



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Distriktssköterskans upplevelse av hälsofrämjande arbete genomfört via tolk

En kvalitativ intervjustudie.

Författare: Fredrika Posse Adelswärd

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Hösten 2016

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

Distriktssköterskans upplevelse av hälsofrämjande arbete genomfört via tolk

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Fredrika Posse Adelswärd

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Hösten 2016

Abstrakt

Bakgrund: Hälsofrämjande samtal ligger till grund för att påverka individen i riktning mot att göra hälsosamma val och förändra levnadsvanor. Patienternas tillgång till information, rådgivning och samtal kring hälsa och levnadsvanor försvåras av språkliga barriärer. För att kunna kommunicera tillfredsställande bör tolk anlitas, men också tolkanvändning är problematiskt och har enligt studier visat sig förknippat med mindre patientcentrerad vård, risker för felbedömningar och mindre professionell tillfredsställelse för vårdpersonalen. **Syfte:** Syftet var att beskriva distriktssköterskans upplevelse av hälsofrämjande arbete genomfört via tolk. **Metod:** Kvalitativa intervjuer genomfördes med 13 distriktssköterskor verksamma på vårdcentraler i Skåne. Intervjumaterialet analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Distriktssköterskornas upplevelser sammanfattades i tre kategorier som speglar att *tolken är betydelsefull*, dels som möjliggörare men även som ett hinder. De upplevde att *personcentrering är nödvändig* i sammanhanget samt att *kunskaper underlättar* det hälsofrämjande arbetet de genomför via tolk. **Konklusion:** Distriktssköterskornas upplevelser visade prov på reflektion, professionell färdighet och kreativitet och en strävan efter att tillgodose jämlik vård.

Nyckelord:

(Distriktssköterska, hälsofrämjande, samtal, tolk, jämlik vård, kommunikation, kultur)

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Problemområde.....	4
Bakgrund.....	5
Perspektiv och utgångspunkter.....	5
Ohälsa bland utrikesfödda	6
Tolk	7
Hälso- och sjukvårdens ansvar	8
Det tolkade samtalet.....	9
Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete.....	10
Samtal till grund för distriktssköterskans hälsofrämjande arbete	11
Mångkulturella möten	12
Syfte	12
Metod	13
Urval.....	13
Instrument	13
Förberedelser för datainsamling	14
Genomförande av datainsamling	14
Databearbetning och analys	15
Forskningsetiska avvägningar	15
Resultat.....	16
Tolken är betydelsefull.....	16
Förtroendet för tolken	17
Professionell tolk centralt.....	18
Personcentrering är nödvändig.....	19
Samtal på patientens villkor	19
Anpassa sättet att kommunicera.....	20
Stärka patienten	21
Kunskap underlättar	21
Kulturella insikter	22
Specifik yrkeskunskap	23
Diskussion.....	24
Metoddiskussion.....	24
Resultatdiskussion.....	26
Konklusion och implikationer	30
Referenser.....	31
Bilaga 1	37

Problemområde

Ohälsa och sjukdomar relaterade till ohälsosamma levnadsvanor är vanligare bland utrikesfödda än inrikesfödda svenskar (Folkhälsomyndigheten, 2014). Den svenska folkhälsopolitiken har som övergripande mål att skapa förutsättningar för god hälsa på lika villkor för hela den svenska befolkningen (a.a.). Socialstyrelsen (2011a) har slagit fast att tillgängligheten och information om hälsofrämjande hälso- och sjukvård riktad till utrikesfödda behöver förbättras för att minska ojämlikheten avseende hälsa som råder mellan utrikes- och inrikesfödda svenskar. Nationella patientenkäter som använts som underlag för Socialstyrelsens rapport visar att de patienter som inte hade svenska som modersmål upplevde i lägre grad än svenskfödda, delaktighet och respekt när de uppsökte primärvården (a.a.). Vidare beskrivs ytterligare en aspekt på skillnader i vårdens tillgänglighet och betydelsen av kommunikation i en svensk studie som granskade samtal till sjukvårdsrådgivningen 1177. Hakimnia, Holmström, Carlsson och Höglund (2014) fann ojämlikheter relaterat till bland annat språkkunskap. När patienten talade bristfällig svenska tog sjuksköterskan en mindre utförlig anamnes och patienten gavs mindre tid att beskriva sina upplevda besvär. Samtalet bedömdes i analysen vara mindre patientcentrerat, vilket riskerade att inverka negativt på rådgivningens kvalitet (a.a.).

I en amerikansk observationsstudie påvisades att tolkade läkarsamtal i primärvården uppvisade en lägre grad av patientcentrering jämfört med samtal där båda parter talade samma språk (Rivadeneira, Elderkin-Thompson, Cohen Silver & Waitzkin, 2000). Sannolikheten att läkaren i konsultationen bortsåg från patientens berättelse visade sig vara större i ett tolkat samtal. Patienternas egen uppfattning av sina besvär gavs signifikant mycket mindre utrymme i de tolkade samtalen i jämförelse med de samtal som fördes mellan en engelskspråkig läkare och en tillika engelskspråkig patient. Behandlingen liksom information och rådgivning kring hälsa och egenvård, riskerade därför att inte utformas efter patientens individuella förutsättningar och behov (a.a.). Enligt Ahmadi (2008) står patienternas tillfredsställelse och samtycke till behandling i direkt samband med kommunikationens kvalitet och relationen mellan patient och vårdgivare. När kulturella och sociala skillnader föreligger riskeras relationen av kommunikationsproblem och missförstånd.

Andelen utrikesfödda svenskar uppgick i slutet av 2015 till dryga 1,6 miljoner (Statistiska Centralbyrån, 2016) och siffran förväntas växa de kommande åren (Statistiska Centralbyrån,

2014). För att komma till rätta med hälso- och sjukvårdens bristande tillgänglighet och ojämlikheten avseende hälsa hos utrikesfödda krävs således långsiktig uppmärksamhet och riktade resurser av såväl beslutsfattare som yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård (Folkhälsomyndigheten, 2013a). Det är angeläget att göra en fördjupad beskrivning av hur det patientnära hälsofrämjande arbetet som genomförs via tolk upplevs utav de som är ålagda att bedriva det. Detta krävs för att kunna bedöma vilken kompetens och eventuella extra resurser som behövs ute i primärvården i takt med att hälsofrämjande arbete genomfört via tolk blir en allt vanligare arbetsuppgift för distriktssköterskor.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Studien har ett omvårdnadsvetenskapligt perspektiv med en syn på människan som aktiv, skapande och som del i ett sammanhang och en kultur. Ett grundläggande antagande inom omvårdnadsvetenskap är att omvårdnad sker på personnivå och att människan är fri och har förmåga att göra val och ta ansvar (Svensk Sjuksköterskeförening, 2012). Som omvårdnadsutövare är det viktigt att ha förståelse för människan som både *unik* och *generell* varelse för att utifrån det sedan kunna definiera innebörden av hälsa och omvårdnad. Även förståelse för sig själv som unik och generell behövs för att bedöma vilka värderingar omvårdnadsutövaren själv har (a.a.). Begreppet *personcentrerad vård* har vuxit fram som en beskrivning av god och humanistisk omvårdnad där personen inte reduceras till sin diagnos och sitt vårdbehov genom att benämnas patient. Att ge personcentrerad vård är att ge personen bästa möjliga förutsättningar att göra evidensbaserade val i relation till sin hälsa, men också att låta personen göra det val hen önskar utan att moralisera (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Studien tar avstamp i Joyce Travelbees interaktionsteori (Kirkevold, 2000) med tanke på att den grundar sig i en humanistisk människosyn och sätter samspelet mellan sjuksköterska och individ i centrum. Joyce Travelbee definierar omvårdnadsbegreppet på ett sätt som väl stämmer överens med vad som finns att läsa i Kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2009) nämligen som ”en mellanmänsklig process där den professionella omvårdnadspraktikern hjälper en individ, en

familj eller ett samhälle att förebygga eller bemästra upplevelser av sjukdom och lidande och vid behov även att finna en mening med dessa upplevelser” (Joyce Travelbee, 1971, citerad i Kirkewold, 2000, s. 130). Den mellanmännsliga processen delas in i fyra faser: första mötet, nya identiteter, empatifasen och sympatifasen. Enligt Travelbees omvårdnadsteori är det sjuksköterskans syfte att påverka patienten i riktning mot förbättrad hälsa och minskat lidande och därför letar sjuksköterskan alltid efter möjligheter och metoder att utöva inflytande (Kirkewold, 2000). Omvårdnad består av interaktion vilket förutsätter kommunikation för att nå upp till sjuksköterskans syfte. Kommunikation beskrivs som en komplex process som kräver vissa färdigheter och kreativitet hos omvårdnadsutövaren. När sjuksköterskan förstår individens situation och erfarenheter, identifierar och tillgodoser individens behov når kommunikationen och omvårdnaden sitt syfte. Om av någon anledning interaktionen störs eller sjuksköterskan inte ser och förstår personen som en *unik individ*, förloras viktig information och omvårdnaden når inte upp till syftet.

Ohälsa bland utrikesfödda

Ohälsa och förtida död i sjukdomar relaterade till levnadsvanor är vanligare bland utrikesfödda än inrikesfödda svenskar (Socialstyrelsen, 2011a) och hälsans ojämlika fördelning i befolkningen är ett centralt folkhälsoproblem enligt Folkhälsomyndigheten (2014). Skillnaderna gäller såväl somatisk som psykisk ohälsa. Pellmer, Wramner & Wramner (2012) nämner vidare att övervikt är betydligt vanligare hos utrikesfödda och när det gäller rökning är det en mycket mer utbredd levnadsvana bland utrikesfödda män än bland inrikesfödda. Att förbättra hälsan för utrikesfödda kan utöver vinster för den enskilde individen, medföra viktiga konsekvenser för samhället i form av minskade sjukskrivningar och ökad sysselsättning (a.a.).

Levnadsvanor har stor betydelse för hjärt-kärlsjukdom och risken att drabbas av en första hjärtinfarkt är större för både män och kvinnor födda i exempelvis Irak, Afghanistan, Syrien och Bosnien än för svenskfödda (Socialstyrelsen, 2011a). Utrikesfödda i Sverige har över lag också sämre upplevd självskattad hälsa (Pellmer et.al., 2012; Socialstyrelsen, 2011a; Svensk Sjuksköterskeförening, 2012). Värt att tillägga i sammanhanget är att utrikes födda eller invandrare ingalunda är en homogen grupp. Hälsotillståndet mellan och inom olika etniska gruppen kan skilja sig mycket åt beroende på förutsättningar och faktorer såsom socioekonomiska förhållanden i det nya hemlandet och under vilka förutsättningar man lämnat sitt forna hemland. Däremot nämns det i litteraturen som ett faktum att utrikesfödda som grupp betrak-

tat är särskilt utsatta för en mängd riskfaktorer relaterade till ohälsa och behöver tillgång till hälsofrämjande insatser (Pellmer et.al., 2012; Socialstyrelsen, 2011a).

Tolk

Auktoriserad tolk är en skyddad yrkestitel och innebär att personen i fråga genomgått och blivit godkänd av Kammarkollegiet i flera skriftliga och muntliga provmoment (Kammarkollegiet, 2014). Goda språkkunskaper samt kännedom om hur samhällets funktioner och välfärd är uppbyggda erfordras också. Det finns även de auktoriserade tolkar som har specialkompetens inom rättsväsende eller hälso- och sjukvård. De flesta verksamma tolkar är dock så kallade grundutbildade tolkar, vilka har utbildning från studieförbund eller folkhögskola. En tolk har tystnadsplikt (SFS 1975:689), skall agera och tolka opartiskt och är skyldig att avsäga sig tolkuppdraget om jävssituation föreligger (Kammarkollegiet, 2004).

Att hälso- och sjukvårdspersonal agerar som tolkar är ibland det mest praktiska i bemärkelsen att de är lättillgängliga, men det är inte förenligt med varken säker eller patientcentrerad vård, visar Elderkin-Thompson, Cohen Silver och Waitzkins (2001) observationsstudie. Tvåspråkiga sjuksköterskor som tolkade läkarbesök i primärvården tenderade att filtrera patientens berättelse och utelämna information om patientens subjektiva besvär. Det observerades även att sjuksköterskorna som agerade tolkar färgade patientens berättelse på ett sätt så att den bättre skulle motsvara läkarens hypotes. Missförstånd som vilseledde diagnostiken uppträdde i drygt en tredjedel av observationerna. Att personal fungerar som tolk har även undersökts med fokus på patienternas upplevelse i en svensk fokusgruppsintervju (Krupic, Hellström, Bisevic, Sadic & Fatahi, 2016). Av resultatet framkom att patienterna hade höga förväntningar inför ett tolksamtal och ofta blev besvikna över kvaliteten. En orsak till besvikelse var att när personal fungerade som tolkar, upplevde patienterna att samtalet gick för fort och att personen som tolkade var stressad eftersom samtalet ökade dennes arbetsbörda (a.a.). I föreliggande intervjustudie används begreppet tolk i betydelsen språktolk. Samtal via teckentolkar, anhöriga eller personal som tillfälligt agerar tolk är exkluderade. Samtal via tolk på plats (så kallad kontakttolk) liksom samtal via telefontolk är inkluderade.

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Tillgången till information, rådgivning och samtal kring hälsa och levnadsvanor försvåras av språkliga barriärer, varför det kan vara nödvändigt för hälso- och sjukvårdspersonal att anlita språktolk för att upprätthålla god och säker vård för alla patienter, så som det beskrivs i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659).

Ojämlighet avseende hälsa väcker etiska frågor både på en övergripande samhällelig nivå såväl som vårdetiskt. Både beslutsfattare och professionen behöver förhålla sig till att utrikesfödda kan ha annorlunda behov eller mer resurskrävande behov än inrikesfödda svenskar (Folkhälsomyndigheten, 2014). Ett möte mellan yrkesutövare och enskild individ är ojämnt därför att yrkesutövaren är den som har makten över ärendet, fackspråket, resurserna och rummet (Fioretos, Gustafsson & Norström, 2014). Att anlita tolk i hälso- och sjukvården är ett sätt att minska på ojämlikheten. För att skapa så jämlika villkor som möjligt för utrikesfödda patienter som behöver tolk när de kommer i kontakt med hälso- och sjukvården, är det viktigt att tolkanvändare och tolk reflekterar över sina roller, ansvar och vilken makt som följer med rollen (a.a.).

Patientlagen (SFS 2014:821) tydliggör patientens rätt till information om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Informationen skall vara anpassad till patientens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Den som ger informationen ska så långt det är möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) åligger det personal inom hälso- och sjukvård att skapa förutsättningar för att patienten själv skall kunna vara delaktig i vård och behandling och information behöver därför anpassas till att möta individens förutsättningar och behov.

I Sverige regleras hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att anlita tolk av Förvaltningslagen (SFS 1986:223, 8§), i vilken det slås fast att en tolk bör anlitas när en myndighet har att göra med någon som inte behärskar svenska språket. Lagarna reglerar inte vem som får vara tolk. Det framgår i flera studier att professionella tolkar inte anlitas i den utsträckning som motsvarade patienternas och yrkesutövarnas behov (Gerrish, Chau, Sobowale & Birks, 2004; Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm, 2010; Kale & Raza Syed, 2010). En brittisk studie baserad på fokusgruppsintervjuer med både tolkar och distriktssköterskor och barnmorskor i primärvården fann att distriktssköterskorna och barnmorskorna många gånger fungerade som

”gatekeepers” i fråga om tolk skulle anlitas eller ej (Gerrish et.al., 2004). Okunskap gällande bestämmelser, riktlinjer och praktiskt tillvägagångssätt var exempel på faktorer som påverkade deras beslut att inte anlita tolk. Tolkarna pekade bland annat på att det saknades kännedom om olika språk och kulturer bland beställarna i primärvården, vilket fick till följd att även när en korrekt bedömning gjorts av behovet av tolktjänster blev bokningen i slutändan felaktig (a.a.).

Det tolkade samtalet

Trots att en tolk finns närvarande skall parterna tala direkt till varandra för att samtalet skall bli så autentiskt och korrekt som möjligt. Hälsningar och artighetsfraser skall alltid översättas (Kammarkollegiet, 2004). Tolken skall förhålla sig opartisk och återge samtalet i första person. Seale, Rivas, Al-Sarraj, Webb och Kelly (2013) observerade uppföljningssamtal mellan patienter med diabetes och sjuksköterskor i primärvården. Samtalen förda via tolk jämfördes med de där sjuksköterska och patient talade samma språk. Resultatet av observationsstudien visade att patienten i de tolkade samtalen kom till tals avsevärt mindre än patienterna som inte behövde tolk. I de tolkade samtalen ägnades mindre tid åt individuellt anpassade råd kring hur patienterna skulle kunna ta bättre hand om sin hälsa och sjuksköterskornas stödjande och uppmuntrande fraser översattes inte alltid. Det framkom även att tolken många gånger filterade patientens berättelse och inte översatte när patienten rapporterade slarv eller tillkortakommanden relaterade till egenvård, kost eller medicinering.

Etnologen Ingrid Fioretos (Fioretos, Hansson & Nilsson, 2013) använder begreppet *berättelse* i sin kulturanalytiska beskrivning av möten mellan vårdgivare och patienter i primärvården. Berättelsen är avgörande för hur patienten förhåller sig till sin diagnos och behandling i vardagen. Berättelsen skapas genom ett aktivt samspel mellan patient och vårdgivare och för att berättelsen ska behålla sitt värde även efter att patienten lämnat vårdcentralen är det viktigt att hen är medskapare till den. När samtalsparterna saknar gemensamt språk och samtalar via tolk blir det svårare för patienten att vara medskapare till berättelsen och detta kan således påverka vård och behandling negativt. Det är därför viktigt att vårdpersonal strävar efter att försöka förmå patienten att bli medskapare av berättelsen och att reflektera över om det finns något i patientens situation eller i själva mötessituationen som gör det svårare för hen att berätta (a.a.).

Distriktssköterskor som arbetade med hälsofrämjande hembesök till gravida och nyblivna mödrar i England uppgav att de inte hann med att förmedla den information de planerat vid de besök där samtalet fördes via tolk (Barnes, Ball & Niven, 2010). Hembesöken följde ett standardiserat program där stärkande hälsofrämjande samtal var en central del. Just det stärkande förhållningssättet i samtalet och de specifika motiverande fraserna upplevde distriktssköterskorna i många fall gick förlorat i tolkningen, vilket de uppgav att de upplevde hade en negativ effekt både på hur patienterna tog till sig informationen. Det påverkade även i sin tur den egna professionella tillfredsställelsen negativt (a.a).

Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete

Hälsofrämjande insatser skall syfta till att såväl reducera riskfaktorer, som att stärka och öka tillgången till frisk- och skyddsfaktorer (Folkhälsomyndigheten, 2014). Interventioner skall vara baserade på kunskap, vara långsiktiga, bygga på samverkan, delaktighet och inflytande och sträva efter att minska ojämlikheter i hälsa (Pellmer et.al., 2012). En stor del av den samlade sjukdomsbördan i Sverige kan tillskrivas ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2011c) och arbetet med att främja hälsosamma val och levnadsvanor riktar sig mot fyra områden: tobaksbruk, ohälsosamma matvanor, riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet. Socialstyrelsen (2011b) förordar i de nationella riktlinjerna att rådgivande hälsosamtal skall utgöra grunden för primärvårdens hälsofrämjande arbete och ute i verksamheterna har det tillfallit distriktssköterskans arbetsområde.

I beskrivningen av distriktssköterskans profession är det hälsofrämjande arbetet helt centralt. Det är viktigt att distriktssköterskan intar ett etiskt och holistiskt förhållningssätt och respekterar patientens unikheter, integritet och autonomi i de skiftande situationer och miljöer som utgör distriktssköterskans arbetsfält (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2009). Den hälsofrämjande processen grundar sig i en dialog och distriktssköterskan skall arbeta för att stärka jämlikhet och patientens delaktighet (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete grundar sig på att ta tillvara det friska hos alla individer, att skapa förutsättningar för god hälsa genom att identifiera risker för förvärrad eller upprepad ohälsa och sjukdom (a.a.). Sunda levnadsvanor kan enligt Socialstyrelsen (2011c) förebygga 80 procent av all kranskärslsjukdom och stroke. Dessutom kan hälsosamma levnadsvanor förebygga eller fördröja utvecklingen av typ II-diabetes. En person som inte röker, äter hälsosamt, är måttligt fysiskt aktiv och har en måttlig alkoholkonsumtion lever i genomsnitt 14 år längre än den som

har ohälsosamma levnadsvanor.

Samtal till grund för distriktssköterskans hälsofrämjande arbete

Samtal utgör grunden för det hälsofrämjande arbetet (Socialstyrelsen, 2011b). Hälsofrämjande samtal och rådgivning stödjer individens möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och förbättra den. Hälsofrämjande samtal med syfte att påverka individens tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma kostvanor eller fysisk inaktivitet delas i Socialstyrelsens riktlinjer in i tre åtgärdsnivåer: *enkla råd*, *rådgivande samtal* och *kvalificerat rådgivande samtal*. Enkla råd omfattar upp till fem minuter av information, råd och rekommendationer eventuellt kompletterade med skriftlig information. Rådgivande samtal omfattar 10-30 minuter av dialog mellan personal och patient. Information, råd och rekommendationer ska anpassas till den specifika patientens ålder, risknivåer med mera och samtalet kan inkludera motiverande strategier, kompletteras med hjälpmedel och åtföljas av uppföljning. Kvalificerat rådgivande samtal är strukturerat, oftast längre än de rådgivande och de kräver att personal har utbildning i någon teori eller metod. Med undantag för rökavvänjning saknas vetenskapligt underlag om vilken effekt enkla råd har på personers levnadsvanor. Enkla råd har därför fått en låg rangordning som åtgärd vid snusning, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Det som rekommenderas är i de sammanhangen är de två senare åtgärdsnivåerna. Socialstyrelsen uppmanar till att hälso- och sjukvården, mer systematiskt följer upp och utvärderar vilken effekt dessa rådgivande samtal har (a.a.).

Samtal kring hälsa och levnadsvanor kan föras på olika vis, efter olika teorier, individuellt eller i grupp (Pellmer et.al., 2012; Svensk Sjuksköterskeförening, 2012). Socialstyrelsens riktlinjer har ännu inte utvärderats varför det för närvarande inte finns någon samlad bild av hur primärvården egentligen arbetar med den här typen av hälsofrämjande rådgivning och samtal (Folkhälsomyndigheten, 2014). Det saknas även evidens för precis vilken samtalsmetod som är mest effektiv för att påverka levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2011c), men Motiverande samtal (MI) är den mest utbredda och erkända metoden i svensk hälso- och sjukvård vid samtal om alkohol och andra levnadsvanor (Folkhälsomyndigheten, 2013ab). Det är en professionell samtalsmetod som kan tillämpas inom hälso- och sjukvården i hälsofrämjande arbete. Metoden följer en viss struktur där motstånd till förändring ska utmanas och den inneboende kraften ska finnas (Barth & Näsholm, 2006). Det som kännetecknar MI är patientcentrering, aktivt lyssnande, öppna utforskande frågor, reflektion och sammanfattning. MI innebär ett empatiskt

förhållningssätt som anses underlätta vid samtal kring frågor som av den vårdsökande kan upplevas som känsliga eller svåra, till exempel frågor omkring alkohol- eller kostvanor. Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs Universitet som arbetar med att utvärdera, utveckla och möjliggöra för införandet av personcentrerad vård, beskriver ett *personcentrerat samtal* som ett där resurser och behov identifieras genom ett lyhört och aktivt lyssnande på patientens berättelse (GPCC, 2015). I ett personcentrerat paradig är individens egen vilja och motivation central när det kommer till att sätta upp mål för vård, behandling eller rehabilitering (a.a.).

Mångkulturella möten

I takt med att Sveriges befolkning blir alltmer heterogen ställs personal i hälso- och sjukvården inför att i större utsträckning behöva ta hänsyn till sociokulturella faktorer som etnicitet, religion och språk för att undvika kommunikationsproblem (Ahmadi, 2008). För att sörja för ett gott bemötande och god kommunikation med patienter ifrån olika kulturer behövs utöver förståelse för det talade ordet också förståelse för kulturell mångfald (Bäärnhielm, 2007). Det innebär att inte hålla de egna värderingarna och normerna för givna utan möta patienterna med ett öppet förhållningssätt för att möjliggöra att förstå dem och deras upplevelser. I en intervjustudie med svenska allmänläkare (Fatahi, Hellström, Skott & Mattsson, 2007) undersöktes läkarnas syn på det tvärkulturella mötet som sker mellan läkare och patient i ett tolkat samtal i samband med besök i primärvården. Läkarna upplevde att de strävade efter att acceptera och ta hänsyn till kulturella aspekter för att bättre förstå sina patienter. Erfarenheter av kulturskillnader och även att intressera sig för kultur och sociala frågor generellt befanns vara faktorer som underlättade arbetet och hade positiv påverkan på konsultationen (a.a.).

Syfte

Studiens syfte var att beskriva distriktssköterskans upplevelse av hälsofrämjande arbete genomfört via tolk.

Metod

Urval

Ett strategiskt urval tillämpades för att få ett så nyansrikt material som möjligt till en trovärdig kvalitativ beskrivning av distriktssköterskans upplevelse av hälsofrämjande arbete genomfört via tolk (Henricson & Billhult, 2012). Avsikten var att urvalet skulle ge variationer i intervjumaterialet för att tillföra ny kunskap och belysa företeelsen utifrån syftet (Kvale & Brinkmann, 2009). Urvalet gjordes strategiskt genom att till studien rekrytera informanter verksamma på primärvårdsenheter i de skånska kommuner med högst andel utrikesfödda medborgare enligt Statistiska Centralbyråns befolkningsstatistik (2016). Studiens inklusionskriterier bestod i att informanterna skulle ha specialistutbildning till distriktssköterska, ha minst ett års yrkeserfarenhet samt ha erfarenhet av hälsofrämjande arbete via tolk. I studien deltog 13 distriktssköterskor från sju olika vårdcentraler i fyra skånska kommuner. Studiens informanter hade mellan 1 och 32 års erfarenhet av att arbeta som distriktssköterskor och samtliga angav att de hade erfarenhet av den typen av arbete som studien avsåg att beskriva.

Instrument

Studien utformades som kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats där materialet analyseras förutsättningslöst utan förutbestämd modell, teori eller hypotes (Lundman & Graneheim, 2012). Författaren eftersträvade att inte ta något för givet på förhand, utan ställde öppna frågor på ett sätt så att den intervjuade kunde berättade fritt, komma med exempel och fördjupa sina svar kring upplevelsen som undersöktes (Dahlberg, 1997; Kvale & Brinkmann, 2009). För att kunna genomföra intervjuerna likvärdigt men med flexibilitet inför informanternas berättelser av sina upplevelser, konstruerades en semistrukturerad intervjuguide med bakgrundsfrågor, en inledande öppen fråga och sex frågeområden som på olika sätt relaterade till studiens syfte. I den inledande intervjufrågan ombads distriktssköterskan berätta fritt om sin upplevelse av hälsofrämjande arbete via tolk varefter förtydligande och fördjupande följdfrågor ställdes utifrån informantens berättelse och studiens syfte (a.a.). På så vis ämnade författaren få en så innehållsrik och djup intervju som möjligt. Intervjuguiden konstruerades av författaren i samråd med handledaren och redovisas som bilaga 1 för att ge studien transparens och stärka studieresultatets giltighet.

Förberedelser för datainsamling

Inför studiens genomförande skickade författaren ut informationsbrev per post till verksamhetschefer i primärvården. Verksamhetschefer på vårdcentraler, offentliga såväl som privata aktörer i de åtta skånska kommuner med högst andel utrikesfödda (Statistiska Centralbyrån, 2016) tillfrågades. Verksamhetscheferna ombads att skriftligen ge sitt medgivande till att studien genomfördes på deras enhet genom att returnera en svarsblankett i bifogat frankerat kuvert. Brevet innehöll information om studiens syfte, kontaktuppgifter till författaren, praktiskt tillvägagångssätt och kortfattat om studiens förväntade nytta (WMA, Helsingforsdeklarationen, 2013; Vetenskapsrådet, 2011). Även projektplanen för studien bifogades brevet. Påminnelser skickades ut till verksamhetscheferna per e-post och några kontaktades med telefonsamtal i det fall den på hemsidan angivna e-postadressen inte stämde. Åtta verksamhetschefer, fördelade på fyra kommuner, gav sitt medgivande. Efter erhållet medgivande från verksamhetschefer, kontaktade författaren potentiella informanter per e-post med bifogat informationsbrev. Distriktssköterskornas e-postadresser erhöles genom att kontakta de olika vårdcentralerna per telefon och i några fall var det distriktssköterskorna som inledde e-postkontakt med författaren. De som svarade ja i e-postförfrågan kontaktades därefter även per telefon för att undersöka deras intresse och ge möjlighet att ställa frågor kring studien. I de fall distriktssköterskan tackade ja till att delta bokades tid för intervju. På en av vårdcentralerna där medgivande från verksamhetschef erhöles, fanns ingen distriktssköterska som hade möjlighet att delta. Till studien rekryterades 13 informanter fördelade på sju vårdcentraler i fyra skånska kommuner. Skriftligt samtycke från informanterna inhämtades i samband med intervjutillfällena. Informanterna informerades i enlighet med Helsingforsdeklarationen (2013) och Vetenskapsrådet (2011) om att deltagande i studien var frivilligt och de var fria att avbryta sin medverkan när helst de önskade.

Genomförande av datainsamling

Samtliga informanter valde att låta intervjuerna äga rum på sin egen arbetsplats. Elva av intervjuerna genomfördes på distriktssköterskans eget kontor, en intervju på distriktssköterskans kollegas kontor och en intervju i en möteslokal möblerad med soffgrupp och ett konferensbord. Att låta informanten själv få välja plats för intervjun är ett sätt att skapa trygg miljö för interaktion vilket är gynnsamt för intervjun (Trost, 2010). Vid två av intervjuerna skedde korta avbrott för att distriktssköterskan blev störd av en kollegas knackningar på dörren. En pilotintervju genomfördes för att testa intervjuguide och intervjuarens teknik (a.a.). Intervjun

transkriberades och diskuterades sedan med handledaren för att utvärdera intervjuguidens användbarhet och intervjutekniken. Intervjuguiden befanns hålla sådan kvalitet att inga ändringar gjordes och pilotintervjun inkluderades i analysen då den innehöll fynd av relevans för studiens syfte. Intervjuerna varade mellan 27 och 43 minuter. Intervjuerna spelades in med hjälp av en lösenordskyddad mobiltelefon och fördes sedan över till lösenordskyddad dator i författarens hem. Samtliga 13 intervjuer genomfördes av författaren.

Databearbetning och analys

De 13 inspelade intervjuerna transkriberades av författaren. Därefter gjorde författaren en naiv läsning av intervjumaterialet som helhet för att få en uppfattning om innehållet i stora drag, i enlighet med Lundman och Graneheims innehållsanalys (2012). Uppfattningen om innehållet diskuterades med handledaren. Materialet bearbetades sedan på ett strukturerat vis enligt Lundman och Graneheims förslag till innehållsanalys (a.a.). Ur texten extraherades meningsbärande enheter, vilka kondenserades till kortare mer lätthanterliga textstycken med bibehållet innehåll. De kondenserade meningsbärande enheterna abstraherades och kodades på ett sätt som lyfte innehållet till en teoretisk, mer abstrakt nivå genom att de fick en etikett som beskrev deras kärna. I analysen diskuterades tolkningen av innehållet fram under handledning. Koderna ordnades utifrån likheter och olikheter i innehållet till att bilda sju subkategorier och tre kategorier.

Forskningsetiska avvägningar

Författaren bedömde sin förförståelse av tolksamtal inom hälso- och sjukvården som försumbar i förhållande till studien och därmed risken att resultaten färgades av författarens egna erfarenheter och förförståelse som obetydlig (Olsson & Sörensen, 2011). I enlighet med god forskningssed garanterades informanternas konfidentialitet genom att intervjumaterialet kodades och inte gick att spåra tillbaka till någon enskild individ. Materialet förvarades säkert och inte tillgängligt för någon annan än författaren. Det insamlade intervjumaterialet kommer att förstöras efter det att uppsatsen godkänts.

Övergripande etiska principer under arbetets gång var autonomiprincipen och rättvisepri-ncipen i förhållande till informanterna och hanteringen av det insamlade intervjumaterialet (Olsson & Sörensen, 2011). Autonomiprincipen tillämpades genom att informera informanterna om rätten att när som helst avbryta sitt deltagande i studien. Intervjuerna utformades på ett

sådant vis att det var informantens upplevelser som framkom och inte forskarens eventuella förutfattade meningar. Författaren strävade efter att behandla alla informanter lika och att ge alla samma utrymme att uttrycka sina upplevelser av problemområdet. Intervjuerna transkriberades ordagrant och i nära anslutning till intervjutillfällena vilket är forskningsetiskt absolut grundläggande (Kvale & Brinkmann, 2009; Olsson & Sörensen, 2011). Vårdvetenskapliga Etikprövningsnämnden (VEN) lämnade sitt rådgivande yttrande gällande att studien genomfördes och VEN hade inga invändningar.

Resultat

Från analysen framkom tre kategorier och sju subkategorier (*Tabell 1*). Resultatet presenteras utifrån kategorierna med subkategoriernas benämningar som rubriker. Citat hämtade från intervjuerna med distriktssköterskorna redovisas under subkategorierna i kursivt för att illustrera innehållet och med ursprungsintervjun angiven inom parentes.

Tabell 1. Översikt över kategorier och subkategorier.

KATEGORI	SUBKATEGORI
Tolken är betydelsefull	Förtroendet för tolken
	Professionell tolk centralt
Personcentrering är nödvändig	Samtala på patientens villkor
	Anpassa sättet att kommunicera
	Stärka patienten
Kunskaper underlättar	Kulturella insikter
	Specifik yrkeskunskap

Tolken är betydelsefull

Kategorin *tolken är betydelsefull* beskriver distriktssköterskans förväntningar och farhågor kring att arbeta med tolk. Upplevelserna delades in i två subkategorier. Den ena står för upplevelser av *förtroendet för tolken* på basis av bemötandet och relationen som uppstår mellan samtalsdeltagarna. Den andra subkategorin innehåller distriktssköterskans upplevelser av tolkens professionella roll och benämns *professionell tolk centralt*.

Förtroendet för tolken

Distriktssköterskorna underströk betydelsen av att ha en förtroendefull relation till tolken. Distriktssköterskorna upplevde att det var viktigt att de kunde känna förtroende för tolken för att samtalet med patienten skulle hålla hög kvalitet och ge ett så rikt utbyte som möjligt. De berättade om känslor av trygghet och förtroende när de upplevde ett trevligt, korrekt och professionellt bemötande från tolken. Distriktssköterskorna upplevde också att deras förtroende för tolken påverkades negativt av faktorer kopplade till beteende och bemötande. Det rörde sig om upplevelser av bristande engagemang, för sen ankomst eller lågt visat intresse från tolkens sida.

Distriktssköterskorna upplevde att patientens förtroende för tolken också påverkades i positiv eller negativ riktning till följd av bemötandet. Det första intrycket och sättet på vilket tolken presenterade sig på vid besöket hos distriktssköterskan upplevdes som avgörande för förtroendet och det satte tonen för det resterande samtalet. Patientens förtroende för tolken upplevdes som mycket betydelsefullt för behandling och patientsäkerhet eftersom det enligt distriktssköterskorna var avgörande för vad och hur mycket patienten var villig att berätta om sina tankar, sin vardag, vanor och besvär. Patientens förtroende för tolken upplevdes som väldigt viktigt när det gällde alla undersökningar där patienten behövde blotta någon kroppsdel, men även de besök som kom att beröra psykiskt mående eller frågor om exempelvis rökning. Distriktssköterskorna upplevde att de strävade efter att skapa en god grund för patienten att känna förtroende för tolken genom att försöka boka kvinnliga tolkar till kvinnliga patienter och manlig tolk till manliga patienter. Distriktssköterskorna pekade på förtroendefrågan som något viktigt att ta hänsyn till, när det kom till att försöka tillgodose patientens önskemål om att använda samma tolk vid återkommande besök på distriktssköterskemottagningen. De upplevde det å andra sidan som försvårande om patient och tolk var alltför förtroliga med varandra för att distriktssköterskan då hamnade utanför samtalet vilket gav upphov till känslor av osäkerhet och tvivel över vad som sagts patient och tolk emellan.

”Jag känner mig tryggare... Jag känner mig trygg när jag märker att det är en tolk som är duktig i sitt jobb. Jag får den känslan att de tolkar på rätt sätt och är korrekta och är artiga och trevliga och det märks ganska tydligt att de är vana att göra det här på rätt sätt.” (Intervju 5).

”Vissa patienter har sina favorittolkar. Alltså jag kallar det favorit, men har de visat förtroende för en tolk och tycker att det har fungerat bra så vill de gärna vid nästa besök att vi beställer samma tolk. Och det är den tryggheten för dem att de kan få känna att... det kanske är

lite obehagligt. Det händer ju att folk ska klä av sig och visa sina kroppsdelar här när jag ska bedöma hudbesvär så... ” (Intervju 11).

Professionell tolk centralt

Distriktssköterskornas förväntningar och farhågor kopplades till hur tolken utförde sitt uppdrag med att tolka ett hälsofrämjande samtal. Distriktssköterskorna upplevde att tolkarnas utbildning hade stor betydelse för hur de utförde tolkningsuppdraget. De såg auktoriseringen som en stämpel på tolkens kompetens och professionalism och anförde även andra typer av specialutbildningar för tolkar som upplevdes borga för hög kvalitet på tolkningen. Även tolkens vana vid en särskild förutbestämd samtalsform exempelvis hälsosamtal för nyanlända eller MMT-test på minnesmottagningen upplevdes som betydelsefullt. Distriktssköterskorna upplevde en stor variation bland tolkarna som anlätades, vilket de upplevde påverkade kvaliteten på tolkningen och samtalet som helhet.

Distriktssköterskorna använde sig av både telefontolk och kontakttolk till sina mottagningar. De upplevde det som bekvämt och mer professionellt att använda kontakttolk. Telefontolk upplevdes ibland vara att föredra av praktiska skäl samt ur sekretessynpunkt, men tolkningen av samtalet kunde bli lidande på grund av att tolken inte hade möjlighet att se patienten. Distriktssköterskorna beskrev sina förväntningar på tolkens professionella funktion i samtalsituationen i ord som en hjälp, tillgång och gåva och tolken upplevdes som en möjliggörare i samtalen. Tolken förväntades genom sin tolkning kunna möjliggöra för distriktssköterskan att lära känna patienten, nå fram med råd, få utbyte, djup och kulturell förståelse. Att tolken emellanåt gick utanför sitt uppdrag att tolka ordagrant upplevdes vara till hjälp för att skapa förståelse mellan distriktssköterska och patient. Det upplevdes även att det kunde störa och riskera att påverka en bedömning när tolken gick utanför sitt uppdrag. Tolkens egna uppfattningar om exempelvis övervikt upplevdes också kunna påverka tolkningen, vilket distriktssköterskorna såg som negativt. Distriktssköterskorna upplevde att information som de gav patienten filtrerades genom tolkningen vilket innebar en risk för felbedömningar och missförstånd.

”Allting ska gå genom en tredje part. Det är lite som den här viskleken, man viskar till varandra och så när det kommer fram så är det ändrat litegrann. Det blir inte riktigt precis som du vill ha det. Det är just därför som auktoriseringen är mycket bra för att då tolkar de det de ska tolka och inget annat.” (Intervju 3).

"Hade jag haft en tolk som bara precis säger exakt då får jag ingen riktig bild utav det. Men om tolken vet att den här efterrätten finns inte hos oss och kanske säger att det är ungefär som brulépudding eller... Ja för det ökar min förståelse, vad är det för något, vad är det för konsistens och hur det ser ut och vad det innehåller." (Intervju 8).

Personcentrering är nödvändig

Kategorin *Personcentrering är nödvändig* står för distriktssköterskans upplevelse av att tillgodose patientens behov och stärka egenvårdsresurser utifrån dennes unika situation och omständigheter. Subkategorierna belyser distriktssköterskans olika strategier för att uppnå detta; att föra *samtal på patientens villkor*, att *anpassa sättet att kommunicera* och att *stärka patienten*.

Samtala på patientens villkor

Distriktssköterskorna upplevde det som nödvändigt att i ett hälsofrämjande samtal utgå från patientens situation och patientens egen uppfattning om sin hälsa eller ohälsa. Upplevelsen var att patientens hela situation hade inverkan på både mottaglighet för råd och information och förmåga att genomföra egenvård och förändringar av levnadsvanor. Att undersöka patienternas livsvillkor, sysselsättning och psykiska mående var betydelsefulla parametrar när de skapade sig en helhetsbild av den enskilde patienten. Distriktssköterskorna uppgav att de upplevde sina icke-svensktalande patienters utbildningsnivå och kunskaper som mycket varierande och de upplevde att det underlättade deras arbete om de försökte att möta patienten där just hen befann sig kunskapsmässigt. Kunskapsbrist och analfabetism upplevdes vara mycket stora hinder för att nå fram med information och råd.

Distriktssköterskorna upplevde att det var viktigt att göra den hälsofrämjande informationen och rådgivningen relevant för patienten genom att beakta individuella vanor och förutsättningar. De upplevde även att de behövde justera mängden information efter intresse och ibland hitta nya plattformar för att upplysa och informera. Distriktssköterskorna upplevde det som helt centralt i det hälsofrämjande arbete de genomförde via tolk, att utgå från patientens kunskapsnivå, uppfattningar och prioriteringar samt att ge utrymme för patienten att ställa sina frågor och berätta om sådant som oroade dem.

"Alltså jag kan inte alltid säga att ta din väninna eller ta din man och gå ut och gå, för att det passar inte i sättet de lever... Som typ, kan jag säga att du kanske hämtar barnen från dagis eller skolan eller... så då kan man se det som en möjlighet till fysisk aktivitet." (Intervju 6).

“Jag får förklara liksom att ja, 'du blir trött när du går upp i trappor' det är en så basic sak, det är klart att man kan bli andfådd... Det finns ett sådant kunskapsglapp och det är väldigt svårt här att ta igen det kunskapsglappet när vi sitter här och pratar.” (Intervju 13).

Anpassa sättet att kommunicera

Distriktssköterskorna upplevde att de anpassade sitt sätt att kommunicera för att nå fram på bästa möjliga vis till patienten i det tolkade samtalet. Att artikulera noga, vara konkret, kortfattad och välja sina ord med omsorg upplevdes underlätta för samtalet. Distriktssköterskorna upplevde även att de behövde justera sin samtalsrytm genom att dela in i kortare stycken för att ge plats för tolkningen. De upplevde att missförstånd uppstod trots deras ansträngningar och de kontrollerade vad patienten uppfattat genom att ställa kontrollfrågor eller att be patienten att återberätta. Distriktssköterskorna ställde öppna frågor, gjorde sammanfattningar och upprepade det de sagt för att säkra att patienten uppfattat korrekt. Att använda sig av samtalsmodell i ett tolkat samtal upplevdes definitivt vara till nytta, men svårare än i ett samtal där alla talade samma språk.

Distriktssköterskorna upplevde att visa bilder och grafik var användbart för att förstärka sitt budskap och tydliggöra information för patienten när de samtalade via tolk. De upplevde god tillgång till anpassat material för personer med diabetes, men saknade åskådningsmaterial som var mer allmänt för samtal kring levnadsvanor och hälsa.

Distriktssköterskorna upplevde att all icke-verbal kommunikation som förekom under samtalet var mycket viktig. De upplevde att de kunde läsa av patientens kroppsspråk för att få återkoppling och bedöma uppmärksamhet, förståelse och intresse. Distriktssköterskorna upplevde det som viktigt att de själva visade med sitt kroppsspråk att de var intresserade och uppmärksamma. Att vara noggrann med att hålla ögonkontakten med patienten under samtalet var ett sätt att visa bekräftelse och närvaro. Fysisk beröring under samtalet var också ett sätt att bekräfta patienten och förmedla förståelse. När telefontolk användes upplevde distriktssköterskan det som ett hinder för kommunikationen att tolken inte kunde se patientens reaktioner. Ett sätt som upplevdes användbart för att gå runt hindret var att distriktssköterskan verbalt förmedlade patientens reaktioner och icke-verbala uttryck till telefontolken.

”Som till exempel den här barometern liksom, jag säger 'det här är bra och det här är dåligt och hit ska vi'. Jag är mycket mer kortare i mina meningar. Alltså jag kan inte vara lika målande, men jag kan ändå välja bra ord... som de förstår.” (Intervju 1).

”Ja alltså om de pratar och sedan lägger jag min hand på när tolken pratar. Så när tolken pratar så sitter vi så och jag ser dig och jag känner dig. Ja, jag är där och jag lyssnar. Även om det är tolken som pratar så tittar jag inte på tolken eller... tittar på telefonen eller så utan jag är närvarande med patienten just nu i rummet.” (Intervju 8).

”Allting kan ju bli svårt på grund av språket. Så därför tycker jag att det är viktigt att patienten får bollen tillbaka och att man gör en sammanfattning: ’Har jag förstått dig rätt, var det såhär du menade?’, för annars är ju risken att patienten bara kommer tillbaka och har missförstått alltihopa.” (Intervju 9).

Stärka patienten

Distriktssköterskorna upplevde att en betydelsefull del i att lyckas med hälsofrämjande arbete genomfört via tolk var att försöka stärka patientens motivation och tron på den egna förmågan. För att stärka patienterna förmedlade distriktssköterskorna kunskap och de upplevde att kunskapen möjliggjorde förståelse och gav patienterna makten att själva påverka sin hälsa i positiv riktning. Distriktssköterskorna upplevde att det var viktigt att hjälpa patienten till förståelse genom att just stärka utan att kränka dennes stolthet.

Distriktssköterskorna upplevde att de kunde förmedla ett hälsofrämjande synsätt genom att i samtalen ta fasta på funktioner och normalvariationer snarare än brister och sjukdom för att stärka patienten att ta en mer aktiv roll avseende egenvård och levnadsvanor.

Distriktssköterskorna arbetade för att sprida ett mer hälsofrämjande perspektiv vidare till patienterna och de upplevde att de gjorde så genom att uppmuntra och bekräfta framsteg och genom att förmedla kunskap. De upplevde att de patienter som led av en kronisk sjukdom eller psykisk ohälsa behövde stärkas att acceptera och kunna se förbi sin ohälsa för att få bättre livskvalitet.

”Och man ser ju på de här mammorna hur belastade de är och där försöker ju jag verkligen att stärka deras roll som mamma. De är ju väldigt... de frågar mycket och många gånger kommer de ju hit med barnen när de har feber och då försöker jag förklara för dem att feber inte är någon sjukdom och det är ingenting som är farligt.” (Intervju 9).

”... Det måste vara något fel och de är sjuka i huvudet och så vill de då ha hjälp för att de är sjuka i huvudet. Då säger jag att det är helt normalt, det hade varit skitkonstigt om du inte känt allt det här, men nu känner du det och du är en människa som varit igenom jättemycket.” (Intervju 13).

Kunskap underlättar

Kategorin *kunskap underlättar* står för distriktssköterskans upplevelser av att dra nytta av sina förvärvade kunskaper för att underlätta arbetet med hälsofrämjande arbete genomfört via tolk.

Kategorin indelas i subkategorin *kulturella insikter* som beskriver hur distriktssköterskans insikter utifrån erfarenheter ifrån mångkulturella möten kommer till användning och *specifik yrkeskunskap* som beskriver distriktssköterskans medvetna sätt att planera, genomföra och utvärdera sitt arbete.

Kulturella insikter

Distriktssköterskorna upplevde att det var viktigt att använda sig av sina insikter kring kulturella företeelser i det hälsofrämjande arbetet de genomförde via tolksamtal. Även att ha insikter om förekomsten av ohälsa i olika etniska grupper upplevdes som användbart. Distriktssköterskorna upplevde att kulturskillnader ofta kunde utgöra ett större hinder för att nå fram till patienten med hälsofrämjande rådgivning än vad tolkningen gjorde. Distriktssköterskorna upplevde att de lyckades bättre med det hälsofrämjande arbetet om de kände till och tog i beaktande olika kulturers vanor, exempelvis kosthållning eller alkoholbruk. Även kunskap om olika värderingar och förväntningar kopplat till familjebild och könsroller fann de underlättade.

Andra insikter som de fann betydelsefulla var vilken syn på ålderdom och hälsa respektive ohälsa som rådde i olika kulturer och hur den synen avspeglade sig i patienternas benägenhet att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor. De upplevde även att de i mötena med patienter på distriktssköterskemottagningen drog nytta av sina insikter gällande olika kulturers förväntningar på hälso- och sjukvård samt olika uttryck för smärta och lidande.

”När man tar upp det med rökning och nikotin och så där då har man haft flera patienter där vi haft ett samtal och man frågar: ’röker du’ och de säger nej. Och sedan frågar man om de röker vattenpipa, ’ja flera timmar varje kväll’. Men det är inte samma sak. Ja, och då har du ju kommit åt ett problem där för vattenpipan i sig är ju också skadligare än cigaretter. Så att det kan jag tycka att har man den bakgrundskunskapen med sig då blir det också ett bättre samtal.” (Intervju 3).

”Man kan väl säga att många lever ju i den kulturen att man kan aldrig erkänna att man har gjort fel eller vad man inte har gjort. Det tillhör kulturen att det kan man inte medge. Och då måste jag ju vara medveten om att så kan vara fallet, men man får försöka att föra samtalet på ett sådant sätt att det ändå accepteras att man pratar om de här sakerna.” (Intervju 4).

”För det är ju mycket olika. De olika grönsakerna och traditionella rätterna och sådant. För vad det skiljer sig när vi pratar mat är ju mycket det att det är så mycket kolhydrater som är blandat. Både med riset och potatisen i grytan och sedan med bröd till.” (Intervju 8).

Specifik yrkeskunskap

Distriktssköterskorna upplevde att alla typer av besök på specialmottagning eller ordinär distriktssköterskemottagning hade hälsofrämjande innehåll och kunde komma i fråga för att boka en tolk. De upplevde att olika typer av samtal ställde olika krav på tolken och tolkningen. Samtal som berörde psykisk ohälsa eller minnesutredningar, de längre samtalen på exempelvis diabetesmottagningen och alla inledande kontakter upplevdes vara känsligare för negativ påverkan relaterad till tolken eller tolkning, men även kortare bedömningar och samtal inom flyktinghälsans område där distriktssköterskan endast träffade patienten en gång var känsliga eftersom det bara gavs en möjlighet att bedöma patientens symptom korrekt. De upplevde att det var deras ansvar att ompröva behovet av tolk och att insistera på att anlita tolk till samtalet när den egna bedömningen inte överensstämde med patientens.

Distriktssköterskorna upplevde att de behövde vara väl förberedda inför ett samtal med tolk. Det var bra att ha tänkt igenom samtalets innehåll för att kunna disponera tiden på bästa sätt. De upplevde att tolksamtal krävde mer tid än samtal utan tolk, vilket de försökte att ta hänsyn till vid bokning av besök. Till förberedelserna hörde även att möblera rummet genomtänkt, vilket de upplevde skapade goda förutsättningar för ett samtal med bra flöde och känsla av kontakt.

Vid upprepade kontakter upplevde distriktssköterskorna att det var värdefullt att skapa tillit hos patienten och då försökte distriktssköterskorna att inte vara för påstridiga i sin rådgivning utan låta patienten först bekanta sig med dem som yrkesutövare.

Distriktssköterskorna upplevde att deras vana och avslappnade inställning till att samtala genom tolk var av stor betydelse och att det var deras uppgift att styra och avgränsa samtalet.

Om distriktssköterskorna upplevde sig ifrågasatta eller kränkta av patienten och/eller tolken under samtalet kunde det stå i vägen för att använda och dra nytta av yrkeskunskaperna.

Distriktssköterskorna såg det som sitt ansvar att ge positiv feedback till tolkarna men också att avbryta samtalet och skriva avvikelse i de fall tolksituationen på något sätt riskerade patientsäkerheten. Distriktssköterskorna upplevde det som viktigt att ständigt utveckla sina yrkeskunskaper och att försöka utvärdera sitt eget arbete. De upplevde det som nyttigt att reflektera över sina fördomar, på egen hand eller tillsammans med kollegor.

”Så det är ju att ha klart vad vill jag ha fram, vad är målet med besöket och vad vill jag ha fram. Och så vet man ju också att det är bara de första 10 minuterna som patienten klarar av att ta in och som man får med sig.” (Intervju 1)

”Ja och de kortare besöken är i regel upprepade besök, typ vid omläggningar och då kan man försöka föra fram några hälsofrämjande korn varje gång.” (Intervju 4).

”Ja mycket handlar om tiden. Ibland hade vi kunnat sitta och snacka här i flera timmar, men jag har ju min tid och i den tiden ingår också dokumentationen så jag måste begränsa ändå. Men jag erbjuder alltid uppföljning, många gånger är det viktigt.” (Intervju 10).

Diskussion

Metoddiskussion

Svårighet att få medgivande från verksamhetscheferna medförde en ojämn representation i den slutgiltiga urvalsgruppen vilket gör att studiens giltighet och överförbarhet behöver diskuteras (Henricson & Billhult, 2012; Lundman & Graneheim, 2012). Verksamhetschefer för vårdcentraler i åtta kommuner tillfrågades, totalt 48 vårdcentraler. Åtta verksamhetschefer gav sitt medgivande, varav sju sedan finns representerade i gruppen av informanter. Det var 12 verksamhetschefer som aktivt svarade nej på förfrågan. Somliga angav som anledning att det inte genomfördes hälsofrämjande arbete genom tolk i den utsträckningen att det fanns någon distriktssköterska med erfarenhet som kunde ställa upp. De flesta angav personal- eller resursbrist. Bland de utvalda åtta skånska kommuner med högst andel utrikesfödda är det fyra som endast har en vårdcentral. Detta minskade chanserna att rekrytera informanter från alla kommuner i urvalet. De 13 intervjuerna genomfördes på sju vårdcentraler. På tre av dessa intervjuades en distriktssköterska, på ytterligare tre intervjuades två distriktssköterskor och på en vårdcentral intervjuades fyra distriktssköterskor. Denna något sneda fördelning kan påverka resultatets överförbarhet med tanke på att de fyra distriktssköterskor som arbetade på samma enhet kan ha genomgått liknande utbildning eller arbetade utifrån samma rutiner. Å andra sidan arbetade de fyra inbördes med olika typer av mottagningar och deras subjektiva upplevelser bör betraktas som fristående från varandra även om de kan ha haft ett erfarenhetsutbyte kollegor emellan. Intervjuerna genomfördes vid två tillfällen med några dagars mellanrum på den vårdcentral där fyra distriktssköterskor intervjuades, vilket kan ha medfört att de talat med varandra om intervjuerna. Detta kunde i sin tur riskera att färga distriktssköterskornas berättelser.

Tack vare det strategiska urvalet rekryterades informanter med stor erfarenhet av det som författaren avsåg att studera och intervjuerna gav författaren ett nyansrikt material. Samtliga 13 informanter var kvinnor och angav att de arbetade med tolk på daglig basis. Detta väcker frågan om studiens resultat kan överföras på distriktssköterskor över lag, även de som sällan arbetar med tolk. Informanterna hade mellan 1 och 32 års erfarenhet av att arbeta som distriktssköterskor och variationen av upplevelser ifrån olika typer av hälsofrämjande kontext hos de 13 informanterna var omfattande. Distriktssköterskorna arbetade med olika typer av mottagningar; distriktssköterskeledda specialmottagningar som diabetes-, äldre-, inkontinens-, minnes-, triage- och vaccinationsmottagning, flyktinghälsa och ordinär distriktssköterskemottagning. Resultatet skulle därför kunna överföras till olika typer av sammanhang inom hälso- och sjukvården där sjuksköterskor samtalar, bedömer, undervisar och informerar via en tolk.

Författaren har genomfört intervjuerna som ensam intervjuare, vilket kan ha varit en fördel så till vida att informanterna inte upplevde sig hamna i ett underläge och intervjuerna kunde efterlikna ett avslappnat samtal mellan två personer (Trost, 2010). Lundman & Graneheim (2012) påpekar att tillförlitligheten i en studie påverkas av hur likvärdigt utformade intervjuerna är och ur den synpunkten är det också fördelaktigt att intervjuerna utfördes utav en och samma person. En fördel med att vara två intervjuare är att det ger möjlighet att en lyssnar på informantens berättelse utan att tankarna är upptagna av nästa intervjufråga (Trost, 2010). Intervjuaren kan även lyssna värdigt uppmärksamt medan den andra observerar och gör notiser om ickeverbala uttryck samt funderar på följdfrågor som ytterligare kan fördjupa informantens svar. När intervjuerna genomförts av en ensam intervjuare ställs högre krav på intervjuarens teknik och högre krav på transparens i metodredovisningen, varför författaren velat beskriva instrumentet ingående samt att intervjuguiden redovisas som bilaga nr 1 (Kvale & Brinkmann, 2009). Författaren bedömde de störningar som inträffade under två av intervjuerna som försumbara eftersom informanterna snabbt fann sig tillrätta igen efter avbrottet. Dessa intervjuer har bedömts vara likvärdigt rika på innehåll som de intervjuer som skedde helt ostört.

I innehållsanalysen är det eftersträvansvärt att kategorierna ordnas så att inga data faller utanför eller passar in under flera olika kategorier, men detta kan vara svårt att uppnå när det handlar om att beskriva människors upplevelser eftersom beskrivningar av upplevelser är

sammanflätade och integrerade (Lundman & Graneheim, 2012). Som exempel på sammanflätade upplevelser kan subkategorin *anpassa sättet att kommunicera* nämnas. Inledningsvis försökte författaren att mer distinkt skilja strategierna från varandra, men under arbetet med analysen beslutades istället att föra samman koder som beskrev distriktssköterskornas sätt att kommunicera verbalt med koder som beskriver hur de observerar och själva använder sig av ickeverbal kommunikation. Även användandet av åskådningsmaterial och teknik för att förstärka kommunikationen föll under den nämnda subkategorin. Att samla koder som alla beskrev distriktssköterskans sätt att kommunicera under samma subkategori är enligt författaren också det sätt som speglar upplevelserna mest troget då distriktssköterskorna i hög grad uppgav att de använde de olika strategierna samtidigt. För att säkra tillförlitligheten med tanke på att analysen genomförts av endast en författare, har innehållsanalysens alla steg åtföljts av diskussioner med handledaren.

Resultatdiskussion

I beskrivningen av distriktssköterskornas upplevelser av hälsofrämjande arbete genomfört via tolksamtal framkom att distriktssköterskorna upplevde att *tolken är betydelsefull*, dels som möjliggörare men även som ett hinder. De upplevde att *personcentrering är nödvändig* i samtalet samt att *kunskaper underlättar* det hälsofrämjande arbetet de genomför via tolk. Kommunikation upplevde distriktssköterskorna, i likhet med Joyce Travelbee som interaktion mellan omvårdnadsutövare och patient. Enligt Travelbee (Kirkevold, 2000) är kommunikation ett hantverk som kräver *färdighet* och *kreativitet*. I resultatet framkom vilka färdigheter distriktssköterskorna upplevde att de använde sig av i sitt hälsofrämjande arbete genomfört via tolk för att skapa interaktion och nå fram till patienten. De färdigheter som distriktssköterskorna beskrev var exempelvis att de identifierade patientens kunskapsnivå och intresse, anpassade sitt ordval, samtalsrytm, kroppsspråk och mimik samt använde sig av stärkande och motiverande tekniker. De använde sig även av färdigheter kopplade till kulturella insikter exempelvis rörande synen på ålder, könsroller eller personlig integritet i vissa etniska eller religiösa grupper. Kreativitet behövde de för att kunna göra rådgivning relevant för den enskilde individen och hitta möjligheter för en patient att exempelvis motionera på ett vis som passade in i patientens vardag. Distriktssköterskornas upplevelser av strategier för att personcenterera omvårdnaden likväl som hur de använde sig av kulturella insikter och specifik yrkeskunskap visar prov på professionell färdighet och kreativitet.

Det är ett första steg mot jämlikhet och demokrati att varje tolkat möte åtföljs av reflektion och problematisering och tolkanvändare bör därför reflektera över olika risker och hinder som kan störa interaktionen och hur en tolk kan påverka ett möte både på ont och på gott (Fioretos et. al., 2014). I resultatet framkom olika aspekter på hur distriktssköterskorna upplevde att tolkens beteende, kön och utbildning var av betydelse för hur de kunde nå fram till patienten i ett hälsofrämjande samtal. Genom sina berättelser tydliggör distriktssköterskorna sitt eget ansvar för att tillgodose patienternas rätt till god och jämlik vård, trots de hinder de upplevde. Distriktssköterskorna upplevde att i den mån de kunde påverka bokningarna, strävade de efter att matcha kvinnliga tolkar till sina kvinnliga patienter och manliga till männen för att undvika att integriteten och patientsäkerheten skulle bli lidande. Detta kan även tolkas som att distriktssköterskornas val av tolk delvis styrdes av en strävan att inte ytterligare förstärka patientens underläge i mötet. I ett tolkat möte påverkas maktordningen av deltagarnas etnicitet, utbildning, ålder och kön (Fioretos et.al., 2014). Maktordning är något som tolkanvändare behöver vara medvetna om och reflektera över eftersom det innebär ett ojämlikt utgångsläge och därför kan leda till ojämlik behandling.

För att kompensera för den störning i interaktionen de upplevde kunde uppstå till följd av tolkens närvaro och språkliga eller kulturella barriärer använde sig distriktssköterskorna av färdighet och kreativitet. Distriktssköterskorna upplevde att de behövde ta ansvar för att disponera tiden för att det mest angelägna skulle hinnas med och även att styra samtalet ifall patienten och tolk började tala om någonting utanför ärendet. Distriktssköterskorna var medvetna om risker förknippade med filtrering och var därför angelägna om att ställa kontrollfrågor för att försäkra sig om att informationen de förmedlade genom tolken gick fram till patienten. De upplevde att det var deras ansvar att rent av avbryta samtalet om de gjorde bedömningen att patientsäkerheten riskerades exempelvis till följd av att tolken missförstod begrepp eller läkemedel eller om tolkens närvaro gjorde att patienten blev ovillig att dela med sig av sin vardag. De upplevde även att det var viktigt att inte vara påstridig utan personcentrerad i rådgivningen och att alltid respektera patientens självbestämmande och integritet. Upplevelserna vittnade om att distriktssköterskorna i stor utsträckning reflekterade över sin roll som tolkanvändare (Fioretos et. al., 2014). De prioriterade patientsäkerhet och etiska aspekter högt och de strävade efter att tillgodose rättvis och jämlik hälsofrämjande vård såsom formulerat av Socialstyrelsen (2011a) och Pellmer et.al. (2012). Likaså vittnar upplevelserna om att de vär-

nade om patientens autonomi och rätt till information i enlighet med Patientlagen (SFS 2014:821).

I resultatet framkom upplevelser av ett lyhört, följsamt och flexibelt samtalssätt vilket författaren tolkat som strategier för att uppnå personcentrering i det hälsofrämjande arbetet som distriktssköterskorna genomförde via tolk. I förhållande till Socialstyrelsens (2011b) definitioner av enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal rörde sig distriktssköterskornas arbete mellan samtliga tre nivåer. De upplevelser som beskrivits rör sig exempelvis både om att i samband med en såromläggning ge enkla råd om tobaksrökning i förhållande till sårhäkning, återkommande rådgivande samtal kring kostvanor vid diabetes och om strukturerad kvalificerad rådgivning för rökavvänjning. I huvudsak placerar sig distriktssköterskornas upplevelser av hälsofrämjande arbete via tolk i åtgärdsnivå ett och två (Socialstyrelsen, 2011b). Kvalificerat rådgivande samtal kräver utbildning i samtalsmetodik, vilket några av distriktssköterskorna hade. Flera angav att de hade någon i bakhuvudet när de samtalande men att de sällan förde strukturerade samtal. Distriktssköterskornas upplevelser i kategorin *Personcentrering är nödvändig* bär många drag som är gemensamma med hur MI beskrivs av Barth och Näsholm (2006), men strukturen i samtalen saknas. Att använda sig av en samtalsmodell i ett tolkat samtal upplevdes kunna vara till nytta, men upplevdes ofta vara svårare än i ett samtal där alla talade samma språk bland annat eftersom tolken kunde vara omedveten om att frågor skulle ställas på ett visst vis eller att distriktssköterskan speglade genom att medvetet upprepade det patienten sagt. Distriktssköterskorna upplevde det som viktigt att lyssna aktivt och bekräfta patientens berättelse med både verbala och ickeverbala speglingar. De upplevde att det var viktigt att ställa öppna frågor till patienterna och att sammanfatta vad som sagts för att förstärka budskapet och fånga upp eventuella frågor eller missförstånd. Distriktssköterskorna upplevde patienternas motivation som avgörande när det kom till att genomföra någon förändring av levnadsvanor och de ville med hjälp av kunskap stärka patienternas förmåga att ta hand om sin hälsa.

Kännedom om sociokulturella förhållanden beskrivs av Ahmadi (2008) som avgörande för att undvika missförstånd och kommunikationsproblem i mångkulturella möten. Patienternas utbildningsnivå och brist på kunskap om till exempel hur kroppen påverkas av rökning eller om olika livsmedels energivärde upplevdes av distriktssköterskorna som hinder. Kulturella skillnader i synen på åldrande, hälsa respektive ohälsa upplevdes av distriktssköterskorna kunna utgöra hinder för interaktion och gjorde det svårare att nå

fram till patienterna. Kulturskillnader upplevdes utgöra ett större hinder för att nå fram till patienten med hälsofrämjande rådgivning än tolkningen i sig och därför ansåg distriktssköterskorna att de hade nytta av kulturella insikter. Bakgrundskunskap om olika kulturella förhållanden och värderingar sågs utav svenska allmänläkare som önskvärda färdigheter för att underlätta när de samtalande via tolk (Fatahi et.al., 2007). Enligt läkarna underlättade det även att ha en syn på tolksamtal som en naturlig del av arbetet. Distriktssköterskorna i föreliggande studie upplevde i likhet med detta att de hade stor nytta av sina kulturella insikter likaså att deras vana och avslappnade inställning till att samtala genom tolk var till nytta och medförde att de inte upplevde tolksamtal som väldigt bekymmersamma. Distriktssköterskorna upplevde att tolken emellanåt gick utanför sitt uppdrag att tolka ordagrant och det kunde vara till hjälp för att skapa förståelse. Det upplevdes även riskera att störa och påverka samtalet negativt. Från intervjuerna med allmänläkarna (Fatahi et.al., 2007) framkom ingen annan uppfattning än att tolkning skulle ske strikt ordagrant. Distriktssköterskorna i föreliggande studie upplevde det dock som till stor hjälp när tolken ibland gick utanför sitt uppdrag eftersom det möjliggjorde att de kunde få en djupare förståelse av patientens individuella förutsättningar och vanor. Även kulturella företeelser och värderingar gällande kosthållning och andra vanor kunde göras tydliga med hjälp av tolken och det möjliggjorde för distriktssköterskan att förstå patientens villkor. Det innebär att distriktssköterskorna upplevde att tolkens sätt att utföra sitt uppdrag kunde vara avgörande för deras möjlighet att förstå individen som unik och även som generell individ och skapa en mellanmänsklig relation präglad av förståelse. Denna förståelse är nödvändig för att uppnå omvårdnadens syfte att påverka patienten i riktning mot förbättrad hälsa och minskat lidande enligt Travelbee (Kirkevold, 2000).

För att fortsatt utvärdera det hälsofrämjande arbetet distriktssköterskor genomför via tolk behövs observationsstudier och studier som undersöker området ur patienternas perspektiv. Patienter kan undersökas både med fokus på deras upplevelser och objektiva mätningar avseende exempelvis utfall av rökavvänjningssamtal eller blodsockernivåer. I takt med att hälsofrämjande arbete genomfört via tolk blir en allt vanligare arbetsuppgift för distriktssköterskor behövs särskild utbildning i tolkanvändning för att säkra att arbetet utförs evidensbaserat och i riktning mot en mer rättvis och jämlik hälsofrämjande vård.

Konklusion och implikationer

Studien visade att distriktssköterskorna upplevde att tolken är betydelsefull, både som hinder och möjliggörare till förståelse. De upplevde att personcentrering i samtalet är nödvändig samt att specifika yrkeskunskaper och kulturella insikter underlättade det hälsofrämjande arbetet de genomförde via tolk. Distriktssköterskornas upplevelser visade prov på professionell färdighet och kreativitet och en strävan efter att tillgodose jämlik vård. Resultatet baseras på upplevelser från distriktssköterskor med omfattande erfarenhet av att genomföra olika typer av hälsofrämjande arbete via tolk och kan vara till hjälp som vägledning för mindre erfarna kollegor som behöver utveckla sina färdigheter och sin kreativitet.

Referenser

Ahmadi, F. (2008). *Kultur och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Barnes, J., Ball, M. & Niven, L. (2010). Providing the Family-Nurse Partnership programme through interpreters in England. *Health and Social Care in the Community*, 19(4), 382-391.

Barth, T., & Näsholm., C. (2006). *Motiverande samtal- MI. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.

Bäärnhielm, S. (2007). Möten i den mångkulturella vården. I B. Fossum (Red.) *Kommunikation, samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlbeg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Distriktssköterskeföreningen i Sverige, (2009). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad den 18 december, 2016, från DSF, <http://www.distriktsskoterska.se/dokument.php?cat=1&id=1>

Elderkin-Thompson, V., Cohen Silver, R. & Waitzkin, H. (2001). When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science & Medicine*, 52, 1343-1358.

Fatahi, N., Hellström, M., Skott, C. & Mattsson, B. (2007). General Practitioners' views on consultations with interpreters: A triad situation with complex issues. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26, 40-45.

Fioretos, I., Hansson, K. & Nilsson, G. (2013). *Vårdmöten – Kulturanalytiska perspektiv på möten inom vården*. Lund: Studentlitteratur.

Fioretos, I., Gustafsson, K. & Norström, E. (2014). *Tolkade möten – Tolkningens betydelse för rättssäkerhet och integration*. Lund: Studentlitteratur

Folkhälsomyndigheten, (2013a). *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. Hämtad den 4 mars 2016, från Folkhälsomyndigheten, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/halsoframjande-halso-och-sjukvard/aktiv-kunskapsformeding/>

Folkhälsomyndigheten (2013b). *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. Hämtad den 4 mars 2016, från Folkhälsomyndigheten, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/halsoframjande-halso-och-sjukvard/halsoframjande-insatser/>

Folkhälsomyndigheten (2014). *Öppna jämförelser – Folkhälsa*. Hämtad den 4 maj 2016, från Folkhälsomyndigheten, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/19159/Oppna-jamforelser-2014-Folkhalsa.pdf>.

Gerrish, K., Chau, R., Sobowale, A. & Birks, E. (2004). Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health and Social Care in the Community*, 12(5), 407-413.

GPCC, Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (2015). *GPCC – Centrum för Personcentrerad vård*. Hämtad den 18 december 2016, från Göteborgs Universitet, http://gpcc.gu.se/digitalAssets/1567/1567868_1477725_gpcc-broschyr_151016_final.pdf

Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B. & Hjelm, K. (2010). Problems and consequences in the use of professional interpreters: qualitative analysis of incidents from primary health care. *Nursing Inquiry*, 18(3), 253-261.

Hakimnia, R., Holmström, I K., Carlsson, M. & Höglund, A T. (2014). Exploring the communication between telenurse and caller – A critical discourse analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 9, 242-255.

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Kale, E. & Raza Syed, H. (2010). Language barriers and the use of interpreters in the public health services. *Patient Education and Counseling*, 81(2), 187-195.

Kammarkollegiet (2004). *God Tolksed – vägledning för auktoriserade tolkar*. Hämtad 5 december 2014, från Kammarkollegiet, http://www.kammarkollegiet.se/sites/default/files/god_tolksed.pdf

Kammarkollegiet (2014). *Tolkar och översättare*. Hämtad 5 december 2014, från Kammarkollegiet, <http://www.kammarkollegiet.se/rattsavdelningen/tolkar-och-oversattare/tolkar-och-oversattare>

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Krupic, F., Hellström, M., Biscevic, M., Sadic, S. & Fatahi, N. (2016). Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, doi: 10.1111/jocn.13226.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

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

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Pellmer, K., Wramner, B. & Wramner, H. (2012). *Grundläggande Folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.

Rivadeneira, R., Elderkin-Thompson, V., Cohen Silver, R. & Waitzkin, H. (2000). Patient Centeredness in Medical Encounters Requiring an Interpreter. *The American Journal of Medicine*, 108, 470-474.

Seale, C., Rivas, C., Al-Sarraj, H., Webb, S. & Kelly, M. (2013). Moral mediation in interpreted health care consultations. *Social Science & Medicine*, 98, 141-148.

SFS 1975:689. *Lag om tystnadsplikt för vissa tolkar och översättare*. Hämtad 5 december 2014, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1975689-om-tystnadsplik_sfs-1975-689/?bet=1975%3A689

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 3 december, 2014, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 1986:223. *Förvaltningslagen*. Hämtad 3 december, 2014, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/_sfs-1986-223/

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 27 november, 2014, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Hämtad 23 mars, 2016, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/

Socialstyrelsen (2011a). *Ojämna villkor för hälsa och vård: Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Hämtad 21 november, 2014, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/artikelkatalog/Attachments/18546/2011-12-30.pdf>

Socialstyrelsen (2011b). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – för styrning och ledning*. Hämtad 3 december 2014, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11>

Socialstyrelsen (2011c). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – Vetenskapligt underlag, Bilaga*. Hämtad 3 december 2014, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/Document/s/nr-sjukdomsforebyggande-vetenskapligtunderlag.pdf>

Statistiska Centralbyrån (2014). *Sveriges framtida befolkning 2014-2060*. Statistiknyhet från SCB Nr 2014:94. Hämtad 19 januari 2015, från SCB, http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Befolkningsframskrivningar/14498/14505/Behallare-for-Press/372727/

Statistiska Centralbyrån (2016). *Utrikesfödda efter län, kommun och födelseland*. Hämtad 4 mars, 2016, från SCB, http://www.scb.se/sv_/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/#c_li_26051

Svensk Sjuksköterskeförening (2012). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. [Broschyr] Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Svensk Sjuksköterskeförening (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtad 5 december, 2016, från SSF, http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2011). *God Forskningssed*. Rapport. Stockholm: Vetenskapsrådet. [http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/2011_01.pdf] Hämtad 3 december 2014, från Vetenskapsrådet, <http://www.vr.se/etik/codexreglerochriktlinjerforforskning.4.64ab6081125e0044d4b8000418.html>

World Medical Association. (2013). *Helsingforsdeklarationen*. Hämtad 3 december 2014, från WMA, [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

Hur länge har du arbetat som distriktssköterska? På denna enhet?

Vilken typ av besök rör det sig om när du arbetar hälsofrämjande genom tolksamtal?

*(Distriktssköterskans **upplevelse** av att bedriva hälsofrämjande arbete genom tolksamtal)*

Skulle du så fritt som möjligt vilja berätta om hur du upplever det att arbeta hälsofrämjande genom tolksamtal?

Kan du berätta mer om...

Utveckla gärna...

Beskriv gärna situationen...

Kan du ge något exempel på...

Hur menar du...

Hur tänker/ känner/ agerar/ reagerar du...

Hälsofrämjande råd?
Motivation till förändring?
Samtalsmodell?
Syn på hälsa/ ohälsa?
Utmaningar?
Underlättande faktorer?

Finns det något du skulle vilja lägga till?