

Linköpings Universitet / Linköping University

Institutionen för kultur och kommunikation / Department of culture and communication

Socialantropologi / Social Anthropology

Socialantropologi Fördjupningskurs

# Barriärer på en vårdcentral

Utmaningar inom vården i segregerade områden

Sara Freländ

Kandidatuppsats 15hp, 2018

Handledare Åsa Nilsson Dahlström

Examinator Björn Alm

## **Upphovsrätt**

Detta dokument hålls tillgängligt på Internet – eller dess framtida ersättare – under 25 år från publiceringsdatum under förutsättning att inga extraordinära omständigheter uppstår.

Tillgång till dokumentet innebär tillstånd för var och en att läsa, ladda ner, skriva ut enstaka kopior för enskilt bruk och att använda det oförändrat för ickekommersiell forskning och för undervisning. Överföring av upphovsrätten vid en senare tidpunkt kan inte upphäva detta tillstånd. All annan användning av dokumentet kräver upphovsmannens medgivande. För att garantera äktheten, säkerheten och tillgängligheten finns lösningar av teknisk och administrativ art.

Upphovsmannens ideella rätt innefattar rätt att bli nämnd som upphovsman i den omfattning som god sed kräver vid användning av dokumentet på ovan beskrivna sätt samt skydd mot att dokumentet ändras eller presenteras i sådan form eller i sådant sammanhang som är kränkande för upphovsmannens litterära eller konstnärliga anseende eller egenart.

För ytterligare information om Linköping University Electronic Press se förlagets hemsida <http://www.ep.liu.se/>.

## **Copyright**

The publishers will keep this document online on the Internet – or its possible replacement – for a period of 25 years starting from the date of publication barring exceptional circumstances.

The online availability of the document implies permanent permission for anyone to read, to download, or to print out single copies for his/hers own use and to use it unchanged for non-commercial research and educational purpose. Subsequent transfers of copyright cannot revoke this permission. All other uses of the document are conditional upon the consent of the copyright owner. The publisher has taken technical and administrative measures to assure authenticity, security and accessibility.

According to intellectual property law the author has the right to be mentioned when his/her work is accessed as described above and to be protected against infringement.

For additional information about the Linköping University Electronic Press and its procedures for publication and for assurance of document integrity, please refer to its www home page: <http://www.ep.liu.se/>.

# Sammanfattning

Syftet med den här uppsatsen är att undersöka och analysera vilka kommunikationsbarriärer som finns på vårdcentraler i ett segregerade områden i Sverige, samt hur man arbetar med dessa barriärer. Jag har ställt mig två frågor; Vilka kommunikationsbarriärer finns på en vårdcentral i ett segregerat område? Hur hanterar vårdcentralernas personal kommunikationsbarriärer?

Arbetet bygger på en kvalitativ fältstudie som jag utfört på två vårdcentraler lokaliserade i segregerade områden i Sverige. Jag har gjort både observationer och deltagande observationer samt haft både informella och semistrukturerade samtal med flera anställda på båda vårdcentralerna för att samla in data.

I resultatet behandlar jag användandet av tolk samt de fem olika barriärer som jag identifierat; språkbarriären, kunskapsbarriären, förståelsebarriären, kulturbarriären och erfarenhetsbarriären. Resultatet visar att barriärerna yttrar sig på många olika vis och att personalen ofta behöver vara kreativa i sitt sätt att hantera dem.

Det är vanligt att vårdtagarna inte talar och/eller förstår svenska samt inte har kunskap om det svenska sjukvårdsystemet och inte vet vad en vårdcentral är. Det är också vanligt att de saknar eller har bristande kunskaper om människokroppen, sjukdomar och behandlingar. Tolkar fungerar bra som en mellanled för att förstärka kommunikationen och minska risken för missförstånd, men användning av tolk kan också vara krångligt och det kan vara svårt att få tag på en bra tolk i tid. Kommunikationsbarriärerna som uppstår ökar risken för missförstånd och misstro vilket kan leda till försämrad vårdkvalitet. Missförstånd kan leda till att vårdtagaren inte kan följa behandlingsplanen som det var tänkt och misstro kan leda till att vårdtagaren väljer att avstå helt eller delvis från behandling.

För förhindra detta är vårdtagarna noggranna med att ta sig extra tid åt att förklara, diskutera med och lyssna på vårdtagaren. Arbetet med förtroende är väldigt viktigt då ett dåligt möte kan leda till att en hel krets i upptagningsområdet får en försämrad syn på vårdcentralen. Detta då många av vårdtagarna har en väldigt stark personlig sektor som de beslutar kring sjukvård, behandlingar och åsikter om dessa tillsammans med. Ett bra möte

kan leda till stora förändringar och därför jobbar vårdcentralerna extra hårt för att skapa goda erfarenheter för vårdragarna.

Nyckelord:

*vård, segregerade områden, barriärer, kommunikation, tolk, immigranter*

## Abstract

The purpose of this paper is to investigate and analyze which communication barriers exist in health centers in segregated areas in Sweden, and how to handle these barriers. I have asked two questions: Which communication barriers are there in a health center in a segregated area? How does healthcare staff handle communication barriers?

The work is based on the qualitative field study that I have carried out at two health centers located in segregated areas in Sweden. I have made both observations and participatory observations and held both informal and semi-structured conversations with several employees at both health centers to collect data.

In the result, I process the use of an interpreter and the five different barriers that I have identified: the language barrier, the knowledge barrier, the barrier of understanding, the culture barrier and the barrier of experience. The result shows that the barriers manifest themselves in many different ways and that the staff often needs to be creative in its way of handling them. It is common for the recipients to not speak and / or understand Swedish and to not have knowledge of the Swedish healthcare system or what a health center is. It is also common that they lack or have insufficient knowledge of the human body, diseases and treatments. Interpreters work well as intermediaries who can enhance communication and reduce the risk of misunderstanding, but the use of an interpreter can also be difficult, and it can be difficult to get access to a good interpreter on time. The communication barriers that arise increase the risk of misunderstandings and mistrust which can lead to a deterioration in care quality. Misunderstandings can lead to the recipient not being able to follow the

treatment plan as intended, and mistrust can lead to the recipient choosing to abstain wholly or partly from treatment.

To prevent this, the staff is careful to take extra time to explain, discuss and listen to the patient. The work on trust is very important as a bad meeting can lead to negative attitudes in large groups of people towards the health center. This is because many of the recipients are part of a very strong personal sector, which has a great influence on how health care and treatments are perceived. A good meeting can lead to major changes and therefore the health centers work extra hard to create good experiences for the health care recipients.

Key words:

*healthcare, segregated areas, barriers, communication, interpreter, immigrants*



# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b>	<b>1</b>
<i>Bakgrund</i>	2
Begreppsförklaring	3
<i>Syfte och frågeställning</i>	4
<i>Disposition</i>	4
<b>Metod</b>	<b>5</b>
<i>Observation och deltagande observation</i>	5
<i>Samtal och semistrukturerade intervjuer</i>	6
<i>Fältnoter och skrivandeprocess</i>	7
<i>Etiska överväganden</i>	8
<b>Tidigare forskning</b>	<b>10</b>
<i>Medicinsk antropologi som område</i>	10
<i>Modell av sjukvårdssystem</i>	11
<i>Modell av interkulturell kommunikation</i>	12
<i>Andras arbeten</i>	14
<b>Resultat</b>	<b>16</b>
<i>Vårdcentralerna</i>	17
<i>Språkbarriären</i>	19
Användning av tolk	21
<i>Kunskapsbarriären och Förståelsebarriären</i>	23
<i>Kulturbarriären och Erfarenhetsbarriären</i>	25
<b>Avslutande diskussion</b>	<b>28</b>
<b>Förslag till vidare forskning</b>	<b>31</b>
<b>Referenslista</b>	<b>32</b>



# Inledning

Idén till det här arbetet uppkom efter en diskussion med en nära bekant som arbetar inom vården. Jag hade tidigare funderat över språk- och kulturbarriärer och hur de yttrade sig i vårdsammanhang men inte riktigt förstått i vilken utsträckning vårdgivare och annan personal på vårdinstitutioner arbetar med dessa utmaningar. Då jag för en tid sedan funnit mitt intresse får vård och medicin blev området medicinsk antropologi en självklar väg att utforska och ämnet barriärer mitt första steg.

Behovet av forskning och studier kring olika utmaningar inom vården har ökat i takt med att fler personer med utländskbakgrund immigrerar till Sverige. Vårdens kvalitet påverkas i stor utsträckning av språk- och kulturbarriärer mellan vårdgivare och vårdtagare samt hur dessa hanteras. Ökad kunskap, engagemang och utveckling inom detta ämne kommer att leda till förbättringar för både vårdtagare, vårdgivare och övrig personal inom sjukvården.

Den här studien är därför ämnad undersöka vilka kommunikationsbarriärer som finns inom vården, hur de yttrar sig och hur man arbetar med dessa.

## Bakgrund

Tillgång till nödvändig vård har varit ett stort fokus för antropologer som studerar obehöriga populationer i världen, till exempel personer som migrerat till ett land men som fortfarande är exkluderade från sjukvården. I länder där vården är öppnare och mer tillgänglig växer i stället andra frågor fram kring kultur- och språkbarriärer, vårdkvalitet och vårdtagarnas kunskap om sjukdom och förväntningar på sjukvården (Castaneda, 2010)

I Sverige har invandringen och invandringstakten ökat de senaste decennierna. Enligt statistiska centralbyrån bestod Sveriges befolkning år 2017 av 18,5% utrikes födda vilket motsvarar nästan 1 880 000 människor. Räkna man även personer som är födda i Sverige men har två föräldrar med utländsk bakgrund är den andelen drygt 24% av befolkningen. (Statistiska centralbyrån SCB, 2017).

I Sverige är trösklarna för att få vård låga då vården finns lättillgänglig och är förhållandevis billig. Men med hög invandring kan olika barriärer uppstå som försvårar vårdprocessen för både vårdtagare och vårdgivare. Ansvar för en bra och jämlik behandling ligger i vårdgivarens yrkesroll och alla sjukvårdsverksamheter följer ett regelverk som behandlar jämlik vård, diskriminering samt förbättringsarbete för att stärka vården. (Socialstyrelsen, *Att mötas i hälso- och sjukvård*, s. 3)

Hur vårdgivare hanterar utmaningar och kommunikationsbarriärer är väldigt viktigt då brist i kommunikation och förståelse mellan vårdtagare och vårdgivare kan leda till försämrad vård, feldiagnoser och minskad tillit till sjukvården. Några viktiga faktorer för vårdtagarens känsla av förtroende är att vårdgivaren; är engagerad och bryr sig, tar sig extra tid, gör något extra, gör undantag, kommer ihåg, är experter och medmänniskor och respekterar vårdtagarens värdighet (Ibid, s. 32) Med hjälp av dessa tillvägagångssätt för ett bra bemötande kan vårdgivare och annan personal på vårdcentralen sedan börja arbeta med de olika barriärerna och förbättra vården för alla, men kanske främst vårdtagare med utländsk bakgrund.

## Begreppsförklaring

*Segregerat område* – Område där en stor andel av befolkningen har utländsk bakgrund.

*Vårdgivare* – Personal på vårdcentralerna som ger vård till exempel läkare, sjuksköterskor eller sjukgymnaster.

*Vårdtagare* – Patient på vårdcentralen som tar emot vård, i detta fall med utländsk bakgrund.

*Vårdsökande* – Person som söker vård på vårdcentralen.

## Syfte och frågeställning

Syftet med den här uppsatsen är att undersöka och analysera vilka kommunikationsbarriärer som finns på vårdcentraler i ett segregerade områden i Sverige, samt hur man arbetar med dessa barriärer. Min frågeställning är:

- Vilka kommunikationsbarriärer finns på en vårdcentral i ett segregerat område?
- Hur hanterar vårdcentralernas personal kommunikationsbarriärer?

## Disposition

Efter denna inledning och bakgrund till uppsatsen kommer en genomgång av metoden. Metodens alla delar kommer att beskrivas i ordningen; observation och deltagande observation, samtal och semistrukturerade intervjuer, fältnoter och skrivandeprocess och sist etiska överväganden. Därefter följer tidigare forskning med en genomgång av medicinsk antropologi som område, en modell för sjukvårdssystem, en modell för interkulturell kommunikation samt andras arbeten.

Resultatdelen är uppdelad i fyra kapitel. I det första kapitlet presenteras de två vårdcentralerna där jag gjort min fältstudie. Det andra kapitlet inleder med språkbarriären och berör även användandet av tolkar. Kapitel tre behandlar tillsammans kunskapsbarriären och förståelsebarriären. Avslutningsvis behandlar kapitel fyra kulturbarriären och erfarenhetsbarriären.

Arbetet avslutas med en sammanfattning av resultatdelen, en diskussion kring resultatet kopplat till arbetets syfte och frågeställning samt förslag till vidare forskning.

# Metod

Detta arbete bygger på min kvalitativa fältstudie som är gjord på två stycken vårdcentraler lokaliserade i segregerade områden i Sverige. Jag har gjort både observationer och deltagande observationer samt haft både informella och semistrukturerade samtal med flera anställda på båda vårdcentralerna.

## Observation och deltagande observation

”Det medvetet uttryckta och det omedvetet utförda kan visa sig ge olika budskap” (Sachs, 1989, s. 18)

Jag började mina tillfällen på båda vårdcentralerna med att observera omgivningen utanför och därefter sitta i väntrummet tillsammans med vårdsökande. Dessa observationer gjorde jag för att en känsla av miljön. Därefter fick jag på båda vårdcentralerna en rundtur och en beskrivning av lokalernas utformning och användningsområden.

Deltagande observationer är ett av de viktigaste tillvägagångssätten i en antropologisk fältstudie då det kan ge en bild av något människor själva kan ha svårt att formulera i en intervju (Ibid, s. 16). Deltagande observation har också gett mig möjligheten att komma närmare och få en ökad förståelse för de som arbetar på vårdcentralerna och genom detta har jag kunnat samla in data som annars varit svår att få tillgång till.

På båda vårdcentraler har jag suttit tillsammans med de som arbetar i receptionen och följt deras arbete där. Under dessa tillfällen har jag kunnat observera vårdtagarnas möte och kommunikation med receptionisterna och receptionisternas arbete. Jag har också haft möjligheten att under tiden både lyssna på och föra många samtal med de som suttit där med mig.

På en av vårdcentralerna fick jag möjligheten att sitta med på ett personalmöte och observera hur både vårdgivare och annan personal diskuterade kring vårdtagare, vårdkvalitet, utmaningar och förhållningssätt.

Jag har även, på båda vårdcentralerna deltagit under vårdtagares besök för att få se hur vårdgivaren arbetar med kommunikation. Under ett av besöken användes en telefontolk.

## Samtal och semistrukturerade intervjuer

Den största delen av mitt arbete bygger på den information som jag har fått genom samtal med anställda på vårdcentralerna. Jag har inte haft någon urvalsprocess gällande informanter utan valt att samtala med alla som jag har fått möjligheten till det med, därav har informanterna varierande yrkesroller, ålder och kön. Totalt har jag samtalat med ungefär femton personer varav fyra kan ses som huvudsakliga informanter. Bland informanternas yrkesroller finns undersköterska, sjuksköterska, läkare, sjukgymnast, receptionist, administratör och verksamhetschef. I det här arbetet har jag valt att kalla de som ger vård för vårdgivare och de som har andra uppgifter, som till exempel administration, för annan personal.

Många av samtalen har varit informella och haft en ostrukturerad form, dels på grund av ett eget aktivt val men också på grund av den miljö som samtalen skett i. Ostrukturerade samtal som intervjuform öppnar upp för friare diskussioner där informanterna själva får välja vad som är relevant. Det har varit viktigt för mig då jag inte har någon egen erfarenhet av att arbeta inom vården och därav har förlitat mig på informanternas kunskap. Då jag samtalat med informanterna under deltagande observation på deras arbetsplats har det också varit till min fördel att inte ha en fast struktur. Informanterna hade olika lång tid på sig under samtalen och ibland var de tvungna att avbrytas då något hände på vårdcentralen. Det har också varit helt upp till informanterna själva vad de vill dela med sig av och vad de tyckte var viktigt och det är deras berättelser och diskussioner har väglett mig genom arbetet.

Ibland skedde samtalen med flera personer i grupp, till exempel i fikarummet eller i receptionen när flera arbetade där samtidigt. Under dessa samtal kunde informanterna diskutera med varandra samtidigt som de talade till mig vilket gav ett ytterligare perspektiv då de byggde på varandras berättelser och diskuterade kring åsikter och erfarenheter.

Tre samtal har skett under en semistrukturerad form och varit utformade mer som intervjuer än informella samtal. Under dessa samtal har jag valt ut ett antal frågor relaterade till informantens yrkesroll och observationer som jag gjort på vårdcentralen. Dessa samtal har pågått mellan 20 och 60 minuter och bestått av en blandning utav mina förutbestämda frågor och spontana diskussioner som uppkommit. De flesta frågorna som jag ställt här har varit specifikt riktade mot just barriärer inom vården och informantens erfarenheter av och sätt att hantera dessa. Ytterligare ett antal samtal har uppkommit av att jag velat ställa specifika frågor och återkopplat till någon av informanterna med dessa.

## Fältnoter och skrivandeprocess

Under mina observationer gjorde jag några korta anteckningar om intryck, upplevelser och händelser. Då jag inte hade möjlighet att anteckna mer under de deltagande observationerna och samtalen färdigställde jag fältanteckningarna under dagarna efter besöken.

Med hjälp av fältanteckningarna började jag sedan att bygga upp min text bestående av information, små scener och narrativ. Jag återkopplade också i det här läget med vissa av informanterna för att försäkra mig om att jag uppfattat deras uppgifter korrekt.

I de samlade texterna började jag sedan att sortera, rad för rad, med hjälp av "open coding". Genom detta kunde jag få en bredare bild av innehållet och börja se samband i materialet. Därefter fortsatte jag med "focused coding" för att kunna urskilja det mest frekventa och återkommande. I resultatet av detta kunde jag sedan identifiera ett antal teman och genomföra en tematisk analys. (Emerson, Robert M., et al., 1995, Kap. 6, s. 150–162)

Jag har, för varje av dessa steg, lämnat en version av råmaterialet orört som jag sedan kunnat gå tillbaka till, analysera igen och jämföra med de utvecklade versionerna. Detta för att säkerställa att texten, när den utvecklas och byggs på, hela tiden stämmer överens med grundkällorna.

Efter processen med mitt egna arbete övergick jag till att ta in och behandla olika utomstående källor. Dessa texter har sedan implementerats i arbetets bakgrundsdel, metoddel och kapitlet om tidigare forskning som ett komplement.

## Etiska överväganden

Forskning är viktig för samhällets utveckling, både i stort och för enskilda individer. I samhället finns därför forskningskravet som innebär att forskning alltid ska bedrivas för att fördjupa och utveckla kunskaper och metoder. Detta ställs mot individskyddskravet som är till för att skydda samhällets medlemmar från otillbörlig insyn och psykisk eller fysisk skada. (Vetenskapsrådet, *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*, s. 5) Jag har i det här arbetet valt att bara fokusera på vårdgivare och anställda på vårdcentraler och inte på vårdtagare. Detta för att göra arbetets innehåll mindre känsligt. I en avvägning mellan forskningskravet och individskyddskravet har jag bedömt att detta arbete inte riskerar att leda till negativa konsekvenser för berörda uppgiftslämnare eller någon tredje part.

Jag har även följt de forskningsetiska principer gällande för humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning med fokus på två av huvudkraven som jag anser vara mest relevanta för detta arbete: Konfidentialitetskravet och informationskravet. (Ibid, s. 6)

Konfidentialitetskravet:

*”Uppgifter om alla i en undersökning ingående personer skall ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifterna skall förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte*



*kan ta del av dem. Alla uppgifter om identifierbara personer skall antecknas, lagras och avrapporteras på ett sådant sätt att enskilda människor ej kan identifieras av utomstående. I synnerhet gäller detta uppgifter som kan uppfattas vara etiskt känsliga. Detta innebär att det skall vara praktiskt omöjligt för utomstående att komma åt uppgifterna.” (Ibid. s.12)*

Mina anteckningar och min insamlade data har förvarats oåtkomligt för obehöriga. Alla texter, från råmaterial till färdigt arbete, har i alla stadier varit kodade enligt ett system som bara jag vet om. Jag har i största möjliga utsträckning anonymiserat de informanter som nämns i texten för att försäkra deras integritet. Detta har jag gjort genom att undvika benämningar om namn, kön, ålder och yrkesroll. Jag har inte heller använt några beskrivningar som kan visa på vilka vårdcentraler arbetet har gjorts.

Informationskravet:

*”Forskaren skall informera de av forskningen berörda om den aktuella forskningsuppgiftens syfte. Forskaren skall informera uppgiftslämnare och undersökningsdeltagare om deras uppgift i projektet och vilka villkor som gäller för deras deltagande. De skall därvid upplysas om att deltagandet är frivilligt och om att de har rätt att avbryta sin medverkan. Informationen skall omfatta alla de inslag i den aktuella undersökningen som rimligen kan tänkas påverka deras villighet att delta.” (Ibid. s.7)*

Alla informanter har i förväg blivit informerade om min roll och mitt arbete. Jag har också varit tydlig med att deras medverkan är frivillig och att de när som helst kan ångra sig eller avbryta. Utöver det har jag även lämnat mina kontaktuppgifter på båda vårdcentralerna för att både informanter och andra anställda ska kunna kontakta mig i efterhand.

## Tidigare forskning

Här följer en kort genomgång om medicinsk antropologi som område samt två olika modeller som jag tagit stöd av i mitt arbete.

### Medicinsk antropologi som område

Antropologi – läran om människan, har kallats för den mest naturvetenskapliga grenen inom humaniora och den mest humanistiska inom naturvetenskapen. Medicinsk antropologi, som är en egen gren, härstammar från början från socialantropologin men har även rötter i medicin vilket gör den till en överlappande disciplin. (Helman, Cecil G, 1990, s. 6–7)

Den medicinska antropologin inriktar sig på hur människor från olika kulturer och sociala kretsar ser på orsaker och kriterier för hälsa och sjukdom, vilka behandlingar de tror på, var de vänder sig i behov av vård samt vårdgivarens och vårdtagarens roller i sammanhanget (Ibid, s. 1) Genom denna form av forskning har man visat att sjukdomsteorier behöver en ytterligare dimension och förståelse för människors kultur och sociala struktur för att kunna studeras och förstås. (Sachs, 1989, s. 9)

Från början handlade en stor del av den medicinska antropologin om kartläggning av vad människors uppfattning av sjukdom är, vilka kulturspecifika syndrom som finns, vilka behandlingsmetoder som används samt vem som utför behandlingen. Mycket fokus lades på folkmedicin av olika slag och folkmedicinska experter och deras utövande som till exempel magiker, sorcerers eller schamaner. (Ibid, s. 9)

I takt med ökad migration har forskningsområdet börjat behandla även västerländska system, den biomedicinska vetenskapen och migranternas möte med nya föreställningar om sjukdom och sjukvård. Ett viktigt ämne som ofta lyfts är kulturkrockar i mötet mellan biomedicinsk sjukvård och andra sjukdomsteorier. (Ibid, s. 10)

I Sverige har medicinsk antropologi växt fram som ett svar på ett starkt behov av att bättre kunna ge vård till en snabbt växande grupp av vårdtagare med utländsk bakgrund. Dessa människor har andra, och för vårdgivaren ibland okända, föreställningar om till exempel orsaker till sjukdom, normer som bestämmer åsikter och val kring behandlingar, vilka tillstånd som är socialt legitimerade, maktförhållanden och institutioner (Sachs, 1990, s. 18)

Med hjälp av ökad förståelse kring hur dessa vårdtagare ser på hälsa och sjukdom, vilken kunskap och erfarenheter de har med sig och vilka förväntningar de har på den svenska sjukvården kan vårdgivare bli bättre förberedda och vårdkvaliteten säkrare. (Sachs, 1989, s. 10) Antropologiska forskningsmetoder, teorier och data kan användas för att förklara komplicerade samband mellan biologiska och sociala faktorer och även förbättra människors hälsa. (Sachs, 1990, s. 18)

## Modell av sjukvårdssystem

Analytiska begrepp används av antropologer för att kunna analysera människors syn på sjukdom och vård i termer av ett helt system. Lisbeth Sachs delar in sjukvårdssystemet i tre olika grundsektorer; den personliga sektorn, den folkliga sektorn och den vetenskapliga sektorn, varav alla är individuella från person till person och kan överlappa varandra på olika vis.

Den personliga sektorn är, för de allra flesta, den största sektorn och består av individen själv, dennes familj och sociala nätverk samt lokalsamhället. I den personliga sektorn sker vård och behandling i hemmet av icke-specialister och det är där som sjukdom först uppfattas, analyseras och värderas (Sachs, 1989, s. 46, 1990, s. 21). Inom denna sektor befinner sig oftast människor när de börja känna av tecken på sjukdom. De söker då råd i sin närmsta omgivning och diskuterar orsaker, om det går att behandla utan specialister eller om vård behöver sökas utifrån. I de allra flesta samhällen sköts majoriteten av vården i hemmet (Sachs, 1990, s. 21). Om folkmedicinsk eller vetenskaplig (professionell) vård måste sökas är det beslutet ofta hårt förankrat i värderingar och normer hos den personliga sektorn. Efter vård återvänder individen till den personliga sektorn för att tillsammans med

sin närmaste omgivning värdera och bedöma behandlingen och besluta om nästa steg.

(Sachs, 1989, s. 47),

Den folkliga sektorn innefattar folkmedicin och kan innehålla inslag från både den personliga och den vetenskapliga sektorn. Exempel på folkmedicin är schamanism, rituella behandlingar och herbalism (Ibid, s. 48).

Den vetenskapliga sektorn är den formellt organiserade sjukvården som oftast är uppbyggd på den biomedicinska vetenskapliga medicinen. Vårdgivarna som finns i denna sektor är specialister och naturvetenskapligt och biomedicinskt utbildade (Ibid, s. 48).

Trots likvärdig medicinsk kunskap och mall kan vården och vårdgivarnas handlande se väldigt olika ut i den vetenskapliga sektorn runt om i världen. (Sachs, 1990, s. 22). Det beror på att lokala kulturer och miljöer samt själva utformningen av den medicinska verksamheten kan skilja sig väldigt mycket åt. I Kina och Indien har till exempel den kinesiska och ayurvediska medicinen utvecklats till professionella institutioner som liknar den vetenskapliga biomedicinen. (Sachs, 1989, s.48) Den vetenskapliga sektorn har ofta stor social makt i och med vårdgivarnas utbildningsgrad och roll i att legitimera människors sjukdomstillstånd. Den biomedicinska vetenskapen och den vetenskapliga sektorn har också mycket att säga till om i samhället gällande hälsofrämjande förhållningssätt och prevention i allmänhet (Ibid, s. 48).

## Modell av interkulturell kommunikation

Kommunikationsbarriärer under interkulturella möten i vården betraktas ofta av vårdgivare som komplexa och stressfyllda. Det beror delvis på bristande kunskap och erfarenhet och leder ofta till att kulturella och språkliga skillnader undviks och, istället för att hanteras, arbetas runt.

Även vårdtagare upplever interkulturella möten med vårdgivare som svåra på grund av olika barriärer som uppstår. Dessa barriärer kan vara språkbarriärer, olika värdegrund och tro och

olika syn på sjukdom och vård. Andra saker som försvårar vårdprocessen kan vara svårförstådda tekniska system, långa väntetider och svårigheter att få tillgång till en tolk.

Den begränsade tillgången på tolkar kan leda till att någon annan informell översättare måste delta i samtalet. Det kan vara en familjemedlem eller en bekant och då de oftast inte har den medicinska kunskapen som krävs för att översätta all information från båda språk ökar risken för att information utelämnas. Många vårdtagare upplever också att de måste hålla tillbaka information på grund av tidsbrist under mötet.

Flera vårdtagare rapporterar att det finns fler saker än svårigheter med kommunikation som bidrar till den upplevda tidsbristen. En av de sakerna är att vårdgivaren ofta blir tilldelad andra roller som vårdtagaren förväntar sig att de antar. Det kan vara i form av frågor om till exempel socialbidrag, rättslig hjälp, psykologisk hjälp eller språkhjälp. Det kan också involvera att ge extra förklaringar kring saker och till exempel rita en karta till närmaste apotek. Detta leder till att möten ofta kommer att handla andra saker utöver sjukvård, symptom och behandlingar och därför blir både mer tidskrävande och krävande för vårdgivaren.

Vårdtagarnas förväntningar på vårdgivarna sträcker sig också till behandling och medicinering. Vårdtagarna tycker ofta att hela det medicinska ansvaret ligger på vårdgivaren och att det är dennes uppgift att ensam lösa problemet, och helst väldigt snabbt. Detta beror delvis på kulturella skillnader och att vårdtagarens delaktighet inte är ett koncept som används inom vården i vårdtagarens hemland. Det kan också bero på att vårdgivare i hemlandet har en mer auktoritär och ensidig kommunikationsform med vårdtagarna.

Missförstånd och delade åsikter kring vad vården och behandlingen ska innebära för både vårdtagare och vårdgivare kan resultera i ett missnöje hos båda parter vilket i sin tur kan skada vårdkvaliteten. Från vårdtagarens sida kan ett dåligt möte resultera i minskat förtroende för både den enskilda vårdgivaren men också och hela sjukvårdssystemet. Genom att tillsammans, vårdgivare och vårdtagare, komma fram till en gemensam grund från början kan man minska risken för detta (Rothlind, Erica, Fors, et al., 2018)

## Andras arbeten

För att ge en bild av vad andra har skrivit om inom detta område följer här en kort summering av två kandidatuppsatser vars syften liknar det i detta arbete.

*Examensarbete på kandidatnivå; "Att inte tala samma språk – upplevelser av språkets betydande för vårdandet" av Sara Bredin och Elin Nässén.*

Uppsatsen är en litteraturstudie var syfte är att beskriva hur språkbarriärer och hanteringen av dessa upplevs av de människor som berörs av dem.

Uppsatsen inleder med en beskrivning av kommunikationssvårigheter i vården som uppkommit i och med en ökad Invandring till Sverige och vårdande i ett mångkulturellt samhälle. Behandlas i arbetet görs sedan vikten av vårdtagarens delaktighet i vårdprocessen, kommunikation och kommunikation via mellanled samt patientsäkerhet. Detta görs genom en analys av sju formulerade teman;

- Svårigheter att förstå då patient och vårdare inte talar samma språk
- Språkbarriärer kan leda till förlust av tillit och trygghet
- Tillgång till tolk underlättar kommunikationen
- Att använda anhöriga som tolk kan både underlätta och innebära en osäkerhet
- Att använda icke verbal kommunikation kan både underlätta och skapa missförstånd
- Vårdpersonal och patienter har olika syn på hur information bör förmedlas
- Patienter och vårdpersonal har olika syn på delaktighet

Bredin och Nässén landar i slutsatsen att kommunikationen är en viktig del i det vårdande arbetet och att språkbarriärer mellan vårdgivare och vårdtagare kan skapa oro och påverka vården negativt. Kommunikationen är även viktig för vårdtagarens möjlighet till delaktighet och kan underlättas med hjälp av en tolk. (Bredin, Sara, Nässén, Elin, 2015)

*Examensarbete på kandidatnivå; "Bristande språkkunskaper och kulturella skillnader i mötet mellan patient och vårdpersonal" av Shahrazad Adlouni och Sara Bengtsson*

Uppsatsen är en litteraturstudie var syfte är att belysa de kommunikationsproblem som bristande språkkunskaper och kulturskillnader medför i mötet mellan patient och vårdpersonal.

Studien innehåller ett bakgrundskapitel med fakta om hälso- och sjukvårdslagen samt information om invandring och relaterad statistik för Malmö. Resultatet presenteras därefter uppdelat efter fyra teman;

- Tolksproblematik
- Strategier utöver professionell tolkanvändning
- Vårdrelationen
- Utbildning

Under varje tema framkommer sedan ytterligare diskussionspunkter som till exempel tolktillgänglighet, tidsaspekten, tvåspråkig vårdpersonal och anhöriga som tolk, upplevd oro och vårdkvalitet.

Adlouni och Bengtsson landar i slutsatsen att det är viktigt för vårdpersonal att ha kännedom om olika utmaningar som uppstår i ett vårdmöte där det förekommer språkliga och/eller kulturella skillnader. De poängterar även att det finns ett akut behov av kulturell utbildning inom vården samt forskning på området. (Bengtsson, Sara, Shahrazad, Adlouni, 2011)

# Resultat

Det finns det flera olika kommunikationsbarriärer som kan försvåra vårdandet av en vårdtagare. Socialstyrelsen arbetar efter sju stycken olika hinder eller barriärer varav flera av dessa påverkar alla vårdare och vårdtagare i alla situationer (Socialstyrelsen, *Att mötas i hälso- och sjukvård*). Två exempel på sådana är; känslobarriären där vårdtagaren är sjuk och kanske orolig medan vårdgivaren är frisk och trygg, och rollbarriären där vårdtagare och vårdgivare har tydliga roller som skiljer dem från varandra. Andra barriärer blir extra tydliga i situationer där vårdtagaren kommer ifrån ett annat land och inte har svenska som modersmål. De barriärer som jag har bedömt som extra märkbara på de vårdcentraler som jag besökt är dessa fem som jag har delat in i tre grupper:

- Kunskapsbarriären och Förståelsebarriären  
Vårdtagaren vet inte lika mycket om anatomi och sjukdom samt har svårare att förstå vårdgivarens vardagliga och medicinska språk.
- Kulturbarriären och Erfarenhetsbarriären  
Vårdtagaren har en annan syn på vad vård och sjukdom innebär samt har andra, tidigare erfarenheter av detta.
- Språkbarriären  
Vårdtagaren talar inte samma språk som vårdgivaren vilket försvårar vårdandeprocessen.



## Vårdcentralerna

De två olika vårdcentralerna som jag besökt har olika patientbas, storlek på upptagningsområde och arbetssätt. Något de har gemensamt är att de är placerade i ett segregerat område och att många av deras vårdsökare och vårdtagare har utländsk bakgrund och ett annat modersmål än svenska.

På den ena vårdcentralen, uppskattar en av de anställda, att vårdtagare med utländsk bakgrund utgör ca 75–80%. Även flera av de som arbetar där kommer från olika länder och kan tala flera olika språk vilket är till en stor fördel i deras arbete.

Upptagningsområdet är ganska litet och de flesta bor nära och har ett stort kontaktnät i området. En vårdgivare berättar att vårdtagarnas kontaktnät är väldigt stora, ibland flera hundra personer och att de står väldigt nära varandra. Vad de andra i kontaktnätet tycker om vårdcentralen och vården spelar stor roll för vårdtagarna vilket märks och ibland påverkar personalens arbete.

Ett exempel från denna vårdcentral är en kvinna som sökte vård för ont i fötterna. Det hade kommit in ett flertal kvinnor med liknande symtom och i flera fall kom de på återbesök efter en tid utan att nå uppnått någon förbättring. Problemet uppstod av att kvinnorna i berörda kretsar bar en viss sorts skor som i längden orsakade smärta i fötterna. Flera av de som kommit in till vårdcentralen hade varit skeptiska till råden de fick vilka var; byt skor och gör dessa övningar med fötterna. Eftersom vårdtagarna inte följt behandlingen resulterade det i flera återbesök där de önskade en ny behandlingsplan med bättre och snabbare resultat. Detta kan också ha bidragit till en sämre syn på vårdcentralens kompetens och en misstro i kretsen. Kvinnan i detta exempel hade efter långa samtal med läkaren bestämt sig för att fullfölja behandlingsplanen och berättade sedan på sitt återbesök att hon var väldigt nöjd med resultatet och inte längre hade ont. Hon berättade även att hon hade förklarat orsaken till smärtan och hur behandlingen gick till för alla sina väninnor som också hade valt att pröva och fått resultat.

Den extra tiden som vårdgivaren hade lagt på denna vårddagare resulterade i att vårddagarens krets också tog del av informationen och ett återkommande hälsoproblem minskade. Färre i den här gruppen av kvinnor hade sökt vård för ont i fötterna och vårdgivaren sa också att det märktes i väntrummet att fler bar bättre skor.

På den andra vårdcentralen som jag besökte, som också ligger i ett segregerat område, är det färre vårddagare och vårdsökare med utländsk bakgrund då deras upptagningsområde är mycket större och mer varierat. En av de anställda berättade att det är stor skillnad i hur kommunikationen och därmed också vården fungerar mellan vårddagare med svensk bakgrund och modersmål och de som inte har det. På denna vårdcentral finns det inte lika många anställda med utländsk bakgrund och kunskaper i andra språk och det blir därför svårare att lösa kommunikationssvårigheter direkt på plats utan tolk. En av vårdcentralens största utmaningar är personer från deras patientbas som inte kan tala, och ibland inte heller förstå svenska.

Båda vårdcentraler försöker se till så att de som söker vård så ofta som möjligt får träffa en vårdgivare som de har mött tidigare. Flera av de anställda vittnar om hur viktigt det är att bygga upp en kontinuerlig kontakt och ett förtroende med vårddagarna för att de ska känna sig trygga och ha förtroende för vårdcentralen. Särskilt viktigt är detta i fall där vårddagaren har utländsk bakgrund och inte är bekant med det svenska vårdsystemet och/eller inte har svenska som modersmål och därav har svårigheter att ta till sig informationen som ges. Bättre kontakt med vårdgivaren ger också större möjlighet för vårddagaren att påverka och vara delaktig i sin egen vård vilket leder till både bättre resultat och ett bättre rykte för vårdcentralen.

# Språkbarriären

Språkbarriären på en vårdcentral finns på flera olika ställen.

Det finns ofta en telefonrådgivning dit många som inte har svenska som modersmål söker sin första kontakt och över telefon kan det bli särskilt krångligt då kroppsspråket och gester inte kan bidra med sitt. De som inte ringer utan istället tar sig fysiskt till vårdcentralen möts först av receptionen. På de två vårdcentraler som jag fått sitta med de som arbetar i receptionen fick jag se många möten där språkbarriären var tydlig.

Ett första exempel är en kvinna som kom fram till luckan med ett litet barn i vagn. Hon försökte förklara med hjälp av några få svenska ord att hennes barn hade feber och inte mådde bra, hon visade även med sina gester att barnet har kräkts och höll upp två fingrar för att understryka att det pågått i två dagar. Receptionisterna försökte då först be om barnets personnummer men då kvinnan inte förstod vad det innebar fick de vara kreativa och försöka förmedla vad de sökte på andra vis. Tillslut förstod kvinnan att det var personnumret de sökte när de började nynna på "happy birthday". Det visade sig då att kvinnan inte hade bokat någon tid, antingen för att hon inte visste hur eller för att hon antagit att det var till vårdcentralens reception hon skulle gå för att söka vård till sitt barn. Receptionisterna försökte då förklara att man måste ringa och boka en tid i förväg varpå kvinnan såg väldigt förvirrad och osäker ut. Då hon nästan inte kunde någon svenska alls och inte verkade förstå hur hon skulle boka en tid bestämde sig de i receptionen för att kolla om det ändå fanns någon som kunde komma ut och titta till barnet direkt för barnets bästa.

Receptionisterna på denna vårdcentral berättade att de dagligen möter svårigheter med språkbarriärer. Det kan vara att personer, som i detta exempel, väljer att komma in till vårdcentralen utan att ha bokat tid då de antingen inte vet att det måste göras över telefon eller inte kan kommunicera sina problem över telefon. Flera av de som arbetar där kan tala andra språk vilket kan vara till stor nytta för kommunikationens kvalitet och effektivitet om de kan prata direkt med den vårdsökande på dennes modersmål. I fall där ingen kan tala den vårdsökande eller vårdtagarens språk försöker de med olika knep kommunicera ändå. Det

kan vara med till exempel kroppsspråk och gester, Google translate eller med kända begrepp och sånger på engelska.

Ett annat exempel är från receptionen på den andra vårdcentralen där en äldre kvinna kom in med sin dotter. Kvinnan som var vårddagaren kunde varken tala eller förstå svenska och dottern som kunde några få ord hade därför följt med som stöd. Dotterns svenska var även den mycket begränsad men hon förklarade ändå vilka de var, att de hade bokad tid och att de även behövde fylla på recepten för moderns mediciner. Medan dottern och receptionisten pratade verkade modern obekväm och försökte hela tiden följa samtalet genom att avbryta och prata med sin dotter. Även dottern verkade tycka att det var jobbigt att tolka åt båda parterna då hon inte alltid förstod vad receptionisten sade.

Efter att ha fått en bild av vad som behövde göras, delvis med hjälp av informationen som redan fanns inskriven i datorn och delvis av dotterns förklaringar, skrev receptionisten ut alla nödvändiga blanketter. Då det hade varit allt för svårt för kvinnorna att fylla i blanketterna som är på svenska fick de även hjälp med det. Receptionisten berättade att det är smidigast att göra så när vårddagarna inte kan svenska men också att det minskar riskerna för att något ska bli fel. Kvinnorna förväntade sig att kunna få medicinerna direkt och blev väldigt förvånade och stressade när receptionisten förklarade att det inte fungerade så. Dottern visade upp medicinerna och sa "slut" och försökte visa att det var viktigt att de fick dem snarast. När receptionisten förklarade för dem att det kunde ta tre till fem arbetsdagar förstod de inte alls vad det innebar. Receptionisten försökte flera gånger förklara vad arbetsdagar var för något och kvinnorna försökte diskutera och argumentera för att få hämta ut medicinerna direkt. Tillslut gav receptionisten ett förslag på en specifik veckodag när de skulle komma tillbaka och kvinnorna var tvungna att acceptera det då det stod flera i kö till receptionen och de redan fått väldigt lång tid på sin tur. Det var oklart om kvinnorna hade fått den informationen de behövde för att hämta ut medicinen och om de hade lärt sig tillräckligt om systemet för att missförståndet inte skulle upprepas.

De som arbetar i receptionen har flera taktiker för att hjälpa vårddagare som inte kan svenska så effektivt som möjligt. Som nämnt i exemplet kan de få hjälp med att fylla i blanketter och ibland får de även hjälp med att hitta rätt på vårdcentralen genom att någon från receptionen följer dem till rätt väntrum eller mottagningsrum. En av receptionisterna

berättade att dessa tillvägagångssätt ofta gör att de tjänar tid, även om det verkar lite mer omständligt, då saker går rätt till från början. Annars är det lätt hänt att saker måste göras om en eller två gånger.

## Användning av tolk

Under själva mötet med en vårddagare använder oftast vårdcentralerna en medicinsk tolk om vårddagaren inte kan tala eller förstå svenska och inte har någon med sig som kan översätta åt dem. Tolkarna kan vara på plats fysiskt men vanligt är att man använder en telefontolk som är med i samtalet över telefon.

På en av vårdcentralerna deltog jag på ett besök med en vårddagare som inte talade någon svenska. Till detta möte användes en telefontolk för att kommunikationen skulle ske säkrare och vården skulle bli så bra som möjligt. Mötet inleddes med att vårdgivaren och kvinnan som sökte vård presenterade sig för varandra och därefter ringdes telefontolken upp som presenterade sig för de båda innan undersökningen kunde börja. Kvinnan som sökte vård hade ont i ryggen vilket hon berättade om för tolken som vidarebefordrade det till vårdgivaren. Samtalet mellan vårdgivaren och vårddagaren skedde hela tiden genom tolken där både frågorna och svaren översattes för att sedan förmedlas vidare. Då tre personer var involverade och behövde ta del av samtlig information, samt att allt hela tiden behövdes sägas två gånger på två olika språk, gick samtalet långsammare än ett samtal mellan två personer som talar samma språk. Vårdgivare ställde också flera kontrollfrågor under besöket för att försäkra sig om att alla parter förstått allt och att informationen var korrekt uppfattad.

Ibland förstärkte vårddagaren sin berättelse med hjälp av rörelser och gester och visade var och när det gjorde ont. Då hon samtidigt talade och berättade blev tolkens förklaringar till rörelserna hela tiden fördröjda och vårdgivaren fick be tolken att instruera henne att göra samma sak igen efter att beskrivningen getts för att kunna sätta ihop bitarna. Detta ledde ibland till förvirring hos både vårddagaren som fick upprepa saker och tolken som inte kunde

se vad som försiggick. I och med denna fördröjning och språkbarriären hände det flera gånger att någon av de tre parterna inte följde med i samtalet; antingen vårdtagaren när tolken och vårdgivaren talade på svenska, vårdgivaren när vårdtagaren och tolken inte talade svenska eller tolken när denne inte kunde se vad som försiggick i rummet.

Ett exempel på när kommunikationen inte fungerade så väl är när vårdgivaren bad vårdtagaren att lägga sig på mage och med hjälp av armarna sträcka sig upp (likt yogaställningen uppåtående hund). Kvinnan gjorde då en armhävning i stället efter tolkens förklaring och tolkning av vad vårdgivaren önskade. Vårdgivaren försökte då förklara igen men lyckades inte med hjälp av tolken förmedla vad kvinnan skulle göra. Vårdgivaren valde då att istället själv lägga sig på golvet och visa vårdtagaren vad hon behöver göra vilket tolken fortfarande inte kunde se. Det visade sig efter att tag att kvinnan undvek att göra just den rörelsen då hon inte kunde genomföra den på grund av smärta. Detta hade varit svårt för kvinnan att kommunicera med hjälp av tolken då denne inte kunde se och förstå rörelserna som hon gjorde.

Under samtalet med tolken blev det också många avbrott där tolken kände sig tvungen att avbryta vårdgivaren på grund av att det blivit för mycket information att förmedla på en gång. Detta är en svårighet för vårdgivaren som inte vet hur informationen översätts och hur stora bitar information som är lagom att ge åt gången, men också för tolken som inte vet hur mycket mer information vårdgivaren har tänkt att ge.

Tidigare har den kvinnliga vårdtagaren haft med sig en närstående som tolk när hon har sökt vård. Vårdgivaren berättade att det också kan vara svårt då det istället för tolken blir den anhöriga som hamnar i en svår position där det är viktigt för vårdens kvalitet att allt översätts korrekt men också där privata frågor och svar måste gå genom denne. Det är också väldigt viktigt att vårdtagaren känner att den kan vara helt ärlig med personen tolkar för att vården ska bli så bra som möjligt.

En vårdgivare med erfarenhet av att arbeta med tolkar berättade att det kan skilja sig mycket mellan olika vårdgivare i hur vana och bekväma de är i att använda en tolk eller

telefontolk. Tolkarna kan också skilja sig i hur stor vana och medicinsk kunskap de har och ibland kan det vara så att deras dialekt inte stämmer helt överens med vårdtagarens vilket försvårar arbetet ytterligare.

Det var tydligt under besöket att kontakten mellan vårdgivaren och vårdtagaren blev störd av tolken. Vårdtagaren tittade mot telefonen när hon talade, kanske då hon inte kände sig förstådd av vårdgivaren. Det blev också en uteslutande kultur när två av parterna diskuterade med varandra på ett språk som inte den tredje förstod. Till exempel kunde vårdgivaren säga något kort varpå tolken tog väldigt lång tid på sig att förklara detta eller tvärt om vilket kan skapa en osäkerhet i hur det någon har sagt översätts eller vad som diskuteras mer eller mindre. En vårdgivare som arbetar med tolkar berättade att det alltid är svårt att vara säker på att rätt information och bemötande har nått fram vid användandet av en tolk då man inte kan veta hur samtalet har sett ut ur vårdtagarens perspektiv.

## Kunskapsbarriären och Förståelsebarriären

Det händer frekvent att det kommer in personer till vårdcentralen utan att ha bokat tid i förhand, ofta på grund av att de inte är medvetna om att tidsbokningen endast sker över telefon. Många av dem blir besvikna och frustrerade över att de inte kan få vård när de har tagit sig dit. Det uppstår då en obalans i och med att den vårdsökande inte har informationen som krävs för att boka en tid och detta oftast är svårt för de i receptionen att lösa när de kommer in utan en. Språkbarriären blir också ett hinder när de i receptionen försöker förklara hur bokningen ska ske. Samtidigt är inte ett telefonsamtal lättare för den vårdsökande som då inte kan använda sig av sitt kroppsspråk eller andra medel för att förklara vad den söker vård för. I ett exempel från en av vårdcentralerna kom en kvinna in med ett sjukt litet barn, hon lyckades förklara vad problemet var men hade inte bokat någon tid. Personalen i receptionen försökte då att lösa så att någon kunde komma och titta till barnet då denne är i behov av vård och befinner sig i en beroendeställning. Det är vanligt att vårdsökande med utländsk bakgrund inte vet hur det svenska sjukvårdssystemet fungerar och också har svårt hitta och ta till sig den informationen som finns. Bristande kunskap om

sjukvårdssystemet blir därför ett problem som både är stressande för alla inblandade parter och ineffektivt.

Flera av de vårdgivare som jag har pratat med på vårdcentralerna har berättat att ett stort problem även är att vårdtagare med utländsk bakgrund ofta har bristande kunskap om människokroppen och medicin. Det är svårt att förklara för någon vad som är fel inuti kroppen när denne inte själv vet hur kroppen fungerar eller ens vad som finns på insidan. Blodtryck, organ och virus är exempel på saker som är svåra att förklara för någon som hör det för första gången och många av vårdtagarna blir misstänksamma gentemot vårdgivarna och undrar hur de kan veta vad som är fel. Vårdgivarna berättade att de får höra saker som "Hur kan du veta vad som är fel på insidan när du inte kan se den?" och "Jag känner att det gör ont, men hur kan de veta vad det är?" och att det är svårt att förklara då de inte har särskilt många hjälpmedel för detta.

När vårdtagaren inte förstår kan det leda till en misstro vilket i sin tur leder till att vårdtagaren kanske väljer att inte följa de råd eller ordinationer som getts. Det kan också leda till en oro då maktbalansen mellan vårdgivaren och vårdtagaren blir extra stor när de skiljer sig mycket åt kunskapsmässigt. Om vårdtagaren inte själv förstår vad felet är blir det också svårare för denne att se orsaker och lösningar. Det kan vara så att vårdtagaren inte misstror men istället missförstår råd och ordinationer på grund av bristande kunskap om sin egen diagnos. En vårdgivare berättar att det till exempel kan, för vårdtagaren, verka otroligt att stretchning som orsakar lite smärta kan lösa problemet i längden och att denne då väljer att göra på ett annat sätt som inte ger lika ett bra resultat.

En vårdgivare berättade att det händer ganska ofta att vårdtagare som inte förstår känner sig "lurade" och att det när de inte följer råden måste komma tillbaka på återbesök eller i värsta fall väljer att inte komma tillbaka alls. Ett enda upplevt dåligt möte kan också leda till ett dåligt rykte och att en hel familj eller krets får en sämre bild av vården och vårdcentralen.

Ett annat fenomen, som två av vårdgivarna lyfte upp och som uppstår i dessa situationer är att vårdtagare som har lite mer kunskap om kroppen kräver olika behandlingar eller undersökningar som de tror är bäst. Ofta beror de på att de inte litar på att vårdgivaren gör



rätt eller att de i sitt hemland har kunnat bestämma själva över behandlingarna eller kunnat betala för det de vill ha. Vanligast är att de har hört om röntgen och vill göra en sådan då de vill att vårdgivaren ska se insidan på kroppen för att vara säker. Vårdtagarna tror då inte på de diagnoser som ställs, även då vårdgivaren förklarar att röntgen inte kan visa vad som behövs och den rekommenderade metoden kan fastställa diagnosen med större säkerhet. En av vårdgivarna berättade att de oftast kan övertyga vårdtagaren med argumentet att inte använda röntgen då det medför onödig strålning.

Flera av de vårdgivarna på vårdcentralerna berättade om deras tekniker för att förklara hur insidan av kroppen fungerar och hur en behandling ska gå till för vårdtagare utan kunskap. En av dem berättade att en vattenkran fungerar utmärkt för att förklara blodtryck och en annan att flera saker går att beskriva med hjälp av bilder i böcker och från datorn.

## Kulturbarriären och Erfarenhetsbarriären

En vårdgivare på en av vårdcentralerna berättade att vårdcentralen och de som jobbar där ibland har svårt att bli respekterade av vårdtagarna med utländsk bakgrund. Det beror dels på att de ofta inte vet vad en vårdcentral är och vad skillnaden är mot ett sjukhus som de anser vara en mer respekterad vårdinstitution. De ser inte vårdcentralen som en seriös vårdinstitution och skeptiska mot de som jobbar där och deras kompetens. Vårdgivaren har flera gånger hört saker som "skicka mig till en läkare på sjukhuset, någon som kan något!" eller "varför måste jag komma hit? jag vill träffa en specialist!". Det är väldigt problematiskt att inte vårdcentralen tas på allvar då det kan påverka i vilken utsträckning de inom upptagningsområdet söver vård men också hur involverade de själva blir i sin vård och tillfrisknande när de gör det.

Vårdgivare berättade också att det är vanligt att vårdtagare med utländsk bakgrund har en annorlunda bild av vad sjukvård ska innebära. Många vill ha starkare och mer konkreta mediciner i deras mening eller förväntar sig en "snabb-fix". De har generellt sätt svårare att ta till sig råd om till exempel kostvanor eller träning som de ofta inte erkänner som riktig

behandling eller vård. En av vårdgivarna på en vårdcentral berättade att vårdragarna ofta ber om antibiotika, även om det inte är rätt behandling, och blir förvånade och besvikna på vårdgivaren när de inte får det utskrivet. Även om en behandling inte fungerar, antingen på grund av felanvändning eller misskommunikation, beskylls vårdgivaren för att vara dålig och inkompetent. Ofta beror detta på missförstånd, antingen kring vad vårdragaren har för problem eller hur medicinen skall användas och vårdragaren anser då att det är vårdgivarens fel och att det bara är att "fixa" och skriva ut mer mediciner.

På båda vårdcentralerna nämnde de anställda att sjukgymnastik var en typisk sak som vårdragare med utländsk bakgrund inte ansåg vara vård eller en riktig lösning på problemet. Flera av vårdragarna har vägrat att gå till en sjukgymnast då de inte ansåg att det var en riktig behandling och istället ville ha "medicin". En av vårdgivarna hade lagt märke till att vårdragarna var mer mottagliga för denna behandling om de kallade sjukgymnasten för fysioterapeut istället då de upplevde att detta lät mer seriöst. Fler blev också mer positivt inställda till sjukgymnastik som behandling om alternativen som livslång smärtlindring med hjälp av mediciner eller operation förklarades och jämfördes. De allra flesta vårdragare ville varken äta mediciner under en längre period då det inte var en "snabb-fix" eller opereras då det finns fler risker med det.

När vårdragare inte tycker att vården som ges motsvarar dennes förväntningar är risken mycket större att denne struntar i att fullfölja behandlingsplanen. För vårdragare med utländsk bakgrund på dessa vårdcentraler är ofta deras egna kontaktnät och familjens åsikter mycket viktigare i en sådan situation och en kollektivt negativ syn på vårdens tillvägagångssätt kan växa fram om vårdragarna är missnöjda.

Ett fenomen som uppmärksammats av personalen på båda vårdcentralerna är att kvinnliga vårdragare ofta kommer in i sällskap av en man, antingen deras egen man eller en manlig anhörig. Ofta är det då mannen som för kvinnans talan och svarar på frågorna som vårdgivaren ställer. Detta behöver inte vara en "tolk-situation" utan handlar ofta om kulturella traditioner. En kvinnlig vårdgivare berättade att hon ofta får mer information av kvinnliga vårdragare om de kommer ensamma då det är vanligt att de inte vill berätta om sina problem framför sin man i rädsla för att framstå som "dåliga fruar". När deras man, eller

en annan anhörig som kan berätta om besöket för deras man, sitter med underdriver de ofta sina symptom eller undanhåller helt information som skulle kunna vara viktig för vårdens kvalitet och vägen till tillfrisknande. Det är också ett problem då kvinnorna som söker vård inte kan berätta om deras skador har skett på grund av våldsamheter i hemmet.

De olika vårdgivarna har olika taktiker för att hantera detta; en del ställer om frågan tydligt riktad mot kvinnan om mannen svarar och säger att hon måste svara på frågan själv, andra säger åt mannen att han inte får delta under undersökningen.

En av kvinnlig vårdgivarna berättade att hon upplever att kvinnliga vårdtagare ofta är bekvämare med en kvinnlig vårdgivare och att de därför försöker se till så att de blir så, så ofta som möjligt. Många av kvinnorna som kommer från andra länder är vana vid manliga vårdgivare, särskilt läkare, och blir förvånade men ofta nöjda när de kan få en kvinnlig.

En manlig vårdgivare berättade att han ibland stöter på svårigheter med kvinnliga vårdtagare från andra kulturer om någon del av undersökningar måste ske utan eller delvis utan kläder. Under ett besök med en kvinna och assistans av en telefontolk hade han bett kvinnan att visa sin rygg varpå hon blivit extremt obekvämt även efter att tolken förklarat att det var nödvändigt. Eftersom kommunikationen med tolken som mellanhand var svår och kvinnan var obekvämt valde han tillslut att göra undersökningen på kvinnan fullt påklädd. Han berättade att det inte var optimalt men att han varit medveten om att detta kunde bli ett hinder som han skulle behöva jobba runt.

## Avslutande diskussion

Det finns ett antal barriärer på de vårdcentraler som mitt arbete har utgått ifrån och personalen jobbar ständigt med att förbättra sig i dessa utmaningar.

Språkbarriären yttrar sig i flera lägen där den som är vårdsökare eller vårdtagare inte kan tala och förstå samma språk som personalen de interagerar med. Detta hinder i kommunikation kan uppstå under telefonbokning, telefonrådgivning, i receptionen eller under besöket med en vårdgivare. När det finns en språkbarriär ökar risken för missförstånd och försämrad vårdkvalitet. Personal och vårdgivare på vårdcentralen får svårare att förstå den information som vårdtagaren/vårdsökaren lämnar vilket kan leda till feldiagnos och felbehandling. Vårdtagaren å andra sidan får svårare att förstå ordinationer och råd samt kan känna sig otrygg och missförstådd.

På en av de vårdcentraler jag besökt arbetar flera personer med utländsk bakgrund och med kunskaper i andra språk än svenska. Detta är såklart en stor fördel då de i vissa situationer kan antingen tolka eller tala direkt med vårdtagaren på dennes modersmål. Ett verktyg som de båda vårdcentralerna annars använder är tolkar. Tolkarna fungerar bra som en mellanled som kan förstärka kommunikationen och minska risken missförstånd. Men användning av tolk kan också vara krångligt då de kan vara svåra att få tag på och oftast bara finns tillgängliga över telefon och inte kan delta fysiskt under mötet och interagera med vårdgivare och vårdtagare. När ingen som kan tolka finns tillgänglig får personalen på vårdcentralerna vara kreativa och försöka kommunicera med vårdtagaren/vårdsökaren på andra sätt. Ofta används kroppsspråk, minspel och gester för med hjälp av en slags charader kunna kommunicera enkla frågor och svar men när det inte räcker till måste personalen arbeta mer kreativt och hitta andra lösningar. Några exempel på kreativ kommunikation som vårdgivare och annan personal använder är; Använda kända fraser eller melodier som till exempel melodin till "happy birthday" för att förmedla födelsedag eller födelsedatum; Förklara blodtryck med hjälp av en vattenkrans vattentryck för vårdtagare som inte har någon kunskap om insidan av kroppen; Att själv utföra övningar och rörelser som man vill att vårdtagaren ska härma; Visa med hjälp av bilder i böcker eller på datorn.

Kunskapsbarriären och förståelsebarriären gör sig även de tydliga. Många vårdsökande har bara lite eller ingen kunskap om hur det svenska vårdsystemet fungerar vilket leder till en rad utmaningar för personalen. Det kommer ofta in vårdsökande till receptionen utan att ha bokat tid i förväg då de inte är medvetna om att det måste göras över telefon. Personalen försöker att lösa detta så snabbt som möjligt, antingen genom att se om en vårdgivare är ledig eller genom att hjälpa den vårdsökande att boka en tid. En stor del av personalens ansvar ligger i att informera de som kommer dit om vårdcentralen då många i upptagningsområdet inte vet vad en vårdcentral är och varför man söker vård där istället för på sjukhuset.

Det är också vanligt att vårdtagare och vårdsökare inte anser vårdcentralen vara en seriös vårdinstitution och inte litar på vårdgivarnas kompetens. För vårdgivarna på vårdcentralen innebär det att de lägger ner extra mycket jobb och tid på vårdtagarna för att dels förklara hur sjukvårdsystemet fungerar, men också deras egen kompetens och roll i det. Detta arbete är väldigt viktigt då information om den vetenskapliga sektorn i sjukvårdsystemet når ut till den personliga sektorn som, förutom vårdtagaren, innehåller många fler personer som kanske inte själva har varit i kontakt med vården.

Det är väldigt vanligt bland vårdtagarna att vara skeptiska mot vårdcentralen som institution vilket de anställda jobbar aktivt för att motverka. Det är också vanligt att de är skeptiska mot de behandlingar och råd som ges av vårdgivarna. Det kan dels bero på att de ifrågasätter vårdgivarens kompetens men också på att de inte själva förstår innebörden av diagnosen, orsaken till den och den bäst lämpade behandlingen. Många av vårdtagarna saknar helt eller har väldigt lite kunskap om människokroppen och biomedicin vilket kan leda till en känsla av misstro och otrygghet under behandlingen. Missförstånd kan leda till att vårdtagaren inte kan följa behandlingsplanen som det var tänkt, men misstro kan leda till att vårdtagaren väljer att avstå helt eller delvis från behandling. För förhindra detta är vårdtagarna noggranna med att ta sig extra tid åt att förklara, diskutera med och lyssna på vårdtagaren. Detta minskar risken för både missförstånd och misstro. Arbetet med förtroende är väldigt viktigt då ett enda dåligt möte kan leda till att en hel krets i upptagningsområdet får en försämrad syn på vårdcentralen. Många av vårdcentralens vårdtagare har en väldigt stark

personlig sektor som de tillsammans med beslutar kring sjukvård, behandlingar och åsikter om dessa. Med vårdcentralernas goda arbete kan det även gå åt andra hållet och att en hel krets eller grupp av människor får en förbättrad bild av vårdcentralen.

Kulturbarriären och erfarenhetsbarriären syns bland annat i att många av vårdtagarna har en annorlunda bild av vad sjukvården ska erbjuda. Ofta blir de besvikna och har svårt att ta till sig råd om kostvanor eller sjukgymnastiska övningar och vill hellre ha mediciner som de ser som en "snabb-fix". När enkla förklaringar inte fungerar får vårdgivarna ta till andra knep för att nå fram till vårdtagaren. Det kan vara att förklara långsiktiga konsekvenser för olika behandlingar och argumentera varför just den rekommenderade behandlingen är det säkraste alternativet. Ett annat exempel är att byta ut vissa ord som tas emot illa till något annat och bättre ord som till exempel att säga fysioterapeut istället för sjukgymnast.

Ofta kommer kvinnliga vårdtagare in i sällskap av deras man eller en annan manlig närstående. Då kvinnorna ofta inte vill berätta om sina problem framför mannen samt att det finns en risk att det hon söker vård för har skett till följd av våld i hemmet kan detta bli problematiskt och vårdtagarna måste ha taktiker för att hantera detta. I de allra flesta fall ställer de frågorna tydligt riktade mot kvinnan och förklarar för både mannen och kvinnan att det är hon, som är vårdtagare, som måste svara själv på frågorna. I mer komplicerade fall kan de även be mannen att lämna besöksrummet eller säga från början att han inte får delta under undersökningen.

Bland de båda vårdcentralernas vårdtagare och vårdsökare är ofta den personliga sektorn väldigt viktig. Det gör att personalen och vårdgivarna inom den vetenskapliga sektorn behöver jobba extra mycket med vissa saker. De måste visa att de finns där, att de är kompetenta och att de kan möta allas behov. I möten med vårdtagare och vårdsökande måste de också vara extra tydliga och visa deras roll i sjukvårdssystemet.

Varje samtal med vårdtagare och vårdsökare blir otroligt viktigt då åsikterna som formas sedan kommer att förmedlas till den personliga sektorn. Personalen och vårdgivarna lägger därför ned extra mycket tid på bemötande, förståelse och kommunikation. Ett bra eller ett dåligt möte kan leda till stora förändringar i de olika kretsarna i upptagningsområdets syn på vårdcentralen. Därför jobbar vårdcentralerna extra hårt.

## Förslag till vidare forskning

Då allt fler människor med utländsk bakgrund bosätter sig i Sverige kommer behovet av kvalitativ forskning som ämnar att förbättra och utveckla olika delar av vården riktad mot dessa att öka.

Ett forskningsområde som är växande och relevant för detta ämne kulturkompetens inom vården och särskild utbildning för vårdgivare gällande vårdtagare med utländskbakgrund. (Castaneda, 2010)

Ett annat område är hur man kan förbättra kommunikationen där det finns språkbarriärer och även där en tredje part är involverad för tolkning. Ett exempel på ett sådant projekt är "The Helen Mission" där man har utvecklat ett e-health-program speciellt inriktat mot sjukvård. Programmet som heter "Helen" är utformat som ett digitalt översättningsverktyg som snabbt möjliggör för dialog mellan vårdgivare och vårdtagare utan en tredje part. Projektet har skapats för att minska problematiken som uppstår där språk-barriärer förekommer inom vården och på så vis förbättra vårdkvaliteten. Det är speciellt utformat för att parterna ska kunna prata om patientens medicinska historia, nuvarande tillstånd och framtida behandlingsplan. Målen med The Helen Mission är att förbättra kommunikationen mellan vårdgivare och vårdtagare, hjälpa vårdtagaren att snabbare få kontakt med vårdgivare och sjukvårdspersonal och vara tids- och kostnadseffektivt. (Worldish, *The Helen Mission*)

# Referenslista

## Tryckt litteratur:

Emerson, Robert M., Fretz, Rachel I., Shaw, Linda L.; Writing ethnographic fieldnotes; The university of chicago press; Chicago, 1995

Helman, Cecil G.; Culture, health and illness; Upplaga 2; Butterworth-Heinemann; Courier International Limited, East Killbride, 1990

Sachs, Lisbeth; Medicinsk antropologi; Upplaga 1:2; Liber; Centraltryckeriet AB, Borås, 1989

Sachs, Lisbeth; Onda ögat eller bakterier; Upplaga 1:4; Liber; Centraltryckeriet AB, Borås, 1990

## Elektroniska källor:

Socialstyrelsen; Att mötas i hälso- och sjukvård; ISBN 978-91-7555-246-0

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19620/2015-1-5.pdf>

Statistiska centralbyrån, SCB; Befolkningsstatistik i sammandrag 1960–2017

<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/helarsstatistik--riket/befolkningsstatistik-i-sammandrag/>

Senast uppdaterad 21 mars 2018



Vetenskapsrådet; Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning; ISBN 91-7307-008-4

<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Worldish, The Helen Mission

<https://worldish.se/>

## Artiklar:

Castaneda, Heide; 2010; Im/migration and health: Conceptual, methodological, and theoretical propositions for applied anthropology; Department of Anthropology, University of South Florida; Napa Bulletin 34, Sid 6–27; American Anthropological Association

Rothlind, Erica, Fors, Uno, Salminen, Helena, Wändell, Per, Ekblad, Solvig; 2018; Circling the undefined—A grounded theory study of intercultural consultations in Swedish primary care; PLOS ONE; 0203383

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0203383>

## Uppsatser:

Bredin, Sara, Nässén, Elin; 2015; *Att inte tala samma språk – upplevelser av språkets betydande för vårdandet*; Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås

Bengtsson, Sara, Shahrazad, Adlouni; 2011; *Bristande språkkunskaper och kulturella skillnader i mötet mellan patient och vårdpersonal*; Malmö högskola