



**Linnéuniversitetet**

Kalmar Växjö

Examensarbete

# Ambulanspersonalens uppfattningar av språkbarriär

*en kvalitativ intervjustudie*



*Författare:* Helena Lisborg & Benjamin Palm  
*Handledare:* Andreas Rantala & Anders Bremer  
*Examinator:* Mikael Rask  
*Termin:* VT19  
*Ämne:* Vårdvetenskap  
*Nivå:* Avancerad  
*Kurskod:* 4VÅ30E



## Abstrakt

**Bakgrund:** Ambulanssjukvård är ett område som blir allt mer avancerat. Prehospital akutsjukvård karakteriseras av snabb bedömning, beslutsfattande och utvärdering i både säkra och osäkra miljöer. Ett korrekt omhändertagande av patienten förutsätter en fungerande kommunikation. Risken ökar annars för missförstånd, minskad patientsäkerhet, vårdskador och ökat lidande. Språkbarriär är ett mer studerat fenomen inom intrahospital vård men forskningen kring fenomenet inom ambulanssjukvården är ytterst sparsmakad.

**Syfte:** Syftet var att utforska ambulanspersonalens uppfattningar av språkbarriär i mötet med patienten.

**Metod:** Studien har genomförts med en kvalitativ, induktiv ansats. Data inhämtades genom semistrukturerade intervjuer med 18 deltagare med olika professionell bakgrund, erfarenheter, kön och åldrar. Fenomenografisk metod användes i analys av de transkriberade intervjuerna.

**Resultat:** De variationer av uppfattningar som författarna identifierat fördelades i fyra beskrivningskategorier. *Ett positivt synsätt, Inverkan på patientmötet, Strategier för att överbrygga språkliga hinder och En del av ett komplext förhållande.*

**Slutsatser:** Studien belyser att ett samband mellan språkbarriär och försämrad vård finns. Bristfällig kommunikation innebär att patienten riskerar att inte få lika vård på lika villkor. Ambulanspersonal agerar pragmatiskt och lösningsorienterat, i tidskritiska situationer, för att tillvarata patientens intressen och leverera säker vård. Tillgängliga hjälpmedel uppfattas vara otillfredsställande och behöver ses över.

## Nyckelord

Språkbarriär, Ambulanssjukvård, Uppfattningar, Fenomenografi, Kommunikation, Omvårdnad, Prehospital akutsjukvård

## Tack

Författarna vill framföra ett stort tack till studiens deltagare, Linnéuniversitetet, Andreas Rantala och Anders Bremer som agerat handledare samt ambulansverksamheterna i Skåne.



## Abstract

**Background:** Ambulance care is a field which is becoming more and more advanced. Prehospital emergency care is characterized by quick assessments, decision making and evaluation in safe as well as unsafe environments. Correct management of the patient demands a functioning communication. Otherwise there is an increased risk of misunderstandings, diminished patient safety, adverse events and increased suffering. Language barriers have been studied extensively within intra-hospital care but research regarding the phenomenon in the ambulance care setting is utterly sparse.

**Aim:** The aim of this study was to explore the ambulance personnel's perceptions of language barrier in the encounter with the patient.

**Methods:** The study was conducted using a qualitative, inductive approach. Data was collected through semi structured interviews with 18 participants from different professions, of varying experience, sex and age. Phenomenographic method was used when analysing the transcribed interviews.

**Results:** The variations of perceptions that the authors have identified were distributed in four categories of description: *A positive outlook*, *Effects on the encounter*, *Strategies to overcome language barriers* and *Part of a complex relationship*.

**Conclusions:** This study highlights the presence of a relationship between language barrier and insufficient care. When communication is unsatisfactory the patient runs the risk of not receiving equal care on equal terms. Ambulance personnel's actions are pragmatic and solution oriented in time critical situations in order to secure the patient's interests and deliver safe care. Available tools are perceived as inadequate and need to be re-evaluated.

## Keywords

Language barrier, Ambulance care, Perceptions, Phenomenography, Communication, Care, Prehospital Emergency Care

## Thank you

The authors would like to express a big thank you to the participants of this study, Linnaeus University, Andreas Rantala and Anders Bremer for their supervision and the Emergency Medical Service providers of Scania.



## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
2.1	<i>Ambulanssjukvårdens utveckling</i> .....	1
2.2	<i>Prehospitalt vårdmöte</i> .....	2
2.3	<i>Verbal och icke-verbal kommunikation</i> .....	2
2.4	<i>Språkbarriär i vården</i> .....	3
2.5	<i>Språkbarriär i ambulanssjukvården</i> .....	4
<b>3</b>	<b>Teoretisk referensram</b> .....	<b>5</b>
3.1	<i>Livsvärld</i> .....	5
3.2	<i>Vårdande samtal</i> .....	6
3.3	<i>Delaktighet</i> .....	6
<b>4</b>	<b>Problemformulering</b> .....	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>Syfte</b> .....	<b>7</b>
<b>6</b>	<b>Metod</b> .....	<b>8</b>
6.1	<i>Urval</i> .....	8
6.2	<i>Datainsamling</i> .....	8
6.3	<i>Analys</i> .....	9
6.4	<i>Forskningsetiska överväganden</i> .....	10
<b>7</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>11</b>
7.1	<i>Ett positivt synsätt</i> .....	13
7.2	<i>Inverkan på patientmötet</i> .....	13
7.3	<i>Strategier för att överbrygga språkliga hinder</i> .....	15
7.4	<i>En del av ett komplext förhållande</i> .....	17
<b>8</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>17</b>
8.1	<i>Metoddiskussion</i> .....	17
8.1.1	<i>Tillförlitlighet</i> .....	17
8.1.2	<i>Pålitlighet</i> .....	19
8.1.3	<i>Verifierbarhet</i> .....	19
8.1.4	<i>Överförbarhet</i> .....	20
8.2	<i>Resultatdiskussion</i> .....	20
8.2.1	<i>Ett positivt synsätt</i> .....	20
8.2.2	<i>Inverkan på patientmötet</i> .....	20
8.2.3	<i>Strategier för att överbrygga språkliga hinder</i> .....	23
8.2.4	<i>En del av ett komplext förhållande</i> .....	24
<b>9</b>	<b>Slutsatser</b> .....	<b>25</b>
<b>10</b>	<b>Referenser</b> .....	<b>26</b>
<b>Bilaga 1</b>	<b>Intervjuguide</b>	
<b>Bilaga 2</b>	<b>Etisk egengranskning</b>	
<b>Bilaga 3</b>	<b>Informationsbrev</b>	



## 1 Inledning

Vårdande samtal med patienten är en central del i vårdmötet och förutsätter ett gemensamt språk. Samtalet stärker och stödjer patienten till hälsa och välbefinnande och kan ge ambulanspersonal ökad förståelse för patientens livsvärld (Dahlberg & Segesten, 2010). Språkbarriär inom den prehospitäl akutsjukvården kan påverka både patienten och personalen. Ambulanspersonalen är beroende av korrekt och effektiv kommunikation med patienten och vid brister kan viktig information om patienten gå förlorad och fördröja vårdförloppet (Tate, 2015). Vården kan påverkas negativt för patienten med bristande tillit för sjukvården och hotad patientsäkerhet som följd (John-Baptiste et al., 2004).

Att vårda patienter med begränsad behärskning av språket kan vara en utmaning, särskilt inom prehospitäl akutsjukvård där tolkhjälp kan vara ineffektivt och tidsödande (Tate, 2015). Författarna önskar undersöka ambulanspersonalens erfarenheter av språkbarriär i sitt yrkesutövande samt strategier för att överbygga den.

## 2 Bakgrund

### 2.1 Ambulanssjukvårdens utveckling

Historiskt sett är ambulanssjukvård ett förhållandevis ungt begrepp. Ordet *ambulans* tycks ha sin uppkomst redan under 1800-talet men avsåg då ett slags ambulerande förbandsplats på Napoleons slagfält. Först år 1910 etablerades den första motoriserade ambulansverksamheten i Sverige. Akutmedicinska framsteg som hjärt- och lungräddning, prehospitäl diagnostik, läkemedelsadministration och liknande har föranlett en drastisk utveckling mot ett allt mer avancerat omhändertagande, vilket har ställt allt högre krav på utbildning och kompetens. Från år 2005 och framåt har Socialstyrelsen ställt krav på att ambulansen ska bemannas med legitimerad sjukvårdspersonal (Gårdelöv, 2016).

Ur den ovan beskrivna utvecklingen mot allt mer avancerad vård, tillsammans med ökade förväntningar från samhället har ambulanssjukvård utvecklats mot att bli ett eget kunskapsområde (Bremer, 2016; J. Wihlborg, 2017). Kunskapsområdet har under 1900-talet framför allt varit knutet till akutmedicinen. Under 2000-talet har vårdvetenskapen fått allt större erkännande som en vital del i kunskapsområdet ambulanssjukvård. Forskning inom yrkesområdet bedrivs i huvudsak av de som är verksamma inom ambulanssjukvården. Då svensk ambulanssjukvård till stor del bedrivs av sjuksköterskor har svensk forskning inom prehospitäl vårdvetenskap kommit att ta en ledande roll internationellt (J. Wihlborg, 2017). Sveriges



landsting ansvarar för ambulanssjukvården och den bemannas med ambulans-sjukvårdare, grundutbildade sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor (Bremer, 2016).

## 2.2 Prehospitalt vårdmöte

Prehospital akutsjukvård karakteriseras av snabb bedömning, beslutsfattande och utvärdering i både säkra och osäkra miljöer. Avancerade medicinska beslut fattas självständigt utan läkare och avancerad apparatur (Andersson-Hagiwara et al., 2014). Det innebär stort ansvar för ambulanssjuksköterskan, vilket kräver en bred kunskapsbas och att kunna vara förberedd på det oförberedda (Waks, 2009). Att vårda prehospitalt är både intellektuellt och emotionellt utmanande då det finns liten marginal för avvikelser (Nilsson & Lindström, 2016). Majoriteten av uppdragen (80-90%) innefattar vårdbehov av äldre och multisjuka patienter medan resterande är traumafall (Waks, 2009).

Bedömningen av patienten börjar redan innan det personliga mötet inleds vilket styrs av informationen från larmcentralen. Ambulansteamet bygger upp förväntningar på vad de kan tänkas möta men har även ett oförberett förhållningssätt, alla uppdragen är unika och okända situationer uppstår (Andersson-Hagiwara & Wireklint-Sundström, 2016). Det råder stora krav på yrkeskunnande av ambulanssjuksköterskan vid bedömning och behandling av patienten på den aktuella platsen. Detta på grund av begränsad möjlighet till vägledning och stöd i en ofta svåråtkomlig miljö. Prehospitala behandlingsriktlinjer finns i alla Sveriges ambulansdistrikt och är utformade för att ge stöd om behandling och åtgärd (Andersson-Hagiwara et al., 2014). Bedömningen grundas på skadans art, sjukdom eller patientens upplevelse av symtom. Ambulanssjuksköterskan eftersträvar att se till patientperspektivet genom att aktivt lyssna på patienten och anhöriga, vilket är en förutsättning för att hjälpa till i svåra situationer. Den samlade kunskapsbasen tillsammans med erfarenheter och sinnen används för bedömningen av patienten (Andersson-Hagiwara & Wireklint-Sundström, 2016).

## 2.3 Verbal och icke-verbal kommunikation

Ordet kommunikation härstammar från latinets *communicare* och betyder att något ska bli gemensamt. Språk och kommunikation är den vanligaste formen av samspel mellan människor och det innebär att dela något med någon annan – upplevelser, känslor, handlingar, innebörder och värderingar (Nilsson & Waldemarson, 2007).

En viktig del i kommunikationen är den icke-verbala där känslor, tankar och upplevelser avspeglas i det kroppsliga uttrycket i samband med talat språk. Till stor del handlar det om kroppsgester, kroppshållning och rörelser men även andningsrytm, betoningar, pauser och tonlägen. Den icke-verbala kommunikationen kompletterar och förstärker den verbala kommunikationen



och ger uttryck för den egna och bekräftar andras identitet (Nilsson & Waldemarson, 2007).

## 2.4 Språkbarriär i vården

Enligt hälso- och sjukvårdslagen [HSL], (SFS 2017:30), kap 5, 1 §) ska goda kontakter främjas mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Vården ska vara lättillgänglig (ibid), utföras på ett säkert sätt och verka förebyggande mot vårdskada. Adekvata åtgärder ska vidtas när patienten tar kontakt med hälso- och sjukvården för att undvika lidande, psykisk eller kroppslig skada samt dödsfall (Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, kap 1, 5 §).

Enligt nationalencyklopedin (u.åa) är språk det främsta medlet för mänsklig kommunikation (ibid) och med begreppet ”barriär” menas att det finns ett hinder av något slag (Nationalencyklopedin, u.åb).

Globalisering och migration inom och mellan länder ökar sannolikheten att språkbarriär upplevs mellan patienter och vårdpersonal. Tvåspråkiga individer, som till exempel behärskar både sitt modersmål och ett andra språk kan vid sjukdom, trötthet eller i stressade situationer känna sig mer bekväma med att kommunicera på sitt modersmål. Sjuksköterskan är ansvarig att ge god och jämlik vård till patienter oavsett kultur, religion, etnisk bakgrund eller språklig förmåga men studier visar att språkbarriär kan bidra till ojämlik vård (Azam-Ali & Watson, 2017). Det krävs effektiv kommunikation mellan vårdare och patient för att vården ska vara säker och kunna levereras med hög kvalitet (Divi, Koss, Schmaltz & Loeb, 2007).

Sverige är ett mångkulturellt samhälle och cirka 200 olika nationaliteter finns representerade i befolkningen (Nkulu-Kalengayi, Hurtig, Ahlm & Ahlberg, 2012). Invandrare kan vara särskilt sårbara på grund av tvångsmigration och traumatiska händelser som krig, förföljelse och tortyr. Det kan vara svårt att integreras till det nya samhället och få förståelse för hur till exempel hälso- och sjukvård fungerar (Hultsjö & Hjelm, 2005). Den internationella invandringen har ökat det senaste decenniet och beräknas fortsätta öka och år 2060 förväntas var femte invånare vara utländskt född. Svensk hälso- och sjukvård står inför nya utmaningar för att tillgodose god vård för alla invånare, oberoende kulturell bakgrund (Nkulu-Kalengayi et al., 2012).

En litteraturstudie av Bauer och Alegría (2010) undersökte hur språkbarriären påverkade vården av patienter med psykisk sjukdom. Patienterna visades sig ha större risk för undertriagering och felbedömningar i akuta situationer. Studien visade att patienterna gavs sämre möjlighet till uppföljningssamtal vilket kan påverka behandlingsutfallet. Tolkanvändning sågs i viss mån hindra patienter att delge känslig information till vårdaren vilket angavs kunna bidra till felaktig bedömning.



Divi et al. (2007) undersökte, med kvantitativ metod, hur språkbarriären hade inverkan på antal vårdskador, komplikationer och biverkningar, jämfört med inhemska patienter. Patientsäkerheten sågs lidande då patienter med bristfällig kunskap i det etablerade språket i större utsträckning drabbades av komplikationer och biverkningar. En signifikant ökning av vårdskador upptäcktes vilket var ett resultat av tvivelaktiga bedömningar. Språkbarriär kan dessutom resultera i missförstånd, problem med informerat samtycke, otillräcklig förståelse av diagnos och behandling, generellt missnöje med vården och ökat lidande (ibid). John-Baptiste et al. (2004) anger att patienter som brister i det etablerade språket utsätts för fler undersökningar och provtagningar, längre sjukhusvistelser och ökad risk för återinläggning.

Van Rosse et al. (2016) redovisar en studie med både kvantitativ och kvalitativ metod. Journalgranskning av 17 patienter och 12 djupintervjuer utfördes. Forskarna fann att språkbarriären ofta underskattas av vårdaren på grund av övertro på patientens språkkunnighet. Utnyttjandet av tolk var underrepresenterat då det inte sågs praktisk vid korta medicinska bedömningar eller vid omvårdnadsarbete. Tolkhjälp av anhöriga tillsammans med gester ansågs i många fall räcka för att överbrygga språkbarriären. Vårdare ansåg i vissa fall att ansvaret för att överbrygga språkbarriären låg hos patient och anhöriga.

## 2.5 Språkbarriär i ambulanssjukvården

Tate (2015) menar att forskning om språkbarriär generellt är inriktad på den intrahospitala verksamheten och är väl studerat under många år. Kunskapsluckor finns inom den prehospitla akutsjukvården om hur språkbarriär påverkar både ambulanspersonal och patient.

Tate (2015) belyser i en systematisk litteraturstudie hur språkbarriären påverkar ambulanspersonalen och den nödställda patienten. Det blir mer påtagligt inom den prehospitla akutsjukvården då det ofta kan röra sig om kaotiska och dynamiska situationer där det krävs snabba bedömningar och beslut om lämplig vård. Det är vanligt med språkskillnader inom det prehospitla arbetet vilket ökar osäkerheten hos ambulanspersonalen (ibid). Personalen på larmcentralen beskriver svårigheter att ta korrekt uppgifter från uppringaren vilket kan medföra att uppdraget kan bli under- eller överprioriterat. Det kan leda till ökad fördröjning eller att ambulans skickas ut i onödan vilket kan medföra brist på ambulansbilar till faktiska ambulansärenden (Blomstedt, Nilsson & Johansson, 2013; Tate, 2015). Tate (2015) menar att språkbarriär även kan vara orsak till att larmcentralen kontaktas i lägre utsträckning vid akuta händelser.

Väl på plats, kan det ta längre tid för ambulanspersonalen att göra en korrekt bedömning vilket kan leda till fördröjd avfärd mot lämplig vårdnivå (Tate, 2015; Grow, Sztajnkrzyer & Moore, 2008). I vissa fall kan avfärd mot



sjukhus prioriteras före korrekt bedömning på grund av ambulanspersonalens osäkerhet kring patientens symtom (Tate, 2015).

## 3 Teoretisk referensram

Den moderna vårdvetenskapen utvecklades på 1980-talet när det tydliggjordes att alla aspekter av hälsa och ohälsa inte kunde förklaras eller förstås med medicinsk vetenskap. Intresse för patientens situation och hälsa uppdagades för att utvecklas till vårdvetenskap (Dahlberg & Segesten, 2010). Vårdvetenskapen lutar sig på humanvetenskapen och har kunskaper om människan bakom den medicinska symtombilden (Nyström & Herlitz, 2016). Fokus läggs på människan i förhållande till hälsa, lidande, välbefinnande och vårdande och hur det påverkar hälsa och livssituation. Människan uppmärksammas utifrån ett helhetsperspektiv och förstås i sin livsvärld utifrån fysiologiska, psykologiska, etniska, kulturella, sociologiska och andliga aspekter (Dahlberg & Segesten, 2010).

Denna studie är kopplad mot vårdvetenskapen och tre begrepp har belysts: livsvärld, vårdande samtal och delaktighet. Vårdaren har ansvar gällande att beakta patientens livsvärld och att främja delaktigheten (Dahlberg & Segesten, 2010). Livsvärlden kan delvis förstås genom att lyssna på patientens berättelse och att ställa stimulerande frågor, vilket kan motivera patienten att delge sin situation. Förutom den verbala kommunikationen kan vårdarens tonläge, betoningar och kroppsspråk ha betydelse för hur patienten öppnar sig (Sahlsten et al., 2009). Om språkbarriär präglar ett vårdande samtal finns det risk att vårdaren inte kan närma sig patientens livsvärld vilket kan påverka patientens delaktighet och vårdprocessen (Dahlberg & Segesten, 2010).

### 3.1 Livsvärld

Begreppet livsvärld myntades av den tyska filosofen Edmund Husserl och utgör en grundbult inom vårdvetenskapen. Primärt kännetecknas livsvärlden hur människan närmar sig själv, andra människor och sin omvärld. Den präglas också av hur vi uppfattar och upplever allt runt omkring oss, hur vi känner, tänker och handlar i relation till andra människor och omvärlden. Livsvärlden är ständigt närvarande i de dagliga aktiviteterna, medvetet eller omedvetet. Den är helt personlig utifrån sin existens och kan tas för given, utan särskild vardaglig analys. Vardagliga företeelser och handlingar formar oss människor och utgör grunden för livsvärlden. Under livets gång byggs en erfarenhetsbank upp, och den har stor betydelse och mening för vad vi möter och hur vi reagerar på omvärlden. Människor kan uppleva företeelser på liknande sätt men kan ha olika sätt att uppmärksamma och tolka situationer utifrån sina unika erfarenheter. Människan är en social varelse som ingår i samexistens med andra människor, vilket har stor betydelse för sin egen



livsvärld. Vi delar med oss av våra erfarenheter och handlingar till andra människor, upplever och uppskattar saker och ting gemensamt (Ekebergh, 2015a).

Vården bör utgå från patientens livsvärld som grund för att kunna se och förstå hela patienten. Genom öppen och nyfiken hållning kan ambulanssjuusköterskan lättare förstå patientens sätt att uppfatta och hantera sjukdom, vilket kan variera från person till person. I patientens livsvärld inkluderas både anhöriga och vårdarens perspektiv. Vården utgör ett större sammanhang för patienten och processen för att återfå balans och livskraft i det vardagliga livet kan ta språng (Dahlberg & Segesten, 2010).

### 3.2 Vårdande samtal

Att samtala är centralt i samvaron med andra och viktigt för att dela erfarenheter, uppfattningar, åsikter och värderingar. Samtalet som begrepp delas upp i två delar, sam och tal, vilket betonar betydelsen av att tala tillsammans. En central grund i samtalet är att tala med varandra och inte till varandra (Ekebergh & Dahlberg, 2015).

Det vårdande samtalet är integrerat i vården och avser att stärka och stödja patientens hälso- och vårdprocess. Ett vårdande samtal kräver ömsesidighet och öppenhet för patientens livsvärld och för att få förståelse för patientens situation måste sjuusköterskan vara lyhörd inför patientens uppfattning och tänkande. För att kunna reflektera över patientens ordval och uttryck förutsätts absolut närvaro i både känsla och tanke. I det vårdande samtalet skapas för patienten förtroende och tillit vilket präglas av ärlighet och äkthet från sjuusköterskans sida. Sjuusköterskan stöter på utmaningar för att skapa premisser så att patienten känner sig förstörd och sedd, får känslor, förhoppningar och farhågor bekräftade (Ekebergh & Dahlberg, 2015).

Patienten kan av olika skäl ha svårigheter med verbal kommunikation eller ha språkliga hinder, då står den icke-verbala kommunikationen i fokus. Stor vikt läggs vid att sjuusköterskan både kan se och lyssna med skärpt uppmärksamhet i dessa situationer (Ekebergh & Dahlberg, 2015). Genom vårdande samtal kan patientens delaktighet stärkas (van Belle et al, 2017).

### 3.3 Delaktighet

Delaktighet är en lagstadgad rättighet och enligt Patientlagen (SFS 2014:821, kap 5) ska vårdaren stärka patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Enligt femte kapitlet ska hälso- och sjukvården i högsta möjligaste mån utformas och genomföras i samråd med patienten samt utgå från önskemål och individuella förutsättningar. Anhöriga ska även kunna få möjlighet att medverka i den mån sekretess eller tystnadsplikt tillåter detta.

Delaktighet genomsyrar vårdvetenskapen och är essentiellt för att de vårdande handlingarna ska vara verksamma för patienten. En delaktig patient



kan lättare ta ansvar för och hantera sin situation i kontakten med hälso- och sjukvården (Ekebergh, 2015b). Patientdelaktighet bidrar till att öka motivation, bättre behandlingsresultat och skapar större tillfredsställelse med given vård (Sahlsten, Larsson, Sjöström, & Plos, 2009). Vårdaren har ansvar för att etablera en fungerande relation med patienten som präglas av förtroende, respekt och engagemang. Ett fungerande samarbete mellan båda parter bidrar till att främja patientens delaktighet. Vårdaren behöver stödja patienten att bli medveten om sina egna möjligheter och resurser för att på bästa sätt kunna hantera sin situation (Sahlsten et al., 2009).

## 4 Problemformulering

Sverige har de senaste decennierna genomgått en demografisk förändring där det mångkulturella samhället etablerats. Sveriges befolkning består idag av människor från cirka 200 länder och för allt fler personer är svenska eller engelska språket främmande. Inom den prehospitla akutsjukvården utgör kommunikation, både verbal och icke-verbal, en betydande del i det vårdande samtalet. Vårdmötet är ofta kort men intensivt vilket ställer stora krav på ambulanspersonalen. Att få en korrekt anamnes och bedömning utgör grunden för patientens vidare vård och omvårdnad. Genom vårdande samtal kan patientens livsvärld delvis förstås och patientens delaktighet tillvaratas. Forskning visar att språkbarriär kan medföra minskad delaktighet och försämrad patientsäkerhet. Genom att belysa ambulanspersonalens uppfattningar och strategier för att överbrygga språkbarriär kan resultatet medföra bättre omhändertagande av dessa patienter och därmed ökad patientsäkerhet.

## 5 Syfte

Syftet var att utforska ambulanspersonalens uppfattningar av språkbarriär i mötet med patienten.



## 6 Metod

Studien har genomförts som en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats (Kvale & Brinkmann, 2009).

### 6.1 Urval

Studien har genomförts i södra Sverige under början av år 2019. Författarna har använt ett strategiskt urval där största möjliga variation av uppfattningar har eftersträvat (M. Wihlborg, 2017). Författarna har valt att inkludera såväl specialistsjuksköterskor, grundutbildade sjuksköterskor och ambulanssjukvårdare inom ambulansverksamheten då samtliga har patientkontakt. En spridning mellan yrkeskategorierna, erfarenhetslängd, kön och ålder har eftersträvat. Personal med mindre än två års erfarenhet av arbete i ambulansen har exkluderats. Detta för att informanterna ska ha hunnit "landa" så pass i sin yrkesroll att de har utrymme till djupare reflektion kring sina erfarenheter.

Initialt har informanter rekryterats i regionens största stad. Detta har skett genom ett informellt informationsmöte på stadens ambulansstation. Därefter har informanter sökts vid andra orter i regionen. Detta har gjorts genom att en utbildare vid ambulansverksamheten med stort kontaktnät har tillfrågats att rekrytera informanter till studien. Mellanhanden har ombetts att utgå ifrån en spridning i kön, ålder och erfarenhet utifrån den önskade effekten med ett strategiskt urval

Då en av författarna redan är yrkesverksam vid ambulansverksamheten på regionens största ort har denne författare valt att avstå från att genomföra intervjuer vid den arbetsplatsen, detta i syfte att undvika bias och "going native" (Kvale och Brinkmann, 2009 s. 91).

### 6.2 Datainsamling

Datainsamling har skett genom semistrukturerade intervjuer. Sjöström och Dahlgren (2002) gör gällande att den semistrukturerade intervjun är att föredra vid fenomenografisk ansats. Under intervjuerna har tonvikt lagts på att låta informanterna formulera egna uppfattningar av fenomenet i fråga.

Intervjuerna har inletts med en central öppningsfråga. Forskarna har låtit den följande dialogen styra samtalet men har också med följdfrågor lett informanterna mot frågeställningarna ovan.

En intervjuguide utformades inför studien (Bilaga 1) som justerades, i samråd med handledare, efter provintervjun. Provintervjun har dock inkluderats i studien då författarna fann att den alltså svarade till studiens syfte.

Båda författarna har bedrivit intervjuer. Förutom den inledande provintervjun, som genomfördes av författarna gemensamt, har övriga



intervjuer genomförts på varsitt håll. Författarna har genomfört likvärdigt antal intervjuer.

## 6.3 Analys

Författarna har analyserat intervjuinnehållet utifrån ett fenomenografiskt tankesätt enligt den beskrivning som ges av Sjöström och Dahlgren (2002).

Som första led i bearbetningen har författarna transkriberat de inspelade intervjuerna. Intervjuerna har transkriberats ordagrant men tankeljud och dylikt har exkluderats då de inte varit föremål för analys.

Fenomenografins primära syfte är att lyfta fram variationer av uppfattningar av fenomenet, som i den här studien är språkbarriär i det prehospitala vårdmötet, med större tydlighet (M. Wihlborg, 2017).

Genom att samla in och analysera olika perspektiv på fenomenet kan ett ramverk kan skapas där olika förståelser av fenomenet grupperas. Nedan följer en stegvis beskrivning av analysförfarandet (Sjöström och Dahlgren, 2002; Dahlgren och Johansson, 2015).

Steg 1 – upprepad genomläsning av transkriberade intervjuer för att bekanta sig med materialet.

Steg 2 – kondensation. Att lyfta ut signifikanta passager/uttalanden/stycken för vidare bearbetning

Steg 3 – jämförelse för att finna likheter och skillnader i uppfattning av det undersökta fenomenet.

Steg 4 – gruppering utifrån funna likheter och skillnader.

Steg 5 – artikulering av kategorier, ett försök att smalna av perspektivet i uttalandena och finna kärnan i skillnaderna/lihetererna.

Steg 6 – namngivning av kategorierna

Steg 7 – kontrastiv fas, där passagera återigen jämförs med varandra för att se om de passar i flera kategorier varigenom kategorier med överlappande innehåll kan konsolideras.

Författarna har tillämpat metoden genom att var för sig läsa in sig på de transkriberade intervjuerna. I transkripten har markeringar gjorts där passager som uttryckt informanternas uppfattningar urskilts. Därefter har jämförelser gjorts där författarna diskuterat och sållat för att endast inkludera uppfattningar av och inte uppfattningar om fenomenet, direkta reflektioner kring den egna upplevelsen eller liknande.

Markerade passager har därefter klippts ut. I de fall passagera behövt kondenseras har detta gjorts på baksidan av respektive urklipp. Dessa har



därefter sorterats in i *domäner* utifrån likheter i vad det är informanten pratat om. Initialt identifierades 18 preliminära domäner.

Domänernas innehåll har jämförts i fråga om likheter och skillnader. Härigenom har antalet domäner efterhand kunnat reduceras genom konsolidering.

Författarna har därefter sökt förstå det som varit karaktäristiskt för respektive domän. Detta har mynnat ut i *kategorier*. Passagerna har ställts emot respektive kategori för att eliminera eventuella överlappningar och artikulera kategorierna tills de blivit exklusiva. Därefter har de sammanställts i tabell 1 och beskrivningar har formulerats.

Vissa steg har flutit in i varandra och i viss mån har författarna varit tvungna att backa i processen och göra omfall. Detta ligger väl i linje med vad som beskrivs av Dahlgren och Johansson (2015).

#### 6.4 Forskningsetiska överväganden

Detta arbete har skett inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå och omfattas inte av Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460, 2 §). Då informanterna inte varit patienter utan medarbetare stod de inte i beroendeställning på ett sådant sätt att etikprövning i regional nämnd bedömdes nödvändig.

Hänsyn har tagits till Vetenskapsrådets fastställda etiska principer: information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande (Vetenskapsrådet, 2002) på följande sätt:

Författarna till föreliggande studie är båda sjuksköterskor med flerårig yrkeserfarenhet. En av författarna är därtill sedan flera år verksam inom ambulanssjukvården. Den förförståelse detta medför inför ämnet har diskuterats författarna emellan. Genom hela projektet har författarna arbetat för att förförståelsen inte ska tillföra skevhet/bias till studien.

Deltagande i studien baserades helt på frivillighet och informerat samtycke. Inför studien har prospektiva informanter delgivits såväl muntlig som skriftlig information om studiens syfte (Bilaga 3), tillvägagångssätt, hur eventuella personuppgifter behandlas samt vilka konsekvenser av deltagande författarna förutsett. Skriftligt samtycke har inhämtats från samtliga deltagare.

Personuppgifter omfattande namn, kön, ålder, yrkestitel och erfarenhet har inhämtats i samband med intervju. Upprättande av personuppgiftregister har anmälts till personuppgiftsombud vid lärosätet.

Intervjuerna har aidentifierats genom kodning och kodnyckeln har endast varit tillgänglig för författarna. Transkript, i kodad form, har gjorts tillgängliga för handledare under arbetets gång. Varken intervjutranskript



eller personuppgifter som genererats kommer att nyttjas i andra ändamål än rådande studie.

Kodnyckel och inspelat material har förvarats i digitalt media med lösenordsskydd fram till dess att studien avslutats och godkänts. Om publicering blir aktuellt kommer transkriberat material att arkiveras enligt gängse rutiner. I annat fall kommer dessa att destrueras tillsammans med kodnyckeln.

Etisk egengranskning har genomförts, se Bilaga 2.

Skriftligt tillstånd att bedriva studien har inhämtats från verksamhetsansvariga vid respektive arbetsgivare där informanterna är verksamma.

## 7 Resultat

Inom ramen för studien har 18 intervjuer genomförts. Informanterna består av 11 kvinnor och 7 män. Åldern varierar mellan 25 och 47 år. Av informanterna är 13 ambulanssjuusköterskor, 2 ambulanssjukvårdare, 2 grundutbildade sjuusköterskor och 1 anestesijuusköterska. Antalet år som informanterna varit verksamma inom ambulanssjukvården varierar mellan 2 och 25 år. Längden på intervjuerna har varierat mellan 11 och 27 minuter med ett genomsnitt på strax över 17 minuter.

Den variation av uppfattningar som har identifierats har i analysen genererat fyra olika beskrivningskategorier. I tabell 1 presenteras variationen av uppfattningar jämte deras respektive domän (vad informanterna pratar om) och kategori (den kärna av likheter som knyter uppfattningarna tillsammans). Nedan följer beskrivningen av respektive kategori.



Domän	Variation av uppfattningar	Kategori
Återkommande företeelse	<ul style="list-style-type: none"><li>• Påträffas frekvent</li><li>• En stor del av arbetet</li><li>• Viss kommunikation finns alltid</li><li>• Lösningar går att hitta</li></ul>	Ett positivt synsätt
Bedömning och vård	<ul style="list-style-type: none"><li>• Torftig information från SOS</li><li>• En mer noggrann fysisk bedömning</li><li>• Använder klinisk blick</li><li>• Tonvikt på vitala parametrar</li><li>• Behandlar det som går att se</li><li>• Lättare att ge vård vid mer påtagligt sjuk patient</li><li>• Risk för sämre vård då behoven inte kan kommuniceras</li><li>• Bristande information om patient</li><li>• Ökad osäkerhet hos vårdare</li><li>• Övertriagering för säkerhets skull</li><li>• Problemet överförs till nästa instans</li><li>• Utebliven information till patienten</li><li>• Delaktighet hotas</li><li>• Svårt att inge trygghet och förtroende</li><li>• Svårt att avgöra stämningssläge och egen säkerhet</li></ul>	Inverkan på patientmötet
Alternativa sätt att kommunicera	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pragmatiskt förhållningssätt till tolkanvändning</li><li>• Använder icke-verbal kommunikation</li><li>• Större uppmärksamhet på patientens uttryck</li><li>• Söker ledtrådar i patientens närmiljö</li><li>• Osäkerhet kring datoriserad översättning</li><li>• Hjälpmedel behövs</li></ul>	Strategier för att överbrygga språkliga hinder
Språket inte enda hindret	<ul style="list-style-type: none"><li>• Innehållet behöver anpassas till mottagaren</li><li>• Språket är svårare att överbrygga när utbildning och kultur skiljer</li><li>• Med jämbördig förståelse blir språkbarriären ett mindre hinder</li><li>• Hörselnedsättning och/eller kognitiv svikt förstärker språkbarriären</li></ul>	En del av ett komplext förhållande

Tabell 1 Variationer av uppfattningar



## 7.1 Ett positivt synsätt

Flertalet informanter beskriver att mötet med patienter med språkbarriär ingår, i mer eller mindre utsträckning, i det dagliga arbetet. Språkbarriären ses som en utmaning och det är sällan som det utgör ett fullständigt hinder för kommunikation. Lösningar i situationen går oftast att nå men det är inte alltid lösningar som är det optimala för patienten.

På grund av att man utsätts för detta ganska ofta så ser jag det inte som ett problem utan kanske mer som en utmaning. (3)

Vi är vana vid det. Det är inte som att jag liksom funderar över att det stör, utan man löser det på plats. (6)

## 7.2 Inverkan på patientmötet

När den primära informationen om patienten är bristfällig från larmcentralen, kan det misstänkas att det förekommer språkbarriär. Det uppfattas som en viktig uppgift att fylla dessa luckor om patienten. Bedömningen startar redan i första anblicken av patienten. Informanterna nämner vikten av den kliniska blicken för att snabbt kunna avgöra hur sjuk patienten ser ut att vara. Vid språkbarriär utgör vitala parametrar och en mer genomgående fysisk undersökning grunden i bedömningen. Innehållet i anamnesen uppfattas ofta bli undermålig och deltagarna ser svårigheter att få en klar bild av patientens sjukdomshistoria och upplevelse.

Det krävs mer av mig som vårdare för att inte missa någonting. Att jag måste känna igenom kroppen, att jag måste titta på patienten, utvärdera kontrollerna. [...] Patienterna pratar oftast väldigt mycket med oss och det är ju lättare när man får det serverat på ett fat, att ”Jag har ont i bröstet. Jag har haft det sedan klockan två. Jag har tagit detta och detta. Det hjälper inte.” (17)

Då en allvarligt sjuk patient påträffas uppfattar informanterna att behovet av kommunikation är mindre. Symtomen talar då för sig själv och behandlingen kan styras mer symtomatiskt.

Är patienten dålig så kanske du inte behöver kommunicera jättemycket, så då kanske man tar det för vad det är liksom. (8)

Informanterna uppfattar att det finns relation mellan icke fungerande kommunikation och sämre vårdkvalitet. Avsaknad av djupgående anamnes ses öka risken att viktig information missas som kan vara avgörande för vidare behandling. Vidare kopplar informanterna detta till ökad risk för att patienten ges felaktig eller fördröjd vård.

Det som blir svårt för det mesta är att få detaljerna med. Själva huvudproblemet är ju inte så svårt, att peka till huvud, mage eller ben, eller vad nu problemet är. Är det något som är gammalt, nytt, ont eller vansinnigt ont? Alltså, det är där som det blir svårt, på detaljerna. Det är ofta sådär tyvärr, detaljerna som är viktiga utifrån hur man ska behandla patienterna. (5)



Informanterna kopplar språkbarriären till ökad svårighet att utröna vilken vårdnivå patienten bör handläggas vid. Osäkerhet kring bedömningen av patienten eller kring patientens förmåga att ta emot egenvårdsråd gör att informanterna i större utsträckning väljer att ta patienten till akutmottagningen. Det råder medvetenhet om att detta tillvägagångssätt ökar belastningen på akutmottagningen men det uppfattas vara nödvändigt vid osäkerhet i den prehospitala bedömningen. Akutmottagningen uppfattas ha bättre möjlighet att koppla in tolkresurser och få ett större utbyte med patienten. Att föra patienten till akutmottagningen uppfattas inte alltid vara det bästa, bland annat då ärenden som annars kunde handlagts via öppenvården prioriteras lågt och riskerar att ta lång tid. Att vidarebefordra patienten till akutmottagningen uppfattas av en del informanter som ett mer eller mindre uppsåtligt sätt att lägga saken i någon annans händer.

Det innebär ju också att vi många gånger kanske tar med oss patienter till akutmottagningarna som inte egentligen är i behov av akutsjukvård, som egentligen ska till vårdcentralen eller någonting sådant. Och det skapar ju naturligtvis en belastning på akutmottagningen för de har ju inte så lätt att vårda de här patienterna heller. (11)

Utöver att den medicinska vården brister i kvalitet uppfattar informanterna också att omvårdnaden i form av social kontakt och delaktighet blir lidande. Svårighet att skapa trygghet och förtroende samt förmedla lugn genom att exempelvis delge kunskap och information beskrivs av informanterna.

Jag kan inte berätta varför jag klipper sönder hennes tröja och att hon behöver ligga där helt öppet. Det är ju ganska, en jobbig situation för patienten också att bara ha någon som bara gör utan att kunna berätta. Jag försöker ju visa varje gång så här: ”Nu ska jag dra och klä av kläderna.” Men jag vet inte riktigt hur mycket hon förstår eller han förstår med att jag visar. Jag hoppas ju alltid mycket men jag är rädd för att det inte är det och då är det rätt skrämmande. (13)

För ambulanspersonalen är vårdmötet kort och episodiskt. Hos informanterna finns en medvetenhet om att språkbarriären fortsätter att påverka patienten genom hela vårdkedjan medan de själva upphör att påverkas när ärendet är avslutat. Patienten uppfattas härigenom lida mer av språkbarriären än vad ambulanspersonalen gör:

Efter att jag åker därifrån så kommer jag att köra och köpa en kebab liksom och sätta mig i soffan. Mitt liv och jag har ju inte. Det är ju ingen fara med mig. Men han mår ju fortfarande dåligt. (15)

En informant förmedlar också att ambitionen kan vara god men att det finns osäkerhet kring förmågan att nå patienten:

Man kan ju känna empati ändå, men om inte den andra vet om det så kan det ju. Då är det ju liksom inte delat. (14)



Bland informanterna förekommer uppfattningen att språkbarriären kan innebära svårighet att avgöra stämningläget på plats när flera anhöriga är närvarande. Höjda röster och upprördhet på språk som inte förstås kan skapa otrygghet. Informanterna uppfattar att riskerna kan överskattas då tonläget kan uppfattas som mer hotfullt än det avsetts. Riskerna kan också underskattas och hotfullhet kan missas vilket äventyrar den egna säkerheten.

### 7.3 Strategier för att överbrygga språkliga hinder

Flera metoder används av informanterna för att överbrygga språkbarriären. De olika metoderna uppfattas ha såväl brister som förtjänster.

Vad gäller professionell tolk, företrädesvis via telefon, uppfattas det att användbarheten är begränsad. Långa väntetider innan tolk kan nås samt att tolken endast är tillgänglig under en del av vårdkontakten gör att det råder återhållsamhet med att använda telefontolk som resurs. En variation ses här mellan ärenden med kortare och längre transportsträckor. Informanterna uppfattar då en vinning i att koppla in tolk när väntetiden på tolk underskrider tiden det tar att föra patienten till sjukhus. Annars förlitar sig informanterna på att nå den önskade informationen på andra sätt. Vid akuta situationer avstår informanterna helt från att försöka nå telefontolk då det stjälar tid och fokus från patienten.

Jag har använt mig av det ett par tre gånger. Då har det kanske funkade men några gånger jag har försökt använda mig av det har det snackats om väntetider på en timme. Men det är inte rimligt inom ambulanssjukvård, utan vi behöver ha svar här och nu på vad vi ska göra. Vi kan inte sitta och vänta en timme på att någon ska ringa åter. Så då får vi lösa det på bästa sätt vi kan. (7)

Kvaliteten uppfattas också vara avgörande för tolkens användbarhet. Det beskrivs hur såväl hörbarhet i telefonsamtalet, som tolkens förmåga att översätta det som sägs, har inverkan. Informanter uttalar osäkerhet kring det som sägs blir riktigt översatt. Kommunikationen mellan tolk och patient uppfattas många gånger ta längre tid och innehålla fler ord än det som sedan förmedlas från tolk till ambulanspersonal.

Att använda anhöriga för att tolka uppfattas inte vara lämpligt i alla lägen och anges till och med vara emot gällande riktlinjer. Informanter vittnar dock om en pragmatisk hållning när anhöriga på plats används. Därtill ses inga bättre alternativ utifrån tids- och kvalitetsfaktorer. Att nyttja anhöriga för att tolka uppfattas vara mer regel än undantag. Samtidigt uppfattas resultatet ofta bli tillfredsställande.

Likt då professionell tolk används uttrycker informanter osäkerhet inför om budskapet blir korrekt översatt av anhöriga. En annan faktor som vägs in är att anhöriga inte alltid uppfattas vara lämpliga att nyttja i situationen, exempelvis när det rör sig om känsliga eller intima ämnen.



Lite problematiskt är det ju. Det är inte jättesmidigt. Det är det inte. Lite grand beroende på vad det är för fel på patienten. Om det är lite intimare grejer kan det ju vara känsligt bara inom familjen. (9)

När den verbala kommunikationen inte fungerar på grund av språkbarriär erfar informanterna att större fokus läggs på den icke-verbala kommunikationen. Kroppsspråk med mimik och pekande för att exempelvis lokalisera smärta är en väg som beskrivs. Liknelser görs med levande charader eller gäster med gester. Informanterna uppfattar att det går att finna ledtrådar i patientens omgivning som kan knytas till sjukdomstillståndet. Det beskrivs också som ett detektivarbete liksom i alla andra prehospitala möten men det uppfattas ha större betydelse vid språkbarriär. Ledtrådar kan vara allt från läkemedelslistor eller andra dokument som rör patientens sjukdomstillstånd, läkemedelsförpackningar, omlägningsmaterial, trygghetslarm, etcetera. Informanterna uppfattar att användningen av blodtrycksmanschetter, övervakningsutrustning och dylikt blir en del av kommunikationen med patienten.

Man får ju försöka med någon typ av ”gäster med gester” så gott det går. [...] Det blir ju en liten teatershow och detektivarbete att luska ut vad som möjligen skulle kunna vara fel. (1)

Olika uppfattningar kring att använda egna språkkunskaper i mötet med patienten yttras. I vissa fall kan till exempel hälsningsfraser på patientens språk hjälpa till att bryta isen samt ses som ett sätt att visa respekt. Risker uttalas dock i att använda patientens språk då patienten kan ledas att tro att ambulanspersonalen har en större behärskning av språket än vad som är fallet.

Om jag visar att jag kan lite så tror de att jag kan ännu mer. Och så pratar de på och då förstår jag ingenting. Och så rör man bara ihop det själv. (6)

Bildstöd uppfattas vara ett hjälpmedel som kan underlätta kommunikationen. Dock är förekomsten av dessa i verksamheterna oklar. Datoriserad översättning i form av applikationer nämns som ett möjligt verktyg för att överbrygga språkbarriären. Informanterna erfar dock att längre översättningar tenderar att bli felaktiga och håller sig därför ofta till att översätta enstaka ord. Samtidigt uppfattas datoriserade översättningsapplikationer som en hjälp och exemplet lyfts där översättningen kan spelas upp för en patient som inte är läskunnig.

Jag har använt det flera gånger och det blir ofta en hjälp. Det blir det. För man kan ju spela upp det så att den säger det också. Inte bara om dem liksom är kapabla att läsa så kan de ändå höra det, så det har hjälpt. (16)



## 7.4 En del av ett komplext förhållande

Informanterna lyfter att det inte enbart är språkbarriären som påverkar kommunikationen med patienten. Nedsatt hörsel och kognitiv svikt lyfts som egna barriärer. Även skillnader i kulturella uppfattningar och utbildningsnivå, beroende på variationer i tillgång till skolgång och utbildning i olika delar av världen, uppfattas utgöra barriärer. De olika barriärerna uppfattas av informanterna ha en inbördes relation som inte kan bortses ifrån. Att överbygga en av barriärerna uppfattas inte räcka för att åstadkomma en tillfredsställande kommunikation.

Kommer du från en hydda ute i obygd och du inte har någon skolgång så vet jag inte om det hjälper så mycket om vi har en tolk eller inte. [...] Det är inte bara den språkliga barriären. Det är så många fler steg som det finns begränsningar i som gör det jobbigt. Då blir det jättejobbigt för den människan som står där. (15)

## 8 Diskussion

### 8.1 Metoddiskussion

I kontrast till positivistisk forskning, där trovärdighet fastställs genom intern och extern validitet/giltighet, föreslår Lincoln och Guba (1985) att kvalitativa studier granskas utifrån de fyra begreppen tillförlitlighet, pålitlighet, verifierbarhet och överförbarhet.

#### 8.1.1 Tillförlitlighet

För att över huvud taget kunna förstå ett fenomen måste forskaren först förstå dess kontext. För att åstadkomma denna förståelse föreslår Lincoln och Guba (1985) att forskaren ägnar rikligt med tid åt att bekanta sig med sin forskningsmiljö. I rådande studie är denna miljö ambulanssjukvården. Båda författarna har mångårig erfarenhet som sjuksköterskor. Den ena har därtill flera års erfarenhet inom ambulanssjukvården i den undersökta regionen.

Den långvariga förbindelse som beskrivs av Lincoln och Guba (1985) syftar till att bygga förståelse för den miljö forskningsprojektet bedrivs inom men också att bygga förtroende. Detta förtroende ger tillgång till information som kanske inte annars hade delgetts lika villigt. En risk med denna långvariga förbindelse är dock att forskarna "goes native" och i allt för stor mån identifierar sig som en del av den population som undersöks. Detta medför risk för allt för okritiskt förhållningssätt och att forskarperspektivet förloras (ibid). För att komma till rätta med detta har författarna fördelat intervjuerna så att den utan tidigare erfarenhet från ambulanssjukvård har genomfört intervjuerna vid den andres arbetsplats, dessa informanter har rekryterats på plats genom ett informellt informationsmöte. Den andre författaren har genomfört intervjuer med informanter som har annan arbetsgivare. Dessa



informanter har rekryterats genom mellanhand. Att rekrytera genom mellanhand bär med sig risken att mellanhanden rekryterar informanter utifrån en egen agenda. Resultatet tyder dock på att informanterna som valts svarat mot den effekt som önskats med det strategiska urvalet.

M. Wihlborg (2017) förklarar att urvalet i en fenomenografisk studie bör omfatta informanter ”med så stor och varierande erfarenhet av företeelsen/fenomenet som möjligt” (ibid s. 112). De informanter som inkluderats i studien har en spridning mellan olika yrkesroller, kön, ålder samt erfarenhetslängd. Detta har av författarna uppfattats svara väl mot avsikten med det strategiska urvalet.

Studiens syfte var att utforska ambulanspersonalens uppfattningar av språkbarriär i mötet med patienten. Fenomenografisk analysmetod valdes då författarna ville åskådliggöra ambulanspersonalens erfarenheter. Författarna utgick ifrån Sjöström och Dahlgren (2002) som beskriver hur fenomenografi kan användas vid forskning inom vårdvetenskapen. Fynden redovisas i likhet med studier av Bjerså, Forsberg och Fagevik-Olsén (2001) samt Nilsson, Persson och Forsberg (2008). Båda dessa studier hänvisar till Sjöström och Dahlgren (2002).

Fenomenografi är en metod som ingen av författarna har tidigare erfarenhet av. Metoden har flera olika inriktningar och olika sätt att genomföra analysen förekommer (Dahlgren & Johansson, 2015; Yates, Partridge & Bruce, 2012). För att bekanta sig med metoden har författarna läst material från flera olika källor kring metoden och förkovrat sig i studier med fenomenografisk metod. Författarnas oerfarenhet kring fenomenografiska studier skulle kunna påverka studiens träffsäkerhet.

Sjöström och Dahlgren (2002) anger att semistrukturerade intervjuer är förstahandsvalet som insamlingsmetod i samband med fenomenografiska studier. Kvale och Brinkmann (2009) beskriver intervjuandet som ett hantverk som tar tid att lära sig där skicklighet utvecklas över tiden. Då detta är första gången någon av författarna genomför kvalitativa intervjuer kan det argumenteras för att även denna oerfarenhet har haft inverkan på studiens resultat. En mer erfaren intervjuare hade kunnat ställa andra frågor och nå djupare i informanternas livsvärld. På så vis hade en större rikedom av uppfattningar kunnat utläsas. De genomförda intervjuernas förhållandevis korta längd kan vara en effekt av författarnas oerfarenhet.

Bell (2014) lyfter att de som låter sig intervjuas förtjänar att hänsyn tas till deras behov och önskemål. Informanterna har därför själva fått bestämma tid och plats där intervjuerna genomförts. Miljöer med minimalt med störningar har eftersträvat.

Under arbetets gång har författarna deltagit i grupphandledning där såväl handledare som studiekamrater granskat studiens fortskridande. Under dessa



handledningar har studiens olika delar prövats och författarna har getts tillfälle att reflektera över sina ståndpunkter på respektive område. Denna kamratgranskning leder enligt Lincoln och Guba (1985) till en ökad tillförlitlighet.

### 8.1.2 Pålitlighet

Lincoln och Guba (1985) förklarar att en studies pålitlighet är tätt förbunden med dess tillförlitlighet. Tillförlitlighet sägs inte kunna finnas utan pålitlighet och vice versa. En betydande del i att styrka en studies pålitlighet ligger därför i att väl styrka dess tillförlitlighet. Att däremot enbart hänvisa till den ovan beskrivna tillförlitligheten anses dock vara undermåligt och ytterligare metoder för att styrka pålitligheten behöver tillämpas (ibid).

Ett av de steg Lincoln och Guba (1985) presenterar för att styrka studiens pålitlighet är att genomföra ett slags revision där en extern granskare ges tillgång till vad de kallar *The audit trail* – ett slags ”pappersspår” – utifrån vilket studiens gång kan följas och återskapas. Författarna till föreliggande studie har i detta syfte sparat detta pappersspår, i form av projektplan, intervjuupptagningar, transkript, kondenseringar, analysutfall och anteckningar utifrån att en sådan granskning skulle påkallas. Denna granskning skulle också tjäna till att styrka studiens verifierbarhet (ibid).

### 8.1.3 Verifierbarhet

Sjöström och Dahlgren (2002) ifrågasätter om verifierbarhet är önskvärt vid en fenomenografisk studie. I resonemanget lyfts att kritik som många gånger riktas mot fenomenografiska studier är att andra forskare möjligen hade skapat andra beskrivningskategorier att sortera in variationerna av uppfattningar i. Beskrivningskategorierna är dock att se som en väsentlig del av studiens fynd och i egenskap av fynd är det inte nödvändigt att de går att återskapa (ibid). Därtill kan det argumenteras för att en ny analys med andra beskrivningskategorier som resultat skulle kunna komplettera snarare än bestrida föreliggande studie då fenomenografi syftar till att beskriva utifrån variation.

Ytterligare resonemang som rör kvalitativa studiers verifierbarhet kan föras. Analysen är en aktiv process från författarnas sida och även då försök görs att sätta förförståelsen åt sidan involveras författarnas tidigare erfarenheter, övrig förståelse för forskningsområdet och tyst kunskap, något som Varpio, Ajjawi, Monrouxe, O'Brien och Rees (2017) menar är ofrånkomligt och alltid kommer att ha en inverkan då studiers data tolkas. Tron på att helt kunna åsidosätta sin förförståelse beskrivs som en orimlig föreställning (ibid).

I föreliggande studie har allt ifrån följdfrågor under intervjuerna till de domäner och kategorier som skapats i samband med analysen kommit till genom en aktiv relation mellan författarna och materialet. Kvale och



Brinkmann (2009) beskriver detta som att kunskap skapas genom intersubjektivitet. Varpio et al. (2017) understryker att det är viktigt att ansvar tas för denna intersubjektivitet. Författarna till föreliggande studie har försökt att ta ansvar för den egna rollen genom att formulera metodbeskrivning så att det framgår att de haft en aktiv roll i studiens kunskapsbildning. Att påvisa var intersubjektivitet varit en faktor torde också kunna bidra till en förmåga att bedöma i vilken mån verifierbarhet finns.

#### 8.1.4 Överförbarhet

Författarna har försökt att återge en så utförlig beskrivning som möjligt av sitt tillvägagångssätt då studien genomfördes. Denna redogörelse är delvis ämnad att möjliggöra för läsaren att bedöma huruvida studien är möjlig att överföra på en annan kontext (Lincoln & Guba, 1985).

### 8.2 Resultatdiskussion

Föreliggande studie visar samband mellan språkbarriär och att patienten inte erhåller likvärdig vård som när gemensamt språk finns. Tonvikten i undersökningen av patienten ligger på vitala parametrar och en mer noggrann fysisk undersökning. Det ses som en utmanande del i mångt om mycket i det dagliga arbetet. För att överbygga språkbarriär används ofta anhörigtolk och icke-verbal kommunikation.

#### 8.2.1 Ett positivt synsätt

Föreliggande studie påvisar ambulanspersonalens uppfattningar kring språkbarriär och strategier för att överbygga kommunikationssvårigheten. Det vittnas som ett vanligt fenomen där informanterna är yrkesverksamma samt ett generellt positivt synsätt på dessa situationer. Språkbarriär i mötet med patienten uppfattas även som en utmaning och i de situationer som delgivits författarna har lösningar på ett eller annat sätt funnits. Nkulu-Kalengayi et al. (2012) menar att språkbarriären är ett stort hinder i mötet mellan vårdare och patient. Den växande mångfalden illustrerar utmaningarna inom hälso- och sjukvården (ibid), vilket bekräftades av informanterna.

#### 8.2.2 Inverkan på patientmötet

Den prehospitla vårdprocessen påverkas redan initialt av språkbarriären. När ambulanspersonalen får larmet påbörjas förberedelser om möjliga scenario. Vid oklarheter om utlarmningsorsak eller informationsluckor från larmcentralen kan det misstänkas att språkbarriär föreligger hos den nödställda patienten. Lindström, Heikkilä, Bohm, Castrén och Falk (2014) menar att utlarmningsinformationen i högre utsträckning innehåller otydlig, otillräcklig eller vilseledande information vid språkbarriär. Svårigheter att prioritera uppdraget hos larmcentralen kan även resultera i att patienten är betydligt mer sjuk än vad som uppges i utlarmningsinformationen.



Informanterna uppfattar att bedömningen av patienten blir lidande vid språkbarriär. Svårigheterna som påträffas med denna patientgrupp medför att extra noggrann fysisk undersökning utförs och fler kontroller tas. Tidigare forskning belyser att patienter med språkbarriär genomgår fler undersökningar för att viktig patientnära information inte ska missas (John-Baptiste et al., 2004). Detta kan härledas till patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659, kap 1) och dess krav på att främja hög patientsäkerhet och undvika att patienten kommer till skada.

Ambulanspersonalen uppfattar att den kliniska blicken har en mer betydelsefull roll i patientmötet då språkbarriär föreligger än annars. Melin-Johansson, Palmqvist och Rönnberg (2017) förklarar klinisk blick som en form av intuitiv bedömning där en uppfattning bildas utan medveten reflektion. Denna intuitiva förmåga beskrivs härstamma ur kunskap och erfarenhet.

Anamnesen får inte samma djup som när informanterna behärskar patientens språk och kan vara frikostig gällande frågor om patientens sjukdomshistorik och upplevelse. Det uttrycks oro över att missa viktig information. Detta resultat kan stödjas i studien av Gadon, Balch och Jacobs (2007) där vårdaren uttrycker oro över att inte få en klar bild av patientens medicinska historia och att inte ordentligt kunna informera om vidtagna åtgärder.

Informanterna hade liknande synsätt gällande hur vården påverkas negativt av språkbarriären. Patienterna har större risk för sämre vård då underlaget för bedömning och behandling kan vara bristfälligt. Det kan innebära fördröjningar och felaktig behandling vilket går i linje med tidigare forskning av John-Baptiste et al. (2004); van Rosse et al. (2016). Tate (2015) belyser även att ambulanspersonalen stannar längre tid i patientens miljö för att insamla all möjlig information, vilket också medför fördröjning till faktiskt vård (ibid). Patienter med språkbarriär riskerar att få sämre vård vilket står i motsättning till HSL (SFS, 2017:30) där målet är att ge vård på lika villkor till hela befolkningen.

Osäkerhet kring vidare handläggning av patienten uppfattas av informanterna. Det gällde oklarheter kring symtom och anamnes vilket gör att patienten övertriageras och oftare körs till akutmottagningen trots att det i vissa fall hade kunnat undvikas om kommunikationen varit tillfredsställande. Akutmottagningen blir på så sätt instansen som övertar ansvaret för patienten och för att hantera språkbarriären. Enligt Wireklint-Sundström, Annetorp, Sjöstrand och Vicente (2016) är detta tillvägagångssätt inte alltid optimalt för patienten där annan vårdnivå hade funnits mer lämplig. Vårdnivån ska enligt prioriteringsdelegationen (SOU 2001:8) anpassas efter vårdbehovet och vad som är mest ändamålsenligt för patienten (ibid). Övertriagering leder till ökad belastning på akutmottagningen och kan enligt Socialstyrelsen (2017) tillföra mer skada än nytta för vissa patienter som förs dit. Patienter kan



behöva vänta upp till fyra timmar för en läkarbedömning. Risker med detta beskrivs som ökad mortalitet, komplikationer, samhällskostnader och äventyrad patientsäkerhet. Att det föreligger sådana långa väntetider för patienter kan härledas till överbeläggningar (ibid) och grundat på resultatet i denna studie kan det också drabba andra patienter på akutmottagningen som är i mer behov av akutsjukvård än att enbart få hjälp med tolkhjälp. Detta går i linje med en studie av Soontorn, Sitthimongkol, Thosingha, och Viwatwongkasem (2018) där patienter som övertriageras tar resurser från faktiskt sjuka patienter och medför att sjukhuskostnader ökar.

När det föreligger språkbarriär kan det även bli utmanande att ta hänsyn till patientens delaktighet och därmed autonomin. Det kan enligt Sandman och Bremer (2016) medföra för patienten sviktande möjlighet att kunna agera utifrån sina önskemål kring sitt liv och att kunna fatta beslut därefter. För ambulanspersonalen innebär det att i möjligaste mån ha respekt för patientens autonomi och inom ramen för tillgängliga resurser finna andra vägar att ge vård som respekterar patientens autonomi.

Informanterna vittnar om denna patientgrupp som är svårare att nå via verbal kommunikation och använder mer utav den icke-verbala kommunikationen. Det vårdande samtalet kan ge uttryck i både verbalt och icke-verbalt kommunikation men blir såklart utmanande när den språkliga förmågan brister. Ekeberg och Dahlberg (2015) belyser dessa situationer när verbal kommunikation inte är möjlig. Det ordlösa samtalet får en betydligt större tonvikt i patientmötet vilket kräver uttalad öppenhet för patientens livsvärld och att verkligen se patienten och att försöka förstå rådande situation. Ambulanspersonalen är då mer lyhörd inför situationens uttryck, patientens kropp och till patientens utsagda ord.

När svårigheter att förstå patientens livsvärld råder blir delaktigheten lidande. Delaktighetens grund läggs i det vårdande samtalet och mötet vilket förhindras av språkbarriär. En ömsesidig dimension ses i delaktighet. Ambulanspersonalen strävar efter att bli delaktig i patientens situation genom att ta emot patientens berättelse och patienten blir delaktig genom att delge sin berättelse. Delaktighetsfenomenets kärna ligger i att patienten upplever sig vara en del av vårdprocessen genom att få veta vad som pågår och planerade åtgärder. Det är viktigt för ambulanspersonalen att vara lyhörd för vad patienten ger uttryck för och reagerar på (Ekeberg, 2015b).

Informanterna uttrycker svårigheter att skapa tillit hos patienten. Tillit skapas enligt Arman (2015) genom samtal och samspel mellan ambulanspersonalen och patienten och utgår från ömsesidig välvilja. Genom tilliten lägger patienten sig i vårdarens händer och det beskrivs att patienten är nödbedd att lita på ambulanspersonalen. Men det är inte alltid självklart för patienten att fullt ut känna tillit och trygghet (ibid), vilket vid språkbarriär kan bli påtagligt.



### 8.2.3 Strategier för att överbygga språkliga hinder

Språkbarriärer beskrivs av informanterna utgöra hinder för att utföra en optimal bedömning och att behandla patienters symtom och besvär. Samtliga informanter anpassade sig till situationen och beskrev hur strategier användes för att överbygga språkbarriären.

Att använda professionell tolk via telefon ansågs inte helt optimalt grundat på komplicerad logistik för att få tillgång och otillförlitlig översättning. Tate, Hodkinson, Meehan-Coussee och Cooperstein (2016) bekräftar detta resultat där blandade känslor råder om telefontolk. I vissa fall kan det vara positivt att få nödvändig information om patienten men även frustration över lång väntetid och osäkerheten i översättning (ibid).

Nkulu-Kalengayi et al. (2012) belyser osäkerheten att tolken översätter medicinska termer korrekt vilket har potentiell risk att vilseleda patient och vårdare (ibid). Patientens rätt till språktolk är inte direkt uttalad i lagstiftningen men det kan ha en avgörande betydelse för patienten att få vård på lika villkor, god vårdkvalitet och hög patientsäkerhet (Socialstyrelsen, 2016). Enligt Patientlagen (SFS 2014:821, kap 3, 1 §) ska patienten delges information om hälsotillståndet, undersökning, behandling och vård. Patienten har även rätt att få information om komplikationer och biverkningar. Informationen ska bland annat individuellt anpassas efter ålder, mognad och språklig bakgrund. Informationsgivaren ska så långt som möjligt försäkra sig om att patienten har förstått informationen och betydelsen av den (ibid). Detta återspeglas i kompetensbeskrivningen för ambulanssjuksköterska (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor, 2012).

I en studie av Ginde-Ashley, Sullivan, Corel, Caceres, Camargo Jr (2010) finns det uppfattningar från patienter att professionella tolkar fungerar bättre än anhörigtolk för att säkerställa korrekt informationsöverföring och upprätthålla intervju effektivitet. Ett flertal patienter i samma studie är bekväma med ett en vän eller anhörig tillhandahålls som tolk (ibid).

Informanterna använder sig ofta av anhörigtolk då det ofta verkar som ett bättre alternativ utifrån tids- och kvalitetsfaktorer, vilket är ett vanligt fenomen inom hälso- och sjukvården enligt Gadon et al. (2007) och Alm, Falk, Vicente och Lindström (2018). Även om det är mest kostnadseffektivt anses anhörigtolk inte vara lämpligt på grund av ofullständig och felaktig tolkning samt att det bryter konfidentialiteten. Det anses också olämpligt att barn ska behöva tolka åt vårdnadshavande då det kan innebära att känslig information behöver förmedlas (ibid).

Majoriteten av informanterna betonade vikten och betydelsen av att använda sin egen kropp för att skapa ett ömsesidigt språk vilket är enhetligt med en studie av Alm et al. (2018). Det är nödvändigt att finna andra vägar än den verbala kommunikationen vid språkbarriär (ibid). Att vårda utan språket är en utmaning och kräver ökad kreativitet hos vårdaren (Ekeberg & Dahlberg,



2015). Några av informanterna beskrev i intervjuerna med glädje hur denna utmaning är givande och rolig, att tänka utanför boxen och att individuellt anpassa strategierna till patienten framför sig.

Resultatet avslöjar både för- och nackdelar med att veta några ord och fraser på patientens språk. I vissa fall kan det inge trygghet och vara respekt-  
ingivande vilket går i linje med tidigare forskning (Alm et al., 2018; Tate, 2015). Informanterna menar även att det kan medföra att patienten får övertro att vårdaren kan deras språk och därmed kan missförstånd uppstå.

Alm et al. (2018) redovisar även att röstläget kan skapa känsla av förtroende och säkerhet även om det inte finns något gemensamt språk. Lugn och mjuk röst och ett vänligt kroppsspråk kan vara betydelsefullt för dessa patienter.

Några informanter hade förbättringsförslag gällande att överbygga språkbarriär. Förslag framlades om att tillföra översättningsprogramvara, med bättre funktionalitet än den i nuläget tillgängliga, till de datorer som används i ambulanserna. Några informanter föreslog bildstöd vilket går i linje med tidigare forskning av Tate et al. (2016).

## 8.2.4 En del av ett komplext förhållande

Språkbarriären är en faktor varför kommunikationen inte blir tillfredsställande men det finns flera barriärer att ta hänsyn till. Dessa barriärer kan förstärka varandra.

Informanterna nämner andra barriärer som nedsatt hörsel, kognitiv svikt, kulturella skillnader och utbildning. I alla lägen råder det en utmaning att på bästa sätt få förståelse kring patientens livsvärld och upplevelser. Oavsett barriär så krävs lyhördhet och ödmjukhet inför situationen. Det krävs fokus på att lyssna in vem patienten är, vilket språkbruk patienten har och vilken förståelse för sjukdomssituationen patienten ger uttryck för (Ekeberg & Dahlberg, 2015). Är patienten medvetandesänkt finns det ett visst bedömningssätt för ambulanspersonalen att förhålla sig till, vilket också kräver ett detektivarbete för att utreda orsaken (Bolander, Svensson & Sarlöv, 2016).

Patientens utbildningsnivå kan även påverka hur informationen om behandling och vård tas emot. Högutbildade migranter sägs vara mer kunniga om kroppen och vissa sjukdomar och kan därmed förstå mer komplicerade situationer. Migranter med låg utbildningsnivå kan ha svårare att tillgodogöra sig information. Det kan även vara utmanande att ge information till denna patientgrupp, även när det inte föreligger språkbarriär (Nkulu-Kalengayi et al. 2012).



## 9 Slutsatser

Föreliggande studie belyser de hinder som uppstår då ambulanspersonal och patient inte talar samma språk, hur det påverkar patientmötet och den vård som ges samt hur ambulanspersonalen ser på möjligheter att överkomma hindret.

I studien kan ett samband mellan språkbarriär och försämrad vård utläsas. Bristfällig kommunikation innebär att patienten riskerar att inte få lika vård på lika villkor, vilket är en lagstadgad rätt i det svenska samhället. Det är därför viktigt att resurser ägnas åt att finna lösningar.

Ambulanspersonal agerar pragmatiskt och lösningsorienterat, i tidskritiska situationer, för att tillvarata patientens intressen och leverera säker vård. Ambulanspersonalen agerar självständigt och har begränsad tillgång till stöd i sina beslut vilket ökar ansvarsbördan. Högre krav måste ställas på de hjälpmedel som finns tillgängliga då uppfattas vara undermåliga.

Kvalitetssäkrad översättningsprogramvara, bildstöd samt mer effektiv tolktjänst efterfrågas för att underlätta kommunikationen.

Ytterligare forskning, som belyser patientens perspektiv, hade tillsammans med denna och liknande studier kunnat ge en helhetsbild. En sådan helhetsbild hade kunnat användas för att utforma utbildning och hjälpmedel i syfte att underlätta kommunikationen mellan ambulanspersonal och patient då språkbarriär föreligger.

Studien kan vidare användas för att skapa medvetenhet, hos blivande kollegor och beslutsfattare, kring de risker som språkbarriär medför och de utmaningar ambulanspersonal ställs inför.



## 10 Referenser

Alm, A.B., Falk, A.C., Vicente, V., & Lindström, V. (2018). Prehospital emergency care nurses' strategies while caring for patients with limited Swedish-English proficiency. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3966-3705. doi:10.1111/jocn.14484

Andersson-Hagiwara, M., Suserud, B.O., Andersson-Gäre, B., Sjöqvist, B.A., Henricson, M., & Jonsson, A. (2014). The effect of a computerised decision support system (CDSS) on compliance with the prehospital assessment process: results of an interrupted time-series study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 14(70). doi:10.1186/1472-6947-14-70

Andersson-Hagiwara, M., & Wireklint-Sundström, B. (2016). Den prehospitala vårdprocessen. I Suserud, B-O., & Lundberg, L. (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (andra upplagan, s. 179-210). Stockholm: Liber.

Arman, M. (2015). Närhetsetik för vårdande. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande*. (första upplagan, s. 111-118). Stockholm: Liber.

Azam-Ali, P., & Watson, R. (2017). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1152-1160. doi:10.1111/jocn.14204

Bauer, A.M., & Alegría, M. (2010). The impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: A systematic review. *Psychiatric Services*, 61(8), 765-773. doi:10.1176/appi.ps.61.8.765

Bell, J. (2014). *Introduktion till forskningsmetodik* (femte upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Bjerså, K., Forsberg, A., & Fagevik-Olsén, M. (2011). Perceptions of complementary therapies among Swedish registered professions in surgical care. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 17, 44-49. doi:10.1016/j.ctcp.2010.05.004

Blomstedt, K., Nilsson, H., & Johansson, A. (2013). The public's perception of prehospital emergency care in the County of Skane, southern Sweden. *International Emergency Nursing*, 21(2), 136-142. doi:10.1016/j.ienj.2012.05.004

Bremer, A. (2016). Dagens ambulanssjukvård. I Suserud, B-O., & Lundberg, L. (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (andra upplagan, s. 48-64). Stockholm: Liber.



- Bolander, R., Svensson, L. & Sarlöv, C. (2016). Medvetande. I Suserud, B.O. & Lundberg, L. (Red.), *Prehospital akutsjukvård*. (andra upplagan, s. 350-386). Stockholm: Liber.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis* (första upplagan). Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlgren, L.O. & Johansson, K. (2015). Fenomenografi. I Fejes, A. & Thornberg, R. (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (andra upplagan, s. 162-175). Stockholm: Liber.
- Divi, C., Koss, R.G., Schmaltz, S.P., & Loeb, J.M. (2007). Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(2), 60-67. doi:10.1093/intqhc/mzl069
- Ekebergh, M. (2015a). Att förstå patienten ur ett livsvärldsperspektiv. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande*. (första upplagan, s. 66-75). Stockholm: Liber.
- Ekebergh, M. (2015b). Vårdande möten. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande*. (första upplagan, s. 122-128). Stockholm: Liber.
- Ekeberg, M. & Dahlberg, K. (2015). Vårdande och lärande samtal. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande*. (första upplagan, s. 129-144). Stockholm: Liber.
- Gadon, M., Balch, G-I., & Jacobs, E-A. (2007). Caring for Patients with Limited English Proficiency: The Perspectives of Small Group Practitioners. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 341-346. doi:10.1007/s11606-007-0311-4
- Ginde-Ashley, A., Sullivan, F., Corel, B., Caceres, J.A., & Camargo Jr, C.A. (2010). Reevaluation of the effect of mandatory interpreter legislation on use of professional interpreters for ED patients with language barriers. *Patient Education and Counseling*, 81(2), 204-206. doi:10.1016/j.pec.2010.01.023
- Grow, R.W., Sztajnkrzyer, M.D., & Moore, B.R. (2008). Language barriers as a reported cause of prehospital care delay in Minnesota. *Prehospital Emergency Care*, 12(1), 76-79. doi:10.1080/10903120701709878
- Gårdelöv, B. (2016). Ambulanssjukvårdens utveckling i Sverige. I Suserud, B-O. & Lundberg, L. (Red.), *Prehospital akutsjukvård*. (andra upplagan, s. 40-47). Stockholm: Liber.
- Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52(4), 276-285. doi:10.1111/j.1466-7657.2005.00418.x



*Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats: [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)

John-Baptiste A, Naglie G, Tomlinson G, Alibhai S. M. H, EtcHELLS E, Cheung A, ... Krahn, M. (2004). The effect of English language proficiency on length of stay and in-hospital mortality. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 221–228. doi:10.1111/j.1525-1497.2004.21205.x

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.

*Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460). Hämtad från Riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460?fbclid=IwAR2dQRGBsaIZwjqlD\\_vESIY9QeEIUt1GrOHzf7977sPJ0ZE10jdjCPP\\_\\_PE](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460?fbclid=IwAR2dQRGBsaIZwjqlD_vESIY9QeEIUt1GrOHzf7977sPJ0ZE10jdjCPP__PE)

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, California: Sage.

Lindström, V., Heikkilä, K., Bohm, K., Castrén, M., & Falk, A-C. (2014). Barriers and opportunities in assessing calls to emergency medical communication centre - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 22(61). doi:10.1186/s13049-014-0061-3

Melin-Johansson, C., Palmqvist, R., & Rönnberg, L. (2017). Clinical intuition in the nursing process and decision-making - A mixed-studies review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 3936-3949. doi:10.1111/jocn.13814

Nationalencyklopedin. (u.åa). Barriär. /uppslagsverk (hämtad 2019-02-12)

Nationalencyklopedin. (u.åb). Språk. /uppslagsverk (hämtad 2019-02-12)

Nilsson, B. & Waldemarson, A.K. (2007). *Kommunikation – samspel mellan människor* (tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Nilsson, M., Persson, L-O. & Forsberg, A. (2008). Perceptions of experiences of graft rejection among organ transplant recipients striving to control the uncontrollable. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2408–2417. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02364.x

Nilsson, T., & Lindström, V. (2016). Clinical decision-making described by Swedish prehospital emergency care nurse students – An exploratory study. *International Emergency Nursing*, 27, 46-50. doi:10.1016/j.ienj.2015.10.006



Nkulu Kalengayi, F.K, Hurtig, A.K., Ahlm, C., & Ahlberg, B.M. (2012). "It is a challenge to do it the right way": an interpretive description of caregivers' experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden. *BMC Health Services Research*, 12. doi:10.1186/1472-6963-12-433

Nyström, M. & Herlitz, J. (2016). Möte mellan två kunskapsområden. I Suserud, B-O., & Svensson, L (Red.), *Prehospital akutsjukvård*. (andra upplagan, s. 17-25). Stockholm: Liber.

*Patientsäkerhetslag* (2010:659). Hämtad från [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

*Patientlag* (2014:821). Hämtad från Riksdagens webbplats: [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

Riksföreningen för ambulanssjusköterskor, RAS (2012). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård*. Hämtad 2019-01-04 från [http://ambssk.se/wp-content/uploads/2016/10/ras\\_komp\\_bskr\\_ambssk2012.pdf](http://ambssk.se/wp-content/uploads/2016/10/ras_komp_bskr_ambssk2012.pdf)

Sahlsten, M.J.M., Larsson, I.E., Sjöström, B., & Plos, K.A.E. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 23, 490-497. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00649.x

Sandman, L. & Bremer, A. (2016). Etik inom ambulanssjukvården. I Suserud, B.O. & Lundberg, L. (Red.), *Prehospital akutsjukvård*. (andra upplagan, s. 26-39). Stockholm: Liber.

Sjöström, B., & Dahlgren, L.O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40(3), 339–345. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02375.x

Socialstyrelsen. (2016). *Tolkar för hälso- och sjukvården och tandvården*. Hämtad 2019-03-11 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20184/2016-5-7.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*. Hämtad 2019-03-26 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20493/2017-2-16.pdf>



Soontorn, T., Sitthimongkol, Y., Thosingha, O., & Viwatwongkasem, C. (2018). Factors Influencing the Accuracy of Triage by Registered Nurses in Trauma Patients. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(2), 120-130.

Tate, R.C. (2015). The Need for More Prehospital Research on Language Barriers: A Narrative Review. *The Western Journal of Emergency*, 16(7), 1094-1105. doi:10.5811/westjem.2015.8.27621

Tate, R.C., Hodkinson, P.W., Meehan-Coussee, K., & Cooperstein, N. (2016). Strategies used by prehospital providers to overcome language barriers. *Prehospital Emergency Care*, 20(3), 404-414. doi:10.3109/10903127.2015.1102994

van Belle, E., Zwakhalen, S.M.G., Caris, J., van Hecke, A., de Waal, G.H., & Heinen, M. (2017). Tailoring of the tell-us card communication tool for nurses to increase patient participation using intervention mapping. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 621-630. doi:10.1111/jocn.13968

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. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012

Varpio, L., Ajjawi, R., Monrouxe, L. V., O'Brien, B. C., & Rees, C. E. (2017). Shedding the cobra effect: problematising thematic emergence, triangulation, saturation and member checking. *Medical Education*, 51, 40-50. doi:10.1111/medu.13124

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2019-01-10 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Waks, C. (2009). The persistence of the audit culture: supervision within Swedish ambulance services. *The international Journal of Public Sector Management*, 22(1), 35-45. doi:10.1108/09513550910922388

Wihlborg, J. (2017). *The ambulance nurse, Aspects on competence and education*. (Doktorsavhandling, Lund University, Lund).

Wihlborg, M. (2017). Fenomenografi. I Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (tredje upplagan, s. 107-126). Lund: Studentlitteratur.

Wireklint-Sundström, B., Annetorp, M., Sjöstrand F. & Vicente, V. (2016). Optimal vårdnivå för multisjuka äldre. I Suserud, B-O., & Svensson, L (Red.), *Prehospital akutsjukvård*. (andra upplagan, s. 263-277). Stockholm: Liber.



Yates, C., Partridge, H. L., & Bruce, C. S. (2012). Exploring information experiences through phenomenography. *Library and Information Research*, 36(112), 96-119. doi:10.29173/lirg496



## Bilaga 1

### Intervjuguide

Kön

Ålder

Yrkestitel

Antal år inom ambulans

Berätta om en situation när du ställts inför att du och patienten inte talat samma språk

Kan du berätta hur du tänker kring denna situation?  
Hur påverkade språkbarriären bedömningen av patienten?  
Hur påverkades vården du gav?  
Vad gjorde du för att överkomma språkbarriären?  
Hur skulle du gjort idag om du hamnade i samma situation?

Kan du berätta mer om...?  
Vill du utveckla...?  
Hur ser du på att...?

Har du något ytterligare att tillföra?



## Bilaga 2

### Etisk egengranskning

Följande frågor ska besvaras av sökande och godkännas av handledare.

		Ja	Kanske	Nej
1	Avser undersökningen att behandla känsliga personuppgifter (dvs. behandla personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening eller som rör hälsa eller sexualliv).			x
2	Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på deltagarna (även sådant som inte avviker från rutinerna men som är ett led i studien)?			x
3	Är syftet med undersökningen att fysiskt eller psykiskt påverka deltagarna (t.ex. behandling av övervikt) eller som innebär en uppenbar risk att påverka?			x
4	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			x
5	Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, person med demenssjukdom eller psykisk funktions-nedsättning, personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?			x
6	Avses vetenskaplig publicering såsom vid konferens eller i vetenskaplig tidskrift efter studiens genomförande.			x
7	Kommer personregister upprättas (där data kan kopplas till fysisk person) och anmälas till registeransvarig person (GDPR- ansvarig).	x		
8	Syftet och metoden är väl avvägt gällande risk-nytta samt anpassat till nivån på studien.	x		
9	I den skriftliga informationen beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess syfte och uppläggning (inklusive vad som krävs av den enskilde, t.ex. antal besök, projektlängd etc.) och på så sätt att alla detaljer som kan påverka beslut om medverkan klart framgår. (För studier med deltagare under 15 år krävs vårdnadshavares godkännande t ex vid enkäter i skolklasser.)	x		
10	Deltagandet i projektet är frivilligt och detta framgår tydligt i den skriftliga informationen till forskningsperson. Vidare framgår tydligt att deltagare när som helst och utan angivande av skäl kan avbryta försöket utan att detta påverkar forskningspersonens omhändertagande eller behandling eller, om studenter, betyg etc.	x		
12	Det finns resurser för genomförande av projektet och ansvariga för studien är namngivna (student och handledare)	x		



## Bilaga 3

Information till deltagande i studien *Ambulanspersonalens uppfattningar av språkbarriär*

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård vid Linnéuniversitetet i Växjö. Som en del i denna utbildning ingår ett examensarbete på avancerad nivå omfattande 15 högskolepoäng.

Sverige har de senaste decennierna genomgått en demografisk förändring där det mångkulturella samhället etablerats. Variationen av språk uppgår till cirka 200 i Sverige och för allt fler är svenska eller engelska språket främmande.

Att få en korrekt anamnes och bedömning utgör grunden för vidare vård och omvårdnad. Vid bristande kommunikation möter både ambulanspersonalen och patienten svårigheter att förstå varandras livsvärld och tryggheten hotas. Forskning visar att språkbarriär medför patienten minskad delaktighet, patientsäkerhet och ökat vårdlidande.

Syftet med examensarbetet är att utforska ambulanspersonalens erfarenheter av och strategier för att överbrygga språkbarriären. Detta kan generera kunskaper för ett bättre omhändertagande av dessa patienter och därmed ökad patientsäkerhet för en utsatt grupp.

Metoden för examensarbetet är kvalitativ intervju och vi önskar nu din medverkan. Inklusionskriterier för deltagande är minst två års yrkesverksamhet inom ambulanssjukvård.

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Intervjumaterial såsom ljudupptagningar och transkriptioner kommer att koda för att skydda informanterna. Kodnycklar och ljudupptagningar kommer att destrueras efter godkänd examination. Studien kommer att publiceras i DIVA, en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten.

Vi önskar härmed Ditt samtycke att delta i vår studie.

Hälsningar

.....  
Helena Lisborg  
Leg. Sjuksköterska  
Specialistsjuksköterskeprogrammet  
med inriktning mot ambulanssjukvård  
E-post: hl222xi@student.lnu.se  
Mobil:

.....  
Benjamin Palm  
Leg. Sjuksköterska  
Specialistsjuksköterskeprogrammet  
med inriktning mot ambulanssjukvård  
E-post: bp222dm@student.lnu.se  
Mobil: