



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Akademin för hälsa, vård och välfärd

SPRÅKBARRIÄRER I DEN PERIOPERATIVA VÅRDEN

En intervjustudie med anestesisyterskor

DAVID STEEN

FELIX RUITER

Huvudområde: Omvårdnad

Nivå: Avancerad

Högskolepoäng: 15 Hp

Program:

Specialistsjuksköterskeprogrammet med
inriktning anestesisyjukvård

Kursnamn: Examensarbete i vårdvetenskap
med inriktning mot anesthesiologisk
omvårdnad

Kurskod: VAE225

Handledare: Karin Skoglund

Examinator: Lena Marmstål Hammar

Seminariedatum: [2020-04-29]

Betygsdatum: [2020-05-17]

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Anestesisjuksköterskan har ansvarar för den perioperativa omvårdnaden som bland annat innefattar att informera patienten om den kommande anestesi. Detta kan försvåras om det förkommer en språkbarriär, en avsaknad av ett gemensamt språk att kommunicera på. **Syfte:** Syftet med examensarbetet är att beskriva anestesisjuksköterskans upplevelse av språkbarriärer i den perioperativa vårdrelationen. **Metod:** Examensarbetet är genomförd i form av en kvalitativ intervjustudie. Elva semistrukturerade intervjuer genomfördes med anestesisjuksköterskor som spelades in för att sedan transkriberas. **Resultat:** Tre kategorier framkom, de var: Skapa möjligheter för kommunikation, Hinder för kommunikation och God planeringen som förutsättning. Sex subkategorier framkom, dessa var: Att använda tolk och kommunikationshjälpmedel, Att underlätta med kroppsspråk, Att inte ha tid, Att inte lyckas förstå varandra, Att ha förberedelser som grund, Att inte ha möjlighet att göra ett fullgott arbete. **Slutsats:** Språkbarriärer upplevs som vanligt förekommande i den perioperativa vården, men det finns gott om hjälpmedel för att övervinna dessa bland annat tolkar. Kroppsspråk ansågs av anestesisjuksköterskorna vara ett effektivt sätt att kommunicera på. För att kunna ge en god anesthesiologisk omvårdnad ansågs tiden ha en stor betydelse.

Nyckelord: Anestesi, kommunikation, operation, vårdrelation

ABSTRACT

Background: As an anesthesia nurse, you are responsible for the perioperative care, which includes informing the patient about the coming anesthesia. This can be difficult if there is a language barrier, a lack of a common language to communicate in. **Aim:** The aim of the study is to describe the anesthesia nurse's experience of language barriers in the perioperative care. **Method:** The study was conducted in the form of a qualitative interview study. Eleven semi-structured interviews were conducted with anesthesia nurses, which were recorded and then transcribed. **Results:** Three categories emerged, they were: Creating opportunities for communication, Barriers to communication and Good planning as a prerequisite. Six subcategories emerged, these were: Using an interpreter and communication aids, Facilitating with body language, Not having time, Not being able to understand each other, Having preparation as a foundation and Not being able to do a good job. **Conclusion:** Language barriers are perceived as common in perioperative care, but there are plenty of tools available to overcome these for example interpreters. Body language was considered by the anesthesia nurses to be an effective way of communicating. In order to provide good anesthesiological care, time was considered to be of great importance.

Keywords: Anesthesia, care relationship, communication, surgery

INNEHÅLL

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND.....	1
2.1	Anestesisjuksköterskans yrkesområde.....	1
2.1.1	<i>Anestesisjuksköterskans perioperativa omvårdnadsansvar.....</i>	<i>2</i>
2.2	Vikten av kommunikation	2
2.3	Språkbarriärer.....	3
2.4	Kommunikation är inte bara språk	4
2.5	Kommunikation med hjälp av tolk.....	5
2.6	Patienters upplevelser av perioperativ vård.....	6
2.7	Patienters upplevelser av språkbarriärer.....	7
2.8	Teoretisk referensram.....	7
2.8.1	<i>Mötet.....</i>	<i>8</i>
2.8.2	<i>Bygga broar.....</i>	<i>8</i>
3	PROBLEMFÖRMULERING	9
4	SYFTE	9
5	METOD.....	9
5.1	Design	10
5.2	Urval	10
5.3	Datainsamling.....	10
5.4	Analys.....	11
5.5	Etiska överväganden	12
6	RESULTAT.....	13
6.1	Skapa möjligheter för kommunikation	13
6.1.1	<i>Att använda tolk och kommunikationshjälpmedel.....</i>	<i>13</i>
6.1.2	<i>Att underlätta med kroppsspråk.....</i>	<i>14</i>

6.2	Hinder för kommunikation.....	15
6.2.1	<i>Att inte ha tid.....</i>	15
6.2.2	<i>Att inte lyckas förstå varandra</i>	16
6.3	God planering som förutsättning	16
6.3.1	<i>Att ha förberedelser som grund.....</i>	16
6.3.2	<i>Att inte ha möjlighet att göra ett fullgott arbete</i>	17
7	DISKUSSION	18
7.1	Metoddiskussion	18
7.2	Resultatdiskussion	20
7.2.1	<i>Skapa möjligheter för kommunikation</i>	20
7.2.2	<i>Hinder för kommunikation.....</i>	21
7.2.3	<i>God planeringen som förutsättning</i>	22
7.3	Etikdiskussion	23
8	SLUTSATS.....	24
9	FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING.....	25
	REFERENSER.....	26
	BILAGA A: INTERVJUGUIDE	
	BILAGA B: BREV TILL VERKSAMHETSCHEF	
	BILAGA C: MISSIVBREV TILL INFORMANTER	

1 INLEDNING

Som sjuksköterskor har författarna vid flertalet tillfällen varit med om situationer där vårdpersonal och patient inte kunnat förstå varandra på grund av språkbarriärer. Under vidareutbildningen till specialistsjuksköterskor inom anestesijukvård växte en nyfikenhet på hur anestesijuksköterskor ute i verksamheten upplever språkbarriärer i den perioperativa vården. Om en språkbarriär finns i mötet mellan vårdtagare och vårdgivare kan det försvåra ett informationsutbyte mellan parterna, vilket kan leda till att kvalitén i omvårdnaden försämras. Det är av stor betydelse att en anestesijuksköterska kan göra sig förstådd, men även stor vikt måste läggas på att tillgodose att patienten har förstått samt tagit till sig eventuell information.

Språkbarriärer bör därför vara en ytterst viktig fråga att reflektera över och belysa då Sveriges sjukvård har behövt ställa om sitt omhändertagande av patienter relaterat till att det talas många olika språk i Sverige. Detta examensarbete syftar till att försöka beskriva de upplevelser som anestesijuksköterskor kan komma i kontakt med under den perioperativa vården då det finns en språkbarriär.

2 BAKGRUND

Bakgrunden börjar med en beskrivning av anestesijuksköterskans ansvar och kommunikation utifrån olika perspektiv. Vidare redovisas även tidigare forskning om hur patienter har upplevt vården i den perioperativa processen samt ett teoretiskt perspektiv och en problemformulering.

2.1 Anestesijuksköterskans yrkesområde

En anestesijuksköterska förväntas ha en hög medicinsk och teknisk kunskap samt besitta kunskap om anesthesiologiska metoder för att kunna ta ansvar för en annan människas vitala funktioner som genomgår en anestesi (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Som anestesijuksköterska ska kunskap finnas för att kunna genomföra en vårdande bedömning och hantera olika situationer samt kunna skapa ett lugn och inge ett förtroende hos patienter (Lindwall & Von Post, 2008). Då den anesthesiologiska omvårdnaden ska vara personcentrerad bör anestesijuksköterskan sträva efter att planera omvårdnaden ihop med patient och eventuella anhöriga samt att hela tiden vara närvarande för patienten. I och med att omvårdnaden ska vara personcentrerad ställer detta krav att

anestesisjuksköterskan individanpassar omvårdnaden och sitt bemötande samt tar ett eget yrkesansvar och ser sig själv som personligt ansvarig för sina vård handlingar (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Det krävs att en anestesisjuksköterska ska fungera väl i ett lagarbete (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012), då samarbete mellan olika yrkeskategorier som till exempel läkare, operationssjuksköterskor och undersköterskor, är ett måste då de olika professionerna är beroende av varandra. Anestesisjuksköterskans arbete ska utföras utifrån vetenskap och den beprövade erfarenhet som finns (Lindwall & Von Post, 2008).

En anestesisjuksköterska kan hamna i många olika sorters vårdssituationer som kan vara väldigt varierande och komplexa. Det kan vara situationer som handlar om allt från att övervaka en patients vitala funktioner och snabb sätta in nödvändiga åtgärder vid akuta situationer till att bemöta och ta hand om oroliga patienter under hela den perioperativa vårdprocessen (Lindwall & Von Post, 2008).

2.1.1 Anestesisjuksköterskans perioperativa omvårdnadsansvar

Bortsett från att övervaka patientens vitala parametrar under operationer, behandlingar och undersökningar som kräver anestesi, ansvarar anestesisjuksköterskan för den perioperativa omvårdnaden av patienten (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Med den perioperativa omvårdnaden menas den omvårdnaden patienten får inför kirurgi (Blomberg, Bisholt & Lindwall, 2018) både före, under och efter operationen (The Association of Operating Room Nurses, 1991). Den anestesiologiska omvårdnaden av patienten innefattar bland annat att informera patient och anhöriga om hur patienten kan komma att uppleva operationen, behandlingen eller undersökningen. Anestesisjuksköterskan ska även kunna besvara eventuella frågor som patienten eller anhöriga kan ha (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Anestesisjuksköterskan bör bygga en relation med patienten där trygghet, förtroende och tillit är grunden, detta för att kunna identifiera patientens vårdbehov och planera omvårdnaden utifrån patientens situation. Som anestesisjuksköterska är det viktigt att komma ihåg att varje patient är unik som individ, det är därför viktigt att anestesisjuksköterskan är öppen för patientens situation och respekterar patientens självbestämmanderätt (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). För att missförstånd ska undvikas genom det perioperativa förloppet, speciellt postoperativt, ser anestesisjuksköterskan det som sin uppgift att identifiera patienters förväntningar som denne kan ha (Malley, Kenner, Kim & Blakeney 2015).

2.2 Vikten av kommunikation

Kommunikation kan delas upp i verbal och icke-verbal kommunikation där den verbala delen handlar om människans språkanvändning som kan förmedla budskap, ord eller skrift

(Hanssen, 2007). Syftet med kommunikation är enligt Hanssen (2007) att få till ett utbyte av mest möjliga information. Inom vården används kommunikationens viktiga funktioner för att knyta kontakt, ta reda på tillstånd samt ge och få viktig information. Att besitta goda kommunikationskunskaper anses vara en ständig kvalitetssäkring av omvårdnadsarbetet (Fredriksson, 2012).

Att inte kunna kommunicera och uttrycka sig till sin vårdgivare skapade enligt Gerrish, Chau, Sobowale och Birks (2004) en känsla av ovisshet hos patienter. Sjuksköterskor kan enligt Gerrish et al. (2004) känna en viss oro över konsekvenser som kan uppstå utifrån en dålig eller icke funktionell kommunikation. Om kommunikationen är begränsad av språkbarriärer kan patienter enligt Dastjerdi (2012) uppleva att deras tillgång till vård är påverkad då de inte kan göra sig förstådda eller förstå sin vårdgivare. I patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) kan det läsas att patienten ska få anpassad information kring den vård som ges, detta ställer enligt Hultsjö och Hjelm (2005) höga krav på en väl fungerande kommunikation mellan patient och personal, något som försvåras om de inte pratar samma språk. Enligt Leinonen, Leino-Kilpi, Ståhlberg och Lertola (2001) upplever många patienter en säker och omsorgsfull vård som en viktig del i vårdprocessen.

För att kunna ge patienter en god omvårdnad är kommunikation grundläggande och en viktig del i den anesthesiologiska omvårdnaden (Smith & Mishra, 2010), enligt Yazar, Tire och Kozanhan (2018) kan det vara svårt att ge patienter en god anesthesiologisk omvårdnad där det är bristfällig kommunikation. I det preoperativa förloppet finns det enligt Yazar, Tire och Kozanhan (2018) en viss osäkerhet bland anestesipersonalen om den givna informationen om anestesi har uppfattats på ett korrekt sätt om det förekommer språkbarriärer samt att det fanns en känsla kring oro över att inte kunna ställa frågor om medicinsk bakgrund, fasta och eventuella allergier.

Kommunikation har även en betydande roll i att förstärka förtroendet mellan sjuksköterskan och patienten, vilket gör att vårdrelationen mellan parterna stärks. Detta kan försvåras då det i ett multikulturellt samhälle förekommer många olika språk, som kan skapa språkbarriärer och försvåra samtalet mellan sjuksköterska och patient (Sandberg, 2014). Följsamheten i vården försämras om det förekommer språkbarriärer då information ges utan att mottagaren kan förstå den (Claydon- Platt, Manias & Dunning, 2013). Om det förekommer en språkbarriär menar Garrett, Dickson, Young, Whelan och Forero (2008) att vårdrelationen mellan patient och sjuksköterska påverkas negativt. I mötet med patienten är lyssnandet något av det viktigaste anesthesisjuksköterskan behöver kunna behärska, detta gör att mötet med patienten får ett ytterligare djup (Pritchard, 2011). Genom en effektiv kommunikation mellan anestesipersonal och patienten kan tillfredsställelsen hos patienten öka som i sin tur påverkar hela det perioperativa förloppet (Harms, Young, Amsler, Zettler, Scheidegger, & Kindler, 2004).

2.3 Språkbarriärer

Språk har en central roll för att kunna kommunicera och tillåter talare och lyssnare att förstå varandra och den andres behov (Azam & Watson, 2018). Om det i mötet mellan två parter

finns en avsaknad av ett gemensamt språk att kommunicera på skapas en språkbarriär. Azam och Watson (2018), Bischoff et al. (2003) samt Hultsjö och Hjelm (2005) menar att språkbarriärer skapar kontaktsvårigheter och missförstånd mellan patienten och anestesijuksköterskan då de inte förstår varandra, vilket gör det svårt ge en personcentrerad omvårdnad. Även om det förekommer en språkbarriär är det en sjuksköterskas uppgift att ge patienter personcentrerad omvårdnad (Bischoff & Denhaerynck, 2010; Gerrish, 2001; Hull, 2015; Richardson, Thomas, & Richardson, 2006). Det är många patienter som känner sig ensamma då det finns en språkbarriär (Vydelingum, 2000). Tillgängligheten och möjligheten att delta i sin egen vård försvinner enligt Björk Brämberg (2008) om det föreligger en språkbarriär mellan patient och vårdgivare. För att övervinna språkbarriärer inom vården kan anestesijuksköterskan bland annat använda sig av tolkar (Björk Brämberg, 2008; Flores, 2005). Däremot kan aldrig kommunikation via tolk, oavsett tolkens språkliga skicklighet, ersätta det värde som finns i att direkt kunna kommunicera mellan två parter (van Rosse, de Bruijne, Suurmond, Essink-Bot, & Wagner, 2015). Om inte språkbarriären övervinns kan det resultera i att patienten inte känner sig delaktig i vården och känner sig kränkt. På grund av den språkbarriär som kan finnas känner patienter enligt Gerrish et al. (2004) en oro kring sin hälsa då informationen inte är språkligt anpassat, vilket kan leda till att patienter söker vård i onödan eller för sent. Hos patienter där det förekommer språkbarriärer kan detta leda till att de befinner sig inlagda på en sjukvårdsinrättning under en längre period än om det inte skulle förekomma en språkbarriär (Squires, 2018).

2.4 Kommunikation är inte bara språk

Den icke verbala delen av kommunikationen sker enligt Hanssen (2007) utan någon verbal inblandning alls vid mötet med andra. Denna kommunikation förmedlas istället via bland annat hållning, gester, rörelser, mimik, ansiktsuttryck samt fysisk beröring. Av dessa anses ansiktsuttrycket vara den viktigaste kommunikationskanalen vid icke verbal kommunikation. Kroppsspråket som används är kulturellt bestämt och kan enbart förstås om det sätts in i ett kulturellt sammanhang. Vårdpersonal kan hamna i nya och okända situationer som ökar risken för feltolkningar, vilket innebär att vårdpersonalen måste vara lyhörd samt fundera över hur kroppsspråket kan uppfattas (Hanssen, 2007).

Sverige är ett land där det finns många människor från andra kulturer. Kulturen som en individ tillhör kan påverka dennes verklighetsuppfattning och varje kultur uppfattar hälsa, sjukdom och död på sitt eget sätt. Hur rollen ses som patient varierar mellan olika kulturer (Angel & Hjern, 2004) men även hur patienten kommunicerar, uppfattar och tolkar till exempel smärta och sorg skiljer sig mellan olika kulturer (Angel & Hjern, 2004; Sandberg, 2014). På uppvakningsavdelningen är det vanligt förekommande att det är svårt att få en bild av om patienten upplever någon smärta om det föreligger en språkbarriär (Yazar, Tire och Kozanhan, 2018). I varje kulturellt samhälle finns det även oskrivna regler för hur ett samtal ska gå till. Det kan till exempel vara att det är mannen som ska föra kvinnan och barnets talan, det kan anses vara oacceptabelt att se någon i ögonen under en längre stund, hur avståndet mellan parterna är samt hur eventuell kroppskontakt sker eller gester som används skiljer sig mellan olika kulturer (Angel & Hjern, 2004; Hanssen, 2007). En studie av Yazar,

Tire och Kozanhan (2018) visade att användning av kroppsspråk är vanligt bland anestesipersonal att använda sig av vid språkbarriärer om ingen tolk är närvarande. Genom den icke verbala kommunikationen, kroppsspråket, kan anestesijuksköterskan förmedla en känsla av trygghet och tillit till sina patienter (Pritchard, 2011).

2.5 Kommunikation med hjälp av tolk

I vårdmöten där det förkommer språkbarriärer som måste övervinnas använder sig sjukvården oftast av tolkar, då oftast via telefon då dessa anses vara det snabbaste sättet att få tag på en tolk och det ses som det mest kostnadseffektiva tillvägagångssättet. Men vid användning av telefontolkar förekommer det vissa problem som till exempel dålig mottagning eller bakgrundsljud (Azam & Watson, 2018; Squires, 2018). Azam och Watson (2018) menar även att telefontolkar är ett dåligt tillvägagångssätt att använda sig av efter en operation om patienten har fått generell anestesi då de fortfarande kan vara påverkade av anestesiläkemedel.

Cioffi (2003) menar att personalen behöver öva sig på att samtala med hjälp av tolk. Däremot menar Eechoud et al. (2017) att vid användning av tolk för att kunna kommunicera kan patienten känna att dennes integritet är hotad då en tredje part medverkar i samtalet, vilket kan påverka villigheten att dela med sig av privat information. Däremot kan språkbarriärer övervinnas om tolk används (Gerrish et al., 2004). Om tillgången till tolk är bristfällig brukar vården enligt Asgary & Segar 2011; Eechoud et al., 2016) vända sig till patientens anhöriga för att kunna kommunicera med patient. Ozolins och Hjelm (2003) menar däremot att sjukvårdspersonal inte bör använda sig av anhörigtolk då det inte kan vara säkra på att den information som ges stämmer eller om det har översatts korrekt. En tolk bör ha en viss utbildning inom medicinsk terminologi, annars kan det leda till missförstånd och felöversättningar (Azam & Watson, 2018). Enligt Eechoud et al. (2017) finns det även en risk att informationen som patienten erhåller är korrigerad då anhöriga kan välja att anpassa informationen utifrån vad de tycker är nödvändigt eller då de inte förstått innebörden. Enligt Asgary och Segar (2011) gör anhöriga detta då de känner en moralisk skyldighet att skydda sin anhörig om de anser att denne kan ta skada eller känna känslor av hopplöshet om den anhöriga får all information. Patienten kan även hindra sig från att nämna saker om det är en anhörig som tolkar då de inte vill delge den informationen till en familjemedlem (Asgary & Segar 2011). Därför bör sjukvårdspersonal använda sig av professionella tolkar (Ozolins & Hjelm, 2003) som översätter samtalet ordagrant och tar ingen aktiv del i samtalet samt att de arbetar under sekretess (Angel & Hjern, 2004). Ändå finns det en majoritet som föredrar att använda sig av anhöriga som tolkar då dessa oftast har en bättre kännedom om patientens hälsohistoria och att de oftast är mer tillgängliga och tillmötesgående än professionella tolkar (Hudelson & Vilpert, 2009).

2.6 Patienters upplevelser av perioperativ vård

Enligt Caldwell (1991), Hankela och Kiikkala, (1996), Leinonen, Leino-Kilpi och Jouko (1996) samt Leinonen et al. (2001) upplever många patienter det som skrämmande och obehagligt att vara på en operationsavdelning. Enligt Rhodes, Miles och Pearson (2006) är bristen på information en bidragande faktor som ökar oron och ångesten hos patienter preoperativt. Att ha ångest perioperativt kan enligt Rhodes et al. (2006) komplicera hanteringen av anestesi och återhämtningen postoperativt. En annan orsak till preoperativ ångest och oro hos patienter är att de ska genomgå en anestesi (Hwang, Lee, Jang, Gim, & Kim, 2014). För att kunna minska den oro och ångest som många patienter upplever preoperativt, är det enligt Kiyohara et al. (2004) viktigt med god information innan. Genom att ge information om ingreppet och anestesiförloppet på ett sätt som är förståeligt för patienten i ett preoperativt skede kan det leda till minskad ångest och oro genom hela den perioperativa processen (Kiyohara et al., 2004; West, Bittner & Ortiz, 2014) som då blir mycket lugnare. För att öka patienters copingförmåga inför en anestesi är det viktigt med en bra dialog (Pereira, Figueiredo-Braga & Carvalho, 2016), vilket kan bli svårt om det förekommer en språkbarriär (West, Bittner & Ortiz, 2014).

Enligt Felley et al. (2008) brukar informationen som ges preoperativt vara abstrakt och ganska opersonligt. Detta kan leda till att patienter inte får svar på deras specifika frågor som de vill ha svar på. Enligt Caljouw, van Beuzekom och Boer (2008) anser patienter att sjukvården kan bli bättre på att tillgodose patienternas behov av information, kommunikation och ett empatiskt bemötande inför en operation. Enligt Felley et al. (2008) bör det finnas riktlinjer som säger att patienten ska erhålla information om ingreppets karaktär, eventuella risker, fördelar med operationen samt om det finns alternativa behandlingar. Det är viktigt att försäkra sig om att patienten har förstått den givna informationen. Informationen som patienten erhåller bör vara utifrån ett personcentrerat perspektiv, det vill säga att informationen ska ges på ett förståeligt sätt som till exempel att den ges på patientens språk, detta kan oron minskas och den postoperativa återhämtningen förkortas (Pereira et al., 2016). Genom att patienten erhåller förståelig information kan användningen av analgetika minskas då de erhållit god information innan (Pereira et al., 2016).

Caldwell (1991) och Leinonen et al. (2001) menar vidare att patienters tidigare upplevelser av den perioperativa processen har en stor betydelse för vilken grad av oro och rädsla som patienten upplever. Nivån av oro och ångest kan enligt Kiyohara et al. (2004) även bero på operationens allvarlighetsgrad samt om patienten har kunskap om själva operationen. En del av oron som kunde upplevas som stressande och skrämmande var att patienterna kände en oro för att bli utskrivna från uppvakningsavdelningen eller sjukhuset för tidigt och då inte fått den tid som behövdes efter en operation för återhämtning (Caldwell, 1991; Leinonen et al., 2001). Om det finns en god kommunikation mellan vårdgivare och vårdtagare där vårdtagaren får god information genom hela det perioperativa förloppet ökas känslan av delaktigheten. Genom att anestesijuksköterskan enbart fokuserar på att lyssna på patienten inger detta ett lugn ((Rudolfsson, Hallberg, Ringsberg & von Post, 2003).

2.7 Patienters upplevelser av språkbarriärer

Om det finns en språkbarriär mellan patient och vårdpersonal kan patienterna enligt Vydelingum (2000) uppleva ett missnöje med vården på grund av att vårdpersonalen generaliserar patienterna på grund av en språkbarriär. Detta leder till att patienterna upplever att de blir ignorerade eftersom vårdpersonalen inte lyssnar på dem (Yeo, 2004).

Om vårdpersonalen inte tar patienternas språksvårigheter på allvar menar Vydelingum (2000) att patienterna kan uppleva en känsla av skam och förnedring. Detta kan bero på att vårdpersonalen höjer rösten och artikulerar när patienten inte förstår (Vydelingum, 2000). Men det kan även bero på att patienterna upplever att de får information på antingen för hög eller för låg kunskapsnivå, med andra ord information som inte är personcentrerad (Krupic, 2007). Gerrish et al. (2004) menar att patienterna har sämre förutsättningar för att ställa frågor om sin sjukdom och behandling till följd av de språkbarriärer som kan finnas, vilket leder till att patienterna känner en frustration. Att inte förstå informationen som ges om sin diagnos och behandling på grund av en språkbarriär kan skapa en känsla av oro, osäkerhet och otrygghet hos patienterna (Gerrish et al., 2004; Vydelingum, 2000).

Att inte kunna ta emot information om sitt eget hälsotillstånd kan skapa förvirring och ge en känsla av ängslan (Farahani, Sahragard, Carroll & Mohammadi, 2011). Att de inte får tillräckligt med information kan väcka en känsla av oro och frustration patienter då det tror att vårdpersonalen döljer något för dem (Davies, Bukulatjpi, Sharma, Davis & Johnston, 2014). Att som sjuksköterska tala fåordigt eller snabbt kan leda till att patienten känner en hopplöshet (Farahani et al., 2011).

Patienter upplever att språkbarriärer är ett hinder för god kommunikation vilket gör att de upplever att sina möjligheter att berätta om sina känslor och problem är begränsade (Higginbottom et al., 2016). Detta leder till att patienterna inte alltid berättar det de vill för vårdpersonalen, detta då de upplever att det finns en risk att inte bli förstådd samt en rädsla för att verka dum om de skulle uttala något fel (Maneze et al., 2016). Istället låtsas patienter förstå vad som sägs trots att de inte har förstått (Higginbottom et al., 2016). Detta gör att patienterna upplever att vårdpersonal pratar på utan att försäkra sig om att patienten har förstått innehållet av det som sägs (Maneze et al., 2016).

2.8 Teoretisk referensram

Halldórsdóttirs (1996) omvårdnadsteori handlar om det vårdande och icke vårdande mötet. Halldórsdóttir menar att sjuksköterskan har en stor påverkan på hur patienten upplever vården, både genom att inneha kunskap och vara skicklig i sitt yrkesutövande. En sjuksköterska ska kunna identifiera vårdtagarens behov, förväntningar och möta denne i en yttre kontext för att förstå vårdtagarens hela kontext.

Som anestesijuksköterska behövs det byggas en relation med patienten där trygghet, förtroende och tillit är grunden, anestesijuksköterskan ansvarar även för patientens omvårdnad under den perioperativa processen (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). För att kunna ge en god omvårdnad är

kommunikation av stor betydelse, en god kommunikation kan stärka förtroendet mellan vårdgivare och vårdtagare (Sandberg, 2014). Därför är en omvårdnadsteori som handlar om relationen mellan sjuksköterska och patient relevant för detta arbete.

2.8.1 Mötet

Halldórsdóttirs (1996) omvårdnadsteori handlar om vårdande och icke vårdande möten inom vården, att bygga broar eller murar. Halldórsdóttir (1996) menar att broar kan bildas om en patient känner tillit och förtroende till sjuksköterskan. Om en bro har skapats i mötet vågar patienten öppna sig och delge sina problem med sjuksköterskan. Med en tillit som grund kan patient och sjuksköterska tillsammans jobba mot patientens mål. I sitt bemötande ska sjuksköterskan vara närvarande samt vara intresserad och nyfiken på patienten. Om detta finns kan en bro bildas mellan sjuksköterska och patient, vilket leder till att en god vårdrelation uppstår. Halldórsdóttir nämner i sin omvårdnadsteori tre förutsättningar som är viktiga för att kunna bygga en bro i vårdrelationen: sjuksköterskan ska vårda patienten som en patient men även som en person, sjuksköterskan ska inneha visdom som består av kunskap och erfarenheter samt att sjuksköterskan ska ha den kompetens som krävs för att vårda. För att kunna bygga broar menar Halldórsdóttir (2008) att sjuksköterskan måste ha en god kontakt med sig själv och sina egna känslor, samtidigt som sjuksköterskan inte får vara lättkränkt och känner en genuin tillfredsställelse av att hjälpa andra människor. Om det inte skulle uppstå ett vårdande möte mellan patient och sjuksköterska bildas det enligt Halldórsdóttir (1996) en mur som gör det omöjligt att sträva mot gemensamma mål och hindrar på så sätt patienten från att vara delaktig i sin egen vård. Om sjuksköterskan är ointresserad eller tycker att situationen skulle vara lättare om den inte var just denna patienten byggs muren upp redan från start. Om patienten skulle känna av sjuksköterskans negativa inställning och känner sig som ett offer byggs muren både högre och tätare. Om sjuksköterskan har denna negativa inställning menar Halldórsdóttir (1996) att sjuksköterskan berövar patienten på dennes självständighet.

2.8.2 Bygga broar

Att bygga broar istället för murar delar Halldórsdóttir (2008) in i sex faser där den första fasen handlar om att initiera en kontakt och lära känna varandra, initiativet till denna fas ligger hos båda parterna. Just i denna fas är lyssnandet och den icke-verbala kommunikationen en viktig del. Lyckas denna fas går man vidare till nästa fas som innebär att kliva ur sina stereotypa roller som sjuksköterska och patient, och istället ser varandra som personer. Nästkommande fas handlar om att sjuksköterskan ska få patienten att känna sig speciell genom att tilltala patienten lite mer personligt. Den fjärde fasen har nåtts när patienten känner en frihet och kan öppna sig för sjuksköterskan utan att skämas, även om det skulle handla om jobbiga eller obehagliga saker. I den näst sista fasen ska patienten känna att sjuksköterskan är på dennes sida, detta leder till att patienten känner sig både som person och patient men även att patienten känner sig mindre ensam och sårbar. Den sista fasen handlar om att sjuksköterska och patient gemensamt arbetar mot samma mål och på samma villkor (Halldórsdóttir, 2008).

3 PROBLEMFÖRMULERING

I och med att Sverige blir mer och mer multikulturellt innebär det även en ökad spridning och variation av språk. Om det i mötet mellan en vårdtagare och en vårdgivare finns en avsaknad av ett gemensamt språk att kommunicera på skapas en språkbarriär, som kan påverka omvårdnaden. Tidigare forskning visar att oavsett kunskaper i språk kan vårdtagare uppleva en stor trygghet i att kunna förmedla sig och kunna göra sig förstådd innan en operation. En anestesijuksköterska ska kunna ge information till patienten om operationen, men även kunna behöva ta emot information. I patientsäkerhetslagen står det att patienten ska erhålla anpassad information om sin vård, vilket kan försvåras om det finns en språkbarriär.

Som anestesijuksköterska ska en säkerhet finnas i att patienten känner sig tillfredsställd med den information som lyckats förmedla om det finns språkbarriärer. Men hur kan en säkerhet infinns sig i att känna sig trygg med att patienten har tillgodosett sig informationen på ett tillfredställande sätt. Vid en sämre kommunikationsförmåga är det lätt att anestesijuksköterskan ser patienten som ett problem och som ett hinder, vilket i sin tur ger en negativ start som måste överkommas. Det blir svårare för anestesijuksköterskan att se hela patienten om det redan vid inledningen är svårt att bygga broar mellan sig själv och patienten. För att överkomma dessa broar måste först en förståelse för varandras oförmåga att göra sig förstådd och därifrån försöka att övervinna de hinder som står framför sig. I slutändan är det anestesijuksköterskans uppgift att leda vägen till en god kommunikation. En av anestesijuksköterskans huvudsakliga uppgifter att kunna förmedla information på ett sätt som ger alla en möjlighet att ta till sig informationen. Att undersöka hur anestesijuksköterskan upplever språkbarriär i den perioperativa vårdrelationen är därför av betydelse.

4 SYFTE

Syftet är att beskriva anestesijuksköterskans upplevelse av språkbarriärer i den perioperativa vårdrelationen.

5 METOD

Metoden börjar med en beskrivning över examensarbetets design, därefter följer en beskrivning om urvalet och datainsamling. Vidare ges en beskrivning över hur analysen av det insamlade datamaterialet är tänkt att genomföras. Etiska överväganden som gjorts beskrivs även.

5.1 Design

För att få svar på examensarbetets syfte har en kvalitativ intervjustudie (Danielson, 2017; Polit & Beck, 2017) med semistrukturerade intervjuer genomförts.

5.2 Urval

För att få genomföra examensarbetet inhämtades godkännande från lärosätets lokala etiska nämnd. Därefter inhämtades godkännande för få genomföra examensarbetet ute i verksamheten genom tillstånd hos biträdande verksamhetschef via blankett (se bilaga B) samtliga avdelningschefer informerades även angående examensarbetet. Inklusionskriterier för att delta i studien var att deltagaren skulle ha en specialistsjuksköterskeutbildning inom anestesijukvård och ha arbetat kliniskt som anestesijuksköterska på en operationsavdelning samt givit omvårdnad till minst en patient där det förekommit en språkbarriär. Exklusionskriterier för deltagande i studien var om deltagaren inte behärskade det svenska språket eller om deltagaren inte hade en specialistsjuksköterskeutbildning inom anestesi. I studien deltog elva informanter, sex kvinnor och fem män, mellan åldrarna 30 och 63 med en arbetserfarenhet som anestesijuksköterska från 1 år till 29 år. Samtliga informanter har erfarenheter från hela perioperativa förloppet, de har träffat patienter pre-, intra- och postoperativt.

5.3 Datainsamling

Personal på kliniken erhöll information under en arbetsplatsträff angående examensarbetet och dess syfte. För att säkerställa att samtliga i personalen fick ta del av informationen skrevs den med i veckans information i som mailades ut. Personal som uppfyllde inklusionskriterierna och var intresserade av att delta fick ta kontakt med någon av studiens författare.

Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer med stöd från en intervjuguide (se bilaga A). Utifrån svaren användes följdfrågor som kunde vara olika för olika personer beroende på vad de svarat. Dessa användes för att styra frågorna till syfte och för att fördjupa svaren. Enligt Danielsson (2017) är en semistrukturerad intervju en intervju med öppna frågor som är formulerad efter en viss struktur men inte behöver tas i exakt den ordningen. Som intervjuare kan anpassningar behöva göras efter vad som framkommer under intervjun. Intervjuerna skiljde sig en del tidsmässigt, de varade mellan 7 minuter upp till 25 minuter.

Innan intervjuerna med deltagarna påbörjades genomfördes en pilotintervju med en person som uppfyller inklusionskriterierna, detta för att säkerställa relevansen i intervjufrågorna (Polit och Beck, 2017). Datainsamlingen från denna intervju inkluderades i resultatet, vilket kan göras enligt Trost (2010) om det insamlade materialet svarar på syftet. Bortsett från pilotintervjun har intervjuerna delats mellan studiens författare, vilket diskuteras i diskussionsavsnittet.

För att uppnå datamättnad, när ingen ny data kunde ge mer kunskap (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2014), beräknades att minst tio informanter behövdes i studien. Om färre än tio personer hade anmält sitt intresse för deltagande hade ett ytterligare utskick gjorts bland personalen på kliniken.

5.4 Analys

För detta examensarbete har en kvalitativ innehållsanalys använts. Att använda innehållsanalys som metod är att föredra om syftet är att identifiera framträdande mönster och teman utifrån utskrivna kommunikation (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2017). Vid analysen är det textens manifesta budskap som har studerats, vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär att fokus läggs på det uppenbara och synliga i texten. Själva analysen har genomförts stegvis utifrån Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning.

Analysens första steg bestod av att lyssna genom de inspelade intervjuerna och transkribera de ordagrant (Graneheim & Lundman, 2004), detta gjordes av den som hade intervjuat respektive respondent. En transkribering ska vara ordagrann och ska helt reflektera intervjuens innehåll, detta innebär att varje suck, hostning eller liknande ska transkriberas (Polit & Beck, 2017). För att validera de transkriberingar som gjorts lyssnade intervjuerna genom varandras intervjuer. Samtliga transkriberade texter lästes genom upprepade gånger för att få en helhetsbild och en känsla för texten. I enlighet med Graneheim och Lundmans (2004) andra steg sorterades texterna utifrån dess innehåll. Detta gjordes genom att meningsenheter som var relevanta för studiens syfte markerades, om den omgivande texten var av betydelse för sammanhanget inkluderades den. De meningsbärande enheterna kunde bestå av hela stycken text eller enstaka meningar. I steg tre kortades de meningsbärande enheterna ner genom kondensering i syfte att korta ner texten men samtidigt behålla det centrala innehållet. För att ingen meningsbärande enhet skulle gå förlorad och väsentlig del missas bearbetades materialet noga. Steg fyra bestod av att de kondenserade meningsenheterna skulle kodas, vilket innebär att de försågs med etiketter som återspeglade enheternas centrala budskap. Det femte steget bestod av att skriva samtliga koder på ett papper för att kunna jämföra dem, för att så kunna identifiera och beskriva variationer och likheter i innehållet och dela upp koderna i subkategorier och kategorier (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 1: Exempel på innehållsanalys

Meningsenhet	Kondenserande meningsenheten	Kod	Subkategori	Kategori

... att kommunicera så gott det går med kroppsspråk man kan visa det mesta å peka å förklara var saker och ting ska sitta	Kommunicera med kroppsspråk, peka och förklara vart saker ska sitta	Att använda sig av kroppsspråk	Att underlätta med kroppsspråk	Skapa möjligheter för kommunikation
alltså finns det ingen så är det bättre å ha en anhörig tolk men man sätter en anhörigtolk i en svår situation	Finns ingen annan är en anhörigtolk bättre, den anhöriga sätts i en svår situation	Användning av anhörigtolk om man måste	Att använda tolk och kommunikationshjälpmedel	Skapa möjligheter för kommunikation

5.5 Etiska överväganden

Examensarbetets design och etiska övervägande dokumenterades i en ansökan som redovisade de etiska överväganden som gjorts utifrån Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013). Samtliga verksamhetschefer där undersökningen planerades att genomföras erbjöds en kopia av den godkända etikansökan, vilket avböjdes. Studien utgick från de fyra forskningsetiska huvudkrav (Vetenskapsrådet, 2002) som enligt Kjellström (2017, s57) finns ”för att värna alla livsformer och försvara människors grundläggande värde och rättigheter”. Genom att deltagarna i studien först erhöll muntlig information i grupp sedan skriftligt via mail samt information innan intervjuerna påbörjades uppfylldes informationskravet. Som författare till studien finns ett ansvar för att bevara deltagarnas privatliv, självbestämmanderätt, personuppgifter och integritet (World Medical Association, 2013). De potentiella informanterna till studien fick själva meddela intresse om att delta i studien och erhöll då full information om deras rättigheter vid deltagande. För att tillgodose samtyckeskravet informerades informanterna om deras rättigheter att när som helst, utan förklaring, avböja eller avbryta sitt deltagande i studien utan negativa påföljder. I enlighet med konfidentialitetskravet har endast studiens författare haft tillgång till de inspelade intervjuerna. Den information som framkommer via studien kommer endast att användas för studiens ändamål och kommer inte användas eller utlånas för kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga syften, detta i enlighet med nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Om handledaren till examensarbetet behövde läsa igenom de transkriberade texterna sker detta efter att texten var avidentifierad, vilket gör att handledare inte kommer kunna ta del av några personuppgifter (Polit & Beck, 2017).

6 RESULTAT

Syftet var att beskriva anestesijuksköterskans upplevelse av språkbarriärer i den perioperativa vårdrelationen. Resultatet presenteras med tre kategorier samt sex subkategorier och redovisas i tabell 2 samt i löpande text.

Tabell 2: Resultatets kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategori
Skapa möjligheter för kommunikation	Att använda tolk och kommunikationshjälpmedel Att underlätta med kroppsspråk
Hinder för kommunikation	Att inte ha tid Att inte lyckas förstå varandra
God planeringen som förutsättning	Att ha förberedelser som grund Att inte ha möjlighet att göra ett fullgott arbete

6.1 Skapa möjligheter för kommunikation

Kategorin beskriver anestesijuksköterskornas tankar om användandet av tolk och de kommunikationshjälpmedel som finns tillgängliga för att underlätta vid språkbarriärer samt hur de använder kroppsspråk för att kommunicera.

6.1.1 Att använda tolk och kommunikationshjälpmedel

Anestesijuksköterskorna berättade att de ser användandet av tolkar som ett mycket positivt inslag för att kunna kommunicera i vårdrelationen. Något som frekvent nämndes var skillnaden mellan tolkars förmåga att utföra sitt arbete, samt hur tolken används. Anestesijuksköterskorna påpekar att användandet av tolk via telefon har ett mer negativt utslag för både patient och personal.

En tolk som är på plats är alltid att föredra framför en tolk via telefon. Att detta är att föredra är för att man slipper dåligt ljud och är tolken på plats kan man se mimspel och mimik vilket gör det mer personligt (informant 3).

Detta förklarade informanterna med att det kan vara svårt att både höra och förstå en tolk via telefon på grund av exempelvis en dålig telefonlinje. Att i dessa tolkögonblick inte kunna läsa av tolkens sätt att översätta gör att anestesijuksköterskorna lätt missar eventuella nyanser i kommunikationen. Detta gör att anestesijuksköterskorna kände att mycket av informationen går förlorad under ett tolksamtal via telefon och föredrar därför att göra samtalet med en tolk på plats. Informanterna upplevde en tryggare och säkrare tolkning om tolken fanns på plats, vilket leder till att de känner att informationen de ger samt svaren de får är pålitliga och korrekta. Ett annat alternativ är att använda anhöriga som tolkar, dock ansågs detta av informanterna som en sista utväg. Ett samstämmigt problem som informanterna ser med att använda sig av anhörigtolkar är att det infinner sig en viss osäkerhet i att inte kunna vara säker på att få fram exakt rätt information till patienten. ”Finns det ingen bättre alternativ till tolk är det bättre med en anhörig som tolkar, men man sätter den anhöriga i en svår situation” (informant 4). Anestesijuksköterskorna lyfter frågan om det är rätt att använda sig av dessa tolkar då detta sätter den anhöriga i en mycket jobbig och svår situation. Att be ett barn tolka åt sin förälders vägnar rubbar lätt balansen mellan förälder och barn och kan vara en stor nackdel berättar anestesijuksköterskorna. Därför använder anestesijuksköterskorna anhöriga som tolkar mer sällan utan försöker se det som en sista utväg om inget annat finns att tillgå.

Anestesijuksköterskorna påpekar att de känner till flera hjälpmedel, till exempel appar till smartphones som finns tillgängliga och som är utformade för att använda där det förekommer språkbarriärer, men de nämner att de inte känner sig bekväma i att använda sig av dessa hjälpmedel. Det beror enligt anestesijuksköterskorna på att de känner en osäkerhet hos sig själva över hur materialet exakt ska användas. ”Vi har färdiga häften med olika bilder för att kunna kommunicera, men dessa använder man aldrig vilket leder till en osäkerhet kring när man kan använda dem” (informant 8). Något som nämnes oftast är bildstödet som tagits fram för att lättare kunna kommunicera med patienter med där det förekommer språkbarriärer. Anestesijuksköterskorna som även hade erfarenheter inom andra specialiteter tycks ge en mer öppen syn på bildstödet som hjälpmedel och visar även en ökad kunskap i till exempel användandet av appar som översätter tal direkt till patienterna som ett bra hjälpmedel.

6.1.2 Att underlätta med kroppsspråk

Att använda sig av kroppsspråk tycks vara ett av dom mest effektiva arbetssätten som anestesijuksköterskorna använder sig av. Samtliga informanter använder sig av kroppsspråk för att försöka kommunicera bland annat genom att använda ansiktsuttryck, händer och armar. ”Man får försöka kommunicera så gott det går med kroppsspråk, man kan visa det mesta och peka för att försöka förklara vart till exempel saker och ting ska sitta” (informant 2). Flera informanter nämner att de visar med utförliga rörelser hur och var saker skall sitta på kroppen, samt hur och vad de tänker göra här näst. Att känna tryggheten i att kunna använda sig av kroppen som ett redskap tycks vara väsentligt i alla möten. Ingen av informanterna anser att det är en negativ koppling till att använda kroppsspråket som kommunikationshjälpmedel, utan snarare en stor tillgång i mötet med patienter i allmänhet och möten där det förekommer språkbarriärer i synnerlighet. Något som även framhövdes av

flera informanter var att de ansåg närhet som viktig del i kroppsspråket, det vill säga beröringar som symboliserade närhet och trygghet till patienterna.

Man kan använda det kroppsliga språket genom att beröra patienten, till exempel hålla handen, om man tycker det är ett bra läge för det. Patienten måste även tycka det är okej att man är närmar sig, upplevelsen är att de flesta patienterna vill känna en trygghet genom att hålla handen. På så sätt kan man visa att man finns där hela tiden, vilket ger en trygghet (informant 2).

Avgörandet om beröringar kunde användas fick göras innan då flera informanter inte ville kränka patientens privata sfär utan dess tillåtelse. Men i slutändan tyckte de flesta patienten reagera mycket positivt på att få en hand och ett vänligt leende till sig under operationer som skedde i regional anesthesi. Något som informanterna var medvetna om tycks vara att de även hade beredskapen att backa om patienten gav sken av att dess personliga integritet tycktes blivit kränkt, och då fick andra vägar samt lösningar tas i bruk.

6.2 Hinder för kommunikation

Anestesisjuksköterskorna beskrev att hinder för kommunikation är något de ofta kommer i kontakt med. "vi har flera patienter varje vecka som det inte går att kommunicera med, på grund av språkbarriärer" (informant 5). De beskrev olika tillvägagångssätt om det över huvud taget inte gick att kommunicera med en patient och att det var skillnad om det handlade om en akut eller en icke akut situation. "Om det är en akut situation som måste göras, då måste det ju göras. Men om det är en situation som kan vänta, ja då får man helt enkelt backa" (informant 8). Vid en akut situation som krävde att patienten skulle sövas ansågs det av anestesisjuksköterskorna att problemet med språkbarriärer stod i andra hand och att patientens direkta överlevnad gick före allt annat. De noterade att språkbarriären fanns men i en akut situation valde informanterna att fortgå med sövningen under snabba och säkra förhållanden. Däremot, om operationen inte var akut berättar anestesisjuksköterskorna att de hade en mer tveksam inställning till att fortgå innan det upprättats någon form av fungerande kommunikation. Det kunde till och med vara så att anestesisjuksköterskorna ansåg att operationen borde ställas in om det inte fanns en lösning för att övervinna språkbarriären. Detta då informanterna ansåg att det var ett stort övergrepp på patienten om operationen skulle fortgå utan att kunna bygga upp någon form av kommunikation.

6.2.1 Att inte ha tid

Några av de bekymmer som informanterna berättar att de upplever kan kopplas till tiden. "Man gör så gott man kan med den tid man får, men har ju begränsad med tid på sig" (informant 1). Upplevelsen av tidsbrist sågs hos informanterna som ett av de största hindren för att kunna upprätta en god kommunikation, och en bra förutsättning för en god anesthesi. När tiden till samtal med patienten inte finns berättar anestesisjuksköterskorna att de måste förlita sig på att sina kollegor, som kan tillhöra andra yrkesprofessioner, gör delar av anestesisjuksköterskans jobb, till exempel att ställa vissa frågor som ställs inför en anesthesi.

”Det känns lite olustigt att inte få ställa sina preoperativa frågor då man inte har tid. Man får istället lita på att någon kollega har hunnit med, vilket känns väldigt olustigt” (informant 10). Att anestesisyksköterskan inte själva får möjligheten till att genomföra dessa frågor utan får lita på andra upplevdes enligt informanterna som en otroligt negativ del av arbetet. Informanterna berättar att anestesisyksköterskor besitter kunskap om vad som krävs och är välmedvetna om vad som behövs göras innan en operation och anestesi, men att tiden inte finns för att genomföra dessa saker som de är ålagda att göra. Att börja anestesi på detta sätt upplevdes av informanterna ge en negativ start som kunde fortsätta i samma negativa anda ända fram till överlämnandet till uppvakningsavdelningen. Detta var något som informanterna tyckte var otroligt stressande i sitt arbete, men gjorde det ändå då de ansåg att de kunde lösa situationen till det bästa längs med vägen.

6.2.2 Att inte lyckas förstå varandra

Missförstånd är något informanterna tycktes vara välmedveten om kan förekomma, om det är från eget håll eller från patientens håll kan variera. Informanterna hänvisar till att kommunikationssvårigheterna ligger till grund för de flesta missförstånd, då patienten kan svara fel på eventuella frågor som ställs innan operationen och anestesi skall påbörjas. Här hänvisar flera av informanterna till att det ibland upptäcks att patienterna svarat ja på en fråga som dom egentligen skulle svarat nej på och resultatet blir således helt felriktat och skapar en oro hos den anestesisyksköterskan som skall till att söva.

Patienten svarade ja på alla frågor som ställdes, till exempel om man frågade om patienten var fastande fick man ja som svar, men frågade man om patienten hade ätit eller druckit något fick man också ja som svar. Så det var lite svårt, det var som om patienten svarade det som den trodde jag ville höra (informant 7).

Om detta beror på okunnighet eller på om patienten inte vill vara till bekymmer för anestesisyksköterskan är det enligt informanterna svårt att säga då deras uppfattning i frågan varierar från att tro att patienten inte vet var det svarar på till att patienten tror att anestesisyksköterskan förväntar sig det svar som patienten nu ger. Bara den situationen i sig skapar enligt informanterna en stor oro hos både patienten och anestesisyksköterskan.

6.3 God planering som förutsättning

Denna kategori beskriver hur anestesisyksköterskorna upplever att vikten av att förberedelser ger ett bra förlopp samt att de goda förberedelserna underlättar den postoperativa omvårdnaden.

6.3.1 Att ha förberedelser som grund

Informanterna gav en samstämmig bild över att de anser att välgjorda förberedelser lägger grunden för en god anestesi och hela den perioperativa omvårdanden. Informanterna

berättade att de upplever att det är under denna viktiga fas som anestesijuksköterskan inhämtar all den kunskap om patienten och dess behov som behövs, vilket är svårt att göra när det förekommer en språkbarriär. ”För att få en så bra förlopp som möjligt gäller det att man har förberett sig och patienten ordentligt innan anestesi” (informant 3). Informanterna menar att all den informationen behövs för att sedan kunna få en så jämn och lugn anestesi som möjligt, samt ett så bra uppvaknande som det är tänkt. Att få ett gott uppvaknade ansågs av informanterna som en viktig del av den perioperativa omvårdnaden. För att få det gav anestesijuksköterskorna ett enhetligt svar om att goda preoperativa förberedelser lägger grunden för ett gott uppvaknande efter generell anestesi, som i sin tur ger ett bra perioperativt förlopp. Anestesijuksköterskorna berättade att de ser det som viktigt att kunna väcka patienterna med deras eget namn, vilket upplevdes kunna vara svårt då en okunskap i hur patientens namn uttalas finns. ”Det är viktigt att kunna uttala namnet på patienten rätt så de förstår att det är till dom man pratar, speciellt i uppvakningsfasen” (informant 9). Att innan anestesi påbörjas ansåg därför informanterna att kunskap i att kunna uttala namnet på ett så korrekt sätt som möjligt bör inhämtas, så det kunde användas sig av det vid väckning. Informanterna berättade att de kunde uppleva en nervositet över att väcka patienter där det förkommer språkbarriärer, detta då de inte visste hur patientens reaktion vid uppvaknandet skulle bli. Detta antydde anestesijuksköterskorna hängde samman med att det hade varit svårt att kommunicera preoperativt och vid uppvakningen kunde det upplevas som ännu svårare då patienten kunde vara yr och medtagen och inte riktigt var sig själv.

6.3.2 Att inte ha möjlighet att göra ett fullgott arbete

Informanterna berättade att de upplevde en stor stress över att göra en överlämning till uppvakningsavdelningen om de inte hade fått tillräckligt med information om patienten. Informanterna ansåg att om de inte har lyckats få till en god kommunikation mellan sig själv och patienten under vårdförloppet medförde det att anestesijuksköterskorna upplevde att de inte har gjort ett fullgott jobb när de ska överlämna patienten till personalen på uppvakningsavdelningen, utan dom uttryckte en känsla av att dom brustit i sitt ansvar. Att lämna över en, vad anestesijuksköterskorna, upplever är en halvklar patient är inte något som anestesijuksköterskorna känner sig trygga och bekväma med. Detta gör att många av anestesijuksköterskorna berättar att de känner oro och en viss uppgivenhet över den situation som dom sätter eventuellt andra kollegor i.

Anestesijuksköterskorna berättade att de kunde uppleva att den postoperativa vården kunde förlängas om det förekom en språkbarriär och förberedelserna inte var ordentligt gjorda.

Det har förekommit problem när patienten ska få börja äta och dricka efter operationen och de säger att de inte får då de verkar tro att dom fortfarande måste fasta. Det kan även vara svårt att veta om dom har ont och i så fall hur ont, att ange smärta eller illamående på en skala kan vara svårt om dom inte kan uttrycka sig (informant 7).

Informanterna berättade att vid arbete på en dagkirurgisk uppvakningsavdelning kunde i att innebära att patienterna skulle skicka hem direkt. De kunde här uppleva att vårdtiden kunde

bli längre då det var mer saker som skulle ordnas och informeras om än om patienten skulle gått tillbaka till en avdelning.

Några smärtstillande tabletter skickas med patienterna hem från uppvakningsavdelningen, det kan vara två eller tre olika varianter ibland ännu fler. Dessa ska man förklara för patienten när dom ska ta, den här ska du ta regelbundet och den här om du har mycket ont. Detta blir mycket mer komplicerat om det är någon som inte förstår, och all information står dessutom på svenska (informant 7).

Anestesisjuksköterskorna berättade att de upplever en viss frustration över att patienterna inte erhåller information om bland annat läkemedel innan anestesi då det finns tillgång till tolk.

7 DISKUSSION

Diskussionen består av metoddiskussion, resultatdiskussion och en etiskdiskussion.

7.1 Metoddiskussion

En kvalitativ intervjustudie bedömdes kunna fånga deltagarnas egna upplevelser av språkbarriärer i den perioperativa vårdrelationen och ge en mer beskrivande och fördjupande bild än vad en kvantitativ studie skulle kunnat ge. En manifest dataanalys valdes då en strävan var att utföra analysen textnära. Med större erfarenhet av analysarbete skulle eventuellt ett latent analysarbete utföras som kunnat ge en fördjupad insikt kring det undersökta fenomenet (Bengtsson, 2016).

För att öka pålitligheten och trovärdigheten i studien genomfördes en så kallad pilotintervju (Trost, 2010) för att säkerställa att intervjufrågorna svarade mot studien syfte. Efter pilotintervjun gjordes några små omformuleringar i intervjufrågorna, men inget som ansågs skulle ha ändrat utgången på svaren från den intervjun då det handlade om grammatiska ändringar. Om det efter pilotintervjun endast görs några små justeringar kan det insamlade materialet från pilotintervjun fortfarande användas i studien (Trost, 2010). Pilotintervjun var den enda intervjun som genomfördes med båda författarna till examensarbetet närvarande. Anledning till detta var för att få ett samspel mellan författarna för att på så sätt kunna säkerställa att de kommande intervjuerna skedde på liknande sätt, detta menar Polit och Beck (2017) ökar pålitligheten i intervjuerna. Resterande intervjuer fördelades mellan författarna så båda genomförde fem intervjuer var. Anledningen till att de delades upp och endast en författare var närvarande vid intervjuerna hade att göra med att den intervjuade inte skulle känna att den var i en situation där det ställdes två personer mot en (Trost, 2010). Då samtliga informanter som visade intresse för studien inkluderades förekommer inget

bortfall, vilket styrker trovärdigheten och giltigheten. Däremot hade ett obefintligt eller litet bortfall kunnat öka trovärdigheten ännu mer. Att studien svarar mot examensarbetets syfte anses även styrka giltigheten (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2017; Trost, 2010). För att ytterligare öka pålitligheten av resultatet har författarna försökt vidta åtgärder för att undvika att eventuella förförståelse ska ha påverkat resultatet. Det går dock inte helt utesluta att eventuella förförståelser om språkbarriärer kan ha påverkat resultatet.

Genom att beskriva urvalet av intervjudeltagare, hur datainsamlingen har gått till samt beskrivit analysprocessen har enligt Polit och Beck (2017) bekräftelsebarhet uppnåtts. Under en och samma dag genomfördes det maximalt tre intervjuer per författare. Genom detta kan författarna ha påverkats negativt och fått försämrat fokus under intervjuerna då det enligt Polit och Beck (2017) är väldigt påfrestande att genomföra intervjuer. Enligt DiCicco-Bloom och Crabtree (2006) kan intervjuer i en kvalitativ studie ta allt från 30 minuter till flera timmar men då intervjuerna i denna studie var betydligt kortare upplevdes det inte av författarna vara påfrestande att genomföra flera intervjuer på en och samma dag. Däremot kan de korta intervjuerna visa på en oförmåga hos författarna att fördjupa intervjuerna med följdfrågor.

För att ha fullt fokus på själva intervjuprocessen fördes inga anteckningar under intervjugång, de spelades istället in. Om anteckningar hade förts under intervjun menar Polit och Beck (2017) att fokus hade kunnat hamna på att anteckna istället för att ha fokus på var den intervjuade berättar, vilket då skulle leda till att eventuella följdfrågor inte baseras på var som sagts under intervjun. Om författarna hade bredare kunskap i att genomföra intervjuer hade anteckningar kunnat förts utan att tappa fokus. Genom vad den som intervjuar har för erfarenheter av att intervjuar menar Jack (2008) att resultatet kan påverkas.

Datamättnad ansågs ha uppfyllts efter tio informanter men då ytterligare en intervju var inplanerad genomfördes även denna. Efter de tio första intervjuerna sågs en form av mönster i anestesisyksköterskornas svar, därav ansågs att inga ytterligare intervjuer skulle ge någon ny information.

Överförbarhet handlar om hur väl examensarbetets resultat skulle kunna överföras till andra grupper inom perioperativ omvårdnad eller mot andra delar av vården därför kommer språkbarriärer, då det är upplevelser av språkbarriärer som är i fokus och kan användas som kunskap för andra. För att kunna ses som överförbart krävs det att resultatet är tydligt beskrivet och att arbetet är pålitligt, bekräftelsebart samt trovärdigt (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2017).

Då författarna till detta examensarbete under studiens gång strävat efter att uppnå pålitlighet, trovärdighet och bekräftelsebarhet skulle denna studie kunna ses som överförbar till andra situationer eller grupper (Polit & Beck, 2017).

7.2 Resultatdiskussion

Studiens syfte är att belysa anestesijuksköterskans upplevelser vid möten och behandling av patienter med språkbarriärer i den perioperativa omvårdanden.

7.2.1 Skapa möjligheter för kommunikation

För att bygga broar i en vårdrelation där det förekommer språkbarriärer använder sig sjukvården av tolkar (Azam & Watson, 2018; Björk Brämberg, 2008; Flores, 2005; Squires, 2018). Enligt Halldórsdóttirs (1996) behövs broar i vårdrelationen för att patientens ska känna en tillit och förtroende för sjuksköterskan. När broar byggs menar Halldórsdóttirs att patienten vågar öppna upp sig och delge sina problem med sjuksköterskan. Tolkar kan användas på många olika sätt men det krävs planering, bland annat kan en tolk medverka via telefon eller en tolk som finns på plats. Anestesisjuksköterskorna i studien föredrar en tolk som finns på plats. Anestesisjuksköterskor upplever att en tolk på plats då ger en större möjlighet att kunna bedöma eventuella ansiktsuttryck som tolken förmedlar så väl som de ord som förmedlas. Deltagarna i studien upplevde att tolkar på plats gav en betydligt mer korrekt bild av patienten än om det skulle varit en tolk via telefon. Att använda sig av telefontolk ansågs av anestesisjuksköterskorna vara ett sämre alternativ då det ofta förekom misstolkningar, både från patientens och tolkens håll men även från dem själva. Användningen av telefontolkar är inget som Azam och Watson (2018) samt Squires (2018) rekommenderar då det ofta förekommer vissa problem som till exempel dålig mottagning eller störande bakgrundsljud. Om tillgången till tolk på plats eller tolk via telefon är bristfällig förklarar anestesisjuksköterskorna att de ofta använder sig av anhöriga som tolkar. Att använda sig av anhöriga som tolkar är vanligt förekommande inom vården för att kunna kommunicera med patienten (Asgary & Segar 2011; Eechoud et al., 2016). Att använda sig av anhöriga som tolk kan ha sina fördelar då de oftast känner till patientens hälsohistoria och är oftast mer tillgängliga än professionella tolkar (Hudelson & Vilpert, 2009). Men om anestesisjuksköterskan använder sig av en anhörig som tolk upplever deltagarna i studien att de inte kan vara säkra på att informationen som tolkas blir korrekt översatt. Användningen av professionella tolkar är att föredra enligt Ozolins och Hjelm (2003) då en osäkerhet finns att en anhörig tolkar den information som ges på ett korrekt och överensstämmande sätt. För att en tolkning inom sjukvården ska bli så korrekt som möjligt anser Azam och Watson (2018) att tolken bör ha en viss utbildning inom medicinsk terminologi. Att använda sig av anhöriga som tolkar kan även enligt Eechoud et al. (2017) innebära att patienten erhåller information som är ändrad då den anhöriga kan välja att anpassa informationen utifrån vad den själv anser är nödvändigt att veta. Det kan även vara så att patienten hindrar sig själv från att nämna saker om en anhörig som tolkar då det kan finnas information hon som patienten anser att den anhöriga inte behöver veta (Asgary & Segar, 2011).

Att använda sig av appar för smartphone för att kommunicera var något som anestesisjuksköterskorna i studien berättade att de kände till, men som de kände en osäkerhet att använda sig av. Det är viktigt att poängtera att alla översättningsappar inte är gjorda för hälso- och sjukvårdskommunikation. I en studie som syftade på att undersöka om översättningsappar var något som kunde användas i sjukvården, visade det sig att av 15

undersökta appar ansågs endast två av dem vara godtagbara att använda inom sjukvården. De två appar som var godtagbara innehöll enkla hälsningsfraser men saknade dock de professionella konversationer som kan behövas och som kan erhållas vid användning av tolk (Panayiotou, et al, 2019). Detta ställer krav på att om anestesijuksköterskor väljer att använda sig av appar i kommunikationen att de använde en vedertagen app som är utformad för hälso- och sjukvården.

7.2.2 Hinder för kommunikation

Om det i vårdrelationen förekommer språkbarriärer försämras följsamheten då information ges utan att mottagaren förstår den givna informationen (Claydon- Platt, Manias & Dunning, 2013). Vilket skulle kunna vara en bidragande faktor till den missnöjdhet som Vydelingum (2000) menar att patienter kan uppleva om det förekommer en språkbarriär. Den information som oftast ges inför operationer är ganska opersonlig och abstrakt (Felley et al., 2008), vilket innebär att den anesthesiologiska omvårdnaden inte är personcentrerad som den ska vara (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Att information inte är personcentrerad kan innebära att den ges på antingen för hög eller för låg kunskapsnivå (Krupic, 2007) vilket kan göra att patienten upplever att språkbarriären inte tas på allvar och då upplever en känsla av skam och förnedring (Vydelingum, 2000). Detta kan det leda till att patienten inte känner tillit och förtroende det till sjuksköterskan som behövs enligt Halldórsdóttir (1996) för att bygga broar istället för murar. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2014) har sjuksköterskan ett ansvar att försäkra sig om att patienten har tagit till sig den givna informationen. Anestesisjuksköterskorna i studien upplevde det svårt att hinna delge sin information till patienten inför anestesi på grund av den tidsbrist som de upplevde. Denna tidsbrist gjorde att anestesisjuksköterskorna inte själva hann delge patienten information inför anestesi utan fick förlita sig på sina kollegor. Att inte veta exakt vilken information en kollega delgav till patienten kunde av studiedeltagarna upplevas som jobbigt. Att informationen som brukar delges patienter är abstrakt och opersonlig (Felley et al., 2008) kan leda till att anestesisjuksköterskan inte får svar på specifika frågor som kanske hade varit viktigt att veta om just denna patient. Att anestesi-personalen känner en osäkerhet och en oro kring att inte få ställa alla frågor om bakgrund, fasta och eventuella allergier är även något som påvisats i en studie gjord av Yazar et al. (2018).

Den anesthesiologiska omvårdnaden ska vara personcentrerad (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012) vilket kan vara svårt om det förekommer språkbarriärer, då detta kan skapa kontaktsvårigheter som leder till missförstånd (Azam & Watson, 2018; Bischoff et al., 2003; Hultsjö & Hjelm, 2005) som i sin tur gör att vården inte blir personcentrerad. Bland annat nämner anestesisjuksköterskorna i studien att missförstånd förekommer vid språkbarriärer, bland annat upplevdes det att patienter svarar fel på frågorna som ställs inför en anestesi. Patienterna upplevs bland annat att kunna svara ja på samtliga frågor som ställdes eftersom det skulle kunna vara rätt svar på frågor som de egentligen skulle svarat nej på. Om patienten exempelvis svarar ja på en fråga om de ätit eller druckit något under dagen inför anestesi kan det leda till osäkerhet hos anestesisjuksköterskan. Denna osäkerhet skulle kunna leda till att operationen förskjuts då

fasta inte kan garanteras. Lika skulle ett felaktigt nej kunna leda till en eventuell vårdskada om patienten säger att de inte ätit något trots att de gjort det, vilket skulle kunna leda till en eventuell aspiration. Att inte kunna lita på att det svar som anestesijuksköterskan fick var korrekt var något som hos anestesijuksköterskorna i studien skapade en känsla av oro. Som anestesijuksköterska behöver kunskap finnas för att kunna bygga en relation med patienten som bygger på trygghet, förtroende och tillit (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Tillit och förtroende mellan patient och sjuksköterska är viktigt för att kunna bygga broar i vårdrelationen (Halldórsdóttir, 1996). För att kunna bygga broar ska patienten kunna känna en frihet att kunna öppna upp sig för sjuksköterskan (Halldórsdóttir, 2008) och berätta om sina problem och känslor utan att skämmas (Higginbottom et al., 2016), vilket enligt Gerrish et al. (2004) samt Vydelingum (2000) är svårt för patienterna att göra om det förekommer en språkbarriär. Om patienten känner att förtroende och tillit inte finns i vårdrelationen kan det enligt Maneze et al. (2016) innebära att patienten inte berättar saker för vårdpersonalen som är av betydelse upplever att det finns en risk att inte bli förstådda eller upplevas som dumma om de skulle uttala något fel. Bristen på tillit och förtroende bygger istället för broar upp murar (Halldórsdóttir, 1996) då sjuksköterskan kan prata på utan att ha försäkrat sig om att patienten förstått innehållet av det som sägs (Maneze et al., 2016) och leder till att patienter istället låtsas förstå vad som sägs trots att de inte har förstått den givna informationen (Higginbottom et al., 2016). Enligt Gerrish et al. (2004) finns en känsla hos anestesijuksköterskor att en dålig eller icke funktionell kommunikation kunde leda till konsekvenser.

7.2.3 God planeringen som förutsättning

Anestesijuksköterskor berättade att de lägger en stor vikt i mötet med patienten innan operationen. Som anestesijuksköterska ligger ansvaret på den anesthesiologiska omvårdnaden som bland annat att informera hur patient kan komma att uppleva den kommande anestesin (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Resultatet i denna studie visar att anestesijuksköterskorna ser sig ha en stor roll som kommunikatör och ser även betydelsen av att få tid att göra just det som ligger i anestesijuksköterskans arbetsbeskrivning, det vill säga vara en informatör och inhämta information om patienten innan anestesin börjar.

En viktig och grundläggande del i den anesthesiologiska omvårdnaden är enligt Smith och Mishra (2010) kommunikation. Kommunikationen är även viktigt i mötet mellan sjuksköterska och patienten, att kunna kommunicera hjälper till att förstärka förtroendet mellan parterna (Sandberg, 2014). Om patienterna inte kan uttrycka sig i vårdrelationen de har till sin vårdgivare kan detta enligt Gerrish et al., (2004) skapa en känsla av ovisshet hos patienterna. Sett till resultatet i detta examensarbete ses det att anestesijuksköterskorna önskar få lägga större vikt i att ge tid till det preoperativa samtalet. Då det ses som en viktig process att genomföra innan operationen för att vårdförloppet ska kunna genomföras så bra och problemfritt som det bara går. För att få en så bra vårdrelation som möjligt och övervinna eventuella murar som språkbarriärer kan bygga, menar Halldórsdóttir (2008) att mer tid bör ägnas för att bygga broar över språkbarriärsmuren. För att detta ska kunna ske måste eventuella språkbarriärer hanteras i takt med att de uppkommer.

En av anestesijuksköterskans kärnkompetenser är att omvårdnaden som ges ska vara personcentrerad (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Genom att informationen som ges är personcentrerad kan den eventuella oron och ångesten som patienten har innan operation minskas (Pereira et al., 2016). Att ge information som är anpassad utifrån patientens förutsättningar kan den tillit och förtroende infinns som behövs för att bygga de broar som behövs i vårdrelationen (Halldórsdóttir, 1996; Halldórsdóttir, 2008). Anestesisjuksköterskorna i studien menar på att om en patient fått tillräckligt med information inför anestesi blir det perioperativa förloppet mycket lugnare. Studien visar på att anestesisjuksköterskorna upplever patienterna mycket lugnare om de erhållit god information inför anestesi. Enligt Rhodes, Miles och Pearson (2006) ökar oron och ångesten hos patienter inför operationen ifall de erhållit bristande information. Här kan anestesisjuksköterskan med andra ord se att den välinformerad patient upplevs mycket lugnare i det perioperativa förloppet om de erhållit god information inför anestesi vilket styrks av Kiyohara et al. (2004). Studien har även visat att anestesisjuksköterskorna upplever att patienter där det förekommer en språkbarriär spenderar mer tid på uppvakningsavdelningen samt att det kan vara svårt att avgöra om patienten har eventuell smärta, vilket även påvisades i studien av Yasar et al. (2018). Att veta hur smärtpåverkad patienten är kan enligt Angel och Hjelm (2004) samt Sandberg (2014) ha att göra med att smärta upplevs, tolkas och kommuniceras på olika sätt i olika kulturer.

Det finns enligt Hanssen (2007) olika sätt att kommunicera på, verbalt och icke verbalt. Den icke verbala kommunikationen är enligt Hanssen (2007) viktig när det förekommer hinder för verbal kommunikation. Resultat från detta examensarbete visar på att anestesisjuksköterskor använder sig av kroppsspråk för att övervinna eventuella språkbarriärer. Bland annat använde anestesisjuksköterskorna kroppsspråk för att illustrera vad som skulle hända och vart övervakningsutrustningen skulle placeras på kroppen. I Halldórsdóttirs (2008) första fas för att kunna bygga broar i vårdrelationen är inte bara den verbala kommunikationen viktig, utan även den icke-verbala som kan bestå av kroppsspråk. Att använda sig av kroppsspråk för att kommunicera när ingen tolk är närvarande är enligt Yasar et al. (2018) vanligt förekommande bland anestesi-personal. Bland annat använde sig anestesisjuksköterskorna i studien sig av beröring i form av handpåläggning för att kunna lugna patienten. Kroppskontakt kunde enligt Angel och Hjelm (2004) samt Hanssen (2007) vara en form av kommunikation. Det är dock viktigt att anestesisjuksköterska tänker efter innan de eventuellt vidrör patienten.

7.3 Etikdiskussion

Under denna rubrik kommer en diskussion föras om de etiska överväganden som studien tagit hänsyn till, detta kommer diskuteras mot de forskningsetiska principerna i Vetenskapsrådet (2002).

Konfidentialitetskravet, nyttjandekravet, informationskravet och samtyckeskravet har under studiens gång ansetts kunna följas utan några större problem. Informationskravet och samtyckeskravet uppnåddes genom att samtycke inhämtades till att få genomföra studien

hos verksamhetschefen. Detta skedde genom att studie författarna skickade ut ett mail med förfrågan (se bilaga B) där syftet med studien förklarades. Godkännandet hos verksamhetschefen inhämtades skriftligt. Samtliga informanter erhöll även ett informationsbrev (se bilaga C) samt muntlig information inför respektive intervju. Varje informant fick efter den muntliga informationen ge ett muntligt godkännande till att delta i studien, på detta sätt erhöll informanterna både skriftlig och muntlig information samt gett samtycke till deltagande muntligt och skriftligt. I samband med informationen delgavs information om att informanterna om möjligheterna att avstå från att svara, samt hoppa av studien när som helst, utan negativa påföljder. Genom hela studien har varje informant samt verksamhet förblivit anonyma, vilket är en del av konfidentialitetskravet. Samtliga informanter fick inför intervjun se de semistrukturerade intervjufrågorna och fick även förfrågan om det var okej att spela in intervjun för att studie författarna senare skulle kunna transkribera intervjun. Samtliga informanter ansåg att detta var några problem samt att samtliga fullföljde studien.

I studiens resultat har citat använts från informanterna, studieförfattarna har sett till att samtliga använda citat är avidentifierade för att säkerställa att de inte kan spåras till någon informant. I och med detta anses det inte finnas någon risk att informanternas identitet röjs. Vid publikation av examensarbetet anses dess fördelar med att få ut dess kunskap väga tyngre än eventuella risker som kan finnas för informanterna, detta leder till att nyttjandekravet uppfylls.

8 SLUTSATS

Anestesisjuksköterskorna i studien kunde uppleva det som komplicerat att ge en god anesthesiologisk omvårdnad till patienter om det förekom språkbarriärer i vårdrelationen av flera olika orsaker. Bland annat upplevdes det att det förekom en tidsbrist som gjorde att anestesisjuksköterskorna kände att de hade svårt att hinna delge information till sina patienter utan de fick istället förlita sig på sina kollegor. Denna tidsbrist gjorde även att anestesisjuksköterskorna upplevde att de inte hann få svar på sina specifika frågor som de skulle kunna ha inför en anestesi.

Användning av tolk upplevdes på det stora hela som något positivt av anestesisjuksköterskorna och det mest effektiva tillvägagångssättet, däremot upplevdes det att en tolk som medverkar i samtalet via en telefon inte är ett bra sätt för att få en god kommunikation med patienten. Detta då det kunde upplevas som svårt att både höra och förstå tolken via telefon om det förelåg en dålig telefonlinje. Genom att ha en tolk närvarande på plats upplevde anestesisjuksköterskorna att tolksamtalet fick mer nyans än om tolkningen skedde via telefon, vilket upplevdes göra samtalet mer personligt och att det fanns mindre risk att information gick förlorad. Anestesisjuksköterskorna ansåg att tolken som används ska vara en professionell tolk och inte en anhörig som tolkar, anhöriga ansågs kunna användas som en sista utväg vid behov av tolk. Anestesisjuksköterskorna upplevde att vid

användning av anhöriga som tolkar kunde en osäkerhet infinna sig om allting blev korrekt översatt.

Bortsett från användning av tolkar för att bygga broar i vårdrelationen använde anestesijuksköterskorna kroppsspråk för att kunna kommunicera, att använda kroppsspråk ansågs vara det näst mest effektiva sättet för att kommunicera. Däremot kan den beröring som anestesijuksköterskorna använde sig av uppfattas och tolkas på olika sätt beroende på kulturella skillnader, här gäller det med andra ord att tänka efter innan.

Det finns hjälpmedel som är framtagna för att kunna användas där det förekommer språkbarriärer i vårdrelationen, däremot användes dessa sällan då anestesijuksköterskorna upplevde en känsla av osäkerhet kring när dessa skulle användas. Här skulle anestesijuksköterskorna med andra ord behöva bli mer säkra på när och hur dessa hjälpmedel skulle kunna användas.

Sammanfattningsvis upplevs språkbarriärer som vanligt förekommande i den perioperativa vårdrelationen av anestesijuksköterskorna men att det finns goda möjligheter att bygga broar. Det som upplevdes som det största hindret för att bygga en bra vårdrelation var tiden, att inte få möjlighet att ta sig tid att prata med patienten. För att kunna ge en god och säker anesthesiologisk omvårdnad skulle eventuellt det organisatoriska runt om kring behövas ses över, då det upplevs av anestesijuksköterskorna att det kan behövas extra tid vid förberedelserna för att få ett så bra perioperativt förlopp som möjligt. Att inte få tid till att genomföra goda förberedelser ansågs av anestesijuksköterskorna kunna leda till konsekvenser.

9 FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING

Då tidigare forskning om hur anestesijuksköterskan upplever språkbarriärer i den perioperativa vården är sparsam, kan resultatet i denna studie vara användbart i det kliniska arbetet av vårdrelationer i den perioperativa omvårdnaden där det förekommer språkbarriärer. Genom att försöka kartlägga anestesijuksköterskornas upplevelser av språkbarriärer i den perioperativa vårdrelationen kan resultatet från denna studie bidra till en ökad förståelse och kunskap hos de som arbetar perioperativt. För att kunna optimera vården där det förekommer språkbarriärer bör en ständig strävan efter att utvecklas och inhämta ny kunskap finnas. Det kan finnas flera sätt att erhålla ytterligare och fördjupad kunskap inom detta område, förslagsvis skulle fler och större intervjustudier kunna genomföras som dessutom är tvärprofessionella för att få med hela operationsteamets upplevelser. Ytterligare kunskaps om upplevelser och erfarenheter av att båda vårda och få vård skulle vara av betydelse, därför skulle studier utifrån både vårdar- och patientperspektiv kunna vara av stor betydelse. För att få med synen utifrån ett organisatoriskt perspektiv skulle förslagsvis en kvantitativ studie i form av en observationsstudie kunna användas.

REFERENSER

- Angel, B., & Hjern, A. (2004). *Att möta flyktingar*. Lund: Studentlitteratur.
- Azam, P. A., & Watson, R. (2018). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1152-1160.
- Bischoff, A., & Denhaerynck, K. (2010). What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 10. doi:10.1186/1472-6963-10-248
- Bischoff, A., Bovier, P., Isah, R., Francoise, G., Ariel, E., & Louis, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*, 57, 503-512.
- Björk Brämberg, E. (2008). *Att vara invandrare och patient i Sverige: ett individorienterat perspektiv*. Diss. Växjö: Växjö universitet.
- Blomberg, A.-C., Bisholt, B., & Lindwall, L. (2018). Responsibility for patient care in perioperative practice. *Nursing Open*, 5(3), 414-421. doi:10.1002/nop2.153
- Caldwell, L. (1991). Surgical outpatient concerns. What every perioperative nurse should know. *AORN Journal*, 53(3), 761-767. doi:10.1016/s0001-2092(07)68951-0
- Caljouw, M. A., van Beuzekom, M., & Boer, F. (2008). Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *British Journal of Anaesthesia*, 100(5), 637-644. doi:10.1093/bja/aen034
- 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.
- Claydon-Platt, K., Manias, E., & Dunning, T. (2013). The barriers and facilitators people with diabetes from a non English speaking background experience when managing their medications: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2234-2246.
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143-154). Lund: Studentlitteratur.
- Dastjerdi, M. (2012). The case of Iranian immigrants in the greater Toronto area: a qualitative study. *International journal for equity in health*, 11(9), 1-8.
- Davies, J., Bukulatjpi, S., Sharma, S., Davis, J., & Johnston, V. (2014). "Only your blood can tell the story"--a qualitative research study using semi-structured interviews to explore the hepatitis B related knowledge, perceptions and experiences of remote dwelling Indigenous Australians and their health care providers in nor. *BMC Public Health*, 14(1). doi:10.1186/1471-2458-14-1233

- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314-321. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x
- Eechoud, V., Grypdonck, M., Leman, J., Van Den Noortgate, N., Deveugele, M., & Verhaeghe, S. (2017). Balancing truth-telling: Relatives acting as translators for older adult cancer patients of Turkish or northwest African origin in Belgium. *European Journal of Cancer Care*, 26(5), 1-12.
- Farahani, M. A., Sahragard, R., Carroll, J., & Mohammadi, E. (2011). Communication barriers to patient education in cardiac inpatient care: a qualitative study of multiple perspectives. *International Journal of Nursing Practice*, 17(3), 322-328. doi:10.1111/j.1440-172X.2011.01940.x
- Felley, C., Perneger, T. V., Goulet, I., Rouillard, C., Azar-Pey, N., Dorta, G., . . . Frossard, J.-L. (2008). Combined written and oral information prior to gastrointestinal endoscopy compared with oral information alone: a randomized trial. *BMC Gastroenterology*, 8(1). doi:10.1186/1471-230X-8-22
- Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 62, 255-299. doi:10.1177/1077558705275416
- Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 322-330). Lund: Studentlitteratur.
- Garrett, P., Dickson, G., Young, L., Whelan, K., & Forero, R. (2008). What do non-english-speaking patients value in acute care? Cultural competency from the patient`s perspective: a qualitative study. *Ethnicity & Health*, 13(5), 479-496.
- Gerrish, K. (2001). The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 566-574. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01674.x
- Gerrish, K., Chau, R., Sobowale, A., & Birks, E. (2004). Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health and social care in the community*, 12(5), 407-413.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Halldórsdóttir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care: developing a theory*. Linköping: Linköping universitet.
- Halldórsdóttir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian journal of caring science*, 22(4), 643-652. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00568.x

- Hankela, S., & Kiikkala, I. (1996). Intraoperative Nursing Care as Experienced by surgical patients. *AORN Journal*, 63(2), 435-442. doi:10.1016/S0001-2092(06)63231-6
- Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.
- Harms, C., Young, J. R., Amsler, F., Zettler, C., Scheidegger, D., & Kindler, C. H. (2004). Improving anaesthetists' communication skills. *Anaesthesia*, 59(2), 166-172. doi:10.1111/j.1365-2044.2004.03528.x
- Henricson, M. (2017). Forskningsprocessen. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (s. 43-56). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (s. 111-120). Lund: Studentlitteratur.
- Higginbottom, G. M., Safipour, J., Yohani, S., O'Brien, B., Mumtaz, Z., Paton, P., . . . Barolia, R. (2016). An ethnographic investigation of the maternity healthcare experience of immigrants in rural and urban Alberta, Canada. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1). doi:10.1186/s12884-015-0773-z
- Hudelson, P., & Vilpert, S. (2009). Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices. *BMC Health Services Research*, 9(1). doi:10.1186/1472-6963-9-187
- Hull, M. (2015). Medical Language Proficiency: A discussion of interprofessional language competencies and potential for patient risk. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 158-172.
- Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52, 276-285.
- Hwang, S. M., Lee, J. J., Jang, J. S., Gim, G. H., & Kim, M. C. (2014). Patient Preference and Satisfaction with Their Involvement in the Selection of an Anesthetic Method for Surgery. *J Korean Med Sci*, 29(2), 287-291. doi:10.3346/jkms.2014.29.2.287
- Kiyohara, L. Y., Kayano, L. K., Oliveira, L. M., Yamamoto, M. U., Inagaki, M. M., Ogawa, N. Y., . . . Vieira, J. E. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista Do Hospital Das Clínicas*, 59(2), 51-56. doi:10.1590/s0041-87812004000200001
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.
- Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., & Jouko, K. (1996). The quality of intraoperative care: The patient's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 24(4), 843-852. doi:10.1046/j.1365-2648.1996.26224.x

- Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Ståhlberg, M.-R., & Lertola, K. (2001). The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 294-306. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01846.x
- Malley, A., Kenner, C., Kim, T., & Blakeney, B. (2015). The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transitions. *AORN Journal*, 102(2), 181-189. doi:10.1016/j.aorn.2015.06.004
- Maneze, D., Everett, B., Kirby, S., DiGiacomo, M., Davidson, P. M., & Salamonson, Y. (2016). 'I have only little English': language anxiety of Filipino migrants with chronic disease. *Ethnicity & Health*, 1-13. doi:10.1080/13557858.2016.1143091
- Ozolins, L.-L., & Hjelm, K. (2003). Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 7, 84-93.
- Panayiotou, A., Gardner, A., Williams, S., Zucchi, E., Mascitti-Meuter, M., Goh, A. M., . . . Batchelor, F. (2019). Language Translation Apps in Health Care Settings: Expert Opinion. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(4). doi:10.2196/11316
- Pereira, L., Figueiredo-Braga, M., & Carvalho, I.-P. (2016). Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient education and counseling*, 99, 733-738. doi:10.1016/j.pec.2015.11.016
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10 uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Pritchard, M. (2009). Managing anxiety in the elective surgical patient. *British Journal of Nursing*, 18(7), 416-419. doi:10.12968/bjon.2009.18.7.41655
- Rhodes, L., Miles, G., & Pearson, A. (2006). Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: a systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 12(4), 178-192. doi:10.1111/j.1440-172X.2006.00575.x
- Richardson, A., Thomas, V. N., & Richardson, A. (2006). Reduced to nods and smiles: Experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups. *European Journal of Oncology Nursing*, 10, 93-101. doi:10.1016/j.ejon.2005.05.002
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning - Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning anestesisjukvård*. Hämtat från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.komp.webb.pdf>

- Rudolfsson, G., Hallberg, L., Ringsberg, K., & Von Post, I. (2003). The nurse has time for me: The perioperative dialogue from the perspective of patients. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 1(3), 77-83.
- Sandberg, H. (2014). *Sjuksköterskans samtal*. Lund: Studentlitteratur.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Smith, A. F., & Mishra, K. (2010). Interaction between anaesthetists, their patients, and the anaesthesia team. *British Journal of Anaesthesia*, 105(1), 60-68.
doi:10.1093/bja/aeq132
- Squires, A. (2018). Strategies for overcoming language barriers in healthcare. *Nursing Management (Springhouse)*, 49(4), 20-27.
doi:10.1097/01.numa.0000531166.24481.15
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: en handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- The Association of Operating Room Nurses. (1991). *Standards and recommended practices for perioperative nursing*. Denver, Colo: The Association.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- van Rosse, F., de Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M.-L., & Wagner, C. (2015). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 45-53.
- West, A. M., Bittner, E. A., & Ortiz, V. E. (2014). The effects of preoperative, video-assisted anesthesia education in Spanish on Spanish-speaking patients' anxiety, knowledge, and satisfaction: a pilot study. *Journal of Clinical Anesthesia*, 325-329.
doi:10.1016/j.jclinane.2013.12.008
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. doi:10.1001/jama.2013.281053
- Vydelingum, V. (2000). South Asian patients' lived experience of acute care in an English hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 100-107.
- Yazar, M., Tire, Y., & Kozanhan, B. (2019). Communication difficulties in perioperative anesthesia management for immigrant and refugee patients. *International Medical Journal*, 1. doi:10.5455/medscience.2018.07.8992

Yeo, S. (2004). Language Barriers and Access to Care. *Annual Review of Nursing Research*, 22(1), 59-73. doi:10.1891/0739-6686.22.1.59

BILAGA A: INTERVJUGUIDE

1. Skulle du kunna berätta om ett patientmöte i den perioperativa omvårdnaden där det fanns språkbarriärer?
 - Eventuella följdfrågor
 - Hur tror du patienten uppfattade ditt bemötande vid vårdtillfället?
 - Var det något i ditt bemötande som du var missnöjd med och anser du skulle kunna förbättra?
 - Var det något i ditt bemötande du var nöjd med och vad var det i sådant fall som gjorde att du tyckte det fungerade bra?
2. Beskriv på vilket sätt det skiljer sig i förberedelserna om man ska ha en patient som kan förstå och göra sig förstådd gentemot om man har en som inte kan göra sig förstådd eller förstå?
 - Eventuell följdfråga
 - Finns det något du själv skulle kunna göra för att få ut så mycket tid som du behöver för ditt möte (och vad i sådant fall)?
3. Hur gör du för att övervinna de murar som kan byggas upp om vårdare och patient inte talar samma språk?
4. Beskriv dina erfarenheter av att kommunicera via tolk
 - Eventuell följdfråga
 - Kan du beskriva om du upplever skillnader mellan anhörigtolk eller professionell tolk?
5. Vad gör du om det inte går att kommunicera i vårdrelationen?
6. Hur agerar du om operationen sker i regionalanestesi (enbart blockad) om vårdare och patient talar olika språk?
7. Skiljer sig dina förberedelser inför uppvaknandet på något sätt om det finns en språkbarriär?
8. Kan du beskriva om du upplever att det skiljer sig i vården på uppvakningsavdelningen vid språkbarriärer?
9. Hur känner du inför att ha patienter där det förekommer språkbarriärer?

BILAGA B: BREV TILL VERKSAMHETSCHEF

Akademien för hälsa, vård och välfärd
Mälardalens högskola
Datum

Till verksamhetschef berörd klinik

Förfrågan om tillåtelse att genomföra studie

Vi heter David Steen och Felix Rüter och är studenter på specialistsjuksköterskeutbildningen i anesthesiavård vid Mälardalens högskola, Eskilstuna och Falun. I utbildningen ingår ett arbete i form av en magisteruppsats. Vi avser att genomföra en intervjustudie inom ramen för examensarbetet. Preliminärt namn på studien är Språkbarriärer i den perioperativa vården - En intervjustudie om hur anesthesiavårdssköterskor upplever språkbarriärer i den perioperativa vårdrelationen.

Vi ber därför om tillåtelse att genomföra studien vid er enhet. Rent konkret skulle detta innebära att intervjua minst 10 deltagare i ungefär 30 minuter vardera. Deras svar/resultat kommer att behandlas anonymt och konfidentiellt och redovisas i en form där inga enskilda deltagares svar kan identifieras.

Deltagande i projektet är frivilligt och deltagarna kan dra sig ur när som helst utan förklaring och negativa påföljder.

Eventuell risk/nytta

Resultaten i denna undersökning kommer att ge ökad kunskap som kan bidra till ett förbättrat patientomhändertagande.

Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning kan du vända dig till någon av de undertecknande skribenterna.

Hantering av data och sekretess

All insamlade data kommer att hanteras beaktande forskningsetiska krav, samt identifieras med respekt för konfidentialitet enligt Dataskyddsförordningen, General Data Protection Regulation (GDPR).

Nytta i ett vidare perspektiv

Studien önskar finna och belysa problem som anesthesiavårdssköterskan kan uppleva med att vårda patienter där det förekommer språkbarriärer.

Information om studiens resultat

Resultaten kommer att publiceras i form av ett självständigt arbete vid Mälardalens högskola. Om ni så önskar kommer ni även att kunna få ta del av det färdiga materialet.

Ytterligare information lämnas av

David Steén – 0739129007, dsn19003@student.mdh.se
Felix Rüter – 0707714434, frr19002@student.mdh.se
Handledare: Karin Skoglund - 021 – 101 623, karin.skoglund@mdh.se

Samtycke till genomförande av projektet, Språkbarriärer i den perioperativa vården - En intervjustudie om hur anestesijuksköterskor upplever språkbarriärer i den perioperativa vårdrelationen

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och hur den ska genomföras. Jag har haft tillfälle att läsa igenom informationen och att ställa frågor.

Jag ger därför min tillåtelse att studien genomförs på min enhet,

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

BILAGA C: MISSIVBREV TILL INFORMANTER

Tillfrågan om deltagande i studie Språkbarriärer i den perioperativa vården - En intervjustudie om hur anestesijuksköterskor upplever språkbarriärer i den perioperativa vårdrelationen.

Vi heter David Steen och Felix Rüter och är studenter i specialistsjuksköterskeutbildningen i anestesijuksvård vid Mälardalens högskola, Eskilstuna och Falun. I utbildningen ingår ett arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med vår studie är undersöka anestesijuksköterskans upplevelser av språkbarriärer i den perioperativa vårdrelationen.

Vår fråga till dig är om du vill delta i denna studie.

Medverkan är frivillig och vill du inte vara med kan du bortse från detta brev.

Att delta i projektet skulle för din del innebära att bli intervjuad i ungefär 30 minuter, med inriktning på din upplevelse av språkbarriärer i den perioperativa vårdrelationen. Samtalet kommer spelas in och sedan analyseras av undertecknade. Resultatet kommer skrivas in i arbetet så att de förblir anonyma och ingen kan härleda svaren till någon specifik person. Ljudfilerna kommer sparas så länge arbetet med skriften genomförs och sedan kommer dessa att förstöras.

Du kan självklart när som helst avbryta din medverkan i studien utan att du behöver ange någon orsak och utan negativa påföljder.

Om du ger ditt muntliga samtycke till att ditt namn och telefonnummer får lämnas ut till oss, kommer vi att via telefon ta kontakt med dig för att ge ytterligare information om studiens syfte och genomförande.

Ytterligare upplysningar kan lämnas av oss eller vår handledare, Karin Skoglund, se nedan.

Karin Skoglund - 021 – 101 623, karin.skoglund@mdh.se

Med vänliga hälsningar

David Steén – 0739129007, dsn19003@student.mdh.se

Felix Rüter – 0707714434, frr19002@student.mdh.se

Samtycke till att delta i projektet, Språkbarriärer i den perioperativa vården - En intervjustudie om hur anestesijuksköterskor upplever språkbarriärer i den perioperativa vårdrelationen

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och haft tillfälle att i lugn och ro läsa igenom informationen och att ställa frågor. Jag får också en kopia på den skriftliga informationen om projektet och på detta samtyckesformulär.

Jag är medveten om att deltagandet är helt frivilligt och att jag när som helst, utan att ange orsak, kan avbryta mitt deltagande i studien.

- JA**, jag vill delta i projektet vars syfte är att undersöka anestesijuksköterskans upplevelser av att språkbarriärer i den perioperativa vårdrelationen, och jag samtycker till att de uppgifter jag lämnas behandlas på det sätt som beskrivits på föregående sida.

Datum

Underskrift

Namnförtydligande



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se