

Språkförbistringar i vården

Patienters erfarenheter och upplevelser av
kommunikation med vårdpersonal

FÖRFATTARE	Stina Sewén Benjamin Zohourian
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete – grundnivå HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Liselott Dellenborg
EXAMINATOR	Susann Strang

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Språkförbistringar i vården – Patienters erfarenheter och upplevelser av kommunikation med vårdpersonal
Titel (engelsk):	A qualitative analysis of patients experience and reflections of communication and linguistic problems in patient and careprovider encounters
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng
kursbeteckning:	Examensarbete på grundnivå, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	21
Författare:	Stina Sewén Benjamin Zohourian
Handledare:	Liselott Dellenborg
Examinator:	Susann Strang

SAMMANFATTNING

Kommunikation mellan vårdpersonal och patient är centralt vid möten i vården och för vårdandet. Språket är ett viktigt verktyg för att kommunicera. Enligt Socialstyrelsen medför brister i kommunikationen en risk för patientsäkerheten. Hur sker då kommunikation i vården när det finns språkförbistringar? Syftet med detta arbete är att beskriva patienters erfarenheter och upplevelser av kommunikation i möten med vårdpersonal när det föreligger språkförbistringar. Metoden är en litteraturöversikt och innehållsanalys av tolv vetenskapliga kvalitativa artiklar. I resultatet framkommer att patienter upplever att kommunikationen med vårdpersonal ofta brister, att de blir förbisedda och inte förstår vad som sker i vårdmötet. Patienter blir ofta beroende av anhöriga för att kunna kommunicera med vården då tolk inte anlitas. Detta leder till känsla av frustration, kontrollförlust samt bristande tillit till vården. Vi kommer till slutsatsen att språkförbistringar behöver tas på större allvar, tolk behöver anlitas i större utsträckning samt att både vårdpersonal och tolk behöver mer utbildning för att kommunikationen ska förbättras och patientsäkerheten säkerställas.

Innehållsförteckning

Inledning	3
Bakgrund	4
Kommunikation	4
Tolk	5
Vårdgivarens ansvar för vårdrelationen	6
Delaktighet	7
Empowerment och kommunikation	8
KASAM – Känsla av sammanhang	8
Problemformulering	8
Syfte	9
Metod	9
Litteratursökning och urval	9
Analys och skrivprocess	10
Resultat	10
Kommunikation och delaktighet	11
Brist på kontroll	11
Empowerment.....	11
Diskriminering.....	12
Kommunikation och upplevelse av vård	12
Bemötande	12
Brist på tillit	13
Frustration och oro.....	13
Kommunikation och beroende	14
Belastning	14
Tolk.....	14
Anhörig agerar tolk.....	15
Patientens känsla och strategier kring kommunikation	15
Okunskap och känsla av ansvar att överkomma språkförbistring.....	15
Strategier för att skapa fungerande kommunikation	16
Känsans påverkan på kommunikationen	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	18
Personcentrering och interkulturell kommunikation	18
Delaktighet	20
Tolk och patientsäkerhet	21
Tolken i vården	21
Att förbättra kommunikation genom tolk	22
Rekommendationer för vården	23
Slutsats	24
Referenser	25
Bilaga 1 Litteratursökning	28
Bilaga 2 Artikelgranskning	30

Inledning

Vid flertalet tillfällen, både under praktik och arbete inom vården, har vi stött på patienter som talar begränsad eller ingen svenska. Oftast har vårdpersonal försökt ta sig fram med hjälp av anhörig som översätter, kroppsspråk, enkla fraser eller förlitat sig på sin egen uppfattning om hur patienten vill ha det. Endast vid ett fåtal tillfällen har tolk anlåtats. Vi har erfarenhet av att det har väckts irritation bland personal över att patienten inte har följt råd som har getts och att patienter har fått genomgå undersökningar och behandling utan att vi har varit säkra på att patienten har förstått vad som ska ske. Detta har fått oss att undra; Hur upplever patienten kommunikationen vid språkföbistringar?

Bakgrund

I Sverige är 15,1% av befolkningen födda utomlands, en siffra som har ökat de senaste åren (1). Hur stor andel av dessa som talar begränsad eller ingen svenska har vi inte hittat några uppgifter om. Ett övergripande mål för hälso- och sjukvård är formulerat;

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.” (2 §2)

Enligt Fatahi (3) är en förutsättning för god vård att patienten får möjlighet att vara delaktig vilket i sin tur förutsätter att kommunikationen mellan vårdgivare och vårdtagare fungerar. Tillgången till information bör enligt författarna vara likvärdig för de som inte behärskar svenska språket och de som har svenska som modersmål.

Kommunikation

Kommunikation är en grundläggande social aktivitet som består av ett utbyte av signaler mellan olika människor (4). Signalerna kan bestå av verbalt språk, kroppsspråk, symboler, det som sägs indirekt mellan raderna och det som blir osagt (5). Signalerna skickas från en person till en annan/andra som sedan försöker tolka och förstå innebörden i signalen och därefter svara med en ny signal, på det sättet bllas signaler fram och tillbaka vilket är kommunikation enligt Baggens och Sandén (4). Hur signalen tolkas och vad den anses betyda påverkas av signalen i sig, mellan vilka den sker och i vilket sammanhang den förmedlas. Språket är ett centralt kommunikationsverktyg i samspelet med andra människor, med ord kan vi förklara, beskriva och argumentera (4). Om det inte finns ett gemensamt språk blir detta ofta ett hinder för att förstå varandra (6).

I uppsatsen används ordet *språkförbistring* som enligt nationalencyklopedin betyder att deltagarna i en grupp talar olika språk och att detta leder till svårigheter att uttrycka sig (7). Ordet *hen* används som ett könsneutralt personligt pronomen.

Det finns enligt Baggens och Sandén (4) två olika övergripande synsätt på kommunikation. Överföringsmodellen utgår ifrån att kommunikationen är ett budskap som går från sändaren till mottagaren och den dialogiska modellen ser det som att kommunikation är det som uppstår i form av gemensam mening och förståelse när personer kommunicerar (4). Sändar-mottagare modellen är kritiserad för att vara förenklad, ensidig och asymmetrisk då den går i en riktning och inte tar hänsyn till sammanhanget den äger rum i (8).

Personcentrerad kommunikation grundar sig i ett personcentrerat förhållningsätt som innebär att man ser hela människan och inte bara delar såsom sjukdom, symptom eller åldrande. I personcentrerad kommunikation är det centralt att uppmuntra till delaktighet, ge bekräftelse, stödja styrkor och behov, respektera personlighet och individuella behov och sträva efter ömsesidighet (8).

Interkulturell kommunikation kan beskrivas som en kommunikationsprocess mellan människor från olika kulturella grupper. Ordet kultur har beskrivits på många olika sätt, exempelvis som ett gemensamt medvetande som förstås genom att människor kommunicerar med varandra. I kommunikationsprocessen mellan människor från olika kulturella grupper är det centralt att försöka skapa en gemensam mening genom att försöka förmedla och tolka. Gemensam mening uppstår när tolkningen stämmer överens med det som förmedlas. Inom vården innebär interkulturell kommunikation mötet mellan en vårdgivare som tillhör en vårdorganisation och medicinskt system och en patient på ett helt annat sätt är ensam, även om patientföreningar och anhöriga kan vara ett stort stöd. Denna utsatthet förstärker obalansen som redan finns mellan patient och vårdare då patienten är i behov av hjälp och vårdaren är den som ska ge hjälp. För att skapa fungerande interkulturell kommunikation behöver man som vårdgivare vara en kreativ problemlösare, ha förmåga att byta referensram och använda nya begrepp. Att vara öppen och försöka förstå patientens perspektiv och hur hen ser på sitt problem och sig själv, samt beakta att det finns många olika perspektiv och tolkningsmöjligheter är verktyg för att få till god kommunikation i dessa möten (9).

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (10) framgår det att omvårdnad i teori och praktik ska bygga på kompetens i bemötande, information och undervisning. Detta konkretiseras genom att beskriva att en sjuksköterska ska kommunicera respektfullt och lyhört med patienten, informera och undervisa patienten, förvissa sig om att patienten förstår given information samt uppmärksamma patienter som inte själva uttrycker informationsbehov. Enligt Socialstyrelsen (11) medför brister i kommunikationen mellan vårdgivare och patient en risk för patientsäkerheten. Om det uppstår missförstånd eller patienten inte får information som denne förstår kan detta leda till att patienten tar läkemedel på fel sätt eller inte söker vård igen vid försämring av hälsotillstånd. Att stämma av så att patienten har förstått given information anses som en av de tio viktigaste evidensbaserade åtgärderna för att öka patientsäkerheten i vården. För att få en bild av problemets omfattning har Socialstyrelsen tittat på internationell forskning som visar att missar i kommunikationen är den största enskilda orsaken till vårdskador. Med missar i kommunikationen menar de då inte enbart på kommunikation mellan vårdgivare och patient utan även kommunikation mellan olika aktörer i vården och mellan vårdpersonal (11).

Tolk

Tolken har en tydlig roll i kommunikation vid språkförbistringar. Enligt Entrena (12) är en tolk en person som har genomgått utbildning i att tolka och uppnått kraven för att erhålla utbildningsbevis. I Sverige kan tolkar bli auktoriserade om de utöver utbildningen genomför och blir godkända på Kammarkollegiets auktoriseringsprov (12). Enligt kammarkollegiet, som är den svenska myndigheten som auktoriserar tolkar, är tolkens uppgift är att förmedla det som sägs på ett så korrekt sätt som möjligt och hen ska inte utelämna, förändra eller värdera det som sägs. Tolken ska försöka få med nyanserna i språket och använda motsvarande uttryck och termer så långt det är möjligt (13). Det framhålls att en tolk ska vara opartisk, neutral, tolka allt

som sägs i första person och ansvara för språköverföringen. Tolken har tystnadsplikt och ska iaktta jävsregler, det vill säga avstå från uppdrag där det förekommer risk för partiskhet, till exempel om tolk och patient känner varandra (12).

En svensk studie gjord av Hadziabdic et al (14) visade på att patienter kunde uppleva tolken både som ett stöd och som ett hinder. Patienten kunde känna att intimiteten i vårdmötet minskade när en tredje part fanns i rummet och när de inte kände sig trygga med tolken kunde det vara ett hinder för att öppet berätta om sina problem. Patientens tillit till tolken påverkades av tolkens kroppsspråk, kläder, ton och om hen gav intryck av att vara lugn och säker. Andra faktorer som påverkade upplevelsen av tolk var kopplat till tolkens språkfärdigheter inom medicinsk terminologi, om tolkens språk och dialekt stämde överens med patientens och huruvida patienten upplevde att tolken översatte det som sades. I en annan studie granskade Hadziabdic med kollegor (15) avvikelserapporter från svensk primärvård och fann att det fanns problem med att få tag i tolkar med rätt språkfärdigheter, att tolkar inte kom i tid till bokade möten och att det fanns organisatoriska svårigheter mellan vårdgivare och tolkförmedlare som gjorde det svårt att få rätt tolk till rätt plats vid rätt tid. Dessa problem ledde till ökad arbetsbelastning för vårdpersonal och att vårdmöten fick ställas in, försenas eller hållas utan tolk trots att personal ansträngt sig för att få tolk.

I Sverige ansvarar vårdpersonal för att boka tolk om vårdgivare och/eller patient anser att behov finns (12). Att tolk vid behov ska anlitas slås fast i förvaltningslagen;

”När en myndighet har att göra med någon som inte behärskar svenska eller som är allvarligt hörsel- eller talskadad, bör myndigheten vid behov anlita tolk.” (16 §8)

Trots detta visar forskning att tolk sällan bokas trots att behov finns. Motståndet kan bero på att det anses kosta för mycket, ta för lång tid och att tolken ses som ett störande element snarare än en resurs (6, 12). Entrena (12) resonerar att ett tolksamtal kan ta längre tid och kosta mer på kort sikt men i ett vidare perspektiv kan man se att patienter, som trots behov av tolk inte fått det, gör fler återbesök och missförstår information om sjukdom och behandling vilket kostar pengar och tar tid i ett senare skede. Att inte få tolk kan också skapa otrygghet och därmed ge personen lidande (12).

Vårdgivarens ansvar för vårdrelationen

I mötet mellan vårdgivare och patient uppstår en vårdrelation. Relationen kan vara både vårdande och icke vårdande, upplevas av patienten som bra eller dålig och leda till att patienten upplever onödigt lidande eller ökat välbefinnande. Relationen är asymmetrisk, ojämlik, då patienten söker vård för att få hjälp medan vårdarens uppgift är att ge hjälp (17). Den maktobalans som detta skapar kan bidra till att patienter känner förväntningar på sig att följa sjuksköterskans vilja och patienten kan av vårdare ses som en svår eller hopplös patient om inte detta görs. Ofta finns det en obalans i patientens och vårdgivares förväntningar och syn på vårdrelationen. Patienten vill berätta om sina upplevelser och känslor och anser att relationen har ett värde i sig medan vårdaren tenderar att ge vårdrelationen låg prioritet; sällan anses

relationen ha ett egenvärde utan ses som ett medel för att få information och kunna göra bedömningar. Vårdrelationen upplevs bra och energigivande av patienter när sjuksköterskan är avslappnad, entusiastisk, har ögonkontakt, inte får patienten att känna sig som objekt, har möjlighet och är villig att prata med patienterna och inte har bråttom. Snellman (17) lyfter fram Bubbers relationsfilosofi och beskriver ett givande möte mellan två människor som en *"jag-du relation"* (17 s. 391). En jag-du relation innebär att patient och vårdare ser varandra som fria och självständiga människor, att den andre är annorlunda och har egna möjligheter och egen kraft, att man accepterar den andre för vem hen är just nu och att man möts i någon grad av ömsesidighet. För att en jag-du relation ska ha förutsättning att skapas menar Snellman (17) att det krävs att vårdaren är personligt närvarande utan att föreställa sig, kan skapa en dialog med patienten där hen vill dela tankar, skydda patientens oberoende samt bevara det som är annorlunda hos varje patient. Vårdgivaren behöver se medmänniskan i sin helhet (17).

Delaktighet

Ordet delaktighet kan beskrivas som aktiv medverkan eller att ha medinflytande. Världshälsoorganisationen WHO:s organ ICF (18) har definierat delaktighet som att vara involverad i en livssituation. I Sverige är patientens rätt till delaktighet i vården lagstiftad och i juridiska sammanhang innebär det att patienten ska ha möjlighet att delta i beslut om ens vård och behandling. Det står i hälso- och sjukvårdslagen att *"Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten"* (2 §2). Vården ska även *"bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet"*, *"tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen"* samt *"främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen"* (2 §2).

Enligt Eldh (18) skiljer det sig åt från person till person i vilken grad och på vilket sätt man som patient vill vara delaktig. Det har visat sig att sjuksköterskor ofta har en annan bild av hur patienten vill vara delaktig än vad patienten själv önskar och att patienter känner att de i vårdrelationen får inta en mer aktiv eller passiv roll än egentligen de vill ha. Patientdelaktighet kan skapas genom att vårdpersonal tar reda på i vilken grad patienten önskar vara delaktig och på vilket sätt, att vårdgivare och patient skapar en relation, att de eftersträvar en dialog och delar information i ett möte som bygger på respekt för varandras kunnande. Eldh (18) framhåller att en viktig förutsättning för patientdelaktighet är att patienten har kunskap. Vårdpersonal bör ge patienten information anpassad efter situation, vad patienten vet och tidigare erfarenheter för att informationen ska kunna bidra till ökad kunskap (18). Att patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder som finns för vård, undersökning och behandling står tydligt i hälso- och sjukvårdslagen § 2b (2 §2). Sjuksköterskan behöver ha en pedagogisk förmåga och vara inkännande och inlyssnande för att förstå vad patienten förmedlar så att det kan bli ett ömsesidigt kunskapsutbyte (18). Att kunna överbrygga språkbarriärer, ha kontroll över vårdsituationen, få berätta om sin situation, bli respekterad och få ställa krav var centralt för upplevelsen av delaktighet för patienter i en studie Björk Brämberg gjorde 2008 (19).

Empowerment och kommunikation

Det finns ingen svensk översättning för ordet *empowerment* men ord som bemyndigande, medbestämmande, maktindelning och maktöverföring har enligt Fossum (20) föreslagits. Empowerment bygger på ett förhållningsätt där man ser den andre personen, i detta fall patienten, som jämlik och med andra kunskaper än en själv. Utifrån empowerment-modellen kommer kommunikationen ske annorlunda i jämförelse med ett biomedicinskt synsätt. Ett empowerment-influerat samtal är patientcentrerat, skapar informations och kunskaps utbyte, är antiauktoritärt, förhandlande, tar reda på patientens motivation, konfronterar, bygger på ömsesidig respekt och är inriktat på att patienten måste hjälp sig själv. Ett samtal utifrån biomedicinsk modell är snarare vårdgivarcentrerat, handlar om att ge information och övertyga, är auktoritärt, befäller och ger föreskrifter, motiverar patienten, argumenterar, förväntar sig att patienten ska respektera vårdgivaren och ser det som att vårdgivaren ska hjälpa patienten.

KASAM – Känsla av sammanhang

Antonovsky har utvecklat en teori om hälsans ursprung, KASAM, känsla av sammanhang. KASAM är centralt för personers förmåga att hantera påfrestande situationer och hur man anpassar sig till dem. Detta påverkar i sin tur personens upplevda livskvalité och hälsa. Hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet bidrar till att skapa känsla av sammanhang. KASAM är en teori som bygger på tre komponenter varav en är *begriplighet*, i vilken grad en person upplever att hen förstår det som sker. De andra två är *hanterbarhet*, huruvida personen känner att hen har tillräckliga resurser att hantera situationen samt *meningsfullhet*, om personen känner motivation, engagemang och kan se mening i det som sker. Enligt Antonovsky är den sistnämnda faktorn är överordnad de andra, finns inte känslan av meningsfullhet så är det inte troligt att personen kan hantera och förstå situationen. Människors generella motståndsresurser är centrala faktorer för och hur KASAM utvecklas. Exempel på det som Antonovsky kallar motståndsresurser är materiell standard, kulturell stabilitet, socialt stöd, utbildning/kunskap, gener och tro/övertygelse. Som vårdpersonal kan man bidra till att göra situationer mer begripliga genom att dela kunskap och ge tydlig information samt ha en ärlig och öppen kommunikation. Upplevelsen av hanterbarhet kan påverkas positivt om patienten känner delaktighet i vården och känslan av meningsfullhet kan öka om vårdpersonal visar en vilja att vårda och det är en positiv anda gentemot patienter och närstående (21).

Problemformulering

Kommunikationen mellan vårdpersonal och patient är central för vården och vårdandet. Bristande kommunikation kan leda till vårdskador och är därmed ett hot mot patientsäkerheten. Det finns forskning på hur vårdpersonal upplever möten i vården med språkförbistringar. Däremot saknas kunskap om hur patienter upplever kommunikation när det finns språkförbistringar. Denna kunskap är viktig för att vårdgivare ska kunna skapa förutsättningar för god kommunikation där delaktighet möjliggörs och patientsäkerheten säkerställs.

Syfte

Att beskriva patienters erfarenheter och upplevelser av kommunikation i möten med vårdpersonal när det föreligger språkförbistringar.

Metod

Vi valde att utgå från en studiedesign som Friberg (22) kallar ”Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning” (22 s.105). Detta innebär en litteraturöversikt och innehållsanalys av kvalitativa artiklar för att utvinna ökad förståelse för ett valt fenomen. Genom att använda sig av tidigare forskning sammanställer man en ny helhet som kan bidra med ökad kunskap som sedan kan ligga till grund i det praktiska omvårdnadsarbetet (22). Denna metod valdes eftersom syftet med uppsatsen var att beskriva upplevelser och erfarenheter vilket med fördel görs genom kvalitativa artiklar.

Litteratursökning och urval

Vetenskapliga artiklar har sökts i databaserna Scopus, Cinahl och Pubmed. Vi använde tesaurus för att identifiera användbara sökord i vårt ämne, MESH för Scopus och Pubmed och Cinahls egna ämnesordssystem. Under sökningsprocessen fann vi nyckelord, andra termer, som databasen använde för att kategorisera artiklarna som vi inte tänkt på från början. Vi använde sökord från ämnesordlistan men även andra ord och ordkombinationer som vi under sökningens gång såg användes i abstrakt och titlar. För att inte missa artiklar på grund av olika böjningsformer så använde vi oss av trunkering och vi arbetade med boolesk sök teknik med ordet ”AND” för att komma närmare det vi sökte.

Artiklar exkluderades om de handlade om tillgänglighet till vård, om språkförbistringar på grund av funktionsnedsättning, om upplevelse av möten med farmakologer eller om psykologisk terapi. Inklusionskriterier var att det skulle vara vetenskapliga kvalitativa artiklar skrivna på engelska eller skandinaviska språk som svarade på vårt syfte och handlade om fysiska möten med hälso- och sjukvårdspersonal. Trots riktade sökningar påträffades endast en artikel som handlade specifikt om patientens erfarenheter och upplevelse av möte med sjuksköterska, de som hittades handlade om möten med vårdpersonal från olika professioner. En litteratursökningstabell finns i bilaga ett.

Artiklar valdes ut genom att först läsa studiens titel och se om det var en kvalitativ artikel som fokuserade på patientens perspektiv, sedan tittade vi på ämnesorden om det verkade falla in under vårt syfte och läste därefter abstrakt. De artiklar som verkade relevanta efter detta urval gick vi vidare med och gick igenom studiens resultat för att se ifall den verkade besvara vår frågeställning. Därefter garanterade vi oss om artikelns kvalitet genom att eftersöka om de var publicerade i tidskrifter som förhandsgranskade sina artiklar samt läste själva artikeln i sin helhet, med fokus metoden, för att bedöma kvalitén. I kvalitetsgranskningen utgick ifrån Fribergs (22) frågeställningar för att granska kvalitativa artiklar.

Analys och skrivprocess

När vi hittat relevanta artiklar läste vi igenom dessa för att få ett grepp om vad de kommit fram till och vilka delar av studien som var relevanta för vårt syfte. Vi valde att analysera artiklarnas resultat och diskussion då vi inte fann studier gjorda med fokus på patientens erfarenheter eller upplevelse av kommunikation, utan artiklarnas frågeställningar skilde sig mycket från vår. Genom att analysera diskussionen fick vi fram mer kunskap i ämnet än vad vi skulle fått fram om vi endast fokuserat på resultatet.

Följande analysprocess ägde rum för att gå från helhet till delar till en ny helhet (22). Efter att ha läst artiklarna i sin helhet gick vi återigen igenom resultat och diskussion och skrev ner de delar som svarade på syftet på ett blankt blad. Vi kopierade sedan dessa papper klippte isär meningar och sammanfattningar med ett kodnummer i kanten för att ha kontroll över referenser. Vi granskade lappar vi fått fram, försökte identifiera vad de handlade om, parade ihop dem och skapade på det sättet nya teman. Vi granskade sedan de teman vi hittat för att se vilka som hade gemensamma nämnare med andra teman och kunde läggas ihop till ett tema eller vilka som kunde gå in under varandra och bli subteman. Efter att ha identifierat teman gick vi återigen tillbaka till artiklarnas resultat och diskussion för att se att det nya temat och de meningar och sammanfattningar som tagits ut stämde överens med till vad som stod i artikelns resultat och diskussion. Under hela skrivprocessen återkopplade vi tillbaka till artiklarna för att i större mån säkerställa att det vi fick fram i vårt resultat var det som sades i artiklarna. Under hela skrivprocessen försökte vi vara självkritiska; Det som jag formulerar i vårt resultat, står det verkligen så i artikeln? Hur tolkar jag artikelns text? Kan den tolkas på ett annat sätt? Läger jag in åsikter genom ordval? Vi läste igenom vad vi skrivit i vårt nya resultat och de delar av artiklarna vi baserat textstycket på och diskuterade ovanstående frågor, samt ändrade därefter texten vid behov. Även under skrivandeprocessen splittrades vissa teman medan andra lades ihop, såsom konsekvenser utav språkförbistringar, då det gjorde texten mer lättbegriplig att läsa och det blev för mycket upprepningar av att ha flera närliggande teman.

Resultat

I alla våra artiklar framkom det att patienter upplevde brister i kommunikationen; att de inte förstått information som var given eller att vårdgivare inte gett patienten tillräckligt med information (23-34). Patienternas upplevelse av kommunikationen i dessa studier utföll i vår analys i fyra huvudteman; delaktighet, upplevelse av vård, beroende samt känsla och strategier kring kommunikation. Underteman som vi identifierade var brist på kontroll, empowerment, diskriminering, bemötande, brist på tillit, frustration och oro, belastning, tolk, anhörig agerar tolk, okunskap och känsla av ansvar att överkomma språkförbistring, strategier för att skapa fungerande kommunikation och känslans påverkan på kommunikationen. Dessa olika teman överlappar till viss del varandra eftersom kommunikation inverkar på alla dessa områden på olika sätt och att analys med nödvändighet innebär att stycka upp en sammanhängande verklighet.

Kommunikation och delaktighet

Brist på kontroll

Att inte få information om sitt hälsotillstånd, sin sjukdom, behandling eller eftervård upplevdes som frustrerande (28). Murray et al (25) tar i sin diskussion upp att bristen på kommunikation leder till förlorad kontroll vilket enligt författarna tycks vara en central negativ upplevelse för de födande kvinnorna som ingick i studien; *"You don't know, you feel alone, and you feel different"* (25 s.468). I Gerrish et al (31) studie beskrev patienter att de efter kontakt med vården i många fall inte förstod vad resultatet utav mötet blev eller vad syftet med mötet var. En kvinna med bröstcancer beskriver;

"I know nothing about the cancer treatment, particularly chemotherapy. I expected the doctor could give me information and advice. Unfortunately I was not able to communicate with him. I felt so terrible." (28 s.90)

I Suurmond et al (33) artikel framgår det att en kvinna genomgått en gynekologisk operation utan att ha förstått vad de gjort i hennes kropp. Först när hon senare får komplikationer får hon veta att de inte bara har opererat bort en del av hennes inre könsorgan, som hon trodde, utan även opererat in ett stent. Under operationen hade även kvinnans urinblåsa perforerats av misstag, men inte heller detta hade kvinnan blivit informerad om. Kvinnan tror att den bristfälliga kommunikationen berodde på hennes dåliga språkkunskaper (33). I Lowell et al (24) artikel berättar patienter att de har blivit skickade till sjukhus för att genomgå operation som de inte visst var planerad eller förstått varför den skulle ske. Utav de cancerdiagnoserade patienterna som Nguyen et al (26) träffat i sin studie hade hälften (n=10) genomgått undersökningar och tester utan att ha förstått varför de skulle tas och en del hade inte heller förstått hur dessa skulle genomföras.

Patienter som hade förstått information som vårdgivaren gav upplevde däremot ökad kontroll, kunde slappna av mer och kände sig mer bekväma i situationen (25). En patient var nöjd med en kurs som hon erbjudits inför förlossning; *"You learn a lot of things... the things that will help you relieve yourself when you are in pain"* (25 s.464). Viljan att delta i undersökningar ökade också när patienten förstått syftet med dessa (25). Murray med kollegor (25) skriver i sin diskussion att en del patienter mött vårdpersonal där information, tankar och idéer hade utbyttts och att detta lett till framgångsrika möten. Det tycktes, enligt författarna, oftast hänga samman med kulturkompetens hos involverad personal. Murray et al (25) använder ordet kulturkompetens med innebörden; en speciell sammansättning av beteenden, attityder och regler i en arbetsmiljö vilket säkerställer att personalen har kapacitet att arbeta tvärkulturellt. Binder et al skriver i sin diskussion att språket är själva roten och inte en enskild faktor för att kunna ha ett kulturanpassat förhållningsätt (32).

Empowerment

Murray et al (25) fick fram att de patienter som levt längre i Australien kände sig stärkta och upplevde egenmakt från att ha lärt sig engelska eftersom de då kunde uttrycka sig själva. En patient beskriver;

“The midwife ask me about a student and are you comfortable (for) them to come in, and I was like, ”Hmmm” (thinking expression). I’m thinking about it.” Yeah, I was thinking about it, Then I say, ”ok,” because I can see her I say, ”yeah,ok,” because I can speak English now” (25 s.464)

Att kunna kommunicera på engelska var kopplat till känsla att förstå och ha kontroll över ens valmöjligheter och miljön man befann sig i (25).

Patienterna med diabetes i Jowsey et al artikel (29) uppgav att de gärna ville vara vad de själva kallade *”expert patient”* (29 s.12) och *”good patient”* (29 s.12) i betydelsen någon som kan mycket om sin sjukdom och kan hantera den självständigt. De hade dock svårt att förstå informationen som gavs muntligen och den skriftliga informationen som fanns att tillgå var på ett språk patienterna inte förstod. Den låga kunskapsnivån gjorde att patienterna kände att de inte hade kontroll, de kände sig beroende av andra och de saknade känslan av egenmakt över sjukdomen. Att inte kunna vara *”good patient”* upplevdes otillfredsställande. Patienter kände dåligt självförtroende av att de inte kunde kommunicera med vårdpersonalen eller söka information för att hantera sin sjukdom.

Diskriminering

En del patienter upplevde att de diskriminerades av vårdpersonal och fick sämre vård än befolkningen som var uppväxt i landet och pratade språket flytande (32, 33). Ett exempel på detta var en patient som fick vänta i timmar på vård men inte fick någonting att äta eller dricka. Patienten som erfarit detta trodde att chansen att hon blivit bättre behandlad hade ökat om hon kunnat uttrycka sig på vårdgivarnas språk (33). En annan patient uppfattade det som att språkförbistringen var det som skapade negativt bemötande;

”the problem we Somalis have here as a refugee or as a foreigners or as immigrants is the language... Everyone will be fed-up with you if you can’t understand what they are saying – if you can’t talk to them... sometimes they will just ignore you” (32 s.1175).

Kommunikation och upplevelse av vård

Bemötande

När vårdpersonalen upplevdes stressad och tycktes ha ont om tid, inte verkade lyssna, pratade på en kunskapsnivå som patienterna inte förstod, pratade för lite eller hade en auktoritär framtoning påverkades kommunikationen negativt (23, 24, 26, 29, 34). Upplevelser av att bli negativt bemött när man ställt frågor fick som följd att man fortsättningsvis inte vågade ställa frågor vid möten med vårdgivare (26). Lawton et al (23) skriver i diskussionen att längre tid måste ges vid möten med patienter med annat språk för att patienter ska känna att det är tillåtet att ställa frågor och svara på ett tillfredsställande sätt genom tolken.

I artikeln av Wiking et al (34) uppgav de flesta patienterna att de var nöjda med mötet med vården och ca 40 % upplevde att läkaren hade förstått deras problem. Detta trots att halva gruppen av deltagare angav problem med språkförbistringar. Det

är inte tydligt i artikeln om tolk har använts i dessa fall eller vad som gjort att kommunikationen har fungerat men författarna (34) diskuterar kring att tolkens roll och tolkens kompetens tycktes vara en central faktor för att skapa fungerande kommunikation. I studien av Jowsey et al (29) upplevde patienter att kvalitén på mötet avgjordes av om läkaren lyssnade till patienten, var tillgänglig och hade tid.

Brist på tillit

Flera patienter upplevde det obehagligt att vårdpersonalen inte verkade angelägen om att förstå dem och att de inte tog språkförbistringarna på större allvar. (31, 33). En patient beskriver hur hon försökt berätta för vårdpersonalen om sitt hjärtproblem men inte upplevt att de lyssnat eller försökt förstå. Först när hon skulle opereras och återigen försökte förklara hur det var fatt med hennes hjärta så lyssnade personalen och hela operationen fick då avslås (33).

I Murray et al (25) studie upplevde alla patienter att det som skett på sjukhuset under deras förlossning inte hade förklarats tillräckligt och de flesta patienter trodde att den bristande informationen berodde på språkförbistring; *"When you don't speak the language, you lack a lot of things"* (25 s.463). Patienter uttryckte att konsekvenser utav den undermåliga informationen blev att de tog mediciner utan att veta varför de fick dem och vad det var, de gav sitt samtycke utan att veta vad de sa ja till och de förstod inte vilka personalen var. Det förklarades inte heller varför uppgifter om deras civiltillstånd och erfarenheter av våld i nära relationer efterfrågades och hur detta skulle användas, vilket skapade osäkerhet och tveksamhet inför att besöka mödravård (25). Att inte förstå, *"not knowing"* (25 s.463) som kvinnorna uttryckte det, skapade rädsla, bristande tillit och misstänksamhet (25).

Frustration och oro

Att inte kunna göra sig förstådd upplevdes frustrerande, utmanande och plågsamt (25, 28). *"It is a really scary experience not to have someone who can explain"* (25 s.463) beskriver en av kvinnorna i Murray et al (25) artikel. Erfarenhet av att inte kunna göra sig förstådd kunde skapa mycket oro inför att bli allvarligt sjuk men inte kunna uttrycka det och få vård; *"we could die but not have [an] illness"* (31 s.409). Konsekvenser av att inte få tillgång till tolk och kunna kommunicera med vårdpersonal var att personer inte tog kontakt vården förrän dem hade allvarliga problem. En annan patient beskriver oron för att inte kunna göra sig förstådd i kontakt med vården (31).

"If we're 5 minutes late at surgery, they cut our name out and we have to make another appointment. The next appointment may be one week later. If I've a serious problem, I can't say anything, my appointment's cancelled." (31)

Språkförbistringarna ledde till att patienter upplevde att de inte kunde beskriva sina problem och symptom som vårdgivarna frågade om och de inte kunde uttrycka sina behov (31).

Kommunikation och beroende

Ett annat återkommande tema i våra artiklar var negativa känslor kring att vara beroende av andra, framförallt anhöriga (23, 24, 26, 29, 31). En patient beskrev hur han var beroende av sin frus språkkunskaper för kontakten med vården och att hon var den som tolkade och förmedlade all kunskap som vårdgivarna gav om hans diabetes. Detta gav henne ett maktövertag kring beslut såsom när vårdkontakt skulle tas, vad han skulle äta, när han borde äta, hur mycket han borde äta samt var och när han borde ta sin medicin (29). Att språkförbistringar ledde till ökat beroende av frun upprörde patienten och författarna tolkar detta som att patienten kände att han inte hade egenmakt, var *"disempowered"* (29 s.15).

Belastning

Ett flertal patienter var beroende av yngre släktingar och vuxna barn i tolkning vid läkarsamtal och översättning av brev och information från vårdgivare. Patienterna upplevde att de var en belastning för de anhöriga som egentligen inte hade tid och ville vara fria från detta familjeansvar (23, 26, 28, 29). Detta fick som konsekvens att patienter inte gick på bokade återbesök eller förstod brev som skickats då man inte ville vara till besvär eller be anhöriga ta ledigt från arbete (26). En patient beskriver hur anhöriga säger ifrån;

"Sometime's it's that my daughter has no time, she'll say 'mum, you'll have to find someone else', so I'll go around asking people. Some will say they have time and some will say they don't have time. It becomes very difficult" (23 s.1005)

Tolk

Flertalet patienter uttryckte att de föredrog tolk framför anhöriga som översatte (23, 24, 33). Patienter upplevde att tolkarna var mer tillförlitliga i tolkningen än anhöriga (23). En del patienter hade erfarenhet att tolkar inte alltid fanns tillgängliga när de efterfrågades av personal (23, 29). En patient beskriver brister i personalens kunskap vid tolkbokning;

"We don't understand Urdu. Because we're from Asian country, they're thinking, 'well, maybe Urdu, it's like Bengali, 'so we're given [an] Urdu interpreter'" (28 s.409)

Patienter med erfarenhet av tolk uppgav att de upplevde att både tolk och vårdgivare var tidspressade under mötet och valde därför att inte lyfta frågor och funderingar som skulle göra mötet mer utdraget. De lämnade istället mötet utan att fått svar på frågor och reda ut sin oro (23). Wiking et al (34) skriver i sin diskussion att en del patienter tvivlade på tolkens kompetens och om denne förmedlade vad de sa medan andra funderade på deras eget sätt att uttrycka sig gjorde det svårt för tolken att förmedla deras problem. Andra patienter tvivlade på tolkens kompetens och trodde det var en orsak till bristande kommunikation mellan patient och vårdgivare (33).

När det gällde intima situationer, såsom gynekologisk vård, ville en del patienter inte dela detta med en främling, en oerfaren tolk eller någon som kom från samma sociala grupp. En del av patienterna föredrog kvinnlig tolk. Författarna anser att tolken

behövs för överkomma språkförbistringar i den intima och ofta känsliga dialog och belyser att det finns lite forskning i hur man kan få till bra samtal genom tolk i dessa situationer (32).

Anhörig agerar tolk

Av vad vi kunde utläsa ur majoriteten av artiklarna var det få patienter som hade erfarenhet utav tolk utan anhörig som agerade tolk var det vanligaste (23, 25-29, 31-33). Då patienterna inte kunde tala språket visste man inte heller hur man skulle uttrycka behov av tolk (28, 31). Det som patienter upplevde problematiskt med att anhöriga översatte var att de anhöriga inte hade utbildning i medicinska termer, att de inte tolkade allt man sa, att man inte litade på att de anhöriga översatte det man berättade och man var osäker på om de formulerade sig på det sättet man önskade (23, 33). *"The doctor explains more to her (daughter), they tell her more in English, and she understands more, and she only tells a bit to me"* (23 s.1006) Det upplevdes också negativt att ha en anhörig som översatte om vårdgivaren hade ett dåligt besked att ge som kunde vara känslomässigt tungt för den anhöriga att förmedla (32). Jowsey et al (29) tar upp i sin diskussion att det kan skapas spänningar i familjerelationer samt bli en psykisk och praktisk börd för de närstående om de agerar tolk.

Patienter beskriver att de undvek att berätta vissa saker som man upplevde opassande när anhöriga, framförallt barn, agerade tolk (31, 33). Vid intima situationer, såsom förlossning, kunde det upplevas genant att släktingar översatte (25). Det fanns även patienter som upplevde det som något positivt att anhöriga agerade tolk och en del patienter föredrog att anhöriga översatte istället för främmande människor. De positiva upplevelserna beskrevs i de artiklar som handlade om upplevelser av förlossning och gynekologisk vård (25, 32). Vilken relation till patienten som de anhöriga hade står inte beskrivet i artiklarna.

Patientens känsla och strategier kring kommunikation

Okunskap och känsla av ansvar att överkomma språkförbistring

I flera av våra artiklar framkom det att patienter inte hade kunskap om att det gick att få tolk i mötet med vården. Patienterna kände att ansvaret att överkomma språkbarriärer och hitta någon som kunde översätta låg på dem (25, 26, 31, 33). Vårdpersonalens beteende, att man skickade brev till patienten på ett språk man visste att patienten inte förstod och bokade möten utan tolk, gjorde att patienten tvingades ta detta ansvar (25, 26, 31).

"The diabetic nurse phoned me to pass on a message. I just put the phone down because I couldn't speak a word. Why [do] they do this? They know we don't understand the language. They should get someone who understands. I wait until my husband could phone the nurse, so he acted as interpreter." (31 s.409)

Patienter beskriver också att personalen i vissa fall bad dem att hitta någon som kunde översätta (25). Det hände att patienter frågade okända människor de mötte i väntrummet om de kunde följa med in till läkaren för att översätta samtalet då de inte

hittat någon annan och en del patienter berättade att de hade erfarenhet av att agera tolk åt andra patienter under deras sjukhusvistelse (26, 32). Patienter beskrev att de inte gick till bokad besök eller använde minderåriga barn som fick översätta samtal när man inte hittade någon annan (24, 26, 31).

Strategier för att skapa fungerande kommunikation

Vissa patienter önskade att de hade haft tvåspråkig personal som de kunde tala direkt till, vilket skulle ta kortare tid och kännas enklare (23).

”There should be someone who sit down and talks to you. Somebody should explain in our language how things should be and what we shouldn't do, someone from our community” (23 s.1006)

Ett flertal patienter försökte söka upp vårdpersonal med samma språkkunskap som de själva i hopp om att det skulle leda till ökad förståelse kring sjukdom och behandling (23, 26, 29, 32). Det kunde dock vara svårt att finna och när man lyckades var det inte givet att det ledde till ökad förståelse och mindre problem med kommunikationen (23, 24). Andra strategier som patienter använde när de inte förstod var att på egenhand söka information eller på nytt kontakta vårdgivare för att bättre förstå sjukdom och behandling (29, 31).

Känslans påverkan på kommunikationen

I Suurmond et al (33) och Garrett et al (30) resultat och i Wiking et al (34) diskussion framkommer det att patienter kände skam för att inte ha lärt sig språket som talades i landet man invandrat till, vilket hindrade en från att prata med vårdgivaren. Andra kände tacksamhet för att man fick en bättre vård i det nya landet än vad man skulle fått i sitt hemland, och kände att man därför inte ville kritisera eller ifrågasätta den vården som gavs. Vissa patienter upplevde också en rädsla att de skulle få sämre vård om de ifrågasatte och verkade krävande (30). En del patienter såg vårdpersonalen som personer med mer kunskap och erfarenhet än de själva och kände därför blyghet och skam inför att ställa frågor, även när något oväntat hände (25).

Metoddiskussion

De ämnesord som användes i databaserna för att ringa in artiklar som föll in under vårt syfte var framförallt ”communication barrier” och ”language barrier”, ord med negativ innebörd som förutsätter att språkskillnaden är ett hinder. Vi försökte söka på ord med mer positiv klang såsom ”cross-cultural communication”, ”patient satisfaction”, ”patient experience”, ”multilingualism” och ”bilingual” men dessa ledde oss inte fram till relevanta artiklar. Vi undrar hur databasens uppbyggnad kan ha påverkat vilka artiklar vi funnit? Om sökorden har lett oss till artiklar som fått fram negativa konsekvenser av kommunikation? Om det finns artiklar som funnit flerspråkighet som en resurs men som vi inte hittat? Eller om det är en diskurs inom forskningen där man ser flerspråkighet som negativt? Vi hade svårt att finna ett svenskt ord för möten i vården utan gemensamt språk mellan patient och vårdgivare. Ordet vi till slut valde, språkförbistringar, har även det en negativ underton.

De artiklar vi fann hade inte som syfte att undersöka upplevelsen av kommunikation utan det material som svarade på vårt syfte framkom i studier med fokus på upplevelser av vård hos patienter med annat ursprung än majoritetsbefolkningen. Av vad vi har fått fram så verkar det inte finnas forskning gjord med fokus på patientens erfarenheter och upplevelser av kommunikation i möte med vårdpersonal när språkförbistringar föreligger. Vi tror det att kan finnas fler artiklar med material som faller in under vårt syfte som vi inte har hittat då artiklarna av databasen kan ha kategoriserats utifrån författarnas huvudsakliga tema. Om vårt arbete hade haft en större omfattning hade vi lagt mer tid på sökningsprocessen och kanske hittat fler artiklar som gett ett annat resultat.

Artiklarna vi fann hade inte specifikt fokus på möten med sjuksköterskan utan med vårdpersonal inom olika professioner. I de flesta artiklarna beskrevs de som ”*caregivers*” och vilka yrkeskategorier som infattades i denna benämning gick inte att läsa ut ur artiklarna. Att resultatet bygger på erfarenheter av möten med vårdpersonal i allmänhet och inte sjuksköterskan i synnerhet kan ses som en svaghet då detta är en omvårdnadsvetenskaplig uppsats. Å andra sidan kan det ses som någonting positivt att arbetet innefattar vårdpersonal i allmänhet eftersom kommunikation är viktig i all vård och det kan öka relevansen för olika yrkeskategorier att ta del av det uppsatsen lyfter fram.

Då språket och kommunikationen inte var huvudfokus i de artiklar vi fann så var det inte tydligt beskrivet hur omfattande språkförbistringarna var. I vissa artiklar var det beskrivet att deltagarna kunde från inget till mycket av det språk som talades av majoriteten av landets befolkning. I vissa artiklar var det tydligt när det fanns språkförbistring och när det inte fanns men i de flesta fall var det svårt att tyda ut. Att språkkunskaperna inte stod beskrivna i artiklarnas metod anser är en svaghet i vår uppsats.

En del av artiklarna hade fokus både på vårdpersonalens perspektiv, patientens perspektiv och i ett fall även anhörigvårdares perspektiv. I vissa fall blandades gruppernas perspektiv i texten, det var tydligt att perspektivet var patientens men inte hur stor del av patientgruppen som hade en viss uppfattning eller om det bara var några enstaka personer och sedan framförallt deltagare som var vårdgivare eller anhörigvårdare. Vi anser att detta är en kritik mot giltigheten i vår sammanställning då syftet är att undersöka patientens erfarenhet och upplevelse. I den flesta fall var det dock tydligt vilken grupp uppgifterna kom ifrån.

Artiklarna handlar om olika patientgrupper, från olika länder, inflyttade till olika länder eller urbefolkning som behöver och får olika typer av vård. Att forskningen som ligger till grund för vår uppsats är så spretig kan väcka frågan om de är jämförbara. Å andra sidan kan just det att studierna omfattar en mängd olika sammanhang stärka vårt resultat om det visar sig att det trots olikheterna ändå finns gemensamma nämnare kring kommunikation och språkförbistring.

Våra artiklar kommer från Australien, Sverige, USA, Holland och Storbritannien. Vi vet inte på vilket sätt det kan ha påverkat vårt syfte eller hur det kommer sig att all

forskning vi har hittat inom området kommer från dessa länder. Hur sjukvårdssystem och tolksystem skiljer sig åt i de länder som forskningen kommer ifrån har vi inte kunskap om. Eftersom vårt fokus är på patientens upplevelse tror vi ändå att vår studie säger något värdefullt om kommunikation i möten med vården vid språkförobistning. Som vi ser det stärker det vårt resultat att forskningen inte är avgränsad till ett specifikt geografiskt område. Vi har i resultatdiskussionen dragit slutsatser utifrån denna forskning och kopplat det till svenska lagar. Detta kan ses som en svaghet i vår uppsats men då vi speglar svenska förhållanden i bakgrunden. Då studierna handlar om upplevelser så tror vi ändå att det kan säga något viktigt om hur vården i Sverige borde utformas för att skapa god kommunikation mellan patienter och vårdgivare i möten i vården vid språkförobistningar.

De artiklarna vi använt är relativt nypublicerade, den äldsta är från 2004 men flertalet är publicerade år 2009 eller senare. Vi har inte hittat äldre artiklar och tolkar detta som att forskningsområdet är relativt nytt. Vi valde från början att endast studera kvalitativa artiklar men funderar på vilket sätt resultatet hade blivit annorlunda om vi även inkluderat kvantitativ forskning. En av våra artiklar bygger på enkät med öppna frågor och kvalitativ analysmetod. Intervjuerna och enkäten som forskningen vi analyserat bygger på har i de flesta fall skett på deltagarnas modersmål och översatts av auktoriserad tolk. I flera av artiklarna har ytterligare en tolk gått igenom översättningen för att minimera tolkens påverkan på resultatet. Det medför dock alltid en risk att material blir vinklat och förändras när det går genom en tredje person och det kan ha haft inverkan på vårt resultat. I de artiklar som inte använde auktoriserad tolk var forskaren själv flerspråkig och kunde intervjua på deltagarnas modersmål eller så ansåg sig en del av deltagarna ha tillräckligt med språkkunskaper för att göra intervjun på majoritetsspråket.

Det finns en risk att vår förståelse har påverkat vårt resultat, även om vi har arbetat aktivt med att göra oss medvetande om den. Att vi är två författare med skilda perspektiv har hjälpt oss i denna strävan. Ena författaren är verksam volontär på mottagning för papperslösa och har erfarenheter av bristande kommunikation inom vården då patienter har haft svårigheter att göra sig förstådd på svenska språket. Den andre författaren är själv flerspråkig och har vid ett flertal tillfällen fått agera tolk inom vården utan utbildning i tolkning.

Resultatdiskussion

Personcentrering och interkulturell kommunikation

I resultatet framkommer det att patienter upplever att de inte förstår vad som sker i vården och att de inte kan uttrycka tankar och frågor. Detta tolkar vi som att kommunikation enligt den dialogiska modellen inte uppstått då det inte skapats någon gemensam mening, något som är central också för interkulturell kommunikation (9). Patienter beskriver hur de fått information men inte förstått, vilket kan tyda på att samtalen har skett utifrån en sändar-mottagare modell och där fokus inte varit vad som blir utfallet av samtalet utan att information ska ges. Om det finns ett ömsesidigt mål att gemensam mening ska uppstå kan informationen inte

vara enkelspårig utan måste ske i en dialog där båda parter försöker förstå varandra. Utifrån patienters berättelser verkar det som att dessa försöker förstå. Då vi endast studerat patienters perspektiv på kommunikation så kan vi inte uttala oss om personalens ansatser. Personalens synsätt på kommunikationen, om de utgår ifrån sändar-mottagare modell eller dialogiska modellen, skulle kunna vara en viktig komponent för om patienter upplever att kommunikationen fungerar eller brister. I vårt resultat framkommer det att när personalen upplevdes auktoritär och pratade på en kunskapsnivå patienterna inte förstod påverkades kommunikationen negativt. Att kommunikationen utgår från empowerment-modellen som är mer antiauktoritär och personcentrerad än den biomedicinska kommunikationsmodellen (20) skulle därför kunna vara av värde.

För att skapa god kommunikation i möten mellan vårdpersonal och patienter i allmänhet och vid språkförbistringar i synnerhet behöver personalen samtala personcentrerat, försöka förstå patientens perspektiv och beakta att det finns många olika tolkningsmöjligheter (9). Detta är enligt Bäärnhielm (9) verktyg för att få till en fungerande interkulturell kommunikation. Rosenberg et al (35) har beskrivit läkares förmåga i interkulturell kommunikation och fått fram att läkare som tog sig tid att förstå och se kulturella skillnader kopplat till syn på hälsa och sjukdom, intresserade sig för patientens ursprungsland och livsstil och mötte olikheter med respekt fick möten där både patienter och de själva upplevde att de förstod varandra och såg likheter mellan varandra. Läkare som jobbade patientcentrerat men inte såg patientens kultur som något väsentligt för vårdandet beskrev inte att denna förståelse uppstod (35). Utbildning för vårdpersonal i interkulturell kommunikation har visat sig förbättra kommunikationen mellan vårdgivare och patienter som inte talar majoritetsspråket (9, 36). Även handledning och utrymme för etiska diskussioner för vårdpersonal underlättar för enskilda vårdgivare att skapa god interkulturell kommunikation (9).

I vårt resultat framkommer det att den bristande kommunikationen ger upphov till frustration, oro, rädsla. Att den bristande kommunikationen leder till detta lidande kan ses som ett starkt skäl till att kommunikationen mellan vårdgivare och dessa patienter behöver förbättras. Förbättrad kommunikation skulle även minska upplevelser av beroende, kontrollförlust och diskriminering. Vi tolkar vårt resultat som att patienter önskar att vårdgivare ska anstränga sig mer för att försöka förstå dem, ta sig tid att lyssna och förklara och visa att det är okej att ställa frågor. Forskning har visat att om personalen har ett positivt kroppsspråk med leende, visar att hen är tillgänglig att prata, har tålamod och visar intresse för patienten så känner patienten sig respekterad och gör att patienten känner sig mer bekväm att fråga frågor prata ut (37).

Kulturkompetens hos vårdpersonal ansågs av Murray et al (25) vara en gemensam faktor för de möten i vården där bra kommunikation uppstod. Kulturkompetens är ett omdiskuterat begrepp, som bland annat kritiserats för att utgå ifrån att kultur kan brytas ner till en teknisk färdighet som man kan lära sig och bli expert på (38). Kleinman och Benson (38) understryker vikten av att se kultur som dynamiskt och föränderligt. Kulturkompetens handlar i den meningen om vårdarens förmåga att

förhålla sig öppen till alternativa tolkningar av världen, att inte ensidigt fokusera på kultur då även social klass, genus, ålder och andra faktorer spelar in i patienters förhållningssätt, liksom vårdarens medvetenhet om egna kulturella antaganden (38).

Delaktighet

I resultatet beskrivs det att patienter tagit mediciner och gett samtycken utan att förstå vad de stoppar i sig eller uppmanas säga ja till. När kommunikationen brister på detta sätt så kan inte patienterna vara delaktiga eller utöva egenmakt eftersom en förutsättning för detta är kunskap om sin sjukdom och behandling (18). När kommunikationen inte fungerar och patienten inte får förutsättningar för delaktighet strider det mot hälso- och sjukvårdslagens paragraf om delaktighet (2 §2). Den bristande kommunikationen är därigenom en fara för patientsäkerheten (11). Den upplevelsen av vård och kommunikation som patienter beskriver kan sättas i kontrast till lagarna att *"patienten ska ges individuellt anpassad information"* och *"bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet"* (2 §2). Patienter i våra artiklar har blivit skickade till sjukhus för att opereras utan vetskap att operation ska ske, opererades utan att veta hur operationen gick till och lämnade vårdmöten utan att ha förstått vad det handlade om. Dessa patientberättelser tyder på att patienterna fått lite eller ingen förståelig information, då de inte vet vad de blir vårdade för och varför, detta tycker vi kan beskrivas som att patienter blivit uteslutna från sin egen vård.

Teorin om KASAM handlar om vikten av meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet för att personer ska kunna bemöta påfrestande händelser i livet och känna livskvalité. Genom att ha en ärlig och öppen kommunikation samt dela kunskap och tydlig information kan vårdsituationer bli mer begripliga. Om patienten får vara delaktig i sin vård kan hanterbarheten öka och om vårdpersonal har en positiv attityd gentemot patienter och anhöriga kan känslan av meningsfullhet öka. Patienterna i vårt resultat har inte upplevt en ärlig och öppen kommunikation och de har inte fått tydlig information vilket har försvårat deras möjlighet till delaktighet. Vi tänker oss att den bristande kommunikationen har varit ett hinder för att uppnå begriplighet, hanterbarhet, meningsfullhet och utifrån det känsla av sammanhang (21). Enligt Langius-Eklöf (21) är det viktigt att omvårdnaden sker på ett sätt så att det i varje situation kan skapas känsla av sammanhang utifrån de tre ovannämnda komponenterna. Vi har kopplat teorin om KASAM och Langius-Eklöfs (21) resonemang till det Bäärnhielm (9) skrivit om interkulturell kommunikation samt det Snellman (17) skriver om vårdrelationen. Bäärnhielm (9) talar om att den hjälpsökande patienten vanligtvis är i en mer utsatt och ensam situation än vårdpersonalen som är en del av vårdorganisation och medicinskt system och Snellman (17) skriver att vårdrelationen är asymmetrisk. Utifrån detta resonerar vi att det är viktigt att vårdgivare ger förutsättningar för begriplighet och hanterbarhet som kan bidra till höjt KASAM i situationen, inte minst mot bakgrund av asymmetrin i vårdrelationen och att den hjälpsökande patienten vanligtvis är i en mer utsatt och ensam situation än vårdpersonalen som är en del av en vårdorganisation och ett medicinskt system.

Tolk och patientsäkerhet

Flera av författarna i de valda artiklarna diskuterar att tolk borde användas i större utsträckning och att det begränsade anlitaandet av tolk är ett hot mot patientsäkerheten (23, 26, 29, 31, 32, 34). Enligt patientsäkerhetslagen är vi som hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och vårdgivaren ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som skulle kunna ha medfört eller har medfört vårdskada (39 §4). Socialstyrelsen drar slutsatser om att bristande kommunikation är ett hot mot patientsäkerheten och att det leder till vårdskador (11). Utifrån detta kan det resoneras att kommunikation mellan vårdgivare och patient, när språkförbistringar föreligger men inte blir överkomna, är en händelse som medför risk för vårdskada.

Detta leder till en följdfråga; borde samtal som förs mellan vårdgivare och patient utan tolk rapporteras som en avvikelserapport? I vilken utsträckning sådana avvikelserapporter skrivs idag har vi inga uppgifter om men utifrån våra erfarenheter från praktik och arbete har inte detta gjorts. Kanske skulle avvikelserapportering för risk för vårdskada till följd av bristande kommunikation vid språkförbistringar öka fokus kring detta problemområde och leda till ökat samarbetet med tolk och förbättrad kommunikation mellan vårdgivare och patient i vårdmöten med språkförbistringar. Det är tveksamt om det är praktiskt möjligt eller av patienten önskvärt att ständigt ha en tolk närvarande vid sjukvård men utifrån vad som framgån i vårt resultat, upplever många patienter att vårdgivarna inte tagit språkförbistringar på allvar. Detta har lett till att patienten inte förstått vilken vård denne ska få eller kunnat förklara sitt problem. Detta ser vi som mycket allvarligt. Det är dessutom ett brott mot hälso- och sjukvårdslagen (2 §2) och patientsäkerhetslagen (39 §4). Det kan även diskuteras om det strider mot förvaltningslagen (16 §8), att myndigheter vid behov ska anlita tolk vid kontakt med personer som inte behärskar svenska språket, att tolk inte anlitas trots att det enligt patienter finns ett behov.

Tolken i vården

Att tolk finns närvarande eller att vårdgivare och patient pratar samma språk leder inte automatiskt till att vårdgivare och patient förstår varandra, utifrån vad som framkommer i vårt men även Hadziabdics et al (14) resultat. Hadziabdics med kollegor (14) har i sin forskning funnit faktorer som gör att patienten upplever en bra tolksituation. Dessa är att samtalet bör ske i ett avskilt rum, tolken bör ha neutrala kläder, upplevas respektfull, professionell och säkerställa att ingenting stör samtalet. I deras forskning har det även framkommit det är viktigt för patienten att tolk och patient förstår varandra, att tolken har utbildning inom medicinsk terminologi samt att patientens tillit till tolken blir högre om denne tar efter patients språkbruk och talar samma dialekt (14).

En fysiskt närvarande tolk föredrogs av patienter då det gjorde det möjligt att avläsa kroppsspråk, i vissa fysiska undersökningar kunde dock telefontolk vara önskat då det upplevdes mer anonymt. Att tolken var av samma kön som patienten kunde kännas positivt om det handlade om intima fysiska undersökningar. Ifall patienten

upplevde att tolken hade en öppen attityd kunde patienten känna sig mer bekväm att prata öppet. (14) I en studie (40) som fokuserat på tolkens upplevelser och tankar kring tolkning i möten i vården framkommer det att tolkar har identifierat olika förväntningar och förförståelse hos läkare och patient och tror att det kan ha lett till missförstånd. Tolkarna uppfattade det som att medvetenheten hos läkare var bristfällig kring deras egna och patientens olikheter i form av social- och kulturell bakgrund, erfarenheter och utbildning samt vilka effekter dessa skilda infallsvinklar kunde ha på kommunikationen. Tolkarna resonerade att den bristande insikten om dessa olika perspektiv kunde vara själva roten till den bristande kommunikationen. (40)

Att förbättra kommunikation genom tolk

I resultatet framkom det att ett flertal patienter hade erfarenhet av tolk inte fanns närvarande med i möten med vården trots att det fanns behov av tolkning. Carlsson (6) skriver att språkförbistringar ofta är ett hinder för att förstå varandra. Fatahi et al (3) uttrycker att kommunikationen mellan vårdpersonal och patient som inte pratar samma språk är problematisk, ibland omöjlig, och att kvalificerad tolk måste anlitas vid vårdmöten med språkförbistringar. Detta för att det ska bli möjligt att nå dit hälso- och sjukvårdslagen syftar med att vård och behandling ges med patientens samtycke och på lika villkor för hela befolkningen. Med bakgrund mot detta resonerar vi att tolk inom vården borde anlitas mer frekvent men också att vårdpersonal borde ha kunskap och utbildning i att samtala genom tolk. Att tillgången av tolk bör förbättras och kvalitén av tolkarna säkerställas diskuterar även av flera av författarna till artiklarna vi granskat (23, 26, 29, 31). Utbildning för sjukvårdspersonal i tvärkulturell kommunikation genom tolk är en insats som också Fatahi (3) föreslår eftersom det kan underlätta tolkens arbete och leda till bättre samarbete mellan tolk och sjukvårdspersonal. De anser även att tolkarna borde accepteras som en del av sjukvårdsteamet vilket de menar skulle vara en del i att förbättra samarbetet mellan professionerna (3). Binder et al (32) framhåller i sin diskussion att vårdgivare hade en övertro till tolkarnas förmåga att vara neutrala översättare med kunskap i medicinska termer på båda språken, vilket kan understödja behov av mer förståelse för tolkens profession.

Det är inte givet att patienten kommer kunna göra sig förstådd och förstå bara för att en tolk närvarar utan det finns flera faktorer som spelar in (3, 14). I vårt resultat framkom det att en patient upplevt att tolken bidragit till missförstånd och andra kände bristande tillit till tolken eftersom denne kändes oerfaren. Utifrån detta resonerar vi att tolkar borde få mer utbildning inom medicinsk terminologi för att höja kompetensen, något som även Fatahi (3) anser behövs för att säkra kvalitén i dessa samtal. Eftersom samtal genom tolk innebär att allt måste sägas två gånger behöver dessa vårdmöten ges längre tid än möten utan språkförbistring. Tidsbrist i sig leder lätt till stress för både tolk och vårdgivare vilket leder till försämrad kommunikation (3). Vårt resultat visar på att patienter upplever att tidsbrist påverkar kommunikationen negativt. Snellman (17) skriver att det som gör att vårdrelationen upplevs bra är faktorer såsom att vårdgivaren visar att hen har tid, är villig och har möjlighet att prata med patienten och är avslappnad. Lawton et al (23) och Wiking et

al (34) kommer i sina studier fram till att vårdmöten som innehåller språkföbistringar behöver få längre tid för att patienter ska uppleva att det är okej att genom tolken svara på vårdgivarens frågor på ett tillfredställande sätt och ställa egna frågor.

Rekommendationer för vården

Genom arbetet med denna uppsats framgår det att tolkar måste få mer utbildning inom medicinsk terminologi och att vårdpersonal behöver mer kunskap om och utbildning i att jobba med tolk. Utifrån ovanstående resonemang rekommenderar vi att sjukvården som organisation behöver ge utrymme för vårdpersonal att ge mer tid till möten i vården med språkföbistringar.Handledning och utrymme för diskussion mellan vårdpersonal skulle kunna bidra till förbättrad kommunikation. Samtal om kommunikationen bör ske mellan tolk och vårdpersonal och vårdpersonal skulle också, genom tolk, kunna fråga patienter om hur dem upplevt samtal och kommunikation. Ytterligare en åtgärd som skulle kunna leda till att patienterna upplever bättre kommunikation i vården är att det finns skriftligt informationsmaterial om både rättigheter och om specifika sjukdomar och behandlingar på olika minoritetsspråk och att detta material finns tillgängligt och delas ut av vårdgivare.

Ett närmare samarbete mellan sjukvård och tolkförmedlare skulle kunna bidra till att övervinna organisatoriska hinder som försvårar kontakten mellan vårdpersonal och tolkar. Ett förbättrat samarbete skulle kunna leda till ökat anlitanande av tolk och bidra till ökad kontinuitet, att vårdgivare och tolkar träffas flera gånger, vilket även skulle kunna ge ett bättre samarbete mellan de yrkesverksamma. Om kontinuiteten ökar skulle det också kunna leda till att patienter med regelbundna vårdbesök får möta samma tolk och vårdgivare vid besöken vilket kan vara trygghetsgivande.

Ett sätt att få ett närmare samarbete och ökad kontinuitet kan vara att sjukhus eller regioner anställer egna tolkar som jobbar inom hälso- och sjukvård, något som Fatahi föreslagit (3). Detta skulle kunna vara ett led i att öka tolkars specifika kompetens inom medicin och öka tillgängligheten av tolkar. Vi ser ett behov av forskning på olika organisatoriska modeller för att öka tillgänglighet och kompetensen av tolkar i vården, för att i vårdens vardag kunna övervinna språkföbistringar. Ett förslag vi vill framhålla är Hudelson (40) slutsats att vårdgivare borde ta sig tid att samtala med närvarande tolk efter avslutat vårdmöte för att få tolkens perspektiv på kommunikationen och därigenom ta hjälp av dennes kunskap och erfarenheter för att utveckla sina kommunikationsstrategier.

Slutsats

Våra slutsatser kring patientens erfarenheter och upplevelser av kommunikation i möten med vårdpersonal när det föreligger språkförbistringar är att patienter ofta upplever att kommunikationen brister, att de blir förbisedda och inte förstår vad som sker i vårdmötet. Vi anser att det är av stor vikt att förbättra kommunikationen för att säkerställa patientsäkerhet, möjliggöra delaktighet och bedriva en vård som bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet vilket vi som vårdpersonal enligt lag är skyldiga att göra. För att förbättra kommunikationen behöver vårdpersonal ha möjlighet att avsätta extra tid för dessa vårdmöten och det behövs ökad tillgänglighet, kvalité och anlitande av tolkar. Kommunikationen mellan vårdpersonal och patient skulle även förbättras av att vårdpersonal fick utbildning i att arbeta med tolk, personcentrerat samt delade den dialogiska modellens synsätt på kommunikation.

Referenser

1. SCB (Statistiska Centralbyrån). Statistikdatabasen, Sveriges befolkning 31 december 2013 [Hämtad 2013 20 dec] <http://www.scb.se>.
2. Hälso- Sjukvårdslagen. SFS 1982:763. Stockholm: Socialdepartementet.
3. Fatahi N. Viktigt att stärka tolkens status i sjukvårdsteamet : etik och läkarroll. Läkartidningen. 2012(22):1096.
4. Baggens C, Sandén I. Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I: Friberg F, Öhlén J, Edberg A-K, Castoriano M (red.) Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt. Lund: Studentlitteratur; 2009.
5. Fossum B. Kommunikation och bemötande. I: Fossum B (red.) Kommunikation : samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur; 2013.
6. Carlsson E. Kommunikation. I: Edberg A-K, Wijk H, Castoriano M (red.) Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa. Lund: Studentlitteratur; 2009.
7. Språkförbistring. Nationalencyklopedin [Hämtad 2013 20 dec]. <http://www.ne.se/>.
8. Fossum B. Framgångsrika kommunikationsmodeller. I: Fossum B (red.) Kommunikation : samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur; 2013.
9. Bäärnhielm S. Möten i den mångkulturella vården. I: Fossum B (red.) Kommunikation samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur; 2013.
10. Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor. Stockholm: Socialstyrelsen, [Hämtad 2014 14 jan]. <http://www.socialstyrelsen.se>.
11. Informationsöverföring och kommunikation. Stockholm: Socialstyrelsen, [Hämtad 2013 20 dec]. <http://www.socialstyrelsen.se>.
12. Entrena E. Att kommunicera med hjälp av tolk. I: Fossum B (red.) Kommunikation : samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur; 2013.
13. God tolksed: vägledning för auktoriserade tolkar. Stockholm: Fritze; 1996.
14. Hadziabdic E, Heikkilä K, Albin B, Hjelm K. Migrants' perceptions of using interpreters in health care: Original Article. International Nursing Review. 2009;56(4):461-9.
15. Hadziabdic E, Heikkilä K, Albin B, Hjelm K. Problems and consequences in the use of professional interpreters: Qualitative analysis of incidents from primary healthcare. Nursing Inquiry. 2011;18(3):253-61.
16. Förvaltningslag. SFS 1986:223. Stockholm: Justitiedepartementet.
17. Snellman I. Vårdrelationer - en filosofisk belysning. I: Friberg F, Öhlén J, Edberg A-K, Castoriano M (red.) Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt. Lund: Studentlitteratur; 2009.
18. Eldh AC. Delaktighet och gemenskap. I: Edberg A-K, Wijk H, Castoriano M (red.) Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa. Lund: Studentlitteratur; 2009.
19. Björk Brämberg E. Att vara invandrare och patient i Sverige : ett individorienterat perspektiv. Växjö: Växjö University Press; 2008.
20. Fossum B. Kommunikationmodeller som kan förbättra samtal. I: Fossum B (red.) Kommunikation : samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur; 2013.
21. Langius-Eklöf A. Känsla av sammanhang. I: Edberg A-K, Wijk H, Castoriano M (red.) Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa. Lund: Studentlitteratur; 2009.

22. Friberg F. Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006.
23. Lawton J, Ahmad N, Hanna L, Douglas M, Hallowell N. Diabetes service provision: A qualitative study of the experiences and views of Pakistani and Indian patients with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2006;23(9):1003-7.
24. Lowell A, Maypilama E, Yikaniwuy S, Rrapa E, Williams R, Dunn S. "Hiding the story": Indigenous consumer concerns about communication related to chronic disease in one remote region of Australia. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2012;14(3):200-8.
25. Murray L, Windsor C, Parker E, Tewfik O. The Experiences of African Women Giving Birth in Brisbane, Australia. *Health Care for Women International*. 2010;31(5):458-72.
26. Nguyen GT, Barg FK, Armstrong K, Holmes JH, Hornik RC. Cancer and communication in the health care setting: Experiences of older Vietnamese immigrants, a qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*. 2008;23(1):45-50.
27. Komaric N, Bedford S, Van Driel ML. Two sides of the coin: Patient and provider perceptions of health care delivery to patients from culturally and linguistically diverse backgrounds. *BMC Health Services Research*. 2012;12(1).
28. Kwok C, White K. Cultural and linguistic isolation: The breast cancer experience of Chinese-Australian women: A qualitative study. *Contemporary Nurse*. 2011;39(1):85-94.
29. Jowsey T, Gillespie J, Aspin C. Effective communication is crucial to self-management: The experiences of immigrants to Australia living with diabetes. *Chronic Illness*. 2011;7(1):6-19.
30. Garrett PW, Dickson HG, Young L, Whelan AK. "The Happy Migrant Effect": Perceptions of negative experiences of healthcare by patients with little or no English: a qualitative study across seven language groups. *Quality and Safety in Health Care*. 2008;17(2):101-3.
31. Gerrish K, Chau R, Sobowale A, Birks E. Bridging the language barrier: The use of interpreters in primary care nursing. *Health and Social Care in the Community*. 2004;12(5):407-13.
32. Binder P, Borné Y, Johnsdotter S, Essén B. Shared language is essential: Communication in a multiethnic obstetric care setting. *Journal of Health Communication*. 2012;17(10):1171-86.
33. Suurmond J, Uiters E, De Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot ML. Negative health care experiences of immigrant patients: A qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2011;11.
34. Wiking E, Saleh-Stattin N, Johansson SE, Sundquist J. Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: A study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009;23(2):290-7.
35. Rosenberg E, Richard C, Lussier MT, Abdool SN. Intercultural communication competence in family medicine: lessons from the field. *Patient Educ Couns*. 2006;61(2):236-45.
36. Grant J, Luxford Y. 'Culture it's a big term isn't it'? An analysis of child and family health nurses' understandings of culture and intercultural communication. *Health Sociology Review*. 2011;20(1):16-27.
37. Carroll J, Epstein R, Fiscella K, Gipson T, Volpe E, Jean-Pierre P. Caring for Somali women: Implications for clinician-patient communication. *Patient Education and Counseling*. 2007;66(3):337-45.

38. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*. 2006;3(10):1673-6.
39. Patientsäkerhetslagen. SFS 2010:659. Stockholm: Socialdepartementet.
40. Hudelson P. Improving patient-provider communication: Insights from interpreters. *Family Practice*. 2005;22(3):311-6.

Bilaga 1 Litteratursökning

Datum	Databaser	Sökord	Avgränsningar	Träffar	Valda artiklar
13.oct.2013	Cinahl	cross-cultural communication*	P-Reviewed; R-Article; Abstract	50	1
25.oct.2013	Pubmed	communication* AND immigrant* AND patient perspective	English Humans	19	1
25.oct.2013	Pubmed	Patient Satisfaction AND multilinguali*	Abstract Humans	22	1
25.oct.2013	Scopus	Cross-cultural* AND Professional-Patient Relations AND Communication Barriers* AND Patient Satisfaction	-	5	1
05.nov.2013	Scopus	linguistic barrier AND professional-patient relation	-	24	1
05.nov.2013	Scopus	"patient experience" AND multilingual*	-	2	1
05.nov.2013	Scopus	Communication barrier* AND patient experience* AND nurse-patient relation*	-	106	0
05.nov.2013	Scopus	Communication barrier* AND patient experience* AND Health care AND Immigrant*AND qualitative	English	48	3
05.nov.2013	Scopus	Linguistic barrier Professional-patient relation	-	24	1

05.nov.2013	Scopus	Communication barrier* AND patient experience* AND nurse- patient relation* AND language*	English R-Artikel Economics	22	1
11.nov.2013	Cinahl	“Interpreter services” AND Language barriers	P-Reviewed; R- Article; Abstract English Qualitative	13	1

Bilaga 2 Artikelgranskning

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Suurmond et al. (2011) Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. Holland.	Att ta reda på negativa händelser som invandrade patienter upplever inom sjukhusvården.	Semi-strukturerade individuella- och gruppintervjuer genomfördes med respondenterna om negativa upplevelser av vården. Totalt 22 respondenter som representerar 7 icke nederländska etniskt ursprung intervjuades.	Patienter upplevde negativa händelser i samband med: 1) Bristfällig informationsutbyte med vårdpersonal; 2) olika förväntningar mellan patienter och vårdpersonal om medicinska förfarande; 3) upplevt fördomsfullt beteende hos vårdpersonal.	Hög.
Nguyen et al. (2007) Cancer and communication in the health care setting: Experiences of older Vietnamese immigrants, a qualitative study. USA.	Få ökad kunskap om cancerrelaterad kommunikation utifrån ett patientperspektiv, upplevelser från äldre vietnamesiska invandrare.	Kvalitativ studie med individuella intervjuer med 20 vietnamesiska invandrare i åldern 50-70 år.	Tre kategorier av teman som framkom var: (1) attityder kring att genomgå screening från vårdpersonal; (2) frågor/problem i att kommunicera med läkare om cancer; (3) språkbarriär/översättningssvårigheter.	Hög.
Lawton et al. (2006) Diabetes service provision: a qualitative study of the experiences and views of Pakistani and Indian patients with type 2 diabetes. Storbritannien.	Att utforska pakistanska och indiska patienters upplevelser av och åsikter om diabetesvård, i syfte att utveckla kulturell anpassad vård.	Kvalitativ intervju studie med 23 pakistanska och nio indiska patienter med typ 2-diabetes.	Patienter var tacksamma för tillgången till gratis diabetesvård i Storbritannien, de var vana vid att behöva betala för vård i ursprungsland. Vård för snabb upptäckt av sjukdom och behandling av komplikationer upplevdes viktigare än att tillhandahålla råd om att hantera deras tillstånd. Det ogillades att förlita sig på tolkar och såg ett behov av tvåspråkig personal.	Medel.
Jowsey et al. (2010) Effective communication is crucial to self-management: the experiences of immigrants to Australia living with diabetes. Australien.	Utforska erfarenheterna hos invandrare i Australien med typ II-diabetes mellitus (DM). Hur är sina erfarenheter av att leva med DM som invandrare jämfört med personer med DM som är födda i Australien? Hur påverkar hälso- och sjukvårdens riktlinjer livet för invandrare	Semi-strukturerade intervjuer genomfördes med 32 deltagare. 25 som hade DM och 7 som var anhörigvårdare för någon med DM. 15 av dessa hade invandrat till Australien och hade inte engelska som modersmål. Deltagarna ombads att beskriva sina erfarenheter av att hantera DM.	Invandrare fick konfrontera språkliga och kulturella barriärer vilket skapade problem som inte upplevdes av personer födda i landet. Äldre människor som var födda utomlands hindrades av detta till ett effektivt engagemang i vården vilket försvagade deras förmåga att vara aktiv i deras behandling.	Hög.

	med DM?			
Garrett et al. (2008) "The Happy Migrant Effect": perceptions of negative experiences of healthcare by patients with little or no English: a qualitative study across seven language groups. Australien.	Att ta reda på patienters, som kunde lite eller ingen engelska, upplevelser av sjukvård.	Fokusgrupper med 49 patienter på sju olika språk om erfarenheter av sjukvård. Analyserades med hjälp av Grounded theory.	Patienter beskrev bristande kontroll, maktlöshet, oförmåga att kommunicera på engelska, låg patient- och anhörigdelaktighet inkompetent personal och förseningar av behandling.	Medel.
Lowell et al. (2012) "Hiding the story": Indigenous consumer concerns about communication related to chronic disease in one remote region of Australia. Australien.	Förklara ursprungsbefolkningens utbildning och sätt att kommunicera kroniska sjukdomar.	Semistrukturerade intervjuer, individuella och i grupp, genomfördes med personer i Yolngu samhället, både vårdpersonal och invånare.	Allvarliga begränsningar i kommunikation och utbildning leder till omfattande negativa konsekvenser för individer, deras familjer och deras vård.	Hög.
Komaric et al. (2012) Two sides of the coin: patient and provider perceptions of health care delivery to patients from culturally and linguistically diverse backgrounds. Australien.	Undersöka erfarenheter, attityder och åsikter hos invandrare med olika kulturell och språklig bakgrund och samt deras vårdgivare när det gäller sjukvård vid kroniska sjukdomar.	50 deltagare i fem fokusgrupper med olika språk. 14 telefonintervjuer med vårdgivare.	Deltagarna var i allmänhet positiva till kvaliteten på och tillgången till hälso- och sjukvård, men kostnaderna för vård och väntetider för att få behandling presenterade betydande hinder. De uttryckte ett behov av större tillgång till tolkar och kulturellt anpassad kommunikation och utbildning. De upplevde rasism och diskriminering.	Hög.
Cannas Kwok and Kathryn White. (2011) Cultural and linguistic isolation: The breast cancer experience of Chinese-Australian women: A qualitative	Undersöka Kinesisk-Australiska kvinnors uppfattningar om betydelsen och upplevelsen av en bröstcancerdiagnos och behandling.	Tre fokusgrupper med sammanlagt 23 Kinesisk-Australiska kvinnor med bröstcancer, genomfördes på deras modersmål (kantonesiska eller mandarin). Därefter skedde transkription och översättning. Data analyserades med innehållsanalys.	Kulturella värderingar, övertygelser och språkbarriärer spelade en betydande roll i kvinnornas erfarenheter av bröstcancer och deras svar på diagnosen. Kvinnorna hade erfarenhet av att känna sig isolerad och plågad, faktorer som förvärrades av bristen på kulturellt anpassad vård och information.	Hög.

study. Australien.				
Gerrish et al. (2004) Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. Storbritannien.	Att undersöka användningen av tolktjänster av distriktssköterskor från sköterskornas-, tolkarnas- och den etniska minoritetens perspektiv.	Kvalitativ design. Fokusgruppsintervjuer. Fem grupper med distriktssköterskor, Specialistsjuksköterskor och sjuksköterskor, barnmorskor. Tre grupper med tolkar från olika tolkförmedlingar. Fem grupper med deltagare från grupper med de största olika språktillhörigheterna i det lokala området.	Användandet av tolktjänster varierade mycket. Sjuksköterskor som fått utbildning i tolkanvändning och kunde kontrollera besökstiderna i större utsträckning använde sig oftare av tolk. Då tolktjänsterna upplevdes otillräckliga förlitade sig sjuksköterskorna på närstående tolkar snarare än att kämpa för behovet att utöka tolktillgängligheten.	Hög.
Murray et al. (2010) The Experiences of African Women Giving Birth in Brisbane, Australia. Australien.	Syfte var att beskriva personliga förlösningserfarenheter av Afrikanska flyktingkvinnor i Brisbane och att utforska gemensamma teman som därigenom framkom.	Semistrukturerade intervjuer med 10 Afrikanska flyktingar som hade fött barn i Brisbane.	Deras erfarenheter överskuggades av språkbarriärer, flyktingerfarenhet, kvinnlig könsstympning (FGM) samt möten med hälso- och sjukvården med begränsad kulturell kompetens.	Medel.
Binder et al. (2012) Shared language is essential: Communication in a multiethnic obstetric care setting. Sverige.	Att ta reda på vad invandrade kvinnor upplever känslig vård genom att fokusera på kommunikation och föreställningar.	Djupintervjuer med invandrarkvinnor från Somalia och Ghana och med vita Brittiska kvinnor, samt med vårdgivare som tillhörde olika etniska grupper.	Kvinnor och vårdpersonal i alla grupper hade upplevt svårigheter med kommunikation. Kvinnorna fann professionalism och kompetens viktigare än att träffa vårdpersonal från den egna etniska gruppen. Somaliska kvinnor upplevde missförstånd på grund av språkbarriärer.	Hög.

<p>Wiking et al. (2008) Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden. Sverige.</p>	<p>Att undersöka patientens upplevelser och reflektioner kring primärvård i Stockholm.</p>	<p>Enkätstudie, speciellt utvecklat för denna studie, översatt och kulturellt anpassad till respondenternas modersmål av auktoriserade tolkar, distribuerades till 78 invandrade patienter. 52 patienter svarade.</p>	<p>Flertalet av svar i enkäten handlade om kommunikationsproblem på grund av språkliga och kulturella skillnader mellan läkare och patienten samt läkares förmåga att lyssna.</p>	<p>Medel.</p>
---	--	---	---	---------------