation kräver tid**

Studiens deltagare uttryckte att det var viktigt att skapa en relation med patienten och för att kunna göra det krävdes tid för samtal. Det beskrevs vara viktigt att avsätta generöst med tid föra dessa samtal eftersom de tenderade att ta längre tid, något som kunde vara en organisatorisk utmaning. Det poängterades dock att det var sjuksköterskans ansvar att trots detta försöka finna tiden som krävdes. Förutsättningar för ett bra möte ansågs vara när sjuksköterskan avsatt tid och därför kunde vara lugn, prata tydligt och visa förståelse. Att aktivt lyssna skapade trygghet

och tillit mellan sjuksköterskan och patienten, liksom kontinuitet gällande vårdpersonal skapade en trygg miljö där patienter vågade prata trots språksvårigheter.

*“Vid vårdrelationer behöver det finnas tillit och trygghet. Om personerna inte är bekväma med att prata svenska märks en osäkerhet. Men får vi dem trygga och tar tid att lyssna så kan dom slappna av och förmedla bättre”. (Deltagare 2).*

Deltagarna poängterade att sjuksköterskan behöver visa sin vilja att förstå patienten och det ansågs viktigt att bekräfta patienten genom att se, lyssna och visa empati. Missnöjda patienter som bemöttes med förståelse uttryckte senare tacksamhet. Det beskrevs som glädjande när patient och sjuksköterska förstod varandra och vikten av att sjuksköterskan aldrig gav upp sina försök att förstå och göra sig förstådd betonades.

*“Dom släpper in mig i deras berättelse och är så öppna som dom faktiskt är. Det är ju en gåva som jag får. Det är ju verkligen en ynnest att få sitta och ta del av så många människors liv och öden.” (Deltagare 6).*

Det framkom att munskydd under rådande covid-19 pandemi kunde försvåra relationen eftersom det var svårt att förmedla ansiktsuttryck så som leende och empati.

### **Att vilja förstå det utsagda**

Deltagarna menade att kroppsspråket säger mer än orden och att det har en stor betydelse i sjuksköterskans bedömning av patienten. Utan ett gemensamt språk var kroppsspråket särskilt viktigt. Genom patientens kroppsspråk kunde sjuksköterskan få en bättre helhet av patienten.

*“Jag har lärt mig mycket om att se hela människan och se bortom vad dom säger. En följdfråga kan få en patient att öppna sig mer än att bara nöja sig med ett svar.” (Deltagare 6).*

Deltagarna beskrev dock att kroppsspråk kunde skilja sig kulturer emellan. Det beskrevs vidare att olika kulturer kunde ha olika syn på begreppet hälsa samt sjuksköterskans ansvarsområde. Kultur ansågs ställa till med mer svårigheter än själva språket och det behövdes således finnas en djupare förståelse. Deltagarna uttryckte att patienterna då hade god vilja att ta till sig information.

Det beskrevs att mötet och samtalet med patienten behövde anpassas utifrån patientens förutsättningar, varför sjuksköterskan behövde kunna känna in patientens språkförståelse. Deltagarna uttryckte att patientens utbildningsnivå dessutom hade betydelse för språkförståelsen, och att kommunikationen påverkades av hur patienten hade förstått det svenska samhället. Omgivningsfaktorer så som missbruk-, ekonomiskproblem, våld i familjen eller oro för släktingar i hemland kunde påverka svårigheterna att ta till sig språket.

### **Att inte ge upp förrän patienten förstått**

Det beskrevs att sjuksköterskan behövde vara påläst och ha tagit reda på så mycket som möjligt om patientens hälsohistoria, den medicinska och sociala bakgrunden. Det planerade besöket hade godare förutsättningar än det oplanerade eller akuta besöket.

Ett större utbud på kallelser i olika språk var önskvärt, men några deltagare beskrev att det skickades kallelser på patientens språk. Patienterna beskrevs behöva tydlig information för att hitta till rätt instans på rätt tid.

Studiens deltagare beskrev olika strategier att använda i mötet med patienter som inte talar svenska. Bildmaterial kunde användas för att illustrera ett budskap vilket ansågs förstärka kommunikationen, och det beskrevs att patienten bättre kom ihåg vad som hade sagts. Vidare uppgavs det vara viktigt att använda enkel och rak kommunikation på lätt svenska. Det användes olika strategier i olika situationer och sjuksköterskan kunde kombinera dessa för att underlätta kommunikationen. Det krävdes idériedom och kreativitet, men framförallt att sjuksköterskan var inkännande och hade förmåga att anpassa sig.

*“Man märker vilken nivå man kan lägga sig på, det kommer fram under samtalet och man får anpassa hela tiden, försöker ställa om frågorna när man märker att personen inte förstår.”* (Deltagare 2).

Deltagarna uppgav att de genom erfarenhet lärt sig olika sätt att uttrycka sig på, både verbalt och kroppsligt, vilka ord som kan användas och eventuella hjälpmedel att tillgå.

Det kunde vidare behövas flera möten med patienten för att bedöma hur mycket information som nått fram, och det beskrevs att patienten kallades flertalet gånger om det fanns osäkerhet kring patientens förståelse. Ett annat sätt att kontrollera förståelsen kunde vara att ge patienten specifika instruktioner, om patienten inte klarade uppgiften bekräftade det att den inte förstått. Att upprepa det som sagts flera gånger var ett vanligt sätt att förtydliga kommunikationen. Engelska kunde användas om det var möjligt. Studiens deltagare beskrev att tid var nödvändigt för att kunna säkerställa att informationen nått fram.

### **Ett krävande uppdrag**

#### **Att känna otillräcklighet**

Det framkom att sjuksköterskan aldrig helt kunde säkerställa om rätt information nått patienten, vilket skapade oro för både patienter och personal. Deltagarna uttryckte vidare rädsla för missförstånd och det beskrevs att det var svårt att släppa tankarna på dessa besök.

*“Man kan känna en osäkerhet om patienten förstod och om man gjorde vad jag kunde för att förmedla tydligt...det är svårt att släppa patienterna”.* Deltagare 3

Deltagarna uttryckte att patientmötet inte blev bra när sjuksköterskan inte kunde bemöta patientens förväntningar på rätt sätt. Patientsäkerheten påverkades av tidsbrist, då sjuksköterskan inte kunde fördjupa sig i patientens symtom utan tog anamnes på en bristfällig beskrivning. Känslor av meningslöshet, maktlöshet, frustration och misslyckande kunde infinna sig hos deltagarna när missförstånd skett, men även hos patienten som inte lyckats förmedla sitt mående.

*“Man är där för att hjälpa personen, om man inte kan kommunicera om hjälpbehovet så kan man heller inte hjälpa. Hela meningen med att jobba inom vården finns inte längre då, jag kan ju inte hjälpa.”* (Deltagare 3).

Att säkerställa patientens kontaktuppgifter uppgavs vara svårt, vilket kunde leda till att fel person får information om besök eller behandlingar.

*“Telefonnumret går kanske inte till patienten, det vet ju inte vi för dom kan inte prata svenska när vi ringer, dom kanske har lämnat telefonnumret till någon annan. Vi vet ju inte vem vi ringer, hur ska vi försäkra att vi kommit rätt?”* (Deltagare 8).

### **Att bära ansvaret är tungt men nödvändigt**

Det framkom att sjuksköterskan hade ett stort ansvar för mötet med patienter som inte talar svenska eftersom hjälpen riskerade utebli om partnerna inte förstod varandra.

*“Vi distriktsköterskor har ett ansvar att patienten får den informationen den ska ha.”* (Deltagare 1).

Deltagarna beskrev att de kände ett större ansvar för samordning med patienter som inte talar svenska och förmedlade i större utsträckning information vidare till andra instanser jämfört med svensktalande patienter. Språkbarriärer kunde vidare leda till att patienten uteblev från viktiga besök och riskerade då utebliven behandling. Relationella barriärer kunde uppstå mellan vårdare och patient om patienterna inte följt vårdpersonalens instruktioner om egenvård eller läkemedelsbehandling. Patienter som hade svårt att förstå språket sökte ofta sjukvård flera gånger, ibland på olika instanser eller olika mottagningar. Det beskrevs att 1177 som stöd fungerade dåligt för dessa patienter och att de undviker att ringa för rådgivning. Det kunde således skapa många onödiga besök med splittrad journalföring. Studiens deltagare beskrev att sjuksköterskan därför hade ett unikt ansvar i att säkerställa att patienten förstod.

Deltagarna beskrev att sjuksköterskan behöver hitta verktygen inom sig själv för att nå fram till patienter som inte talar svenska. Detta kom som ett resultat av erfarenhet efter att ha arbetat ett tag. Då kunde sjuksköterskan, trots det stora ansvaret, fullfölja omvårdnaden och känna yrkesstolthet.

*“Jag känner mig nöjd efteråt för att jag har löst det för patienten. Jag känner mig trygg i min roll och att jag kan göra så att patienten blir nöjd.”* (Deltagare 8).

## **Diskussion**

### **Resultatdiskussion**

Syftet med denna studie var att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att möta patienter som inte talar svenska. Analysen mynnade ut i tre teman som benämndes *En förenande kraft i samtalet*, *Att våga stanna kvar* samt *Ett krävande uppdrag*.

Det framkom i denna studie att sjuksköterskan var beroende av någon som förmedlade kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten. Att använda tolk upplevdes underlätta mötet, men stora variationer i tolkens skicklighet beskrevs. Studiens deltagare uttryckte tydligt att det förekom risker med att använda anhöriga som tolk, varför detta helst skulle undvikas. Campinha-Bacote (2002) menar att bedömning av språket i ett kulturellt möte kan kräva professionell tolk för att underlätta kommunikationen samt att undvika missförstånd. Capinha-Bacote beskriver vidare att närståendetolk kan utgöra problem på grund av bristande kunskap om sjukdomsutveckling och medicinsk terminologi, vilket styrker fynden som framkommit i denna studies resultat. Enligt Salavati m.fl. (2019) är känsliga samtalsämnen svåra att diskutera med tolk närvarande, och trots att tolken minskar språkbarriären är det svårt för sjuksköterskor att bedriva personcentrerad vård i samma utsträckning som till svensktalande patienter. Att inte kunna kommunicera om djupare samtalsämnen skulle sannolikt därför kunna riskera skapa en barriär i relationen mellan sjuksköterskan och patienten, då samtalet begränsas till en ytligare dialog utan en fullkomlig delaktighet från båda parter. Buber (2004) beskriver det mellanmänniska som något som sker mellan människor i full ömsesidighet, eller att det mellanmänniska leder till ömsesidighet där båda parter delaktighet är ett krav, vilket i denna

studie beskrevs försvåras av tolksamtalet. Buber menar vidare att situationer där man varit social, men inte blivit sedd, inte är att förväxlas med den mellanmännsliga relationen. Han beskriver att en väsentlig faktor ligger i att inte vara objekt för varandra i mötet. När en människa erfar en annan människa genom utseende och egenskaper betraktas denna som ett *Det*, och blir ett ting. Att istället tilltala med *Du* frångår tinget. *Du* kan enligt Buber aldrig vara en erfarenhet. Han menar vidare att när *Du* möter *Jag* träder man in i en relation, och i det mötet upphör erfarenhet och tinget (Buber, 1994). Att möta en patient utan fullkomlig ömsesidighet i relationen skulle således kunna bidra till att patienten objektifieras. Det framkom dock i studiens resultat att det krävdes tid för att skapa en god relation till patienten. Studiens deltagare ansåg att tid var grundläggande för ett bra möte. Studiens fynd styrks vidare av Strandberg och Jansson (2003), som menar att vårdmöten är komplexa möten som kräver tid och engagemang för att förstå patienten som en unik person. Fredriksson (2003) beskriver relationsskapandet som en del i samtalet, att relationen utgör ett symboliskt rum där samtalet kan ta vid. Om relationen mellan sjuksköterskan och patienten brister påverkar det alltså samtalet, vilket skulle kunna resultera att patienten inte delar med sig av viktig information som behövs för sjuksköterskans bedömning.

I studiens resultat framkom vikten av att ta hänsyn till kultur, bakgrund och kroppsspråk, samt att det var nödvändigt att vara inkännande i möten med patienter som inte talar svenska. Deltagarna i studien uttryckte dock att kroppsspråk kunde variera mellan olika kulturer. Det framkom vidare i denna studie att sjuksköterskan behövde anpassa samtalet utifrån patientens förutsättningar, där språkkunskaper, men även kulturella faktorer, behövde tas hänsyn till. Campinha-Bacote (2002) beskriver att kulturell kunskap innebär kännedom om olika kulturella och etniska grupper som kan förklaras i hur patienten tolkar sin sjukdom vilket styr patientens tankar och handlingar. Den kulturella kompetensen torde således vara en utgångspunkt för sjuksköterskan att kunna göra adekvata och rättvisa bedömningar på patienter med annan kulturell bakgrund. Campinha-Bacote menar vidare att förmågan att samla in relevant anamnes benämns som kulturell skicklighet. I en belgisk studie beskrivs att 70% av utlandsfödda patienterna har svårigheter trots att de talar flytande nederländska på grund av kultur, socioekonomiska eller personliga omständigheter. Det kunde handla om olika uppfattningar om sjukdom eller behandling som ledde till oenighet mellan vårdpersonal och patient. Studien visade att kulturtolk var viktigt för att förbättra kvaliteten på vården (Nierkens m.fl., 2002). Att använda kulturtolk skulle kunna överbygga de kulturella barriärerna, vilket av resultatet framgick som en stor anledning till att inte kunna förstå patienten. Mandal m.fl. (2014) beskriver att människan ständigt använder sitt kroppsspråk utan att vara medveten om det och likaså tolkas andra människors kroppsspråk konstant. Det beskrivs vidare att vissa uttryck kan vara specifika för vissa kulturer, och att det finns stora skillnader i kroppsspråk kulturer emellan, vilket styrker fynden i denna studies resultat. Detta ställer således också krav på kulturell kompetens hos sjuksköterskan i mötet med patienter som inte talar svenska. Mandal m.fl. menar att kroppsspråket kan ses som en signal i kommunikationen mellan människor och är en helt avgörande länk mellan sändaren och mottagaren. Hur signaler används beskrivs bero på kunskap men också empati. Empati relateras vidare till observation och lyssnande. I denna studie framkom vikten av att ta sig tiden att lyssna på patienten, att försöka leta bortom orden. Koskinen (2011) menar att lyssnande är grundläggande och att människan har förmåga att bli en god lyssnare genom att förstå lyssnandets betydelse som är mer än relationsskapande och kommunikation. Det betonas dock att lyssnandet är en väsentlig del av relationsskapandet, något som konstaterats vara viktigt. Lyssnandet ser Koskinen nämligen som en förmåga; för att kunna lyssna till en annan människa krävs det att kunna lyssna till sitt inre, till sitt i riktiga jag och känna sig trygg. Lyssnandet i sig är alltså vårdande, och en lyssnande hållning kan ge

möjlighet till utveckling där de egna normerna och värderingarnas granskas. Följden av att ta sig tid för lyssnande förväntas således inte endast vara till fördel för patienten och relationsskapandet, utan låter sjuksköterskan utveckla de egna värderingarna, något som fordras i mötet med patienter som inte talar svenska. Koskinen (2011) menar att sjuksköterskan ansvarar för att ge utrymme och tid till patienten. Det framkom också som fynd i resultatet att sjuksköterskan i stor utsträckning ansvarade för samordning och tolksamtal, eftersom detta kunde påverka både relation och patientsäkerhet. Enligt Ramanujam m.fl. (2008) spelar sjuksköterskan en avgörande roll när det gäller patientsäkerhet och besitter vidare en unik förståelse av detta. Att sjuksköterskan ser till patienternas säkerhet kan antas bero på den empati sjuksköterskan behöver besitta för att göra gott och skapa den gynnsamma relationen. Levinas (1992) beskriver att det finns ett obegränsat ansvar för en annan människa och som visar sig som en etisk relation. Relationen människor emellan kan inte förenklas till ren förståelse, utan är något som sker ansikte mot ansikte i ett etiskt möte. Levinas menar alltså att det är mötet som skapar det oändliga ansvaret. Om sjuksköterskan inte känner ansvar för patienten riskerar detta påverka mötet negativt och i förlängningen även bedömningen av en patients behov.

*”Inför den Andres ansikte kan jag inte fly mitt ansvar”* (Levinas, 1992).

### **Metoddiskussion**

En deskriptiv kvalitativ metod valdes till förestående studie. Detta anses ha varit en lämplig metod till syftet att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter som inte talar svenska, då Polit och Beck (2021) menar att metoden kan användas vid berättande data. Båda författarna hade förförståelse för området, intervjuguiden innehöll därför förutbestämda öppna frågor för att i så liten omfattning som möjligt påverka resultatet. Deltagarna uppmanades prata fritt och intervjuaren antecknade intressanta fynd för att sedan ställa kompletterande frågor. Kvale (2007) menar att det är positivt att ha kunskap om det berörda studerade området. Även Graneheim m.fl. (2017) beskriver att det är viktigt att vara medveten om förförståelsen då det kan påverka hur frågorna ställs, vilka följdfrågor som ställs och hur berättelsen tolkas.

Intervjuerna genomfördes enskilt med endast ena författaren närvarande, detta för att deltagaren skulle bli mer bekväm under intervjun. Om båda författarna deltagit skulle det kunna upplevas som ojämn balans mellan intervjuare och deltagare, vilket vidare riskerar att deltagaren inte pratar lika mycket. Eventuella följdfrågor som den andra författaren skulle uppmärksammat kan dock utebli. På grund av rådande Covid-19 pandemi valde samtliga intervjuer att genomföras på telefon. Telefon valdes framför videomöte för att det skulle vara enkelt för deltagarna att ställa upp. Det blev sannolikt en större geografisk spridning än vad det hade blivit om intervjuerna gjorts på plats, vilket gjorde variationen i studien större. Det fanns förhoppning om att deltagarna skulle känna en ökad anonymitet genom att inte behöva intervjuas ansikte mot ansikte och att fler skulle vilja ställa upp på intervju om den skedde per telefon. På detta sätt kan ickeverbal kommunikation, så som kroppsspråk, ha blivit utelämnat. Elmhold (2006) beskriver att intervjuer över telefon och internet anses fördelaktigt eftersom den geografiska spridningen möjliggörs. Han menar att telefonintervjuer innehåller samma möjligheter för en flexibel, dynamisk och spontan dialog som vid intervju som sker ansikte mot ansikte. Den största fördelen med telefonintervju beskrivs vara att intervjudeltagaren kan delta på distans och innebär därför en unik möjlighet för flexibilitet. Det fysiska avståndet ger dessutom unika möjligheter för utökad anonymitet vilket i sin tur kan få deltagarna att berätta mer känsliga personliga erfarenheter.

Genom att nå ut till deltagare via stora slutna grupper i sociala medier fick studien större spridning geografiskt och nådde personer som i hög utsträckning möter personer som inte talar svenska. Alla deltagarna ansågs ha goda erfarenheter av relevans för studiens syfte. Datamättnad upplevdes efter 5-6 intervjuer när det inte längre uppkom nya data, dock genomfördes samtliga åtta inbokade intervjuer. Texten kondenserades till sammanlagt 284 koder, några enstaka koder sorterades senare bort eftersom de inte ansågs svara på studiens syfte.

Citat har valts ut för att styrka resultatet vilket i kvalitativa studier är viktigt för studiens trovärdighet. Genom citaten kan läsaren höra deltagarnas röster vilket anses öka trovärdigheten. Att finna studiedeltagare som besitter erfarenheterna för studiens syfte och kan berätta om det är viktigt för att nå trovärdighet samt att det måste finnas tillräckligt med data för att täcka betydande variationer i analysen. Mängden data är alltså beroende av studiens syfte samt datakvalitet (Graneheim m.fl., 2017). Trovärdigheten i denna studie skulle kunna påverkas av att samtliga deltagare var kvinnor, vilket skulle kunna förklaras med att sjuksköterskeyrket är kvinnodominerat och således alltså i stor utsträckning representerar sjuksköterskors erfarenhet. Polit och Beck (2021) menar dock att det krävs en jämn fördelning mellan deltagarnas kön för att stärka studiens trovärdighet.

Vad avser pålitligheten så ska resultatet av undersökningen kunna upprepas med deltagare med liknande erfarenheter i samma kontext. Resultatet anses att vara upprepningsbart om deltagare med liknande erfarenhet ingår (Polit & Beck, 2021). Graneheim m.fl. (2017) menar att pålitlighet beskriver aspekter av tillförlitlighet i kvalitativa studier. De menar vidare att forskare behöver beskriva de olika stadierna i forskningsprocessen för att pålitligheten ska kunna bedömas. Överförbarhet beskrivs huruvida resultatet kan överföras till liknande kontexter. För att ta ställning till det måste en forskare tillhandahålla tillräckligt beskrivande data (Polit & Beck, 2021). Denna studie har noggrant beskrivit de olika stadierna under analysen för att stärka studiens pålitlighet, och undersökningen anses därför kunna upprepas med liknande resultat. Studiens noggrant beskrivna analys ökar således pålitligheten och överförbarheten.

En studie som har mer än en forskare ökar tillförlitligheten eftersom forskarnas tolkningar kan variera, en medforskare kan således komma med en alternativ tolkning och detta beskrivs som konsensus (Graneheim m.fl., 2017). I denna studie gjordes hela analysförfarandet gemensamt, vilket på så vis ökar tillförlitligheten. För att uppnå bekräftbarhet behöver resultatet återspegla deltagarnas röster, och inte forskarens föreställningar. Då resultatet i denna studie representerar deltagarnas information anses bekräftbarheten vara hög.

### **Slutsats**

Denna studie har beskrivit sjuksköterskans erfarenheter av att möta patienter som inte talar svenska. Att möta patienter som inte talar svenska är en komplex uppgift med flera svårigheter, och som innebär ansvar. Att ta sig tid, lyssna och försöka förstå patienten är alla viktiga förutsättningar i mötet, liksom att ha kulturell kompetens. Strategier för att övervinna språkbarriärer kan användas, så som att tala långsamt, använda ett enkelt språk och använda kroppsspråk. Att kommunikationen mellan sjuksköterska och patient fungerar är en förutsättning för både relationsskapande och patientsäkerhet.

### **Förslag till klinisk tillämpning**

Distriktssköterskan förväntas ha fördjupade kunskaper om kommunikation. Studiens resultat visar tydligt att mötet med patienter som inte talar svenska tar längre tid, varför det i kliniskt



arbete är viktigt att avsätta detta. Mötet bör förberedas noggrant genom att boka lämplig tolk och utbildning kring tolksamtal bör erbjudas till personal som önskar det. Att ha tydliga riktlinjer kring tolkanvändning kan minska oro och stress hos sjuksköterskan.

**Förslag till fortsatt kunskapsutveckling**

- Mer forskning behövs kring interkulturellt bemötande.
- Vidare forskning kring användning av kulturtolkar inom primär och kommunal hälso-sjukvård.

## Referenser

- Ali, P. A., & Johnson, S. (2017). Speaking my patient's language: bilingual nurses' perspective about provision of language concordant care to patients with limited English proficiency. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 421–432. <https://doi.org/10.1111/jan.13143>
- Ali, P. A., & Watson, R. (2018). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), e1152–e1160. <https://doi.org/10.1111/jocn.14204>
- Belintxon, M., Dogra, N., McGee, P., Pumar, M. M. J., & Lopez, D. O. (2020). Encounters between children's nurses and culturally diverse parents in primary health care. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 273–282. <https://doi.org/10.1111/nhs.12683>
- Buber, M. (1994). *Jag och du*. (2. uppl.). Dualis.
- Buber, M. (2004). *Det mellanmännsliga*. (4. uppl.). Dualis.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. <https://doi.org/10.1177%2F10459602013003003>
- Elmholdt, C. (2006). Cyperspace alternativer til ansigt-til-ansigt interviewet. *Tidsskrift for Kvalitativ Metodeudvikling*, (41), 70–80. [https://www.psy.au.dk/fileadmin/site\\_files/filer\\_psykologi/dokumenter/CKM/NB41/cyberspace.pdf](https://www.psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_psykologi/dokumenter/CKM/NB41/cyberspace.pdf)
- Eklöf, N., Hupli, M., & Leino-Kilpi, H. (2015). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing*, 32(2), 143–150. <https://doi.org/10.1111/phn.12120>
- Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1167–1176. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01192.x>
- Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet*. [Doktorsavhandling, Åbo Akademi] <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/43659/FredrikssonLennart.pdf?sequence=3>
- Gerrish K., Chau, R., Sobowale, A., & Birks, E. (2004). Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health & Social Care in the Community*, 12(5), 407–413. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2004.00510.x>
- Giwa, O., Salami, B. O., & O'Rourke, T. (2020). A Scoping Review of Nurse Practitioner Roles in Immigrant Health. *Journal for Nurse Practitioners*, 16(6), 428–432. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.03.012>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

- Granhagen-Jungner, J., Tiselius, E., Blomgren, K., Lützén, K., & Pergert, P. (2019). Language barriers and the use of professional interpreters: a national multisite cross-sectional survey in pediatric oncology care. *Acta Oncologica*, 58(7), 1015–1020. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2019.1594362>
- Hadziabdic, E., Albin, B., Heikkilä, K., & Hjelm, K. (2010). Healthcare staffs perceptions of using interpreters: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 11(3), 260-270. <https://doi.org/10.1017/S146342361000006X>
- Hemberg, J. A. V., & Vilander, S. (2017). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 822–829. <https://doi.org/10.1111/scs.12403>
- Holm-Hansen, E. H., & Hunskaar, S. (2011). Understanding of and adherence to advice after telephone counselling by nurse: a survey among callers to a primary emergency out-of-hours service in Norway. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19(1), 48. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-48>
- Holopainen, G., Nyström, L., & Kasén, A. (2019). The caring encounter in nursing. *Nursing Ethics*, 26(1), 7-16. <https://doi.org/10.1177%2F0969733016687161>
- Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. Åbo Akademis förlag.
- Kay, M., Wijayanayaka, S., Cook, H., & Hollingworth, S. (2016). Understanding quality use of medicines in refugee communities in Australian primary care: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 66(647), e397–e409. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X685249>
- Koskinen, C. (2011). *Lyssnande: en vårdvetenskaplig betraktelse*. [Doktorsavhandling, Åbo Akademi] [https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/69854/koskinen\\_camilla.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/69854/koskinen_camilla.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Krupic, F., Hellström, M., Biscevic, M., Sadic, S., & Fatahi, N. (2016). Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 25(11–12), 1721–1728. <https://doi.org/10.1111/jocn.13226>
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. (1. ed.). Sage Publications.
- Leppanen Montgomery, C. (1993). *Healing through communication: The Practice of Caring*. Sage Publications.
- Lévinas, E. (1992). *Tiden och den andre*. Östlings bokförlag symposion AB.
- Lindgren, B. M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Mandal, F. B. (2014). Nonverbal Communication in Humans. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 24(4), 417–421. <https://doi.org/10.1080/10911359.2013.831288>
- McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: an exploration of patients’ experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x>

McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M. M., & Tuohy, D. (2013). Conversations through barriers of language and interpretation. *British Journal of Nursing*, 22(6), 335–339. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.6.335>

Migrationsverket (2020). *Historik*. Hämtad 28 oktober 2020.

<https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Migration-till-Sverige/Historik.html>

Nierkens, V., Krumeich, A., de Ridder, R., & van Dongen, M. (2002). The future of intercultural mediation in Belgium. *Patient Education & Counseling*, 46(4), 253–259. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(01\)00161-6](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(01)00161-6)

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (11. ed.). Wolters Kluwer Health.

Ramanujam R., Abrahamson K., & Anderson J. G. (2008). Influence of workplace demands on nurses' perception of patient safety. *Nursing & Health Sciences*, 10(2), 144–150. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00382.x>

Salavati, D., Lindholm, F., & Drevenhorn, E. (2019). Interpreters in healthcare: Nursing perspectives. *Nursing*, 49(12), 60–63. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000604752.70125.66>

SAOB. (1904). *Svenska akademiens ordbok*. Svenska akademien.

SAOL. (2015). *Svenska akademiens ordlista över svenska språket*. (14. uppl.). Svenska akademien.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

SFS 2014:821. *Patientlag*. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2015-4-10.pdf>

Socialstyrelsen. (2020). *Kommunikation och informationsöverföring*. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varnskador/riskomraden/kommunikation-och-informationsoverforing/>

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF). (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening. (SSF). (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska*. <https://distriktsskoterska.com/wp-content/uploads/2019/05/Kompetensbeskrivning-avancerad-niv%C3%A5-distriktssk%C3%B6terska-reviderad-2019.pdf>

Statistiska centralbyrån (SCB). (2020). *Utrikesfödda i Sverige*. Hämtad 27 April 2021. <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/utrikes-fodda/>

Strandberg, G., & Jansson, L. (2003). Meaning of dependency on care as narrated by nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(1), 84-91. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00213.x>

Teasdale, K. (1993). Information and anxiety: a critical reappraisal. *Journal of Advanced Nursing*, 18(7), 1125-1132. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18071125.x>

Ulrey, K. L., & Amason, P. (2001). Intercultural communication between patients and health care providers: An exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. *Journal of Health Communication*, 13(4), 449-463. [https://doi.org/10.1207/S15327027HC1304\\_06](https://doi.org/10.1207/S15327027HC1304_06)

van Rosse, F., de Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M.-L., & Wagner, C. (2016). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012>

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. Vetenskapsrådet. [https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed\\_VR\\_2017.pdf](https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf)

## BILAGA I

Har du erfarenhet av att möta patienter som inte talar svenska?

Vi är två studenter som läser distriktssköterskeprogrammet och söker nu sjuksköterskor eller distriktssköterskor att intervjua till vår kommande magisteruppsats. Du ska arbeta inom primärvård eller hemsjukvård och ha erfarenhet av att möta patienter som inte talar svenska. Vidare ska du ha arbetat som legitimerad sjuksköterska i minst ett år.

För mer information vänligen kontakta oss via personligt meddelande på Facebook eller mail.

Med vänlig hälsning

Johanna Gustafsson och Marica Stenström

[johanna.gustafsson.9@student.hv.se](mailto:johanna.gustafsson.9@student.hv.se)

[marica.stenstrom@student.hv.se](mailto:marica.stenstrom@student.hv.se)

## Till sjuksköterskor/distriktssjuksköterskor som har erfarenhet av att möta patienter som inte talar svenska

Sjuksköterskor möter ofta människor som av olika anledningar behöver hjälp eller stöd. När patienter som inte talar svenska söker vård uppstår många gånger språkbarriärer. Syftet med denna studie är därför att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att möta patienter som inte talar svenska.

Vi önskar att få intervjua dig som är sjuksköterska eller distriktssköterska som har erfarenhet av arbete på vårdcentral eller i kommunal hälso- & sjukvård. Antal deltagare kommer vara 10–15 st. Du ska ha arbetat minst ett år som legitimerad sjuksköterska och ha erfarenhet av att möta patienter som inte talar svenska.

Intervjuerna kommer ske via telefon av undertecknade studenter. Beräknad tidsåtgång är ungefär 45-60 minuter. Vi rekommenderar att detta sker i en ostörd miljö. Intervjuerna kommer spelas in och transkriberas, materialet kommer avidentifieras och förvaras oåtkomligt för obehöriga. Studien är frivillig och du som deltagare kan när som helst avbryta medverkan. Insamlade data kommer ligga till grund för vårt examensarbete. Efter godkännande av magisteruppsatsen kommer allt material förstöras. Om du önskar finns det möjlighet att ta del av det färdigställda examensarbetet.

Du tillfrågas här med om deltagande i denna studie.

Ansvariga för studien är Johanna Gustafsson och Marica Stenström. Handedare är Gudrun Rudolfsson, docent på institutionen för vårdvetenskap på Högskolan Väst.

Vänliga hälsningar

Johanna Gustafsson

[johanna.gustafsson.9@student.hv.se](mailto:johanna.gustafsson.9@student.hv.se)

Marica Stenström

[marica.stenstrom@student.hv.se](mailto:marica.stenstrom@student.hv.se)

Handledare

Gudrun Rudolfsson

[gudrun.rudolfsson@hv.se](mailto:gudrun.rudolfsson@hv.se)

Informera om...

- Välkommen! Presentation av oss och syftet med studien:  
*Att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att möta patienter som inte talar svenska.*
- Anonymitet
- Att intervjun spelas in
- Godkännande att medverka i studien

### Bakgrundsfrågor

Ålder:

Kön:

Arbetsplats: Vårdcentral/Hemsjukvård

Examensår Leg. Sjuksköterska:

Vidareutbildning: JA/NEJ

Inriktning:

Examensår vidareutbildning:

Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats?

### Öppna frågor

- Hur ser din erfarenhet ut med att möta patienter som inte talar svenska?
- Beskriv hur du gör när du möter en patient som du inte kan kommunicera med verbalt?
- Vilka hjälpmedel finns att tillgå på din arbetsplats?
- Vad gör du för att underlätta mötet/kommunikationen?
- Hur gör du för att komma i kontakt med en patient som inte talar svenska?
  - Om de inte svarar/inte dyker upp?
- Hur säkerställer du att rätt information når patienten?
  - Om du är osäker, vad gör du då?
- Beskriv ett tillfälle där du mött en patient som inte talar svenska som *inte* blev bra?
  - Vad hände?
  - Hur kände du?
  - Vad skulle du gjort i dag för att situationen skulle blivit bättre?
- Beskriv ett tillfälle som blev bra
- Vad har du lärt dig av dessa möten?
- Beskriv din erfarenhet av att använda professionell tolk?
- Beskriv dina erfarenheter av att använda närstående som tolk?
- Beskriv din erfarenhet av barn som tolkar?
- Hur skapar du en gynnsam vårdrelation trots språkliga hinder?

Följdfrågor:



- Hur tänkte/gjorde du då
- Kan du beskriva en situation
- Hur kändes det
- Blev någon arg
- Hur når du personen
- Kan du ge ett exempel
- Hur löste du situationen

Avslutande fråga:

- Är det något ytterligare du vill tillägga innan vi avslutar intervjun?

**Högskolan Väst**

**Institutionen för hälsovetenskap, 461 86 Trollhättan**

**Tel 0520-22 30 00**

**[www.hv.se](http://www.hv.se)**