

Prehospitalt omhändertagande av patienter
med annat språk och kulturell bakgrund

Jesper
Andersson
Robert Svärd

**Specialistsjuksköterska, Ambulanssjukvård
2017**

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap



Prehospitalt omhändertagande av patienter med annat språk
och kulturell bakgrund

Prehospital treatment of a patients with different language
and cultural background

Jesper Andersson och Robert Svärd

Institutionen för hälsovetenskap

Avdelningen för omvårdnad

O7031H, Examensarbete inom ambulanssjukvård 15 hp

Vårterminen 2017

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård 60 hp.

Handledare: Stefan Sävenstedt

Kursansvarig: Åsa Engström

Abstrakt

På senare år har strömmen av människor som flyr undan konflikt ökat markant. Det stora flertalet som söker sig till Sverige har en annan kulturell bakgrund med skilda värderingar och traditioner än den svenska. De har ofta ett modersmål som innebär svårigheter att kommunicera. En sviktande hälsa eller andra livshändelser gör att en stor del av dessa människor söker kontakt med den svenska sjukvården och då främst ambulanssjukvården eftersom de har fått information om det svenska nödnumret 112. Ambulanssjuksköterskors möten med människor som har en annan kulturell bakgrund eller där språket försvårar kommunikationen har blivit allt vanligare. *Syftet* med denna studie var att beskriva ambulanssjuksköterskors upplevelser av sitt prehospitla omhändertagande när språket eller den kulturella skillnaden är en begränsning. Nio personer intervjuades, alla var anställda som ambulanssjuksköterskor med erfarenhet att möta dessa patienter. *Datainsamlingen* utfördes med hjälp av semi-strukturerade intervjuer och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. *Analysen* gav slutgiltigt två huvudkategorier: ”*Språket som begränsning*” och ”*Kulturella begränsningar*” samt sju kategorier. *Resultatet* visar att den kontext som ambulanssjuksköterskan verkar inom på många sätt är extrem och utsatt, där snabba beslut ibland måste fattas med hjälp av mycket bristfällig eller helt utebliven information och möjlighet till stöd. Svårigheter att kommunicera med patient och närstående tillsammans med kulturella skillnader skapar många gånger frustration hos de inblandade men det beskrevs även hur berikande dessa möten kan vara. Erfarenheter och därigenom nya sätt att hantera dessa situationer var talande för flertalet av deltagarna. En tydlig önskan om att öka sin kunskap inom detta område, att bli mer kulturellt kompetent, var återkommande. En *slutsats* som kan dras är att ytterligare kulturell utbildning för ambulanssjuksköterskorna samt tolkhjälp skulle bidra till en god kommunikation med patienterna. Ambulanssjuksköterskorna skulle ha större möjlighet att ge information på ett kulturellt anpassat sätt om de fick en ökad kulturell kompetens.

Nyckelord: Språk, kommunikation, kulturell skillnad, strategier, ambulanssjuksköterskor, omhändertagande, kvalitativ innehållsanalys.

Key words: Language, communication, cultural difference, strategies, emergency nurses, care taking, qualitative content analysis

Innehållsförteckning

Abstrakt	2
Bakgrund	4
Rational	6
Syfte	7
Metod	7
Design.....	7
Urval och deltagare.....	7
Procedur.....	8
Datainsamling	8
Dataanalys	9
Etiska överväganden.....	9
Resultat	11
Språket som begränsning	11
Begränsar anamnestagning och bedömning	11
Strategier för att överkomma språkförbistringar	12
För- och nackdelar med hjälp av närstående	13
Behov av professionell tolkhjälp	14
Kulturella begränsningar	14
Förstå andras sjukdomsyttningar.....	14
Respektera kulturell skillnad ur ett genusperspektiv	15
Behov av kulturell kompetens	17
Diskussion	17
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion.....	25
Slutsats	27
Referenser	29
Bilaga 1	32
Bilaga 2	33
Bilaga 3a	35
Bilaga 3b	37

Bakgrund

Statistik

Sverige har blivit mer mångkulturellt genom åren och den tilltagande flyktingströmmen gör att sjukvården står inför nya utmaningar då det blir fler människor som inte har svenska som modersmål. Många av dessa söker sjukvård och det ställer högre krav på vårdpersonal då kommunikationen blir en barriär att övervinna.

Enligt Migrationsverkets statistik för 2014, ansökte 626 000 personer om asyl inom EU/EES och Sverige blev det näst största mottagarlandet år 2015 inom EU med cirka 163 000 asylsökande. Aktuell statistik visar på att antalet asylsökande från världens alla länder till Sverige under år 2006, var cirka 24300 personer. År 2015 hade antalet ökat till 162800 personer som sökte asyl. Enligt migrationsverkets prognos för 2017 kommer mellan 25 000 och 45 000 personer att söka asyl i Sverige under året. Prognosen för 2018 är 25 000–65 000 asylsökande. Båda dessa prognoser antyder dock att en minskning håller på att ske (Migrationsverket, 2017).

Kommunikation

Jirwe, Gerrish och Emami (2010) säger att kommunikation är en grundläggande del i vårdandet, det är den faktor som avgör hur tillfredsställd patienten är samt hur kvaliteten på vården blir. Patienten anser att sjuksköterskan ska ta sig tid att via kommunikation lära känna patienten, förstå deras behov och tills sist informera dem. Kommunikationen är inte bara en språklig komponent utan kan omfatta flera saker; tolkning, tonläge, kroppsspråk och ansiktsuttryck är några av dessa mycket viktiga komponenter i samtalet. Utmaningen blir än mer påtaglig då patienten dessutom har en annan kulturell bakgrund än sjuksköterskan och dessutom inte pratar samma språk. Språkbarriären kan utgöra ett hinder för invandrare när de ska förstå vilken vårdnivå de ska söka, när de ska kommunicera vilka behov de har och i slutändan förstå vad de har för möjligheter till vård. När språket utgör ett hinder mellan sjuksköterskan och patienten mynnar det ofta ut i en otillräcklig information och en dålig kvalitet på vården. Detta är en problematisk situation då dessa patienter kanske redan upplever sig sårbara och oroliga över den sjukdom de har.

Jirwe et al. (2010) skriver att ett vanligt sätt att försöka övervinna dessa situationer är att använda en närstående till att översätta istället för att använda en professionell tolk, orsaken till det är ofta att det besvärligt och tidskrävande att ordna tolkservice. I de fall det inte finns

någon som kan översätta används istället icke-verbal kommunikation genom bilder eller kroppsspråk.

McCarthy, Cassidy, Graham och Tuohy (2013) skriver att kommunikationen med människor som inte delar huvudspråk är en utmaning för sjuksköterskor. De uttrycker en oro över sin förmåga att kunna tillgodose och utföra basala omvårdnadsåtgärder. Människor med annan nationalitet och kulturell bakgrund har precis som alla andra behov av sjukvård, det är en stor utmaning för vårdpersonalen att ge optimal vård när språket utgör ett hinder. Det är ett faktum att en försämrad kommunikation kan påverka resultatet av vården för patienten.

Jacobs, Chen, Karliner, Agger-Gupta och Mutha (2006) menar att språket är en hörnsten i kommunikationen och kvaliteten av kommunikationen har en direkt inverkan på värdet av den vård som ges. Patienter som inte kan ta till sig information på grund av språkskillnader har en sämre förståelse för vilken behandling de får men även att de har minskad förståelse för hur rekommenderad behandling ska följas.

Briscoe och Lavender (2009) skriver att en identifierbar barriär uppstår när sjuksköterskan och patienten inte delar samma språk, det utgör ett hinder att kommunicera med patienten för att förstå deras behov och vilken vård eller behandling de behöver och vilka möjligheter som finns. Briscoe och Lavender (2009) säger också att dålig kommunikation ofta resulterar i bristande förståelse hos patienten av deras problem och vilka behandlingsmöjligheter som finns, detta utgör i slutändan en skadlig inverkan på deras hälsa. Strijk, van Meijel och Gamel (2010) anser att språket spelar en stor roll i kommunikationen, sjuksköterskan måste därför i många fall använda sin erfarenhet och intuition i beslutet av vilken vård som ska ges.

Begränsad kunskap

Hultsjö och Hjelm (2005) menar i sin studie att problem ofta uppstår i vården av asylsökande, de kan uppföra sig annorlunda på grund av de kulturella skillnader som finns men även det hinder som språket utgör. Ambulanspersonal säger att asylsökande ofta har en begränsad kunskap om hur den svenska sjukvården fungerar och att den här patientkategorin ringer mer frekvent till SOS Alarm. På grund av språksvårigheter mellan SOS Alarm och asylsökande fick ambulansen många ”icke akuta” larm. Akutpersonalen upplever ofta problem i hur man skulle hantera patienters beteende relaterat till kulturella skillnader, det är mer påfrestande att ta beslut om asylsökande som inte kan svenska, om de är i behov av akutsjukvård eller inte. Hultsjö och Hjelm (2005) menar också att det är svårt att bedöma hur allvarlig en sjukdom är på grund av ett avvikande beteende, det oförväntade beteendet hos patienten eller närstående

kan vara ett bekymmer för personalen. Asylsökande har ofta ett mer intensivt uttryck i sin kommunikation, både hur de uttrycker sig verbalt och icke-verbalt. Kommunikationsbarriärer skapar problem i utbytet av information mellan personal och patient men även bedömningen av patienten försvåras.

Nielsen och Birkelund (2009) skriver i en dansk studie att det första sjuksköterskan tänker på i mötet med en patient från en etnisk minoritet är om de förstår språket. Ofta skapar det irritation och upplevs mer tidsödande när kommunikationen inte fungerar, resultatet blir att tiden för att vårda andra patienter minskar.

Tuohy, McCarthy, Cassidy och Graham (2008) menar att kulturella skillnader påverkar arbetet, språkbarriärer och uppfattningar om människor med annan kulturell bakgrund, vilket inverkar på den professionella yrkesutövningen. Vanligtvis använder sig sjuksköterskan av humor och småprat som en kommunikationsstrategi för att lätta upp stämningen men på grund av språkbarriären hämmas de i sin roll. Patienterna blir lätt missförstådda när de inte kan språket eller förstår språket, det gör att mycket av information går förlorad i bedömningen och planeringen av vården. Utbildning till personalen, mer resurser och nyttjande av tolkservice är saker som kan främja vården av patienter med en annan kulturell bakgrund.

Rational

Att försöka överbrygga den barriär som grundar sig i språkskillnader eller som kan bero på kulturella olikheter, skilda från våra egna samhällsnormer, blir allt viktigare i takt med den ökade inflyttningen från övriga delar av världen till Sverige. Cang-Wong, Murphy & Adelman (2009) säger att stress kan uppkomma då sjuksköterskan inte kan utföra den vård som förväntas av dem, om de är oförberedda att möta patienter med annan kulturell bakgrund är risken stor att situation blir stressande. Sjuksköterskan bör ha en viss mån av kulturell känslighet och visa respekt för det som är annorlunda och försöka förstå skillnaderna. Kommunikation är en av de centrala delarna i vården och är därför en stor utmaning i det mångkulturella mötet. Enligt 2§ paragrafen i Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) så är målet för hälso- och sjukvården 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. Denna studie behövs för att belysa och öka förståelsen för ambulanssjuksköterskornas upplevelse i mötet med patienter från andra länder, där språk och kulturella skillnader kan utgöra ett hinder i omhändertagandet. I den prehospitla miljön finns inte tillgång till tolk och beslut ska fattas på vaga grunder. Författarna av den här studien

menar att det finns få studier inom ämnet som belyser det prehospitala mötet med patienter där kulturella och kommunikativa begränsningar finns. Problemet är känt sedan tidigare inom vården men studierna som finns är gjorda inom andra specialiteter.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva hur ambulanssjuksköterskor upplever det prehospitala omhändertagandet av patienter när språket eller den kulturella bakgrunden är en begränsning.

Metod

Design

Eftersom det var ambulanssjuksköterskors upplevelse som vi ville studera så valde vi att använda oss av en kvalitativ studiedesign. Polit och Beck (2012, s. 139) beskriver att en kvalitativ studie fokuserar på den upplevda erfarenheten hos studiedeltagaren. I en kvalitativ studie analyseras aspekter ur deltagarens liv och erfarenheter och vi valde därför att göra en intervjustudie. Polit och Beck (2012, s. 188) menar att intervjuer används som en metod för datainsamling då forskaren vill undersöka personers upplevelser, man försöker få fram känslan inom det undersökta området. Polit och Beck (2012, s. 487) säger att kvalitativa studier beskriver ett holistiskt synsätt där forskarna vill förstå helheten av vad deltagaren berättar.

Urval och deltagare

Urvalet av deltagare gjordes genom ett bekvämlighetsurval. Enligt Polit och Beck (2012, s. 516) så är bekvämlighetsurvalet ett enkelt och effektivt sätt att inhämta data och lämpar sig väl då deltagarna i studien hämtas från den egna verksamheten eller en specifik organisation. De personer som ingick i studien var alla verksamma som ambulanssjuksköterskor inom ambulanssjukvården Region Norr. Inklusionskriterierna för att delta i studien var att personen hade en tillsvidareanställning som specialistsjuksköterska, oberoende av kön eller ålder och arbetade inom ambulanssjukvården i Region Norr. Sammanlagt intervjuades sex män och tre kvinnor mellan 30-46 år. Deras arbetslivserfarenhet från ambulansen varierade mellan 3-20 år. Alla var sjuksköterskor med specialistutbildning inom ambulanssjukvård, intensivvård eller anestesijukvård.

Procedur

Innan deltagarna av studien tillfrågades skickades en förfrågan om godkännande av studien till verksamhetschefen för akut omhändertagande, enligt bilaga 2. Efter godkännande kontaktades respektive enhetschef för de olika ambulansstationerna. De specialistsjuksköterskor som sedan matchade inklusionskriterierna kom sedan muntligen och skriftligen att informeras om studien (bilaga 3a). Varje deltagare fick lämna sitt godkännande skriftligt genom att besvara svarstalongen (bilaga 3b) i samband med intervjun. Alla deltagare informerades om att studien var frivillig och kunde avbrytas när som helst. Deltagarna kunde även förvänta sig att deras svar skulle behandlas strikt konfidentiellt och att deras rätt till integritet bevarades genom hela processen. Tid och plats för intervjun planerades i samråd mellan författaren av studien och deltagaren. Platsen var enskild där risken för att bli störd var minimal. Deltagarna informerades även att båda författarna av studien skulle delta vid intervjutillfället.

Datainsamling

Vi tillfrågade sammanlagt 10 ambulanssjuksköterskor och det resulterade i att totalt 9 personer valde att delta i studien, en person valde att avstå på grund av personliga skäl. Intervjuernas längd varierade mellan 30-45 min. Enligt Polit och Beck (2012, s. 521) finns det inga tydliga regler för hur stor mängd data som behövs, nyckeln är att insamla så mycket fördjupad data att det kan belysa mönster, kategorier och dimensioner av det fenomen man studerar. Vi använde oss av semi-strukturerade intervjuer, denna form används enligt Polit och Beck (2012, s. 537) när man har ett ämne man vill studera där frågorna finns men man inte kan förutse svaren. Intervjuaren förbereder frågor i ämnet och är den som sedan får deltagaren att berätta fritt utifrån ämnet med egna ord. Frågor där svaret endast ger ett ja eller nej undviks och istället ges deltagaren möjlighet svara så detaljerat de önskar inom det ämne som studeras. Kvale och Brinkmann (2014, s. 142) skriver att intervjuer bör väljas när man vill få fram mänskliga aspekter och erfarenheter om ett visst ämne, när man vill få svar på hur något är upplevt av personen som de varit med om.

En intervjuguide användes som mall för intervjuerna och finns bifogad i bilaga 1. Innan första intervjutillfället ägde rum valde vi att genomföra en pilotintervju, detta för att se att de frågor vi ställde och de svar vi fick motsvarade syftet med vår studie. Vid intervjutillfället var båda författarna närvarande. Intervjuerna spelades in digitalt, namn eller personuppgifter fanns inte med i transkriberingen eller datainsamlingen. Varje intervju kodades med en bokstav för att

avidentifiera personerna. Insamlade datan var endast tillgänglig för författarna av studien. All data som samlats in kommer raderas när studien är klar och godkänd.

Dataanalys

Eftersom vi undersökte personernas upplevelse valde vi att använda oss av en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Den kvalitativa innehållsanalysen är en bra metod att använda när man ska analysera kvalitativa data enligt Polit och Beck (2012, s. 564) De menar att processen kan identifiera mönster och teman i den data som samlats in. Graneheim och Lundman (2004) beskriver vidare att en kvalitativ innehållsanalys ger forskaren en djupare förståelse för ämnet eftersom analysen blir en process där det hela tiden finns en kommunikation mellan forskaren och texten. Genom att transkribera och granska texten systematiskt i flera steg riskerar man inte att kärnan i materialet går förlorad. Analysen genomfördes tillsammans av författarna av studien. Intervjuerna lästes i sin helhet flera gånger och efter det började meningsbärande textenheter som svarade mot syftet att tas ut. Textenheterna kondenserades sedan efter budskap och preliminära kategorier skapades utifrån skillnader och likheter i innehållet. De textenheter som togs ut kodades med bokstäver för att kunna spåras tillbaka till intervjun. Kategorierna har analyserats i flera steg för att slutligen komma fram till två huvudkategorier med sammanlagt 7 kategorier (underkategorier).

Etiska överväganden

En forskningsetisk ansökan skickades in till den etiska kommittén vid institutionen för hälsovetenskap Luleå tekniska universitet. När den ansökan var godkänd startade insamlingen av data. Den högsta nivån av anonymitet uppstår när forskaren inte längre kan knyta deltagaren till deras respektive data. Forskaren skall alltid, när det så är möjligt, eftersträva anonymitet (Polit & Beck, 2012, s. 162).

De etiska övervägandena i denna studie var att intervjupersonerna deltog under informerat samtycke. En av de viktigaste procedurerna för att skydda deltagarna i en studie är att erhålla deras informerade samtycke, vilket betyder att deltagarna har adekvat information om studien som de förstår och att de när som helst har möjlighet att avbryta sitt deltagande i studien (Polit & Beck, 2012, s. 157).

Studien riktades till kollegor som vi dagligen arbetar med, det fanns en risk att informationen kunde undanhållas under intervjun då de såg oss som kollegor och inte författare till studien.

Polit och Beck (2012, s. 156) beskriver att det finns risker med alla studier men ibland är riskerna minimala. Minimal risk innebär att risken inte är större än i det vardagliga livet. Enligt Long och Johnson (2000) hade studiens styrka kunnat öka om en tredje part hade genomfört urvalet av deltagare istället för att forskaren är den som godkänner deltagandet.

Resultat

Tabell 1. Översikt över huvudkategorier (n=2) och kategorier (n=7)

Huvudkategorier	Kategorier
Språket som begränsning	<ul style="list-style-type: none">• Begränsar anamnestagning och bedömning• Strategier för att överkomma språkförbistringar• För- och nackdelar med hjälp av närstående• Behov av professionell tolkhjälp
Kulturella begränsningar	<ul style="list-style-type: none">• Förstå andra sjukdomsyttringar• Respektera kulturell skillnad från ett genusperspektiv• Behov av kulturell kompetens

Språket som begränsning

En genomgående tråd i ambulanssjuksköterskornas berättelser är att språket ofta är en begränsning i interaktionen med patienter från andra kulturer. Det handlar både om att förstå vad som hänt, vad som är problemet och möjligheten att göra en korrekt medicinsk bedömning samt en bedömning av omvårdnadsbehov.

Begränsar anamnestagning och bedömning

Resultatet visade på att ambulanssjuksköterskorna upplevde att det var svårt att ta en bra anamnes, stor risk att man missade något i anamnesen, på grund av att kommunikationen var ett problem. Deltagarna beskrev en frustration i att inte kunna få en bra anamnes, en begränsning av att inte få tillräckligt bra information och därmed försvåra bedömningen av patienten. Vidare beskrev deltagarna mötet som en utmaning, där de fick försöka vidga sitt tänkande och hitta alternativa lösningar för att kompensera för att de inte kunde kommunicera. Ett vanligt sätt kunde vara att försöka hitta någon som kunde prata engelska eller svenska för att få information. Om det inte fanns någon som kunde språket upplevdes det som stressande, informationsöverföringen blev en begränsning och man fick inte helhetsbilden av problemet. Deltagarna beskrev att de gjorde ett sämre jobb när de inte kunde

få en bra anamnes. De beskrev svårigheter med att kunna ställa viktiga frågor och utvärdera sin behandling. De upplevde sig otillräckliga.

Jag tycker helt klart dom största, absolut dom största svårigheterna, är kommunikationen. För att få en bra anamnes och kunna bilda sig en uppfattning om vad det hela handlar om (Intervju A)

Deltagarna upplevde också en risk för försämrad patientsäkerheten då kommunikationen inte fungerade. När ambulanssjuksköterskan och patienten inte kunde kommunicera ökade osäkerheten, otryggheten och risken att missa något. Deltagarna beskrev det som att kunde tolka situationen fel och därmed behandla fel, antingen med för mycket smärtlindring eller för lite. Hade de kunnat få en fullgod anamnes kanske de inte felbehandlade patienten.

Deltagarna menade även att en anhörig som tolk kunde vara en risk då informationen kunde bli felaktig eller tillsnyggad. Deltagarna beskrev att det är massor som saknas i anamnesen och det blir en symtomatisk behandling av problemet, det man ser klar och tydligt. En annan deltagare sa att det är en uppenbar risk men att patientens liv inte riskeras. Våldigt stor risk för patientskada och patient-osäkerheten är ganska stor menade en deltagare.

...får man en inte fullgod anamnes med bakgrunden och den biten så kanske man felbehandlar patienten och det är ju inte bra för patientsäkerheten (Intervju A)

Strategier för att överkomma språkförbistringar

Det som genomsyrar alla ambulanssjuksköterskors upplevelse när kommunikationssvårigheter finns, är att de försöker finna strategier för att överkomma problemet. Nästan alla beskrev att patientens uttryck med kroppsspråk, gester och ansiktsuttryck fick en betydande del i bedömningen. Då kommunikation försvårades eller var obefintlig valde många av deltagarna att göra en mer utförlig undersökning än vanligt, för att hitta vad problemet kunde vara, att använda sig av de vitalparametrar man fick var också något som de flesta försökte luta sig emot. Flera deltagare valde också att använda sig av penna och papper för att låta de beskriva eller rita sitt problem. Deltagarna hade vid flertalet tillfällen använt sig av google translate på sin privata telefon för att få fram information. Några av deltagarna hade lärt sig enstaka ord på arabiska, vilket kunde upplevas som en ice-breaker och inge respekt till patienten. En deltagare menade att språket är en liten del av kommunikationen och att man istället får använda sig av andra sinnen för att läsa av

situationen. Återkommande för alla deltagare var att de använde sin kliniska blick i bedömningen av patienten. Ytterligare en strategi för att få en bra arbetsmiljö enligt deltagarna var att minimera antalet personer runt patienten, bara ha den som kunde hjälpa till att tolka närvarande bredvid patienten. Som ett resultat av den bristande kommunikationen var alla deltagare överens om att många av patienterna togs med till akutmottagningen som en säkerhet då de upplevde att de inte fått en bra helhetsbild samt att de inte kunnat ställa de frågor de önskat.

Man kan ju garantera att få tolkhjälp på telefon men jag brukar ju använda mig av google translate på min telefon, så jag brukar kunna skriva typ var har du ont? (Intervju B)

Man får ju luta sig mot konkreta värden när man tar ett beslut eftersom det är det enda konkreta man har just då. Och inte glömma "den kliniska blicken" som man använder mycket när man försöker komma vidare (Intervju E)

För- och nackdelar med hjälp från närstående

Vid många av larmen där språket utgjorde en begränsning upplevde ambulanssjuksköterskorna att det ofta fanns någon på plats som ville hjälpa till att tolka, det kunde vara anhöriga, barn, bekanta och väktare på asylboenden. Uppfattningen bland deltagarna om hur det fungerade var blandat. Deltagarna tyckte att de kunde få en bra anamnes då personerna på plats kunde bra engelska. Någon upplevde att de kunde få fram hyfsad information via personer på plats som kunde tolka. Det som framkom var att frågorna som ställdes var tvungna att vara enkla, neutrala och konkreta, frågorna kunde behöva delas upp i flera frågor för att undvika feltolkningar. En deltagare brukade oftast använda sig av anhöriga som tolk och tyckte att det fungerade bra. Ytterligare två deltagare såg anhöriga som en resurs och tillgång, att de ofta var väldigt hjälpsamma.

Några av deltagarna upplevde att det inte alltid var optimalt med anhörig som tolk, de upplevde att det lätt kunde bli fel och att det ibland kunde vara jobbigt. En risk som de upplevde var att en del av informationen kunde stanna hos den som tolkade eller att den anhöriga inte berättade hela sanningen. En annan deltagare menade att man måste vara beredd på att man kanske inte får fram all information som man vill, de kanske finjusterar en del. Vidare beskrev en specialistsjuksköterska att man inte skulle använda barn som tolk, barn skulle inte behöva bära den bördan. En deltagare menade att man inte kunde lita på allt men

att det kunde vara en fingervisning, det gällde att vara observant när någon annan tolkade och försöka undvika medicinska termer.

Det är ju inte säkert att den person som berättar eller tolkar ens tycker om personen, det vet vi ju inte, det kanske är olika släktskap, olika stammar, olika generationer, olika regioner (Intervju D)

Behov av professionell tolkhjälp

Ambulanssjuksköterskorna hade gärna önskat en närmare och snabbare tolkkontakt, att det skulle ha funnits ett journummer eller direktnummer till en tolk som alltid hade jour. Flera deltagare önskade att man redan under utkörning kunde få reda på vilket språk som pratades och att man via SOS Alarm kunde ordna en tolkkontakt som var redo vid ankomst.

Genomgående upplevde alla att tiden och patientens tillstånd var avgörande för om de skulle kunna använda en tolk. Alla deltagares uppfattning var att det tog alldeles för lång tid att få en tolkkontakt via telefon, trots att alla inte hade provat detta. Två deltagare menade att det inte fanns möjlighet att stå och vänta på tolk och nya uppdrag gjorde det också svårt att vänta på tolk. Deltagarna beskrev också att när patienten är kritiskt sjuk finns det inte tid att vänta på ett tolksamtal.

Att man på väg ut kunna, kunna ringa en tolk och få hjälp redan innan och att dom är i telefon redan från början. Det skulle nog vara ganska bra det (Intervju A)

Kulturella begränsningar

En annan tråd i ambulanssjuksköterskornas berättelser var att de insåg att det ofta fanns kulturell skillnad som skapade stora utmaningar i mötet med patienter från andra kulturer. Det kunde dels handla om att förstå sjukdomsyttningar och dels att kunna agera på ett bra sätt från ett genusperspektiv.

Förstå andra sjukdomsyttningar

Utmaningen att tolka de sinnesuttryck som patienten visar var en återkommande beskrivning av deltagarna eftersom det påbörjas redan innan själva utfrågningen av patienten och det sätt som patientens sjukdomsyttningar tolkas på ligger till grund för hur själva triageringen genomförs och påverkar starkt resultatet av denna. Deltagarna upplevde att den kulturella skillnaden innebar att det ofta fanns förväntningar på att ambulansen skulle behandla och bota

sjukdom på plats, att exempelvis antibiotikabehandling skulle ges redan på platsen där patienten hämtades. Dessa förväntningar grundades ofta på ren okunskap enligt deltagarna men även att ambulanser i patienternas hemländer ibland var läkarbemannade och därför antogs ambulanssjukvården fungera på samma sätt i Sverige.

Det upplevdes att patienterna kunde förstärka sina symtomyttringar eftersom det var brukligt i deras hemländer som ett sätt att få uppmärksamhet. Andra upplevde att de förstärkta känslouttrycken kunde bero på att lättare sjukdom, exempelvis feber, i patienters hemländer var förknippad med livsfarliga tillstånd och en rädsla för att dö. Den kulturella skillnaden kunde även bestå i religiösa uttryck från närstående i samband med undersökning av patienten, att tolka och ge utrymme för dessa uttryck upplevdes svårt för ambulanssjuksköterskan. De religiösa uttrycken kunde visa sig genom närståendes böner, användande av ikoner i direkt anslutning till patienten. Trots svårigheten att förstå och tolka uttrycken ville de respektera och visa hänsyn för patienten och de anhörigas religiösa uttryck.

En liten tös som brutit foten på en skola och hon ber mamman komma dit på plats. Mamman tar fram religiösa bilder som hon lägger ut över sin dotters ansikte samtidigt som hon skriker högt och gråter otröstligt. Hon är faktiskt ganska mycket i vägen för oss och förstör ganska mycket eftersom hon påverkar sin dotter oerhört mycket och dottern blir onödigt orolig (Intervju C)

Ett antal deltagare upplevde även att det fanns en risk att man inte lyssnar till patienten under det prehospitla omhändertagandet ifall man upplevde patienten som jobbig och högljudd. Det framkom även i denna kategori att närstående eller bekanta till patienten kunde förstärka situationen negativt och öka stressen hos både patienten men även hos deltagarna eftersom deras sinnesstämning smittade av sig på patienten och ibland kunde situationen på hämtplats beskrivas som kaotisk.

Respektera kulturell skillnad från ett genusperspektiv

Deltagarna beskrev att de hade en hög förmåga att anpassa sitt omhändertagande efter hur situationen utvecklade sig i mötet med patienten och tillsammans med sin kollega försöker man så långt det är möjligt tillgodose patientens behov och önskemål. Flera deltagare beskrev att förmågan att anpassa sig var mycket användbar i mötet med kvinnliga patienter där det fanns en kulturell skillnad och ambulansbesättningen bestod av en man och en kvinna.

Situationer som innebar en närhetsundersökning kunde då anpassas efter patientens religion och önskemål eftersom kvinnan i besättningen kunde genomföra den undersökning som krävdes. Likaså var det förekommande att mannen i besättningen medvetet tog ett steg tillbaka trots att han hade den högsta medicinska kompetensen och till och med ibland väntade i ett annat rum eftersom man respekterade patientens vilja. I samband med larm där det var en manlig patient uttryckte en deltagare att hon ibland ha en känsla av att inte bli sedd i patientens ögon, att känna sig genomskinlig.

Även fast jag ju har den högsta kompetensen så får jag ibland stå längst bak. Ibland till och med vänta i hallen. Är man då två män så kan det ju vara ett problem. Och ett dilemma också (Intervju G)

Inom ambulansbesättningen försökte man lösa kommunikationen så att den skedde man till man och kvinna till kvinna så långt det var möjligt för att möta patientens behov. Hos flera av deltagarna framkom det att patienter som hade en manlig närstående vände sig alltid till mannen i ambulansbesättningen när de hade frågor eller ville berätta något. Det var inte ovanligt att mannen i besättningen blev kallad för doktor av närstående och det var oberoende om det var han som utförde undersökningen eller inte. Några av deltagarna beskrev att man ibland förbisåg sin medicinska kompetens för att kunna tillmötesgå patientens, ibland uttalade, vilja och därigenom lösa sitt omhändertagande.

Det var frustrerande, hon låg ju på vardagsrumsgolvet och höll på att föda, det var ju frustrerande att stå utanför, framförallt då jag var ansvarig sjuksköterska på larmet...men det var ju inte själva förlossningen i sig som var problemet med larmet utan det var att hon inte att hade på sig huvudbeklädnaden men när hon hade fått på sig den fick jag komma in, så problemet var inte att bli förlöst av en man... (Intervju G)

I situationer där besättningen utgjordes av män uttryckte en av deltagarna att han kände sig ifrågasatt av närstående eftersom det fanns ett uttalat behov av att undersöka en kvinnlig patient. Om det inte fanns andra alternativ försökte man som ambulanssjuksköterska vara så professionell som möjligt.

Behov av kulturell kompetens

Sen en tid tillbaka möter ambulanssjuksköterskan ofta patienter där det finns en kulturell skillnad och i det mötet uppstår ofta situationer där man önskade att man hade en större kunskap om vilka förväntningar som patienten har på ambulanspersonalen. Flera deltagare beskrev en osäkerhet kring förhållningssätt när de mötte patienter med annan kulturell bakgrund, samtidigt som de uttryckte en vilja att kunna tillgodose patientens kulturella behov och exempelvis förstå hur man som muslim såg på den svenska sjukvården. Deltagarna önskade mer utbildning av personer med annan kulturell bakgrund som bott en tid i Sverige och som kunde dela med sig av sina traditioner och kunskap om den svenska sjukvården.

Gärna också någon som har bott ett tag i Sverige som kan svenska språket och kan berätta så här gör vi, vad ska vi tänka på? Det är ju inte alltid det är en skada eller sjukdom som gör att dom ringer SOS utan det kan ofta vara allt trauma som dom varit utsatta för och som gjort att dom flytt sitt hemland (Intervju I)

Alla var överens om att utbildning och föreläsningar skulle öka förståelsen för kulturella skillnader men även föra patienter och vårdpersonal närmare varandra. En deltagare uttryckte en önskan om att få mer kunskap om hur ambulanssjukvården fungerade i patienternas hemländer. Några deltagare menade att patienter och anhöriga från andra kulturer ofta hade förutfattade meningar om dem och hur vården fungerade.

Alla behöver utbildning om asylsökande men det är få som interagerar med dom som vi inom ambulansen gör så vi behöver definitivt mer utbildning. Vi behöver bli lite mer kulturellt smarta (Intervju C)

Diskussion

Resultatdiskussion

Begränsar anamnestagning och bedömning

Resultatet visar att ambulanssjuksköterskans prehospitla omhändertagande innebär möten med patienter där det finns en begränsning, både rent språkligt men även en kulturell skillnad. Den språkliga begränsningen har en stor inverkan vid kommunikationen i samband med insamlandet av data för att få patientens anamnes. Intervjun av patienten ligger till grund för

bedömningen och är mycket viktig för den triagering som sker redan i det prehospitla omhändertagandet och följer med patienten i vårdkedjan. Ambulanssjuksköterskan ville inte missa något under denna inledande intervjun av patienten.

Watts et al. (2017) visar i sin studie av kommunikationen med patienter med minoritetsbakgrund att språkbarriären hade en negativ inverkan på viktiga delar i kommunikationen som anamnestagning, ge och ta emot information och instruktioner. Liknande svar framkom i studien av Jirwe, Gerrish och Emami (2010) av sjuksköterskestudenters kommunikation i tvärkulturella möten med patienter där den språkliga skillnaden skapade problem för både sjuksköterskor och patienter. Det fanns en risk att informationen begränsades och att omvårdnaden blev mekanisk och opersonlig samt att sjuksköterskan kände att hon svek patienten. Svårigheter att framföra viktig information gjorde att det saknades en grundläggande del i omvårdnadsrelationen med patienten. Enligt Sumner (2012) är kommunikationen ett samtal mellan patient och sjuksköterska som skapar en relation och utgör en del av grunden i omvårdnad. De båda parterna har en förhoppning om ett positivt resultat och ett ömsesidigt gillande. Att se och möta varje individs unika behov resulterar i en kommunikation som är både verbal och icke-verbal.

Det framkom av en deltagare i studien att omhändertagandet och behandlingen av patienten där det fanns en språkskillnad blev som en nybörjares eftersom det blev svårt att utesluta andra diagnoser, upplevelsen blev att man gjorde ett sämre jobb. Jirwe et al. (2010) fann i sin studie att det fanns en risk att viktig information försvann när de skulle förklara viktiga delar av behandlingen. Informationen hade en tendens att bli teknisk och förklaringar på varför och hur utelämnades helt. De jämförde sin kommunikation med en situation där det inte fanns en språkskillnad och menar att kommunikationen upplevdes som mekanisk och opersonlig. De kände sig bekymrade över att de kanske gjorde patienten besviken.

Deltagarna i denna studie uttryckte även att de ibland var oroliga för patientsäkerheten. De menade att bristen på god kommunikation inte låg hos patienten utan det är något vi ska kunna erbjuda. Gerris, Chau, Sobowale och Birks (2004) fann i sin studie av språkbarriärer inom primärvården att patienterna upplevde att de saknade viktiga delar i informationen. De förstod inte syftet och målet med behandlingen. De uttryckte även en oro över att de kanske inte visste om att de var allvarligt sjuka eftersom kommunikationen med primärvårdssjuksköterskorna var så dålig.

Strategier för att överkomma språkförbistringar

Resultatet i denna studie visade att deltagarna hittade varierande strategier för att kunna kommunicera med patienterna. De använde sig av kroppsspråket, gester eller pekade på en viss kroppsdel under samtalet med patienterna. Enligt Jirwe et al. (2010) använde sig deltagare i deras studie av bilder, teckningar eller att tydligt peka på den medicinska utrustningen som strategier för att överbrygga språkskillnader. Deltagarna uppmuntrade samtidigt patienter att kommunicera på samma sätt, exempelvis peka på ett glas med vatten om du är törstig. McCarthy, Cassidy, Graham och Tuohy (2013) fann liknande resultat i sin studie av hur sjuksköterskor kommunicerade trots språkskillnader. Sjuksköterskor använde sin kreativitet och ett enkelt språk till exempel vid information. Enkla uttryck som ”hjärta” och ”smärta” som ofta återkommande för att underlätta konversationen och öka förståelsen hos patienten.

Resultatet i denna studie visar på en vilja att gå patienten tillmötes genom att lära sig några enkla fraser och uttryck för att närma sig patienten och därigenom uppleva en känsla av att ha gjort ett bra jobb. Ciassi (2003) visade i sin studie att sjuksköterskorna hade lärt sig några nyckelord och enklare fraser på patientens språk vilket underlättade kommunikationen mycket. Det framkom även att en kombination av olika strategier som ett enkelt språk med enkla fraser på patientens hemspråk tillsammans med pekbilder gjorde att sjuksköterskan och patienten kom närmare varandra. En studie av Jacobs, Chen, Karliner, Agger- Gupta och Mutha (2006) visade att en kortare språkutbildning hos sjuksköterskor skapade en ökad förståelse hos patienterna samt ett bättre flyt i kommunikationen. En del av patienterna visade även en ökad personlig utveckling och ett minskat behov av tolkhjälp. I motsats till det framkom att trots språkutbildning fanns det tillfällen med varierande grad av missförstånd i kommunikationen och patienter hade fortfarande behov av viss tolkhjälp fast i mindre utsträckning.

Resultatet i denna studie visade även att några av ambulanssjuksköterskorna hade som strategi att utföra en mer djupgående undersökning av patienten för att kompensera bristen på verbal information. Eftersom den inledande informationen är mycket viktig för att i vissa fall kunna påbörja behandling redan på hämtplats så använde sig några av deltagarna till stor del av mätvärdet på de vitala parametrarna och litade på sin ”kliniska blick”. Ek och Svedlund (2014) fann i sin studie att några av sjuksköterskorna såg ett tillfälle att få användning av sina tidigare kliniska erfarenheter. De som arbetat länge hade en förmåga att se och använda

nyanserna kommunikationen och de kände en tillfredsställelse att få använda sin omvårdnadskompetens. Vid prioritering av patienter så använde de sin intuition när det medicinska indexet inte var tillräckligt. Grow, Sztajnkrzyer och Moore (2009) fann oväntat i sin studie att tid på hämtplats var kortare vid larm där det fanns språkskillnader jämfört med larm där språket var gemensamt. Vid omhändertagande som komplicerades av språkskillnad hade ambulanspersonalen en benägenhet att tillbringa kortare tid på hämtplats eftersom kommunikationen var ineffektiv och de agerade enligt ”scoop and run” modellen.

I enighet med detta kan man få en större förståelse för den överbelastning som finns på många akutmottagningar. Det finns en risk att patienter som lämpligtvis borde behandlas på en annan vårdnivå, exempelvis primärvården, kommer till akutmottagningen med ambulans eftersom det brister i kommunikationen vilket leder till att patienten ändå får transporteras in för bedömning. I slutändan kan det vara andra patienter som får vänta på bedömning eller behandling på grund av en bristande kommunikation prehospitalt. En väl utbyggd möjlighet till tolkhjälp skulle definitivt förkorta väntetiden för ett stort antal patienter och omhändertagandet skulle effektiviseras. Den extra kostnad som tolkhjälp skulle innebära för sjukvården kunde istället sparas in på frigjorda akutvårdsplatser och därigenom även minskad belastning på vårdavdelningarna.

För- och nackdelar med hjälp av närstående

Några av ambulanssjuusköterskorna i vår studie uttryckte att de ibland kunde ta hjälp av närstående eller personer på plats för att överbrygga språkskillnader och för att öka möjligheten att få en bra anamnes. Det framkom att den person som fungerade som tolk kunde vara en ordningsvakt på boendet eller ibland även ett barn och känslorna inför det var blandade. Deltagare uttryckte en tveksamhet över det eftersom det fanns risk att information sorterades bort av den som tolkade och patienten inte alltid ville berätta allt inför den som tolkade. Eklöf et al. (2014) fann i sin studie att sjuusköterskor var väl medvetna om den etiska koden för den som tolkar, likväl som de försökte respektera patientens behov av integritet. Den som tolkade fick inte vara partisk på grund av personliga eller kulturella värderingar. Att använda sig av familjemedlemmar som tolkhjälp såg man som ett etiskt problem eftersom det kan skapa problem inom familjen. Familjemedlemmar användes därför inte alls även om patienten önskade det eftersom deltagarna inte ville att ett barn skulle vara ansvariga för sina föräldrar. I motsats till detta visade Jirwe et al (2010) i sin studie att om den som tolkade var en närstående så kände patienten ett förtroende och att de bidrog positivt till att överkomma

språkskillnader. Sjuksköterskorna upplevde även att det var lättare att identifiera vad som bekymrade patienten.

Hadziabdic, Heikkilä, Albin och Hjelm (2011) fann i sin studie att användande av närstående som tolkhjälp kunde skapa problem då sekretessen blev svår att tillgodose och därför begränsades kommunikationen. Några av deltagarna i studien använde sig av ett avskalat och enkelt språk för att minimera risken för missförstånd och att viktig information skulle filtreras bort. När deltagarna gav information var även det på ett förenklat språk och ofta uppdelat i korta sekvenser för att minska utrymmet för en egen tolkning av patienten. En av deltagarna kunde inte helt lita på informationen som gavs när en närstående tolkade men upplevde att det i alla fall gav en fingervisning. Enligt Cioffi (2003) användes närstående som tolk eftersom det var enklast så. Det var ett ofta använt alternativ när det behövdes tolkhjälp. Sjuksköterskorna var väl medvetna om policyn kring detta problem men använde trots detta närstående som tolkhjälp om närstående var direkt närvarande.

Behov av professionell tolkhjälp

I resultatet av denna studie framkom det från flertalet av ambulanssjuksköterskorna en önskan om professionell tolkhjälp, många situationer försvårades då man inte hade ett gemensamt språk att använda. Möten där anhöriga eller bekanta användes som tolk var både positivt och negativt och man kunde se fördelar med att få en utomstående som tolk, en person som inte kände patienten. Flera av deltagarna hade en känsla av att det var svårt att ordna detta, då de trodde att det skulle ta väldigt lång tid, trots att de aldrig hade provat detta. En snabbare tolkkontakt eller ett journalnummer att ta till hade underlättat mycket i mötet med dessa patienter.

Hadziabdic et al. (2011) redovisar i sin studie att det fanns problem med tolkhjälp. Några av deltagarna i deras studie beskrev bristen på tolkar för det språk de behövde hjälp med, där vissa språk var svårare än andra att få hjälp med. Ett större men återkommande tema i resultatet var tidsaspekten, i många av fallen fick deltagarna vänta länge på tolken vilket resulterade i att andra patienter fick vänta. Deltagarna beskrev att de blev fast kring telefonen i väntan på att tolken skulle ringa upp, detta ställde till det för planeringen av deras arbete. I en annan studie av Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm (2009) föredrog deltagarna i studien att tolken fanns närvarande på plats, då fanns möjligheten att se tolkens kroppsspråk däremot föredrog patienterna telefontolk då de kunde förbli mer anonyma och inte lika utelämnade.

Det framkom att deltagarna upplevde en trygghet och säkerhet när de fått ett bra förtroende för tolken.

I studien av Eklöf et al. (2014) framkom det att det var svårt att få tag på en tolk, en återkommande del var den betydande tidsåtgången för att anordna ett tolksamtal. Resultatet visade sjuksköterskornas arbetsbelastning ökade och särskilt i akuta situationer blev det problematiskt. Beslutet att använda tolkhjälp krävde planering och patienterna var tvungna att informeras att bara ta upp det viktigaste under samtalet. Under tolksamtalet framkom vikten av att prata direkt till patienten, att försöka se på patienten, däremot var det vanligare att patienten pratade via tolken än till sjuksköterskan.

Eklöf, Hupli och Leino-Kilpi (2014) visar i sin studie av primärvårdssjuksköterskor och deras användning av tolkhjälp att det är en utmaning att använda sig av tolkhjälp och även deras språkkunskaper kan vara begränsade. Även patientens uppfattning om vilken roll som tolken hade innebar ett problem eftersom de antingen såg den som en vän eller motsatt som en främling och det i sin tur påverkade förtroendet. Förtroendet ökade om de istället hade möjlighet använda en familjemedlem som tolk. Motsatt så innebar det ett etiskt problem och rekommenderas inte eftersom de inte har en formell kompetens och ansvar.

Resultatet i vår studie visar på ett behov och en möjlighet att kunna använda sig av en professionell tolk, både för ambulanssjuksköterskorna men även för patienter och anhöriga. För ambulanssjuksköterskorna skulle ett direktnummer till en tolk underlätta mötet med dessa patienter, det skulle även vara tidsbesparande då man snabbare hade kunnat få en bra anamnes av patienten. Ytterligare en fördel är att man via en telefontolk kan hålla distans mellan patient och tolk, resultatet blir då att sekretessen upprätthålls i vårdmötet. Vi anser därför att arbetsgivaren skulle arbeta mer aktivt för att skapa en möjlighet till ett snabbspår mot tolkservice.

Förstå andra sjukdomsyttningar

Resultatet i denna studie visade på en stor utmaning för ambulanssjuksköterskorna att tolka sinnesuttryck hos patienterna med annan kulturell bakgrund, deltagarna beskrev att patienterna ofta förstärkte sina sjukdomsyttningar och upplevelsen var att de uttryckte exempelvis mer smärta relaterat till liknande patienter med samma symtom. Høye & Severinsson (2010) visade på liknande resultat i sin studie på intensivvårdssjuksköterskor och

deras upplevelse kring att vårda patienter och anhöriga med annan kulturell bakgrund. Deltagarna i studien beskrev att det var en stor utmaning att kunna bedöma till exempel smärta hos patienten. I vissa kulturer uttrycktes smärta och sorg på ett extremt sett och bedömning av deras trovärdighet kunde bli problematisk. I vissa fall kunde de skrika rakt ut vilket kunde skapa konflikter mellan vårdare och patienten. Det beskrev vidare att de inte var vana att patienterna från deras hemland uttryckte sig likadant när de hade ont.

Gemensamt för deltagarna i vår studie var att de ville visa respekt för patienter och anhöriga med annan kulturell bakgrund trots de svårigheter de ställdes inför, främst att tolka symtomen men även hur de uttryckte sig. Cioffi (2003) visade på liknande resultat i sin studie, sjuksköterskan måste vara medveten om att patienter med annan kulturell bakgrund uttrycker sig olika, en del uttrycker sig väldigt uttrycksfullt medan andra patienter inte berättar eller uttrycker något alls. Deltagarna i studien försökte visa empati, respekt och en vilja att reducera socialt utanförskap.

Resultatet i denna studie visade även att deltagarna tyckte att anhöriga kunde ha en negativ inverkan på patienten och vården. Olikheter i uttryck och hur vården skulle bedrivas skilde sig åt. Både anhöriga och patienten kunde ofta förstärka den aktuella situationen och skapa en negativ stress hos vårdpersonal och patient. Många av deltagarna i vår studie upplevde en okunskap relaterat till hur sjukvården bedrevs i deras hemland och hur de ansåg att vården skulle bedrivas utifrån deras synsätt. Szajna & Ward (2015) beskrev i sin studie att vårdpersonal upplevde att kulturell skillnad kunde skapa konflikter inom vården, patienterna hade ofta en annan uppfattning om hur vården skulle vara i jämförelse med den inhemska befolkningen. Vårdpersonalen var medvetna om vikten av kulturell kompetens men de medgav också den brist av kunskap som de hade, detta skapade en barriär mellan vårdare och patient som i slutändan påverkade vården av patienten.

Respektera kulturell skillnad genom genusperspektiv

Ambulanssjuksköterskorna i denna studie beskrev att de i möjligaste mån försökte anpassa omhändertagandet efter situation och önskemål. I mötet med kvinnor med annan kulturell bakgrund försökte man om det fanns en kvinna i besättningen, låta henne göra närhetsundersökningar och vårda patienten. I en studie av Weerasinghe & Mitchell (2006) som studerade invandrarkvinnors syn på hälsa och bemötande visade sig att kvinnorna många gånger upplevde att vårdpersonalen kunde ha svårt att bemöta olika kulturer, främst när det i

den ena kulturen var godkänt att göra en sak men förbjudet i en annan kultur. Generellt sett ansåg kvinnorna att vårdpersonalen hade en bristande kulturell förståelse och kvinnorna värderade den psykiska, emotionella och mentala vården lika viktig som den somatiska vården. De tyckte ändå att vårdpersonalen försökte vara mottagliga för kulturella skillnader men att de oftast hade bristande kunskap i ämnet.

Det framkom även i resultatet att det fanns situationer där mannen hade en mer uttalad roll i familjen, många gånger ville mannen prata med den manliga ambulanssjusköterskan i besättningen och den kvinnliga kollegan fick stå åt sidan. Likväl kunde det även vara det omvända som är nämnt tidigare, det vill säga att man hellre föredrog en kvinna som undersökte den kvinnliga patienten. Däremot var känslan hos deltagarna i studien att den manliga kollegan i besättningen ansågs vara läkare och patienter och oftast valde att prata direkt till honom. I en studie av Watts et al. (2016) fick de också fram att könsrelaterade situationer kunde vara problematiska, i vissa situationer och främst i särskilda kulturer kunde beslutsfattningen ligga på mannen i familjen trots att det var kvinnan som var i behov av hjälp. Vi anser att en tydlig rollfördelning vid dessa typer av larm, att besättningen arbetar enligt en förutbestämd rutin kan underlätta vid undersökning och utfrågning av patienten. Sådana rutiner kan utarbetas om den kulturella kompetensen förbättras hos ambulanssjusköterskor och därigenom ökas förståelsen hos både personal och patienter.

I en studie av Plaza del Pino (2017) skildrades förhållandet mellan sjuksköterskor och muslimska patienter. Resultatet visade att ökningen av kulturell mångfald i västvärlden var en utmaning för vården och vårdpersonalen, utmaningen handlade inte bara om språkliga begränsningar utan även kulturella skillnader mellan vårdpersonal och patient, därav annat beteende, andra regler och värderingar. Det framkom bland annat att muslimska kvinnor var undergivna sina män och att det var männens åsikter som skulle respekteras.

Behov av kulturell kompetens

En gemensam uppfattning hos ambulanssjusköterskorna i den här studien var att det genom åren hade blivit en ökning av patienter och anhöriga, där språket och den kulturella skillnaden utgjorde en begränsning. Flertalet beskrev en osäkerhet kring förhållningsättet när patienter kom från en annan kultur. De beskrev en kunskapsbrist och många gånger förstod man inte hur man skulle bemöta dessa patienter. De flesta var dock överens om att man ville tillgodose de olikheter som fanns men att de egentligen inte visste hur de skulle gå till väga. Deltagarna

uttryckte många förslag kring utbildning inom ämnet och att man gärna såg någon med en annan kulturell bakgrund komma och utbilda personalen. Deltagarna diskuterade att de ofta fanns förutfattade meningar om hur dessa patienter ville att vården skulle hanteras, man var säker på att en ökad kulturell kompetens skulle föra patienter och vårdpersonal närmare varandra.

Jirwe, Gerrish, Keeney & Emami (2009) menar i sin studie att vårdpersonal saknar nödvändig kunskap och skicklighet för att bemöta människor med annan kulturell bakgrund, de har en begränsad förståelse för hur skillnader mellan olika kulturer påverkar vården. Vårdpersonal måste utveckla en förståelse för kulturella olikheter och tillämpa den kunskapen i mötet med patienter med annan kulturell bakgrund. Deltagarna i studien påpekade bland annat vikten av visa respekt, empati, öppenhet och medlidande för patienter med annan kulturell bakgrund.

Høye & Severinsson (2010) fann också liknande resultat i sin studie, att det är viktigt att öka sjuksköterskans medvetenhet kring kulturella skillnader, en ökad medvetenhet kunde reducera konflikter och hjälpa sjuksköterskan att förstå och arbeta med patienter och familjer med annan etnisk bakgrund. Stora skillnader fanns kring anhörigas närvaro kring patienten, de respekterade inte avsatta besökstider, de använde sig av healing-kort med symboler och de hade andra ritualer när någon i familjen hade avlidit. I Watts et. al. (2016) studie framkom det att merparten av deltagarna upplevde en begränsning i att förstå patienternas behov men även hur deras kunskap skulle kunna användas och uppfattas av patienter från annan kulturell bakgrund. Vårdpersonal bör ha en medvetenhet kring kulturella skillnader för att kunna utveckla en förmåga att möta dessa patienter.

Metoddiskussion

I denna studie intervjuades 9 ambulanssjuksköterskor som arbetar på två olika ambulansstationer. Syftet med intervjuerna var att få en beskrivning av deltagarnas upplevelser och erfarenheter. Avsikten var att få en fördjupad förståelse så därför valdes kvalitativ innehållsanalys som metod att analysera deltagarnas berättelser. Enligt Graneheim och Lundman (2003) kan kvalitativ innehållsanalys vara en bra metod och startpunkt för studenter som genomför en analys för första gången. Intervjuerna genomfördes med hjälp av en intervjuguide med semi-strukturerade frågor och för att få data som var så talande och detaljerade som möjligt valde författarna att genomföra en pilotintervju och den gav ett

positivt besked eftersom det insamlade materialet blev rikt på beskrivningar om upplevelser. Forskaren är medveten om vad som ska efterfrågas men känner en osäkerhet inför deltagarnas svar och att de ska svara mot syftet. Intervjuarens uppgift är att uppmuntra till målande svar inom ämnet enligt Polit och Beck (2012, s. 537). Efterhand som intervjuerna genomfördes blev vi som författare säkrare i vår roll och intervjuerna fick en bättre kvalitet. Kvale och Brinkmann (2009) menar att den som intervjuar blir bäst på att intervju genom att öva och med fördel kan man genomföra en pilotintervju. Vi ser det som en fördel att vi därför genomförde en pilotintervju.

Tio ambulanssjuksköterskor, lämpligt urvalda genom bekvämlighetsurval tillfrågades. Inklusionskriterierna var att dom skulle vara verksamma specialistsjuksköterskor inom ambulanssjukvården Region Norr med en tillsvidareanställning, oberoende av kön eller ålder. Antalet deltagare i denna studie kan vara en svaghet eftersom fler deltagare skulle ge mer varierade beskrivningar. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar trovärdigheten på studien om det är en stor variation på deltagarnas ålder och kön. Antalet deltagare är tillräckligt när syftet anses besvarat. Kvalitén på intervjuerna var varierande, majoriteten var mycket bra med innehållsrika och målande beskrivningar, några av intervjuerna var inte lika beskrivande men gav ändå material till resultatet. Till stor del kan det bero på författarnas bristande rutin av att intervju och därför tog det tid att bli bekväm i rollen som forskare. Intervjuerna spelades in digitalt via en applikation på författarnas mobiltelefoner vilket kan ha påverkat deltagarnas svar. Enligt Polit och Beck (2012) s. 542–543, så bör de första minutrarna av intervjun ägnas åt konversation som får deltagaren att slappna av och känna sig bekväm. Bandinspelning kan göra deltagaren nervös under inledningen av intervjun men den brukar glömmas bort allt eftersom intervjun pågår. För att undvika distraktion bör eventuella telefoner helt stängas av eller stänga av ljudet. För att öka trovärdigheten har studien granskats av kurskamrater samt handledare under arbetets gång. Det har skett dels genom projektplansseminarium, dataanalysseminarium, samt examinationsseminarium och handledning via Adobe Connect och fysiska träffar. Polit och Beck (2012) s. 576, menar att en studie som tillåts granskas av kollegor och andra ökar sin trovärdighet.

Analysarbetet påbörjade i nära anslutning till intervjuerna och transkriberingen av texten utfördes av författarna själva. Enligt Polit och Beck (2012) s. 556, är analysarbetet krävande och påbörjas ofta samtidigt som datainsamlingen. Texten granskades systematiskt och transkriberades. Det transkriberade materialet analyserades sen enligt en kvalitativ

innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004). Materialet lästes igenom flera gånger och därefter togs meningsbärande text ut. Dessa textenheter kondenserades sen och kodades, fördes samman i subkategorier som till sist genererade i två slutgiltiga teman. För att höja trovärdigheten har författarna flera gånger backat tillbaka under analysarbetet för att försäkra sig om att inte syftet frångåtts.

En svaghet i studien kan vara att båda författarna är verksamma som ambulanssjuksköterskor och därigenom kan deras egna erfarenheter och tolkningar oavsiktligt sätta avtryck i analysen av texten och resultatet av studien. Som författare anser vi att en styrka med studien är att läsaren tydligt kan se syftet med studien, urvalskriterierna, deltagare, insamlad data och även följa analysprocessen. Dessutom har resultatet styrkts med citat från deltagarna.

Slutsats

Syftet med detta examensarbete var att beskriva hur: *Ambulanssjuksköterskor upplever sitt prehospitala omhändertagande när språket eller den kulturella skillnaden är en begränsning*. Resultatet visar på de svårigheter och ambulanssjuksköterskan ställs inför när det inte finns ett gemensamt språk och hur de hanterar dessa situationer för att inte äventyra patientsäkerheten. De problem som är närvarande i mötet med patienter där det finns en kulturell skillnad upplevs som frustrerande men framkallar en vilja att tillgodose de traditioner och önskemål som patienten och dess närstående har. Den komplexa miljön som ambulanssjuksköterska verkar i innebär att hela tiden försöka vara lyhörd inför dessa barriärer och skillnader och anpassa sitt arbetssätt för att överbrygga svårigheterna. En slutsats författarna drar av resultatet i studien är att dessa patientfall är tids- och kostnadskrävande. Varje enskilt patientmöte kräver mer tid och flertalet av patienterna tas till den redan belastade akutmottagningen fast de egentligen inte är i behov av det. Detta kan i sin tur skapa en känsla av otrygghet hos patienten och närstående på grund av ökade väntetider. Antalet larm ökar och därmed även kostnaderna, tillgängligheten för ambulans till befolkningen riskerar att minska.

Bristen på ett gemensamt språk får inte äventyra patientsäkerheten eller inverka negativt på omvårdnadens kvalitet. Sättet kommunikationen sker på anpassas efter varje unik patient och med hjälp av erfarenhet och anpassningsförmåga hos ambulanssjuksköterskan så främjas omvårdnaden av patienten i det prehospitala omhändertagandet. Att kommunicera via

kroppsspråk, bilder och tecken är en förmåga som används när det brister i den verbala kommunikationen. Att lära sig enkla fraser eller ord på ett främmande språk är något som bidrar till att bygga broar mellan olika kulturer och ger omvårdnaden i omhändertagandet en högre kvalitet vilket också styrks av andra liknande studier.

I resultatet påvisar ambulanssjuusköterskorna att ytterligare utbildning och hjälp av tolk på plats eller via telefon ytterligare skulle bidra till en god kommunikation med patienten. I andra studier framkommer det en önskan om att öka den kulturella kompetensen hos vårdpersonal och denna studie visar ambulanssjuusköterskor en önskan om att öka sin kulturella kompetens, att bli kulturellt smarta. I likhet med andra studier framkom även här att ambulanssjuusköterskan ibland höll sig i bakgrunden i mötet med patienten av respekt för dennes integritet och kultur. Det framkom förbättringsförslag som utbildning av personer med annan kulturell bakgrund för att bättre förstå patienternas situation och för att undvika risken för missförstånd. Författarna av studien anser att framtida specialistutbildningar eller sjuusköterskeutbildningar bör innehålla kulturell utbildning av personer med den erfarenheten, detta skulle stärka professionen och öka patientsäkerheten. I nuläget anser författarna att det är den stor brist i utbildningen.

Enligt ICN's etiska kod för sjuusköterskor så ska sjuusköterskan ansvara för att patienter/enskilda personer får korrekt, tillräcklig och lämplig information på ett kulturellt anpassat sätt, som grund för samtycke till vård och behandling. Denna studie kan bidra till en ökad möjlighet för sjuusköterskan att hantera det ansvaret.

Sverige är ett land som befinner sig i förändring. För att anpassa sig och kunna möta de nya krav som ställs på samhället, inte minst förväntningar på vården, behöver detta området som rör språkliga barriärer och kulturella skillnader ytterligare undersökas. Under tiden som studien pågått så har författarnas uppfattning om att de som verkar inom den prehospitala sjukvården har behov av ytterligare utbildning. Den kulturella och språkliga kompetensen inom den prehospitala kontexten behöver och kan förbättras, ämnet behöver lyftas fram genom diskussioner vid exempelvis arbetsplatstävlar.

Referenslista

Bengtsson, M. (2016) How to plan and perform a qualitative study using content analysing. *Nursing Plus Open*, 2, 8-14.

Briscoe, L. & Lavender, T. (2009). Exploring maternity care for asylum seekers and refugees. *British Journal of Midwifery*, 17(1), 17-23.

Cioffi, J. (2003) Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 299–306.

Ek, B., & Svedlund, M. (2014) Registered nurses' experiences of their decision-making at an Emergency Medical Dispatch Centre. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1122–1131. doi: 10.1111/jocn.12701

Eklöf N., Hupli, M. & Leino-Kilpi H. (2014) Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing*, 32(2), 143–150.

Graneheim, U H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Grow R., Sztajnkrzyer M., & Moore B. (2009). Language barriers as a reported cause of prehospital care delay in Minnesota. *Prehospital Emergency Care*, 12:1, 76–79, DOI: 10.1080/10903120701709878

Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B., & Hjelm, K. (2009). Migrants' perceptions of using interpreters in health care. *International Nursing Review*, 56, 461-469.

Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B., & Hjelm, K. (2011). Problems and consequences in the use of professional interpreters: qualitative analysis of incidents from primary healthcare. *Nursing Inquiry*, 18(3), 253-261.

- Hultsjö, S., Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52, 276-285. doi:10.1111/j.1466-7657.2005.00418.x
- Høye, S. & Severinsson E. (2010) Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 858–867.
- HSL, SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Raadu, G. (Red.) (2016). Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Liber.
- <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik.html>
- <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Nyhetsarkiv/Nyhetsarkiv-2017/2017-02-07-Prognos-Stora-utmaningar-for-Migrationsverket-vantar-under-2017.html>
- Jacobs,E., Hm Chen, A., Karlner, L.S., Agger-Gupta, N., Mutha, S. (2006). The need for more research on language barriers in health care: A proposed research agenda. *The milbank quarterly*, 84(1), 111–133.
- Jirwe, M., Gerrish, K., Keeney, S., & Emami A. (2009). Identifying the core components of cultural competence: Findings from a Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2622-2634. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02734.x
- Jirwe, M., Gerrish, K. & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 436-444. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00733.x
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Long, T. & Johnson, M. (2000). Rigour, reliability and validity in qualitative research. *Clinical effectiveness in Nursing*, 4, 30-37.
- McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M. M., & Tuohy, D. (2013). Conversations through barriers of language and interpretation. *British Journal of Nursing*, 22(6), 335-339.

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

Plaza del Pino, FJ. (2017). Nurses and Muslim patients: two perspectives on Islamic culture in the hospital. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, 1131 – 1137.

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

Szajna, A. & Ward, J. (2015). Access to health care by refugees: A dimensional analysis. *Nursing Forum*, 50 (2), 83-89.

Strijk, P.J.M., van Meijel, B., & Gamel, C.J. (2010). Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: An exploratory study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47, 48-55. doi:10.1111/j.1744-6163.2010.00270.x

Sumner J. (2012). The moral construct of caring in nursing as communicative action. *International Journal for Human Caring*, 16(2), 20-27.

Tuohy, D., McCarthy, J., Cassidy, I., & Graham, M. (2008). Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *International Nursing Review*, 55(2), 164-170. doi: 10.1111/j.1466-7657.2007.00600.x

Watts, K., Meiser, B., Zilliacus, E., Kaur, R., Taouk, M., Girgis, A., Butow, P., Goldstein, D., Hale, S., Perry, A., Aranda, S. & Kissane, D. (2016). Communicating with patients from minority backgrounds: Individual challenges experienced by oncology health professionals. *European Journal of Oncology Nursing*, 26, 83-90.

Weerasinghe, S. & Mitchell, T. (2006). Connection between the meaning of health and interaction with health professionals: caring for immigrant women. *Health Care for Women International*, 28, 309–328.

Bilaga 1

Intervjuguide

Hur upplever du kommunikationen i det prehospitla omhändertagandet när språket och den kulturella skillnaden är en begränsning?

- Kan du beskriva hur det utgör en begränsning, har du något konkret exempel som du kan beskriva?
- Hur påverkar det när du tar anamnes av patienten?
- Vad använder du för strategier när språket och/eller den kulturella skillnaden är en begränsning? Ge exempel?
- Planerar du/ni det prehospitla omhändertagandet annorlunda vid dessa patientmöten? Ge exempel?
- Vilka likheter och olikheter ställs du inför när du vårdar en patient med en annan kulturell bakgrund? Beskriv i så fall om det finns några?
- Vid dessa möten, vilka resurser/tillgångar kan vara till nytta för dig? Kom gärna med förslag?
- Vilken är den största utmaningen i mötet med dessa patienter? Omvårdnadsåtgärder? Kommunikation? Medicinska åtgärder?
- Hur är din egen känsla inför dessa möten? Utveckla?

När det gäller just denna grupp av patienter, hur skulle du vilja utveckla det prehospitla omhändertagandet?

- Om du inte behöver tänka på det ekonomiska perspektivet, ge förbättringsförslag för framtida ambulanssjuksköterskor.
- Har du exempel på hur man arbetar på andra stationer och kan det i så fall vara överförbart till våran verksamhet?
- Finns det lärdomar att ta nytta av från andra områden inom vården, ge exempel?

Hur tror du att just denna patientgrupp upplever omhändertagandet?

- Hur skiljer sig deras upplevelse i så fall? Varför är det så?
- Kan deras upplevelse av omhändertagandet förbättras? Hur, ge exempel?

Bilaga 2



Luleå Tekniska Universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

**Till Verksamhetschefen för
Akut omhändertagande**

Förfrågan om genomförande och förmedlande av deltagande till intervjustudie

De sista årens oroligheter runt om i världen har fått människor att bege sig ut på flykt. Andelen asylsökande runt om i världen är stort och vi i Sverige märker av detta, både nationellt och lokalt. Inom ambulanssjukvården blir detta extra tydligt då vi inte med ett gemensamt språk kan kommunicera med varken patienten eller den anhöriga. Många av bedömningarna blir knapphändiga och informationen mellan vårdpersonal och patient blir inte optimal. Syftet med studien är att beskriva ambulanssjuksköterskans upplevelse av det prehospitala omhändertagandet av patienter när språket eller den kulturella bakgrunden är en begränsning.

Vi vill med detta informationsbrev fråga dig om din tillåtelse att genomföra den här intervjustudien på dina enheter. Vi behöver mellan 8-10 deltagare för studien. Studien riktar sig till ambulanssjuksköterskor inom ambulanssjukvården. Inklusionskriterier för studien är att personen har en tillsvidareanställning som specialistsjuksköterska, oberoende av kön eller ålder och arbetar inom ambulanssjukvården.

Efter ditt godkännande kommer vi personligen ta kontakt med de ambulanssjuksköterskor som stämmer överens med kriterierna och informera både muntligt och skriftligt om studien. De som frivilligt väljer att delta kommer få en avtalad tid och plats för intervjun, antingen via mejl eller telefon.

Alla deltagare kommer få skriva på ett godkännande att de accepterar att delta i studien. Deltagarna i studien informeras om att allt arbete görs konfidentiellt. Endast forskarna arbetar med analysen av den insamlade datan. Deltagandet i studien är frivilligt, inga personuppgifter

lämnas ut samt att de när som helst i processen kan välja att avbryta deltagandet. Resultatet av studien kommer att publiceras i DIVA (www.diva-portal.org) och därefter destrueras materialet, allt för att omöjliggöra spårning av dess ursprung.

Varje intervju beräknas ta mellan 30-60 minuter och spelas in digitalt. Plats för intervjun sker i samråd med deltagaren.

Vid eventuella frågor, tveka inte att kontakta någon av oss eller vår handledare

Med vänliga hälsningar

Robert Svärd

Leg. Sjuksköterska

robsva-2@ltu.student.se

070-6634434

Jesper Andersson

Leg. Sjuksköterska

jesand-2@ltu.student.se

070-3066624

Handledare: Stefan Sävenstedt

stefan.savenstedt@ltu.se

0920-493919

Härmed godkänns utförandet av ovanstående studie:

.....

Datum

.....

Underskrift

.....

Namnförtydligande

Bilaga 3a



Luleå Tekniska Universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Informationsbrev angående deltagande i studie

Förfrågan om deltagande i intervjustudie

De sista årens oroligheter runt om i världen har fått människor att bege sig ut på flykt. Andelen asylsökande runt om i världen är stort och vi i Sverige märker av detta, både nationellt och lokalt. Inom ambulanssjukvården blir detta extra tydligt då vi inte med ett gemensamt språk kan kommunicera med varken patienten eller den anhöriga. Många av bedömningarna blir knapphändiga och informationen mellan vårdpersonal och patient blir inte optimal. Syftet med studien är att beskriva ambulanssjuksköterskans upplevelse av det prehospitala omhändertagandet av patienter när språket eller den kulturella bakgrunden är en begränsning.

Vi vill med detta informationsbrev fråga Dig om deltagandet i denna studie.

Inklusionskriterier för att kunna medverka i studien är följande; att du har en tillsvidareanställning som legitimerad sjuksköterska med specialistutbildning och arbetar inom ambulanssjukvården.

Intervjuerna kommer utföras enskilt med båda författarna av studien. Intervjuerna beräknas att ta 30-60 min. Intervjuerna kommer att spelas in digitalt och svaren kommer endast författarna ha tillgång till. När uppsatsen är godkänd och publicerats i DIVA (www.diva-portal.org) kommer allt material att destrueras. Informerat samtycke ges skriftligen vid intervjutillfället. Deltagande i denna studie är helt frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Resultatet i denna intervju kommer att avidentifieras och sammanställas i en magisteruppsats.

Om du väljer att delta i studien ber vi dig att kontakta någon av oss, via mejl eller telefon. Tid och plats för intervjutillfället sker enligt överenskommelse mellan författare och deltagare.

Vid eventuella funderingar, tveka inte att höra av dig till någon av oss eller till vår handledare.
Med vänliga hälsningar

Robert Svärd

Leg. Sjuksköterska

robsva-2@ltu.student.se

070-6634434

Jesper Andersson

Leg. Sjuksköterska

jesand-2@ltu.student.se

070-3066624

Handledare: Stefan Sävenstedt

stefan.savenstedt@ltu.se

0920-493919

Bilaga 3b

Svarstalong

Svarstalongen skrivs under och lämnas till oss i samband med intervjun. Vid funderingar kring studien och vid uppkomna frågor innan intervjutillfället får du gärna höra av dig till någon av oss.

Jag har tagit del av informationen om studiens upplägg och syfte och jag är medveten om att jag kan avbryta mitt deltagande när som helst under studiens gång utan att behöva uppge en anledning.

Jag önskar att delta i studien:

.....

Underskrift

.....

Namnförtydligande

.....

E-post

.....

Telefonnummer