



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Sahlgrenska akademien
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Värdet av att kommunicera om kommunikationen

*Undersköterskors upplevelser av kommunikationen med vårdtagare
med psykiska funktionsnedsättningar?*

Författare: Hootan Torkalinaghipoor
Johannes Rämnegård
Kurs: Vårdpedagogik med inriktning
mot vård och omsorg
Omfattning: 15 poäng
Datum: 090603
Handledare: Linda Johansson
Examinator: Kaety Ploos

Titel (svensk): Kommunikation - Hur upplever undersköterskor kommunikationen med vårdtagare som har psykiska funktionsnedsättningar?

Arbetets art: Självständigt arbete - fördjupningsnivå II

Arbetets omfattning: 15hp

Författare: Hootan Torkalinaghipoor: Boendestödjare inom psykiatri Göteborg
E-post: hutan_t@yahoo.se

Johannes Remnegård: Samordnare inom personlig assistent Göteborg
E-post: johannes.ramnegard@majorna.goteborg.se

Handledare: Linda Johansson, Universitetslektor, Handledare Göteborg
E-post: linda.johansson.3@fhs.gu.se

Examinator: Kaety Plos

Abstrakt

Bakgrund: Det är oftast inte förrän det blir missförstånd i kommunikationen som man uppmärksammar det och funderar på vad som kunde ha gjorts annorlunda.

Syftet: Syftet med den här studien var att undersöka hur undersköterskor upplever kommunikationen mellan sig och vårdtagare med psykiska funktionsnedsättningar.

Metod: I studien har det intervjuats ett antal undersköterskor på olika boenden för personer med psykiska funktionsnedsättningar kring deras upplevelser av kommunikationen mellan sig och vårdtagarna. För att analysera resultatet har en kvalitativ innehållsanalys använts.

Resultat: Resultatet visade att informanterna hade olika uppfattningar om hur kommunikationen fungerade när de kommunicerade med vårdtagarna. Dock framkom det ett mönster, där undersköterskor som inte hade någon utbildning inom kommunikation och där man inte diskuterade kommunikationsproblematiken i arbetsgruppen, upplevde att det skedde mer missförstånd än de som gått utbildning eller som diskuterade kommunikation på arbetet.

Nyckelord: kommunikation, missförstånd, psykisk funktionsnedsättning, vårdtagare, vårdgivare.

Innehållsförteckning

Inledning.....	4
Bakgrund.....	5
Kommunikation.....	5
Verbal kommunikation	6
Icke-verbal kommunikation	6
Kommunikationsmodeller.....	7
Kommunikation med personer med psykiska funktionsnedsättningar	8
Kulturella skillnader	9
Ålderskillnad	10
Stress vid kommunikationen	11
Professionell kommunikation.....	12
Problemområde	13
Syfte.....	13
Metod.....	13
Urvalsmetod	13
Tillvägagångssätt.....	14
Analys	14
Reliabilitet och validitet.....	15
Etiska överväganden.....	16
Resultat	17
Upplevelse av kommunikation.....	17
Verbal kommunikation med vårdtagarna.....	17
Utbildningsbehovet inom kommunikation	18
Arbetsgruppens kommunikation och påverkan på vårdtagarna	18
Att vara medveten om den ickeverbala kommunikationen.....	19
Kulturell bakgrund och åldersskillnad.....	19
Stress.....	20
Ledande frågor	20
Lärdomar av vårdtagarens kommunikation	20
Diskussion.....	21
Metoddiskussion.....	21
Resultatdiskussion	21
Litteraturförteckning	23
Bilaga 1	
Bilaga 2	

Inledning

Vi är två medarbetare som har arbetat inom funktionshinder i ca 10 år. En av oss har en 3-årig utbildning inom vård och omsorg med inriktning funktionshinder. Under våra år inom yrket, har det genom erfarenhet skapats kunskap om vikten av en fungerande kommunikation. Upplevelsen är att det sker missförstånd på grund av otydlig kommunikation mellan vårdgivare och vårdtagare. Därutav finns intresset för att närmare studera inom detta yrkesområde.

Vårdtagarna som finns i våra verksamheter har ofta psykiska funktionsnedsättningar. Detta innebär att personerna kan ha schizofreni, psykos eller panikångest. Dessa personer har då efter behov fått olika beslut av handläggare inom socialtjänsten. Dessa beslut ska ligga till grund för att de ska kunna leva ett så fungerande och normalt liv som möjligt med de insatser som beslutet innefattar. Vårt arbete går således ut på att hjälpa personer med funktionsnedsättningar till att kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Tanken är att låta vårdtagaren vara i centrum och få bestämma över de insatser som han/hon fått beviljat av socialtjänsten. Vårt mål är också att verksamheterna ska vara av god kvalitet och stå på en grund med respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Genom att skaffa sig mer kunskap om kommunikationen mellan vårdgivare och vårdtagare kan man troligtvis minska många felbedömningar och missförstånd. Dock behöver man tänka på att vårdtagarna kanske inte har fått lära sig att kommunicera på fungerande sätt, eller har haft svårt att förstå vad människor säger och menar. Då är det viktigt att vårdgivarna kan kommunicera på ett professionellt sätt och därmed göra att vårdtagarnas livskvalité förbättras.

Selander och Råstam (1991) menar på att det finns sannolikt ingen sektor i samhället där kommunikationen är av så central betydelse som inom hälso- och sjukvården. Brister i kommunikationen mellan vårdgivare (läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, kuratorer med flera) och vårdtagare och dess familj kan få mycket allvarliga konsekvenser. Det ökande intresset för förebyggande insatser med råd om bland annat kost, rökavvänjning och alkohol, ställer ökande krav i förmågan att kommunicera. När två människor möts i en konsultation är det inte bara två enskilda individer som möts, utan även två olika institutionellt betingande roller (den professionella respektive vårdtagaren). Det kan också handla om två olika socialt och kulturellt bestämda mönster såsom tankemönster, kunskapsmönster, reaktionsmönster och därmed olika förväntningshorisonter. En viktig del av kommunikationen i vårdsituationen är därför att vårdgivaren lär sig när det är lämpligt att ge information, vilken information som patienten/vårdtagaren behöver, respektive är mottaglig för, samt hur denna skall ges (Selander & Råstam, 1991).

Det som eftersöks i den här undersökningen är hur kommunikationen upplevs på två olika verksamheter. De aktuella verksamheterna består av olika gruppboenden inom psykiatrin. I dessa har vårdtagaren eget boende och arbetet består till större delen av att arbeta i vårdtagarens hem. Detta gör det extra viktigt att kommunikationen fungerar, eftersom att vårdtagaren känner att det är hans eller hennes eget revir som man arbetar i.

Förståelsen mellan individer fungerar dock inte alltid helt friktionsfritt och kan dessutom försvåras ytterligare då vårdtagare har psykiska funktionsnedsättningar där exempelvis kognitiv förmåga är nedsatt eller där vårdtagarens verklighetsuppfattning är annorlunda. Något annat som kan göra kommunikationen svårare är om någon av parterna har en annan dialekt eller en utländsk brytning (Fossum, 2007). Personer som är äldre kan också ha svårare att förstå vad någon säger om exempelvis hörsel är nedsatt.

Vid stress och tidspress finns också en möjlighet att det är svårare att kommunicera på ett så klart och tydligt sätt som önskas. Intresset för denna studie har uppstått på grund av då vi har sett att det sker missförstånd mellan man och hustru, mellan vänner, arbetskollegor, vårdgivare och vårdtagare. Syftet med detta arbete är därför att öka kunskapen kring hur vårdgivare upplever kommunikationen med vårdtagare som har psykiska funktionshinder och om ovanstående omständigheter påverkar kommunikationen.

Bakgrund

Kommunikation

Dimbleby och Burton (1997) anser att kommunikation skapar förbindelse och skall ses som en aktivitet, någonting som människor gör och skapar. Kommunikation kräver också mycket träning, både för att på ett bra sätt kunna ta emot och förmedla information. Kommunikation är kultur och det hjälper människan att definiera vad kultur är genom att kommunicera. Man får tidigt lära sig hur man talar med andra människor, och konsten att samtala ter sig snart lika naturligt som att gå på två ben. Samtalskonst omfattar emellertid en högst komplex samling konventioner, färdigheter och attityder, vilket blir tydligt i fall då kommunikationen inte fungerar optimalt (Dimbleby & Burton, 1997).

Kommunikation är den mänskliga aktivitet som används mest och som de flesta av oss har störst erfarenhet av. Ordet kommunikation kommer från latinets *communicare*, som betyder att något blir gemensamt. Det innebär att människan både meddelar och delar med sig av något, bland annat upplevelser, tankar och värderingar. Att kommunicera är att prata och agera i förhållande till varandra. Kommunikationen består av information, påverkan och bekräftelse. Det är ett skeende där två eller fler personer skickar olika slags budskap till varandra och där de visar hur de påverkas av varandra, uppfattar sig själva och vilket innehåll de lägger in i sina budskap. Samspelet sker via många kanaler: språk och tal, ansiktsuttryck, gester och kropps rörelser, avstånd och lukter. Språk och kommunikation gör det möjligt för oss att möta andra människor, men även att möta oss själva. Genom att omforma tankar och känslor till tal och handlingar förstår man varandra. Det gör så att säga det osynliga synligt (Nilsson & Waldemarsson, 1995).

Genom att studera kommunikation och samspel, finns det möjlighet att hitta det som skapar identitet, närhet och kontakt med andra människor. Därigenom skapas större kontroll över våra liv, vilket ger en god grund för bättre relationer och för en ökad livskvalitet. Individen kan även bli medveten om vilka budskap som den skickar och tar emot från andra. Det ger en större förståelse av hur människor påverkas av andra människor, vilket skapar fler och bättre perspektiv på vårt eget handlande. Kommunikation är dock en skör historia. Språket är mångtydigt och kan uppfattas och tolkas på olika sätt av olika individer. Risken är därför stor att människor missuppfattar och feltolkas av varandra. Ganska ofta är det sättet att kommunicera som skapar problem, inte själva innehållet. Genom dunkla och ofullständiga budskap försöker man ibland komma undan ansvaret för det man säger och gör. Att vara otydlig och undanflyktig skapar osäkerhet i kommunikationen. Ibland anar man att allt inte är som det verkar vara, men kan inte alltid sätta fingret på vad som är fel (Nilsson & Waldemarsson, 1995).

Hjälmhult (1991) pratar i sin forskning om kommunikation som ett instrument för sjuksköterskor. Hon menar att det finns vissa grundegenskaper som en sjuksköterska bör ha. Det rör sig bland annat om äkthet, det vill säga att man bör tala klarspråk och vara så ärlig som möjligt i konsultationer med patienten. Andra ledord hon föreslår för en bra kommunikation är acceptans och förståelse för hur patienten upplever den aktuella situationen. Detta grundlägger för att mötet blir så bra som möjligt, och för att patienten lättare kan ta emot de rekommendationer som sjuksköterskan ger (Hjälmhult, 1991).

Hjälmhult (1991) menar vidare att sjuksköterskan ska vara observant på både det sagda i ord och även det icke uttalade, men uttryckta via exempelvis kroppsspråk som tyder på att patienten vill uttrycka något. Sjuksköterskan ska även ge uppmuntran till patienten att kommunicera, vilket kan ske med uppmärksamhet, beröm, stöttning samt reflektion (Hjälmhult, 1991).

Verbal kommunikation

Med verbal kommunikation menar Eide och Eide (2004) att budskapet förmedlas via ord. De redogör också för ett antal bekräftande tekniker inom den verbala kommunikationen. De menar att det handlar om att ge feedback på det man hör, ser och förstår, och att visa respekt för individens integritet, frihet samt rätt till självbestämmande. Det handlar alltså om empatiskt baserade tekniker i att ge respons som förmedlar omedelbara, bekräftande och uppskattande svar på det som klienten uttrycker. Att bli sedd och förstådd är i sig bekräftande. Eide och Eide (2004) beskriver att för att få en fungerande och professionell kommunikation är det viktigt att man lyssnar, följer med och förstår det klienten säger. Det kan göras verbalt genom korta medgivanden så som ett ja eller ett nej. Genom att följa verbalt visar man att man följer med, förstår och lever sig in i det klienten säger, men utan att avbryta och styra samtalet i någon ny riktning. I facklitteraturen kallas detta att följa verbal tracking (Eide & Eide, 2004).

Vid kognitiva funktionsnedsättningar hos en vårdtagare är det viktigt att man funderar och förbereder sig innan man ska ha en konversation. Det kan uppstå många missförstånd, om man inte har kunskap om hur man ska hantera situationen. Man bör ställa frågor en och en, och alltså inte inkludera två frågor i en och samma mening. Vårdtagare kan ha svårt att förstå vad som menas, och det kan bli för många alternativ att hantera samtidigt. Genom att istället endast leverera en fråga i taget kan man undvika missförstånd genom att underlätta för vårdtagaren att följa med i samtalet. Man bör också enligt Eide och Eide (1997) undvika att ställa öppna frågor, eftersom att denna typ av frågor ofta är alltför diffusa för att vårdtagare ska kunna svara på dem. Det kan dessutom vara bra om personalen använder sig av korta meningar och entydiga ord, samt håller sig till ett tema åt gången (Eide & Eide, 1997).

Park och Song (2005) har i en studie på ett sjukhus i Sydkorea intervjuat både sjuksköterskor och patienter kring kommunikation. De menar att miljön kan påverka den verbala kommunikationen inom en verksamhet i en kanske oväntat stor utsträckning. I en bullrig miljö är det till exempel lättare att missförstånd uppstår, eftersom att både förmedlingen och mottagandet av budskap försvåras av den störande omgivningen (Park & Song, 2005). Även Eide och Eide (1997) menar att man bör försöka ha så få distraktionsmoment som möjligt, då dessa för bort koncentration från det man talar om. Detta kan till exempel innebära att så få personer som möjligt vistas i rummet samtidigt, och medarbetarna bör också vara beredda på att man ibland får säga samma sak flera gånger för att vårdtagarna ska förstå vad som menas (Eide & Eide, 1997).

Icke-verbala kommunikation

I relationer signalerar människor verbalt och icke-verbalt på många nivåer och med olika styrka, rationellt och emotionellt, direkt och indirekt, distanserat och empatiskt, kontrollerat och spontant, medvetet och omedvetet. Den icke-verbala kommunikationen utgörs av kroppshållning, kroppsställning, rörelse, gester, mimik och andningsrytm. Det involverar även ögonkontakt, tystnad, betoning och tonläge (rösten), samt hur man rör sig och berör andra. Människors tankar och känslor avspeglas ofta i den icke-verbala kommunikationen, vilken därmed ger uttryck för stämningar och visar på avsikter, attityder och värderingar (Nilsson & Waldemarsson, 1995).

Det är också genom kroppsspråket som man ger uttryck för samhörighet eller avståndstagande till motparten. Även kroppsliga utsmyckningar i form av kläder, frisyrier, sminkning och tatuering har inverkan i den icke verbala kommunikationen (Nilsson & Waldemarsson, 1995).

Eide och Eide (1997) menar att den icke-verbala kommunikationen ofta spelar en lika viktig roll som den verbala i kontakten med människor. Tecken och signaler, antingen de är verbala eller ickeverbala, är emellertid ofta sammansatta och måste därmed tolkas för att förstås.

Beroende på hur man tolkar varandras signaler kan möten människor emellan, upplevas mycket olika. Det som utspelas mellan parterna måste alltså tolkas och förstås i ett sammanhang. Även om signalerna är tydliga, är det inte säkert att tolkningen överensstämmer med det avsedda budskapet (Eide & Eide, 1997).

Nilsson och Waldemarsson (1995) menar också att man ibland använder sig av ett kroppsspråk som på olika sätt skiljer sig från vad man förmedlar genom talet. Detta kan göra att motparten, till exempel en vårdtagare, blir förvirrad och missförstår budskapet (Nilsson & Waldemarsson, 1995).

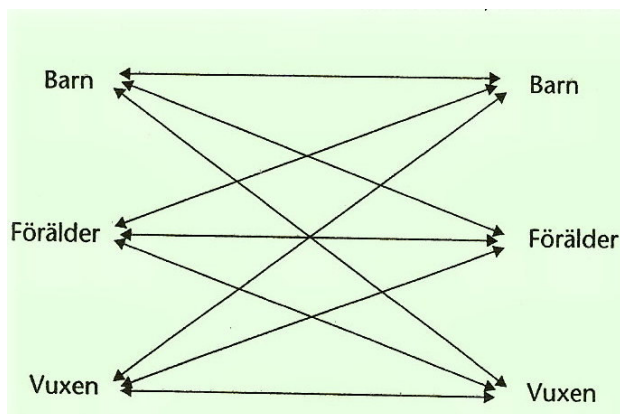
I förhållande till det som människor uttrycker verbalt så kan vårt ickeverbala språk alltså fungera i huvudsak på två sätt: kongruent eller inkongruent. Med kongruens menas att det är överensstämmelse mellan det verbala och ickeverbala, att det alltså inte är någon klyfta mellan det man säger och det man uttrycker med kroppsspråket. När man kommunicerar kongruent kommer det ickeverbala att understödja det verbala, och det man säger kommer att förefalla äkta, pålitligt och förtroendeingivande. Inkongruent kommunikation är det motsatta, det vill säga att det man förmedlar verbalt och det man förmedlar icke-verbalt inte sammanfaller. Denna inkongruens kan bero på många saker, men bottnar ofta i en motsättning mellan rollförväntningar och känslor. I inkongruenta budskap är det för övrigt ofta de icke-verbala inslagen som har störst genomslagskraft och därmed riskerar att överskugga vad som sägs rent verbalt. Att observera och känna igen inkongruent kommunikation hos sig själv är därför ett viktigt steg för att öka tryggheten, stärka relationen och lägga grunden för en bra arbetsallians (Eide & Eide, 2004).

Ibland är det enligt Nilsson och Waldemarsson (1995) lättare att komma i kontakt med andra människor om man använder kroppsuttryck i stället för samtal, det kan vara i möten med små barn eller människor med psykiska funktionsnedsättningar eller med hjärnskador. De har oftast svårt att förstå och tolka kommunikation med ett språkligt innehåll. Om orden inte räcker till, som när någon är uppfylld av starka känslor eller om personen är mycket osäker och misstänksam, är det ibland lättare att hjälpa personen med kroppsspråk. Icke-verbala kommunikation är en spegling av vårt inre liv, det visar vad vi tänker, känner, upplever och vill. Det ger uttryck för stämningar och visar på avsikter, attityder och värderingar. Det är genom kroppsspråket som vi formar och upprätthåller våra relationer till varandra. Det ger uttryck för samhörighet och avståndstagande och påverkar samspelet mellan människor (Nilsson & Waldemarsson, 1995).

Kommunikationsmodeller

I figur 1 visas en modell som kallas Transaktionsanalys (TA) och som utvecklades av Eric Berne på 1950-talet. Han ansåg att man, oavsett om man är barn, förälder eller vuxen, kan man bete sig olika i olika situationer. Ett barn behöver inte nödvändigtvis bete sig som ett barn och en vuxen kan tala till ett barn som om barnet vore en förälder. Enligt modellen kan alltså alla vara både sändare men också mottagare inom dessa parametrar. I vården är det oerhört viktigt att vårdgivaren talar till vårdtagaren som till en vuxen, inte bara av respekt utan också för att samtalet och kommunikationen ska fungera effektivt (Fossum, 2007).

Om vårdgivaren istället talar till vårdtagaren som om denne vore ett barn och tar en roll liknande föräldrarnas, blir reaktionen troligtvis att vårdtagaren blir trotsig och känner sig undergiven av att inte få vara medbestämmande. Denna situation är uppenbart ohållbar i längden, då vårdtagaren skulle bli förbigången och känna sig negligerad, och därmed inte kunna genomföra några självständiga beslut. Vårdtagaren kan i sin tur också använda sig av situationen och lägga sig på ett barns nivå för att få sin vilja igenom eller för att slippa ta ansvar och lägga över det på vårdgivarna, som ofta utan att de vet om det får förälderrollen. Här gäller det för vårdgivarna att se dessa signaler, för att kunna hjälpa vårdtagaren att ta sitt ansvar för den egna situationen. Därför kan TA användas som ett hjälpmedel för att kunna hantera dessa situationer (Fossum, 2007).



Figur 1. Transaktionsanalys (TA)

Faulkner (1998) berättar i sin bok om vad hon kallar för det professionella samtalet. Hon har utvecklat en modell för hur ett sådant samtal kan se ut. Det första är att vårdtagaren/patienten kommer med det aktuella problemet. Vårdpersonalen utför sedan ett professionellt bemötande för att bekräfta vårdtagarens/patientens problem. Vårdpersonalen identifierar själva grundproblemet och fastställer sedan ett mål för åtgärder tillsammans med vårdtagaren/patienten.

På det här sättet bekräftar man vårdtagaren/patienten att det finns ett problem och man är villig att hjälpa till att lösa det. Ytterligare en modell som hon skrivit, är där man bekräftar vårdtagaren/patientens ilska och vrede. Det första som ska göra är att bekräfta vreden, sedan identifiera vredens rätta ursprung. Därefter legitimera vreden (om det är lämpligt) och sedan kan ilskan avreageras. På det här sättet bekräftar man vårdtagaren/patienten att man på detta sätt, kan få dem att lättare prata om känslor, man får vårdtagaren/patienten att förstå att det är tillåtet att känna ilska (Faulkner, 1998).

Kommunikation med personer med psykiska funktionsnedsättningar

Att informera, kommunicera, lyssna och engagera sig i vårdtagaren är inte alltid så lätt, då personalen hela tiden får nya uppgifter som ska utföras ovanpå allt annat. Risken för utbrändhet är uppenbar, när man arbetar under dessa premisser under en längre tid. Täta omorganisationer med ständigt nya signaler från olika håll, till exempel från politiker, myndigheter och arbetsgivare, skapar också mycket oro och misstro. Även känslor av otillräcklighet och skuld kan infinna sig hos personalen. Ett annat exempel är om en ny maskin installeras får all personal adekvat utbildning, saklig information om ansvar, funktion, risker och möjligheter (Statens medicinska etiska råd 1996).

När människor skall anställas för att börja i vård och ansvara för andra människor, informeras föga eller intet om vilka personliga egenskaper som bör beaktas och om vilka personalvårdande insatser som behövs för att undvika uttrötning och utbrändhet (statens medicinska etiska råd 1996).

Hickson, O'Halloran och Worrall (2008) har publicerat en artikel som handlar om faktorer som påverkar kommunikationen för personer som har kommunikationsnedsättningar. Här har man samlat ett antal studier och gjort egna analyser och diskussioner kring dessa. Det man bland annat kom fram till var att döva ofta upplever sjukhuspersonal som respektlösa då de ofta inte upplever att den kommunikation som uppstår är anpassad efter deras specifika behov. Detta tyder på att det saknas kunskap bland sjukhuspersonalen om hur man kan förenkla kommunikationen så att både fysiskt och psykiskt funktionshindrade kan ta del av information på ett smidigt sätt. Det kan röra sig om så enkla medel som att sjukhuspersonalen tog av sig munskyddet så att den döva kunde läsa på läppar. Det var också bristen på skyltar och visuella hänvisningar som försvårade för patienterna att ta sig till rätt avdelning (Hickson, O'Halloran & Worrall 2008).

Att informera medan patienten gör något annat, till exempel äter eller får behandling, är exempelvis aldrig bra eftersom att uppfattningsförmågan då reduceras och koncentrationen brister. I all vård finns situationer som är ogynnsamma för information, men vårdarens beteende kan i många fall i mycket hög grad påverka utfallet (statens medicinska etiska råd 1996).

Patterson, Curtis och Reid (2008) presenterar en studie där man intervjuade mentalskötare som tagit hand om personer med psykisk ohälsa. I intervjuerna har det frågats om kommunikation mellan dem och patienterna. Det framkom att mentalskötarna ansåg att man måste skapa en kontakt med tillit och trygghet i grunden. Utan den var det svårt att nå fram till patienterna. Viktigt var också att man lyssnade på vad patienten sa och på allvar försökte förstå vad denne ville förmedla. Det är viktigt att man som skötare tänker på hur man uttrycker sig och att man använder sig av ett språk som patienten är vana vid. Helst bör personalen undvika att uttrycka sig i teknisk och medicinskt språkbruk, eftersom att patienten kan uppfatta detta som ett sätt att försätta dem i underläge. Skötarna tyckte också att man måste hålla sig på en professionell nivå och inte skapa nära vänskapsband, då det ofta kan leda till svårigheter med att ta professionella beslut (Patterson, Curtis & Reid 2008).

Forskarna har i studien kommit fram till att som personal kan man använda sig av vissa verktyg för att nå en bättre kommunikation i behandlingen med patienterna. Dessa verktyg kan till exempel vara att kommunicera med personen som upplever problem med sin psykiska hälsa och börja kartlägga problemet, att utveckla lämpliga relationer som kan ligga till grund till ett samarbete, att bedöma och observera hur patienten mår, samt att introducera patienten och vårdpersonalen i processen i vården. De menade att genom att arbeta med ett team som arbetar på ett professionellt sätt så kan man känna igen och identifiera orsaker till de eventuella osäkerheter som kan finnas inom verksamheten, och därigenom hantera dem på ett bättre sätt (Patterson, Curtis & Reid 2008).

Kulturella skillnader

Begreppet kultur härstammar från colere som betyder odla, dyrka och bearbeta. Det finns oerhört många definitioner av detta begrepp, men man kan säga att det rör sig om idéer, värderingar, regler, normer, koder och symboler som en människa övertar från föregående generation och som sedan överförs till nästa generation (Nationalencyklopedin, 2009).

Kulturförmedlingen inom ett samhälle bygger på att det finns en vilja och en förmåga att förstå motparten med dennes individuella världsuppfattning och värderingar. Våra samhällen har under lång tid utvecklat beteenden och mönster som kan skilja sig mycket åt, beroende på var man har för ursprung (Eide & Eide, 1997).

Därför är det bra att ha kunskap om den kultur som motparten kommer ifrån, för att förstå varför denne reagerar som den gör. Det finns till exempel icke-verbala tecken som kan tolkas rakt motsatt mot vad man menar. Ett exempel är när man tar pekfingret och pekar på huvudet, vilket i vissa kulturer betyder att man är en idiot men i andra att man är väldigt smart. Det är dock inte bara så att man kan ge rådet att man ska vara övertydlig och gärna förklara fler gånger, då motparten kan uppfatta detta som en direkt kränkning (Eide & Eide, 1997).

Samspel mellan människor från olika kulturer blir allt vanligare inom arbetsliv och privatliv i Sverige. Våra kontakter med andra kulturer ökar, och därför blir det allt viktigare att vårdgivare kan hantera möten med människor från olika kulturer. Det är viktigt att man kan göra sig förstådd och tolkar andra på ett något så när riktigt sätt. Att bli medveten om sin egen icke-verbala kommunikation kan också öka förståelsen för hur människor från andra kulturer använder sitt kroppsspråk. Det som karaktäriserar en viss kultur kan också vara det som skiljer den från en annan (Nilsson & Waldemarsson, 1995).

Människor från olika kulturer har med andra ord olika vanor och kommunicerar på skilda sätt, men det är viktigt att tänka på att skillnaderna inom en kultur ofta kan vara större än skillnaderna mellan två kulturer. Varje kultur har sina regler för kommunikation som avgör vad som är gångbart och vad som är ohövligt eller förolämpande. När människor möter varandra tar de sitt eget mönster för naturligt och självklart. Det skapar ingen god grund för samförstånd utan utgör snarare en risk för ständiga missförstånd (Nilsson & Waldemarsson, 1995).

Gustafsson och Felhendler (1981) skriver att mycket av vår kommunikation sker via symboler, det vill säga verbala och icke-verbala uttalanden och gester, men även fysiska ting som uttrycker en mening. Med hjälp av språkliga symboler sker det ett samspel mellan människor, till exempel mellan vårdgivare och vårdtagare. Språket hänger intimt samman med människans identitet. Det varierar mellan olika länder vilken betydelse man lägger i orden. I vissa länder förknippas till exempel polis med våld och korruption. Många ord eller uttryck som står för företeelser i det svenska samhället saknas kanske helt i andra länder med andra kulturer. Varje ord eller uttryck i ett språk står för ett innehåll, och språket formulerar således en kulturs uppfattning om verkligheten. För att förstå en människas budskap, måste man alltså förstå dennes livsvillkor. I tolksituationen, när språket skall förmedlas via en annan individ, går många nyanser förlorade. Många ord är över huvud taget svårare att förmedla, eftersom motsvarighet inte finns i de båda språken. Detta kan i värsta fall leda till kommunikations- svårigheter och brister i samspelet mellan vårdgivare och vårdtagare (Gustafsson & Felhendler, 1981).

Ålderskillnad

Undersökningen som Park och Song (2005) gjorde angående kommunikationsmönster mellan sjuksköterskor och patienter visade också att kommunikationen mellan äldre och yngre ofta utgjorde ett hinder då de yngre sjuksköterskorna använde andra verbala uttryck än vad de äldre patienterna gjorde, vilket påverkade kommunikationsförståelsen (Park & Song, 2007). Enligt Andersson (2007) kan ålderskillnaden ofta ha stor betydelse för kommunikationen och för hur man kommunicerar med varandra. Det kan till exempel röra sig om funktionsnedsättningar såsom hörselskador, talsvårigheter eller minnesproblem bland äldre (Andersson, 2007)

Det bästa är att låta vårdtagaren bestämma tempot i diskussionen och anpassa frågor och information till vårdtagarens sätt att föra diskussionen. Med öppenhet för det osagda och för det som är okänt, och genom att aktivt lyssna på vårdtagarens budskap och antydningar, skapas möjlighet till empati, fördjupad förståelse och samförstånd om eventuella problem, deras karaktär och vad som bör göras (Fossum, 2007).

Synskadade hade synpunkter på belysning och tydliga skyltar för att hitta rätt. De uppgav av också att de upplevde att ingen tog dem på allvar och att de tillslut inte orkade försöka längre och inte vågade ställa de frågor som man ville ställa. Personer med afasi hade önskemål om att all vårdpersonal som de kom i kontakt med skulle ha mer kunskap om deras sjukdom, då många av dem upplevde att de blev missförstådda. Personer med utvecklingsstörningar uppgav att de upplevde att många läkare pratade över huvudet på dem och att det fanns en stor osäkerhet bland personalen över hur man skulle kommunicera. Till exempel pratade många för fort och använde ett akademiskt färgat språk som var svårt att förstå. Detta påverkade patienterna på så sätt att de upplevde att de inte fick fram sina önskemål och hade svårt att förstå vad läkare och sjuksköterskor ville förmedla. Förslag på vad personalen på sjukhuset skulle kunna göra för att förbättra situationen var att använda sig av bilder på den medicinska behandling som patienten skulle få (Hickson, O'Halloran & Worrall 2008).

Andra förslag på sätt att underlätta dessa problematiska möten mellan vårdapparaten och personer med funktionsnedsättningar var till exempel att ställa korta frågor och gärna ja och nej frågor, att ställa en fråga i taget samt att ta sig tid att lyssna och invänta svar. Det föreslogs även att man skulle använda sig av volymkontrollerande telefoner och visuella larm så att hörselskadade kunde få information. Det framkom även att det är viktigt att ha tillgång till pennor och papper för personer som behöver skriva ner kommunikationen, samt att använda sig av teknik som stödjer punktskrift. Andra efterfrågade inslag var tillgång till bildsymboler, tillgång till tolk eller att personalen är utbildad inom teckenspråk. Slutligen efterfrågades ökad kunskap bland personalen om fysiska och psykiska funktionsnedsättningar (Hickson, O'Halloran & Worrall 2008).

Kommunikationen börjar redan före ett informationstillfälle. Oro och ångest, förväntningar och glädje, nyfikenhet eller farhågor påverkar och skapar en emotionell beredskap inför ett möte. Stämningen kan snabbt växla från öppenhet och mottaglighet till avståndstagande. En informatör som signalerar respektlöshet och opersonlighet når inte fram med sitt budskap, även om orden skulle vara begripliga. Vårdgivaren måste förstå att vårdtagaren ofta är i ett underläge. De kan sakna den medicinska kunskapen som vårdgivaren har, och förstår kanske inte vad som sägs. Det faktum att vårdtagaren befinner sig i en okänd miljö och kanske känner smärta och oro spelar också stor roll i hur kommunikationen mottas. Därför är det viktigt att vårdgivaren är lyhörd och lägger upp sin kommunikation utifrån vårdtagarens villkor (statens medicinska etiska råd 1996).

Stress vid kommunikationen

Människor blir utsatta för stress dagligen och det ökar i det moderna samhället menar många (Nilsson & Waldemarsson, 1995). Anledningarna bakom varför stress uppkommer är många och människor kan reagera olika på stress i olika situationer. Reaktionen kan utlösas när vi slutar skolan, misslyckas på ett prov, flytta hemifrån, gifter oss, får barn, genomgår en skilsmässa, blir arbetslösa eller byter bostad. Negativ stress är ett oönskat och otrevligt tillstånd, som uppstår när kraven på oss är större än vår förmåga att hantera dem (Nilsson & Waldemarsson, 1995).

Enligt en studie av Park och Song (2005) var det många patienter som hade upplevt att sjuksköterskor inte alltid såg patienterna i ögonen och att detta har försvårat deras förståelse av vad sjuksköterskan talade om. Ofta är dessutom tiden för kort i konsultationen med sjuksköterskan, vilket bidrar till att kommunikationen ofta upplevs som nonchalant och bristfällig. Sjuksköterskorna var emellertid oftast bara stressade och ville få saker gjorda och menade inte att nonchalera patienterna (Park & Song, 2005).

Professionell kommunikation

När Eide och Eide (2004) pratar om professionell kommunikation är det inte samma sak som kommunikation i vardagslivet. I arbetslivet kommunicerar människor inte som människor gör i det privata livet, utan som experter, yrkesutövare eller i egenskap av professionella behandlare. Begreppet professionell kommer från det latinska ordet *yrke* eller *näringsfång*, *professio*. Professionell kommunikation är baserad på yrkets grundläggande värderingar. God professionell kommunikation är ägnad att tillgodose vårdtagares och klienters behov, och att i bred bemärkelse främja yrkets funktion. Som vårdgivare har man en roll som innebär att ha en stödjande funktion för andra i kraft av yrkeskompetens och ställning. Rollen innebär också en förpliktelse att göra sitt bästa för att nå målen för socialt och hälsovårdande arbete och för att leva upp till professionens yrkesetiska mål när det gäller att möta människors behov, främja jämlikhet och respekt och bidra till att klienterna kan använda sina resurser på ett bättre sätt (Eide & Eide, 2004).

McCabe (2004) gjorde en studie på sjukhuset som ledde till en rad intressanta resultat. Dels framkom det att det råder brist på kommunikation mellan vårdgivare och patienter. Många patienter uttryckte att de inte bara fick information utan att man även kände av projiceringar från personalen i form av känslor och att patienterna ansåg att empatin från sjuksköterskorna var mycket viktig, även om de inte alltid kunde bota dem.

Många uttryckte också att man inte fick den information som man önskade och att sjuksköterskorna inte visade tillräckligt med uppmärksamhet till patienten. Man pekade på i studien, att det var betydelsefullt att sjuksköterskorna deltog på ett aktivt sätt i konversationerna med patienterna, för att uppnå en så hög tillfredsställelse hos patienten som möjligt. Det framkom dock att sjuksköterskorna hade mycket administrativa uppgifter som gjorde att det personliga mötet till patienten blev lidande och att sjuksköterskorna gärna ville slippa dessa uppgifter så att de kunde koncentrera sig mer på patienten. Analysen visade också att den nödvändiga kompetens som behövdes för att kommunicera rätt med patienterna inte fanns bland sjuksköterskorna, och att kompetensen valdes bort av personalen då de inte fick stöd och uppmuntran från ledning. Utifrån analysen resulterades det i att man fick fram fyra teman på hur bemötandet skulle ske. (McCabe, 2004).

Tema 1 bestod av brist av kommunikation, många sjuksköterskor beskrevs som ointresserade av patienterna och ville bara sköta de uppgifter som de hade, alltså inget engagemang för omsorgsarbete.

Tema 2 deltagande, ingen i studien pratade specifikt om detta men det kom fram att det fanns brist på att sjuksköterskorna inte hade tid att prata, lyssna, ha en öppen och ärlig kommunikation. Patienterna efterfrågade en rak kommunikation där de gavs möjlighet till val att få veta sin diagnos och prognos för hur framtiden skulle bli. Ofta fick de veta en massa information som de kanske inte alltid ville höra men även tvärtom att man ville få information som man inte fick.

Tema 3 var empati. Patienterna sa här i undersökningen att även om sjuksköterskorna inte alltid kunde bota dem så kunde mycket lindras genom att ta sig tid att lyssna och ge omsorg i form av förståelse och empati. Här var sjuksköterskorna duktiga att visa detta. En patient sa att sjuksköterskan fick honom att känna sig hemma, vilket betydde mycket för patienten.

Tema 4 humor Slutligen poängterade patienterna vikten av inslag av humor i vården. De flesta patienter i studien var mycket nöjda med hur sjuksköterskorna ändå hade lätt till skrattet och gärna skämtade med patienterna, många patienter sa att man för en kort stund glömde av alla krämpor man hade och hade roligt istället (McCabe, 2004).

Problemområde

Med tanke på att tidigare forskning tyder på att kommunikation är komplext där många omständigheter dessutom kan inverka på kommunikationen var målet med denna studie att öka kunskapen kring vårdgivares upplevelser av kommunikation med vårdtagare.

Upplevelsen är att det sker missförstånd på grund av otydlig kommunikation mellan vårdgivare och vårdtagare. Därutav finns intresset för att närmare studera inom detta yrkesområde. Intresset för denna studie har uppstått på grund av då vi har sett att det sker missförstånd mellan man och hustru, mellan vänner, arbetskollabor, vårdgivare och vårdtagare.

Syfte

Syftet med detta examinationsarbete var att belysa hur undersköterskor som arbetar inom psykiatri upplever kommunikationen med vårdtagare som har psykiska funktionsnedsättningar.

Frageställningar:

Använder vårdgivare medvetet kommunikation som ett redskap i sitt arbete med personer som har psykiska funktionshinder?

Upplever vårdgivare svårigheter kring kommunikation med vårdtagare som har psykiska funktionshinder? Vilka är i så fall dessa svårigheter?

Upplever vårdgivare kommunikation svårare med personer som har annan kulturell bakgrund och/eller som är äldre?

Upplever vårdgivare det svårare att kommunicera på ett bra sätt med vårdtagare då arbetssituationen är stressig?

Upplever vårdgivare behov av ökad kompetens kring hur man kommunicerar? Diskuterar man kommunikation med ledning och i personal?

Metod

Ejlertsson (2003) menar att en urvalsundersökning många gånger att föredra då en totalundersökning skulle bli orimligt dyr och för tidskrävande för att utföras (Ejlertsson, 2003). I detta arbete har det genomförts intervjuer med vårdgivare inom psykiatri, för att undersöka hur de upplever den kommunikation som de har med personer med psykiska funktionsnedsättningar. Vårdgivarna blev tillfrågade om huruvida de tänker på den verbala samt icke-verbala kommunikationen, så som kroppsspråk, miner och gester. Även kulturella skillnader, stress, ålderskillnad och kompetens frågades i intervjuerna.

Frågorna var så öppna som möjligt, för att undvika att man påverkar den intervjuades svar och därigenom uppnå en så ärlig bild som möjligt. Därför har det valts att genomföra kvalitativa intervjuer, för att dessa är väl lämpade för att ta reda på hur medarbetare resonerar kring kommunikation och de problem som finns. Vid kvalitativa intervjuer kan man exempelvis ställa följdfrågor för att få förtydliganden vilket man exempelvis inte kan vid användande av enkäter med fasta svarsalternativ.

Urvalsmetod

I studien har det skickats ett brev ut till samtliga anställda, sammanlagt ca 40 stycken, på två gruppboenden i Göteborg med inriktning mot individer med psykiska funktionsnedsättningar. Verksamheterna har fokus på boendestöd till vårdtagare som innehar egna bostäder. Verksamheterna är uppdelade i två mindre grupper.

Den ena gruppen vänder sig till ett boende med särskilt stöd och den andra till vårdtagare som bor utspritt i hela stadsdelen. I brevet efterfrågades om undersköterskor ville medverka i en studie om hur de upplever kommunikationen mellan sig själva som vårdgivare och vårdtagare. Där fanns även information om att det är valfritt att delta och att alla uppgifter kommer att hanteras konfidentiellt. Det beskrevs även att det kommer vara öppna intervjuer som kommer att ta ca halvtimme till en timma att genomföra. Därefter har enhetscheferna på dessa boenden vält ut 6 stycken undersköterskor på vardera gruppboende, sammanlagt 12 stycken personer.

Enligt Nyberg (2000) bör man beskriva hur urvalet har genomförts i en studie. I vår studie är Informanternas genomsnittsålder på ca 50 år. Åldersspridningen var mellan 30-61år. Av de 12 intervjuade var det 2 stycken män och 10 stycken kvinnor. Vårdgivare med befattning som motsvarar arbetsledare eller chef har uteslutits ur studien. På grund av tidsbrist har det inte kunnats inkludera andra yrkesgrupper än undersköterskor i studien, och de synvinklar på kommunikation som de kan ha gås därför miste om (Nyberg, 2000).

Tillvägagångssätt

Enligt Trost (2004) bör intervjuaren inte synas eller märkas för mycket. Med detta menar han att intervjuaren inte ska ha för utmärkande klädsel, utan att denna bör anpassas i förhållande till den intervjuade och dennes ålder. Man bör också ha hela och rena kläder och även tänka på att anpassa sin utstyrelse efter situation och plats. Den intervjuade är huvudpersonen och intervjuaren är endast en bifigur. Intervjuaren skall försöka att inte bete sig onaturligt och försöka vara neutral som möjligt för att inte dra till sig för mycket uppmärksamhet från själva intervjun (Trost, 2004).

Inom studien har det genomförts 12 stycken intervjuer, samtliga med tillstånd från enhetschefen på respektive arbetsplats. Neutral plats har valts, och de intervjuade har blivit erbjudna att själva välja plats om de önskat. På så sätt har det undvikits att styra de intervjuade på ett negativt sätt och försökt att verka för att bibehålla en jämbördig status mellan oss som intervjuar och den intervjuade. Under intervjuerna användes bandspelare med mikrofon.

Analys

Vi har valt innehållsanalys som analysmetod. Våra intervjuer har spelats in på bandspelare och därefter transkriberats ordagrant. Materialet har även sönderdelats i meningsbärande enheter och kodats samt identifierats med variationer/innerbörd. För att lättare kunna göra en bra analys av materialet från de genomförda intervjuerna har processen indelats i tre steg.

Det första steget var att samla in datamaterial och transkribera det ordagrant. Vi har även under analysens gång lyssnat på bandinspelningarna från intervjuerna för att inte missa någon viktig information. Enligt Trost (2004) är det stor fördel med att forskarna/intervjuerna själva utför alla eller en hel del av intervjuerna. Minnet är en viktig ingrediens vid tolkning och analys. Aldrig så noggranna bandinspelningar, anteckningar och/eller utskrifter kan helt ersätta de intryck man får vid själva intervjun, inte heller det man ser och hör eller läser mellan raderna (Trost, 2004). Det andra steget i processen var att läsa igenom det materialet som skrivits ut och därefter införa noteringar om huruvida deltagarna har skrattat, gjort miner, gester och pauser etc. Det tredje steget var att tolka datamaterialet med hjälp av de teoretiska verktyg som varit till vårt förfogande, det vill säga de teorier om professionell kommunikation i relation till personer med psykiska funktionsnedsättningar som diskuteras ovan. Enligt Patel och Davidsson (2003) bör man efter analysen klippa ut citaten och placera dessa i preliminära kategorier och efter upprepade genomläsningar komma fram till vilka kategorier som passar att använda. Därefter kan man bedöma kategorierna i hur homogena dessa är (Patel & Davidsson 2003).

Under rubriken resultat nedan finns därför en tabell med meningsbärande enheter som visar hur analysen utförts och vilka olika variationer/innebörder som framträtt (Trost, 2004). Analysen har kompletterats med citat samt med egna kommentarer. Allt datamaterial skrevs ut innan analysen av materialet påbörjades.

Tabellen två meningsbärande enheter representerar informanternas svar på hur de upplevde kommunikationen med vårdtagarna. Vi valde att ta fram alla meningsbärande enheter från informanternas svar för att sedan komprimera dessa och analysera ut variationer och innebörder. Vi har använt oss utav denna metod utifrån en uppsatser från Göteborgs universitet (Hast & Johansson, 2009).

Upplevelsen kring kommunikation

meningsbärande enheter	meningsbärande komprimerad enhet	variationer	innebörd
Det gör man väl automatiskt det sättet att röra sig, att gå ansiktsuttryck hur man mottager kommunikation det är liksom det är ganska lätt att läsa av människor om dom menar allvar eller på skoj vad är det för intentioner de har det tror jag lätt	man läser av människors automatiskt på deras ansiktsuttryck kroppsspråk, om de menar allvar eller skojar.	Ögonkontakt Kroppsspråk Ansiktsuttryck	Medvetenhet ickeverbala kommunikationen
Ja människor kommunicerar det beror på hur personen mår, ibland kan man vara mer vårdande det ber på men människor kommunicerar på ett likvärdigt sätt, stötta dom det är det människor är till för putta på så dom kommer igång för att de ska få ett så självständigt liv som möjligt	det beror på hur vårdtagaren mår, samtala på ett likvärdigt sätt. att stötta dem så att de kan vara så självständiga som möjligt	vara medveten om sitt språk	Verbal kommunikation med vårdtagarna

Tabell.2

Reliabilitet och validitet

Idén om reliabilitet och validitet härstammar från kvantitativ metodologi. I samband med kvalitativa studier blir dessa begrepp och termer en smula annorlunda. Traditionellt menar man med reliabilitet eller tillförlighet att en mätning är så att säga stabil, och inte har utsatts för slumpinfltelser. Alla intervjuare skall fråga på samma sätt och situationen skall vara likadan för alla.

Validitet och reliabilitet vid kvalitativ metod handlar om trovärdigheten och tillförlitlighet. Med andra ord handlar det om huruvida men bearbetat data på ett systematiskt och hederligt sätt. För att redovisa detta beskrivs tillvägagångssättet vid analysen noggrant.

Här handlar det också om att man exempelvis ställer de frågor som är relevanta för syftet. Det handlar också om att ställa frågor som inte är ledande vilket kan göra att man får de svar man förväntar sig. Istället bör man ställa frågor som just ger deltagare möjlighet att delge sin syn på det man frågar om. Här kan exempelvis intervjuarens erfarenhet och träning i intervjumetodik spela en stor roll. Det kan också handla om hur insatta intervjuare är på området då detta kan medverka till att relevanta frågor utformas. Men det finns inga enkla svar kring frågor kring trovärdighet då en person som inte är insatt kan ha lättare att ställa frågor som inte är färgade av den egna förståelsen (Patel & Davidsson, 2003).

Förförståelse kan här spela en stor roll vid trovärdigheten. Det är viktigt att, när man intervjuar, vara självmedveten om sina egna föreställningar kring det man ställer frågor kring för att inte forma frågorna på ett sådant vis att de färgas av de egna förväntningarna.

Även de personer man intervjuar spelar en viktig roll. I den här studien är det exempelvis viktigt att de personer som intervjuas har relevant erfarenhet. Här handlar det om erfarenhet av att kommunicera i arbetet med vårdtagare med psykiska funktionshinder.

Tillförlitlighet kan också handla om hur väl den tekniska utrustningen fungerat.

Patel och Davidsson (2003) menar på att för att kontrollera reliabiliteten så bör man ha med en observatör. Ett annat alternativ är att olika forskare analyserar intervjuerna för att se huruvida man får samstämmiga resultat. Data bör ej tolkas helt fritt där egna kategorier skapas utifrån förförståelse varför det finns forskare som menar att det finns ett värde av att vara flera som analyserar samma data för att just undvika att man blivit styrd av sin egen förståelse. Det finns dock även de forskare som anser att detta inte är rimligt då olika forskare aldrig kommer att kunna få samstämmiga resultat (Patel & Davidsson, 2003).

Alla intervjuer har genomförts på informanternas arbetsplatser, där vi har kunnat sitta för oss själva. Våra tidigare erfarenheter var att det sker missförstånd i kommunikation inom vården och vi har haft en medveten tanke på detta när vi analyserat de intervjuades svar, just för att vi inte skulle påverka själva analysen. Verktygen som använts till studien har varit en bandspelare av god kvalitet även skriftliga noteringar har gjorts under intervjun.

Etiska överväganden

Ingen forskning i världen kan vara så väsentlig att den får bortse från etiska kraven. Forskaren ska alltid sätta etiska frågor i fokus vid all forskning. De som intervjuas har rätt till integritet och värdighet. Det gäller inte bara i samband med datainsamlingen, det vill säga vid första kontakten, utan även vid själva intervjuerna och vid förvaring av materialet. Bara genom att man tar upp en frågeställning så väcker intervjuaren hos den intervjuade en massa tankar och föreställningar till liv, både behagliga och obehagliga. Som intervjuare bör man alltid tänka på att inte utföra några studier utan samtycke från intervjuaren, det vill säga utan att den intervjuade har gett sin medgivande till arbetet. Vid intervjun ska man även informera den intervjuade om vad intervjun skall handla om och varför den företas. Med tanke på att intervjun skall vara så lite styrd som möjligt skall man emellertid endast informera om det nödvändigaste. Tystnadsplikten och konfidentialiteten är något som intervjuaren måste tänka på hela tiden (Trost, 2004).

Viktigt är också att man vid redovisningen respekterar den intervjuade och dennes integritet, och genomgående följer den oberoende etiska regel som säger att man inte bör formulera sig nedsättande om dem som är frånvarande (Trost, 2004).

Detta arbete har följt Forskningsetiska principer i humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (HSFR) i hur man hanterar data som kommer från personer som har intervjuats. Enligt dessa regler skall alla undersökningsdeltagare delges information, både muntlig och skriftlig, om hur intervjun går till, vilka villkor som finns samt hur uppgifterna hanteras. Samtycke bör erhållas från samtliga undersökningsdeltagare. De bör också informeras om att de är där av frivillighet, och har rätt att avbryta intervjun när som helst. Om deltagaren som intervjuas beslutar sig att avbryta får det inte innebära några negativa konsekvenser för denne, och forskaren får inte utsätta deltagaren för påtryckning eller påverkan. Största möjliga konfidentialitet bör erbjudas. Obehöriga får inte ta del av uppgifter, och uppgifterna ska inte användas i andra syften än de som deltagarna informerats om (HSFR-Etikregler, 2008).

Resultat

Resultatet av innehållsanalysen, som bestod av olika steg, av insamlade material från intervjuer kommer att presenteras med innerbörder samt belyses med citat.

Upplevelse av kommunikation

Deltagarna i intervjun upplevde kommunikationen väldigt olika. Vissa av de intervjuade definierade kommunikation helt enkelt som samtal mellan människor. Vissa inkluderade även att man kan använda sig av kroppsspråk och tyst kommunikation och att det handlade om att fånga varandra och verbalisera tankar och känslor. Andra beskrev kommunikationen på arbetsplatsen som att vara en länk mellan vårdtagare och myndigheter. Informanterna tryckte på att om man lade sig på rätt nivå språkligt så hade vårdtagarna oftast lättare att förstå.

”Kommunikation är ett sätt att mötas, fånga varandra, liksom så va i mötet väcka nyfikenhet, intressera”

Verbal kommunikation med vårdtagarna

Upplevelsen kring hur man kommunicerar med vårdtagare, var att kommunikationen fungerar bättre ju längre man känt vårdtagaren och att när man utarbetat en relation och ett språk som är mer anpassat till vårdtagaren. Det var också viktigt att man visste vilka ramar man skulle föra sig inom för att kunna kommunicera med vårdtagaren. Det framkom även att det är stor skillnad i kommunikationsutförandet gentemot olika vårdtagare, då deras sjukdomsstadium samt diagnos påverkade hur man kunde kommunicera. Dock framkom det olika punkter som var extra viktiga, till exempel att vårdgivaren ska kunna anpassa sig till vårdtagarna och lägga sig på en jämbördig nivå, att vara konkret och att använda sig av ett enkelt språk, att kunna se personen i sig och inte bara sjukdomen/diagnosen, samt att lyssna.

”Människor har olika sätt att kommunicera tror jag med vårdtagarna, det beror på hur man lägger alltså den här skiljelinjen mellan professionalism och inte så att säga, var lägger man ribban, det är alltså, det är individuellt från vårdtagare till vårdtagare”

Utbildningsbehovet inom kommunikation

Av dem som har intervjuats har merparten gått på kurser eller korta föreläsningar om kommunikation, de kommer inte ihåg så mycket från utbildningarna. Majoriteten vill ha mer kurser för att kunna coacha/leda, för att inte ställa ledande frågor och för att bättre kunna föra ett professionellt och behandlande samtal. Upplevelsen av vad man får för kommunikationsutbildningar/kurser från sin ledning skiljer sig åt mellan olika arbetsplatser. På en arbetsplats säger vårdgivarna att de framfört önskemål om mer utbildning men inte fått någon som helst respons från ledningen.

”Människor har efterfrågat det i alla år faktiskt, människor har inte fått något, men dom anser kanske att det inte är så viktigt, utan att människor ska mer vardagsprata”

”det har jag efterlyst men det har inte blivit så”

Arbetsgruppens kommunikation och påverkan på vårdtagarna

Samtliga deltagare tycker att det är viktigt att gruppen har en fungerande kommunikation sinsemellan för att kunna kommunicera på ett professionellt sätt mot vårdtagarna. Dock framkom det att alla inte var överens om hur kommunikationen fungerade idag med vårdtagarna på arbetsplatsen. En svarade att man inte tyckte att kommunikationen var bra mellan personal och vårdtagare, men denna person svarar också att man inte diskuterar detta med arbetsgrupp eller med ledning.

”Människor diskuterar varje dag ibland om det uppstår problem o så där det händer när man arbetar med psykiskt funktionshindrade då pratar människor med varandra lite utbyten om vad kanske skulle göra så genom att spegla andra människor så kan man få lite idéer ja”

Studien visar på stora skillnader mellan undersköterskornas upplevelser av hur man kommunicerar med vårdtagarna. Det är beroende på hur vårdtagaren mår i sin livssituation, var vårdtagaren är i sitt sjukdomsstadium samt vilka mediciner som påverkar eller har slutat att påverka. Allt detta påverkar situationen för vårdtagaren och hur man bör kommunicera med vårdtagaren för att nå fram. Det framkom i intervjuerna att man ska ha en professionell hållning gentemot vårdtagaren, men att det inte alltid är så lätt, då man ofta har många olika vårdtagare att vårda och att kommunikationen skiljer sig oerhört mycket däremellan. Nästan alla upplevde att det sker missförstånd dagligen mellan vårdgivare och vårdtagare, dock framkom många olika förklaringar till vad som orsakade missförstånden. Någon tyckte att det sällan skedde några missförstånd mellan vårdgivare och vårdtagare, men att det var desto vanligare att det skedde missförstånd inom personalgruppen.

”Våra vårdtagare är så vitt skilda i åldrar, sjukdomsfaser, och förhållande, en dela har sänkt sjukdomsnivån andra kanske har lågt intelligensnivå så att det varierar ju”

Att vara medveten om den ickeverbala kommunikationen

De flesta säger att de vet om att de använder sig av icke-verbal kommunikation men graden av medvetenhet kring hur detta gestaltade sig skilde sig åt mellan olika vårdgivare. Det framkom att man ser den icke-verbala kommunikationen som kroppshållning, ögonkontakt, gester, miner, projiceringar samt hur man mottar budskap och läser av mottagaren.

”Människor kommunicerar på många olika sätt, människor har den tysta kommunikationen, exempelvis då när människor sitter helt tyst i ett möte då det är ju en kommunikationsväg då. Ehh människor kommunicerar ganska mycket med kroppsspråket väldigt ofta så det tycker jag är viktigt kroppsspråket ljuger aldrig.”

”Alltså gentemot klienterna absolut, genom att dom är väldigt observanta, men inte i min vardag det tror jag inte. Jag är jag och uppträder på det sättet som jag är skapt”

”Jag försöker det kanske inte alltid så man tänker så men många gånger försöker jag faktiskt kanske vad man har för hållning och hur man ser på en person det tycker jag nog är yrket så det känner jag personligen att jag måste för att kunna va professionell ibland är det svårt när man känt någon i många år så är det väldigt lätt att man blir sig själv när man inte har den professionella rollen, kanske men man måste tänka efter också.”

Kulturell bakgrund och ålderskillnad

Hälften av deltagarna anger att de upplever att det finns kommunikationsproblematik på grund av den kulturella bakgrunden och att den påverkar så pass att det sker missförstånd av olika grader. Den andra hälften upplever dock att det inte finns några problem alls. Det fick oss att titta lite närmare på vad det kunde bero på och en trolig koppling är att de som har problem med kommunikationen i dessa situationer varken har gått på föreläsningar eller kurser inom kommunikation och att de som tvärtom har gått utbildningar av något slag inte upplevde några större problem i kommunikationen. Det framkom också att inslag av olika religion, dialekt, jargong och ironi var bidragande till att det blev missförstånd.

”Alltså dom förstår inte jargongen, ironin o det här, hur människor skojar alltså dom förstår inte det”

Åldern på vårdtagarna var väldigt spridd, mellan 18 och 67 år. De flesta av deltagarna anser inte att åldern har någon större påverkan på kommunikationen. Det var emellertid några som tyckte annorlunda, och påpekade att demens ofta var inblandat i kommunikationsproblematiken, och att om vårdgivaren var ung och oerfaren när han eller hon började arbeta så kunde de uppleva att ålderskillnaden hade en större inverkan på kommunikationen.

”I början när jag började jobba här så tyckte jag det för då var jag bara 20 så då var det väldigt just så med äldre att dom kanske såg ner på en eller så jag hade svårt att kommunicera men nu när man har arbetat så länge o vårdtagarna känner en så då tycker jag inte att det är ett problem längre. sen har man kanske vuxit i sin arbetsroll också men så länge nu tycker jag inte det”

Stress

Merparten av de intervjuade tycker att det är stressigt på jobbet. Det är mycket olika administrativa uppgifter som ska utföras innan eller efter man träffat vårdtagaren, till exempel med dokumentation, telefonsamtal och beställningar som ska göras. Ofta har personalen många vårdtagare som de ska hinna med på ett arbetspass och inte sällan saknar man arbetskamrater att dela arbetet med. Detta kan leda till att personalen inte hinner med att reflektera över vad som hänt hemma hos en vårdtagare innan de måste till nästa. Några av dem som sa att det var stressigt sa att det påverkade kommunikationen med vårdtagaren negativt, att personalen pratade fortare och inte hade samma tålmod, och att vårdtagarna kände att personalen sände ut negativa impulser till vårdtagarna.

”Alltså själva mötet med dom här personerna är verkligen inte stressig, det verkligen inte men det är allt runtomkring som inte direkt till vårdtagarna så att säga”

”Om man är trött, om man inte är fokuserad till 110 procent så kan man tappa i det, man kan visa man kan ge signaler som inte är mening att man ska ge, missnöje ilska ja rubbet, så man förs tillbaka till klienten”

Ledande frågor

Nästan alla av de intervjuade var medvetna om att de inte bör ställa ledande frågor till vårdtagaren men att det inte alltid är så lätt. Det händer att personalen använder sig av ledande frågor då de annars inte får något svar alls från vårdtagaren men att det då är ett medvetet val från personalens sida. Personalen använder det därigenom som ett arbetsverktyg för att få vårdtagaren att kunna besluta sig i frågor.

”Det är alltså det är ju ett hjälpmedel egentligen, ibland när man inte lyckas få någon respons eller nåt uttryck för någonting så så så kan man försöka med den varianten”

Lärdomar av vårdtagarens kommunikation

Det framkom i intervjuerna att en del vårdtagare pratade om sina upplevelser från andra institutioner och om hur dem blev bemötta där. I dessa fall har de använt den informationen för att utveckla vårdgivarens bemötande så att de inte upprepar eventuella misstag som gjorts då. Många vårdgivare gav också uttryck för åsikten att det är viktigt att inte enbart se den sjuka sidan av vårdtagaren, utan att försöka behandla klienterna med respekt och inte nervärdera dem utan lyssna på vad de har att säga.

”Dem vårdtagarna som människor har är väldigt öppna med sina diagnoser, sjukdomar och sjukdomstillstånd och många gånger tycker jag att dom har mycket att ge, alltså dom pratar med varandra och ger råd och tips o idéer o så till varandra. Som personal kan jag känna varför har jag inte tänkt på det o även inte bara sjukdomsgrejer utan dom är måna om varandra o liksom hitta på aktiviteter till varandra och umgås privat o så, det tycker jag verkligen, jag tycker det är viktigt som personal försöker dra nytta av vårdtagarnas kunskaper, för det är ändå dom som egentligen har kunskapen inom yrket. Det människor jobbar med sen har ju detta med kommunikation o göra men jag menar det är ändå utifrån sitt arbete så tycker jag att dom har väldigt mycket att ge o dom har även konkreta grejer, dom vet vad det handlar om, det vet inte människor egentligen, man har bara läst sig till det så här mår man i en viss situation liksom men dom har ju faktiskt på svart o vitt dom vet, så det tycker jag verkligen att dom har mycket att ge”

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva och belysa hur undersköterskor som arbetar med vårdtagare som har psykiska funktionsnedsättningar upplever kommunikationen med dessa vårdtagare. Under arbetets gång har en önskan kommit fram att ta redan på om det fanns något, och i så fall vad, som påverkade kommunikationen och vilka konsekvenser dessa påverkningar i så fall fick. I de sökningar som genomförts för att hitta tidigare forskning och specifikt kring hur vårdgivarna med inriktning mot psykiatri upplevde själva kommunikationen till vårdtagarna, har resultatet varit förvånansvärt magert, vilket påverkade och gjorde detta arbete extra svårt men också synnerligen intressant.

Den tolkning som gjordes av den kommunikativa situationen mellan vårdgivare och vårdtagare byggde på information som samlades in via intervjuer med undersköterskorna i studien. Intervjuerna genomfördes enligt en kvalitativ metod i syftet att få så fria och meningsfulla svar som möjligt, och vi har strävat efter att hålla tolkningen så nära materialet som möjligt. Ett antal citat har även tagits med för att förstärka och förtydliga vår tolkning.

Det framkom både samstämmiga och oeniga svar på de frågor som ställdes. Informanterna intervjuades bara en gång, och de har inte fått se frågorna i förväg utan fått höra dem direkt under intervjun för att den information vi fick skulle vara tillförlitlig. Med detta menar vi att om de fått se frågorna i förväg, fanns det också en risk att informanten skulle hinna fundera på vad de skulle svara för att göra intervjuaren så nöjd som möjligt, och våra resultat skulle därmed kunna ha påverkats. Informanterna har inte heller kunnat komplettera sina svar efter själva intervjun.

Resultatdiskussion

Utifrån de intervjuer som gjordes, kom det fram att ju längre man har känt vårdtagaren desto bättre utvecklas kommunikationen. Vårdgivarna lärde sig att läsa av och förstå vårdtagaren och dennes diagnos, och därigenom bemöta vårdtagaren på ett mer respektfullt sätt. En rak och enkel kommunikation gör enligt de intervjuade undersköterskorna att missförstånden kan minska, vilket även Hjälmhult (1991) beskriver i sin forskning.

Som vi har beskrivit i detta arbete är det viktigt att ha förståelse och empati i arbetet med psykiskt funktionsnedsatta människor, samt att vara lyhörd och visa respekt för vårdtagarna, och att använda sig av ett klart och tydligt språkbruk (Nilsson & Waldemarsson, 1995). Det kom i intervjuerna fram att informanterna uttryckte att det är viktigt att inte ta över samtalet och börjar styra över vårdtagaren. Det gäller att man för en dialog och låter vårdtagaren vara i centrum för dialogen. Man måste även, enligt de flesta informanter, ha tålmod att invänta svar från vårdtagaren och att låta kommunikationen ta den tid den tar för att vårdtagaren ska ha möjlighet att svara.

I vår studie visade det sig också att den ickeverbala kommunikationen hade stor betydelse i kommunikationen med vårdtagarna för att det inte skulle uppstå missförstånd i kommunikationen. Informanter tog också upp betydelsen av ett tydligt kroppsspråk för att visa vårdtagaren vad de menar med sitt budskap. Nilsson och Waldemarsson (1995) menar mycket riktigt att kroppsspråket är en viktig del av kommunikationen. Kroppsspråket kan ha en förtydligande och understrykande funktion, men det finns också en risk för att man säger en sak men visar något annat med kroppen (Nilsson & Waldemarsson, 1995).

Det är viktigt att man förstår andra människors kultur för att ha kunskap om de missförstånd som kan uppkomma (Eide & Eide, 1997). Utifrån våra intervjuer så framkom det att det inte uppstod några direkta kulturkrockar mellan vårdgivare och vårdtagare men många upplevde att de hade språksvårigheter som påverkade hur mycket de förstod.

Hälften av informanterna tyckte att det fanns missförstånd i kommunikationen mellan dem själva och vårdtagare med annan kulturell bakgrund, då upplevde personalen ofta att det var språket som var den stora barriären i kommunikationen. Några tyckte också att olika dialekter påverkade kommunikationen med vårdtagaren och en del av informanterna kände att de var tvungna att tänka på detta för att få fram rätt budskap, till exempel genom att inte använda sig av en jargong som brukaren kanske inte förstår.

Park och Song (2007) beskrev att det fanns ett hinder i kommunikationen mellan yngre sjuksköterskor och äldre patienter. Sjuksköterskorna använde sig av andra verbala uttryck än vad de äldre patienterna gjorde, vilket påverkade kommunikationsförståelsen (Park & Song, 2007). Utifrån vår studie var det en av deltagarna som hade samma upplevelse, och detta hade skett när informanten var ung och ny inom sitt yrke. Informanten upplevde även att hon inte alltid togs på allvar av vårdtagarna på grund av ålderskillnaden. Enligt Patterson, Curtis och Reid (2008) är det viktigt att lära känna och bygga upp en grund av tillit och trygghet för att skapa bra relation med vårdtagare och samma resultat framkom även i vår studie.

Informanterna uttryckte även att kommunikationen måste fungera i arbetsgruppen för att personalen ska kunna kommunicera med vårdtagaren på ett professionellt och fungerande sätt men även att ledningen måste ta mer ansvar för en fungerande kommunikation. Ledningen spelar en stor roll för arbetsgruppen och därmed också för kommunikationen med vårdtagaren. Flera av informanterna ansåg att ledningen också borde erbjuda personalgruppen mer utbildning inom kommunikation. Detta har påtalats vid flertal tillfällen, men det har enligt informanterna ofta inte fått gensvar. Sjuksköterskorna i McCabes (2004) studie hade samma upplevelse av ledningens hållning som våra informanter har. Vissa mönster kunde utläsas som tydde på att de som diskuterar kommunikationsproblematik i arbetsgruppen även hade en öppen dialog med ledningen om dessa problem, men att det också fanns arbetsgrupper som inte diskuterade vare sig med själva arbetsgruppen eller med ledningen. Huruvida det är ledningsproblematik som orsakar tystnaden i arbetsgruppen eller om det finns en annan bakomliggande orsak till problemet framgår emellertid inte av vår studie.

På den direkta frågan om informanterna i vår studie kände till någon kommunikationsmodell, svarade alla utom en att de inte kände till någon sådan. Vi har inte fått fram om informanterna arbetar utefter en modell utan att de vet om det eller om de helt saknar den kunskapen och om deras kommunikation skulle förändras om de kände till någon modell.

När det gäller informanternas upplevelser kring tidsbrist och den stress som de upplever på sin arbetsplats, så finns tydliga tecken på att situationen fungerar som ett störningsmoment i kommunikationen med vårdtagarna. Statens medicinska etiska råd (1996), Park och Song (2007) och McCabe (2004) menar att stressen på arbetsplatser ofta påverkar kommunikationen negativt. Våra informanter upplevde att de tog de med sig stressen till vårdtagaren när de kände sig stressade. Informanterna upplevde också att de inte hann reflektera vad som hänt hemma hos vårdtagaren innan de var tvungna att gå till nästa vårdtagare.

Eventuella begränsningar i studien kan vara att relativt få undersköterskor intervjuades. Det hade kanske blivit ett större djup, och fler mönster hade kanske kommit fram, om vi hade intervjuat fler undersköterskor, men det låg tyvärr utanför våra möjligheter på grund av tidsbrist. I framtida studier hade det varit intressant att göra intervjuer med vårdtagarna på dessa boenden, för att kunna jämföra deras upplevelser med vårdgivarnas. Det hade varit intressant att se huruvida vårdtagares och vårdgivares upplevelser av kommunikationen stämmer överens med varandra.

Litteraturförteckning

Andersson, H. (2007). *Interkulturell kommunikation inom sjukvården*. Den kommunikativa situationen för invandrare på svenska arbetsplatser, Uppsala

Dimbleby, R. & Burton, G. (1997). *Oss emellan, Mellanmänsklig kommunikation*, Studentlitteratur. Lund.

Eide, T. & Eide, H. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Studentlitteratur. Lund

Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikation i praktiken. Relation, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Gyldendal Akademisk, Oslo, Norge

Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*, studentlitteratur. Lund

Faulkner, A. (1998). *Det professionella samtalet*, Stockholm: Liber AB

Fossum, B. (red.). (2007). *Kommunikation samtal och bemötande i vården* Studentlitteratur. Hungery.

Gustafsson, U. & Felhendler, S. (1981). *Kommunikation över kulturgränserna inom hälso och sjukvården*, samhällsvetenskapliga institutionen. Linköping

Hast, J. & Johansson, A-K. (2009). *Kroppsuppfattning hos personer med schizofreni* Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Hickson, L., O'Halloran, R., Worrall, L. (2008). Environmental factors that influence communication between people with communication disability and their healthcare providers in hospital: a review of the literature within the International Classification of Functioning. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43(6), 601 - 632

Hjälmhult, E. (1991) *Kommunikasjon som instrument, helsesøstres egenurdeing av kommunikasjonsfærdigheter og forhold rundt samtale*. Norsk laererakademi. Bergen

HSFR-Etikregler (2008). Forskningsetiska principer i humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Internet: <http://www.codex.vr.se/oversikter/etik/etik.html> 2009-01-18

HSFR-Etikregler (2008). Forskningsetiska principer i humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Internet: <http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf> 2009-01-18

McCabe, C. (2004). *Nurse-patient communication: an exploration of patient's experiences* Journal of Clinical Nursing, 13 (1), 41-49.

© Nationalencyklopedin. (2009) <http://www.ne.se/> 2009-06-03

Nilsson, B & Waldemarsson, A-K. (1995). *Kommunikation mellan människor*. Studentlitteratur. Lund.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Studentlitteratur. Lund.

Park, E-K & Song, M. (2005). Communication barriers perceived by older patients and nurse. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 159-166.

Patel, R & Davidsson, B. (2003) *Forskningsmetodikens grunder*, att planera, genomföra och rapportera en undersökning, studentlitteratur. Lund.

Patterson, C, Curtis, J, Reid, A. (2008). Skills, knowledge, and attitudes expected of a newly-graduated mental health nurse in an inpatient setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 410- 418

Selander, S & Råstam, L. (1991). *Kommunikation eller icke-kommunikation i vården*. Studentlitteratur. Stockholm.

Statens medicinsk etiska råd.(1996). Etniska vägmärken 8, *Information och samtycke om kommunikationens betydelse i vården*. Stockholm

Trost, J, (2004). *Kvalitativa intervjuer*. Tredje upplagan, Studentlitteratur. Uppsala.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Studiens bakgrund

Vid Sahlgrenska akademien pågår ett arbete med en C-uppsats i vårdpedagogik som bygger på upplevelser av kommunikation mellan personal och vårdtagare med psykiska funktionshinder. Det är viktigt att öka kunskapen kring god kommunikation för att kunna ge så god vård som möjligt.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras i form av intervjuer. Medverkan i studien kommer då innebära ett deltagande i en intervju där frågor kommer ställas kring medarbetarnas upplevelser av att kommunicera med vårdtagare. Intervjun kommer att vara cirka 30- 60 minuter. Det är helt valfritt att delta i denna intervju och medarbetaren kan när som helst avbryta intervjun utan att ange något skäl. Alla uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt, enligt personuppgiftslagen, och resultaten presenteras så att enskilda individer inte kan identifieras. Önskar du ta del av resultatet av studien är du välkomna att kontakta ansvariga för studien. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Ansvariga

Hootan Torkalinaghipoor Tel e-post hutan_t@yahoo.se	Johannes Remnegård Tel e-post johannes.r@3mail.se	Linda Johansson univ.lektor, handledare Tel e-post linda.johansson@fhs.gu.se
---	---	---

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 405 30 Göteborg

Jag har tagit del av information om studie och samtycker till att studien utförs.

Datum _____

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Bilaga 1.

Frågor till Intervju

Hur är upplevelsen på hur vi kommunicera gentemot brukaren

1. Ålder
2. Utbildning
3. Yrke
4. Hur länge har du arbetat på det här jobbet?
5. Hur länge har du varit yrkesverksam inom funktionshinder?
6. Vad är kommunikation för dig?
7. Kan du beskriva hur ni kommunicerar med era brukare?
(Samtal, teckenspråk, bilder, annat?)
8. Har du gått på kurser eller utbildningar inom kommunikation ?
9. Upplever du att ni i er arbetsgrupp skulle behöva utbilda er mer inom kommunikation?
10. Vad för sorts av kommunikationen behöver ni?
11. Har ni diskuterat på er arbetsplats hur ni upplever att kommunikationen fungerar med era brukare?
12. Diskuterar ni detta med ledningen?
13. Tycker du att ni har en bra kommunikation mellan arbetare och brukare på din arbetsplats?
14. Är det viktigt att personalgruppen har en god kommunikation sinsemellan för att kunna kommunicera med brukaren på ett professionellt sett?
15. Om du skulle behöva använda något hjälpmedel för att kunna kommunicera med brukaren, skulle du då behöva utbilda dig inom det?
16. Upplever du att kommunikationen är annorlunda när du pratar med en brukare jämfört med när du pratar med en annan människa?
17. Använder du dig av icke verbal kommunikation på arbetsplatsen?
 - Kroppshållning, kroppsställning, rörelse, gester, mimik och andningsrytm
 - Ögonkontakt, tystnad, betoning och tonläge (rösten)
 - Hur vi rör vid oss själva och andra
 - Hur vi skapar egna utrymmen och hur vi håller avstånd till andra människor
 - Kroppsliga utsmyckningar i form av kläder, frisyrier, sminkning och tatuering
 - Budskap som vi läser in i den yttre miljön till exempel hur ett rum är möblerat

18. Har du en medveten tanke på hur du kommunicerar med kroppen?
19. Vilken ålder är det på de som bor här ?
20. Upplever du att kommunikationen är annorlunda när det är stor åldersskillnad mellan dig och brukaren?
21. Finns det någon i bland brukarna som har en annan kulturell bakgrund?
22. Upplever du kommunikationen annorlunda med de personer som har annan kulturell bakgrund?
23. Upplever du att det är stressigt på ditt arbete?
24. I så fall ja, upplever du då att kommunikationen förändras?
25. Tänker du på om du ställer ledande frågor till brukaren?
(Till exempel: Du vill väl ha kaffe Calle?)
26. Upplever du att det skapas missförstånd på grund av bristande kommunikation?
(kan det åtgärdas?)
27. Har du varit med om ett kommunikationsmissförstånd på din arbetsplats mellan dig och en brukare? (Skulle du i så fall kunna beskriva det?)
28. Har du någon gång upplevt att brukare kommunicera med varandra på ett sådant sätt som kan vara användbart för arbetsgruppen?
(Om ja kan du ge exempel?)
29. Känner du till någon kommunikationsmodell?

Bilaga 2.