



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Möjligheter till personcentrerad vård via tolksamtal i primärvården

En intervjustudie om sjuksköterskors
erfarenheter

Författare: Fanny Lindholm & Darya Salavati

Handledare: Eva Drevenhorn

Kandidatuppsats

Hösten 2015

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Möjligheter till personcentrerad vård via tolksamtal i primärvården

En intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter

Författare: Fanny Lindholm & Darya Salavati

Handledare: Eva Drevenhorn

Kandidatuppsats

Hösten 2015

Abstrakt

BAKGRUND: Antalet personer som invandrar till Sverige har stadigt ökat de senaste årtionden och beräknas öka ytterligare. Till följd av detta påverkas hälso- och sjukvården då behovet av tolksamtal ökar. **SYFTE:** Att belysa sjuksköterskors erfarenheter av möjligheten att utöva personcentrerad vård via tolksamtal inom primärvården. **METOD:** Åtta sjuksköterskor inom primärvården i södra Sverige intervjuades med semistrukturerad intervjumetodik. Analys av utvunnet material gjordes med en kvalitativ metod. **RESULTAT:** Elva underkategorier framkom, vilka delades in i huvudkategorierna: tolkens inflytande, utmaningar samt strategier. **SLUTSATS:** Via tolksamtal finns inte samma möjligheter för sjuksköterskor att utföra personcentrerad vård i jämförelse med ett samtal där samtliga parter talar samma språk. För att maximera möjligheterna att utföra personcentrerad vård via tolksamtal hade sjuksköterskor behövt särskild utbildning.

Nyckelord

Sjuksköterskans erfarenheter, tolksamtal, personcentrerad vård, kommunikation

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion.....	Error! Bookmark not defined.
Problemområde.....	Error! Bookmark not defined.
Bakgrund.....	2
Perspektiv och utgångspunkter.....	2
Personcentrerad vård.....	4
Tolkens profession.....	5
Lagar och författningar.....	6
Syfte.....	7
Metod.....	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	8
Analys av data.....	9
Forskningstiska avvägningar.....	11
Resultat.....	12
Tolkens inflytande.....	12
Betydelsen av tolk.....	12
Krav på tolken.....	13
Tillgänglighet.....	14
Språkliga barriärer.....	14
Utmaningar.....	15
Svårigheter i tolkamtal.....	15
Tidsåtgång.....	17
Osäkerhet.....	18
Begränsningar i informationsutbyte.....	18
Frustration.....	19
Strategier.....	20
Kommunikationsfrämjande.....	20
Sjuksköterskans kompetens.....	23
Diskussion.....	24
Diskussion av vald metod.....	24
Diskussion av framtaget resultat.....	26
Slutsats och kliniska implikationer.....	29
Författarnas arbetsfördelning.....	29
Referenser.....	30
Bilaga 1 (6).....	33
Bilaga 2 (6).....	34
Bilaga 3 (6).....	35
Bilaga 4 (6).....	36
Bilaga 5 (6).....	37
Bilaga 6 (6).....	38

Introduktion

Problemområde

Sverige är ett land som under de senaste årtionden blivit allt mer mångkulturellt till följd av den ökade invandringen (SCB, 2009). Antalet personer som invandrat till landet har stadigt ökat sedan slutet på 1930-talet och beräknas öka ytterligare i framtiden (ibid.). Enbart mellan 2013 och 2014 ökade invandringen med tio procent där det fortsatta kriget i Syrien är huvudorsaken (SCB, 2015). Till följd av den ökade invandringen talas det många olika språk i samhället, vilket har en viss inverkan på kommunikation och interaktion mellan människor där hälso- och sjukvården är ett område som påverkas (Kale & Syed, 2010).

I patientlagen (SFS 2014:821) understryks vikten av sjuksköterskors förmåga att kunna kommunicera, informera och förvissa sig om patientens förståelse, med hänsyn till de språkliga förutsättningarna. Språkbarriärer som uppstår till följd av ett mångkulturellt samhälle kan leda till otillräckligt informationsutbyte mellan sjuksköterska och patient, vilket kan leda till sämre vård jämfört med vad den svensktalande befolkningen får (Jirwe, Gerrish & Emami, 2009; McCarthy, Cassidy, Graham & Tuohy, 2013). Ytterligare en aspekt som påverkas av kommunikation är möjligheten till personcentrerad vård, då kommunikationsutbyte är en förutsättning för att göra patienten mer delaktig i sin vård (Ekman et al., 2011). Personcentrerad vård syftar till att synliggöra hela personen och på ett subjektivt sätt ta del av personens upplevelser samt skapa en god vårdrelation genom att aktivt samtala och lyssna (Ekman et al., 2011). Detta förutsätter en kommunikation där språkbarriärer inte har en negativ påverkan, vilket användning av tolk kan möjliggöra (McCarthy et al., 2013). Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2010) ska sjuksköterskor arbeta och ge vård utifrån värdegrunden för omvårdnad för att applicera personcentrerad vård och därmed anpassa vården efter patientens specifika behov. Den aktuella studien syftar till att belysa sjuksköterskors erfarenheter av tolksamtal, vilket kan bidra till ökad kunskap som kan vara relevant för sjuksköterskans möjligheter till personcentrering.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Sjuksköterskan är en legitimerad professionsutövare med ett eget kunskapsområde grundat i vetenskap, vilket betonar etiska regler och autonomi. Professionen tillhör en nationell organisation och har en viss status och värderas högt i det svenska samhället (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Grunden till detta ligger i de kompetens- och

professionsutvecklingar som skett sedan Florence Nightingale förmedlade och förespråkade vad sjukvård och omvårdnad borde vara samt hur den bör utövas (Kirkevold, 2000; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Omvårdnadsteorier är beståndsdelar som bygger upp omvårdnad och dess fyra metaparadigm, vilka utgörs av människa, hälsa, miljö och omvårdnadshandling (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012; Kirkevold, 2000). Olika synsätt på världen, människan och kunskap ligger till grund för teoriernas utgångspunkter, utformning samt perspektiv. Utveckling av en omvårdnadsteori kan oberoende av metod vara beskrivande, eller som i de flesta fall normativa (ibid.).

En omvårdnadsteoretiker som betonar vikten av kommunikation och interaktion är Joyce Travelbee som utvecklade en teori om mellanmännsliga aspekter inom omvårdnad (Kirkevold, 2000). De aspekter som beskrivs är människan som individ, lidande, mening, mänskliga relationer samt kommunikation. Syftet med denna omvårdnadsteori kan delas in i tre delar; att belysa vad det är som sker i relationen mellan sjuksköterskan och patienten, hur interaktionen mellan dessa kan upplevas samt vilka konsekvenser det innebär för patienten och det tillstånd som patienten befinner sig i. Genom att förstå dessa tre delar kan sjuksköterskan skapa sig en uppfattning om vad omvårdnad är och vad den bör vara (ibid.).

Människosynen i Travelbees omvårdnadsteori är subjektiv vilket innebär att människan ses som en individ som är oersättlig (Kirkevold, 2000). Lidande beskrivs som en personlig och oundviklig erfarenhet som alla människor kan relatera till. Begreppet är förknippat med vad den enskilde upplever som betydelsefullt, vilket enligt Travelbee är viktigare än sjuksköterskans eller annan vårdpersonals diagnos eller objektiva bedömning. För att sjuksköterskan ska kunna skapa en förståelse av patientens upplevelser krävs en interaktion mellan dem båda. Travelbee beskriver interaktion som en egen fas i den mellanmännsliga kontakten, vilken utgörs av förståelse, närhet och ömsesidig kontakt mellan två individer. Förutsättningen för att möjliggöra detta är en fungerande och målinriktad kommunikationsprocess, vilket anses vara sjuksköterskans viktigaste redskap. Utan en fungerande kommunikation kan inte sjuksköterskan hjälpa patienten att bemästra sitt lidande samt finna mening i sina upplevelser, vilket kan leda till att målen för omvårdnad inte uppnås (ibid.).

Personcentrerad vård

Människosyn och förståelse för människan är av stor betydelse för hur hälsa och omvårdnad definieras. Om människan ses som unik ska bemötandet ske efter de specifika förutsättningar som individen har. Människan bestående av kropp, själ och ande ska betraktas som komplex och mångdimensionell men med ett perspektiv av en enhet. Begreppet hälsa innefattar därför hela människan och har sin grund i människans värderingar och upplevelse av mening (Arman & Rehnsfeldt, 2012; Willman, 2010).

När en människa blir sjuk och vårdas inom hälso- och sjukvården uppstår ett beroendeförhållande exempelvis till sjuksköterskorna. Detta beroendeförhållande sätter sjuksköterskan i en viss maktposition då patienten inte besitter lika stor kunskap inom området (Willman, 2010). Det är viktigt att sjuksköterskan ser patienten som jämbördig i relationen och inte som underlägsen och okunnig (Hedman, 2012). Att använda ordet patient kan bidra till att se alla patienter som lika och behandla dem därefter. Dock kan begreppet patient stå i vägen för att se patienten som en person och försvårar därför dennes rätt till delaktighet i vården (Willman, 2010). Enligt Ekman et al. (2011) finns det en tendens till att objektifiera och förminska ordet patient till den sjukdomen som patienten har.

Kravet på patientens delaktighet har sedan 1960-talet ökat, men det var inte förrän på 1980-talet som det i Sverige skrevs in i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) att patienten ska ges förutsättningar att vara delaktig i beslut och uttrycka sin egen vilja (Willman, 2010). Termen personcentrerad vård introducerades 1995 med betydelsen att hälso- och sjukvårdens resurser samt personal ska vara centrerad kring den person som befinner sig i patientrollen. Vidare kan begreppet utvecklas och syfta till att personen blir sedd som en unik individ med specifika behov och värderingar (ibid.). Även Ekman et al. (2011) belyser vikten av att förstå personen bakom patienten; att se till dennes subjektivitet, styrkor, framtidsplaner och rättigheter. En del i personcentrerad vård är övergången från att se patienten som ett passivt föremål för en medicinsk intervention till att involvera patienten i beslutsprocessen i hans eller hennes vård. Anledningen till att delaktighet är en viktig del är att det visat sig bidra till förbättrade behandlingsplaner, ökad tillfredsställelse hos patienten samt bättre hälsoresultat (ibid.).

Utgångspunkten för att lyckas med en personcentrerad vård är att det finns en relation mellan vårdare och patient där tillit utgör en grundförutsättning. Genom ett ömsesidigt samspel i

relationen kan tillit byggas upp. Samspelet kan förbättras av att patienten inte enbart blir lyssnad på utan också blir hörd, förstådd och respekterad som en unik person (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014; Willman, 2010). En god relation där det finns tillit skapar förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att kommunicera, ge information, och undervisa med strävan mot en vård där patienten är delaktig i beslutsfattandet (Willman, 2010).

En delaktighet i vården genom narrativ kommunikation innebär att dela erfarenheter och lära av varandra. Det faktum att personcentrerad vård börjar med en vårdrelation som innehåller informationsutbyte, överläggning och delat beslutsfattande grundat i en djupare förståelse tyder på att kommunikation är en viktig komponent för att nå personcentrerad vård (Ekman et al., 2011).

Tolkens profession

Att tolka handlar inte bara om att översätta ord rakt av från det ena språket till det andra (Hanssen, 2005/2007; McCarthy et al., 2013). Det handlar nästan lika mycket om att budskapet når mottagaren med samma innebörd som avsändaren hade för avsikt. Tolkning är därför ingen lätt uppgift och bör tas på största allvar. Det bör också has i åtanke att parternas referensramar har stor betydelse för hur budskapet tolkas. Olika kulturella bakgrunder kan inverka på kommunikationen och förståelsen mellan parterna trots att inget språkligt hinder föreligger (ibid.).

Tolkning med professionell tolk kan ske på plats eller över telefon (Hanssen, 2005/2007). Vanligt är dock att anhöriga används för att tolka istället för att anlita en professionell tolk. Största anledningen tycks vara att vårdpersonalen ser det som den enklaste lösningen, trots att många är medvetna om att översättningarna inte håller måttet (Hanssen, 2005/2007; Høye & Severinsson, 2008; Jirwe et al., 2010; Kale & Syed, 2010; McCarthy et al., 2013). Att använda anhöriga som tolk ska endast ske i nödfall och barn ska aldrig tolka förutom i väldigt extrema situationer (Hanssen, 2005/2007).

Kvalitén på anhörigtolkar varierar stort, där de vanligaste problemen som tycks uppstå är svårigheten att avgöra hur goda kunskaper samt vilken förståelse den anhörige besitter inom det västerländska medicinska tankesättet (Hanssen, 2005/2007; Kale & Syed, 2010). I vissa fall kan patienten undanhålla information då personen inte vill dela den med sina anhöriga.

Ibland sker detta i syfte att skydda, exempelvis då det är ett barn som tolkar för sin förälder. Det finns ingen garanti för att all information verkligen blir översatt då vissa anhörigtolkar kan se det som sin uppgift att undanhålla information från patienten i tron att de skyddar personen. Det kan exempelvis handla om att anhöriga undviker att översätta svåra budskap för att bespara patienten känslor av oro och rädsla (Hanssen, 2005/2007; Jirwe et al., 2010; Kale & Syed, 2010).

Att patienten känner trygghet och tillit i kommunikation är mycket viktigt, inte minst vid användandet av tolk. Exempelvis bör tolken helst vara av samma kön som patienten. En annan viktig aspekt för att ge trygghet till patienten är kunskap om att den professionella tolken har samma strikta tystnadsplikt som sjuksköterskan (Hanssen, 2005/2007).

Lagar och författningar

Svensk riksdags nya patientlag (SFS 2014:821), vilken trädde i kraft 1 januari 2015, har som syfte att stärka och tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (kap. 1, 1§). Med den nya patientlagen blir alltså vården skyldig att informera patienten mer omfattande och tydligare än tidigare. ”Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen” (kap. 3, 7§). Därför är användande av tolk viktigt i de situationer språkbarriärer existerar. ”Informationen ska också anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar” (kap. 3, 6§). För många människor kan det vara svårt att ta till sig muntlig information under ett besök i vården. Det kan handla om att det är mycket information att ta in, att man befinner sig i en svår situation, inte har svenska som modersmål eller har en funktionsnedsättning. Enligt SFS 2014:821 ska skriftlig information lämnas i de fall patienten ber om det eller då det föreligger ett behov med hänsyn till patientens individuella förutsättningar (kap. 3, 7§) som exempelvis vid språkliga kommunikationshinder. Att ha en kommunikation där språkbarriärer föreligger påverkar även möjligheten för sjuksköterskan att följa andra punkter i patientlagen då flera grundas på patientens förståelse av given information. Exempelvis förutsättes patientens samtycke till hälso- och sjukvård och att personen har fått information enligt SFS 2014:821 tredje kapitlet. Även utformningen och genomförandet av vården ska så långt som möjligt ske i samråd med patienten (kap. 5, 1§), vilket kräver förståelse. Detta kan starkt kopplas till sjuksköterskans möjlighet att utföra en

personcentrerad vård då patientens integritet, självbestämmande och delaktighet i vården utgör några av grunderna (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010).

Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. tydliggör att asylsökande och andra nyanlända personer har rätt till att få hälsoundersökning, mödravård samt barnavård. Vid dessa tillfällen har de även rätt till tolk för att kunna förstå hälso- och sjukvårdspersonalen samt för att kunna göra sig förstådda (ibid.).

Syfte

Syftet är att belysa sjuksköterskors erfarenheter av möjligheten att utöva personcentrerad vård via tolksamtal inom primärvården

Metod

Studien följer en kvalitativ ansats vilket kan tillämpas med djupintervjuer som syftar till att skapa en förståelse för människans upplevelser, erfarenheter och världsbild (Polit & Beck, 2013). I denna studie har intervjuer utförts för att undersöka sjuksköterskans erfarenheter i en specifik situation med syftet att belysa dessa och inte generera mätbar data. Intervjuerna har analyserats induktivt, vilket enligt Polit och Beck (2013) innebär att data analyseras och tolkas så öppet som möjligt.

Urval

Enligt Kristensson (2014) ska det i en kvalitativ studie strävas efter variation i urvalet då det bör finnas en spridning av upplevelser och uppfattningar om det ämne som ska undersökas. Med detta som grund har rekrytering av studiedeltagare skett genom avsiktligt urval där författarna strävat efter att välja ut potentiella studiedeltagare i södra Sverige som bedöms besitta erfarenheter som är relevanta och typiska för studiens syfte (Lundman & Graneheim, 2008; Polit & Beck, 2013).

Inklusionskriterier för deltagande i studien var minst två års yrkesverksamhet som legitimerad sjuksköterska inom primärvård i södra Sverige samt erfarenheter av tolksamtal vid vårdande av patient. Faktorer som kön, ålder, specialistutbildning samt anställningsform var inte relevanta för studiens syfte och därmed utgjorde dessa inga inklusion- eller exklusionskriterier.

Då studien utförts med en kvalitativ ansats har innehållsanalysen gjorts i flera steg för att eftersträva en djupare förståelse av data (Kristensson, 2014; Polit & Beck, 2013). För att detta skulle vara möjligt, enligt Kristensson (2014), har antalet studiedeltagare anpassats till den tid som fanns för studiens genomförande. Författarna ansåg därför att åtta studiedeltagare var rimligt för syftet och omfattningen av studien.

Kontakt med vårdcentraler i södra Sverige etablerades ett par månader till några veckor innan datainsamlingsfasen genom e-postkontakt med verksamhetschefer eller enhetschefer. Informationsbrev gällande studien samt medgivandeblankett bifogades i dessa e-postmeddelanden (Kristensson, 2014). I de fall där det ej erhöles svar via e-post ringdes aktuella vårdcentraler upp där andra kontaktuppgifter till cheferna såsom telefonnummer eftersöktes. Då cheferna givit sitt medgivande till verksamhetens deltagande togs kontakt med enskilda sjuksköterskor som erhöill ett informationsbrev (bilaga 3) samt en kort definition av begreppet personcentrerad vård (bilaga 2). Innan påbörjad intervju fick de sjuksköterskor som valde att delta i studien muntlig information samt tillfälle att ställa frågor. De fick även information om att intervjuerna skedde frivilligt samt att de närsomhelst kunde avbryta sitt deltagande. I samband med detta lämnade varje enskild studiedeltagare ett skriftligt samtycke till sitt deltagande (Kristensson, 2014).

Studiedeltagarna var mellan 41 och 61 år gamla och hade varit yrkesverksamma som legitimerade sjuksköterskor mellan 18 och 28 år. Av de 8 studiedeltagare som intervjuades hade 6 en specialistutbildning varav 4 var distriktsköterskor och 2 var barnsjuksköterskor. Samtliga studiedeltagare var kvinnor.

Datainsamling

Datainsamling genomfördes med semistrukturerad intervjumethodik vilket innebar att intervjun inleddes med en öppen fråga följt av frågor vilka berörde specifika teman (Kristensson, 2014; Polit & Beck, 2013). På så sätt skapades utrymme för deltagarna att berätta fritt kring sina erfarenheter samt för intervjuaren att ställa förtydligande följdfrågor. För att möjliggöra denna typ av intervju användes en intervjuguide (bilaga 1) framtagen med stöd av Patel och Davidsson (2011). Intervjuguiden innehöll frågor om deltagarnas bakgrund, en inledande öppen fråga, specifika teman som skulle täckas in under intervjun samt inledande formuleringar på följdfrågor som stöd för intervjuaren. För att testa intervjuguiden och öva på

rollen som intervjuare utfördes en provintervju där relevanta teman berördes, varpå intervjuguiden sedan reviderades genom att dessa teman inkluderades (Kristensson, 2014; Patel & Davidsson, 2011). Pilotintervjun valdes att inte inkluderas i studien.

Intervjuerna utfördes på en plats vald av studiedeltagaren och samtliga tillfrågade enhetschefer och verksamhetschefer godkände att intervjun fick genomföras under studiedeltagarens arbetstid. Intervjuerna pågick mellan 27 och 46 minuter med en genomsnittlig tid på 43 minuter och spelades in på författarnas bärbara datorer. Båda författarna närvarade vid intervjuerna där den ena ansvarade för att leda intervjun medan den andra var ansvarig för den tekniska utrustningen samt var delaktig och inflikade frågor vid behov (Kristensson, 2014; Polit & Beck, 2013).

Analys av data

För att kunna bearbeta data transkriberades först intervjuerna ordagrant där eventuella pauser skrevs ut (Kristensson, 2014). Författarnas ambitioner var att utan dröjsmål transkribera respektive intervju, dock var detta på grund av parallella studier inte möjligt men samtliga intervjuer transkriberades senast inom en vecka. Analys av data genomfördes induktivt, vilket innebär att insamlad data har tolkats på ett så förutsättningslöst sätt som möjligt (Polit & Beck, 2013). Författarnas förförståelse av ämnet har beaktats genom dialog sinsemellan, då de under studietiden erfarit patientmöten där tolksamtal förekommit samt då en av författarna arbetar som tolk.

Efter transkriberingen lästes texterna flera gånger av båda författarna för att få en bättre överblick över innehållet samt för att säkerställa att de transkriberats korrekt (Kristensson, 2014). Därefter genomfördes en kvalitativ innehållsanalys där det första steget utgjordes av identifiering av meningsbärande enheter ur data (Lundman & Graneheim, 2012). En meningsenhet är en bärande del av texten där det finns en tydlig koppling mellan sammanhang och innehåll. I nästa steg kondenserades de identifierade enheterna i syfte att utvinna de delar som var relevanta för ämnet. Därefter följde kodning, vilket innebar att den kondenserade texten abstraherades och försågs med etiketter i form av koder. Lundman och Graneheim (2012) beskriver att syftet med att förse enheterna med koder är att få författarna att reflektera över framtagen data på ett nytt sätt. I nästa steg utvecklades underkategorier genom att slå samman likartade koder, vilka var relevanta för studiens syfte. Dessa

underkategorier delades därefter in i huvudkategorier som ger en överblick över materialets innehåll (Lundman & Graneheim, 2012).

Tabell 1: Exempel på innehållsanalys

Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Kod	Underkategori	Huvudkategori
//... Mycket, mycket mer tid kan man säga [med tolksamtal]...	Mycket, mycket mer tid [med tolksamtal]	Tar mycket mer tid med tolksamtal	Tidsåtgång	Utmaningar
//... Och besöken tar oftast lite längre tid, med tolk, än vad det hade gjort med ett vanligt [samtal]...	Besöken tar lite längre tid, med tolk än med ett vanligt [samtal]	Besök tar längre tid med tolk		
//... jag tror att, du kan inte få exakt på samma vis som när du pratar samma språk... jag tror det är en, en omöjlighet	Jag tror att du inte kan få exakt på samma vis som när du pratar samma språk, jag tror det är en omöjlighet	Blir inte på exakt samma vis om inte samma språk pratas	Begränsningar i informationsutbyte	
//... det blir alltid någon utanför, någon part blir utanför, antingen är det jag eller så är det patienten...	Det blir alltid någon part utanför, antingen jag eller patienten	Alltid någon utanför i tolksamtal		
//... det kommer man inte ifrån, det kan aldrig bli så bra som när man sitter och pratar med ett språk som man förstår, blir aldrig så bra...	Det kan aldrig bli så bra som när man sitter och pratar ett språk som man förstår	Tolksamtal blir aldrig lika bra		
//... Sen kan jag inte svara för... Alltså det är ju en träning.. Det var inte så lätt i början kan jag säga...	Det är en träning. Det var inte så lätt i början kan jag säga	Var inte lätt att använda tolk i början	Sjuksköterskans kompetens	
//... jag tycker det var jättejobbigt... innan man liksom lärde sig tekniken för det första och sedan hur man säger och att man måste vänta,	Ja jag tycker det var jobbigt, innan man lärde sig tekniken och sedan hur man säger och att man måste vänta	Tar tid innan man lär sig tekniken i hur tolk används		

Forskningsetiska avvägningar

Personer som deltog i studien fick fullständig information om studiens syfte och vad resultatet skulle användas till (Öberg, 2011). Studiedeltagarna garanterades konfidentialitet genom kodning av uppgifter som datum, namn och platser. Detta innebär således att resultatet presenteras så att ingen specifik deltagare ska kunna kännas igen. All insamlad data är därför inte offentlig och har inte delgivits andra än handledaren. De ljudfiler som innehåller intervjumaterial har kodats och förvarats digitalt på författarnas arbetsdatorer som endast de haft tillträde till där det krävs lösenord för att ta del av materialet. All insamlad data så som ljudfiler och transkriberingar förstördes efter godkänd examination.

Principen om informerat samtycke är en etisk grundpelare i all vårdforskning. Ett informerat samtycke innebär ett ömsesidigt förtroende samt ett garanterat frivilligt deltagande under hela studiens förlopp. Detta innebär att deltagarna när som helst under studien kunde avbryta sitt deltagande utan att ange speciella skäl (World Medical Association, 2014; Öberg, 2011). Deltagarna har erhållit ett informationsbrev via mail där dessa etiska överväganden framgått varpå de kunnat ta ställning till sitt deltagande i studien. Enligt Helsingforsdeklarationen skall forskarna vara aktsamma så att deltagarna inte står i ett beroendeförhållande eller att samtycket sker under påtryckningar (World Medical Association, 2014).

Innan påbörjandet av studien skickades en etikansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden, för att säkerställa att studien utfördes enligt deras rekommendationer (Medicinska fakulteten, 2013), varpå ett rådgivande yttrande gavs om att det inte fanns några etiska invändningar till att studien genomfördes. Enligt Polit och Beck (2013) har forskare en skyldighet att undvika, minimera och förebygga att deltagarna utsätts för skada. Deltagare får inte heller utsättas för onödiga risker som kan åsamka dem skada eller obehag samt att deras deltagande ska vara av relevans för studiens genomförande och resultat. Detta stöds även av Helsingforsdeklarationen som skriver att berörda personers hälsa, värdighet och privatliv ska skyddas (World Medical Association, 2014) I föreliggande studie togs dessa aspekter i beaktning och författarna ansåg dessa kriterier uppfyllda baserat på studiedeltagarnas informerade samtycke samt yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden med diarienummer VEN 86-15.

Resultat

Genom den kvalitativa innehållsanalysen konstruerades elva underkategorier som delades in i tre huvudkategorier, vilka presenteras i tabell 2. Citat från samtliga intervjuer används i syfte att stärka författarnas resonemang samt för att verifiera analysprocessen (Kristensson, 2014). Samtliga citat presenteras med indrag i kursiv stil och efterföljs av ett nummer som anger vilken intervju citatet är taget ifrån (Kvale & Brinkmann, 2014). På så vis säkerställer författarna att citat har inhämtats från samtliga intervjuer, vilket förtydligar att tolkningarna som har gjorts är baserade på hela intervjumaterialet och inte enbart utvalda delar. För att lyfta fram viktiga delar ur citaten samt för att underlätta för läsaren att urskilja innebörden har upprepningar tagits bort och förtydliganden gjorts inom hakparenteser (ibid.).

Tabell 2: Resultatöversikt

Huvudkategori	Underkategori
Tolkens inflytande	Betydelsen av tolk
	Krav på tolken
	Tillgänglighet
	Språkliga barriärer
Utmaningar	Svårigheter i tolksamtal
	Tidsåtgång
	Osäkerhet
	Begränsningar i informationsutbyte
	Frustration
Strategier	Kommunikationsfrämjande
	Sjuksköterskans kompetens

Tolkens inflytande

Betydelsen av tolk

Sjuksköterskorna som deltog i studien uppgav att användning av tolk var absolut nödvändigt där det fanns språkliga barriärer för att kunna ge god vård, då det möjliggör att alla parter förstår varandra. De beskrev att användning av tolk gynnade kommunikationen och förmågan att skapa en hel bild av patientens behov, samtidigt som risken för att teoretisk information skulle förloras minimerades. Sjuksköterskorna upplevde tolken som ett bra hjälpmedel och att det i många fall hade varit omöjligt att ge god vård utan tolk.

”Så det [tolk] är ett jättebra komplement och jag skulle inte vilja vara utan dem, absolut inte... det hade inte fungerat...” (1)

Sjuksköterskorna använde tolk så ofta det behövdes och vanligast förekommande var telefontolk. I vissa fall användes tolk på plats då tolken även skulle hjälpa till att demonstrera och inte enbart tolka samtalet i ord. Genomgående framkom det att sjuksköterskornas upplevelser av tolksamtal övervägande varit goda, men att tolkarna varierade i standard och kvalitet. De upplevde att tolksamtalets utfall berodde mycket på tolkens professionalitet och förmåga att översätta.

”Ibland kan det vara så att jag har hört [...] när samtalet har varit över att patienten har upplevt att tolken inte var så duktig på språket [...], men jag tycker att det tillhör undantagen, jag tycker att det brukar fungera... bra faktiskt [...]vi använder både telefontolk och tolk på plats.” (2)

Krav på tolken

För studiens sjuksköterskor var det av största vikt att tolkarna var professionella och att de fullföljde sina ålagda uppgifter. Exempelvis uttrycktes att det var viktigt att tolken presenterade sig och översatte allt som sades så ordagrant som möjligt utan att tillägga egna tankar, känslor eller värderingar. I de fall då tolken åsidosatt sina ålagda uppgifter menade de att den personcentrerade vården för patienten blev lidande. Exempel på sådana situationer var då sjuksköterskan erfarit att tolken läxat upp patienten eller då tolken velat konsultera sjuksköterskan angående sina egna besvär.

”... det finns ju de tolkar där man efter mötets gång förstår att den här tolken tolkar inte rakt av vad jag säger utan den lägger tankar och känslor i det jag säger... men ett bra tolksamtal det är en tolk som översätter mina ord [...] rakt över till det språket, självklart med frasering så att det blir bra, för vi pratar ju i olika ordföljd i olika språk...” (3)

Sjuksköterskorna beskrev att möjligheten att applicera personcentrerad vård via tolksamtal i stor utsträckning var beroende av tolkens intresse och språkkunskaper. De menade att tolkens engagemang och språkkunskaper var av vikt för att kunna uppfatta sammanhang och nyanser, vilket ansågs relevant för korrekt frasering och översättning. De upplevde även att det blev märkbart ifall dessa aspekter hanterades bristfälligt av tolken då det hade en negativ inverkan

på den personcentrerade vården. I de fall tolken upplevdes att inte ha varit professionell rapporterades det vidare till tolkens arbetsgivare och en annan tolk begärdes till framtida samtal. I andra fall där tolken upplevdes duktig och professionell kunde samma tolk önskas igen.

Det framkom olika åsikter om huruvida det är tolkens skyldighet att informera om sin tystnadsplikt eller inte. Åsikterna innebar att de ansåg att det var en skyldighet då patienten måste ta del av den informationen för att känna sig trygg, medan andra upplevde att det var en underförstådd självklarhet och därför oväsentligt. Dock fanns en enighet om att det ingår i tolkens profession att värna om tystnadsplikten.

Tillgänglighet

Tillgängligheten av tolkar var överlag inget problem för sjuksköterskorna. De upplevde att det genom årens lopp varit relativt enkelt att boka tolk genom tolkförmedlingen och att de sällan har fått stå utan. Dock framkom att det var viktigt att boka tolk i god tid före besöket, speciellt gällande mindre språk där antalet tolkar att tillgå ofta var betydligt begränsat.

”... språken som är väldigt små i världen, där är det [...] svårare att få tolk och man oftast får boka väldigt långt i förväg...”. (1)

Sjuksköterskorna beskrev att den nuvarande situationen i Syrien, som medfört stor inströmning av flyktingar, påverkade tolktillgängligheten och att det därmed varit svårare jämfört med tidigare att få tag i en tolk. Dock, i akuta sammanhang, hade de kunnat förklara för tolkförmedlingen att behovet varit brådskande varpå de i enstaka fall erhållit tolk trots brist och mycket kort varsel. I de fall sjuksköterskorna önskade tolk på plats, till samma dag, blev de vanligen endast erbjudna telefontolk varpå de hellre avstod och bokade en ny tid för att få en tolk på plats.

”... just nu var det arabiska vet jag [...], och det tror jag beror på situationen som vi har, idag, helt enkelt att det är knepigt. Annars generellt sett tycker jag oftast att det har fungerat bra, att få tolk faktiskt.” (7)

Språkliga barriärer

I intervjuerna framkom det flera problem som kunde uppstå då det fanns språkliga barriärer mellan tolk och patient alternativt mellan tolk och sjuksköterska. Samtalet upplevdes av

sjuksköterskorna som hackigt och svårförståeligt om tolken inte hade tillräckligt goda språkkunskaper. Anledningar kunde vara att tolken inte alltid hade tillräckligt goda kunskaper i det svenska språket, hade svårt att hitta rätt översättning eller att sjuksköterskorna inte alltid förstod tolken. De lyfte även att det blev problematiskt om språkförbistringen ledde till att patientens behov missades eller att patienten inte förstod tolken.

”... det är så otroligt olika hur olika möten blir beroende på [...] hur tolken fungerar och [...] också hur tolken förstår mig, för ibland förstår inte tolken vad jag säger, ja har svårt att översätta det jag säger eller förstår inte vissa ord och då blir det ett [...] omständligt besök...” (5)

Tolkens kunskap i det medicinska språket kunde också upplevas som en språklig barriär, då sjuksköterskan var tvungen att förenkla sitt språk och förklara de olika termerna för tolken. Vissa samtalsämnen upplevdes vara svårare för tolken att tolka exempelvis ord som bröst och amning. Olika dialekter inom samma språk kunde också utgöra språkliga barriärer, då dialekterna kan skilja sig åt markant, vilket kunde göra det svårt för tolk och patient att kommunicera. Det ansågs därför viktigt att rätt dialekt beställdes för att den inte skulle utgöra ett kommunikationshinder. Detsamma gällde för att beställa rätt språk på tolken, så att patient och tolk förstod varandra.

”... till exempel om det blir bekymmer med dialekterna, att det blir fel dialekt så att det helt enkelt blir... ja de, de får svårt att förstå varandra, tolken och besöket...” (7)

Utmaningar

Svårigheter i tolksamtal

Studiens resultat visar på flera olika svårigheter som kan uppstå i samband med tolksamtal, vilka kan påverka den personcentrerade vården. Genomgående beskrev sjuksköterskorna svårigheter gällande samtal som berörde känslor och mående. De upplevde det svårt att få nyanserna i tolkningen av patientens språk och att läsa av saker som inte uttalades i klartext.

Det framkom även av sjuksköterskornas erfarenheter att det var skillnad mellan hur olika kulturer pratar om känslor. Således skapades en annan svårighet som att sjuksköterskan och patienten ofta hade olika normer och perspektiv om exempelvis sjukdomsbild och hur smärta uttrycks.

”... det är ju nyanser, för nyanser är svårt, kan vara svårt via tolk. [...] det handlar ju lite om intonering sådana saker i rösten och satsmelodin hur man pratar och det framkommer inte riktigt på samma sätt via tolk... [...] det är sådana saker som kan försvinna via tolk, [...] till exempel det här när man, när man ska prata kanske om mer känslomässiga saker, så det kan jag tycka är lite knepigt med tolk ibland...”
(7)

Svårigheter som också framkom gällande tolk på plats var att sjuksköterskorna upplevde det störande att tolken tog plats i rummet och att de då mer naturligt vände sig till tolken istället för till patienten. Sjuksköterskorna uttryckte även en svårighet i att patient och tolk kunde stöta ihop utanför mötet, eller att de var bekanta, vilket de upplevde kunde vara ett hinder för den personcentrerade vården, då det blev en större risk att tystnadsplikten inte efterlevdes.

”... tycker jag inte alls att det är en bra idé över huvud taget, för när personerna går här utifrån så kan de, de stöter ju på varandra, ja ni vet allt det där, man stöter ihop på affären och så vet den personen och då ska man ju verkligen vara så otroligt säker på att det är tystnadsplikt som gäller här.” (6)

Svårigheter som sjuksköterskorna kunde uppleva i samband med telefontolk skiljde sig en del från de gällande tolk på plats. För samtal via telefontolk rörde svårigheterna till största delen tolkens, men även sjuksköterskans omgivning. Då det fanns mycket bakgrundsljud, som störde upplevde de att det kunde vara svårt att uppfatta allt som tolken sa. Alternativt om tolken gjorde andra saker samtidigt som tolkningen pågick, som exempelvis diskade eller bytte tåg, vilket enligt sjuksköterskorna också kunde leda till att tolken inte var fokuserad på samtalet. Det framkom även erfarenheter av att samtalet tog längre tid via telefontolk och att det lätt kunde uppstå missförstånd i samtalet. Ytterligare en svårighet vid telefontolkning var att patienten ibland tittade och pratade ner i telefonen och tappade på sätt kontakt med sjuksköterskan i samtalet. Detta kunde dock sjuksköterskorna även komma på sig själva med att göra ibland.

Studiens resultat visar att sjuksköterskorna upplevde att utrustningen hade stor inverkan på samtalet, som exempel angav de att en god högtalarfunktion var av största vikt. De uppgav även att utrustningens kvalitet har varierat under åren och att de upplevde det oprofessionellt med bristfällig teknik.

Sjuksköterskorna betonade att det uppstår svårigheter i samtalet där en anhörig används som tolk. De upplevde då att det kunde vara mycket känslor inblandade från den anhöriga med risken att budskapet som skulle förmedlas förvrängdes, medvetet eller omedvetet, vilket sjuksköterskorna upplevde svårt att kontrollera. Sjuksköterskorna hade även erfarenheter av att i de fall där en anhörig tolkade, kunde lätt endast den anhöriges bild komma fram. I de situationer upplevdes den anhörige ibland ta över och störa samtalet och att patienten då kunde bli förbigången.

Det upplevdes även problematiskt och svårt i de situationer där den ena föräldern i en familj kunde mer svenska än den andra och därför hade en benägenhet att ta över i samtalet med sjuksköterskan, vilket försvårade för tolken att utföra sitt arbete. I de fall patienten själv kunde lite svenska upplevdes sjuksköterskorna att det kunde uppstå obalans i kommunikationen när patienten hann svara före tolken, vilket sågs som ett störande moment.

Tidsåtgång

Jämfört med ett samtal som inte fordrar tolk uppgav sjuksköterskorna att ett samtal med tolk kräver betydligt mycket mer tid. Långt innan samtalet genomförs måste tolk bokas samt vid telefontolkning måste utrustning kopplas in och kontrolleras. Under samtalet upplevdes också kommunikationen som mer tidskrävande då allt som sägs ska upprepas av tolken. Förutom att själva samtalen tog längre tid kände sjuksköterskorna även tidspress då den uppbokade tiden med tolken var begränsad.

”Mycket, mycket mer tid kan man säga [...] dels så ska ju... [tolk] bokas innan och liksom utrustningen ska kopplas in och det ska fungera och så [...]. Och besöken tar oftast lite längre tid, med tolk, än vad det hade gjort med ett vanligt... ja, vi vet, enkelt rutinbesök tar längre tid om du har tolk eller om du inte har tolk förstås.” (6)

I de situationer där tolk inte funnits att tillgå eller då tolk uteblivit med kort varsel gick det åt ytterligare tid till att boka ny tid till patienten, skicka en ny kallelse och boka en ny tolk. Då patienten inte kunde få vård på avtalad tid beskrev sjuksköterskorna att deras möjligheter att ge personcentrerad vård i dessa fall begränsades. Det framkom även att det generellt krävdes fler besök och mer tid för att hitta rätt behandling eller medicinering för patienter när all informationsutbyte genomfördes med tolk.

Osäkerhet

Sjuksköterskornas erfarenheter av tolksamtal kantades genomgående av mycket osäkerhet. De uppgav att det var svårt i mötet med människor att veta om informationen gått fram och om patienten förstått informationen. Sjuksköterskorna upplevde att tolksituationen ofta utgjorde en svårighet i att kontrollera detta. Det var främst i de fall då långa meningar tolkades kort som sjuksköterskorna upplevde en osäkerhet i vad tolken egentligen sagt och vad patienten svarade, samt att de aldrig kunde veta om tolken förstått och tolkat rakt av till patienten.

”... jag vet ju aldrig vad tolken säger... och ibland så känner, ser man på patienten att han har inte förstått eller hon [...] då undrar man ju, va, vad säger tolken? Så man känner sig alltid, man sitter liksom och tittar från den ena till den andra och så undrar man, säger han nu, vad jag har sagt? och så ibland har jag kanske berättat en längre.. och sen så går det väldigt snabbt i tolkningen så tänker jag, fick dom med det jag ville säga och så sitter patienten där och så.. ser det inte riktigt ut som att dom har förstått och då, då känns det ju inte så roligt...” (1)

Sjuksköterskorna kunde ibland få en känsla av att patienten inte förstod, vilket skapade en osäkerhet hos dem. Särskilt då tolk och patient började prata fram och tillbaka sinsemellan, kanske för att klargöra. Att inte veta vad de pratade om, upplevde sjuksköterskorna som en osäkerhet. Ytterligare osäkerhet som ofta upplevdes var i de fall en anhörig tolkade, där de inte visste hur den känslomässiga relationen mellan tolk och patient var. Detta skapade osäkerhet i om patienten verkligen vågade berätta allt om exempelvis familjesituationen då en anhörig var närvarande för att tolka.

”... att de frågar tolken, tillbaka, alltså fråga om på det tolken har, har sagt... då märker jag ju att det kanske, att de pratar sinsemellan litegrann, och det kan ju vara för att klargöra det som har sagts då, eller för att inhämta mer information...” (2)

Begränsningar i informationsutbyte

Sjuksköterskorna uppgav att de under tolksamtal kände en viss begränsning i kommunikationen med patienten. Det framkom att kommunikationen blev mer korthuggen, konkret och pragmatiskt i tolksamtal, vilket de menade gjorde att samtalet inte blev lika mjukt och berättande. Det innebar att det inte gavs utrymme till småprat eller spontana frågor, vilket de ansåg ha en negativ inverkan på samtalets flyt, djup och känslighet. Vidare beskrevs det som ett stort hinder att inte kunna föra en direkt konversation med patienten samt att det alltid

var någon som blev utanför i kommunikationen med tolk. Sjuksköterskorna betonade att ett samtal med tolk aldrig blir lika bra som ett samtal där alla parter pratar samma språk.

”... jag tror att, du kan inte få [personcentrerad vård] exakt på samma vis som när du pratar samma språk, ja det... jag tror det är en, en omöjlighet...”(4)

Tolkens kön upplevdes kunde påverka patienten och därmed potentiellt begränsa informationsutbytet. Sjuksköterskorna menade att i synnerhet kvinnliga patienter kunde påverkas av manliga tolkar, varför de upplevde att viktig information kunde utebli. Särskilt inom vissa ämnen såsom den kvinnliga kroppen, sexualitet och amning upplevdes att informationsutbytet blev lidande med manlig tolk. Att endast begära kvinnliga tolkar till kvinnliga patienter menade dock sjuksköterskorna kunde leda till ytterligare begränsning då det fanns stor risk att då istället stå helt utan tolk.

”... har varit jättesvårt med manlig tolk, de har önskat kvinnlig tolk men inte alltid gått att uppfylla och sen man ska prata om amning eller andra sådana saker så, [...] frågar man hur det går med amningen, 'ja bra' säger mamman kanske och sen när vi har lagt på tolken så vill mamma berätta hur det är med bröstet eller hur är, som hon har haft jättesvårt att, att med den manliga tolken till exempel.”(5)

Det förekom att tolkar uteblev med kort varsel, varpå det i vissa fall gick att genomföra ett kort besök ändå medan det i vissa fall innebar att besöket fick ställas in. Detta uppgav sjuksköterskorna var en stor begränsning då de inte kunnat ge adekvat vård och inte kunde föra en god konversation med patienten. Det upplevdes dock att mötet med patienten utan tolk, där teckenspråk och lite svenska och lite engelska användes, ibland kunde generera en mer personlig kontakt då mötet inte blev lika stelt.

Frustration

Genomgående upplevde sjuksköterskorna en frustration över att tolksamtal var krångligt och det uttrycktes en tydlig känsla av att vara beroende av en duktig och professionell tolk. I samtal med mindre väl fungerande tolk, ansågs att det krävdes betydligt mycket mer energi från sjuksköterskorna samt att patientens förståelse och den personcentrerade vården blev lidande. Det framkom att tolkar som lade till egna tankar och känslor i tolkningen påverkade sjuksköterskornas kontakt med patienten, deras förmåga att skapa en helhetsbild av patientens behov samt deras förmåga att ge god vård. Likaså uttrycktes en viss frustration över de

situationer där tolk uteblev med kort varsel eftersom sjuksköterskornas förmåga att föra en tillfredsställande kommunikation blev förhindrad.

”... sen är det naturligtvis beroende på [...] tolkens kvalitet. En del tolksamtal funkar ju, man bara pratar man tänker inte ens på att man har en tolk och då är det ett bra tolksamtal. Men om det hela tiden liksom hakar upp sig och tolken [...] har svårt helt enkelt att översätta eller sådär, då blir det väldigt liksom hackigt, och det går lite för mycket energi till att liksom... få fram det jag vill ha sagt och [...] då blir det liksom inte bra.”(7)

I de fall patienten önskat att inte ha tolk upplevde sjuksköterskorna att samtalet blev konstigt. Det upplevdes svårt att förmedla till patienten att tolk var nödvändigt, utan att patienten kände sig olustig över sina bristande kunskaper i det svenska språket. För att minska olustkänslan försökte sjuksköterskorna istället förmedla att de vill använda tolk för sin egen förståelses skull vilket ibland upplevdes som betungande.

”... även om man då har bokat en tolk så, så vill ju de sen [...] inte ha tolken [...]. Och då, det är väldigt svårt, jag brukar försöka att tänka att jag ska ändå använda tolk, och jag försöker säga att det är för min skull för att jag ska kunna förmedla det jag vill på ett bra sätt och så, men, men... ibland är det svårt...” (5)

Strategier

Kommunikationsfrämjande

I intervjuerna uttryckte sjuksköterskorna att det var av största vikt att kunna kommunicera och förstå varandra och, i den mån det gick, säkerställa att patienten förstod. Sjuksköterskorna upplevde att det krävdes god struktur i samtalet samt att det var viktigt att ge informationen tydligt och konkret för att det skulle främja kommunikationen och undvika missförstånd.

Sjuksköterskorna upplevde att det krävdes mer planering inför ett tolkbesök för att undvika att något missades. Sjuksköterskorna uttryckte även att enligt deras erfarenhet kunde det vara viktigt att kontinuerligt under samtalet upprepa informationen och be patienten återberätta den för att minimera risken för missförstånd eller att väsentlig information inte kom fram. Genom att ställa uppföljningsfrågor skapades möjlighet att identifiera eventuella missförstånd. Vidare kunde ett långsamt tempo i kommunikationen samt att öppna upp för tolken genom många pauser och turtagning i samtalet ses som främjande för informationsutbytet. Sjuksköterskorna upplevde även att en sammanfattning av samtalet var av största vikt. Det framkom också att

användandet av samma tolk flera gånger kunde underlätta i kommunikationen, men även att erfarna tolkar förklarade bättre.

”... att man upprepar informationen och kanske, ja... tar en sak i taget.. och ja, tar det lite mer långsamt så att säga [...] man lär sig strukturera upp och ställa frågorna på ett sådant sätt, så att det går lätt att kommunicera det till patienten så att säga. Att vara klar och tydlig, eh... och ja, försöka vara korrekt och förklara på ett bra sätt, alltså så... inte för invecklat kanske [...] man måste pausa ofta så att... han kan tolka vidare, eller hon.” (2)

Sjuksköterskorna ansåg det viktigt för kommunikationen att under hela samtalet bibehålla kontakten med patienten, exempelvis genom ögonkontakt. Att titta på patienten upplevde sjuksköterskorna som främjande för den personcentrerade vården då patienten i större utsträckning förstod att sjuksköterskornas uppmärksamhet var riktad mot dem. Detta upplevdes särskilt viktigt då de inte talade samma språk som patienten. Vidare nämnde sjuksköterskorna att en lugn, anpassad och tillåtande miljö var viktigt för att främja en god kommunikation. Det kunde exempelvis betyda att begränsa antalet personer i rummet samt undvika att bli störd under samtalet. För att kommunikationen skulle bli så tillfredställande som möjligt var det viktigt att patienten kände sig trygg i samtalet. Av sjuksköterskornas erfarenheter ansågs det betydelsefullt att patienten hade vetskap om att det rådde tystnadsplikt, för att de skulle våga öppna sig och prata om känsliga ämnen. De uppgav vidare att detta även var av stor vikt för att kunna ge patienten adekvat vård. I vissa fall valde sjuksköterskan att be tolken upplysa om tystnadsplikten.

”Ja, men alltså om du använder tolken på fel sätt och mer liksom fokuserar på att titta på telefonen när du pratar och liksom håller den emot och inte tittar på din patient eller din familj eller barnet du ska prata till då, då blir det ju inte, då kan ju inte den jag möter på andra sidan känna att det verkligen är till dig jag vill, jag vill lyssna på dig och din åsikt och hur du har det.” (4)

Det framkom olika åsikter huruvida tolk på plats eller telefontolk var att föredra. Fördelar med telefontolk var främst att det skapade en större trygghet för patienten och att telefontolk minskade risken att tolk och patient kände varandra. Situationen upplevdes mer anonym och kanske vågade patienten då öppna sig mer. Det fanns inte heller en tredje part fysiskt i rummet som tog fokus ifrån patienten. Sjuksköterskorna upplevde detta som underlättande för

att prata till patienten istället för att vända sig mot tolken som inte heller blev lika dominant i samtalet som när en tolk var på plats. Det framkom att telefontolk kunde ses som mer professionellt, att inte veta vem tolken var eller vart tolken befann sig geografiskt. För att kommunikationen med telefontolk ska fungera uttryckte sjuksköterskorna att det var väsentligt att hela tiden ha tolken med sig i kommunikationen exempelvis genom att presentera för tolken vilka som fanns i rummet, hålla isär vem som pratade samt förklara vad som skedde.

De fördelar som framkom gällande tolk på plats var att det kunde underlätta vid undersökningar om tolken fanns närvarande och kunde förklara även med hjälp av sitt kroppsspråk. Det sågs även som en fördel att tolken kunde se samspelet mellan sjuksköterska och patient och på så vis skildra känslor bättre. Ibland upplevdes det även gå lättare att strukturera upp informationen på ett bättre sätt med tolk på plats, som exempelvis då patienten hade nedsatt kognitiv förmåga.

Användandet av anhörig som tolk kunde i vissa situationer ses som en möjlighet till kommunikation med patienten. En anhörig kunde till exempel användas som stöd i kommunikationen för att meddela att tolk uteblivit. I de fall sjuksköterskan visste att det förelåg en god relation mellan anhörig och patient ansåg de att samtalet skulle kunna främjas av denna trygghet. Sjuksköterskorna la dock stor vikt vid att de försökte att endast i undantagsfall och vid korta oplanerade möten använda anhörigtolk. I tillägg till detta betonades att anhöriga helst ej skulle belastas med tolkning och för patientens skull föredrogs främst professionella tolkar i syfte att få en så korrekt informationsöverföring som möjligt. Det framkom även åsikter om att anhörig ej ska vara tolk överhuvudtaget samt starka åsikter om att barn absolut inte ska användas som tolk.

Överlag uttryckte sjuksköterskorna att professionell tolk var att föredra, särskilt vid inbokade sjuksköterske- eller läkarbesök för att främja kommunikationen. Av erfarenhet valde sjuksköterskorna att ibland beställa tolk för säkerhetsskull och sedan avsluta tolkningen tidigare i de fall det inte behövdes, det vill säga där kommunikationen fungerade obehindrat utan tolk.

För att främja kommunikationen i tolksamtalen beskrev sjuksköterskorna det viktigt att vara lyhörd, visa ödmjukhet inför känslor, lyssna in vilka behov patienten hade samt i den mån det

gick fråga om patientens åsikt om tolken efter besöket. Det framkom att sjuksköterskorna försökte välja kvinnliga tolkar vid vissa samtal, då de exempelvis upplevde att kvinnliga tolkar förstod barnperspektivet bättre och att det då främjade kommunikationen. Även patientens önskemål om specifikt kön på tolken borde tas i beaktan för att skapa en så god miljö som möjligt för patienten och omvårdnaden.

Av intervjuerna framkom att sjuksköterskorna använde olika redskap som hjälpmedel i kommunikationen. Det kunde vara material på patientens språk om det fanns utformade. I de fall patienten inte kunde läsa var ibland bilder på olika föremål och almanackor till hjälp i samtalet. Det framkom även att mobiltelefonen kunde vara ett bra redskap för kommunikation till exempel då tolk uteblivit. I de fall tolk uteblivit uttryckte sjuksköterskorna att de fick försöka så gott de kunde men att det trots allt gick ganska bra att kommunicera. Kroppsspråk, blickar, några få ord engelska och svenska samt användning av allt möjligt som fanns att tillgå i kombination med viljan att försöka förstå sin patient kunde räcka långt.

”Tro det eller ej, men jag tycker faktiskt att det, att det går väldigt bra med kropp och blick och... och, och... leenden [...] att förstå en annan person som knappt kan några ord svenska, på något sätt så löser man [...] Om man frågar och pekar och [...] man märker ju det, man ser ju det, även om man inte använder så mycket ord.[...]har man viljan så kan man förstå en annan människa ganska bra...” (4)

Sjuksköterskans kompetens

Genomgående påpekade sjuksköterskorna att tolksamtal finns överallt och att det blir allt vanligare. Således framkom att det för sjuksköterskor är oundvikligt att inom sin profession stöta på och arbeta med tolk. De första gångerna som sjuksköterskorna arbetade med tolk upplevde de en viss osäkerhet vilket påverkade samtalets utfall. Sedermera skapades en vana för tolksamtal vilket ökade deras kunskaper och förståelse. Sjuksköterskorna beskrev att de under årens lopp utarbetat en samtalsteknik och därför kände de sig obesvärade och självsäkra när de arbetade med tolk.

”Alltså det är ju en träning. Det var inte så lätt i början kan jag säga... jag tycker det var jättejobbigt... innan man liksom lärde sig tekniken för det första och sedan hur man säger och att man måste vänta [...]man måste förbereda sig mer också, på vad man vill ha sagt...” (8)

Överlag framkom det att sjuksköterskorna inte hade fått någon utbildning i hur de ska använda tolk. De betonade de att utbildning är nödvändigt för att ge ovana sjuksköterskor rätt verktyg för att i största möjliga mån kunna applicera personcentrerad vård via tolk. Utöver detta menade sjuksköterskorna att en utbildning hade varit bra för att ge en inblick i hur viktigt det är att använda professionell tolk samt sjuksköterskornas rättigheter till det. Sjuksköterskorna uppgav att utbildningen förslagsvis kunnat ingå i sjuksköterskornas grundutbildning alternativt som introduktion på respektive arbetsplats.

”... det har varit från min kollega då, som sagt att såhär fungerar telefonen... och såhär beställer du tolk, så, bara rent praktiskt så... inte egentligen varför, och ingen... ingen utbildning har jag fått på det viset nej. Det hade jag behövt, det hade varit bra, absolut.” (6)

Diskussion

Diskussion av vald metod

Den kvalitativa metoden som använts kan anses ha varit lämplig då studiens syfte var att belysa sjuksköterskors erfarenheter. Valet att använda en kvalitativ metod grundades på att kunna få en djupare förståelse samt att få en större insikt inom ämnet (Lundman & Graneheim, 2012). Det material som presenterades i resultatet är inte generaliserbart då det är beroende av det sammanhang i vilket studien genomfördes (Kristensson, 2014; Kvale & Brinkmann, 2014). Således måste sammanhanget tas i beaktning ifall studien ska replikeras med liknande resultat. Lundman och Graneheim (2012) beskriver att författarna till en kvalitativ studie anses vara en del i forskningsprocessen, varför ett rimligt antagande kan vara att författarnas erfarenheter och tolkningar har bidragit till det framtagna resultatet. Dock har författarna strävat efter ett öppet förhållningssätt och beaktat sina förförståelser under studiens genomförande i syfte att resultatet i största möjliga mån ska vara sanningsenligt (ibid.).

Samma resultat hade troligtvis inte genererats ifall författarna hade valt att genomföra en litteraturstudie med liknande syfte. De artiklar som erhålls genom sökning i databaserna CINAHL och PubMed ansågs inte vara tillräckliga då de enbart belyser sjukvårdspersonalens generella erfarenheter av tolksamtal och inte berör möjligheten att utöva personcentrerad vård via tolksamtal.

Samtliga asylsökande i Sverige har rätt till en hälsokontroll på vårdcentral eller hälsocentral och samtliga asylsökande föräldrar till små barn har rätt till kontakt med barnsjukvård eller

barnhälsovård (SFS 2008:334). Således kan ett rimligt antagande vara att sjuksköterskor inom primärvården i stor utsträckning kommer i kontakt med personer som är nyanlända i Sverige och har därför mycket erfarenheter av tolksamtal. Detta stämmer väl överens med författarnas ambitioner att rekrytera studiedeltagare med ett typiskt urval, vilket innefattade studiedeltagare som bedömdes besitta erfarenheter och kunskap inom det som är typiskt för det valda ämnet (Kristensson, 2014).

Begreppet södra Sverige har använts då författarna valt att avstå från att ange namn på städer och vårdenheter. Anledningen till detta var att författarna inte ville riskera att enskilda studiedeltagare skulle kunna identifieras genom sina arbetsplatser.

Då författarna inte haft någon tidigare erfarenhet av att genomföra kvalitativa studier med semistrukturerad intervjumetodik sågs pilotintervjun som ett träningstillfälle och inte enbart som ett verktyg för att kunna revidera intervjuguiden. Under pilotintervjun uppkom ett tekniskt fel på datorn för inspelning av ljudet, vilket innebar att det inte fanns möjlighet att transkribera och analysera materialet. Av denna anledning exkluderades pilotintervjun från studien, men intervjuguiden reviderades omedelbart efter genomförd pilotintervju då författarna fortfarande hade intervjun färskt i minnet. I samband med revideringen av intervjuguiden beslutades även att intervjuerna skulle spelas in på båda författarnas datorer för att minimera risken för att tekniska fel skulle medföra att material förlorades. Vid analys av data framkom att ett tema i intervjuguiden ej var relevant för studiens syfte, varför det exkluderades.

Under datainsamlingsfasen, då författarna genomförde intervjuer och transkriberade, skapades en större förståelse för ämnet, vilket kan ha bidragit till att författarnas intervjuteknik förbättrades med tiden. Ytterligare en aspekt gällande datainsamlingen var att författarna turades om att intervjua och hade oundvikligen olika tekniker trots att intervjuguide användes. Detta kan potentiellt ha medfört att studiedeltagarnas svar har varierat i uttryck och omfattning.

Ifall möjligheten hade funnits borde transkribering skett omedelbart efter varje intervju för att skapa en djupare förståelse av ämnet, då intrycken var ännu var färskt i minnet (Kvale & Brinkmann, 2014). Under analysprocessen hade författarna en ständig dialog och diskussion vilket minimerade risken för att resultatet endast skulle baseras på en persons uppfattningar

(Kristensson, 2014). Då koderna skulle delas in i underkategorier kontrollerades de meningsbärande enheterna och de kondenserade texterna kontinuerligt för att kontrollera att textens innebörd överensstämde med underkategorins benämning. Detta gav genomgående ökad bärighet i innehållsanalysen då författarna försäkrade sig om att allt material tolkades så korrekt som möjligt trots att många koder kunde passa in under flera underkategorier (Lundman & Graneheim, 2012). Exempel på innehållsanalys i tabellform redovisades i syfte att ge läsaren en insyn i hur författarna har resonerat kring innehållet och hur materialet succesivt abstraherats (Kristensson, 2014).

Diskussion av framtaget resultat

Det framtagna resultatet speglar tydligt studiens syfte, då sjuksköterskornas erfarenheter lyfts och beskrivs ingående. Vikten av en god kommunikation betonas genomgående i resultatet, vilket även stöds av Travelbees omvårdnadsteori (Kirkevold, 2000). Travelbee menar att det ligger i sjuksköterskans ansvarsområde att genom en god kommunikation främja det mellanmänniska mötet med patienten för att kunna få en helhetsbild och således tillgodose patientens behov (ibid.). Även patientlagen understryker vikten av en välfungerande och anpassad kommunikation för att patienten ska bli så delaktig som möjligt i sin vård (SFS 2014:821). Studiens resultat visar i enlighet med Travelbees omvårdnadsteori och patientlagen att en adekvat kommunikation är nödvändig för att ge sjuksköterskan möjlighet att utöva personcentrerad vård.

I samtal med patienter som inte behärskar det svenska språket krävs att sjuksköterskan använder sig av tolk för att möjliggöra kommunikation (McCarthy et al. 2013; Hadziabdic, Albin, Heikkilä & Hjelm, 2010). McCarthy et al. (2013) beskriver att användning av tolk är ett effektivt sätt för sjuksköterskan att göra sig förstådd samt för att förstå patienten men att det inte nödvändigtvis innebär att samtliga kommunikationsbarriärer försvinner. Liknande uppgifter framkommer även i föreliggande studies resultat där sjuksköterskor beskrev att det i samband med tolksamtal alltid fanns vissa svårigheter och begränsningar som inte kunde elimineras. Detta kan utgöra hinder för sjuksköterskans förmåga att utöva personcentrerad vård via tolksamtal då det exempelvis alltid är någon som blir utanför i ett tolksamtal samt då språkliga nyanserna är svåra att uppfatta.

Høye och Severinson (2008) beskriver att sjuksköterskor överlag finner det komplext och utmanande att vårda personer med annan kulturell bakgrund. Vidare uppger Hadziabdic et al. (2010) att sjuksköterskor upplever det svårt att kommunicera via tolk. Dock framkom det i föreliggande studies resultat att en duktig, kompetent och professionell tolk kunde minska svårigheterna och känslan av komplexitet. En duktig tolk definierades i resultatet som en tolk med goda språkkunskaper, som tolkade objektivt och ordagrant samt värnade om sin tystnadsplikt. Det sågs även som en fördel ifall tolken hade kunskap om medicinska termer då detta upplevdes underlätta för samtalet. Även Kale och Syed (2010) tillsammans med Hadziabdic och Hjelm (2013) använder liknande definitioner för att beskriva en bra tolk. I tillägg till detta nämner Hadziabdic et al. (2010) att tolken även ska följa de riktlinjer som finns framtagna för tolkar. Ett rimligt antagande baserat på studiens resultat, med stöd av nämnda artiklar, kan vara att en duktig tolk har stort inflytande över sjuksköterskans möjligheter att via tolksamtal applicera personcentrerad vård.

Enligt framtaget resultat kan sjuksköterskan genom olika strategier främja en god kommunikation vilket i sin tur kan anses vara av största vikt för att kunna utöva personcentrerad vård via tolksamtal. Vikten av god planering inför mötet samt en strukturerad, rak och tydlig kommunikation lyftes som främjande strategier för informationsutbytet, vilket i enlighet med Hadzibdic och Hjelm (2013) främjar mötet med patienten och därmed även den personcentrerade vården. Vidare visar föreliggande studies resultat att sjuksköterskorna upplevde det viktigt för kommunikationen att få patienten att känna sig trygg i samtalet och att de hade ögonkontakt samt informerade patienten om att det rådde tystnadsplikt.

Enligt Hadzibdic et al. (2010) och Hadzibdic och Hjelm (2013) bör sjuksköterskorna om möjligt välja en lugn och tillåtande miljö för att gynna samtal som sker via tolk. Sjuksköterskorna bör även vara vaksamma på sitt eget beteende, exempelvis genom att vara lyhörda, närvarande samt ta hänsyn till mötets karaktär och patientens önskningar för att i största möjliga mån kunna ge vård med hög kvalitet (Hadzibdic & Hjelm, 2013). Vidare beskriver Hadzibdic och Hjelm (2013) att tolkens etnicitet, kön, språk, dialekt och framtoning är några faktorer som kan vara viktiga att reflektera över i förhållande till patienten och samtalets syfte. Detta är något som även framkom i den aktuella studiens resultat, där sjuksköterskorna har strategier för att exempelvis välja ett specifikt kön på tolken i särskilda situationer eller att de av olika anledningar föredrog antingen telefontolk eller tolk på plats.

Jirwe et al. (2009) lyfter kommunikation till något som är större än enbart lingvistik, det vill säga att även innefatta tal, tonläge, ansiktsuttryck, kroppsspråk och gestikulering. Även föreliggande studies resultat lyfter dessa faktorer som främjande för god kommunikation och personcentrerad vård. Dessa kan därför anses som viktiga komponenter för att skapa förståelse och interaktion i relationen mellan sjuksköterska och patient. Denna interaktion beskrivs av Travelbee som en betydande del i det mellanmännsliga mötet där sjuksköterskan kan använda förståelsen för att ge god vård till patienten (Kirkevold, 2000).

Enligt studiens resultat får övervägande del av sjuksköterskor ingen utbildning, utan de lär sig med tiden hur tolk ska användas och hur de ska bära sig åt i ett tolksamtal för att maximera möjligheterna till att utöva personcentrerad vård via tolksamtal. Att som sjuksköterska veta hur en tolk ska användas på effektivast möjliga sätt är nödvändigt och kan ge insikt i hur kommunikationen med patienten bör vara (McCarthy et al., 2013). Av den anledningen är det viktigt att sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal får utbildning i hur tolk används (Høye & Severinsson, 2008; Jirwe et al., 2009; Kale, Syed, 2010; McCarthy et al., 2013) Jirwe et al. (2009) menar att utbildning gör sjuksköterskor mer självsäkra i hur tolk används och att sjuksköterskor därför vågar använda professionell tolk mer istället för att använda anhöriga av bekvämlighetsskäl. Sjuksköterskor kan genom utbildning även upplysas om att de har en rättslig skyldighet att ordna professionell tolk om behov finns, då det är deras skyldighet att försäkra sig om att kommunikationen med patienten fungerar väl (Kale & Syed 2010). Sjuksköterskor borde med fördel även få utbildning i vad tolken har för roll, ansvarsområden och skyldigheter för att enklare kunna samarbeta med tolken och även kunna påtala i de fall tolken inte följer sin profession (ibid.).

Önskemål om utbildning för sjuksköterskor har tydligt framgått i föreliggande studies resultat, vilka berör samtliga aspekter som beskrivs i föregående stycke. I tillägg till detta visar resultatet även på att sjuksköterskor önskar att få utbildning i ett tidigt skede, förslagsvis redan i grundutbildningen. Anledningen till detta är att deras första patientmöten via tolksamtal inte varit optimala och att det hade kunnat undvikas helt eller delvis ifall de fått utbildning tidigare.

Slutsats och kliniska implikationer

Efter diskussion av studiens resultat dras slutsatsen att det via tolksamtal inte finns samma möjligheter för sjuksköterskor att utföra personcentrerad vård i jämförelse med ett samtal där samtliga parter talar samma språk. För att maximera möjligheterna att utföra personcentrerad vård hade sjuksköterskor behövt utbildning i hur tolk bör användas. Utbildning hade kunnat ge sjuksköterskorna praktiska och användbara råd i hur kommunikationen bör föras, vad som bör tänkas på i olika situationer, varför användning av professionell tolk är viktigt samt att sjuksköterskor har rättighet att använda tolk i de fall det anses nödvändigt.

Fortsatta och möjligen mer specifika studier inom ämnet kan anses vara nödvändiga för att styrka slutsatsen i föreliggande studie. Exempelvis hade en observationsstudie kunnat genomföras för att utforska hur patientmöten med respektive utan tolk inverkar på sjuksköterskors möjligheter att utöva personcentrerad vård.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna har i största utsträckning delat upp arbetet på ett jämt och rättvist sätt. Båda författarna står bakom studiens innehåll och har upprepade gånger läst igenom den författade texten.

Referenser

- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2012). *Vårdande som lindrar lidande: Etik i vårdandet* (2. uppl.). Stockholm: Liber.
- Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård: Etik och personcentrerad vård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (s.69-96). Stockholm: Liber.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Nordberg, A., Brink, E., ... Stilbrant Sunnerhagen, K. (2011) Person-centered care: Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular nursing* 10, 248-251
- Hadziabdic, E., Albin, B., Heikkilä, K. & Hjelm, K. (2010). Healthcare staff perceptions of using interpreters: A qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 11(03), 260-270. doi: 10.1017/S146342361000006X
- Hadziabdic, E., & Hjelm, K. (2013). Working with interpreters: practical advise for use of an interpreter in healthcare. *International Journal of Evidence-based Healthcare*, 11, 69-76. doi: 10.1111/1744-1609.12005
- Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. (3. uppl.). (I. Lindqvist, övers.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 2005)
- Hedman, H. (2014). Patientens-personens röst: Patientmedverkan. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (s.7-20). Stockholm: Liber.
- Høye, S., & Severinsson, E. (2008). Intensive care nurses's encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing* 24, 338—348. doi: 10.1016/j.iccn.2008.03.007
- Jirwe, M., Gerrish, K., & Emami, A. (2009). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Science* 24, 436—444. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00733.x

Kale, E., & Syed, H. R. (2010). Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient Education and Counseling* 81, 187-191

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier- analys och utvärdering* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso-och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och Kultur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B., & Graneheim, U.H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär B. & Höglund-Nilsen (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 187-202). Lund: Studentlitteratur.

McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M.M., & Tuohy, D. (2013). Conversations through barriers of language and interpretation. *British Journal of Nursing* 22, 335-339

Medicinska fakulteten. (2013). Vårdvetenskapliga etiknämnden. Hämtad 2015-04-16 från Lunds Universitet, http://www.med.lu.se/studentinformation_nou/praktisk_studieinformation/projektplaner_och_uppsatser/vaardvetenskapliga_etiknaemnden

Patel, R., & Davidsson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2013). *Essentials of Nursing Research Appraising Evidence for Nursing Practice* (8. uppl.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.

SCB. (2009). Demografiska rapporter 2009:1, Sveriges framtida befolkning 2009-2060. Hämtad 2015-04-12 från Statistiska Centralbyrån, http://www.scb.se/statistik/_publikationer/BE0401_2009I60_BR_BE51BR0901.pdf

SCB. (2015). Kriget i Syrien medförde rekordstor invandring. Hämtad 2015-12-02 från Statistiska Centralbyrån, http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Kriget-i-Syrien-medforde-rekordstor-invandring/

SFS 1982:756. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 2015-04-13 från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2008:344. *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* Hämtad 2015-12-28 från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2008344-om-halso--och-s_sfs-2008-344/

SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 2015-04-15 från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2015-04-12 från Svensk Sjuksköterskeförening, http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/ssf-om-publikationer/om.personcentrerad.vard_web.pdf

Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Willman, A. (2010). Evidens och personcentrerad omvårdnad: Personcentrerad omvårdnad. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad: I teori och praktik* (s.101-112). Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association. (2014). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2015-04-15 från World Medical Association, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Öberg, P. (2011). Livshistorieintervjuer. I G. Ahrne & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (s 58-70). Stockholm: Liber.

Intervjuguide

Inledande information kring begreppet personcentrerad vård

Bakgrundsinformation

- Utbildning och eventuell specialisering
- Antal yrkesverksamma år som legitimerad sjuksköterska
- Ålder

Inledande fråga

- Kan du berätta om dina erfarenheter av tolksamtal?

Teman:

- *Personcentrerad vård*
- *Anhörigtolk*
- *Möjligheter/ Svårigheter*
- *Skillnader i olika situationer (fysiskt närvarande tolk/ telefontolk)*
- *Kulturell inverkan*
- *Tillgänglighet av professionella tolkar*
- *Tystnadsplikt*
- *Miljö*
- *Utbildning*
- *Skillnad mellan olika vårdprofessioner*

Förtydligande frågor

- Skulle du kunna utveckla det? / Kan du förklara det ytterligare?
- På vilket sätt?
- Hur påverkade det dig?

Specificerande frågor

- Skulle du kunna ge ett exempel?
- Vad tänkte du kring det?
- Vad gjorde du då?
- Vad fick dig att känna så?

Utforskande frågor

- Skulle du vilja berätta mer om...
- Vi skulle gärna vilja veta mer om...

Tolkande frågor

- Känner/ tycker/ tänker/ menar du...
- Innebär det att...

Information till studiedeltagare

Personcentrerad vård

Termen personcentrerad vård introducerades 1995 med betydelsen att hälso- och sjukvårdens resurser och personal ska vara centrerad kring den person som befinner sig i patientrollen.

Personcentrerad vård syftar till att personen blir sedd som en unik individ med specifika behov och värderingar. Begreppet belyser vikten av att förstå personen bakom patienten; att se till dennes subjektivitet, styrkor, framtidsplaner och rättigheter.

En del i personcentrerad vård är övergången från att se patienten som ett passivt föremål för en medicinsk intervention till att involvera patienten i beslutsprocessen i hans eller hennes vård. Anledningen till att delaktighet är en viktig del är att det visat sig bidra till förbättrade behandlingsplaner, ökad tillfredsställelse hos patienten samt bättre hälsoresultat.

Personcentrerad vård börjar med en vårdrelation som innehåller informationsutbyte, överläggning och delat beslutsfattande grundat i en djupare förståelse vilket tyder på att kommunikation är en viktig komponent för att nå personcentrerad vård.



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Bilaga 3 (6)

INFORMATIONSBREV TILL
STUDIEDELTAGARE

DATUM:

Möjligheten till personcentrerad vård via tolksamtal i primärvård – en intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter.

Du tillfrågas om att delta i en studie avseende sjuksköterskors erfarenheter av tolksamtal i primärvården. Studien kommer att genomföras med intervjuer där deltagande sjuksköterskor har möjlighet att berätta fritt kring sina erfarenheter av möjligheten till personcentrerad vård via tolksamtal.

Väljer Du att delta i studien kommer Du att intervjuas under cirka 30-40 minuter på en plats som passar Dig bäst. Intervjuerna kommer att spelas in som ljudfil på vår arbetsdator som endast vi har tillgång till. Samtliga ljudfiler kommer att kodas för att säkerställa konfidentialitet. Vi garanterar Dig konfidentialitet genom aidentifiering av uppgifter som datum, namn och platser. Detta innebär således att resultatet i studien kommer att presenteras så att ingen specifik deltagare ska kunna känna igen sig.

Det är frivilligt att delta i studien och Du kan när som helst avbryta Ditt deltagande utan att ange skäl.

Studien genomförs som en kandidatuppsats i sjuksköterskeprogrammet vid Lunds Universitet. Hör gärna av Dig vid frågor eller om ytterligare information önskas.

Med vänliga hälsningar

Darya Salavati

Student

Lunds Universitet

+ 46 (0) 739 31 24 42

darya.salavati.840@student.lu.se

Fanny Lindholm

Student

Lunds Universitet

+ 46 (0) 702 97 70 55

fanny.lindholm.793@student.lu.se

Handledare Eva Drevenhorn

Distriktssköterska, fil dr., lektor

Lunds Universitet

+ 46 (0) 46 222 19 28

eva.drevenhorn@med.lu.se

Informerat samtycke

Härmed bekräftar jag att:

jag har läst och förstått informationen för studiedeltagande

jag har fått tillfälle att ställa frågor

jag förstår att deltagandet sker frivilligt samt att jag utan konsekvenser har rätt att avbryta mitt deltagande när som helst utan att ge en förklaring till varför

jag samtycker till att delta i studien samt till att intervjun blir inspelad

Deltagare

Student

Datum

Datum

Signatur

Signatur

Namnförtydligande

Namnförtydligande



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

INFORMATIONSBREV TILL
VERKSAMHETSCHEF/ ENHETSCHEF

DATUM:

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”Möjligheter till personcentrerad vård via tolksamtal i primärvården”, en intervjustudie avseende sjuksköterskors erfarenheter.

Syftet med studien är att inom primärvården belysa sjuksköterskors erfarenheter av tolksamtal och dess inverkan på möjligheten att utöva personcentrerad vård. Det finns evidens för att språkbarriärer som uppkommer då nyinvandrade personer söker vård kan överkommas till viss del genom användande av tolk. Genom att skapa kännedom om sjuksköterskors erfarenheter av tolkanvändning kan deras möjligheter till att ge personcentrerad vård till nyinvandrade personer och flyktingar belysas.

Studien följer en kvalitativ ansats vilket tillämpas genom djupintervjuer som ska pågå i cirka 30-40 minuter. Intervjuerna kommer att analyseras induktivt. Inklusionskriterier för deltagande i studien är minst två års yrkesverksamhet som legitimerad sjuksköterska inom primärvård i södra Sverige samt erfarenheter av tolksamtal vid vårdande av patient. Studiedeltagarna kommer att intervjuas utifrån en intervjuguide framtagen av författarna och det är verksamhetschefen som beslutar ifall intervjuerna ska ske under eller utanför arbetstid.

Deltagande i studien sker frivilligt och studiedeltagarna har rätt att när som helst avbryta sitt deltagande. Intervjuerna kommer att spelas in på författarnas arbetsdatorer där samtliga ljudfiler kommer att kodas för att säkerställa konfidentialitet. All insamlad data förstörs efter att examensarbetet examinerats med godkänt resultat. Innan påbörjad intervju får studiedeltagarna ta del av ett informationsbrev samt lämna informerat samtycke. I samband med detta får studiedeltagarna även information om begreppet personcentrerad vård samt möjlighet att ställa förtydligande frågor.

Ansökan har skickats till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande och har fått godkänt för genomförande av den planerade studien.

Studien ingår som ett examensarbete i sjuksköterskeprogrammet.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Darya Salavati

Fanny Lindholm

Handledare Eva Drevenhorn

Student

Student

Distriktssköterska, fil dr., lektor

Lunds Universitet

Lunds Universitet

Lunds Universitet

+ 46 (0) 739 31 24 42

+ 46 (0) 702 97 70 55

+ 46 (0) 46 222 19 28

darya.salavati.840@student.lu.se

fanny.lindholm.793@student.lu.se

eva.drevenhorn@med.lu.se

Blankett för medgivande av verksamhetschef/ enhetschef

Möjligheter till personcentrerad vård via tolksamtal i primärvården.

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

- Under arbetstid
- Utanför arbetstid

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde