



## JMG - INSTITUTIONEN FÖR JOURNALISTIK MEDIER OCH KOMMUNIKATION

### “Guys we dont understand, can you use English?”

En kvalitativ studie om interkulturell kommunikation i Västra Kapprovinsen, Sydafrika

**Sofie Stensman**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i Medie- och kommunikationsvetenskap
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT 2018
Handledare:	Malin Sveningsson
Kursansvarig:	Malin Sveningsson

## Abstract

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i Medie- och kommunikationsvetenskap
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT 2018
Handledare:	Malin Sveningsson
Kursansvarig:	Malin Sveningsson
Sidantal:	70
Antal ord:	22.027
Nyckelord:	Interkulturell Kommunikation, Kulturell Kompetens, hiv, Sydafrika, hälso- och sjukvårdspersonal

---

Syfte:	Syftet med uppsatsen är att utforska vilken betydelse kulturella och språkliga skillnader har för kommunikationen mellan sjukvårdspersonal och patienter som har hiv eller ska hiv-testas.
Teori:	kodväxling, Campinha-Bacotes model of cultural competences, identity negotiation theory, kulturell kompetens och cultural accommodation theory.
Metod:	Kvalitativa respondentintervjuer.
Material:	Transkriberade intervjuer med fjorton personer som arbetar inom sjukvården i Västra Kapprovinsen, Sydafrika.
Resultat:	Resultatet visar att personalen anser det viktigt med kunskap om olika kulturer. Språkliga och kulturella skillnader finns både bland personal och patienter men är inte nödvändigtvis ett stort problem då många talar engelska. Vid frågan om huruvida språkliga skillnader leder till missförstånd svarade sex personer ja. I de fall patienten inte talar engelska brukar det finnas en kollega eller familjemedlem som kan översätta. Frågan om kulturella skillnader påverkar kommunikationen svarade en majoritet ja. Jag fick blandade svar som exempelvis rörde manlig omskärelse och äktenskapsrådgivning.

## **Förord**

Jag vill tacka min handledare Malin Sveningsson som gav ovärderlig feedback och kommentarer angående min uppsats. Jag vill även tacka min man Igor.

## Executive summary

Communication in health care is a vast and researched field. Research has showed that communication can often be a big barrier to health care in a global context. This may be because of the increased migration patterns and globalization. There is a complex and disproportional illness burden regarding diseases such as HIV/AIDS. In South Africa seven million people are living with HIV. It has become one of the biggest public health problems in South Africa and has given more challenges to scientists than any other disease.

We have all heard the warnings regarding bacteria being resistant to antibiotics and now a similar threat has emerged in relation to virus resistance against medicine with antiretroviral effect (bromsmedicin). WHO (world health organization) claims that there are ten percent of the HIV positive people in Africa, Latin America and Asia that are taking HIV drugs have developed a resistance to the HIV drugs (World Health Organization 2017).

The UNs goal is to end HIV by 2030. During the last ten years the number of people dying from aids has decreased with fifty percent from two million people to one million people per year. This is thanks to the HIV drugs, although they require the patients to be very strict and adhere to their treatment. The relationship between effective communication and positive benefits for patients and staff is well researched. These researches show that the benefits can be: increased accuracy of diagnosis, understanding of treatment, improved adherence to treatment, and a bigger chance of the patient returning for a follow-up. In a multicultural country like South Africa, effective communication is very important. With this background I wanted to focus my thesis on the South African health care setting and interview health professionals regarding their views on the relation between HIV, culture and language. The purpose was to explore what significance cultural differences have regarding the communication between the health staff and their patients who have HIV or are getting tested. Based on this purpose I formulated following questions:

- 1) Do health staff believe that cultural differences affect the communication between patient and the staff and if so, how?
- 2) Are there language differences and if so, what do the staff think about that?
- 3) What competences do the health professionals see as valuable in a intercultural work and

how should these competences be developed over time?

The theoretical framework I used was code-switching, Campinha-Bacotes model of cultural competences, cultural accommodation theory, identity negotiation theory and the development of cultural competences. The study was based on a qualitative interview method where I interviewed one doctor, four nurses and nine counsellors.

The result of this study suggests that the health professionals do think that different culture lead to misconceptions, and they do think misconceptions and misunderstandings can occur as a result from cultural and language differences. Not on a daily basis but either they have been in a situation where there has been a misunderstanding, or they have heard about one.

# Innehåll

<b>1</b>	<b>Introduktion</b>	<b>1</b>
1.1	Hiv och interkulturell kommunikation . . . . .	1
<b>2</b>	<b>Syfte och frågeställningar</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Bakgrund</b>	<b>5</b>
3.1	Sydafrika – en historisk bakgrund . . . . .	5
3.2	Sydafrika idag . . . . .	7
3.3	Språken i Västra Kapprovinsen . . . . .	7
3.3.1	Xhosa . . . . .	8
3.3.2	Afrikaans . . . . .	9
3.3.3	Engelska . . . . .	9
3.3.4	Flerspråkighet/multilingualism och interkulturell kommunikation . . . . .	10
3.4	Hiv – en bakgrund . . . . .	11
3.5	Interkulturell kommunikation . . . . .	15
3.5.1	Kultur . . . . .	15
3.5.2	Effektiv interkulturell kommunikation i Sydafrika, traditionella helare och ubuntu . . . . .	17
3.6	Tillgång till vård . . . . .	19
<b>4</b>	<b>Teori</b>	<b>21</b>
4.1	Interkulturell kommunikation och kultur . . . . .	21
4.2	Kodväxling . . . . .	24
4.3	Kulturell kompetens och kulturell känslighet . . . . .	25
4.4	Campinha-Bacotes Model of cultural competence . . . . .	27
4.5	Utvecklandet av kulturella kompetenser . . . . .	28
<b>5</b>	<b>Metod</b>	<b>31</b>
5.1	Metodval . . . . .	31

5.2	Urval . . . . .	32
5.3	Genomförande . . . . .	33
5.4	Intervjua personer från andra kulturer . . . . .	34
5.5	Giltighet och tillförlitlighet . . . . .	35
5.6	Etik . . . . .	36
<b>6</b>	<b>Resultat</b>	<b>37</b>
6.1	Påverkar kulturella skillnader kommunikationen mellan patient och sjukvårds-personal och i så fall hur? . . . . .	37
6.1.1	Analys . . . . .	42
6.2	Finns det språkliga skillnader och i så fall vilken betydelse har detta enligt sjukvårds-personalen? . . . . .	44
6.2.1	Analys . . . . .	52
6.3	Vilka kompetenser ser sjuksköterskorna och annan personal som värdefulla i inter-kulturellt arbete och hur anser de att dessa kompetenser bör utvecklas? . . . . .	53
6.3.1	Analys . . . . .	56
<b>7</b>	<b>Slutsats och diskussion</b>	<b>59</b>
7.1	Reflektioner kring studiens genomförande . . . . .	61
7.2	Förslag på vidare studier . . . . .	61
	<b>Referenser</b>	<b>63</b>
	<b>Bifoga 1 - Intervjufrågor</b>	<b>68</b>

# 1 Introduktion

I den sydafrikanska konstitutionen står det skrivet att staten ska arbeta för alla sydafrikaners rätt till hälsa. Trots det, nästan 25 år efter att landet blev en demokrati, ser verkligheten annorlunda ut. 1994, när landet höll sitt första demokratiska val fanns det stora skillnader i inkomst, hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård mellan olika "raser"<sup>1</sup> (Gilson och McIntyre 2007). Som ett resultat av detta, bestämde den sydafrikanska regeringen att jämlikhet skulle vara ledordet i all politik som fördes. Idag är Sydafrika en multikulturell demokrati, där den svarta majoriteten (79.2%) och minoritetsgrupperna vita (9.2%) och färgade (9.0%) och indier (2.6%) lever sida vid sida. Det har gått många år sedan apartheid avskaffades men Sydafrika brottas ändå med sitt arv och de utmaningarna gällande ojämlikhet som finns. Trots att Sydafrika är ett MIC<sup>2</sup> land så är folks hälsa sämre än i många låginkomstländer (Coovadia m. fl. 2009).

Sydafrika har den största befolkningen som lever med hiv. Det är en sjukdom som helt går att förebygga. Epidemin är disproportionell på så sätt att den i mycket högre grad drabbar specifika befolkningar och länder. Sydafrikas population står för 1% av världens befolkning men 19% av alla människor med hiv. Sydafrikas sjukvårdssektor spelar självklart en mycket viktig roll i kampen mot hiv (Penn och Watermeyer 2018).

För människor som är intresserade av att studera interkulturell kommunikation utgör Sydafrika ett utmärkt studie-exempel. Nelson Mandela gav Sydafrika smeknamnet Regnbågsnationen under sitt öppnings-anförande. Dessa färger ska symbolisera alla människor med olika etniciteter, stammar, språk och religion. Sydafrika är ett multikulturellt land och här måste människor med olika kulturella bakgrunder interagera med varandra på en daglig basis.

## 1.1 Hiv och interkulturell kommunikation

Hiv är en sjukdom som är beroende av en bra verbal kommunikation som en förutsättning för effektiv behandling. Mot denna bakgrund framstår det som att denna sjukdom, i jämförelse med andra sjukdomar, bör undvika missförstånd mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal.

Språk är inte bara viktigt i en läkar-patientkonsultation eller hiv/aids rådgivning, utan också

---

<sup>1</sup>Det är viktigt att komma ihåg att ras och etnicitet är konstruerade begrepp. Detta innebär att de konstant skiftar i mening och betydelse över tid och samhällen. Kön, etnicitet och ras interagerar på ett komplext sätt.

<sup>2</sup>Middle Income Contry



när det kommer till distribuering av material som ger information om hiv/aids prevention och hur det är att leva med hiv/aids. I en flerspråkig kontext, så som i Sydafrika, så karakteriseras hälso- och sjukvårdssektorn av mångfald av språk, kultur, ras, religion och stora socioekonomiska skillnader.

En vanlig utveckling i organisationerna och på klinikerna efter hiv-epidemin i landet är tränade rådgivare vars jobb är att assistera det medicinska teamet. Dessa rådgivare utbildas av organisationen de jobbar på. Rohleder och Swartz (2005) visar att rollen för denna yrkesgrupp är dåligt definierad och ofta inte så effektiv. De har ofta mindre formell träning än andra hälso- och sjukvårdspersonal och de har ingen formell hierarki. Deras jobb är krävande emotionellt och ofta känner de sig isolerade. Evans (2010) fann att den träning de får innan de börjar jobba, speciellt runt management och kommunikations-skills varierar.

I kommunikationen kring hiv/aids så delar vårdgivare och rådgivare inte ofta förstaspråk eller kultur med sina patienter. Att förlita sig på engelska och andra språk som afrikaans som lingua franca och att använda sig av formella och informella tolkar är mycket viktigt för att kunna underlätta förståelse. Språklig mångfald framställs ofta som negativt på grund av dess konsekvenser för missförstånd, fel diagnos och brist på adekvat sjukvård. Möjligheten att språklig mångfald och flerspråkighet kan ha positiva effekter i hiv/aids kommunikation har inte undersökts så mycket (Oostendorp och Bylund 2012).

Sydafrikas kulturella och lingvistiska mångfald har hyllats och statuerat exempel runt om i världen. Elva officiella språk har erkänts: sepedi, sesotho, setswana, siSwati, tshivenda, xitsonga, ndebele, xhosa, zulu, engelska och afrikaans. I och med detta sågs slutet för vad som varit en engelsk-afrikaans bilingual-policy. Politiker såg ett stort behov av en ökad och flerspråkig service, speciellt i den offentliga sektorn. En nationell socio-lingvistisk undersökning år 2000 visade att mer än 40% av Sydafrikas invånare inte kunde förstå information på engelska och var missnöjda med tillgängligheten av sitt språk i den offentliga sektorn.

Engelska och afrikaans är de två mest förekommande språken i den offentliga- och vårdsektorn, men majoriteten av befolkningen behärskar inte dessa språk fullt ut. Bortsett från de elva officiella språken talas även ett antal andra afrikanska språk och även europeiska språk så som portugisiska och franska på en daglig basis i vårdsektorn. På grund av migration har andelen folk från andra länder i Afrika ökat, och resulterat i en ännu större språklig mångfald. Sjukvårdspersonal och patienter delar allt mer sällan samma språk.

Apartheid, och specifikt den diskriminerande fördelningen av resurser och att svarta blivit förnekade tillgång till sjukvård, har inneburit att många sydafrikaners hälsa har försumrats. I Sydafrika idag upplever många patienter barriärer till sjukvårdssystemet som till exempel att interagera med sjukvårdspersonal och att följa behandlingar. Dessa barriärer är kopplade till olika faktorer så som stigma och diskriminering, fattigdom, arbetslöshet, kön, utbildning, religion, läs-och skrivkunnighet, tillgång till sjukvård, ekonomiska resurser och en misstro till hela vårdapparaten. Med andra ord, de olika världar som ibland kolliderar mellan personal och patient spelar ofta en stor roll när det kommer till en effektiv diagnos och behandling (Penn och Watermeyer 2018).

Kultur-relaterade frågor kan anses vara kontroversiella. Trots det är sjukvårdspersonal konfronterade med dessa frågor på en daglig basis, och ofta i stressade situationer. Speciellt sjuksköterskor kommer oftare i kontakt med dessa, då de har hand om patienter 24 timmar om dygnet. Vissa sjuksköterskor är ovilliga att konfrontera och diskutera kulturella frågor på grund av brist på kunskap när de möter människor från olika kulturer. Att konfrontera kulturella frågor utgår ifrån att sjukvårdspersonal kan reflektera kring sina egna värderingar och trossystem och vara villiga att ifrågasätta sitt beteende mot patienter från andra kulturer (Tjale och De Villiers 2004). Förmågan att göra kulturella utvärderingar är viktigt för det möjliggör för personalen att känna igen de synsätt, behov och förväntningar hos kulturellt unika patienter. Frågan är vilka förmågor som är viktiga för sjukvårdspersonal för att fungera i en kulturellt blandad miljö?

## 2 Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen är att utforska vilken betydelse kulturella skillnader har för kommunikationen mellan hälso- och sjukvårdspersonal och deras patienter som har hiv eller ska hiv-testas. Jag vill förstå sjukvårdspersonalens subjektiva upplevelse av kulturskillnader och hur dessa kulturskillnader påverkar den dagliga kommunikationen. Jag vill också ta reda på hur hälso- och vårdpersonalen utvecklar interkulturell kompetens. Utifrån detta syfte vill jag genomföra en kvalitativ studie utifrån följande frågeställningar:

1. Anser hälso- och sjukvårdspersonal att kulturella skillnader påverkar kommunikationen mellan patient och sjukvårdspersonal och i så fall hur?
2. Finns det språkliga skillnader och i så fall vilken betydelse har detta enligt sjukvårdspersonalen?
3. Vilka kompetenser ser sjuksköterskorna som värdefulla i interkulturellt arbete och hur anser de att dessa kompetenser bör utvecklas?

## 3 Bakgrund

### 3.1 Sydafrika – en historisk bakgrund

Det börjar med att den vita populationen i Sydafrika etablerade den första bosättningen på Godahoppsudden år 1652. Bosättarna fann då att landet var bebott av Khoikhoi och San-folket, vars förfäder hade bott i Sydafrika mellan 10 000 och 20 000 år. Trots ett antal motståndskrig, tvingades ursprungsbefolkningen bort från sitt land alternativt att arbeta för bosättarna (Coovadia m. fl. 2009).

Det var portugiserna som först seglade runt Godahoppsudden – i.e. Afrikas spets – men det var holländarna som var först med att grunda en koloni i Kapprovinsen. (Martin m. fl. 2013). I Kapprovinsen hade Holländska ostindiska kompaniet en strategisk koloni och en så kallad provianteringsstation som innebar en sundare kost för sjömännen i och med att de kunde odla grönsaker och ha boskap här (Håstad 2014). I och med den viktiga handeln med Indien och andra länder i öst, spelade Kapprovinsen en stor och viktig roll för den långa båtresan mellan Europa och Öst. Holland var vid denna tid en av världens stormakter med kolonier i Nord- och Sydamerika. Det var Nya Amsterdam – dagens New York – och Brasilien och även i Asien (Håstad 2014).

Holländarna i Kapkolonin började importera slavar från Indien, svarta afrikaner från bland annat Väst- och Östafrika och Madagaskar. Genom århundraden som följer så kommer holländarna att vara skyldiga till att ha importerat 63 000 slavar (Håstad 2014). Idag är västra Kapprovinsen hem till många ättlingar till dessa slavar och kallas för *Cape Coloureds*.

Kapprovinsen blev en brittisk koloni år 1814 (Håstad 2014). Det var britterna, som introducerade termen “totalt krig” för att erövra nya territorier, som krossade de svarta stammarna, tog de svartas mark och påtvingade värden som kristendom, utbildning och till slut industrisamhället.

Segregering fanns långt innan själva apartheid-systemet implementerades och när afrikaaner röstade för den så kallade “Land act” så låg den som bas för apartheid. Vad lagen innebar var att invånarna i Sydafrika klassificerades i fyra grupper: vita, asiater, färgade och svarta. Befolkningsregistreringslagen gick ut på att alla över arton år var tvungna att ha identitetskort som visade vilken just den grupp personen ingick i. Listan på lagar kunde göras lång: lagen som förbjöd människor av olika raser att bo ihop, lagen som förbjöd relation eller sexuellt umgänge mellan människor med

olika raser och lagen om utbildning för svarta som kom att få den värsta konsekvensen för landets sociala och ekonomiska utveckling. Enligt denna lag skulle svarta bara få väldigt basal utbildning, lämplig för arbetare och tjänare. Det skapades separata universitet för svarta, asiater och färgade.

Apartheids fundament kan dock spåras tillbaka till bildandet av Afrikaner Broederbond (AB), 1918, som var en hemlig organisation bara för manliga afrikaaner. En organisation som var dedikerad till deras intressen. Dess mål var att behålla sin kultur och att få makt i den Sydafrikanska riksdagen. Organisationen skulle senare forma och implementera apartheid-systemet.

Det var det så kallade Nationalistpartiet apartheid som introducerade apartheid år 1948. Detta var rassegregation och diskriminering av de svarta i Sydafrika. De svarta ansågs som underlägsna de vita som alltid skulle ha makten. I praktiken innebar apartheid att makten alltid skulle säkras i boernas (nederländska bönder) händer och inte britternas. Apartheid var något annat än den segregering och diskriminering som funnits tidigare. Med denna nationalistideologi bestämdes det att vita och svarta skulle leva helt åtskilda. De vita skulle aldrig behöva se de svarta mer än nödvändigt (Håstad 2014).

Under apartheid-eran, så var afrikaans tillsammans med engelska de två officiella språken. Det var afrikaans som användes i regeringen, i domstolar och i den privata sektorn. 1948, när det afrikaans-dominerade National Party började regera var då apartheid implementerades. Afrikaans associerades med denna ideologi om rasens överlägsenhet och förtrycket av den svarta majoriteten.

Begreppet 'ras' utvecklades på sent 1700-tal och framåt som en del i det koloniala projektet när europeiska kolonistörer påtvingade ras-hierarkier. I termer av dessa hierarkier var ras rankad från mest överlägsen (européer) till mest underlägsen (afrikan), och därmed berättiga européer att appropriera land och det våldsamma förtrycket av lokala invånare (Bock och Mheta 2013).

Sharpeville massakern 1960, då 69 människor sköts ihjäl i en fredlig demonstration mot passlagarna, blev en vändpunkt och innebar början till slutet för apartheidregimen. Världen blev medveten om vad som pågick. Flera bojkotter startade – bland annat i Sverige (Håstad 2014).

Fram till apartheidsystemets avskaffande reglerades i lag att vita skulle kontrollera upp till 80 eller 90 procent av marken. När landet blev en demokrati skrevs det in i grundlagen att mark skulle ges tillbaka till svarta medborgare. Överlämnandet skedde dock frivilligt och staten köpte mark för marknadspriser. Idag utgör vita omkring nio procent av befolkningen men äger 72 procent av jordbruksmarken. Frågan om markägandet har blivit en symbol för klyftorna mellan vita och

svarta sydafrikaner som fortfarande är mycket stora (Svenska Dagbladet 2018).

År 1994 svor Nelson Mandela presidenten efter Sydafrikas första val då även svarta fick rösta. Han var en symbol för frihet, försoning och humanitet, han var det nya Sydafrikas landsfader och han var en internationellt erkänd förkämpe för mänskliga rättigheter (Karlsson 2016).

### 3.2 Sydafrika idag

I dagens självständiga Sydafrika har man självproklamerat sig som en 'regnbågsnation' i ett försök att riva murarna mellan människor från olika raser, kulturella och etniska grupper och istället fokusera på nationsbildande. Den nya sydafrikanska flaggan och nationalsången var andra åtgärder som skulle symbolisera ett enat Sydafrika (Bornman 2013).

Hälso- och sjukvården i dagens Sydafrika varierar kraftigt från den mest basala vård som ges gratis av staten, till att vara specialiserad och hi-Tech i både den offentliga och den privata sektorn. Den offentliga sektorn är väldigt underbemannat och har hand om 80 procent av alla sydafrikaner. Landet lider också av att många högutbildade söker sig utomlands och resterande söker sig till den privata sektorn. Den privata sektorn tillgodoser behoven hos medel- och överklass som har råd med privat sjukförsäkring (Martin m. fl. 2013). I den koloniala kontexten var ras och klass högst sammankopplade. I Sydafrika, är den historiska kvarlevan av apartheid fortfarande märkbar när det handlar om sociala, ekonomiska privilegier. Utbildning associeras också mest med vit medel- och överklass. Dessa privilegier inkluderar tillgång till det dominanta språket, engelska.

Idag, tack vare blandäktenskap, migration och utbildning så har gränserna mellan de olika kategorierna och tillhörande stereotyper börjat suddas ut. Ras fortsätter ändå att vara en av de huvudsakliga markörerna i Sydafrika idag.

### 3.3 Språken i Västra Kapprovinsen

Efter apartheid utformades politiken för att gynna alla de elva språken och för att underlätta tillgången till statlig service, kunskap och information, och samtidigt för en respekt för språkliga rättigheter. Alla statliga myndigheter var tvungna att ge service i respektive medborgares språk och att tillhandahålla tolkar. Nu, två årtionden senare ser verkligheten annorlunda ut. Det fortsätter att vara stora kommunikationssvårigheter mellan sjukvårdspersonal och patienter. Få tolkar och översättare är anställda inom vårdsektorn (Penn och Watermeyer 2018, s. 173).

Tabell 1: Distribueringen av språk som talas i Västra Kapprovinsen (VP) 2011. Källa: Statistics South Africa (2011).

Språk	Antalet talare i VP	Procent i VP	Procent i Sydafrika
Afrikaans	2.820.643	49,7%	13,6%
English	1.149.049	20,2%	9,7%
Xhosa	1.403.233	24,7%	16,2%
Ndebele	15.238	0,3%	2,2%
Zulu	24.634	0,4%	23,0%
Sepedi	8.144	0,1%	9,2%
Sesotho	64.066	1,1%	7,6%
Setswana	24.534	0,4%	8,1%
SiSwati	3.208	0,1%	2,6%
Tshivenda	4.415	0,1%	2,4%
Xitsonga	9.152	0,2%	4,5%
Sign Language	22.172	0,4%	0,5%
Other	127.117	2,2%	0,6%
<b>Total</b>	<b>5.675.605</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

De elva språken representeras inte jämligt i de olika regionerna i Sydafrika. I Västra Kapprovinsen där jag har genomfört min studie är tre språk de som är mest förekommande och utgör 98,3% av populationen: engelska, xhosa och afrikaans. Talare uppvisar generellt en varierande grad av kunnskap beroende på om det är ett första/modersmål eller andraspråk – L1s och L2s.. Detta, till viss del, förklarar varför även om Sydafrika är ett flerspråkigt land, anse många att mellan-kulturell eller interkulturell kommunikation kan vara besvärlig.

Här redogör jag för de tre officiella språken i västra Kapprovinsen där jag samlat in data till min studie

### 3.3.1 Xhosa

Xhosa är ett av de elva officiella språken i Sydafrika och är det näst största språket efter zulu. Det tillhör bantu språkfamiljen och talas av sexton procent av Sydafrikas befolkning och framförallt i östra Kapprovinsen och västra Kapprovinsen. Under apartheid så fanns det en *Xhosa language board* som skapades av den nationalistiska regeringen. Bland annat så rekommenderades det att det endast skulle publiceras böcker i afrikanska språk som handlade om 'traditionella' saker så som giftermål, jakt, dans och så vidare. Idag är xhosa ett språk som till viss del används i skolor, media och finansvärlden. Finlayson (2000) skriver att xhosa har en viss prestige då språket associeras med frigörelserörelsen och politiska personer både förr och nu.

### 3.3.2 Afrikaans

Afrikaans talas av 13,5 procent av befolkningen som ett modersmål. Det talas av 60 procent av de vita och 80 procent av de färgade. Detta gör språket till det tredje största hemspråket efter zulu och xhosa i Sydafrika. Precis som engelska tillhör afrikaans den urindoeuropeiska språkfamiljen och den germanska språkgruppen. Afrikaans uppstod som lingua franca i den etniskt, kulturella och lingvistiskt blandade befolkning tidigt i den holländska kolonin mellan 1652 och 1795, centrerat kring vad som idag är Kapstaden. Det polyglotta samhället inkluderade holländska och engelska kolonisationer, de franska bönderna som är kända som hugenotter, den inhemska befolkningen, framförallt khoisan och så de tusentals slavarna som importerats för billig arbetskraft. Dessa grupper hade stort inflytande över den holländska som talades i kolonin, och har resulterat i en så kallad 'afrikansk holländska' istället för 'europeisk holländska' (Carstens 2002).

Under den holländska makten i Kapkolonin (1652–1795 och 1803–1806), var holländska det dominerande språket. Afrikaans var en kreolisering av holländska – i.e. simplificerat och mixat. Till 1795, hade afrikaans vuxit fram som en vardaglig – i.e. colloquial – typ av holländska, med en mix från andra språk och fungerade som lingua franca i den flerspråkiga kolonin. Över tid så började slavarna och många Khoisan att tala detta språk hemma (Mesthrie 2002).

### 3.3.3 Engelska

Engelska är ett germanskt språk och är hemspråk för 9,6 procent av sydafrikanerna. Det första germanska språket som talades i Sydafrika var holländska, ett språk som introducerades av det nederländska ostindiska kompaniet år 1652. I slutet av 1800-talet kom det ännu ett europeiskt språk till Sydafrika – engelska. Efter att britterna förlorat Amerika sökte de efter en ny koloni. De ockuperade Kapprovinsen för att kontrollera den strategiska "Cape sea route" (Mesthrie 2002).

Efter det demokratiska valet 1994 är afrikaans ett av de officiella språken men engelska är lingua franca – i.e. language of wider communication – för de flesta sydafrikaner. Afrikaans ses fortfarande av några som ett förtryckarnas språk. ANC<sup>3</sup> ville först bara ha engelska som officiellt språk men efter förhandlingar med afrikaans-talande så beslutade man att som officiella språk välja landets elva största språk.

---

<sup>3</sup>ANC står för *African National Congress*. Det är det största politiska partiet i Sydafrika efter apartheid.



Varför ett visst språk har mer makt än andra språk är intressant att fundera på. I Sydafrika är det engelska som är det språk med mest makt. Grannlandet Namibia är också flerspråkigt men där är endast engelska officiellt språk. Att spanska och portugisiska är officiella språk i länder i Latinamerika handlar om kolonialism, krig och förtryck av de inhemska språken. I fallet Namibia handlar det om att den post-koloniala makten ville minska inflytandet av kolonialspråket afrikaans (Bock och Mheta 2013).

Lingvister är medvetna om att det finns en direkt länk mellan språket som en regering eller staten använder och hur det används för att kontrollera och bestämma över människor. Människor som har tillgång till ett språk med hög prestige är mer troliga att ha mer makt än de som inte har tillgång till språket. Människor som endast har tillgång till ett minoritetsspråk är mer troligt att ha mindre makt (Bock och Mheta 2013).

### 3.3.4 Flerspråkighet/multilingualism och interkulturell kommunikation

Det existerar många teorier och diskussioner angående definitionen av multilingualism eller på svenska: flerspråkighet. En aspekt är hur bra du måste vara på ett visst språk för att kalla dig flerspråkig. En annan aspekt är när man ska använda termen bilingualism i tvåspråkig och när man använder termen multilingualism i flerspråkig. Jag kommer att använda termen flerspråkig då det är fastställt i *“The National Language Policy Framework”* att det i Sydafrika finns elva officiella språk och där det även står att *“South Africa is therefore a multilingual country”* (South African Department of Arts and Culture 2003).

Interkulturell kommunikation involverar mer än bara språkfärdighet, men språk bör inte förbises då den så klart är en central del av kommunikationen. Ibland kan ett väldigt litet missförstånd av ett simpelt ljud eller ord förändra meningen i en interaktion och därmed bli en utmaning för interkulturell kommunikation (Martin m. fl. 2013).

Antalet talade språk i världen är idag runt 6,000. I Sydafrika erkänner konstitutionen elva officiella språk, som staten garanterar jämlik status. Multilingualism eller flerspråkighet omfattar användandet av mer än ett språk på en daglig basis för grupper, institutioner och individer och inkluderar regionala språk, dialekter och teckenspråk.

Flerspråkighet är direkt kopplat till multikulturalism och är en integrerad del av den regnbågsnation som Sydafrika kallar sig. Multikulturalism refererar i sin tur till språkpolitik och att formellt

erkänna och att politiskt sett rymma både minoritet- och majoritetssamhället. Bortsett från den kulturella mångfalden, så tenderar organisationer i den privata och offentliga sektorn vara flerspråkiga i Sydafrika, något som jag har fått en inblick när jag intervjuat personal på sex olika organisationer (Martin m. fl. 2013).

Trots de elva officiella språken i Sydafrika, så är engelska lingua franca i både muntlig och skriven kommunikation. I respons mot detta så har the “Pan South African Language board” krävt att den nuvarande language act inte är tillräcklig. De tycker att regeringen borde göra mer för höja statusen och att förbättra användningen av de inhemska språken. De vill att de elva språken ska vara jämlika. Ibland har språkpolitik införts för att verka för jämlikhet, **men sedan så blir det inte riktigt så som i Sydafrikas fall**. Bortsett från engelska, så används de andra språken sällan av regeringen i publika sammanhang (Penn och Watermeyer 2018).

Några anledningar till användandet av flerspråkighet är bland annat att motverka det som förr kallades Bantuutbildning – då Afrikaans var obligatoriskt för alla elever i skolan. Flerspråkighet leder idag till att alla i praktiken ska få prata sitt modersmål i skolan. Fortsatt så leder även flerspråkighet till inkluderande i exempelvis politiska processer (Mwaniki 2012).

### 3.4 Hiv – en bakgrund

Här redogör jag först för hiv/aids i allmänhet och sedan för situationen i Sydafrika. Hiv-infektionen har fått pandemisk spridning och det uppskattas att 30-35 miljoner människor lever med hiv idag. I Sverige är siffran 6 000-7 000 personer . Hiv smittar aldrig vid vanliga sociala kontakter. Smittsamheten är högst hos den som nyligen smittats och kanske inte känner till sin infektion och den som av någon anledning inte tar antiretrovirala läkemedel- så kallade bromsmediciner. En obehandlad hiv-infektion kan leda till aids (Ekwall och Jansson 2016).

Det första fallet av aids anmäldes på 1930-talet men det dröjde till 1970-talet innan sjukdomen spred sig. Aids rapporterades för första gången för allmänheten den 5 juni 1981. Hysterin runt aids, vart sjukdomen kom från och hur den smittade var stor. I San Francisco var den känd som de homosexuellas sjukdom. Polis och brandmän var rädda att de skulle infekteras genom exponering av blod och kroppsvätskor. 1983 fick räddningspersonal ansiktsmasker, handskar och blev utbildade i hur de kunde skydda sig själva.

De första stegen som togs i kampen mot det dödliga viruset var att förbättra blodsäkerheten,

främja kondom användning och att försäkra säker injektion. Snart blev det uppenbart att detta inte räckte. Kampen mot klockan att hitta en medicin som kunde bota, eller i alla fall behandla de infekterade var igång. Det tog 15 år att utveckla ett effektivt antiretroviral therapies (ART) som är en bromsmedicin (Whiteside 2016).



Figur 1: Södra Afrika med Västra Kapprovinsen som är markerat i rött. Källa: Google Maps (2018).

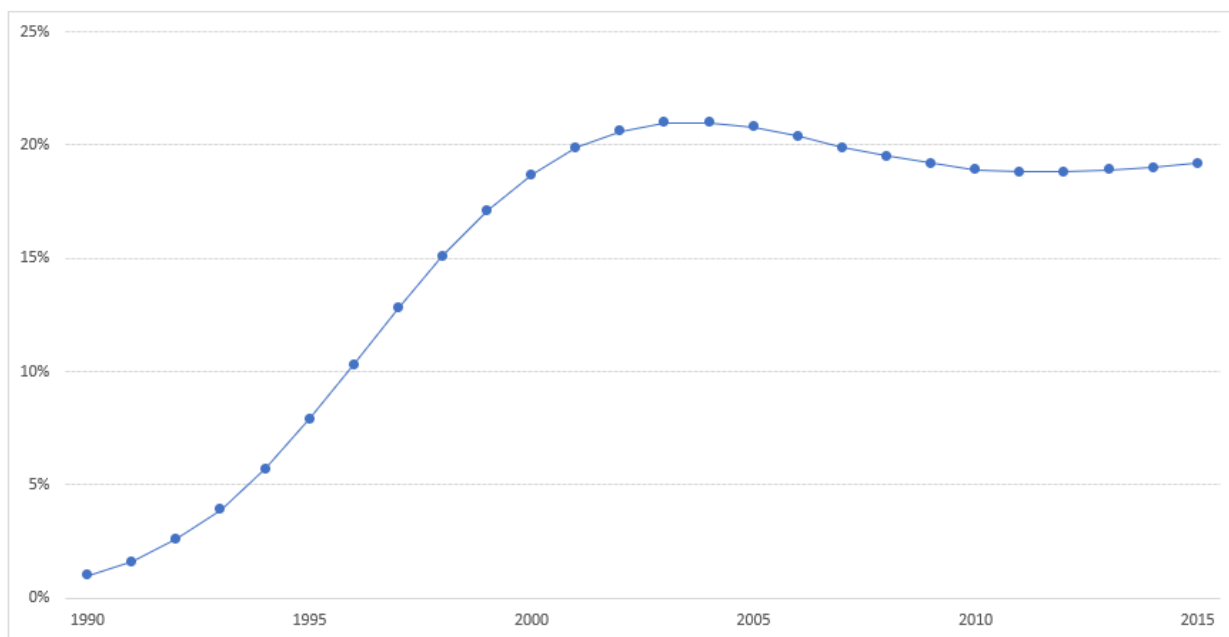
Efter Mandelas mandatperiod så valde Sydafrika Thabo Mbeki som sin nya president 1999. Det som ur ett historiskt perspektiv skulle komma att överskugga det mesta av hans presidentskap var hur dåligt han hanterade den akuta frågan om aids och hiv i Sydafrika.

Hans ignorans symboliseras av ett okänt uttalande från presidenten där han 1999 ifrågasatte de vetenskapliga bevisen bakom sjukdomen och påståendet att hiv orsakade aids. Mbekis kontroversiella hälsominister Manto Tshabalala-Msimang ifrågasatte öppet effekten av de bromsmediciner som fanns på marknaden och istället förespråkade "naturliga botemedel", såsom rödbetor, vitlök

och citroner. Den sydafrikanske regeringen fokuserade mycket på nutritionens roll för att bekämpa hiv. Till slut så lyckades Sydafrika att mobilisera mot sjukdomen: större budget, ett aids-program och i 2007 en ny nationell strategisk plan. Denna plan utvecklades och en ny effektiv era såg sin början (Whiteside 2016)

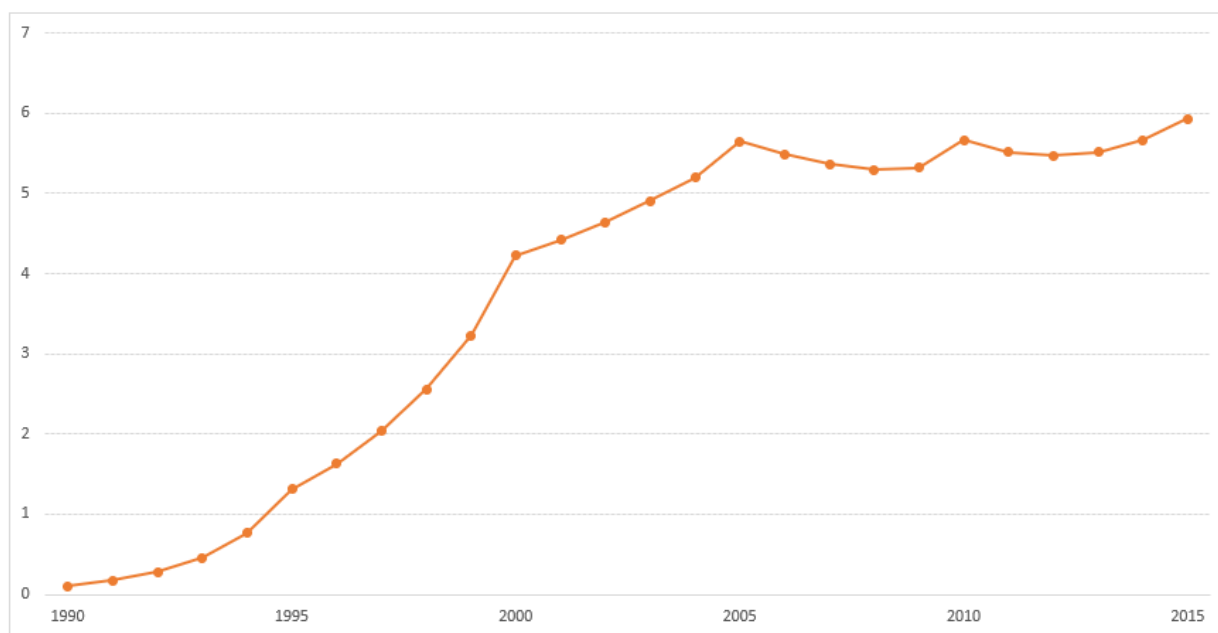
Det dröjde dock lite för länge innan denna handlingsplan antagits och börjat ge effekt. Sydafrika hade då hunnit bli ett av de länderna i världen med störst andel smittade invånare. Omfattande testning, undervisning och förebyggande åtgärder, samt ett gigantiskt program för att göra bromsmediciner tillgängliga iscensattes och Sydafrika påbörjade den långa, mödosamma, kampen mot det fruktade viruset (Karlsson 2016).

Över de senaste årtiondena har hiv/aids spritts i mycket snabb takt. Effekten av epidemin har framförallt drabbat östra och södra Afrika där det nu finns runt 19 miljoner människor som lever med hiv och aids. Denna sjukdom har blivit ett av de största folkhälsoproblemen i Sydafrika och har skapat fler utmaningar för forskare än någon annan sjukdom. Sydafrika har den största hiv-epidemin i världen och här bor sju miljoner människor med hiv. År 2015 var prevalensen hos vuxna 19,2% och runt 29% av gravida kvinnor hade hiv/aids. Majoriteten av nyligen infekterade är kvinnor. Det beräknas att fyra miljoner kvinnor 15 år och över lever med sjukdomen och att det nu finns över 240,000 barn under 15 som lever med hiv i Sydafrika (Penn och Watermeyer 2018).



Figur 2: Andelen som är smittade av hiv i åldrarna 15-49. Källa: World Bank (2018).

Som en konsekvens av regeringens handlingsförlamning så blev införandet av bromsmedicinen ARV<sup>4</sup> försenad i den offentliga sektorn. Idag har Sydafrika det största ARV treatment program i världen och människor lever längre och mamma- till-barn transmissionen har minskat. Det som i Sydafrika kallas *Voluntary Counselling and Testing*<sup>5</sup> och att ARV behandlingsprogram är gratis kan ses som bidragande faktorer till detta. Problem kvarstår att många sydafrikaner inte har tillgång till dessa program. Barriärer är komplexiteten runt behandlingen och att stigmat runt sjukdomen försvårar arbetet för sjukvårdspersonalen. Jämställdhet, mäns våld mot kvinnor, fattigdom, kultur och tradition påverkar också tillgången till bromsmedicin eller ARV. Därför är program som riktar sig mot sådana sociala faktorer väldigt viktiga när det kommer till att förespråka hälsa och minska sjukdomar.



Figur 3: Antalet smittade av hiv, räknat i miljoner. Källa: Se 2.

Individens överlevnad är beroende av hög följsamhet av ART. Dessa program är ibland komplexa och patienten är ofta tyngd av transportkostnad, mat, tilläggs-mediciner, och sjukhuskostnader. Sydafrika har haft stora kampanjer för prevention, trots det verkar det finnas bristande effektivitet till dessa program. Det verkar också vara en gåta varför vissa patienter har så dålig följsamhet. Även detta kan länkas till faktorer som fattigdom, dålig läs- och skrivkunnsighet, stigma, diskriminering,

<sup>4</sup>ARV står för *Antiretrovirals*.

<sup>5</sup>fr.om nu VCT

tillgänglighet till behandling, migration, misstänksamhet kring brottsmedicin, marginalisering, sexvanor, traditionella helares roll och religion.

### 3.5 Interkulturell kommunikation

Interkulturell kommunikation handlar om hur människor från olika kulturella och etniska bakgrunder interagerar med varandra, och den effekt interagerandet har på grupp-relationer, en individs identitet, attityd och beteende. Trots att vissa skiljer på interkulturell kommunikation och ”cross-cultural” kommunikation, använder fler och fler interkulturell kommunikation som en paraply-term som inkluderar både interaktioner mellan människor från olika kulturer och jämförande studier av kommunikationsmönster mellan kulturer (Zhu 2011). ”Cross-cultural” kommunikation betyder hur människor från olika kulturella bakgrunder kommunicerar och hur de kommunicerar kulturer emellan.

Ämnet ”interkulturell kommunikation” är vida definierat. Det är ett forskningsfält som är baserat på diskurser om kultur och kulturella skillnader. Interkulturell kommunikation kan anses ha ett problem eftersom det inte finns någon konsensus kring vad kultur egentligen betyder. Å ena sidan vill forskare diskutera stora grupper och vad de har gemensamt, utifrån deras historia och världsbild till deras språk eller geografiska position. Å andra sidan, när de talar om stora grupper vill de undgå att övergeneralisera genom att använda det konstruerade ordet ”kultur” när det inte passar (Paulston m. fl. 2012).

Kulturer är inte individer. Kulturer kan inte prata med varandra; individer pratar med varandra. Ur denna synvinkel är all kommunikation interpersonell och kan aldrig vara interkulturell (Scollon m. fl. 2011).

#### 3.5.1 Kultur

Att definiera kultur är inte en lätt uppgift. Många forskare talar idag om kultur som en metafor - en *“concrete entity”*. Många är skeptiska till det essentiella synsättet av kultur som menar att medlemmar i en grupp delar en slags inre essens. (Carter och Bolden 2012). Mer moderna synsätt ser kultur som utövande, som en resurs för människor när vi gör en handling. Men vi kan fortfarande prata om kulturer utan att essentialisera dem. Med detta synsätt kan vi se att olika kulturer involverar olika normer när det kommer till interaktioner med främlingar beträffande initiativ,

direkthet och så vidare (Kvale och Brinkmann 2009).

För att förstå innebörden av kultur så är vi tvungna att definiera det. Sedan den första antropologiska definitionen av kultur gavs av E.B Tylor 1871 som “that complex whole which includes knowledge, belief, art, morals, law, custom, and any other capabilities and habits acquired by man as a member of society”, så har många med honom också definierat kultur. Jag ger här ett antal definitioner som jag anser är relevanta för min studie (Tjale och De Villiers 2004).

Först och främst är kultur ett mänskligt fenomen. Kultur är inte ett individualistiskt fenomen utan delas av medlemmar av en grupp. Det omfattar även en viss grad av standardisering som accepteras av medlemmarna. Människor kan vidare inte födas med kultur, men har möjlighet att erhålla det genom en livslång process av lärande eller socialisering. För att en kultur ska kunna formas så krävs kommunikation (Tjale och De Villiers 2004; Schein 2010).

Kultur involverar idéer, tro, värderingar och antaganden om livet och delas av en grupp människor och till stor del styr deras beteenden. Människors förmåga att lära sig språk är en viktig faktor i spridning av kultur generationer emellan (Tjale och De Villiers 2004). Inom varje kultur är människor sammanlänkade till varandra genom ett gemensamt system av kodade och avkodade meddelanden. Varje kultur gör detta genom sina egna verbala och icke-verbala beteenden och har sina egna sätt att uttrycka och tolka meddelanden. Det är enkelt att se hur problem kan uppstå när människor från olika kulturer kommer i kontakt med varandra. Så vad kan göras i dessa möten människor emellan? Är det så enkelt att vi bestämmer oss för att kommunicera effektivt och i så fall måste vi då veta när och hur det ska gå till? (Gudykunst 2003).

Vi människor delar fundamentala behov såsom att sova, äta, ha skydd och att känna sig trygg. Kultur kan beskrivas som det unika sätt som vi har lärt oss att sova, äta och att söka skydd på grund av att vi är svenskar eller sydafrikaner, män eller kvinnor. Detta lär vi oss genom en socialiseringsprocess. Till exempel, de flesta svenskar äter med kniv och gaffel medan indier gärna äter med sina händer.

Olika grupper delar uppfattningar, eller sätt att se på världen. Kultur beskrivs ibland som den lins vi ser världen igenom. Kultur kan också upplevas genom känslor. När vi är i vår egen kulturella miljö känner vi en familjär och bekväm känsla. Kultur som idé förutsätter en grupp människor. Kultur blir då en gruppupplevelse för att den delas av människor som bor och verkar i samma sociala miljö (Martin m. fl. 2013).

Kultur är inte statisk utan förändras konstant. Förändringar för en kultur kan vara resultatet av influenser utanför gruppen, så som kontakt med andra grupper. En process som är känd som ackulturation (Tjale och De Villiers 2004).

### **3.5.2 Effektiv interkulturell kommunikation i Sydafrika, traditionella helare och ubuntu**

Kommunikation är väldigt viktig inom sjukvården, speciellt i ett sammanhang där de inblandade kommer från olika kulturer. Interkulturell kommunikation blir mer och mer relevant i en sjukvårdskontext. Då befolkningen blir mer mångfaldig blir det allt mer komplext att kommunicera om hälsa och sjukdom. I vissa kulturer finns det stigma att prata om vissa sjukdomar så som aids, manlig omskärelse, abort och mental ohälsa (Martin m. fl. 2013).

I ett multikulturellt samhälle är sjukvårdspersonal ansvariga för att kommunicera effektivt med människor med olika kulturella bakgrunder (Samovar m. fl. 2015). Det är inte bara patienter som har olika kulturella bakgrunder, utan även sjukvårdspersonal. Interkulturell kommunikation och missförstånd kan uppstå dagligen (Tjale och De Villiers 2004). Därför är det viktigt att förstå sambandet mellan sjukvård, kultur och kommunikation för dessa yrkesgrupper (Samovar m. fl. 2015).

Sjukvårdspersonal och patienter kan ibland förbise vikten av kommunikation. Trots att det är en så viktig del och att sätta diagnos är beroende av det. En annan aspekt av kommunikation mellan vårdpersonal och patient kan vara den ofta medicinska jargong som används. Trots att patienterna talar samma språk som läkaren kan de ändå ha problem att hänga med. Om då patienten och sjukvårdspersonalen inte pratar samma språk kan det bli ännu mer missförstånd eller misskommunikation.

En självklar barriär inom sjukvården är språket. I Sydafrika har språkbarriärer angetts som en anledning till dålig följsamhet till ART (Tjale och De Villiers 2004). Generellt sett antar vårdpersonal som talar afrikaans eller engelska att patienter som talar xhosa kan "tillräcklig engelska". Användandet av engelska som lingua franca anses vara kostnadseffektivt i Sydafrikas språkliga mångfald. Detta drabbar inte bara face-to-face kommunikationen, men även skyltar och annat material är mest på engelska (Deumert 2010).

Det kan vara bra att se till den historia som influerar sjukvården idag. Det är viktigt för att



den medicinska historien kan guida oss i att se hur olika kulturer relaterar till sjukvård; i detta fall Sydafrika.

Traditionella helare i Sydafrika är inyangas, sangoma och witch doctors. Dessa helare har en mycket viktig roll att ge vård åt en majoritet av dagens sydafrikaner. Det är upp till 80 procent av fallen som patienter väljer att konsultera sina krämpor hos en traditionell helare, speciellt på landsorten. Det finns över 200 000 traditionella helare i Sydafrika och endast 27 000 ”vanliga” läkare. Sydafrikaner i alla faser i livet förlitar sig på traditionell helande i allt från klåda, erektilproblem, men även för magiska syften som att få lycka i kärlek och ekonomiskt välstånd (Tjale och De Villiers 2004).

Traditionella helare fungerar som ett substitut för en del patienter i Sydafrika men för det mesta används det i samband med den konventionella sjukvården (Higginbotham m. fl. 1990; Kim och Kwok 1998; Brach och Fraserirector 2000; Fadiman 2012). Många gånger är personal inom hälso- och sjukvård inte medvetna om att deras patienter också söker hjälp av en helare. En studie kom fram till att en tredjedel av patienterna som gick till både helare och konventionell hälso- och sjukvård fick olika råd. Fortsatt så tyckte patienterna att helaren gav bättre råd (Marbella m. fl. 1998).

Historiskt sett så har bland annat rasbiologi rättfärdigat slaveri och kolonialisering. Även att olika grupper har fått olika vård genom tiderna kan ha bidragit till en misstänksamhet mot modern sjukvård i Sydafrika (Martin m. fl. 2013). Att vara ignorant mot andra gruppers bakgrund och historia kan göra interkulturell kommunikation svårare och lättare leda till missförstånd (Martin och Nakayama 2013).

Sydafrika är ett land som genomströmmas av ubuntu-filosofin, att “jag är på grund av vilka vi alla är”. Ubuntu är ett afrikanskt sätt att se på världen och representerar afrikansk humanism. Ubuntu har en central utsaga som lyder “*i am because you are*” eller “*a person is a person through people*”. Det talas här om ett brödraskap som reflekteras i respekt, solidaritet, och lojalitet. För sjukvården i Sydafrika är ubuntu något som är närvarande. Det är centrerat kring en community-based approach (gemenskapsbaserad metod) som riktas mot att stärka denna gemenskap inom sjukvården. Sjukvårdspersonal bör därför inte se patienten endast som en individ utan som en social varelse. Detta kan innebära att hälso- och sjukvårdspersonal inkluderar patientens sociala nätverk och supportsystem (Chasi 2014).

### 3.6 Tillgång till vård

Sydafrikansk sjukvårdspolitik har sedan 1994 försökt överkomma den diskriminering som karakteriserade hälso- och sjukvård under apartheid. Målet har varit att skapa ett jämlikt hälsosystem och förbättra tillgången till vård för alla sydafrikaner. Snart tjugofem år efter apartheid varierar tillgången till vård beroende på populationsgrupp och socioekonomisk status. Enligt *“2007 October Household Survey”* så har över två tredjedelar av vita sydafrikaner tillgång till vård, jämfört med endast 7% av svarta sydafrikaner, 19% av färgade och 31% av indiska sydafrikaner (Deumert 2010). Svarta sydafrikaner är de som är mest utsatta när det kommer till kroniska sjukdomar, hiv/aids och skador från våld. Goudge m. fl. (2009) identifierade viktiga socioekonomiska barriärer till hälso- och sjukvården i Sydafrika. Det är framförallt patientens dåliga ekonomi som exempelvis bidrar till att patienten inte ens kan ta sig till sjukhuset och även dålig interaktion med hälso- och sjukvårdspersonal som leder till att patienten inte förstår sitt sjukdomstillstånd. Detta leder till dålig följsamhet till behandling och även så kallad *“healer shopping”*<sup>6</sup>.

Att kommunicera med patienter kräver ett gemensamt språk. Att finna ett sådant språk kan visa sig vara en utmaning i det flerspråkiga Sydafrika. Även om engelska ses som *lingua franca* och dominerar på många platser så är kunskapen låg hos vissa grupper, framförallt hos äldre sydafrikaner och de som är marginaliserade. Forskning visar att språkbarriärer kan leda till sämre tillgång till vård och även kvaliteten på vård. Resultaten av forskning kan sammanfattas på följande sätt (Deumert 2010):

- a) Undvikande: patienter som inte är bekväma med att kommunicera i det språk som talas av läkaren eller sjuksköterskan är mindre benägna att få primärvård och uppsöker sjukvård i ett senare stadium av sin sjukdom.
- b) Feldiagnos och felbehandling: kvaliteten på vården äventyras när hälso- och sjukvårdspersonal och patienter inte kan kommunicera på ett adekvat sätt.
- c) Utbildning kring hälsa och följsamhet: patienter som har begränsad kunskap i språket som talas av exempelvis läkaren har en otillräcklig förståelse av sitt tillstånd och sina behandlingsalternativ.

---

<sup>6</sup>Innebär att patienten konsulterar flertalet personer, både medicinska och traditionella/alternativa

Den så kallade ‘Patients’ Rights Charter<sup>7</sup> och den ‘National Health Act (2003) kräver både att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna informera sina patienter om deras hälsostatus och behandlingsalternativ på ett språk som de kan förstå. Samtidigt så kräver ‘Western Cape Provincial Languages act(1998) att statliga institutioner ska tillgodose service till invånarna i de tre officiella språken i provinsen.

Patienten kan ibland känna sig maktlös och som ett resultat av detta är patienten passiv och diagnosen och behandlingen som läkaren eller sjuksköterskan kommer fram till är inte tillräckligt informativ. Detta kan leda till att sjukvårdspersonal och framförallt patienten upplever förtvivlan på grund av missförstånd, missuppfattning och meningsskiljaktigheter. I värsta fall kan detta leda till felaktig diagnos och dödsfall (Paulston m. fl. 2012).

---

<sup>7</sup>Läses på <https://www.idealhealthfacility.org.za/>

## 4 Teori

Teoriavsnittet börjar med hur olika forskningsperspektiv inom interkulturell kommunikation definierat kultur och interkulturell kommunikation. Sedan redogör jag för de centrala teorier inom interkulturell kommunikation som utgör grunden för min analys. I detta kapitel kommer jag att redogöra för teoretikerna inom interkulturell kommunikation som exempelvis Ting-Toomey och Dorjee (2018) och Gudykunst (2003) med flera. Jag redogör för teorier inom den flerspråkiga kontexten som Sydafrika tillhör. Här är interkulturell kommunikation en daglig verklighet för en växande del av befolkningen.

### 4.1 Interkulturell kommunikation och kultur

I interkulturell kommunikation är begreppet kultur i centrum. För att kritiskt undersöka kommunikationen mellan kulturer, är det viktigt att ta reda på hur kultur kontextualiseras. Kultur är en vanligt förekommande term som används i många kontexter. Det är trots det ett komplext koncept då “desto djupare vi går desto mindre komplett är det” (Paulston m. fl. 2012, s. 93). Kontext, kultur och kommunikation är sammankopplade. Ett exempel är att kommunikation kan ske i ett klassrum, en bar eller i en kyrka. Det som influerar kommunikationen är då själva settingen”. Människor kommunicerar olika beroende på kontexten. Kontext är varken statisk eller objektiv, och den kan vara mångfasetterad.

Definitionerna av kultur är många inom interkulturell kommunikation. Kultur är som ett isberg: de djupare lagren, exempelvis traditioner, trosystem, värderingar är dolda. Vi ser endast de översta lagren av kulturella artefakter exempelvis mode, trender, pop och verbala och icke-verbala symboler. Kultur är “dynamisk och ändras med människorna inom ett system” (Paulston m. fl. 2012, s. 315). Kultur är ett mänskligt fenomen; hur vi är både fysiskt och mentalt (McLaren 1998). Kultur formar och gör en individ, men det innebär inte att individer inte kan variera från varandra inom den egna kulturen. Begreppet kulturell relativism används för att poängtera att alla kulturer är jämlika (Paulston m. fl. 2012).

Våra egna idéer kring kultur formar våra perspektiv. Idéen om nationskultur ser att kommunikationen mellan en sydafrikan och en svensk skulle vara interkulturell kommunikation för att detta är människor från två olika nationer. Med detta synsätt skulle ett möte mellan en xhosa-talande

och en afrikaans-talande sydafrikan inte vara interkulturell kommunikation för att de inte kommer från olika länder. Att se på kultur med endast en lins är inte att rekommendera. Ett synsätt där olika definitioner på kultur existerar ger mer flexibilitet. Det är då intressant att se på kultur och dess påverkan på kommunikation.

Sydafrika och dess invånare har varit tvungna att tillsammans anstränga sig för att bygga ett gemensamt samhälle efter apartheid. Eftersom Sydafrika är ett land med många officiella språk så är människor tvungna att anpassa sig efter varandra. Den så kallade “communication accommodation theory” är en teori som går ut på att individer ändrar sina kommunikationsmönster för att anpassa sig till andra. Människor är mer benägna att anpassa sig när de inte känner sig hotade eller i situationer där de ser liten skillnad mellan sig själv och den andra personen (Martin och Nakayama 2013).

Kultur har som sagt flertalet synsätt och ett av dessa ser kulturella grupper som heterogena. Frågor som “vad är sydafrikansk kultur?”, “finns det en sydafrikansk kultur?”, “delas verkligen attityder, trossystem och beteenden av alla som bor i Sydafrika?” är några av de frågor som ställs. Att endast fokusera på vad vi delar kan göra att vi bortser från alla de intressanta skillnader som finns. Kritik mot viss forskning i ämnet handlar om att den kategoriserar människor och ser kulturella mönster som något som inte förändras. Denna forskning karakteriseras av ett ointresse att uppmärksamma hur kultur kopplas till kön, klass och historia. I motsats till detta så ses kulturella processer som något dynamiskt och flytande. Med detta synsätt så kan vi se bortom nationsgränser (Martin och Nakayama 2013).

Interkulturell kommunikation är kommunikationen mellan människor från olika nationella kulturer. Det kan även vara kommunikation mellan människor från olika samhällsklasser och inter-etnisk kommunikation. (Gudykunst 2003). Interkulturell kommunikation definieras även som ett symboliskt utbyte där individer från två eller fler olika kulturella samhällen förhandlar om delade meningar i en interaktiv situation. De kulturella skillnaderna utgår från olika bakgrunder och influerar hur vi förstår vår verklighet. Etnocentrism och frågor gällande identitet skapar problem i en kommunikationsprocess (Paulston m. fl. 2012; Ting-Toomey och Dorjee 2018).

Interkulturell kommunikation fokuserar ofta på hur kulturella grupper skiljer sig åt, så som muslimer skiljer sig åt från kristna, amerikaner skiljer sig åt från svenskar och så vidare (Gudykunst 2002). Ibland kan det finnas en anledning till att man uppmärksammar skillnader och olikheter i

relation till interkulturell kommunikation. Alltså, att vi är alla lika men ändå olika. Vi gör samma saker i vår vardag och vi vill alla bli älskade och respekterade. Trots detta finns det skillnader oss emellan. Det skiljer sig åt hur vi utför vissa dagliga aktiviteter. Sedan har exempelvis muslimer och kristna olika trossystem och svenskar och amerikaner har olika traditioner. Ordspråket ta seden dit man kommer betyder att man ska anpassa sig, tänka och bete sig annorlunda. Kanske är det enklare sagt än gjort och utmaningen är att förhandla om dessa skillnader och likheter med hjälp av sina färdigheter och insikter. När det kommer till interkulturell kommunikation och anpassning så är den så kallade "communication accommodation theory" en som passar in i sammanhanget. Teorin handlar om hur individer ändrar sina kommunikationsmönster för att anpassa sig till andra. Människor är mer benägna att anpassa sig när de inte känner sig hotade eller i situationer där de ser liten skillnad mellan sig själv och den andra personen.

*"Identity negotiation theory"* är en teori som går ut på att desto säkrare en person är på sin identitet, desto troligare är det att hen kommer att öppna för interaktion med människor från andra kulturer. Ju osäkrare en person är desto mer ångest kommer hen att känna. Människor definierar sig själva i relation till de grupper de tillhör på grund av behovet av säkerhet och inkludering. Samtidigt behöver människor känna att de skiljer sig åt från dessa grupper. Genom att ta hand om dessa relationer så innebär det att vi sätter gränser och ser den spänning som finns mellan inkludering och differentiering. Detta kan få oss att känna oss säkra eller sårbara. Detta i sin tur influerar vår självidentitet.

Ting-Toomey (1993) teorin gör åtta antaganden:

- 1) Alla har flera sidor när det kommer till ens självbild;
- 2) Kulturell ombytlighet influerar självbilden;
- 3) Självidentifikation involverar säkerhet och sårbarhet;
- 4) Att reglera sin identitets gränser motiverar ens beteende;
- 5) Denna reglering involverar en spänning mellan inkludering och differentiering;
- 6) Individer försöker balansera sig själv, andra och andra grupp-medlemskap;
- 7) Att se efter inkludering/differentiering dialektiken influerar den sammanhängande självbilden;
- 8) En sammanhängande självbild influerar individens rådighet inom kommunikation.

## 4.2 Kodväxling

Muysken (2011, s. 302) argumenterar att kodväxling är “the use of more than one language during a single communicative event”. Kodväxling kräver att personen är hyfsat kunnig på två språk – alltså att vara bilingual – för att kunna kodväxla. Människor kodväxla av flera anledningar:

- 1) Att rätta sig efter andra.
- 2) Att undvika att rätta sig efter andra.
- 3) Att uttrycka en annan aspekt av deras kulturella identitet.

Sauvage (2002) studerade komplexiteten av kodväxling i Belgien. Precis som i Sydafrika finns här en ganska komplex språkpolitik – tre officiella språk, jämfört med elva officiella språk i Sydafrika. I dessa länder har kodväxling en politisk roll. Vem kodväxlar och vem gör det inte är frågan.

Kodväxling uppstår bland immigranter, minoriteter och flerspråkiga grupper. Gumperz och Hernandez (1969, s. 2) skriver att det kan ske “each time minority language groups come into contact with majority language groups under condition of rapid social change”. Andra – e.g. Giacalone Ramat (1995) – har i motsats beskrivit det som en “feature av stable bilingualism in communities where most speakers can speak both languages”.

Kodväxling växer fram i olika kontexter, som symptom på utveckling, från anpassning till skillnad, från bevarandet av språk till språkskifte. Det reflekterar sociala skillnader och tendenser inom samma samhälle, precis som det reflekterar dem mellan olika samhällen. En generell regel brukar vara att majoritetsspråket tas i bruk av minoriteten, så som i Sydafrika under apartheid (Gardner-Chloros 2009).

Så skriver Slabbert och Finlayson (1999) att människorna som bor i kåkstäderna har behövt lära känna varandra i denna miljö. Hon skriver att strategin med kodväxling oftast används som en form av anpassande mer än alienation. I brist på ett majoritetsspråk har människor behövt lära sig varandras språk i dessa kåkstäder. I denna smältdegel av människor så har inget språk blivit dominant. Sydafrikas sociopolitiska historia har gått från apartheid till ett integrerat samhälle.

Författarna föreslår tre strategier i anpassningsprocessen. Först, en person kan tala sitt eget språk medan den andra personen talar sitt språk. En andra strategi är att använda det dominanta språket i just det samhället. En tredje strategi kan vara att talaren repeterar vad hen sade i

mottagarens språk för att försäkra sig att meddelandet har förståtts. I ett demokratiskt Sydafrika, så återfinns flerspråkighet på alla nivåer i samhället och kodväxling används för att möjliggöra denna flerspråkiga kommunikation. Detta är särskilt tydligt inom utbildning.

I takt med att mellanspråkliga och att kontakter mellan folkgrupper har vuxit och polariseringen har minskat, så blir kodväxling mer och mer omfattande. Kodväxling ses som en anpassande funktion och symboliserar demokratiseringen med jämlikhet, respekt och ömsesidig förståelse. Kodväxling erbjuder möjligheten att erbjuda flerspråkiga program, reklam, broschyrer, politiska tal och så vidare.

### 4.3 Kulturell kompetens och kulturell känslighet

Kompetens kommer från latinets, *competere*, som betyder "att vara lämplig" eller på engelska "to be suitable" (Tjale och De Villiers 2004). Forskare inom ämnet interkulturell kommunikation har studerat frågor som handlar om vad som gör oss till kompetenta kommunikatörer. Dessa forskare har kommit fram till fyra komponenter som är viktiga inom den interkulturella kompetensen. Dessa är *motivation*: om vi inte är motiverade till att kommunicera med andra, så spelar det ingen roll vilka förmågor vi har. *Kunskap*: handlar om den kognitiva aspekten av kommunikation och självmedvetenhet, och vad vi vet om andra. Självmedvetenheten handlar här om hur vi uppfattas och vilka styrkor och svagheter vi har. *Attityder*: empati, tolerans inför tvetydighet, icke-dömande är attityder som spelar roll för den interkulturella kommunikationskompetensen. *Beteenden och färdigheter* är de sista komponenterna i interkulturell kompetens. Det finns inget universellt beteende som fungerar i alla kulturer, men det finns några beteenden som bör fungera så som respekt, tolerans för tvetydighet, empati och så vidare (Martin och Nakayama 2013).

Rosenberg m. fl. (2006) använde sig av de fyra komponenterna och undersökte till vilken grad läkare var kompetenta i sin interkulturella kommunikation med patienter som var immigranter. De fann att i denna kontexten så var det viktigt att läkarna lärde sig om patientens kultur, något som de flesta läkare inte tyckte var viktigt i jobbet. De läkare som var mest kompetenta tog sig tid att förstå olika barriärer, visade intresse för patientens bakgrund och identifierade likheter mellan dem själva och patienten. Dessa patienterna beskrev sin upplevelse med dessa läkarna positivt.

Kulturell kompetens eller interkulturell kompetens har definierats som en process där hälso- och sjukvårdspersonalen strävar efter att arbeta effektivt inom den kulturella kontext patienten,



familjen eller gruppen tillhör. Kulturell kompetens inom hälso- och sjukvården refererar till det komplexa samspelet mellan kunskap, attityder, och färdigheter som förbättrar den interkulturella kommunikationen. En annan definition av kulturell kompetens kan hittas i Rothschild (1998, s. 293) som menar att: “physicians must develop the knowledge and the skills to engage patients from different cultures and to understand the beliefs and the values of those cultures”. Medan Rothschild (1998) endast refererar till läkare så är det tydligt att alla roller inom hälso- och sjukvården skulle ha en fördel av sådan kunskap, eftersom kulturell kompetens idag ses som en meningsfull del av sjuk- och hälsovården (Beach m. fl. 2004).

Något som ses som en integrerad del av just kulturell kompetens är etnocentrism, Neuliep (2002, s. 201) “(...) ethnocentrism can be conceptualized as an individual psychological disposition where the values, attitudes, and behaviors of one’s ingroup are used as the standard for judging and evaluating another group’s values, attitudes, and behaviors”. Forskning visar att etnocentrism hos hälso- och sjukvårdspersonal medverkar till alienation hos patienter, sämre behandling och feldiagnos (Andrews 1992).

Både hälso- och sjukvårdspersonal och patienter kan ha en etnocentrisk världsbild. Föreställningar om sjukvård bottenar ofta i var och ens kultur. Kulturell kompetens, eller förmågan att skapa effektiva relationer trots kulturella skillnader har visat sig vara viktigt, oberoende av språkkunskaper, när det kommer till effektiv kommunikation och patientnöjdhet. Kulturella skillnader är vardag för många inom sjukvården, men i Sydafrika är det kanske extra tydligt i den offentliga vårdsektorn. Här är många av patienterna fattiga och har inte en högre utbildning. De flesta läkarna talar inte ett afrikanskt språk och det finns socioekonomiska skillnader, skillnader i klass och bakgrund (Martin m. fl. 2013).

Utbildning för hälso- och sjukvårdspersonal är något som forskare inom kulturell kompetens lyfter fram som något bra. Brach och Fraserirector (2000) menar att det kan hjälpa till att överkomma språk- och kulturella barriärer. Utbildningen är till för att möta följande mål: att öka självmedvetenheten av attityder mot minoritetsgrupper, öka kunskapen om minoritetsgrupper och att förbättra förmågor inom kommunikation. Behovet av denna träning menar författarna belyses i en studie som kom fram till att hälso- och sjukvårdspersonal uppfattar folk från minoritetsgrupper mer negativt än vita patienter och det noterades att sådana attityder influerade personalens beteende.

Brach och Fraserirector (2000) föreslår att en kompetent hälso- och sjukvård bör innehålla en blandning av: en kulturell blandad personal som reflekterar det samhälle de verkar i, personal eller tolkar som kan översätta, utbildning för personalen om kultur och språk samt material som är anpassat för patienternas kulturella normer. De talar om olika standarder inom hälso- och sjukvården så som att hälso- och sjukvården ska försäkra att patienter får effektiv, förståelig, och respektfull vård. Vården ska ges på ett sätt som är kompatibel med deras syn på hälsa och på deras språk. En annan standard är även här att organisationer bör tillhandahålla språkservice med både flerspråkig personal och tolkar. De föreslår utöver vad Brach och Fraserirector (2000) föreslagit att använda så kallade "*community health workers*" i Sydafrika även "*counsellors*" som kan medverka till att personer som inte annars sökt hjälp söker hjälp, kan överbrygga kulturella skillnader och är kostnadseffektivt. Vidare skriver författarna att det kan vara bra att inkludera familjen i många kulturer, vilket kan stå i kontrast till den autonomi som är central inom sjukvården i många länder.

Kulturell känslighet handlar om att förstå och respektera de värderingar, trossystem och attityder som andra människor kan ha. Det är viktigt att som hälso- och sjukvårdspersonal se vikten av kulturell känslighet för att förbättra sin interkulturella kompetens. På ett sätt kan all interaktion mellan sjukvårdspersonal och patient ses som interkulturell då patienten ofta inte delar den terminologin, antaganden och normer som finns inom hälsovården. Brist på kulturell känslighet kan leda till misskommunikation, vilket i sin tur kan leda till missnöjdhet och stress för både personal och patient (Ulrey och Amason 2001).

#### 4.4 Campinha-Bacotes Model of cultural competence

Frågan angående vilka förmågor en sjukvårdspersonal bör innefatta kan besvaras av Campinha-Bacotes Cultural Competence Model (Campinha-Bacote 2002).

Kulturell kompetens är en process i vilken hälso- och sjukvårdspersonal integrerar sin kunskap, attityder och skicklighet för effektiva interaktioner med andra. Den kulturellt kompetenta hälso- och sjukvårdspersonalen har förmågan att tänka kritiskt. Den har som mål att arbeta inom den kulturella kontext som patienten har. Det som kulturell kompetens bygger på är "cultural awareness", "cultural knowledge", "cultural skill", "cultural encounters" och "cultural desire". *Cultural awareness* är en genomtänkt kognitiv process som hälso- och sjukvårdspersonal använder för att uppskatta de värderingar, tro, livsval, och problemlösande strategier patienter kommer med. Det

innebär även att hälso- och sjukvårdspersonal granskar sin egen bakgrund och sina fördomar mot andra kulturer. Detta för att minimera etnocentrism och då anta ett synsätt som Campinha-Bacote (2002) kallar etnorelativitet. Detta kan göras genom att utveckla en omvårdnadsplan baserad på data insamlad genom så kallad “cultural assessments”, och som tar hänsyn till patientens värderingar, livsval osv.

*Cultural skill* handlar om att kunna implementera de kulturella behoven i praktiken. Till skillnad från *cultural skill*, så är *cultural knowledge* processen av att söka och erhålla kunskap om de olika världsåskådningar som finns hos andra kulturer. För att erhålla kulturell kunskap så måste de olika dimensionerna av kultur förstås och även relationen mellan hälsa och kultur. Målet för någon som vill få kulturell kunskap är att bli bekant med kulturella gruppers världsåskådning, världsbild, tro, utövande, livsstil och problem-lösande strategier.

Å andra sidan, är *cultural encounter* processen som uppmuntrar hälso- och sjukvårdspersonal att engagera sig i interkulturella interaktioner. Face-to-face möten med patienter ger hälso- och sjukvårdspersonal möjligheten att renodla eller ändra sina existerande övertygelser om en särskild grupp. Detta kan begränsa risken att hälso- och sjukvårdspersonal gör stereotypa antaganden.

Till sist är *cultural desire* motivationen hos en hälso- och sjukvårdspersonal att vilja engagera sig i processen av kulturell kompetens. De måste ha en genuin vilja att arbeta med kulturellt blandade patienter inom vården. Detta bör leda till att patienter i högre grad känner sig ha en viktig roll i sin egen vårdprocess.

#### **4.5 Utvecklandet av kulturella kompetenser**

Termerna “kultur” och “kulturell kompetens” och de relaterade termerna “kulturell medvetenhet”, “kulturell säkerhet” diskuteras mer och det talas om att det är viktigt för sjukvårdspersonal som har kulturell och språklig mångfald på sitt jobb. Som jag redan poängterat så är kultur och trossystem kring hälsa sammanflätade, och patientens tro kan spela en roll för deras accepterande av och följsamhet till olika behandlingar.

Hälso- och sjukvårdspersonal är inte alltid medvetna om de kulturella och språkliga barriärer som finns. Detta har dokumenterats i ett stort antal litteratur som visar hindren som framför allt etniska minoriteter kan möta när de söker vård. Publikationer som Lancet Commission on Culture and Health och medicinsk studentlitteratur har redogjort för kulturell kompetens. Forsk-

ning har konsekvent visat att effektiv kommunikation och anpassning till kulturella problem har flera fördelar för hälso- och sjukvårdspersonal, patienter och institutioner som inkluderar: högre följsamhet till behandlingar, bättre kunskap hos patienter och ändrat beteende, färre diagnostiska fel, färre komplikationer och bättre följsamhet till medicinska råd.

Att vara medveten om interkulturella skillnader och olika beteendenormer är viktigt i interkulturella interaktioner. Detta för att konflikt, missförstånd och misskommunikation kan skapas på grund av bristande uppmärksamhet till dessa olikheter. Inom rimliga gränser är det viktigt för hälso- och sjukvårdspersonal att låta patienter få vård utifrån deras övertygelser angående hälsa och medicin. Även när en tolk är närvarande så kan översättning vara svårt då vissa ord inte existerar hos andra språk eller att de betyder något helt annat. Framgångsrik kommunikation, kunskap om- och perspektiv på kultur, tycks bidra med en bra grund att verka för kulturell kompetens.

De definitioner som finns av kulturell kompetens är ofta vaga och ger ofta inte praktiska förslag på hur man kan interagera med människor från andra kulturer. Några av de existerande definitionerna tenderar att fokusera på minoritetsgrupper, generalisering och stereotyper baserat på kulturella kategoriseringar, och därmed befästa idén om ‘den andre. Det finns mycket litteratur som redogör för en viss etnisk grupps fysiologiska reaktion till medicinering eller en viss grupps tro angående medicin. Detta kallas ‘kulturell turism, eller exotifiering.

Många studier visar på kulturella skillnader och betonar behovet av att hälso- och sjukvårdspersonal anpassar sig till dessa. Fast, vi kan inte förutsätta enhetlighet för en hel grupp av människor för att vi då stereotypiserar vilket kan vara dåligt (Penn och Watermeyer 2018).

Forskare har föreslagit att hälso- och sjukvårdspersonal kan använda sig av “*cultural sensitivity scales*” och tester eller att de bör lära sig allt om de olika kulturerna. Detta anses orealistiskt och endast kulturell kunskap kommer inte att leda till att hälso- och sjukvårdspersonal ger vård som är effektiv och säker. Kulturell kompetens ramar vanligen in som viss kunskap, teknik och attityd. Detta är dock en livslång process och genom praktik och erfarenhet. Det är inget du kan läsa dig till. Detta kan en hälso- och sjukvårdspersonal träna sig till genom ödmjukhet och självreflekterande eller kritisk medvetenhet. Detta betyder att vara kritisk till ens egna värderingar och övertygelser, attityder, fördomar och att vara medveten om skillnader i makt och privilegier och ojämlikhet som finns i relationer människor emellan.

Hälso- och sjukvårdspersonal bör uppmuntras att fokusera på hur dessa kompetenser kan

uppnås. Endast medvetenhet om komplexiteten och barriärer kring mellanspråkliga och interkulturella interaktioner räcker inte. En studie i Storbritannien visar att hälso- och sjukvårdspersonal är välinformerade om kulturell mångfald och dess potentiella effekt på effektiv kommunikation. Trots det känner de sig maktlösa kring hur de kan tillämpa sin kunskap. Konceptet kulturell säkerhet kan vara en användbar term i sammanhanget. Detta koncept innebär personcentrerad vård och att varje person tar med sig sin egna bakgrund och kultur. Synsättet kulturellt säker vård fokuserar på partnerskap och delad respekt. Det handlar om kultur och vårdetik och om medvetenhet kring patientens världsbild och även vår egen kulturella lins och våra fördomar.

## 5 Metod

### 5.1 Metodval

Då syftet med studien är att undersöka individers subjektiva erfarenhet valde jag ett kvalitativt och tolkande perspektiv. Jag valde metoden semi-strukturerade intervjuer. Detta uppnås genom samtal med personer som möter kriterierna för ens forskningsfråga/frågor. Detta samtal spelas ofta in efter godkännande av den som intervjuas. Det inspelade ljudet blir senare transkriberat (Barry och Yuill 2011).

En intervju kan ses som en ändamålsenlig konversation där den aktuella intervjun och vad personen säger ligger som grund för datainsamlingen. Det är upp till den som intervjuar att guida samtalet. Detta kan göras på två sätt: strukturerad intervju eller det vanligare sättet som är semi-strukturerade intervjuer. Denna teknik är mycket lösare och mer öppen. Intervjuaren har vissa ämnen som hen vill undersöka, med enfass på att låta dem som intervjuas uttrycka vad de känner eller deras upplevelser kring det som undersöks.

Semi-strukturerade intervjuer kräver viss kunskap, tekniker och *“styles of approaches”*. Det är viktigt att komma ihåg att personen ger av sin värdefulla tid och det kan ofta vara personliga frågor som tas upp. Detta innefattar att bete sig på ett visst sätt före, under och efter intervjun. Före intervjun är det viktigt att skapa en avslappnad miljö. Detta kan innebära att välja en plats som den som intervjuas uppfattar som trygg till exempel sin arbetsplats. Under intervjun bör intervjuaren lyssna aktivt och intresserat. Detta kan uppnås på flera sätt, men de mest uppenbara sätten kan vara att nicka och att kommentera att det personen sagt är användbart och viktigt. Att uppfattas som engagerad kan hjälpa till att få personen att ge de svaren som eftersöks. Frågorna bör alltid vara öppna, alltså inga ja eller nej frågor (Barry och Yuill 2011).

Intervjun handlar inte om att hitta en universell sanning och inte heller handlar den om en ‘objektiv verklighet. Detta är en kritik mot metoden: att det inte nödvändigtvis går att samla exakt data och därför kan de slutsatser som görs vara ogiltiga. Detta kan bero på att personen som blir intervjuad inte minns särskilda händelser, eller har ett visst synsätt – i.e. bias – angående underökningens ämne. Trots det, så handlar det om hur personen ser sin värld som eftersträvas i

en intervju och inte huruvida detta matchar någon annans världsbild.<sup>8</sup>

## 5.2 Urval

Jag började arbetet med urvalet genom att söka efter passande organisationer. Med passande organisationer menar jag sådana som arbetar med hiv-prevention, hiv-testning eller hiv-counselling. Detta började långt innan jag flyttade till Sydafrika för att jag misstänkte att det kunde ta tid att få till intervjuer. Detta visade sig vara mer än sant och jag blev varse att personalen på dessa organisationer är otroligt stressade och ofta svarade man inte på mina e-mail. Jag insåg att det bästa var att ringa och i vissa fall gå till organisationen i fråga. Mitt första urval var att endast intervjua sjuksköterskor men jag bestämde mig att utvidga mitt urval till hälso- och sjukvårdspersonal. Jag intervjuade fem sjuksköterskor på tre olika organisationer. Jag intervjuade en så kallad "health promoter" och sju så kallade "counsellors" eller bara "health counsellors" på fem olika organisationer. En av dessa organisationer var lokaliserad i Kapstaden, en i Wellington och fyra organisationer i Stellenbosch. Här är Stellenbosch en stad där majoritetsspråket är afrikaans, även i Wellington är det mest talade språket afrikaans och i Kapstaden som är den största staden i Västra Kapprovinsen och är språkligt väldigt blandad, men afrikaans är även här det mest talade hemspråket. Jag intervjuade dock på två organisationer i Kayamandi, som är en township utanför Stellenbosch där över 90 procent talar xhosa.

Tack vare att jag bodde i Sydafrika under så pass lång tid så medförde det att jag hade mycket flexibilitet och kunde möta dem jag skulle intervjua när de hade tid. En vanlig period att skriva sitt examensarbete är vanligtvis mycket kortare men jag hade som sagt nio månader på mig att leta organisationer, ringa runt och slutligen ta mig till dessa. När det kommer till val av organisationer hade jag inga krav att det skulle vara NPOs<sup>9</sup> utan de kunde vara organisationer med uppdrag och finansiering av staten. Dock så var alla organisationer beroende av bidrag, antingen från företag eller privatpersoner.

För att besvara frågeställningarna genomförde jag kvalitativa semistrukturerade intervjuer med 14 hälso- och sjukvårdspersonal. Valet av intervjupersoner byggde på mitt syfte och mina frågeställningar. Jag kontaktade många organisationer genom e-mail och telefonsamtal. Jag ville först intervjua en-

---

<sup>8</sup>Exempelvis intervjuaren eller grupper med makt.

<sup>9</sup>Non profit organisation.

dast sjuksköterskor men precis som i Sverige så har dessa ett otroligt pressat schema så till slut valde jag att inkludera så kallade counsellors (rådgivare) och det visade sig vara de som har mest patientkontakt. I en organisation fanns det vanligtvis flertalet rådgivare men endast 1-2 sjuksköterskor vilket gjorde urvalet mycket större bland rådgivare. Ibland var det personen jag haft e-mail eller telefonkontakt med som var den jag senare intervjuade men ofta var denna person en kontaktperson som sedan förmedlade intervjupersonen till mig. Så kallad "snowballing" innebär att du lär känna någon, i detta fallet olika organisationer och att denna person sedan kan introducera en till andra. Jag intervjuade en sjuksköterska som sedan berättade för två andra kollegor vad jag höll på med och frågade om de kunde medverka (Taylor och Bogdan 1984).

Av de 14 intervjupersonerna var en vit från Sydafrika och hade afrikaans som modersmål, fyra coloureds (färgade) och de hade även afrikaans som modersmål, åtta svarta som hade xhosa som modersmål och en svart person från Kamerun som hade kenyang som modersmål. Om Sydafrika hade varit hundra personer så hade 79 varit svarta, nio varit vita, nio varit färgade och tre hade varit asiater. Detta innebär att mina intervjupersoner representerar fördelningen till en viss del då de svarta var i majoritet, men jag har en underrepresentation av vita. Bland mina intervjupersoner var åtta kvinnor och sex var män. Bland intervjupersonerna finns både de som arbetat länge och de som arbetat en kortare tid. Mångfalden bland mina intervjupersoner och att de faktiskt speglar landets demografi ger mig en bra blandning av perspektiv och en förståelse för hur viktig kulturell kompetens faktiskt är.

### 5.3 Genomförande

Innan intervjuerna gjordes en intervjuguide att använda som hjälpmedel för att strukturera intervjuerna<sup>10</sup>. Denna strukturerades i tre olika teman baserat på studiens tre frågeställningar.

Intervjuerna gjordes på de olika arbetsplatserna förutom med en läkare som ansåg det bättre för honom att svara på mina frågor per mail. De som jag intervjuade face-to-face ansåg att arbetsplatsen var den lämpligaste platsen. När vi möttes var det viktigt att vi kunde sitta i ett avskilt rum där ingen kunde höra oss. Jag presenterade mig och förklarade mer i detalj vad min studie gick ut på, att de och deras organisation skulle vara anonyma och att jag inte skulle dela deras svar med exempelvis deras chef. Jag frågade sedan om det var okej att jag spelade in vårt samtal med min

---

<sup>10</sup>Se Bilaga 1.



telefon vilket det var alla gånger utom en. Kritik mot att spela in intervjuer kan dock vara att människor blir alltför självmedvetna (Taylor och Bogdan 1984). Intervjuerna tog mellan 15 och 30 minuter, förutom två då de intervjuade var uppenbart stressade och endast talade runt 5-10 minuter. Jag har valt att ta med dessa intervjuer men att inte lägga lika stor vikt vid dem som de andra. Jag avslutade intervjun med att säga att jag "have no further questions. Is there anything else you would like to bring up, or ask about, before we finish the interview?". Detta ger personen i fråga en möjlighet att ta upp frågor som hen har tänkt på eller oroat sig för under intervjun, menar Kvale och Brinkmann (2009).

Det finns ingen universell form för transkribering av intervjuer, men ett antal standardval att göra. Som att välja att transkribera ord för ord, behålla repetitioner, notera "mm", emfas av ord, skratt, sång eller borde intervjun bli transkriberad mer formellt? Jag valde det senare eftersom analysen enligt mig, inte kräver dessa detaljer.

Det som kännetecknar en kvalitativ studie är insamlandet av det talade ordet. Detta utgör sedan studiens data. Att analysera denna data kräver att undersökaren eller forskaren inte applicerar matematiska modeller i studien, som det vanligtvis görs i kvantitativa studier. Istället gäller det här att identifiera teman inom den data som finns. Det innebär att gå igenom transkripten och koda det som sägs. När detta har gjorts så är nästa steg att förstå det som sägs och att söka efter vägar att göra dem meningsfulla genom exempelvis koppling. Detta kallas axial coding. Efter detta så vill vi hitta en central eller kärn-kategori som hjälper oss att förklara vad alla koder och teman betyder. Detta i sin tur innebär att vi har en översikt på dessa koder och teman och ser vad de har gemensamt (Barry och Yuill 2011).

## 5.4 Intervjua personer från andra kulturer

Min studie behandlar just interkulturell kommunikation. När jag intervjuar sydafrikaner är det också en viss typ av interkulturell kommunikation. När vi gör interkulturella intervjuer så kan det vara svårt att vara medveten om den mängd kulturella faktorer<sup>11</sup> som i sin tur påverkar relationen mellan intervjuaren och intervjupersonen. I en främmande kultur kan det vara en fördel om intervjuaren kan bli bekant med den nya kulturen och lära några av de verbala och icke-verbala faktorer som kan bidra till att intervjuaren gör fel (Kvale och Brinkmann 2009).

---

<sup>11</sup>Vanor, praxis, positioner, narrativ resurs.

## 5.5 Giltighet och tillförlitlighet

Vetenskaplighet handlar om att ge tillräckligt goda skäl för att något ska påstås vara sant. Slutsatser ska baseras med argument och det krävs av argumenten att de är giltiga och tillförlitliga. Jag har i detta arbete använt mig av empiriskt data och resultatet är mina tolkningar av denna data (Ekström och Larsson 2010). I kvantitativa studier så används begreppen validitet och reliabilitet. (Ekström och Larsson 2010). Forskare med kvalitativa metoder använder andra kriterier, som är giltighet och tillförlitlighet. Dessa begrepp används för att bedöma studiens kvalitet. Giltighet handlar om huruvida den presenterade datan och tolkningen av den är sanningsenlig. Tillförlitlighet handlar om huruvida studiens data är hållbar över tid (Polit och Beck 2008).

Syftet med min studie var att ta reda på hälso- och sjukvårdspersonals tankar om kultur, språk och kompetenser i ett mångkulturellt samhälle. Min första tanke var att endast intervjua sjuksköterskor men jag insåg att det var svårt att hitta dem som hade tid eller så svarade ingen mig. Jag valde därför att intervjua även rådgivare, som inte är vårdpersonal i traditionell mening men arbetar närmre patienterna än någon annan personal. Efter att jag intervjuat personal analyserade jag deras svar och med hjälp av teoribakgrunden kunde jag besvara mina frågor. Metoden som jag valde var kvalitativa intervjuer. Detta handlar om att få kunskap om människors upplevelser och erfarenheter av mänskliga fenomen (Polit och Beck 2008).

Jag intervjuade 14 personer, och det brukar rekommenderas att intervjua mellan fem och tio 5-10 personer vid semi-strukturerade intervjuer. Vid ett tillfälle skulle jag intervjua en sjuksköterska och en rådgivare men på grund av tidsbrist så hann vi inte med alla mina frågor. Därför tog jag vid dessa tillfällen bort vissa frågor. Detta påverkar mitt resultat men jag bestämde mig ändå för att ha med deras intervjuer. Att mina intervjuer är så pass korta påverkar mitt resultat och då det rekommenderas att ha 60 minuters-intervjuer så är mina väldigt korta. Att jag intervjuade så pass många innebär större data. Hade jag intervjuat 14 personer i 60 minuter hade det blivit väldigt många timmar att transkribera och jag har skrivit denna uppsats själv. Hade jag istället valt att intervjua hälften, så hade jag kunnat intervjua dem längre. Ett problem som jag märkte var hur stressade personalen var och att få till intervjuer var i sig en utmaning. Hade jag då sagt att intervjun skulle ta runt en timme så är jag inte så säker på att någon hade haft tid att ställa upp. Jag funderade i början av min uppsats om jag skulle försöka få till en timmes intervjuer med färre

personer. Jag tog till slut beslutet att göra kortare intervjuer med fler personer, för att jag ville spegla den mångfald som finns i Sydafrika.

## 5.6 Etik

Vid undersökning eller forskning i hälsa, kommer man alltid att stöta på etiska problem. Speciellt när forskaren undersöker frågor som är personliga och intima för personen i fråga. Eller att det involverar konfidentiell medicinsk eller klinisk information. Ofta behöver forskare söka etiskt godkännande på grund av risken att skapa oro eller upprördhet. Många yrken har sina etiska koder, exempelvis om en sjuksköterskestudent ska skriva en uppsats så måste de i vissa fall ha godkännande från etikrådet. Det dessa etiska koder har gemensamt är att de vill uppehålla professionell standard i termer av beteende (Barry och Yuill 2011).

Jag har inte sökt det här godkännandet och jag motiverar det med att jag endast intervjuade personal, jag valde aktivt att inte intervju patienter. Innan mina intervjuer skickade jag ut några exempelfrågor, berättade i mailet eller över telefon vem jag var och varför jag ville intervju personalen i just den organisationen. Före själva intervjun när jag mötte personen jag skulle intervju, förklarade jag vad det är jag skriver om, att det är för en kandidatexamen, att de kommer att vara anonyma i min studie<sup>12</sup>, att organisationen kommer vara anonym, att jag inte kommer att dela deras svar med deras chef och kollegor och att studien kommer att vara skriven på svenska. Efter detta så frågade jag om jag kunde spela in deras frågor, vilket godkändes i 12 av de 13 intervjuerna.

---

<sup>12</sup>Alla intervjurespondenter fick fiktiva namn som jag kommer referera till i mitt resultat.

## 6 Resultat

Resultatet är indelat i tre större avsnitt med utgångspunkt i mina frågeställningar. I det första avsnittet behandlar jag “påverkar kulturella skillnader kommunikationen mellan patient och sjukvårdspersonal och i så fall hur?”. Efter det “finns det språkliga skillnader och i så fall vilken betydelse har detta enligt sjukvårdspersonalen?” och sist “vilka kompetenser ser sjuksköterskorna och annan personal som värdefulla i interkulturellt arbete och hur anser de att dessa kompetenser bör utvecklas?”

### 6.1 Påverkar kulturella skillnader kommunikationen mellan patient och sjukvårdspersonal och i så fall hur?

Upplever respondenterna att det finns skillnader? Huruvida olika kulturella skillnader kan påverka kommunikationen och huruvida olika kulturella bakgrunder leda till missförstånd fick jag lite blandade svar. Sju av mina interjurespondenter tycker att olika kulturella skillnader kan påverka kommunikation. Detta är då 50 procent av mina intervjupersoner. Vissa svarade att ibland kan det påverka, medan någon inte tycker det så länge man respekterar varandra. Alla 14 respondenter tyckte att det var viktigt med kunskap om olika kulturer. I min studie har jag även kommit fram till att kommunikation är väldigt viktigt inom hälso- och sjukvården. Av de 14 intervjupersonerna tyckte alla att kommunikation var viktig när det kommer till prevention av hiv och följsamhet till mediciner.

I en interkulturell interaktion kan olika känslor förekomma och det finns de som inte ens vill vara en del av kommunikationen. På grund av denna dynamik så har många människor negativa erfarenheter av interkulturell kommunikation. Dessa kan handla om enkla missförstånd. Det är viktigt att diskutera dessa för att kunna förbättra den interkulturella kommunikationen. Det var ingen av mina intervjupersoner som beskriver en situation där olika kulturella skillnader eller bakgrunder har lett till allvarliga situationer; exempelvis hot eller våld (Martin och Nakayama 2013).

Att bli förvånad eller förundras över en sedvänja eller tradition som du aldrig hört talas om innan är normalt, men att inte se bortom sin egen kultur och därmed inte acceptera andra sedvänjor och traditioner kan leda till missförstånd och konflikter. När jag har talat med mina intervjupersoner så har ingen berättat om att kulturella skillnader har lett till konflikter. De har berättat om att de

har patienter som har andra traditioner, trosuppfattningar eller språk men det är ingen av dem som uttryckt sig fördomsfullt eller rasistiskt. Vid frågan om de tycker att det är viktigt med kunskap om andra kulturer så har alla, förutom en sagt ja direkt.

Kultur har varit den röda tråden i min uppsats. Kultur anses ofta vara kärnkonceptet i interkulturell kommunikation (Martin m. fl. 2013). Kulturell kunskap inom sjukvården är viktig på grund av att vården av människor i ett multikulturellt samhälle har behov av förståelse för likheter och skillnader hos kulturer, och även kunskap om ojämlikhet inom sjukvården. Skillnader som kan bero på strukturer i samhället, så som makt. Detta kan leda till stereotyper, fördomar och diskriminering. För att motverka detta så måste en relation sjukvårdspersonal-patient emellan bygga på förtroende och ömsesidig respekt.

Jag märkte att frågan om olika kulturella skillnader kan påverka kommunikationen är en svår fråga att svara på. Ibland fick jag lite mer utförliga svar. Det är en komplex fråga verkar det som. Johan, en afrikaans-talande läkare som arbetar med hiv, fick frågan om kulturella skillnader påverkar kommunikationen:

*“It does, in other settings its difficult doing dietary counselling to a certain population as you didn’t grow up eating that type of food. Or even importance of exercise. Sometimes its all about context.”*

Något som togs upp vid fyra tillfällen var svårigheten för rådgivare att prata med xhosa-män om manlig omskärelse. Manlig omskärelse är en viktig del i xhosa-kulturen och är traditionellt något männen gör i “bushen” men det är rådgivarnas jobb att informera dessa män om fördelarna att omskära sig på en klinik istället så kallad “medical male circumcision”. Manlig omskärelse är något som rekommenderas som en preventiv åtgärd mot hiv-smitta. Vid frågan om olika kulturella bakgrunder kan bidra till svårigheter eller missförstånd så svarade Annelie, en xhosa-talande rådgivare:

*“Sometimes it does because like for me as a Xhosa girl its not easy for me to say to the Xhosa man and explain to that Xhosa man about circumcision because in our culture we dont talk about circumcision but now according to the hospital when we give education you need to talk about it.”*

Den andra rådgivare, Isabelle, som var afrikaans-talande sade detta om att prata om manlig omskärelse med xhosa-män och jag frågade om det var ett känsligt ämne:

*“Yes, for them. Because they have their own rituals. And for them they dont talk about that, it’s off limits. So thats actually one of the challenges I have with the older guys. With the younger guys they go with the flow.”*

I ett sådant här möte är de två kvinnorna medvetna om de djupt rotade värderingar och normerna som finns här. Det är just här som komplexiteten mellan kultur och kommunikation gör sig påmind. Att kunna identifiera kulturella värderingar hjälper oss att förstå breda kulturella skillnader, men det är även viktigt att veta att inte alla i en viss samhällsgrupp har den dominanta värderingen (Martin m. fl. 2013).

Leo, en xhosa talande rådgivare, pratar även han om omskärelse och han berättar att på hans organisation får de bra utbildning och det tycker han är mycket viktigt. Han arbetar på den organisation där jag intervjuade flest rådgivare, fem stycken och här får de alltså utbildning och handledning av en socialarbetare en gång i månaden.

*“I will just make an example. MMC, medical male circumcision. In my culture we believe that if you’re going to be a man, you have to go to the bush and be circumcised there. But now I have to convey the message that there is the MMC which is much safer then then the one that will be done in the bush. So I think because of the trainings that we have, we are trying to serve in the best interest of the clients.”*

Vanessa, en annan rådgivare tog upp något hon anser påverkar kommunikation som var att ge äktenskapsrådgivning till vissa kulturella grupper:

*“And it also affects when it come to the condom use when it come to a married couple you know, now we have to tell them to use condoms which isn’t in our culture also when you’re married you’re not supposed to be worried about your partner getting infections and all that because you are married. But we had a lot of clients that are being HIV-positve while they are married. That’s why we have to promote condom use, which in our culture is not happening. You know*

*they have a paid lobola<sup>13</sup> they have, you know, for that woman and now we as counsellors have to tell them what to do you know... it affects. It's a difficult situation.*“

Denna situationen är lite liknande den med xhosa-männen och omskärelse. Här handlar det om gifta män som får rådet att använda kondom eftersom de är otrogna mot sina fruar. Detta är självklart känsligt men samtidigt mycket viktigt för att det finns en risk att frun annars kan smittas om mannen inte tar medicin. Jag märker på dessa rådgivare att de tycker att dessa ämnen är jobbiga att ta upp men samtidigt är det deras jobb. Huruvida dessa männen lyssnar på en, som det verkar mest av gångerna, en kvinna som dessutom kanske är yngre vet jag inte. Hur en rådgivare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal tar upp dessa frågor som inom en viss kulturell kontext är stigmatiserande är säkert svårt. Det är här utbildning och mentorskap kommer in i bilden.

Vad får skillnaderna för konsekvenser? De flesta av serviceinstitutionerna, hiv-klinikerna och de organisationer och kliniker som ingår i min studie är flerspråkiga och multikulturella. I många kliniska möten mellan läkare och patienter från olika kulturer/olika språk, är det möjligt att behandla sjukdomar ändå. Detta är inte riktigt fallet när det kommer till en hiv-klinik. Framgångsrik behandling av hiv och att få bra resultat från ARV-behandling, är beroende av bra kommunikation (Anthonissen och Meyer 2008).

Kulturella skillnader är en del av livet i Sydafrika, men inte nödvändigtvis något människorna jag intervjuat anser spelar så stor roll i kommunikationen.

Att mina intervjupersoner ibland har svårt att svara på om kulturskillnader (svar som kanske och ibland) påverkar kommunikationen eller leder till problem kan bero på att kulturen inte ges så stort utrymme i Sydafrika. Alltså, att det inte är något man tänker på eller tillskriver människor egenskaper för att de är från en viss kultur. Viktigt att tänka på är att kulturell tillhörighet är mångbottnad och det går inte alltid att veta vilken kultur en person tillhör.

Hälso- och sjukvårdspersonal bör vara icke-dömande. Detta kan vara svårare än det låter, men vi tror gärna att vi inte dömer människor baserat på våra egna kulturella värderingar. Vid frågan om kulturella skillnader kan påverka kommunikationen togs det upp vid två tillfällen att patienter kan känna att rådgivaren är dömande, eller en annan rådgivare som menar att om du inte känner till en persons bakgrund är det lättare för dig att vara dömande. Detta kan i sin tur leda till

---

<sup>13</sup>Lobola är priset för bruden och hör till traditionen inom de flesta äktenskap i östra och södra Afrika

att kommunikationen påverkas om patienten känner det som att hälso- och sjukvårdspersonalen ser ner på vad denna person tror på eller praktiserar. Detta i sin tur är ett stort problem i den interkulturella kommunikationen.

Alla jag intervjuat anser att det är viktigt att ha kunskap om olika kulturer. En sjuksköterska berättade att när han studerade så fick de lära sig om olika kulturer i sina kurser. Om du är sjuksköterska i Sverige eller Sydafrika så kommer du att komma i kontakt med människor från olika kulturer varje dag. Kulturell kunskap inom sjukvården är viktig på grund av att vård av människor i ett multikulturellt samhälle har behov av förståelse för likheter och skillnader hos kulturer, och även kunskap om ojämlikhet inom sjukvården. Skillnader som kan bero på strukturer i samhället, så som makt. Detta kan leda till stereotyper, fördomar och diskriminering. För att motverka detta så måste en relation sjukvårdspersonal och patient emellan bygga på förtroende och ömsesidig respekt. Jag tror att det är mycket skadligt i en sjukvårds-patient relation om exempelvis läkaren är etnocentrisk, vilket innebär att man anser att ens egna kultur är bättre än andras. Stereotyper är något som vi alla har, men som hälso- och sjukvårdspersonal är det viktigt att vara medveten om dessa och se på dem med ett öppet sinne och vara nyfiken på sina patienter och lyssna på dem för att förstå deras världsbild. Det finns även positiva sidor för hälso- och sjukvårdspersonal som jobbar på en multikulturell arbetsplats och i landet i stort. Exempel på det är den språkliga och kulinariska mångfalden som finns i länder som Sydafrika.

Margareth, en annan sjuksköterska som talar afrikaans och jag intervjuade resonerade kring kulturella skillnader:

*“We are raised differently, we have different belief systems, we have different family structures et cetera... et cetera. I think its extremely important, its imperative, you cannot... and thats why so many of our people, our black... our black and coloured or non-English speaking patients suffer in our hospitals because people deny their rights to their cultural beliefs.”*

Att undersöka frågor som rör hiv och följsamhet till medicin är komplext och det finns väldigt mycket forskning inom ämnet. Genom att intervjua personal vars jobb det är att se till att en patient tar sin medicin ville jag få reda på om Sydafrikas kulturella bredd spelar någon roll för just det arbetet. Kontext, kultur, språk, livsvärld har alla en betydelse när det kommer till följsamhet. Kommunikation, tillit och information är också viktiga delar för att uppnå god följsamhet. När



jag talade med Margareth angående patienternas brist på tilltro till personalen på sjukhusen och patienter som inte förstår hur och när de ska ta sin medicin så är detta ett stort problem. Ofta kommer läkare och sjuksköterskor från andra bakgrunder och talar andra språk än patienterna. Är det då språket eller själva kulturen som kan leda till missförstånd och ovilja att följa medicineringen? Är det kanske en blandning och vad kan då underlätta förståelsen?

Jag frågade mina intervjupersoner om deras åsikt kring traditionella helare och fick blandade svar. En klar majoritet anser att patienter konsulterar traditionella helare och någon anser att det inte är ett problem. Maria, en afrikaanstalande sjuksköterska belyser vikten av information så att patienten sedan kan göra ett informerat val, men att de i slutändan inte är emot det speciellt i den palliativa vården där hon jobbar. Det uppskattas att 80 procent av Sydafrikanerna konsulterar traditionella helare vid sidan av vanlig hälsovård. I en patientcentrerad vård är det just patienten som gör valet i slutändan.

*“And like, were giving them a chance to make an informed decision, you see, and then they can decide but we are not against that.”*

Johans åsikter:

*“I think it’s a problem in the sense that we don’t know what they are being given. And how it will interact with medicine that we are prescribing. Currently traditional healers are recognized by the Health professional Council of South Africa and they do have a place in the broader multidisciplinary management of our patients. But there’s usually big discord between what we (as medically trained staff) and they think is wrong. For example, they don’t recognize mental illness as an organic problem in the brain or disturbance of neurohormonal chemicals but will rather think that something like depression is due to bewitchment.”*

### **6.1.1 Analys**

Litteraturen visar att hälso- och sjukvårdspersonal bör vara medvetna om kulturella skillnader men samtidigt veta att det är den personcentrerade vården som ska förespråkas. Litteraturen visar att ju mer personalen tar reda på om personen desto lättare blir det att vårda. När personal och patient inte delar språket behövs det hjälp av andra verktyg, som tolkar för att patientens önskemål ska

nå fram. Situationen med tolkar i Sydafrika visar att denna service är mycket bristfällig och det oftast är en kollega eller familjemedlem som tolkar. Mer om detta i nästa avsnitt.

Ting-Toomeys teori "identity negotiation theory" handlar om vår självidentitet i interkulturell kommunikation. I Sverige är det ganska lätt att leva ett liv där du inte behöver kommunicera med människor från andra kulturer. I Sydafrika är detta inte så lätt så vad Ting-Toomey menar är att ju säkrare en person är i sin identitet desto troligare är det att hen kommer interagera med människor från andra kulturer. Är du inte säker i din självidentitet så kan interkulturell kommunikation leda till ångest. När jag pratat med mina intervjupersoner så förstår jag att det ingår i deras jobb att ge bra service till alla, oberoende av kulturell bakgrund och det är ingen som jag har intervjuat som har beskrivit stora motsättningar mellan sig själva och någon från en annan kulturell grupp. Det verkar som att många av dem jag intervjuat är kunniga rörande patienternas kulturer och i och med detta kan de bemöta sina patienter med större respekt.

När jag har frågat om kulturella skillnader kan påverka kommunikation så fick jag exempelvis ett svar om att det handlar om kontext. Läkaren menar att det kan vara svårt att ge diet-rådgivning i en viss kontext. Kontext, kultur och kommunikation är sammanlänkade. En sjuksköterska pratar om patienter som söker vård på sjukhusen och nekats rätten till sin tro och kultur. Här är kontexten ett sjukhus och sociala, politiska och historiska strukturer spelar in. Svarta har genom tiderna i Sydafrika nekats sjukvård men så är det inte längre. Trots det, så måste sjuksköterskor och läkare som ofta har afrikaans eller engelska som modersmål vara medvetna om denna historia. Att förstå att det kan finnas ett motstånd för en svart sydafrikan att testa sig för hiv på grund av olika saker. Det kan finnas ett motstånd mot västerländsk medicin, en misstro, och om ens läkare har ett ointresse för personen kan detta leda till att patienten känner missnöje. Det handlar också om att hälso- och sjukvårdspersonal bör vara medvetna om att svarta sydafrikaner är kollektivistiska och filosofin om ubuntu är något man ofta lever efter.

Litteraturen beskriver Sydafrika som det land i världen med flest människor smittade av hiv. Ett enormt antal böcker, rapporter och forskningsstudier har gjorts med syftet att lösa varför det är så. Många forskare pekar på sambandet mellan apartheid och hiv. (Chasi 2014) menar att apartheid har lett till svårigheter för kommunikation om de existentiella frågor som hiv/aids leder till. Han menar att i ett demokratiskt samhälle så är människor mindre riskbenägna, exempelvis när det kommer till att ha skyddat sex. Ett demokratiskt samhälle ger människor större möjligheter att

motverka hunger och epidemier. Inom studieområdet kommunikation i relation till hiv/aids finns det inte många som diskuterar huruvida kommunikationen har försvårats på grund av apartheid.

Forskare menar att sjukdoms-bördan drabbar sydafrikaner olika. Alltså, vissa provinser har färre smittade och svarta är smittade i större utsträckning än vita och färgade. Studier visar dock att Sydafrika har gjort framsteg med ART och andra bromsmediciner över åren men att man måste bli bättre på preventivt arbete. När jag har intervjuat hälso- och sjukvårdspersonal har alla 14 tyckt att kommunikation är viktigt när det kommer till prevention. Det handlar inte alltid om att människor inte vet att hiv smittar genom oskyddat samlag men ändå använder män inte kondom. Utmaningen för mina intervjupersoner och deras kollegor att ändra folks beteende kring säkert sex är stor och komplex. Hälso- och sjukvårdspersonal, politiska ledare, organisationer, ungdomsledare och så vidare har tillsammans ett stort ansvar.

## **6.2 Finns det språkliga skillnader och i så fall vilken betydelse har detta enligt sjukvårds-personalen?**

Jag fick olika svar: sex ja, två "ibland" och ett "kanske" och fem nej. I några fall så arbetar personen någonstans där hen talar samma språk som majoriteten av de patienter som söker hjälp. På grund av den segregering som fortfarande finns i Sydafrika lever folk åtskilda beroende av hudfärg. Pratar jag då med en xhosatalande rådgivare som arbetar i Kayamandi som är ett xhosatalande samhälle så upplever hen inte dessa skillnader. När jag istället pratat med en sjuksköterska som kommer från östra Kapprovinsen där en majoritet talar xhosa och jobbar i Stellenbosch, där majoriteten talar afrikaans har hen en annan upplevelse.

En av mina inledande frågor var vilket språk de talar och fyra av dem pratar afrikaans, sex av dem pratar xhosa och en rådgivare var från Kamerun så hans modersmål var inte ett sydafrikanskt språk. Fem av dem angav att de pratade både xhosa, afrikaans och en av dem kunde prata sesotho utöver xhosa och en kunde prata lite zulu. Jag specificerade inte min fråga så jag vet inte hur bra de talar respektive språk, alltså om det är modersmål eller grundläggande kunskaper. Vissa svarade att ett visst språk var deras modersmål, men som sagt inte alla. Alla talade även bra engelska.

Språk spelar en viktig roll i interkulturell kommunikation, på så sätt att den är nära kopplad med vår identitet. Språk är även sammankopplat med de grupper vi tillhör och vår sociala status. I en värld av över 6000 språk, är det lätt att tro att bra kommunikation endast handlar om vi talar

samma språk så är allt frid och fröjd men så enkelt är det ej (Martin och Nakayama 2013).

Vilka skillnader pratar de om? Olika skillnader i kultur, utbildningsgrad och språk kan leda till stora eller små missförstånd. En av mina frågor rörde utbildning och språk och vilken av dessa faktorer min intervjuperson tyckte är den viktigaste bakom missförstånd. En klar majoritet valde språk som den viktigaste faktorn. Vad detta beror på har jag inte gått närmre in på, men en anledning kan vara att många av dem som jag intervjuat är rådgivare och har ingen högre utbildning och är därför mer jämbördig sin patient. Läkare och sjuksköterskor använder möjligtvis en medicinsk jargong som kan vara svår att förstå för en person som inte gått i skolan i så många år.

En sjuksköterska som jag intervjuade sade att patienten kan känna sig obekvämt att be om hjälp om de inte talar samma språk. Detta händer dock inte så ofta, enligt honom. En annan sjuksköterska som talar afrikaans i en organisation med en stor majoritet xhosa-talande patienter, sade att hon ber patienten att repetera den information som hon just berättat för att försäkra sig om att patienten har förstått.

Vad får skillnaderna för konsekvenser/vilka problem medför de? Jag pratade med en rådgivare som var afrikaanstalande som berättade att hon hiv-testat en kvinna som visade sig vara hiv-positiv. När hon berättade detta så blev kvinnan glad och trodde att det var något bra att vara hiv-positiv. Det slutade med att hon fick ta in sin kollega som fick berätta på kvinnans modersmål xhosa och då bröt kvinnan ihop. I denna situation är det uppenbarligen något som gått snett och jag undrar om det handlar om kulturella skillnader, språkliga skillnader eller brist på utbildning från kvinnans sida. Det kan också vara en kombination. Så här sade Isabelle om denna situation.

*“Yes. Just recently I had a client before I start testing. I always do the pre counselling and I would explain (...) the results. If it is two lines it means its positive, you have it. And if it is one line it means it is negative, you dont have hiv. (...) The client understood and I asked: “Can I test you?”. She said: “Yes, that’s fine” and then... you know... for someone... they hear the word positive they think that it is good. (...) I tested the client positive... and it was a xhosa lady and she was so excited... (...) I explained to her: “Do you understand your results?” and she says: “Yes Im fine I know what my result is” but she couldn’t speak well english... just a little. And then I had to (...) go down and explain again and she said: “yes I know. You just told me Im positive” and then*

*I realized either she is in chock and blocking it out or she is not understanding. (...) then I asked her if I could call my colleague in... and then she came in and she explained it... she was (then) devastated. So for me, that was actually one of the incidents I had that I dont normally have.”*

Margareth jobbade med hiv för några år sedan, men nyligen har organisationen inte kvar det programmet. Jag frågade henne hur språkbarriärer kunde påverka hennes arbete när hon arbetade med patienter med hiv. Hon beskrev ett problem med patienter som inte kunde läsa. Dessa patienter tog tabletter med bilder på förpackningen: exempelvis en soluppgång som skulle illustrera morgonmedicinen. Hon märkte att dessa patienterna tog dubbla tabletter om de hade tabletter hemma med ett annat läkemedelsnamn. Hon berättade att hon ställde larm på patientens telefon eller visade med hjälp av en klocka för att vara övertydlig i och med att patienten inte kunde veta om de tog dubbla tabletter.

*“But you have to be very very specific because of the language barrier. So you do it in two ways: do the explanation and use whatever tools you got but then you also make sure you explain it again in their mother tongue using an interpreter or who is ever available and also try to find a family member who can understand it perhaps better than the patient because that’s something that goes wrong quite often. People don’t take the medication correctly because they haven’t been explained how.”*

Margareth berättar om missförstånd och vad hon gör för att undvika dessa:

*“Yeah, I do think it causes misunderstanding but I think with experience comes the... uh... ability to be able to identify when that’s happening. So it’s like, when you’re explaining something to somebody how to use medication... um... what we often do is use it of the point of view of not looking at it as if people can read and understand but more using examples. So we... you have to check in quite often on what has been understood. So I often get people to repeat back to you what you’ve said but if it’s vital information or I can see that there’s a lack of understanding I can always get one of the staff members to help. And our team has been together for quite some time, so we find that when we are in a group and we discuss some things it’s often someone in the team will communicate in IsiXhosa to each other but then give it back to us in English so we all get by quite well.”*

Isabelle anser att språkliga skillnader kan leda till missförstånd men förlitar sig på sina kollegor:

*“It could be... it could be.. I’m fortunate to be in a facility where I have Xhosa speaking counsellor as well. So if I struggle with a client I can always refer them to her or with their permission I will call her in and she would translate”.*

En annan xhosa-talande sjuksköterska, Fabian, jobbade på ett hospice i Stellenbosch och menade att majoriteten av patienterna talar afrikaans. Jag ville veta hur ofta hans kollegor som talar afrikaans måste översätta och han sade att det händer kanske en gång i månaden. Han menar dock att de flesta av patienterna kan tala engelska. Vad är det värsta språkskillnaderna kan leda till enligt honom, undrade jag?

*“Yeah, yeah. They can create differences and also discomfort with the patient because the patient won’t feel comfortable to ask you for help if like... he can’t speak the language that you understand but it’s not a common thing.”*

Sjuksköterskan beskriver här att det kan finnas patienter som känner sig obekväma att be om hjälp om de inte talar samma språk som sjuksköterskan. Jag intervjuade Anja, en rådgivare som menar att hon är flytande i xhosa, afrikaans och engelska och arbetar i Stellenbosch. Hon berättade att hon brukar hålla i så kallade “health talks” där hon för en grupp människor pratar om hälsa. Då sade hon att majoriteten som kommer dit talar afrikaans, även xhosa-talande människor som kommer dit talar ofta afrikaans. Hon menar att xhosa-talande människor har lättare för att lära sig afrikaans. Hon pratar då ofta afrikaans på dessa gruppmötena. Är det någon som inte förstår något så tar hon det på engelska. Jag tror att denna strategi att tala majoritetsspråket och hoppas att alla förstår kan leda till missförstånd som denna rådgivaren kanske inte tänker på. Det kan mycket väl vara så, precis som sjuksköterskan i det föregående exemplet nämner med patienter som känner sig obekväma, så kan dessa människor inte viljestöra och be rådgivaren att ta det på engelska. Hon menar att det inte går att ta det på alla tre språken för det tar för lång tid men att hon ändå förklarar om det skulle vara att någon inte förstår.

*“Because if youre doing a health talk you cant speak all three languages. It’s gonna be a long thing.”*

Till Sydafrika kommer även många migranter från andra länder i Afrika. Då menar Johan, den afrikaans-talande läkaren, att det finns en stor population av flyktingar som inte ens talar engelska och även patienter som kommer från Östra Kapprovinsen som söker vård som inte heller talar engelska

*“Yes, occasionally we see patients who travelled from rural Eastern Cape in search of help. And they only speak Xhosa. We also have a huge population of refugees who don’t understand English.”*

Mångfalden på klinikerna i Sydafrika kommer i många olika former och att inte vara flytande i engelska kan vara till en fördel snarare än en barriär. Att anpassa sig för att missförstånd kan hända (eller möjligheten för missförstånd) kräver ömsesidig ansträngning och flera av kommunikationsbarriärerna behöver då inte infinna sig, även utan en tolk. Mellan personal/patient är det troligt att det finns någon slags ömsesidig förståelse för att meddelandet ska tolkas korrekt och att strategier för att detta ska ske då används.

Ett hinder för den interkulturella kommunikationen är språket och hur olika språk eller olika mycket kunskaper i exempelvis engelska kan skapa problem. Jag skriver även om hur ett majoritetsspråk, i det här fallet engelska kan vara exkluderande. Just språket och att alla inblandade inte talade samma språk, har jag kommit fram till inte alltid skapar problem.

Den språkliga mångfalden finns både bland personal och patienterna och på frågan om språkliga missförstånd sker bland personalen var det inte så vanligt, men jag fick några exempel. En sjuksköterska berättade att under möten kan hans kollegor tala afrikaans med varandra och då säger han och de andra som inte förstår “Guys we dont understand, can you use English?”. Så uppenbarligen finns det situationer där kommunikationen försvåras och kan förbättras. På själva organisationerna verkar det som att språket som talas personalen emellan för det mesta är engelska. I detta fallet som sjuksköterskan nämnde med sina kollegor som talade afrikaans och i ett annat fall berättade en xhosatalande rådgivare så brukar sjuksköterskorna där han arbetar tala afrikaans. Så här säger Leo om detta:

*“We will sometimes compromise and speak Afrikaans.”*

När jag har intervjuat hälso- och sjukvårdspersonal framgår det att några av dem får fungera

som tolk åt sina kollegor lite då och då. När jag intervjuar en xhosa-talande sjuksköterska på en av organisationerna så berättar han att han får agera tolk ungefär en gång i månaden och det ser han inte som ett problem. Detta är en organisation i Stellenbosch med fler afrikaans-talande än xhosatalande. I Stellenbosch verkar afrikaans vara det mest talade språket medan de organisationerna i Kayamandi som är en "township" utanför Stellenbosch där en klar majoritet talar xhosa. Just rådgivare som har en mycket lägre utbildning än en sjuksköterska eller läkare talar oftare xhosa medan de med högre utbildning oftare talar afrikaans.

Ett exempel på någon som jobbar i en sådan samhälle är Ann som är en rådgivare i Kayamandi och pratar fyra språk: xhosa, afrikaans, engelska och zulu. Nedanför, mina frågor har ett S och hennes svar har ett A.

*S: What mother tongue do your clients normally have?*

*A: Xhosa. Because it's a black community that we're working at so... yeah*

*S: Would you say almost 100%?*

*A: Okay, so I could say almost 90% to 85%*

*(...)*

*S: Do you have to interpret a lot if your coworkers doesn't speak IsiXhosa?*

*A: Yes*

*S: That happens on a daily basis?*

*A: Not, not on a daily basis*

*S: How often would you say?*

*A: Maybe 2 times a week. Or once a week."*

En vanlig utveckling i organisationerna och på klinikerna efter hiv-epidemin i landet är tränade rådgivare vars jobb är att assistera det medicinska teamet. Dessa rådgivare utbildas av organisationen de jobbar på. Rohleder och Swartz (2005) visar att rollen för denna yrkesgrupp är dåligt definierad och ofta inte så effektiv. De har ofta mindre formell träning än andra hälso- och sjukvårdspersonal och de har ingen formell hierarki. Deras jobb är krävande emotionellt och ofta känner de sig isolerade. Evans (2010) fann att den träning de får innan de börjar jobba, speciellt runt management och kommunikations-skills varierar.



För patienter med hiv är det livsviktigt att de tar sina mediciner på exakt utsatt tid och lever ett allmänt hälsosamt liv. Några barriärer till detta kan vara: diskriminering, fattigdom, kön, utbildning, religion, läs-och skrivkunnighet, tillgången till sjukvård och ekonomiska resurser. Några av de barriärer som uppstår är på grund av bristande kommunikation från hälso- och sjukvårdspersonal.

De flesta av personerna som jag har intervjuat är hiv-rådgivare och är en yrkesgrupp som inte är hälso- och sjukvårdspersonal formellt men de har en mycket viktig roll att testa patienter för hiv, att hålla gruppsamtal inom exempelvis hiv-prevention och mycket annat som har med hälsa att göra. På en av de organisationer som jag intervjuade flest rådgivare (4st) förstod jag att dessa får mycket vägledning av en socialarbetare och kurs en gång i månaden. Dessa rådgivare är de som har mest patientkontakt och är ofta med den hiv-drabbade och ger rådgivning så ofta som patienten behöver det. På frågan om den jag intervjuat har varit med om något missförstånd så får jag varierande svar; vissa har aldrig varit med om något alls. Medan vissa varit med om viktiga missförstånd eller potentiella missförstånd.

Marta, som är en xhosa-talande rådgivare gav ett exempel på en situation då det lätt kunde bli missförstånd:

*“The client came to test HIV and she the client doesn’t even understand English. So now she had to call the boyfriend... (...) now there is no confidentiality because when the counsellor is testing the lady, it’s supposed to be the counsellor and the lady. But because the lady doesn’t understand English then she had to call the boyfriend. So now you’re supposed to tell the boyfriend what’s the status... and the boyfriend telling the girlfriend... and you don’t even know that the message is passed well to the other person because you’re only talking to a third person and that’s the one conveying the message.”*

Det som denna rådgivaren beskriver är en situation som inte är etiskt försvarbart. I Sydafrika är det inte lag på att använda en tolk inom sjukvården. I Sverige exempelvis har patienter rätt till att ha en tolk i hälso- och sjukvården. Då mötet mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient går ofta ut på att ett problem ska lösas är det viktigt att alla parter förstår. Kommunikation kan definieras på många olika sätt men det kan exempelvis definieras det som en ”process som strävar efter att skapa förståelse”. (Edberg och Wijk 2014). I den här situationen så krävdes det en tredje part för att skapa förståelse, men istället för att använda sig av en tolk så var det pojkvännen som

skulle förmedla viktigt information över telefon. I en face-to-face situation så använder vi oss av icke-verbal kommunikation så som ansiktsuttryck men över telefon kan dessa viktiga samtal leda till missförstånd. Rådgivaren kan inte veta att pojkvännen har förstått vad hon sade. Om den här kvinnan har blivit smittad av hiv från sin pojkvän vill kanske han inte berätta det, och det är uppenbarligen mycket problematiskt.

Engelska används ofta då det antas att båda parterna förstår och talar det, men ibland kan det bli rörigt. Som en rådgivare som brukar hålla i grupp-rådgivning och då vara tvungen att tala xhosa för att sedan översätta till engelska. Jag intervjuade en läkare som berättade att det finns flyktingar som kommer från Demokratiska Republiken Kongo och som talar franska och då brukar han använda sig av släktingar som tolk. Det här är två olika situationer som kan uppkomma men med samma slutmål om att skapa förståelse.

Frågan om vilket språk som ska talas när, till vem och varför är relevant i Sydafrika. Så kallad kodväxling innebär enligt Muysken "the use of more than one language during a single communicative event". Enligt dem som jag intervjuat är detta vanligt förekommande då de möter folk som talar engelska, afrikaans och xhosa på en daglig basis (mest förekommande språk i Västra Kapprovinsen). Enligt vissa så är engelska det enda språket att använda när det handlar om hiv för att mycket av det vokabulär som måste användas inte finns på xhosa. Något som dessa counsellors gör mycket är att ha gruppsamtal, och då måste de ibland underlätta för olika språkgrupper. Engelska är då ett naturligt val, men vad händer när det finns de som inte behärskar engelska? Margareth svarar:

*"I do it in some English and some Afrikaans, depending on the audience. But most of the group today could understand English. You kind of mix up the language a little bit."*

En annan intervjuperson som även han gör så kallade "health talks" fick frågan av mig om han i början av samtalet frågar vilka språk personerna där talar. Så här svarade rådgivaren Leo:

*"I'm sorry there.. I don't remember me asking if there is someone there speaking another language you know. We just greet and start to do what we are supposed to do."*

Denna situation är problematisk men som en annan rådgivare som jobbar på samma organisation som Leo förklarade så finns det inte tid att göra dessa samtal på mer än ett språk. Ur patientsyn

så är detta mycket problematiskt, då personen som inte behärskar ett visst språk kanske väljer att inte gå på dessa mötena om de vet att de inte talar majoritetsspråket eller så förlitar man sig på den lilla kunskap man har och går dit ändå.

### 6.2.1 Analys

Det är ett enormt tryck på hälsovården i Sydafrika. Det har inneburit att nya arbetstillfällen har skapats där flerspråkighet är en tillgång. Vårdpersonal så som läkare och sjuksköterskor saknar språkkunskaper så har just rådgivare fått utbildning att göra det arbetet som andra inte kunnat utföra. Dessa rådgivare är mycket kunniga. De gör mycket och behärskar ofta två till tre språk.

Människor kan vara bilingual eller flerspråkiga och de kan kodväxla beroende på situation. Utifrån teorier om kodväxling och “communication accommodation theory” (Gallois m. fl. 1995) kan mina intervjupersoners förhållningssätt till kodväxling ses som en strategi för att anpassa sig till sina patienter. Vid några tillfällen pratar rådgivare och en av sjuksköterskorna angående gruppsamtal hur de förhåller sig till dessa. Att ofta är det språket som talas av majoriteten i det rummet som rådgivaren då talar, men om det är någon som inte förstår tar hon det på exempelvis engelska eller afrikaans. Jag noterade dock ett fall då rådgivaren inte frågar i början av gruppsamtalet vilket språk människorna där talar utan tar allt på xhosa. Detta kan ha motsatt effekt och istället vara ett undvikande av att rätta sig efter andra (Muysken 2011).

Intervjupersonerna har olika syn på språkskillnader och huruvida det påverkar deras arbete eller ej. Det som spelar in är om de jobbar i en kontext där de talar majoritetsspråket eller om de tvärtom jobbar där de talar minoritetsspråket. När jag pratat med personer som arbetar där patienterna inte talar samma språk som dem, så är engelska det självklara valet. I de fall där patienten inte talar engelska, ber de en kollega översätta. Det är ingen som jag intervjuat som uttrycker stor ångest inför dessa mötena och det kan förklaras med hjälp av “identity negotiation theory” som jag nämnt i den förra analysen. Att mina intervjupersoner känner ett lugn inför möten med människor från andra kulturer kan möjligtvis förklaras av att de har erfarenhet av att möta människor från olika kulturer. De har kunskap om kulturer och vet kanske varför vissa människor beter sig på ett viss sätt.

I Sydafrika så har regeringen formulerat politik kring flerspråkighet. “*The language provisions*

*of the Constitution of South Africa*” är en inkluderande policy som står för sammanhållning och socioekonomisk utveckling av landet. Penn och Watermeyer (2018) skriver att politiken utformades för att gynna språken och människors rättigheter, men att resultatet lämnade mycket att önska inom vårdsektorn. Bristen på tolkar gör att många av de rådgivare som jag intervjuat har behövt översätta för sina kollegor, vilket inte ingår i deras arbetsuppgifter. Trots det, så verkar det inte som att de som jag pratat med har något emot det.

Språkpolitik kommer till för att uppnå vissa mål. Detta kan handla om assimilering, eller som i Sydafrikas fall; att skydda minoritetsspråk. Frågan om huruvida det var en bra idé att ha elva officiella språk kan jag inte svara på, men jag tror att i ett land som Sydafrika är det mycket viktigt för alla att ”utsättasig för interkulturell kommunikation. Gudykunst (2002) skriver om att det kan vara bra att vara medveten om skillnader och likheter. Om en person kan undvika att kategorisera andra, se att det finns skillnader oss emellan men samtidigt respektera detta så kan vi få ut mer av kommunikationen.

### **6.3 Vilka kompetenser ser sjuksköterskorna och annan personal som värdefulla i interkulturellt arbete och hur anser de att dessa kompetenser bör utvecklas?**

I detta avsnitt besvarar jag frågan om vilka kompetenser och egenskaper som hälso- och sjukvårdspersonalen tycker är värdefulla i sitt arbete och även hur de anser att dessa kompetenser bäst utvecklas. Jag diskuterar träning och erfarenhet som vägar till interkulturell kompetens.

Vilka kompetenser som personalen tycker är viktiga i sitt arbete i en interkulturell miljö fick jag svar som exempelvis tålmod. Ett annat svar var respekt och empati. Med respekt menas en genuin och autentisk förståelse för den person du interagerar med och med empati menas att du kan uppleva den andre personens perspektiv, känslor, tro och attityder som om de var dina egna. Att gå i deras skor, helt enkelt (Tjale och De Villiers 2004). En annan kompetens är att kunna lyssna. Att som hälso- och sjukvårdspersonal lyssna uppmärksamt och att sådant som fysisk placering (hur jag sitter), kroppsliga rörelser och ögonkontakt är viktigt att tänka på. Det är grundläggande värden men att som hälso- och sjukvårdspersonal lägga vikt vid dessa så kanske missförstånd kan överkommas lättare.

Forskare inom interkulturell kommunikation har kommit fram till fyra komponenter som är viktiga: motivation, kunskap, attityder och beteende.

Motivation hos hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar för att motverka hiv är otroligt viktigt. Har de ingen motivation att förändra situationen så spelar det ingen roll hur mycket kompetens de än har. Jag tycker att hälso- och sjukvårdspersonalen som jag har intervjuat är motiverade och vet att deras arbete är mycket viktigt. En av intervjupersonerna uttryckte stor stolthet för rådgivar-yrket:

*“(...) It’s a nice feeling when you know that you did something great, you saved a life. That makes you feel great because in our community, most of us are working in our community. In the communities that we are staying in, so most of the kids and the adults are looking up to us. Like this lady saved my life for showing me this and this. So I think the counsellors are doing a really good job. Yeah.”*

Ett exempel på kunskap i Sydafrika kan vara att som hälso- och sjukvårdspersonal känna till hur vanligt det är att konsultera amagqirha (traditionell helare) och som är ett av de vanligaste sätten att behandla sjukdom bland amaXhosa (etnisk grupp). Den medicin som en helare ordinerar är ofta framställd från rötter, löv, bark och speciella plantor som är krossade och mixade med vatten. De vanligaste sätten för en traditionell helare är genom purgative (exempelvis forcerad kräkning), ång-behandling och sprayning (exempelvis att spraya inne och utanför sitt hem för att få bort onda andar). Som sjukvårdspersonal är det viktigt att vara medveten om detta då dessa mediciner inte bör tas samtidigt som med exempelvis ARV. Västerländsk medicin är fortfarande tveksam till traditionella helare. Förespråkare för denna medicin argumenterar för att fördelarna med traditionell medicin är utforskat och många av dem som praktiserar detta utför någon slags magi. Andra anser att dessa helares kunskap kring de trossystem, värderingar och psyke kring sina klienter kan fungera som information till västerländsk medicin (Tjale och De Villiers 2004).

Exempel på attityder och beteende kan vara att ha empati när man jobbar som hälso- och sjukvårdspersonal. Empati handlar om att känna till personens bakgrund och erfarenheter, att se världen genom den personens ögon. Margareth anser att empati och passion för människor är viktigt för henne som sjuksköterska:

*“I know that doctors are supposed to have an African language in South Africa so they must go and learn the language but I think it’s more than just language. I think it’s the human factor*

*that is important so it's almost an old fashioned believe but I think that you have to really kind of have a passion and empathy for people. Based on the circumstance and who they are and with that will come you know a symbiotic relationship between the patient and the provider."*

Varför är kompetenser viktiga och varför behövs de? När vi pratar om kulturell kompetens och de fyra komponenterna som jag redogjort för så kan det vara bra att fundera över kulturell kompetens och om samma kompetenser fungerar i alla kontexter. I kontexten Sydafrika är det kanske andra typer av kompetenser som är viktigare än i Sverige.

Hälso- och sjukvårdspersonal bör uppmuntras att fokusera på hur dessa kompetenser kan uppnås för att det är en mycket viktig del av interkulturell kommunikation. Som jag redogjorde för i teoridelen så är endast medvetenhet om komplexiteten och barriärer kring mellanspråkliga och interkulturella interaktioner otillräckligt.

En kritik mot tidig forskning av kulturell kompetens, som uttrycks av Collier (1998) är konstruerat och baseras på privilegier. Hon ställer frågor som "Kompetens och acceptans från vem?", "vem bestämmer kriterierna?" och "kompetent eller acceptabel på basis av vilken social eller historiska kontext?"

Tidig forskning använder data från vita respondenter och misslyckades med att inkludera sådant som maktskillnader i relation till att förstå kompetens. Senare forskning baserar sin data på en större urval av etniska grupper, och har expanderat definitionen och konceptet av kompetens som i dagens forskning inkluderar problem som exempelvis stereotyper och maktlöshet. (Martin, Hecht, Larkey, 1994). En poäng som görs är att grupper med makt inte kommer att tänka på dessa problem när de ska förstå kompetens och dess olika dimensioner.

*"One thing that I can say is that you must just be open to and mindful to that everybody differs. Each person is different but yet the same. Were coming from different backgrounds, different upbringings, different moral standards but actually were all the same concerning our emotional stuff... or feelings... and how we sometimes manage problems and stuff like that... yeah. So just to have an understanding and open mind about that, although socially and... whatever... totally different backgrounds we are yet the same yeah... just an open mind about that"*

Att utveckla kompetenser är ofta något som sker över en längre tid och inte något du nödvändigtvis

kan läsa dig eller utbilda dig till. Campinha-Bacotes teori ser “cultural awareness”, “cultural knowledge”, “cultural skill”, “cultural encounter” och “cultural desires” som “constructs of cultural competence” som nödvändiga för en personal inom sjukvården. Dessa fem delarna är beroende av varandra och Campinha-Bacote menar att personal måste använda sig av samtliga delar i sitt arbete. På frågan om hur hälso- och sjukvårdspersonal kan utveckla sina kompetenser inom den interkulturella arbetsplatsen fick jag även här blandade svar, men alla hade ganska mycket att säga till om.

Margareth pratade om att:

*“I think that you need to have common sense, and you need to be able to think of your feet, and a little bit of think outside the box, so that you can create tools for communication that are more than just textbook stuff... you need to be able to think diversely and know who you are dealing with. So you need to know your cultural norms for the particular groups you’re working with, and then have an approach to that... and be able to relate to that. And I also think you need to really be a patient advocate. You know that the patient need to come first in a situation.”*

Läkaren Johan tyckte att det exempelvis är en bra idé att umgås med annan personal som är från andra kulturer:

*“Exposure, spending time with staff members who may be from that background.”* Sjuksköterskan Fabian tyckte att en årlig utbildning vore bra:

*“Trainings.. maybe a yearly training, staff should be trained and encouraged to read pamphlets and so they can self educate themselves about different cultures and how the world is changing.”*

### **6.3.1 Analys**

Intervjupersonerna är eniga om att kulturell kompetens är viktigt och att olika positiva attityder och kunskap om kulturer är en självklarhet för dem. För att koppla detta till studiens tidigare teoriavsnitt går detta i linje med vad forskare har sett som fyra viktiga komponenter inom kulturell kompetens: attityder, beteenden, motivation och kunskap.

En annan teori som jag har tagit upp i teoriavsnittet är “Campinha-Bacotes model of cultural competence” och där även hon tar upp viktiga delar i kulturell kompetens som hon anser

viktiga för hälso- och sjukvårdspersonalen. Här ser hon, liknande de fyra komponenterna, istället fem delar som är beroende av varandra och bör implementeras av hälso- och sjukvårdspersonalen.

Kulturell kompetens är beroende av sin kontext. Nu när jag frågat mina intervjupersoner om vad de anser är viktigt angående kulturella kompetenser och hur de utvecklar dessa så fick jag ofta samma svar så som: empati, bra lyssnarförmåga, vara konfidentiell, att ha tålamod och att vara förstående inför personens bakgrund. Någon bekräftar dock att, precis som jag skrev i teoribakgrunden, så är kulturell kompetens inget man kan läsa sig till utan något personalen lär sig efter många år av praktiserande. I litteraturen beskriver de att tidigare forskning om kulturell kompetens var världsfrånvärd och inte tog i beaktning olika etniska gruppers perspektiv.

Jag skriver i teoriavsnittet att istället för att lära sig om alla kulturer så bör man lära sig om de mest förekommande. Beaktandet av patientens kultur kräver ansträngning. Kulturellt kompetent vård är inget hälso- och sjukvårdspersonalen klarar av automatiskt. Det krävs att de studerar olika kulturer, och även aspekten att intressera sig för personens bakgrund. För detta krävs det att personalen, i större grad läkare och sjuksköterskor, kan ställa relevanta frågor, kunna lyssna och reflektera. Även självreflektion är viktigt och att fundera över sin egen kultur.

Processen mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal sker varje dag och det är inte så lätt att säga att personalen ger inkompetent vård bara för att hen inte ser patientens kulturella behov varje gång. Den här processen handlar mer om att personalen ser sig själv som att bli kulturellt kompetent hellre än att vara kulturellt kompetent (Tjale och De Villiers 2004). Kulturen förändras och är inte statisk, och därför bör personalens kunskap och kompetens förändras med den.

Under en karriär inom hälso- och sjukvården lär personalen komma i kontakt med många olika kulturer, och det är omöjligt att kunna något om alla dessa. Det kan dock vara möjligt att ha kunskap om de kulturer som förekommer oftast. Viktigt är ändå att komma ihåg att inte generalisera och veta att alla är olika.

Rosenberg m. fl. (2006) visar att immigranter ser det som positivt när läkarna intresserade sig för deras bakgrund. Några läkare tyckte inte att detta tillhörde deras jobb. Ingen av de som jag har intervjuat har uttryckt att kulturell kompetens skulle vara onödigt och kanske är detta självklart för personalen i Sydafrika, medan i andra länder som i exemplet med Kanada är det färre som resonerar kring dessa frågor.

Att som hälso- och sjukvårdspersonal ge kulturellt kompetent vård kan kräva en del arbete



och att personen kan göra självbedömningar och att överkomma möjlig etnocentrism. Alla tycker även att det är viktigt att ha kunskap om olika kulturer. En av teorierna som jag utgått från är Ting-Toomeys "Identity negotiation theory" som handlar om just identitet och om en person är säker i sin identitet så kommer hen att öppna upp sig för folk från andra kulturer. Som det står skrivet i litteraturen så är det viktigt att personalen är medvetna om kulturella skillnader.

I Sydafrika märks ens kulturella tillhörighet tydligt i och med språket vi talar och kanske färgen på ens hudfärg. Men personalen som jobbar i en mångkulturell miljö bör kanske inte fokusera så mycket på detta utan mer på individen.

## 7 Slutsats och diskussion

I min uppsats har jag undersökt tre frågor som jag anser relevanta i diskussionen för interkulturell kommunikation för hälso- och sjukvård. Interkulturell kommunikation blir mer och mer viktig då många samhällen blir mer kulturellt blandade. Jag har tittat på olika barriärer till effektiv hälso- och sjukvård. Kulturella och språkliga skillnader har jag kommit fram till inte nödvändigtvis är problematiskt eller ges så stort utrymme bland personalen jag intervjuat.

Studiens resultat visar att kulturella och språkliga skillnader kan leda till kommunikationsproblem. Det är inte något alla resonerar kring och det kan vara svårt att besvara utan att ha varit med om en specifik situation. Men några av dem kunde berätta om olika situationer där antingen de eller deras kollegor varit med om någon specifik situation. Jag fick fyra svar angående manlig omskärelse, och att det är en kulturellt känslig fråga för xhosa- männen. Detta var en specifik händelse som fyra rådgivare varit med om och ansåg försvåra kommunikationen med denna kulturella grupp när omskärelse kom på tal. Just omskärelse är viktigt för att minska risken för att smitta med hiv.

Min studie visar att det finns ett intresse bland personalen för utbildning inom kultur. När kompetenser diskuteras ges svar som respekt, empati och att kunna lyssna som viktiga attityder och kompetenser. Dessa är kompetenser som personalen inte kan utbilda sig till utan är något som kommer efter flera år av yrkesverksamhet. När jag frågat om deras inställning till traditionella helare får jag där svar om att deras jobb inte är att döma eller förbjuda patienter att söka annan vård. Endast att informera och att utbilda. Det finns en viss frustration att det ibland inte finns mycket mer att göra än att ge information till patienten som i slutändan gör det "sämre valet".

Jag tar upp etnocentrism i min uppsats och att det är något som hälso- och sjukvårdspersonal bör reflektera kring. Dock så går det kanske inte helt att ge upp etnocentrism, då den kan bidra till vår identitet och trygghet. En kulturell kompetent vård kräver att personalen ser på världen och sin arbetsplats med nya ögon (Gustin och Lindwall 2012).

Min studie pekar på att det finns barriärer som är viktiga att överkomma i framtiden för en säkrare vård. Att för hälso- och sjukvårdspersonal vara medvetna och reflektera kring frågor kring en kulturellt säker vård är viktigt, även i Sverige. I Sverige lever inte människor som lever i extrem fattigdom, men i Sydafrika är fattigdom den vanligaste dödsorsaken. Jag intervju-

ade en sjuksköterska som reflekterade kring viktiga kompetenser och hon pratade om att vara en "patient advocate". Alltså, att föra patientens talan och att patienten kommer först. Att som hälso- och sjukvårdspersonal ha denna inställning och värdegrund tror jag man kommer långt med. Vårdssystemet måste ge människor en röst och få dem involverade i sin egen vård och frågan om självbestämmande är viktig. Detta gäller särskilt för de människor längst ner på samhällsstegen som exempelvis har blivit infekterade. Hälso- och sjukvårdspersonalen måste få dem att förstå hur viktigt det är med bromsmediciner och att det inte går att sluta bara för att personen är symptomfri. Det kräver säkert en del engagemang av personalen men det är livsviktigt. Att patienter inte känner förtroende till sjukvårdssystemet är inte unikt för Sydafrika. Vi svenskar har internationellt sett lågt förtroende och hamnade näst sist bland elva industrialiserade länder i undersökningen om kvaliteten på sjukvården i landet (SVT Nyheter 2018).

Jag har redogjort för kulturell kompetens och Campinha-Bacote's model of cultural competence och det finns många förslag på hur personal kan träna sin kulturella kompetens. Frågan om detta borde vara obligatoriskt för studenter lämnar jag till någon annan eller mig själv i framtiden att undersöka. Min studie visar att det är viktigt för både studenter och praktiserande personal att se och rätta sig efter mångfald och att vara medveten om sociokulturella barriärer i hälsovården. Att lära sig ett annat språk kan absolut vara en väg att gå, men att applicera ett kulturellt säkert vårdarbete är ännu viktigare. Vad Penn och Watermayer föreslår är att personal ska få kommunikationsutbildning i relation till specifika sjukdomar med användandet av passande metoder. För att utveckla sina kompetenser på en arbetsplats med kulturell mångfald visar min studie att träning eller mentorskap är bra. En sjuksköterska berättar att läkare måste kunna ett afrikanskt språk men tycker att det krävs mer än så– att man måste ha empati och passion.

Min uppfattning, efter att ha skrivit denna uppsats, är att Sydafrika som är en relativt ung demokrati, har elva officiella språk, ett växande gap mellan rik och fattig och en dalande ekonomi är beroende av en effektiv interkulturell kommunikation i alla delar av samhället, inte minst inom sjukvårds-systemet. Jag har hört mina intervjupersoner berätta om patienter som inte har tillit till hälso- och sjukvårdspersonal och situationer där en närstående förmedlade hälsostatus. Det är situationer som kan innebära inte bara missförstånd utan även patientfara. Jag var intresserad av kontexten hiv/aids på grund av relevansen och att kommunikation var viktigt för följsamhet av mediciner var alla jag intervjuade överens om. Sambandet interkulturell kommunikation och

följsamhet till mediciner är kanske inte glasklart men sambandet kommunikation och prevention och följsamhet råder det inga tvivel om när jag pratat med personalen.

Idag försöker man i Sydafrika överkomma den apartheidkultur som inte för alltför länge sedan var verklighet. Många ser sig själva exkluderade från mycket som borde vara självklart i en demokrati och detta är för att segregeringen fortfarande finns kvar.

Man använder metaforen "regnbågslandet" om Sydafrika och i författningen står det att man här är "enade i vår mångfald". Trots det så har mina nio månader här fått mig att undra hur pass enade man är. Människor lever fortfarande åtskilda och gapet mellan fattig och rik är större än någon annanstans. Det jag förstått när jag har pratat med människor är att det sker ett utbyte av kultur och språkresurser. De elva officiella språken ses som en förutsättning för försoning efter århundraden av vit överhöghet och förtryck, även språkligt. Marginaliseras språket, marginaliseras man själv har jag hört en sydafrikan säga och jag tycker att det ligger något i det.

## **7.1 Reflektioner kring studiens genomförande**

Jag har intervjuat hälso- och sjukvårdspersonal i den Sydafrikanska provins med minst andel smittade i landet. Jag försökte få till en telefon-intervju med en sjuksköterska i provinsen med högst andel smittade men utan lycka. Jag tycker ändå att jag har lyckats med att få mycket personal att tala med mig och jag anser att 14 personer gav ett bra underlag och jag tycker att Sydafrikas mångfald kommer till sin rätt, till skillnad om jag intervjuat färre fast längre. Jag tycker att det vore bra om jag kunde ha talat med några fler sjuksköterskor, men dem var det som sagt inte så lätt att få tag på. För att få intervju patienter hade det krävts "ethical approval" men det hade kunnat ge många insikter om hur personal respektive patient ser på kommunikativa hinder och hur personal kan ge så säker och individanpassad vård som möjligt.

## **7.2 Förslag på vidare studier**

Det hade varit intressant att göra en studie i ett annat MIC (middle income country) som exempelvis Brasilien som liknar Sydafrika på flera sätt. Det kan då ske en jämförelse mellan Sydafrika som har en hög prevalens av hiv-smittade och exempelvis Brasilien som har få smittade. Det kan även vara en idé att studera Sverige som idag är ett mycket multikulturellt land som även här har utmaningar inom sjukvården. Detta är utmaningar inom kommunikation och som i framtiden

kommer innebära även större utmaningar för sjukvården. Hur ser sjuksköterskorna på utmaningarna inom kommunikation med människor som inte talar engelska eller svenska, så som det ofta är för de immigranter som kommer inte kommer från Europa. Det finns många ingångar på ämnet interkulturell kommunikation. För att intervjua patienter krävs det ett annat etiskt övervägande men det hade varit mycket givande att få deras syn och åsikter.

## Referenser

- Andrews, M. M. (1992). "Cultural perspectives on nursing in the 21st century". I: *Journal of Professional Nursing* 8.1, s. 7–15.
- Anthonissen, C. och B. Meyer (2008). "Question-answer sequences between doctors and patients in a South African HIV/AIDS day clinic". I: *Stellenbosch Papers in Linguistics PLUS* 36, s. 1–34.
- Barry, A.-M. och C. Yuill (2011). *Understanding the sociology of health: An introduction*. Sage.
- Beach, M. m.fl. (2004). "Cultural Competence: A Systematic Review Of Health Care Provider Educational Interventions". I: *Journal of General Internal Medicine* 19, s. 134.
- Bock, Z. och G. Mheta (2013). *Language, Society & Communication: An Introduction*. Van Schaik.
- Bornman, E. (2013). "The Rainbow nation versus the colors of the rainbow: Nation-building and group identification in post-apartheid South Africa". I: *South Africa in Focus: Economic, Political and Social Issues*. Utg. av C. Wouter. NOVA, s. 55–84.
- Brach, C. och I. Fraserirector (2000). "Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model". I: *Medical Care Research and Review* 57.1\_suppl, s. 181–217.
- Campinha-Bacote, J. (2002). "The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care". I: *Journal of transcultural nursing* 13.3, s. 181–184.
- Carstens, W. (2002). "The Standardisation of Afrikaans: Some Relevant Issues". I: *Speaking in Unison: The Harmonisation and Standardisation of Southern African Languages*. Utg. av K. K. Prah. Cape Town: Casas.
- Carter, S. K. och C. L. Bolden (2012). "Culture work in the research interview". I: *The Sage handbook of interview research: The complexity of the craft*, s. 255–269.
- Chasi, C. (2014). *HIV/AIDS Communication in South Africa: Are You Human?* Springer.
- Collier, M. J. (1998). "Researching cultural identity: Reconciling interpretive and postcolonial perspectives". I: *Communication and identity across cultures* 21, s. 122–147.
- Coovadia, H., R. Jewkes, P. Barron, D. Sanders och D. McIntyre (2009). "The health and health system of South Africa: historical roots of current public health challenges". I: *The Lancet* 374.9692, s. 817–834.

- Deumert, A. (2010). “It would be nice if they could give us more language’—Serving South Africa’s multilingual patient base”. I: *Social Science & Medicine* 71.1, s. 53–61.
- Edberg, A.-K. och H. Wijk (2014). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Studentlitteratur.
- Ekström, M. och L. Larsson (2010). *Metoder i kommunikationsvetenskap*. Studentlitteratur AB.
- Ekwall, A. och A. M. Jansson (2016). *Omvårdnad & medicin*. Studentlitteratur.
- Evans, M. (2010). “The impact of communication skills training in the management of paediatric HIV: examining the process of designing, implementing and evaluating a communication skills training programme for adherence counsellors in the South African context.” Diss.
- Fadiman, A. (2012). *The spirit catches you and you fall down: A Hmong child, her American doctors, and the collision of two cultures*. Macmillan.
- Finlayson, R. (2000). *IsiXhosa - UNESCO World Languages Report Survey Questionnaire*. URL: <http://salanguages.com/unesco/isixhosa.htm> (hämtad 2018-10-19).
- Gallois, C., H. Giles, E. Jones, A. C. Cargile och H. Ota (1995). “Accommodating intercultural encounters: Elaborations and extensions”. I:
- Gardner-Chloros, P. (2009). *Code-switching*. Cambridge University Press.
- Giacalone Ramat, A. (1995). “Code-switching in the context of dialect/standard language relations”. I: *One speaker, two languages*, s. 45–67.
- Gilson, L. och D. McIntyre (2007). “Post-apartheid challenges: household access and use of health care in South Africa”. I: *International Journal of Health Services* 37.4, s. 673–691.
- Google Maps (2018). *South Africa*. URL: <https://www.google.com/maps/place/Western+Cape,+South+Africa/@-27.3764754,25.1433654,5.77z/data=!4m5!3m4!1s0x1dce5d887a698df3:0xe98e798f2136a28b!8m2!3d-33.2277918!4d21.8568586!5m1!1e4> (hämtad 2018-12-02).
- Goudge, J., L. Gilson, S. Russell, T. Gumede och A. Mills (2009). “Affordability, availability and acceptability barriers to health care for the chronically ill: longitudinal case studies from South Africa”. I: *BMC health services research* 9.1, s. 75.
- Gudykunst, W. B. (2002). “Issues in cross-cultural communication research”. I: *Handbook of international and intercultural communication* 2, s. 165–178.
- (2003). *Cross-cultural and intercultural communication*. Sage.
- Gumperz, J. J. och E. Hernandez (1969). *Cognitive aspects of bilingual communication*. 28. Institute of International Studies, University of California.

- Gustin, L. W. och L. Lindwall (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Natur & kultur.
- Håstad, D. (2014). *Brusten regnbåge: Mandelas krossade dröm*. Albert Bonniers Förlag.
- Higginbotham, J. C., F. M. Trevino och L. A. Ray (1990). "Utilization of curanderos by Mexican Americans: prevalence and predictors. Findings from HHANES 1982-84." I: *American Journal of Public Health* 80.Suppl, s. 32–35.
- Karlsson, A. (2016). *Sydafrikas Historia*. Lund:Historiska media.
- Kim, C. och Y. S. Kwok (1998). "Navajo use of native healers". I: *Archives of Internal Medicine* 158.20, s. 2245–2249.
- Kvale, S. och S. Brinkmann (2009). "Interviews: Learning the craft of qualitative research". I: *California, US: SAGE*, s. 230–243.
- Marbella, A. M., M. C. Harris, S. Diehr, G. Ignace och G. Ignace (1998). "Use of Native American healers among Native American patients in an urban Native American health center". I: *Archives of Family Medicine* 7.2, s. 182.
- Martin, J. N. och T. K. Nakayama (2013). *Intercultural communication in contexts*. McGraw-Hill New York: NY.
- Martin, J. N., T. K. Nakayama, G. P. van Rhee van Oudtshoorn och P. Schutte (2013). *Experiencing intercultural communication*. VitalSource e-Book.
- McLaren, M. C. (1998). *Interpreting cultural differences: The challenge of intercultural communication*. Peter Francis Publishers.
- Mesthrie, R. (2002). *Language in South Africa*. Cambridge University Press.
- Muysken, P. (2011). "Code Switching". I: *The Cambridge Handbook of Sociolinguistics*. Utg. av R. Mesthrie. Cambridge University Press, s. 301–314.
- Mwaniki, M. (2012). "Language and social justice in South Africa's higher education: insights from a South African university". I: *Language and Education* 26.3, s. 213–232.
- Neuliep, J. W. (2002). "Assessing the reliability and validity of the generalized ethnocentrism scale". I: *Journal of Intercultural Communication Research* 31.4, s. 201–215.
- Oostendorp, M. och E. Bylund (2012). "Emotions and HIV/AIDS in South Africa: A multilingual perspective". I: *Stellenbosch Papers in Linguistics PLUS* 41, s. 77–89.
- Paulston, C. B., S. F. Kiesling och E. S. Rangel (2012). *The handbook of intercultural discourse and communication*. Vol. 90. John Wiley & Sons.



- Penn, C. och J. Watermeyer (2018). *Communicating Across Cultures and Languages in the Health Care Setting*. Springer.
- Polit, D. F. och C. T. Beck (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Rohleder, P. och L. Swartz (2005). "What I've noticed what they need is the stats': Lay HIV counsellors' reports of working in a task-orientated health care system". I: *AIDS care* 17.3, s. 397–406.
- Rosenberg, E., C. Richard, M.-T. Lussier och S. N. Abdool (2006). "Intercultural communication competence in family medicine: lessons from the field". I: *Patient education and counseling* 61.2, s. 236–245.
- Rothschild, S. (1998). "Cross-cultural issues in primary care medicine". I: *Disease Management* 44.7, s. 293–319.
- Samovar, L. A., R. E. Porter, E. R. McDaniel och C. S. Roy (2015). *Communication between cultures*. Nelson Education.
- Sauvage, J. (2002). "Code-Switching: An Everyday Reality in Belgium". I: *Readings in Intercultural Communication: Experiences and Contexts*. Utg. av J. N. Martin, T. K. Nakayama och L. A. Flores. Vol. 2. Boston, MA: McGraw-Hill, s. 156–161.
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership*. Vol. 2. John Wiley & Sons.
- Scollon, R., S. W. Scollon och R. H. Jones (2011). *Intercultural communication: A discourse approach*. John Wiley & Sons.
- Slabbert, S. och R. Finlayson (1999). "A socio-historical overview of codeswitching studies in the African languages". I: *South African Journal of African Languages* 19.1, s. 60–72.
- South African Department of Arts and Culture (2003). *National Language Policy Frameworks*. URL: [http://www.dac.gov.za/sites/default/files/LPD\\_Language%20Policy%20Framework\\_English\\_0.pdf](http://www.dac.gov.za/sites/default/files/LPD_Language%20Policy%20Framework_English_0.pdf) (hämtad 2018-10-19).
- Statistics South Africa (2011). *Census in brief*. URL: [http://www.statssa.gov.za/census/census\\_2011/census\\_products/Census\\_2011\\_Census\\_in\\_brief.pdf](http://www.statssa.gov.za/census/census_2011/census_products/Census_2011_Census_in_brief.pdf) (hämtad 2018-12-02).
- Svenska Dagbladet (2018). *Känslig markreform rör om i Sydafrika*. URL: <https://www.svd.se/kanslig-markreform-ror-om-i-sydafrika> (hämtad 2018-08-30).

- SVT Nyheter (2018). *Novus-undersökning: Tre av fyra svenskar har stort förtroende för sjukvården*. URL: <https://www.svt.se/nyheter/val2018/novus-undersokning-tre-av-fyra-svenskar-har-stort-fortroende-for-sjukvarden> (hämtad 2018-02-05).
- Taylor, S. J. och R. Bogdan (1984). *Introduction to qualitative research methods: The search for meaning*. {John Wiley & Sons Inc}.
- Ting-Toomey, S. (1993). "Communicative resourcefulness: An identity negotiation perspective." I: Ting-Toomey, S. och T. Dorjee (2018). *Communicating Across Cultures*. Guilford Publications.
- Tjale, A. och L. De Villiers (2004). *Cultural issues in health and health care: A resource book for Southern Africa*. Juta och Company Ltd.
- Ulrey, K. L. och P. Amason (2001). "Intercultural communication between patients and health care providers: An exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety". I: *Journal of Health Communication* 13.4, s. 449–463.
- Whiteside, A. (2016). *HIV & AIDS: A Very Short Introduction*. Oxford University Press.
- World Bank (2018). *World Bank Development Indicators*. URL: <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators> (hämtad 2018-12-02).
- World Health Organization (2017). *WHO urges action against HIV drug resistance threat*. URL: <http://www.who.int/news-room/detail/20-07-2017-who-urges-action-against-hiv-drug-resistance-threat> (hämtad 2017-07-20).
- Zhu, H. (2011). *The language and intercultural communication reader*. Routledge.

## **Bifoga 1 - Intervjufrågor**

### **Inledande frågor**

- 1) What is your job here at “organisationen”?
- 2) What languages do you speak?

### **Frågor gällande språk**

- 3) What mother tongue do your participants normally have?
- 4) Do you feel comfortable speaking this language?
- 5) Do you believe that language differences are a potential sort of misunderstanding between you/your staff and your participants? If so, how often do you think this might happen?

### **Frågor gällande utbildningsbakgrund**

- 6) Is there a significant difference between your educational level and the educational level of your participants?
- 7) Do you believe that different educational levels contribute to potential misunderstandings?
- 8) Between language barriers and different educational levels, which factor do you believe is the most important behind potential misunderstandings?

### **Frågor gällande kulturella skillnader**

- 9) Would you say that the participants at “organisationen” come from different cultural backgrounds?
- 10) If so, do you believe this create any difficulties or misunderstandings?
- 11) How does having different cultural backgrounds effect the communication between you and the participants?
- 12) Do you think its important with knowledge about other cultures in your job as a HIV counsellor?
- 13) How often do you believe South Africans resort to alternative healthcare methods, such as healers?

14) Do you think this is a problem?

### **Frågor gällande kompetenser och kvaliteter för hälso- och sjukvårdspersonal**

15) What competences should a HIV counsellor have when working in a culturally diverse organisation?

16) And how should these competences be developed over time?

### **Frågor gällande vikten av kommunikation i hälso- och sjukvården**

17) Do you think good communication is important when it comes to prevention of HIV?

18) Do you think good communication is important when it comes to having patients follow their treatment and take their medicine (compliance, adherence)?

19) Do you think the communication between the counsellors and the participants here could improve?

20) Is so, how?