



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Inkännande och neutral, brygga eller bara ett redskap?

**En studie i socialt arbete om behandlares syn på tolkens
roll och närvaro**

Vanessa Persson & Frida Weman

Kandidatuppsats (SOPA 63)
VT 2020
Handledare: Annika Capelán

Abstract

Authors: Vanessa Persson & Frida Weman

Title: Neutral and empathetic, a bridge, or just a tool? A study in social work on therapists' views of the role and presence of the interpreter

Supervisor: Annika Capelán

Assessor: Norma Montesino

The aim of this thesis was to examine how therapists' perceive the role of the interpreter and it's effect on the therapeutic alliance in treatment. We seek an understanding of the dilemmas that may occur in these meetings. The empirical data consisted of nine semi-structured telephone-interviews with therapists' holding social work degrees. We applied the theory of the institutionalization process combined with the therapeutic alliance theory to analyze the interpreter's role and effect on the relationship between patient and therapist. The study showed the importance of an alliance between therapist and interpreter parallel to the alliance between therapist and patient. Our findings suggest the need for the therapist to clarify both his and her expectations on the interpreter and the aim of the treatment beforehand in order to decrease the risk of the interpreter interfering with the treatment. Advantageous factors for the treatment's outcome, and the process of institutionalization it entails, are that the interpreter and the therapist have a mutual understanding regarding their respective roles, and the goal of the treatment, and that there is a relationship of trust between them. This is more easily achieved if there is continuity and the same interpreter is used throughout the treatment. Furthermore, our findings bring out flexibility among therapists' work with interpreters as preferable to engender a therapeutic alliance with the patient despite there being a third part in that constellation.

Keywords: interpreter, psychiatric care, therapeutic alliance, social work, treatment

Förord

Vi vill börja med att rikta ett stort tack till de behandlare som medverkat och bidragit med sina upplevelser och resonemang. Denna studie hade inte varit möjligt att genomföra utan er.

Vi vill även tacka vår handledare Annika Capélan för kloka råd, ditt stora engagemang och fantastiska vägledande som hjälpt oss genom skrivandet. Tack!

Vanessa Persson och Frida Weman

Maj 2020

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
1.1 PROBLEMFÖRMULERING	1
1.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	2
1.3 BAKGRUND	3
1.4 CENTRALA TERMER	4
1.4.1 <i>De professionella</i>	4
1.4.2 <i>Tolkförmedling</i>	5
1.4.3 <i>Platstolk</i>	5
1.4.4 <i>Telefontolk</i>	5
2. KUNSKAPSLÄGE	5
2.1 SÖKPROCEDUR OCH URVAL	5
2.2 TILLIT	6
2.3 BEHANDLARENS RELATION TILL TOLKEN	8
2.4 TOLKENS NÄRVARO I BEHANDLING	9
3. METOD	11
3.1 METODVAL	11
3.2 MATERIAL OCH URVAL	13
3.2.1 <i>Urval</i>	13
3.3 TILLFÖRLITLIGHET OCH TROVÄRDIGHET	14
3.4 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	15
3.5 ANALYSFÖRFARANDE	16
3.6 FÖRFÖRSTÅELSE	17
3.7 ARBETSFÖRDELNING	18
4. TEORI	18
4.1 INSTITUTIONALISERING	19
4.1.1 <i>Institutionaliseringsprocessen</i>	20
4.2 TERAPEUTISK ALLIANS	21
4.2.1 <i>Terapeutfaktorer</i>	22
5. RESULTAT OCH ANALYS	23
5.1 OM RESPONDENTERNA	23
5.2 FÖRVÄNTNINGAR PÅ TOLKENS ROLL	23
5.2.1 HUR ÄR EN BRA TOLK?	24
5.2.2 <i>Relationen mellan tolk och behandlare</i>	26
5.3 HINDER OCH MÖJLIGHETER	28
5.3.1 <i>Svårigheter med tolk</i>	29
5.3.2 <i>Möjligheter med tolk</i>	31
5.3.3 <i>Platstolk vs telefontolk</i>	32
5.4 PÅVERKAN PÅ TERAPEUTISK ALLIANS	34
5.4.1 <i>Att etablera en allians med en tredje part</i>	34
5.4.2 <i>Relation mellan behandlare, patient och tolk</i>	36
5.5 KULTURELLA FAKTORER?	38
6. DISKUSSION	40
6.1 FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	43
REFERENSLISTA	44
BILAGOR	48

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Tolkar syns allt oftare i olika sammanhang inom vården och psykiatrin på grund av en förändrad demografi i Sverige. Tolk används då för att kunna kommunicera med patienten och tillgodose dennes behov (Språkföretagen, 2019).

I en behandlingssituation är det av särskilt stor vikt att kunna etablera ett tryggt förhållande - en allians - mellan patient och behandlare för att behandlingen skall få ett så bra utfall som möjligt (Bordin, 1979:252). Behandlingen förutsätter en kommunikation mellan två parter. För att underlätta kommunikationen i de fall där behandlare och patient talar olika språk, används i många fall en tolk i behandlingen. Då tolken blir en tredje part i den terapeutiska alliansen, är samarbetet med denne också viktigt för att skapa den eftersträvansvärda tryggheten i behandlingssituationen. Den terapeutiska alliansen består av tre delar: 1) en överenskommelse av vad som skall uppnås i behandlingen, 2) hur man skall arbeta för att nå målet och 3) utvecklingen av tillit och känslomässigt band mellan behandlare och patient (Bordin, 1979:253). Tolkens roll blir då inte endast att översätta det som sägs i rummet utan även att förmedla och bli en del av den allians som behövs skapas mellan behandlare och patient.

Terapeuter som använder sig av tolk i behandlingssyfte måste förlita sig på att tolken tolkar vad som sägs i rummet (Raval & Smith, 2003:20). I Raval och Smiths studie kring terapeuters erfarenheter av arbete med tolk framkommer det att tillit var ett problem på grund av att terapeuterna inte visste vad tolken tolkade eller om tolken skulle ta över kontrollen av samtalet (2003:20). Pugh och Vetere (2009:313) kommer fram till liknande resultat i sin studie, där deltagarna uttrycker oro över att tolken inte alltid kan eller vill översätta ord för ord och att det skapar små meningsskillnader som kan få konsekvenser i de professionellas behandlingsarbete med patienten. Då just tillit är en väsentlig del i den terapeutiska alliansen mellan patient och behandlare (Bordin, 1979:252), och tolken utgör en tredje part i behandlingssituationen och därför också på något sätt

måste ingå i den allians som skapas, så frågar vi oss om tolken ibland till och med kan bli ett hinder i den processen? Att det finns allians mellan tolk och behandlare såväl som mellan behandlare och patient måste vara av stor vikt för att arbetet i behandling skall fungera bra. I den sociala interaktionen och samspelet mellan människor skapas också kunskap, normer och en form av verklighet, vilket kan påverka att situationer upplevs olika av olika individer till följd av tidigare erfarenheter eller bakgrund. Men hur ser det ut i praktiken, vad händer i rummet när tolken finns där och hur resonerar behandlare kring denna tredje parts närvaro i behandlingssituationen?

Mot bakgrund av dessa dilemman fokuserar vi i denna studie på att undersöka hur verksamma behandlare resonerar kring tolkens roll och påverkan på den terapeutiska alliansen i en behandling som tolkas. Då världen ser ut som den gör idag så ser användningen av tolk ut att bli ett fenomen som snarare kommer öka än minska. Det är därför av relevans för socialt arbete att undersöka hur arbetet med tolk ser ut och hur verksamma resonerar kring det arbetet, för att kunna identifiera sätt att göra det så välfungerande som möjligt för patientens bästa.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka hur behandlare uppfattar tolkens roll och tolkens påverkan på den terapeutiska alliansen i en behandling. Vi söker förståelse för de dilemman som kan uppstå i dessa möten.

Frågeställningar lyder:

1. Hur beskriver behandlare tolkens roll i behandlingsarbetet?
2. Vilka hinder och möjligheter beskriver behandlare att det finns i arbetet med tolk i behandling?
3. Utefter behandlaren perspektiv, hur påverkar användningen av tolk den terapeutiska alliansen mellan patient och behandlare?

1.3 Bakgrund

Tolk används för att två parter inte förstår varandras språk men vill eller måste kunna kommunicera med varandra (Tolk- och översättarinstitutet, 2015:11). Att vara tolk innebär inte att man måste inneha en viss utbildning eller kunskap, då det ej är en skyddad yrkestitel i Sverige idag (Socialstyrelsen, 2016:14). Tolk- och översättarinstitutet vid Stockholms universitet ansvarar för all tolkutbildning i Sverige (Tolk- och översättarinstitutet, 2015:23). Utbildningen ges på ett flertal olika studieplatser som en grundutbildning, och det finns kurser med vidareutbildningar att tillhandahålla (ibid.). Att vara auktoriserad tolk är en skyddad yrkesroll vilket innebär att man måste utföra ett examensprov hos Kammarkollegiet. Enligt uppgift är det endast 10 procent av dem som utför provet som blir godkända och följaktligen blir auktoriserade (Socialstyrelsen, 2016:14). Det är svårt att få fram rätt siffror på antalet tolkar i Sverige idag eftersom många tolkar är inskrivna på ett flertal olika tolkförmedlingar.

Antalet aktiva tolkar i Sverige beräknas idag vara mellan 4000–5000 (Språkföretagen, 2019). I Tolkutredningen 2019 som är framtagen av Språkföretagen, Almegas branschorganisation för privata tolkförmedlare, diskuteras det att efterfrågan på tolkar nådde sin topp under 2015–2017 på grund av flyktingströmmen som skedde i Sverige då. Det diskuteras även att det finns en möjlighet till att en ny topp kommer utvecklas under 2020 på grund av nya lagar och regler kring försörjningskrav som gör det möjligt för familjeåterförening.

Tolken har yrkesetiska regler att följa och benämningen på dessa är God tolksed. Framförallt är det tre stycken som är centrala i tolkens arbete: tolken ska 1) vara opartisk och neutral i de ärenden som hen tolkar samt gällande de frågor samtalet berör, 2) iaktta jävsregler då tolkens opartiskhet kan ifrågasättas samt 3) ha tystnadsplikt (Tolk- och översättarinstitutet, 2015:32ff). Enligt God tolksed är tolken obligerad att tolka allt som sägs i samtalet (Tolk- och översättarinstitutet, 2015:38). Vidare skall tolken tolka i jagform vilket innebär att man talar ur behandlarens respektive patientens perspektiv och håller sig själv utanför (Fioretos, Gustafsson & Norström, 2014:62). Då tolken tolkar många olika typer av samtal och situationer, så varierar tolkens roll beroende på sammanhanget.

Detta gör att tolken behöver hitta strategier och utveckla en bredare social kompetens utöver de språkliga (Fioretos, Gustafsson & Norström, 2014:59). Tolken kan agera som en form av kulturförmedlare i tolkningssituationen, då hen anpassar språket till kulturen som patienten tillhör och sedan till kontexten som de befinner sig i. Beroende på vilken uppfattning man har gällande tolkens uppdrag och roll så blir interaktionen mellan patient, tolk och behandlare olika (Nyberg, 2000:280f).

Lagar och förordningar som täcker tolkens skyldigheter och arbetsuppgifter är bland annat:

- Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400)
- Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30)
- Förordning om auktorisation av tolkar och översättare (SFS 1985:613)
- Förvaltningslagen (SFS 2017:900)
- Lagen om tystnadsplikt för vissa tolkar och översättare (SFS 1975:689)
- Kammarkollegiets tolkföreskrifter (KAMFS 2004:1)

Enligt 13§ Förvaltningslagen är det myndighetens skyldighet att tillhandahålla tolk för att kunna hjälpa den enskilde som inte behärskar det svenska språket.

1.4 Centrala termer

1.4.1 De professionella

Vi har i vår studie intervjuat både kuratorer och familjebehandlare som alla har en socionomutbildning. Vårt empiriska material är därför ur den professionens synvinkel. I de studier vi hänvisar till i vårt Kunskapsläge nedan, har både psykologers, terapeuters och kuratorers perspektiv lyfts, vilket gör att även dessa professioners tankar framgår där. För textflödets skull och eftersom vårt fokus ligger på tolkens plats i behandlingssituationer, kommer vi härnäst benämna samtliga dessa behandlande professionella som just behandlare.

1.4.2 Tolkförmedling

En tolkförmedlings uppdrag är att förmedla tolkar till tolkanvändare (Norström, Gustafsson & Fioretos, 2011:32). Sedan 1992 har en ökning av privata tolkförmedlingar skett och det finns idag tre stycken privata förmedlingar som förmedlar majoriteten av tolkanvändningen i Sverige idag (ibid.).

1.4.3 Platstolk

Platstolk innebär att tolken befinner sig på samma plats som patient och behandlare och utför tolkning i rummet (SOU 2018:83:86).

1.4.4 Telefontolk

En telefontolk är med på distans och tolkar via telefon (Språkservice, 2020).

2. Kunskapsläge

Vi har strukturerat detta avsnitt utefter tre teman; tillit, behandlarens relation till tolken och tolkens närvaro i behandling. Detta eftersom tillit är en viktig del i den terapeutiska alliansen och något man eftersträvar i behandling. Under inläsning av tidigare forskning återkom diskussioner kring relationen mellan tolk och behandlare och med bakgrund av det samt våra frågeställningar blir det av värde att ta upp här. Tolkens närvaro och bakgrund är något som frekvent återkommer vid litteratursökningen kring detta ämne och något som kan påverka hur behandlingssituationen blir.

2.1 Sökprocedur och urval

Vi har använt oss av sökmotorerna: "LubSearch" och "Google Scholar" vid insamlandet av tidigare forskning. Vid sökningen har vi haft som krav att artiklarna skall vara expertgranskade och vi har sökt på engelska. Sökord som vi har använt oss av vid sökningen är: "tolk", "sjukvård", "behandling", "socialt arbete" och "terapeutisk allians". Dessa sökord har kombinerats vid sökningen på

olika sätt för att få flera träffar. Vi har även sökt på universitetsbibliotekets sida och hittat en rapport samt en bok därigenom.

I vår sökning efter tidigare forskning på området hade vi som mål att hitta studier från olika länder och kontexter. Detta var för att få en så nyanserad bild som möjligt av kunskapsläget på området. Vi har valt att använda oss av nio studier för att presentera tidigare forskning. En studie som har utförts i Sverige, två i USA, en i Kanada och Frankrike, en i Danmark, tre i England och en multinationell.

2.2 Tillit

Leanza et al. (2015) har genomfört en kvalitativ studie om hur professionella behandlare och tolkar i Frankrike och Kanada ser på sitt arbete med barns psykiska hälsa. Syftet med studien var att utforska hur tolkar integreras i arbetet med psykiatrisk vård samt att identifiera hur samarbetet mellan behandlare och tolk fungerar och hanteras. Det framkommer i resultatet att tillit mellan både patient och behandlare samt tolk och behandlare påverkar arbetet. Detta kan enligt forskarna ta sig i uttryck på så sätt att tolken upplever att behandlaren inte riktigt förstår klientens kultur eller bakgrund, och att hen då anser att behandlaren agerar fel. Enligt behandlarna i studien så kan tolken då inta en roll där hen blir som ett försvar för klienten i behandlingssituationen. Behandlaren kan då i sin tur uppleva att hen blir motarbetad vilket påverkar behandlingen och relationen till klienten (Leanza et al, 2015:361).

I Lidbergs (2001) kvalitativa studie kring svenska terapeuters upplevelser av användningen av tolk i psykoterapi framgår det att tolken i vissa fall kan upplevas som ett hinder. Resultatet visar bland annat att de terapeuter som inte är vana att arbeta med tolk upplever det mer som något som stör behandlingsrelationen och att det kan bli som en barriär då de känner sig iakttagna och bedömda (2001:33).

Att tolken kan bli en störning i relationen till patienten är något som också Pugh och Vetere (2010) beskriver i resultatet av deras kvalitativa studie där behandlares erfarenheter av arbete med tolk i behandling undersökts. Det framgår i resultatet att behandlare har upplevt i behandling att svaret de fått från patienten inte

överensstämmer med vad de frågat. De upplever att det i tolkningen ibland kan bli att vissa ord får en annan betydelse än tänkt när det tolkas eller att tolken inte översätter ordagrant. Detta blir tydligt då patientens svar inte passar till frågan som ställts. Behandlarna i studien uppger att detta leder till att för mycket fokus läggs på tolken och att hen översätter rätt, istället för patienten, vilket påverkar relationen mellan patienten och behandlaren (Pugh & Vetere, 2010:313). Vidare upplever en del behandlare att förmedlingen av empati försvåras när det går via tolken, det vill säga att vissa uttryck för just empati eller omtanke försvinner i översättningen och på så sätt påverkar alliansen mellan patient och behandlare (Pugh & Vetere, 2010:314).

Alliansen mellan patient och behandlare är något som också lyfts fram i Sander et al (2019:684) artikel om tolkad psykoterapi i arbetet med flyktingar i Danmark. Syftet med deras studie var att undersöka hur behandling av traumatiserade flyktingar påverkar resultatet när behandlingen tolkas. De beskriver att behandlarnas förmåga och angelägenhet att skapa denna allians är avgörande för hur resultatet av behandlingen blir med en tolk som hjälpmedel. Detta då de menar att det är svårare och tar längre tid att nå den alliansen när det blir en tredje part med i behandlingen (Sander et al, 2019:685).

Miller et. al. (2005) har utfört en kvalitativ studie i USA där både behandlare och tolkar har intervjuats kring deras syn på arbetet med psykoterapi med flyktingar. Författarna (2005:29) lyfter fram alliansen och tilliten mellan patienten och behandlaren som avgörande för en lyckad behandling. Det framgår av studien att denna allians påverkas av att en tolk finns med i rummet och att det därför är positivt om man kan använda samma tolk till samma patient, för att öka tilliten i behandlingsrelationen. En deltagare i studien beskriver exempelvis att det kan vara som att börja om från början när man får en helt ny tolk i behandlingen, eftersom det tar tid för patienten att känna sig bekväm att prata om känsliga ämnen med en ny person närvarande (Miller, et. al, 2005:30). Vidare framgår det i studien att många behandlare identifierat ett mönster som upprepas i arbetet med tolk i behandling. Författarna (2005:32) beskriver hur deltagarna i studien uppger att patienter ofta initialt har en större tillit till tolken och kan relatera mer till den personen än till behandlaren. Detta skiftar sedan gradvis och en tillit växer fram

även till behandlaren, men det innebär att behandling genom tolk ofta tar längre tid och därav blir det viktigt att ha tålamod som behandlare för att kunna nå fram till patienten (ibid.).

2.3 Behandlarens relation till tolken

Resultatet av Leanzas et al. (2015) studie visar det att en allians mellan tolk och behandlare är av stor vikt för att arbetet i behandling skall fungera bra. Denna allians är något som de professionella som deltog i studien menar byggs upp med tid och kontinuitet (Leanza et. al. (2015:358). För att det skall finnas ett effektivt samarbete mellan tolk och behandlare så menar deltagarna att det krävs att relationen dem emellan präglas av tillit, respekt och erkännande av varandras arbete (Leanza et. al, 2015:367). Att förtroende mellan tolk och terapeut är av stor vikt är något som även framgår i Lidbergs (2001:35) studie. Terapeuter som deltagit i studien beskriver att det är viktigt att både tolken och terapeuten känner sig trygga i att det finns ett förtroende till den andres yrkesutövning, för att kunna fokusera på arbetet och inte oroa sig för att den andre gör fel eller tar över (ibid.).

Liknande slutsatser framkom också av Becher och Wielings (2015) genomförda kvalitativa studie i USA, där de intervjuade verksamma tolkar och behandlare kring deras syn på arbetet. Bechers och Wielings (2015) studies syfte är att utforska hur makt och privilegier påverkar dynamiken i relationen mellan engelsktalande behandlare samt tolkar. Detta gör de genom kvalitativa intervjuer samt användningen av kritisk teori och ett etnografiskt ramverk. Det framgår av resultatet att behandlarna föredrar att ha en tolk på plats, som ingår i ens team. Detta är eftersom det gör det lättare att bygga upp ett förtroende och fungerande samarbete som i sin tur leder till en mer lyckad behandling (Becher & Wieling, 2015:453). Författarna trycker på att tolkarnas profession och roll bör bli mer erkända av sjukvården och implementeras i verksamheterna, då behovet av tolkar fortsätter att öka (2015:456) .

Att det måste finnas ett ömsesidigt förtroende för tolken och behandlaren i arbetet är även något som framkommer av Lidbergs (2001) studie. Respondenterna i hennes studie lyfter fram att det är fördelaktigt för behandlingsarbetet om tolken

och terapeuten har personkemi, då detta gör att det lättare skapas en allians mellan dem. Att "tolken försvinner" är något som beskrivs som positivt, vilket enligt deltagarna innebär att tolken lyckas med sin uppgift att vara en mellanhand och länk mellan terapeut och patient och därmed inte stör behandlingen (Lidberg, 2001:36).

Vidare beskriver Sander et. al. (2019:684f) att det finns en stor mångfald i vilken roll tolken tar i behandlingen, vilket gör att arbetet med tolk ser olika ut. Denna variation i tolkens roll är något som författarna menar kan påverka relationen mellan patient och behandlare men också något som kan försvåra samarbetet mellan tolken och behandlaren, detta om man exempelvis inte hunnit stämma av med tolken innan en behandling börjar vilka roller som gäller och hur arbetet skall utföras.

2.4 Tolkens närvaro i behandling

Kultur är ett begrepp som frekvent återkommer vid litteratursökningen kring detta ämne och något som kan påverka hur behandlingssituationen blir.

Helman (2000) skriver i sin bok *Culture, Health and Illness* om tvärkulturell psykiatri och beskriver det som en jämförelse av psykisk ohälsa i olika kulturer. I den tvärkulturella psykiatriska jämförelsen läggs fokus på hur de kulturella faktorerna påverkar patientens beteende och uppfattning av sin psykiska ohälsa samt andras attityd kring denna. Kultur i samband med psykisk ohälsa avgör hur psykisk ohälsa och sjukdom beskrivs och behandlas i samhället. Det påverkar också vad som anses vara normalt och inte i det rådande samhället (Helman, 2000:170). Olika förståelser och kulturella tolkningsramar kan i sin tur påverka hur mötet mellan patienter och behandlare/yrkesverksamma ser ut, och i förlängningen behandlingens resultat. Helman (2000) beskriver att för att samtalsterapi ska fungera så krävs det en symbolisk brygga mellan personliga erfarenheter, mänskliga relationer och kulturella meningar. Tolken roll kan här ses både som en översättare av det som sägs i rummet och som en (mer eller mindre ömsesidig) förmedlare av sociala och kulturella normer (Helman, 2000:191).

Williams et al. (2018) har utfört en studie på ett barnsjukhus i England där de undersökt hur sjukvårdspersonal samt tolkar uppfattar arbetet med familjer som erhåller begränsningar i det engelska språket. Detta har de uppnått genom att hålla intervjuer med fokusgrupper samt individuella intervjuer. Kulturella faktorer påverkar möjligheten till en lyckad kommunikation mellan vårdpersonal och patient, och det kan därför uppstå svårigheter för tolken (Williams et al, 2018:772). Det framkommer i studien en oro från vårdpersonal att tolken undanhåller information från både patienten samt personalen på grund av att tolken ansåg att information som sades var känslig eller olämplig ur ett kulturellt perspektiv (ibid.).

I resultatet av Becher och Wielings (2015) studie i USA framgår det att tolkarna i behandling ofta hjälper till med mer än att bara översätta. Behandlare som deltog i studien uppgav att det är värdefullt när tolken bidrar med kulturell kompetens eller förståelse som kommer av att man delar samma kultur med patienten (Becher & Wieling, 2015:453). Tolken agerar då i vissa fall som en medlare för att undvika missförstånd mellan patienten och behandlaren i vårdsituationen, där personer som har olika kulturell bakgrund skall nå fram till varandra (Becher & Wieling, 2015:456).

Raval och Smith (2003) har utfört en kvalitativ intervjustudie inom den psykologiska disciplinen. Syftet med studien var att undersöka terapeuters erfarenheter av att arbeta med tolk i behandling. I resultaten framkommer det att många terapeuter upplever en viss oro för att råka förolämpa patienten genom att ställa en fråga som inte är passande inom patientens kultur. Att inte kunna prata med en kvinnlig patient om sexuella besvär framför en manlig tolk, lyfts fram av en av deltagarna som ett exempel där det riskerar uppstå fel (Raval & Smith, 2003:15). Vidare beskriver flera terapeuter att vissa delar i deras terapeutiska arbete med patienter som talar samma språk och som tas för givet där, inte kan användas i arbetet med tolk i behandling. Exempelvis som att kunna använda humor eller mer nyanserat språk där saker kan läsas in på ett annat sätt. För att undvika missförstånd eller problem i översättningen så beskriver deltagarna att de

måste ändra sin kommunikation i arbetet över kulturella eller språkliga gränser (Raval & Smith, 2003:23).

3. Metod

3.1 Metodval

Vi valde att använda oss av en kvalitativ forskningsansats i denna studie då vi var intresserade av att få en djupare förståelse av de professionellas åsikter och tankar kring arbetet med tolk i behandling. Vi ansåg att en kvalitativ metod passade bättre än en kvantitativ, då man som forskare i en sådan studie eftersträvar just närhet för att på riktigt kunna ta del av deras perspektiv och synsätt (Bryman, 2018:488). Vi är medvetna om att en kvalitativ metod genererar resultat som i regel inte kan generaliseras över hela befolkningen (Bryman, 2011:369). Men med bakgrund av vårt syfte med studien upplevde vi att en kvalitativ metod var bäst lämpad, då vi strävar efter förståelse för behandlares syn på arbetet med tolk i behandling. Alltså ett fenomen i en viss kontext och för en viss grupp, inte för populationen i stort.

En av flera anledningar till detta metodval var att vi skulle kunna ha en större flexibilitet i vår arbetsprocess. Vi ansåg att det kunde vara av värde då vårt fokus och syfte tillhör ett relativt outforskat område i Sverige. Det var då fördelaktigt att ha just en kvalitativ metod då vi fick utrymme och möjlighet till att löpande anpassa när vi upptäckte nya intressanta aspekter eller problem i forskningsprocessen (Ahrne & Svensson, 2015:15). Att ha denna flexibilitet i vår forskningsprocess anser vi ökade möjligheterna att på riktigt se arbetet med tolk i behandling ur intervjupersonernas ögon, vilket var intressant för vår studie (Bryman, 2011:366).

För att undersöka behandlares syn på användningen av tolk i behandling använde vi oss av kvalitativ intervju som metod. Den insamlingsmetod vi valde att använda oss av var semistrukturerade intervjuer, detta för att kunna ge intervjupersonerna utrymme att resonera och formulera sina svar utan större

styrning (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015:53). I en semistrukturerad intervju används en intervjuguide med teman och respondenterna får då frihet att svara på eget vis (Bryman, 2011:415). Detta för att säkra att intervjuerna skall generera relevant och användbar information för studien samt för att lättare kunna skapa struktur i analysförfarandet (Lind, 2014). Med valet att göra semistrukturerade intervjuer skapas flexibilitet då det inte krävs att intervjuguiden genomförs i kronologisk ordning, samt att det finns en möjlighet att utveckla svar från respondenten med följdfrågor (Bryman, 2018:563). I vår intervjuguide utgick vi från ett flertal teman, exempelvis bemötande, tillit och arbetet med tolken. Vi valde att inleda med ett antal bakgrundsfrågor för att fånga sammanhanget respondenten är verksam i, exempelvis hur länge personen arbetat som behandlare. Då syftet med studien är att undersöka hur behandlare resonerar kring tolkens påverkan på behandlingen, så ställde vi öppna frågor så att intervjupersonen får möjlighet till att just resonera. Utifrån vad intervjupersonen svarade hade vi möjlighet att följa upp med preciserande- och sonderingsfrågor för att få fram mer nyanserade svar (Bryman, 2018:569).

Våra intervjuer utfördes via telefon. Vi hade initialt planerat att utföra intervjuerna i person, men till följd av virusutbrottet av covid-19 och restriktionerna som detta innebar så behövde vi tänka om. En fördel med att göra telefonintervjuer är att faktorer som kön, ålder eller etnicitet inte påverkar svaren som intervjupersonen ger då detta inte framkommer på samma sätt på distans (Bryman, 2018:262). En annan fördel med att utföra telefonintervjuer var att vi hade möjligheten att få respondenter från olika delar av Sverige istället för att behöva begränsa oss geografiskt. En svårighet som vi identifierade med telefonintervjuerna var att tolka tystnaden och på så sätt veta när personen pausar för att tänka eller har pratat klart. Detta ledde till att vi ibland råkade avbryta intervjupersonen, vilket inte hade hänt om vi hade sett personen vi intervjuade och då hade kunnat läsa av dennes kroppsspråk. En annan svårighet med att inte intervju personerna personligen upplevde vi var att se om en fråga förstås rätt. Vi upplevde vi några tillfällen att en fråga som vi ställde inte tolkades som tänkt av respondenten, vilket framgick först senare och därför ledde till att förtydliganden behövde göras i efterhand. Vidare beskriver Bryman (2018:263) att en telefonintervju inte kan vara lika lång som en intervju som görs personligen om

den skall vara effektiv. Detta var något som vi också märkte av, vilket gjorde att våra intervjuer behövde bli kortare än vad vi ursprungligen tänkt och därmed behövde vi även få tag i fler respondenter för att få in tillräckligt med empiri.

3.2 Material och urval

3.2.1 Urval

Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015:39) beskriver hur forskningsfrågan är helt avgörande för vem man väljer att intervjua. I vår studie är professionella som använder sig av tolk i behandling i fokus, och med anledning av vårt intresse för ungdomar har vi valt att intervjua behandlare som är verksamma inom barn- och ungdomspsykiatri. Under arbetsprocessen valde vi att lägga mindre fokus på just ungdomar och mer tala om tolk i behandling generellt eftersom för att vår empiri kom att handla mer om det generella arbetet med tolk i behandling än det specifika med barn. Då vi vill studera något som har relevans för socialt arbete så valde vi att intervjua personer som erhåller en socionomexamen och därför exempelvis inte en psykologexamen. Vi använder oss således av ett målinriktat urval, där vi strategiskt gör vårt urval utifrån vilka personer som är relevanta för just våra forskningsfrågor (Bryman, 2011:434). Vi använde oss av ett snöbollsurval då vi hade en kontakt som arbetar som kurator inom barn- och ungdomspsykiatri och fick på så vis tag fyra respondenter som ville medverka i vår studie. Detta gjorde vi eftersom vi har för avsikt att undersöka en speciell företeelse inom en specifik grupp och därför kan ett snöbollsurval vara fördelaktigt (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015:41). Då det är variation samt innehåll som är av störst vikt i kvalitativa studier (Rennstam & Wästerfors, 2015a:220) så har vi även valt att skriva två inlägg i en grupp på Facebook vid namn Socionom, där endast utbildade socionomer samt de som är under utbildning får vara medlemmar, och fick därifrån svar från fyra respondenter som var intresserade av att medverka. Vi skrev även ett inlägg i gruppen vid namn Kuratorer inom hälso- och sjukvård på Facebook och fick även en respondent därigenom. Vi valde att göra dessa inlägg eftersom vi ansåg att vi behövde fler respondenter för att kunna göra en så rättvis och varierad undersökning som möjligt.

3.3 Tillförlitlighet och trovärdighet

Reliabilitet och validitet är generellt sett två begrepp som används främst i kvantitativ forskning för att säkerställa en trovärdighet i forskning (Bryman, 2018:465). Det finns därför forskare som anser att andra alternativa begrepp snarare bör användas för att säkerställa den kvalitativa forskningens kvalitet. Tillförlitlighet och äkthet är två begrepp som Lincoln och Guba föreslår för att kunna bedöma en kvalitativ undersökning. Lincoln och Guba ansåg att begreppen som används i den kvantitativa forskningen inte är överförbara eftersom de syftar på att det endast finns en sanning av verkligheten (Bryman, 2018:467).

För att kunna beskriva tillförlitlighet inom den kvalitativa forskningen så har Lincoln och Guba (1985) tagit fram fyra begrepp som är bättre anpassade, och dessa är trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet samt möjlighet att konfirmera och styrka. Trovärdighet fokuserar på att utföra studien på ett sätt som ökar sannolikheten för att studiens resultat ska vara trovärdigt samt att uppvisa att studien är trovärdig genom att ha godkännande av de personer som utgör empirin (Lincoln & Guba, 1985:296). Vi har valt att ta hänsyn till detta genom att ha samtycke från samtliga respondenter samt att de är informerade om att de kommer att få ta del av studien när den är färdigställd. Respondenterna har även fått all väsentlig information om studiens syfte och innehåll innan de valde att delta.

I en kvalitativ studie är överförbarhet inte lika uppenbart som i en kvantitativ studie. Eftersom empirin är en del av kontexten eller den rådande samhällsdiskursen så är det svårt att säga om det går att få fram ett liknande resultat i en annan kontext eller under senare tid (Lincoln & Guba, 1985:316). På grund av att vi fick möjligheten att ha respondenter från olika geografiska delar så fick vi chansen att få en större överblick över olika regioners verksamhet än om det endast medverkat respondenter från en region. Lincoln och Guba (1985) fortsätter att beskriva att en kvalitativ forskare kan ge en tydlig och utförlig beskrivning av den kulturella kontext som respondenterna är i, för att det sedan ska kunna undersöka om överförbarhet är möjligt i en annan miljö eller kontext.

Vi har valt att vara tydliga med att beskriva vilken kontext det är vi utför vår studie i, detta bland annat i vår problemformulering.

Pålitlighet menar Lincoln och Guba (1985) kan uppnås genom att ha en granskare som granskar både arbetsprocessen samt resultatet av forskningen. För att kunna uppnå en pålitlighet så har vi därför valt att låta en opartisk individ granska vår text, samt detaljerat beskriva vår arbetsprocess.

För möjligheten att kunna styrka och konfirmera vår studie har vi valt att hålla en reflexiv dagbok (Lincoln & Guba, 1985:319) över vårt arbete. I den reflexiva dagboken har vi valt att anteckna våra reflektioner och tankar kring arbetets gång. Med stöd av denna dagbok har vi sedan kunnat beskriva vår arbetsprocess i uppsatsen, för att öka vår transparens.

3.4 Forskningsetiska överväganden

I svensk forskning finns ett grundläggande individskyddskrav som preciseras i fyra huvudkrav. Det första kravet är informationskravet som innebär att forskaren skall ge information kring syftet med studien och att deltagandet är frivilligt (Bryman, 2018:170). Vi har tillgodosett detta krav genom att både i den initiala kontakten med intervjupersonerna samt i inledningen av intervjuerna beskriva vår studie och ge vital information. Vi har utformat ett respondentbrev där information om studiens syfte samt kring de etiska kraven presenterats. Respondentbrevet går att finna under rubriken bilagor. Detta brev skickades ut till respondenterna innan intervjuerna genomfördes.

Vi har också i början av varje intervju inhämtat samtycke för att få spela in intervjun. Genom detta tillgodoses då även samtyckeskravet, vilket är den andra etiska principen (Bryman, 2018:170). Det tredje kravet kallas för konfidentialitetskravet och handlar om att hanteringen av deltagarnas personuppgifter skall ske så försiktigt som möjligt (Bryman, 2018:180). Konfidentialitetskravet innebär också att respondenterna inte skall kunna identifieras av utomstående om känsliga ämnen behandlas (Vetenskapsrådet, 1990:12). För att tillgodose detta krav har vi valt att anonymisera

intervjupersonerna i vår studie, trots att ämnet kanske inte är av uppenbar känslig karaktär. Detta är för att vi anser att namnen inte behövs och därmed kan uteslutas i diskretionssyfte för att ge deltagarna största möjliga konfidentialitet.

Informationen som samlats in om deltagarna i vår studie kommer endast användas till vår forskning, vilket innebär att även det fjärde etiska kravet tillgodoses - nyttjandekravet. Detta har vi även meddelat respondenterna i vårt respondentbrev. Vidare erbjuder vi alla respondenter i slutet av varje intervju, att ta del av vår studie efter att den färdigställts. Detta för att deltagarna har rätt till att se hur deras svar har använts och för att det kan vara av intresse att se vilka slutsatser som dragits (Vetenskapsrådet, 1990:15).

3.5 Analysförfarande

Vi har spelat in våra intervjuer och transkriberingen av dessa utgör vår kvalitativa data. Vi valde att använda oss av tematisk analys för att analysera vår data. Detta innebär att man söker efter teman i ens empiriska material, då mer specifikt efter saker som exempelvis återkommer i flera intervjuer samt är relevant för studiens frågeställningar (Bryman, 2018:704f). Man kan även utläsa mönster, som exempelvis nyckelord och begrepp (Rennstam & Wästerfors, 2015a:224). Innan materialet bearbetas är det av vikt att man som forskare bekantar sig med det (Rennstam & Wästerfors, 2015a:223). Med bakgrund av detta valde vi därför att inleda vårt analysförfarande med att läsa igenom våra transkriberingar, då med så öppet sinne som möjligt. Rennstam och Wästerfors (2015a:224) förklarar att eftersom det redan finns en förkunskap kring ämnet hos forskarna finns det svårigheter att upprätthålla en spontan reaktion på materialet, men det är något som vi har försökt göra trots detta. Det är därför av vikt att ha en kritisk ståndpunkt till kodningen av empirin med tanke på dessa förkunskaper samt eventuell påverkan vårt teoretiska perspektiv kan ha (Rennstam & Wästerfors, 2015a:227). Vi försökte därför att läsa materialet som att det var första gången vi stötte på det. Därefter inledde vi kodningen och började granska, sortera och tolka vårt material. För att lättare kunna redogöra för hur våra teman framkom ur materialet och rättfärdiga deras relevans i studien, valde vi att under denna process föra anteckningar på hur vårt resonemang gick (Bryman, 2018:707).

När kodning av intervjuer görs bör forskaren arbeta aktivt med materialet och kommentera på detaljer som sticker ut (Rennstam & Wästerfors, 2015a:224). Detta för att minska risken för att kodningen styrs av våra preferenser som forskare (Rennstam & Wästerfors, 2015a:228). Vi valde därför att under kodningen och granskningen av materialet notera det som inte stämmer överens med våra förkunskaper eller teoretiska perspektiv. Detta för att variationen är intressant och värdefull i kvalitativ forskning. De teman som framkom ur vår kodning av materialet utgör underrubriker i avsnittet analys. Under kodning och när vi umgicks med materialet upptäckte vi vikten av att gå tillbaka och bekanta oss med vår empiri. Rennstam och Wästerfors (2015b) menar på att det är först när forskaren väljer att umgås med sin empiri som hen får möjlighet att upptäcka de intressanta delarna av den. Det är alltså hjälpsamt för forskaren att spendera mycket tid med det empiriska materialet. Under vår kodning kunde vi uppmärksamma intressanta delar som respondenterna lyfte och vi fick också möjligheten att se materialet från ett annat perspektiv. Vi valde att transkribera de intervjuer som vi själva hade varit ledande intervjuare i. För att få ett nytt perspektiv valde vi därför att inledningsvis koda på varandras transkriberingar och sedan även koda de vi själva genomfört. Detta för att vara tydliga med att få med bådas perspektiv.

3.6 Förförståelse

Vårt intresse för studien väcktes under vår verksamhetsförlagda utbildning (VFU). Vanessa genomförde sin VFU på en BUP-mottagning och fick då kunskap om olika typer av behandlingar samt upplevelser av att observera arbetet med tolk i behandling. Denna förkunskap upplevde vi som fördelaktig då det gjorde det lättare att följa med i intervjupersonernas beskrivningar av behandling. Detta eftersom de i intervjuerna talade om olika sorters behandlingar så som Dialektal Beteendeterapi (DBT), som då Vanessa hade koll på och kunde ställa vidare frågor om. Frida genomförde sin VFU på en högstadieskola och då väcktes en tanke om just tolk i behandling, då man på skolan använde ordinarie personal så som lärare som tolk i olika former av samtal. En reflektion kring just tolkens roll och påverkan väcktes då även där. Vi upplever att vi fått ytterst lite kunskap om hur det är att arbeta med tolk i samtal från socionomprogrammet och därför

kändes ämnet intressant och relevant att sätta sig in i ytterligare. Vi anser att det har varit fördelaktigt att vi hade erfarenheter utifrån olika perspektiv i vår arbetsprocess och analys, då detta underlättat vår strävan att inte låsa oss i ett specifikt spår.

3.7 Arbetsfördelning

Under genomförandet av denna studie har vi arbetat tillsammans större delen av tiden. Initialt i processen lade Frida mer fokus på att samla in artiklar och hitta relevant tidigare forskning medan Vanessa sökte efter respondenter till vår studie. Under inläsningen av tidigare forskning läste vi samma artiklar och pratade om dem för att säkerställa att vi hade samma förståelse av kunskapsläget. Under våra telefonintervjuer så var båda två närvarande vid samtliga intervjuer men vi turades om att vara den som ledde intervjun. Den som inte var ledande hade ansvar att se till att ingen fråga missades att ställas ur intervjuguiden. Vi upplevde att detta fungerade väldigt bra, då det kan vara svårt att hålla koll på själv när man har som mål att kunna vara flexibel och anpassa efter vad intervjupersonen säger. Vi delade upp transkriberingen av intervjuerna så att vi gjorde hälften var på egen hand. Kodningen av vårt insamlade material genomfördes dock tillsammans. Då vi har ett välfungerande samarbete där vi kompletterar varandra bra i skrivandet har det varit till stor fördel att skriva allt tillsammans. En fördel med detta är också att vi under processens gång har kunnat diskutera eventuella oklarheter eller problem och hittat en gemensam tolkning.

4. Teori

Berger och Luckmann (1966) har formulerat en teori kring hur kunskap och verkligheten skapas i social interaktion och i samspelet mellan individen och samhället som de benämner som institutionaliseringsprocessen. Det är en generell teori som vi upplever kontextualiserar problematiken som kan uppstå i den tolkade behandlingssituationen och i interaktionen mellan parterna i behandlingen. Med hjälp av denna teoretiska infallsvinkel och med ett särskilt fokus på den terapeutiska alliansen som teoretiskt begrepp, vill vi få en djupare

förståelse för hur tolken som en tredje part i rummet påverkar arbetet som pågår mellan behandlaren och patienten. Att utforska behandlares syn på tolkens roll i behandling och hur dilemman som kan uppstå kan hanteras, är ett sätt att belysa konstellationen tolk-behandlare-patient. Att bättre förstå denna sociala konstellation har betydelse för de individuella yrkesutövarna, för patienten men också för vår förståelse för hur sådana möten och processer är en del i skapandet av sociala normer och "verkligheter". Denna teoretiska infallsvinkel samt detta teoretiska begrepp kompletterar varandra eftersom tilliten till behandlaren kan påverkas både till följd av att patienten upplever en större samförståelse med tolken till följd av att de har gemensamma förståelser, men också för att det är ytterligare en person som skall ingå i den terapeutiska alliansen. Vidare, att ha en psykiatrisk vård som är tillgänglig och fungerande för alla invånare, oavsett språkliga kunskaper, är av stor vikt både på en samhällsnivå och en individnivå. Vår studie blir därmed relevant för socialt arbete på flera nivåer.

4.1 Institutionalisering

Berger och Luckmann (1966) beskriver hur mänsklig aktivitet som upprepas blir vanemässig och uppfattas som mönster som vi sedan tillskriver en viss mening (Berger & Luckmann, 1966:70). Vi kan bara förstå människan fullt ut genom att se till den sociala- och kulturella kontext som hen har formats i (Berger & Luckman, 1966:68). Berger och Luckmann har utvecklat kunskapssociologin och deras teori har bidragit till utvecklingen av socialkonstruktivism (Wenneberg, 2001:36). Socialkonstruktivism är ett kritiskt perspektiv som försöker se bakom det ytliga vi ser och ofta tar för givet. Våra handlingar är socialt konstruerade och därför föränderliga (Wenneberg, 2001:10f). Samhället består av många olika institutioner som är socialt konstruerade genom upprepad mänsklig aktivitet. Språket är en stor del av vårt upprätthållande och konstruerande av verkligheten då språket är något vi människor skapat i interaktioner med varandra (Wenneberg, 2001:12). Detta perspektiv är av relevans för vår studie eftersom behandlarna möter både tolkar och patienter som kan ha en annan bakgrund eller skilda upplevelser från dem själva. Det kan därför finnas olika förväntningar och förståelser i behandlingssituationen som påverkar hur tolkningen uppfattas och genomförs.

4.1.1 Institutionaliseringsprocessen

Centralt för teorin är begreppet institutionalisering som författarna beskriver som en process där verkligheten skapas genom att människors handlande successivt internaliseras i individer och ses som givna. Dessa vanemässiga handlingar blir till typifieringar och en institution uppstår när en ömsesidig förståelse av dessa uppstår (Berger & Luckmann, 1966:72). I institutionaliseringsprocessen ingår det tre moment som kallas för externalisering, objektivering och internalisering. Externalisering är när människan agerar eller på andra sätt uttrycker sina känslor och tankar (Berger & Luckmann, 1979:68). När denna mänskliga aktivitet får en objektiv karaktär och en betydelse skild från människan själv sker det som kallas för objektivering (Berger & Luckmann, 1979:48). Internalisering innebär att människan tolkar den objektiva verkligheten och den mänskliga aktiviteten, tillskriver det en mening. Hon förstår världen och tar den till sig som sin egen, vilket leder till gemensamma uppfattningar och förståelser i den sociala omgivningen och grupp människan formats i (Berger & Luckmann, 1979:154).

Varje individ har typifieringsscheman som påverkar hur vi tänker och uppfattar vår omgivning och andra människor, då vi följer våra individuella handlingsmönster. Dessa typifieringsscheman kan ändras i takt som vi upptäcker saker hos den andre som inte stämmer överens med vår tidigare förståelse, vårt tidigare schema. Om vi exempelvis uppfattar en person som otrevlig så agerar vi utefter vår förförståelse av hur en sådan människa ska bemötas. Men visar det sig sedan i vår interaktion att personen inte alls är otrevlig, så kommer jag successivt överge det schemat till ett som passar min nya uppfattning av personen (Berger & Luckmann, 1966:44f). Vidare tillskriver man vissa karaktärsdrag eller handlingar till en viss grupp, även om man bara sett dem hos en individ som tillhör denna grupp (Berger & Luckmann, 1966:46).

Språket lyfts fram som ett viktigt redskap i att konstruera verkligheten och för att föra de ömsesidiga förståelserna vidare. I ett visst samhälle eller grupp så finns det en gemensam kunskapsbank, där vi genom språket förvarar gemensamma tolkningar och erfarenheter av verkligheten. Kommer man från en helt annan

social- eller kulturell kontext, är det mycket möjligt att tolkningen av exakt samma person eller handling blir helt annan. Detta då vi konstruerar vår samhällsordning, våra normer och därigenom oss själva (Berger & Luckmann, 1966:56ff). Våra tankar och tolkningar är alltså beroende av samhället och den sociala kontext vi lever och formas i.

4.2 Terapeutisk allians

Det finns många olika formuleringar och tolkningar av terapeutisk allians, men övergripande innefattar begreppet en samsyn, trygghet och tillit mellan behandlare och patient. Begreppet har sin grund i psykoanalytisk teori, ur tankar av bland annat Carl Rogers som lyfte fram patienten som en aktiv del i förändringsprocessen och relationen mellan behandlare och patient som läkande i sig (Bordin, 1994). En av dem som tidigt bidrog till att definiera teorin och bredda begreppet allians var Edward Bordin (Johansson, 2006:24; Kåver, 2011:35). Det har konstaterats utifrån tidigare forskning att den terapeutiska alliansen och relationen mellan patient och behandlare är den mest betydande faktorn för en lyckad behandling (Johansson, 2006:62). För att alliansen skall kunna påverka behandlingen åt ett positivt håll är det av vikt att etablera denna tidigt i behandlingen (Johansson, 2006:28).

Bordin (1979:252) lyfter fram relationen mellan den som söker hjälp och den som kan ge hjälp som det som är avgörande för att en förändring kan ske. Han menar att allians mellan patient och behandlare kan appliceras i olika former av psykoterapi, trots sitt ursprung i psykodynamiken, och därför är ett så kallat panteoretiskt begrepp. Bordin (1979:253) beskriver hur den terapeutiska alliansen består av tre delar: 1) en överenskommelse av vad man skall uppnå i behandlingen, 2) hur man skall arbeta för att nå målet och 3) utvecklingen av tillit och känslomässigt band mellan behandlare och patient. Behandlaren har här ett ansvar att vara tydlig och konkret gentemot patienten, så att rimliga mål som kan nås ställs upp och förtroendet samt bandet i relationen mellan patient och behandlare kan bli starkare. Samarbetet och samförståelsen mellan behandlare och patient är viktigt, att båda har tillit till hur man skall nå förändring och till varandra.

Då den terapeutiska alliansen har bevisats ha en stor inverkan på behandlingens utfall så har man i tidigare forskning intresserat sig för att studera olika faktorer som just påverkar att alliansen skapas. I sådana sökningar har man sett till bland annat patientfaktorer och terapeutfaktorer, alltså saker hos patienten respektive terapeuten som kan underlätta etablerandet av alliansen (Johansson, 2006:62). Då vi i vår studie har fokus på behandlaren erfarenheter och perspektiv, har vi valt att fokusera på vad som lyfts fram gällande hur behandlaren kan bidra till att alliansen etableras. Alltså faktorer kopplat till behandlaren som kan göra den processen lättare.

4.2.1 Terapeutfaktorer

För att den terapeutiska alliansen skall skapas så är det fördelaktigt om behandlaren är flexibel och försöker skapa en positiv känsla för sina patienter, detta då det gör det lättare att förmedla empati och trygghet till patienten (Bordin, 1979:258). Att kunna sätta sig in i patientens situation och känslor är av stor vikt för att kunna förmedla denna känsla av trygghet (Johansson, 2006:42). Kåver (2011:36) beskriver att det är viktigt att behandlaren skapar en känsla av trygghet i behandlingen, för att relationen skall bli tillitsfull och en allians skall bildas. Vidare lyfter hon fram hur kommunikation är en väsentlig del av skapandet av allians och det är positivt att ställa öppna och inbjudande frågor, så att patienten själv får sätta ord på hur hen känner och tänker. Kroppsspråket är också avgörande för att skapa en känsla av samförstånd och trygghet i behandlingen (Kåver, 2011:39). Det är också viktigt att man som behandlare försöker att inte styras för mycket av sina första intryck eller förutfattade meningar av patienten eller patientgruppen. Att ha en så öppen inställning som möjligt och se till patientens unika situation och kontext är av stor vikt för att kunna förmedla just empati och bygga tillit till patienten (Johansson, 2006:43). Flera forskningssammanställningar visar att när behandlaren visar sig trovärdig, intresserad, flexibel, närvarande, lugn, trygg och respektfull så blir den terapeutiska alliansen bättre (Holmqvist, 2005:215).

5. Resultat och analys

Vi har strukturerat vår analys utefter våra frågeställningar; förväntningar på tolkens roll, hinder och möjligheter och påverkan på terapeutisk allians. Ur dessa har vi dragit underteman som successivt bygger upp och visar på det komplexa med att arbeta med tolk i behandlingsarbete. Sist i kapitlet har vi de beskrivningar som återkommande lyftes i behandlarnas reflektioner kring tolkarbetet.

Respondenterna benämner det som kulturella faktorer som kan påverka behandlingssituationen och etablerandet av allians både positivt och negativt. Svårigheter som respondenterna resonerade kring under intervjuerna kopplat till tolkens roll beskrivs genom hela analysen.

5.1 Om respondenterna

Vi har intervjuat nio personer till vår studie där samtliga identifierar sig som kvinnor. Respondenterna är verksamma inom barn- och ungdomspsykiatri i olika delar av Sverige, däribland region Skåne, Jönköping, Stockholm och Gävleborg. De är i åldersspannet 30 till 60 år och har varit verksamma som behandlare mellan 1 och 30 år. Deltagarna arbetar som kuratorer eller familjehandlare och innehar alla en socionomexamen. De arbetar på olika enheter inom barn- och ungdomspsykiatri: på öppenvård, mellanvård och på akutmottagning. Respondenterna träffar patienter med begränsningar i det svenska språket som mest 1 gång i veckan till minst omkring 1 gång i månaden.

Vi kommer att kalla respondenterna för Respondent 1, 2 och 3 etc. i löpande text och i samband med citat förkorta detta till R1, R2, R3 och så vidare.

5.2 Förväntningar på tolkens roll

När en tolk ingår i en behandlingssituation innebär det att hen blir en del av sammanhanget och därmed en tredje part i rummet. För att kunna nå en lyckad behandling är det avgörande att det finns en allians mellan patient och behandlare (Miller et al., 2005). Tolken behöver alltså bli en del av denna terapeutiska allians

för att kunna öka möjligheten att patienten får en positiv behandlingsupplevelse. Hur en tolk bör agera lyfts och analyseras därför mer ingående nedan.

5.2.1 Hur är en bra tolk?

Vilken roll tolken skall inta i behandlingen eller hur en bra tolk är, fanns det hos våra respondenter delade meningar om. Det fanns dock några egenskaper som ansågs vara önskvärda av samtliga respondenter. Att ha en tolk som är inkännande och neutral i sin tolkning ansågs vara positivt och någonting som var att sträva efter. En tolk som översätter ordagrant och endast det som sägs, ansåg alla utom en respondent vara att föredra i ett tolksammanhang. Respondent 5 menar istället att det krävs att en tolk förklarar vad det är som hon eller patienten menar när det inte framkommer korrekt med endast en ordagrann översättning:

“... ibland är det faktiskt hjälpsamt om de kan också gå in och tolka innebörden i det jag säger under förutsättning att tolken kan förmedla...”

(R5)

Den terapeutiska alliansen består av tre delar, en överenskommelse av vad man skall uppnå i behandlingen, hur man skall arbeta för att nå målet och utvecklingen av relation mellan behandlare och patient (Bordin, 1979). Att tolken hjälper till att förmedla innebörden i det som behandlaren säger, kan alltså ses som fördelaktigt ur ett alliansperspektiv då hen kan bidra med att nå en gemensam syn i rummet kring behandlingens mål och syfte som inte alltid kan förstås ordagrant. Tolken kan då i vissa fall agera som en slags brygga mellan de olika kulturernas förståelse av psykiatri, då uppfattningen av just psykisk ohälsa och behandling kan skilja sig åt mellan olika kulturer (Helman, 2000). Detta säger även något om alliansen mellan behandlare och tolk – litar hon på att tolken vet vad hon menar och förstår innebörden av det som sägs, betyder det att samarbetet mellan dem kan fungera bättre.

Respondent 3 föredrar om en tolk kan uppvisa känslouttryck som är anpassade efter situationen som tolkas:

“... det underlättar om tolken har ett, ja men empatiskt sätt, så att det liksom speglar av sig även på dom, så att personen får, för jag tänker att den tolken är ändå en länk mellan mig och patienten eller patientens föräldrar och då är det viktigt att patienten eller patientens föräldrar känner, känner den empatin ändå...” (R3)

Resultatet av Pugh och Veteres (2010) studie visade på att behandlarna som deltog upplevde att det är svårare att förmedla empati genom en tolk, och att empati eller omtanke som behandlaren vill uppvisa för patienten försvinner i översättningen. Om tolken själv har ett empatiskt sätt, kan det ses som någonting som gör denna överföringen lättare. Att som behandlare kunna förmedla empati är viktigt för etablerandet av den terapeutiska alliansen (Bordin, 1979; Holmqvist, 2005), vilket gör att ett empatiskt sätt hos tolken kan ses som något fördelaktigt i etablerandet av den terapeutiska alliansen. Då tolken är länken mellan behandlare och patient så kan det förklara varför det från behandlaren sida upplevs som viktigt att tolken har just ett empatiskt sätt. Kan tolken inte förmedla detta så kan mycket av behandlaren känslomässiga överföringar tappas i översättningen. I God tolksed framkommer det att tolken ska vara opartisk och neutral i de samtal som tolkas, samt de frågor som samtalet berör (Tolk- och översättarinstitutet, 2015). Trots detta ställs det här högre krav på tolken från behandlaren, att hen bör kunna förmedla ett empatiskt förhållningssätt. Tolkens arbetsuppgift är att översätta vad som sägs, men förväntas att kunna meddela svåra beslut, diskutera känsliga ämnen och hjälpa till att skapa en allians mellan behandlare och patient. Då tolken blir en tredje part i denna terapeutiska allians, är samarbetet med den personen också vitalt för att skapa den eftersträvaransvärda tryggheten i behandlingssituationen, samtidigt som det kan skapa förväntningar på tolken som inte alltid är möjliga att uppnå utefter tolkens arbetsuppgifter.

Lidberg (2001) beskriver i sin studie att deras respondenter ansåg det vara positivt när tolken “försvann” eftersom tolkens roll var att vara en länk mellan behandlaren och patienten. Respondent 6 uttrycker sig likartat och önskar att en tolk ska vara i bakgrunden:

“... en bra tolk är väl en sådan tolk som kan vara ganska neutral i samtalet och som bara översätter allt och egentligen är ganska, vad ska jag säga, sådär lite, sätter sig i bakgrunden och egentligen inte har så mycket ögonkontakt med oss i heller utan bara översätter...” (R6)

Respondent 7 har liknande åsikter och anser att tolken ska ses som ett redskap i behandlingen och inte som en egen part i behandlingen eller samtalet. Att tolken inte skall lägga sig i för mycket i behandlingen, i form av att ställa följdfrågor, ifrågasätta eller på andra sätt störa behandlingen lyfts fram av samtliga behandlare som viktigt. Men att tolken ändå ibland har varit en egen part och att detta fungerat bra för just den patienten, är något som Respondent 6 beskriver:

“[...] jag har också haft någon patient som jag träffade under en längre tid och då använde jag mig av samma tolk och den tolken var lite äldre och blev som en mormor eller farmorfigur och var väldigt engagerad och blev mycket berörd av patienten och då blev det svårt att det skulle vara en neutral mellanhand, det blev så mycket känslor mellan alla oss tre [...] det var ju väldigt kärleksfullt mot patienten att det blev sådan värme [...]” (R6)

Att som behandlare kunna vara flexibel och kunna anpassa sig utefter varje unik patient är något som kan göra alliansen bättre, då just flexibilitet är en terapeutfaktor som då alltså är fördelaktig för etablerandet av en allians (Holmquist, 2005). Att behandlaren i detta fall frångick sina egna önskningar gällande att tolken skulle vara neutral, kan ha påverkat utfallet av behandlingen på ett positivt sätt till följd av att hon anpassade sig utefter vad som fungerade bäst i den specifika situationen.

5.2.2 Relationen mellan tolk och behandlare

En god relation mellan tolk och behandlare är viktigt för att det ska skapas en allians mellan dessa och att det därmed ska bli ett bra arbete som utförs. Alliansen växer fram med tid och kontinuitet (Leanza et al., 2015; Sander et. al., 2019). Respondent 2 pratar om hur relationen mellan tolk och behandlare ska bli fungerande:

“... alltså ska man ha tolken i rummet så är det ju bra om man kan ha samma tolk, om man ... för att det ska bli mer av en kontinuitet helt enkelt...” (R2)

Denna kontinuitet innebär att behandlare och tolk får tid och möjlighet att nå samförståelse och etablera ett välfungerande samarbete. Om tolk och behandlare är överens om målet med behandlingen och hur man skall nå dit så är det lättare att gemensamt kunna förmedla detta till patienten. Detta i sin tur gör förutsättningarna bättre för att kunna skapa en allians mellan tolk, behandlare och patient (Bordin, 1979). Kontinuiteten kan också innebära att de tre parterna fått tid att förstå varandra och internaliserat vissa gemensamma förståelser som kan ta behandlingen framåt.

Det framgår dock av respondenterna att det inte alltid är möjligt att kunna engagera samma tolk vid varje behandlingstillfälle med en patient. Många av behandlarna beskriver därför vikten av att samtala med tolken innan behandling för att klargöra vad som kommer ske samt vilken roll tolken ska inta. Respondent 8 exemplifierar:

“[...] att man har kunnat prata innan och kanske liksom inlett litegrann med att ‘idag ska vi ha ett sånt här samtal som kommer handla om det och det och då är det viktigt för mig att’ [...]”. (R8)

Att just samtala med tolken innan behandlingens start är något som kan minska risken för att missförstånd uppstår eller att tolken på olika sätt “stör” behandlingen, detta eftersom sammanhang och roller blir tydligt. Då det framgår att det existerar flera olika uppfattningar om hur tolken skall bete sig i tolksituationen, så kan detta göra det lättare för tolken att agera “rätt” och därmed inte upplevas som ett hinder i behandlingen. Ur ett alliansperspektiv blir detta positivt eftersom behandlare och tolk redan från start har kommit överens om målet med behandlingen och hur arbetet för att nå målet skall göras, alltså två av tre delar av etablerandet av den terapeutiska alliansen (Bordin, 1979).

Berger och Luckmann (1966) argumenterar att vi har typifieringsscheman som påverkar hur vi uppfattar bland annat andra människor. Typifieringsschemat kan

förändras när vi har fått ny kunskap som inte överensstämde med den tidigare kunskapen vi haft, vårt tidigare typifieringsschema. Respondent 7 resonerar kring för när hon har träffat en tolk tidigare som inte utförde, enligt henne, ett bra tolkarbete:

“... om det är en tolk som jag träffat många gånger och det har blivit lite konstigt, [...] tänker jag att jag litar lite mindre på den tolken nästa gång den kommer och ska göra sitt arbete liksom. [...] att jag kanske blir lite mer kontrollerande i vad sas nu, vad sa du nu och sas det rätt och så, och det kan ju skapa en frustration hos tolken också.” (R7)

Detta går hand i hand med vad Berger och Luckmann (1966) skriver kring om att vårt typifieringsschema kommer att påverka hur vi bemöter människor som vi har tillskrivit vissa egenskaper. När respondent 7 har haft kontakt med en tolk som har uppvisat ett sämre arbete lägger detta sig i hennes schema och hon kommer till nästa gång minnas att detta har skett och därmed påverkar detta hur hon agerar gentemot denna tolk. Detta skulle även kunna generaliseras till hela gruppen “tolkar”, vilket då kan påverka behandlaren's upplevelse av tolkar i stort (Berger & Luckmann, 1966). Detta kan leda till att man som behandlare låser sig i att det är svårt att arbeta med tolk i behandling, vilket gör att det blir ett ytterligare motstånd i situationen och kan påverka behandlingen på ett negativt sätt. I enlighet med resultatet av Lidbergs (2001) studie så kan denna syn på tolken och misstron gentemot denne leda till att större fokus läggs på att kontrollera att arbetet görs på rätt sätt. Detta kan i sin tur leda till att mindre fokus läggs på patienten och därmed att etablerandet av allians blir svårare. Möjligheten till kontinuitet och parallell alliansprocess (såsom överenskommelser om mål) mellan behandlare och tolk, blir därför åter påtagligt för att behandling med tolk ska ge adekvat resultat för patienten.

5.3 Hinder och möjligheter

Efter att vi genomfört intervjuerna och undersökt materialet så reflekterade vi över att det verkar finnas en konsensus bland behandlarna. En slags gemensam förståelse av att det är svårt att arbeta med tolk. Samtliga respondenter inledde med att beskriva vad som var svårt i arbetet med tolk i behandling, vilket stärkte

denna uppfattning från vår sida. Vidare använde sig respondenterna ofta av "ju" när de beskrev vissa hinder eller företeelser kopplat till arbetet med tolk i behandling. Detta kan ses som en indikation på att denna syn upplevs som något självklart, det är så här det är, som en objektiv verklighet. Om man som behandlare utgår från den tolkningen av behandlingssituationen kan det också påverka hur man upplever den. Med bakgrund av detta väljer vi att påbörja detta avsnitt med svårigheter kring arbetet med tolk och sedan gå över till de möjligheter som finns i behandlingssituationen med en tolk närvarande.

5.3.1 Svårigheter med tolk

Samtliga respondenter beskriver hur det finns svårigheter i arbetet med tolk. Något som är återkommande i samtliga intervjuer är att de som behandlare ibland upplever att tolken inte säger exakt det de sagt. Respondent 4 beskriver hur hon vid flera tillfällen har upplevt att hon fått fel svar från patienten:

“... så får man ett svar som inte riktigt stämmer med vad jag har frågat och då kan jag ju misstänka att det har blivit någon feltolkning liksom ...” (R4)

Detta går i enlighet med resultatet från Pugh och Veteres (2010) studie där behandlarna som deltog i deras studie beskrev liknande upplevelser. Att just ett svar från patientens sida som inte stämmer överens med frågan som ställs, skapar en misstro gentemot tolkningen från behandlaren sida. Har behandlaren inte förtroende för tolken så blir det svårt att etablera en allians mellan behandlare, patient och tolk eftersom just tillit är en viktig del av alliansen (Bordin, 1979). Men att svaret inte stämmer överens med frågan måste inte bero på tolken, det kan också exempelvis vara så att patienten har språkliga brister eller att patienten inte har en förståelse för behandlingens mål. Att behandlaren i första hand antar att det blivit en feltolkning från tolkens sida, skulle kunna bero på att hon utifrån tidigare situationer med tolk där det kanske blivit problem, format ett typifieringsschema som gör att hon uppfattar situationen på detta sätt (Berger & Luckmann, 1966). Detta skulle kunna orsaka att en negativ bild av tolkens kompetens och arbetsroll förstärks och att tolkens utrymme minskas i rummet eftersom tilliten minskas. En gemensam

förståelse i rummet är då svår att nå, eftersom
institutionaliseringsprocessen inte blir fungerande till följd av de skilda
tolkningarna.

Vidare så beskriver Respondent 7 hur hon upplever att vissa saker går förlorade i
tolkningsprocessen:

“Nackdelen med tolk är att kommunikationen går genom en annan, så det
tolkas en extra gång [...] när du inte kan det språket som behandlare så kan
små nyanser gå förlorade [...] om du pratar svenska med en person kan du
kanske höra om någon är lägre eller lite rädd för att säga någonting...” (R7)

Liknande resonemang för Respondent 5:

“Det jag tycker är svårt med tolk är dels flytet i samtalet och sen är det
nyanserna i språket [...] det blir ett mer avskalat språk när man pratar med
tolk [...] jag får översatt det hon säger men jag får inte översatt innebörden av
det hon säger” (R5)

Att just nyanser går förlorade när behandlingen tolkas är något som framgår i
Raval och Smiths (2003) studie. Behandlarna som deltagit i deras studie beskriver
hur de måste ha en större medvetenhet kring sin egen kommunikation, för att
försöka undvika att missförstånd skall uppstå i tolkningen. Enligt Respondent 4 så
går missförstånd dock inte alltid att undvika och hon upplever att man som
behandlare inte alltid kan nå fram hela vägen även om man försöker ställa om
frågan eller förklara igen:

“... det kan ibland bli både missförstånd och kanske att man inte riktigt
kommer till kärnan av samtalet för att det liksom finns ändå någon slags
språkbarriär ... för tolken skall förstå vad jag menar och förmedla det vidare”
(R4)

Missförstånd i behandlingssituationen kan vara ett problem då detta kan leda till
att man inte kan nå en samförståelse kring behandlingens mål och hur man skall
arbeta för att nå dit. Då en samsyn kring just detta är två faktorer som bidrar till
etablerandet av en terapeutisk allians så kan missförstånd försvåra den processen

(Bordin, 1979). Det som beskrivs som en barriär mellan behandlare och patient, som trots tolken inte riktigt kan överkommas, kan utifrån Berger och Luckmann (1979) förklaras med att de har olika förståelser av verkligheten och det råder inget samförstånd mellan dem. Tolken roll kan ses som en medlare för att undvika denna barriär och att missförstånd skapas (Becher & Wieling, 2015), men när en barriär fortfarande uppstår så kan det uppfattas som att tolken misslyckas med sin roll som medlare mellan dessa olika verkligheter. När behandlaren externaliserar genom att på olika sätt interagera med patienten kan tolkningen och internaliseringen av detta bli olika hos både tolken och patienten. I en behandlingssituation med tolk kan alltså en ökad medvetenhet kring hur man talar och kommunicerar, vara något som gör det lättare att få en fungerande institutionaliseringsprocess och därigenom nå en gemensam förståelse. Tolken måste ingå i denna förståelse som en delaktig och aktiv komponent i alliansen.

5.3.2 Möjligheter med tolk

Att kunna arbeta med tolk i behandling möjliggör kommunikation med patienter som är i behov av vård, och som har begränsningar i det svenska språket. Detta är något som samtliga respondenter belyser som något som är positivt med att använda tolk i behandling. En annan positiv aspekt som lyfts fram både av Respondent 3 och 9 är att det blir mer tid för dem som behandlare att reflektera under samtalet och fundera på vad de skall säga, i den pausen som blir när tolken tolkar till patienten. Respondent 3:

“[...] det som skulle kunna vara positivt med tolk är att jag som behandlare får en annan betänketid att formulera mina, min nästa fråga eller mitt nästa samtalsämne för att tolken tar sin tid på sig att tolka” (R3)

Holmqvist (2005) talar om terapeutfaktorer som bidrar till att en terapeutisk allians etableras. Han beskriver hur en behandlare som visar sig bland annat trovärdig och lugn bidrar till att den terapeutiska alliansen blir bättre. Om behandlaren får extra tid att tänka igenom sina frågor så kan detta leda till att formuleringarna blir mer välgrundade och att behandlaren då upplevs som mer trovärdig inför patienten. Det skulle kunna vara ömsesidigt – att även patienten får

möjlighet att tänka, landa och andas medan behandlaren talar svenska, vilket kan vara fördelaktigt för alliansen även utifrån det perspektivet.

Vidare lyfter Respondent 6 fram något som hon upplever som positivt med att ha tolk i behandling, som ingen av de andra respondenterna talar om. Hon beskriver:

“Ibland kan jag tycka det är ganska skönt, även om jag inte får någon personlig hjälp av tolken så kan det ibland ändå kännas tryggt att där sitter en person till, en som är med och bevittnar. Det är ju starka saker som kan komma fram [...] och någon gång kan det vara att patienten har en historik av att vara våldsam eller tappa kontrollen och då kan det också kännas lite skönt att om det skulle hända någonting att där är en till i rummet.” (R6)

Tolkens närvaro kan då alltså fungera som en trygghet och behöver inte alltid vara ett hinder eller en barriär, som en del tidigare forskning visat på (Leanza et al., 2015; Lidberg, 2001). Om tolken i vissa samtal kan bidra till att behandlaren känner sig mer trygg, kan detta vara något som påverkar behandlaren bemötande gentemot patienten på ett positivt sätt. Att behandlaren genom att själv känna sig trygg i behandlingssituationen, kan förmedla den känslan vidare till patienten och på så sätt skapa bättre förutsättningar för att etablera en allians och komma framåt i behandlingen (Bordin, 1979).

5.3.3 Platstolk vs telefontolk

En tolk kan agera som ett redskap i behandlingen både på plats i rummet och via telefon eller videosamtal. Under våra intervjuer resonerade respondenterna kring fördelar och nackdelar med platstolk respektive telefontolk. En fördel med telefontolk som tre av nio respondenter lyfter fram är att det blir en större anonymitet för patienten. Respondent 9 uttrycker det såhär:

“[...] i de ärenden där patienten vill va mer sekretessad, sen har ju tolkarna sekretess men om dom är oroliga så kan det vara skönt för patienten att ha telefontolk, att det inte sitter en extra vuxen i rummet som ska höra på jobbiga saker eller så” (R9)

Respondent 4 var den enda av respondenterna som beskrev att hon föredrog att ha en telefontolk, att hon upplevde att det fungerade bäst. Hon beskriver:

“... ibland tyckte jag nästan det var lättare att ha telefontolk för då fanns det liksom ingen annan i rummet som störde balansen [...]” (R4)

Ur ett alliansperspektiv kan man då se detta som att tolken via telefon får en viss distans och därför inte blir en egen person lika tydligt i behandlingen, varken på ett personligt plan eller i behandlingsprocessen. Enligt citatet ovan kan detta då göra det lättare för behandlaren att nå fram till patienten, då hon kan lägga allt sitt fokus på just patienten och inte behöver oroa sig för att tolkens närvaro skall påverka relationen negativt.

Samtliga respondenter beskriver dock hur det på olika sätt förekommer hinder när de använder sig av en telefontolk. Respondent 8 beskriver att en svårighet med telefontolk är att anpassa tiden, då det hänt henne att tolkar har brutit på minuten mitt i en tolkning för att tiden tagit slut. Hon menar att detta inte händer på samma sätt vid platstolk eftersom man då kan anpassa utefter individernas kroppsspråk och lättare kan förstå varandras signaler. Vidare beskriver både Respondent 9 och 6 att de haft upplevelser av att telefontolkar gjort annat under tiden tolkningen sker, vilket har stört behandlingen:

“... sen ibland har jag också märkt att telefontolk kan göra annat [skratt] samtidigt eller man hör väsen i bakgrunden eller att de är ute och kör bil [...] så man har inte koll, de är inte riktigt på plats här och nu.” (R6)

Just bristen på kontroll är något som flera respondenter lyfter fram som anledning till att de föredrar att ha tolken på plats. Att det blir lättare att läsa av varandras kroppsspråk och få ett mer flyt i samtalet med en platstolk. Respondent 3 beskriver:

“... med platstolk så känner jag att fördelen är [...] att man kan läsa av personen litegrann, turtagningen blir lättare för man ser ju när personen är färdig och när man kan fortsätta samtalet och så [...]” (R3)

Då just kroppsspråk lyfts fram som något avgörande för att skapa en känsla av samförstånd och trygghet i behandlingen (Kåver, 2011), så kan en platstolk ur den aspekten göra det lättare att nå just en terapeutisk allians mellan alla tre parter i samtalet. I de pauserna som blir när tolken tolkar eller när behandlaren talar svenska kan det med bakgrund av detta vara av vikt att ha en medvetenhet kring kroppsspråket även då. Dessa pauser mellan språken kan bli betydelsefulla för hur alliansen byggs upp.

5.4 Påverkan på terapeutisk allians

5.4.1 Att etablera en allians med en tredje part

I en behandling som tolkas kan det vara svårare för behandlaren att genom sina egna vanliga redskap nå fram till patienten (Raval & Smith, 2003). Behandlarna vi intervjuat har beskrivit olika saker de tänker på för att bemöta patienten på bästa sätt när behandlingen tolkas. Att vara medveten och tänka mer aktivt kring sitt eget kroppsspråk är något som Respondent 8 lyfter fram:

“Jag brukar försöka att ha ögonkontakt hela tiden och försöka ha ett levande kroppsspråk [...] om jag ser att den här patienten är väldigt tagen och ja berättar någonting svårt, då försöker jag verkligen att ha ögonkontakt och se ut på ett sånt sätt som jag skulle gjort om hon hade pratat direkt till mig ... att liksom vara inkännande i mina ansikts- och kroppsuttryck.” (R8)

Kåver (2011) beskriver hur kroppsspråket är avgörande för att skapa en känsla av trygghet och samförstånd i behandlingen. Genom att försöka anpassa sitt kroppsspråk efter känslorna patienten förmedlar, trots att man som behandlare inte förstår själva orden som sägs, kan därför ses som något som bidrar till att alliansen skapas i en behandling som tolkas. Språket lyfts även fram av Berger och Luckmann (1966) som ett viktigt redskap i att konstruera verkligheten och nå ömsesidig förståelse. Även om behandlare och patient inte delar samma språk, så kan kommunikation på icke-verbalt vis vara något som ändå skapar en känsla av samförståelse och allians.

Respondent 5 lyfter fram hur hon försöker vara extra tydlig när behandlingen tolkas för att patienten skall förstå sammanhanget:

“... där kanske man behöver vara mer tydlig tänker jag när man har tolk eftersom man inte kan vara lika säker på att de [patienterna] förstår sammanhanget och varför man är där [...] och att man inte förstår hur systemet fungerar heller riktigt.” (R5)

Utifrån Bergers och Luckmanns (1966) teori kan vi se det som att patienten skulle kunna ha en annan förförståelse för både psykiatrin och om hur sådana besök går till då hen kommer från en annat land som kan ha andra normer eller samhällssystem. Genom att behandlaren är tydlig med sammanhanget och tar sig tid att förklara, kan det bidra till att patientens typifieringsmönster modifieras och att hen då på ett lättare sätt kan förstå den nya kontext och verklighet hen befinner sig i. Denna process kan dock försvåras om tolken och patienten delar samma förståelse och tolkning av situationen, och om patienten initialt upplever en större tillit till tolken till följd av deras gemensamma bakgrund eller förståelser (Berger & Luckmann 1966). Vidare så är tydlighet med behandlingens syfte och mål viktigt för att patient och behandlare skall känna förtroende till varandra och etablera en allians (Bordin, 1979). Att behandlaren är extra tydlig kan därför ses som något som påverkar den terapeutiska alliansen på ett positivt sätt.

När det kommer till hur behandlarna på bästa sätt kan bemöta en patient när behandlingen tolkas så lyfts placeringen i rummet fram. Det är något som två av nio respondenter uttrycker att de tänker på i en behandlingssituation med tolk.

Respondent 6:

“[...] jag försöker nog fundera kring placeringen av tolken i rummet, att det är jag och patienten som sitter mittemot varandra och att tolken får sitta vid sidan om, eller egentligen vid sidan om mig så att ögonkontakten blir mot mig i alla fall”. (R6)

Att placera tolken på ett sätt som möjliggör ögonkontakt mellan behandlare och patient är positivt utifrån ett alliansperspektiv, detta eftersom det då kan vara lättare att genom kroppsspråk och övrigt icke-verbal kommunikation nå fram till patienten. Om tolken sitter vid sidan av patienten, blir det kanske mindre naturligt för patienten att tala till behandlaren vilket i sin tur kan påverka etablerandet av

känslomässigt band mellan dessa två. Det skulle även kunna innebära att tolken hamnar i patientens sfär och blir en gemensam part med patienten istället för att vara en tredje och mer neutral part i rummet. Å andra sidan, skulle en sådan placering kunna trygga patienten och därmed främja behandlingsprocessen om denne redan känner sig utsatt eller utelämnad. Vidare reflektioner kring detta framgår i avsnittet nedan.

5.4.2 Relation mellan behandlare, patient och tolk

I en behandling som tolkas så är det inte bara behandlaren och patienten i rummet, utan en ytterligare person - tolken. Detta lyfter samtliga respondenter som någonting som påverkar både dynamiken i rummet och etablerandet av allians. Respondent 3 beskriver:

“... att där blir fler personer i rummet som kan påverka dynamiken i sig [...] jag kan ändå känna att den här andra personen [tolken], att dom känner en gemenskap bara genom att dom delar språket, att bara det kan vara någon form av trygghet [...]” (R3)

Respondent 8 delar liknande upplevelser och beskriver hur den tryggheten som tolken kan bidra med kan vara bra, men att det i vissa fall påverkar hennes möjligheter att bygga upp tillit till patienten:

“[...] ibland blir det ju så att tolken och patienten pratar med varandra, ja och det tycker jag inte blir bra, för då blir det genast att dom får alliansen och jag hamnar på sidan liksom [...]” (R8)

Liknande framgår i resultatet av Miller et. al. (2005) studie, där behandlarna som deltog beskrev hur patienter till en början har en större tillit till tolken på grund av att de kan relatera mer till den personen, då de enligt behandlarna ansågs dela samma kultur och språk. Om tolken och patienten har formats i samma kontext så kan det betyda att de delar gemensamma uppfattningar och tolkningar av världen (Berger & Luckmann, 1966) vilket kan förklara att tolken till en början kan bli en mer naturlig trygg punkt för patienten än behandlaren. Det måste dock inte alltid vara så, eftersom det inom en kultur finns flera olika subkulturer. En tolk och en

patient kan därför trots gemensam bakgrund, uppleva stora olikheter mellan varandra.

Miller et. al (2005) beskriver hur patientens tillit till behandlaren växer fram under behandlingens gång, men att det tar längre tid än om patienten och behandlaren hade talat samma språk och kommunicerat direkt till varandra. Att det tar längre tid att etablera en allians till patienten när behandlingen tolkas är något som samtliga respondenter uppger. Respondent 2:

“ [...] det tar lite längre tid att komma till att man känner att relationen är trygg och att man kan komma in på svårare saker och så [...] att det kan ta längre tid för mig att känna att relationen är där” (R2)

Även Respondent 3 lyfter fram att det i en behandling som tolkas behövs skapas ytterligare en allians parallellt med alliansen mellan behandlare och patient:

“... för precis som att det behöver vara en form av allians mellan tolken och patienten så behöver det ju vara det mellan tolk och behandlare också [...]” (R3)

Vidare är kontinuitet, att återkommande försöka använda samma tolk till samma patient, något som lyfts av alla respondenter som positivt. Respondent 2 beskriver att behandlingen och tolkningen flyter på ett annat sätt när en tolk som patienten känner sig trygg med används. Vidare beskriver Respondent 9:

“ [...] att har man en tolk som man tycker har funkat bra inledningsvis att man försöker ha samma under en genomgående behandling så att säga ... så att patienten vet att det är den här tolken som kommer [...] då kan både den relationen stärkas och ja alliansen mellan oss tre blir starkare” (R9)

Även Respondent 1 förklarar att det blir en annan trygghet i rummet när en tolk som fungerat bra med en patient kan fortsätta att tolka behandlingen:

“[...] det är begripligt varför kanske patienten många gånger väljer att följas med en tolk som dom har trivts med för det skapar en dynamik i rummet där alla är i ett typ av samförstånd [...] även om dom [tolkarna] ska hålla en neutral hållning så blir dom en del av ett behandlingsarbete [...]” (R1)

Just samförståelse och samarbete mellan behandlare och patient är något som är viktigt i etablerandet av en terapeutisk allians (Bordin, 1979). Att då återkommande engagera samma tolk till en och samma patient, kan ses som något som påverkar den terapeutiska alliansen positivt. Utifrån Bergers och Luckmanns (1979) teori så kan vi se det som att en institutionaliseringsprocess sker i interaktionen mellan behandlaren, tolken och patienten. I mötet mellan de tre, externaliserar både behandlaren och patienten, där de uttrycker sina känslor eller interagerar med varandra. I detta uppstår alltså en objektivering, där det som sägs eller görs får en tolkning i rummet. Efterhand som denna interaktion och detta samtal förs, så kommer gemensamma tolkningar och förståelser nå vilka i sin tur internaliseras av de tre personerna som sitter i rummet. Genom att denna institutionalisering sker är det lättare att etablera ett samarbete och komma framåt i behandlingen. Om en ny person tillkommer vid varje behandlingstillfälle kan det därför bli ett visst motstånd, då det saknas denna form av gemensamma förståelser och tolkningar.

5.5 Kulturella faktorer?

Utifrån tidigare forskning framgår det att kulturell tillhörighet kan påverka synen på psykisk ohälsa och vad som upplevs som normalt och inte (Helman, 2000). Samtliga respondenter uttryckte en medvetenhet i sitt arbete kring att det kan finnas skillnader gällande den egna synen på psykiatri och patienten eller tolkens syn. Respondent 9 uppger hur hon upplever att man i många kulturer beskriver psykisk sjukdom på ett annat sätt än i en svensk kontext:

“[...] att det är många som tycker att man är sjuk eller galen ... och det är inte så vi ser på psykiatri, så då kan det vara viktigt att man ger psykoedukation kring psykiatri och de specifika som man tänker patienten behöver behandling för, för att förtydliga det ytterligare” (R9)

Utifrån Bergers och Luckmanns (1966) teori om institutionaliseringsprocessen, kan man se detta som att patienter från andra språkkulturer än den svenska kan ha typifieringsscheman som skiljer sig från den svenska kontexten när det kommer till vissa saker. För patienterna eller tolken som kan ha en liknande bakgrund, kan vissa saker upplevas som självklara som inte alls stämmer överens med hur behandlarna ser på det, och vice versa. Detta kan leda till att det uppstår hinder i behandlingen, då tolkarnas värderingar kan komma fram trots att de ska inta en neutral ställning i tolkningsarbetet. När detta sker kan man se det som att institutionaliseringsprocessen bryts i och med att tolken externaliserar utefter både dennes och patientens förståelse av situationen. Men i och med att processen sker mellan alla tre i rummet, så blir ett sådant agerande någonting som gör det svårare att nå en gemensam förståelse i interaktionen. Respondent 8 exemplifierar:

“[...] jag hade en pappa med en flicka på besök och där skolan har sett jättestora svårigheter och remitterar till oss och där pappan är helt oförstående till att det skulle kunna vara något fel [...] då upprepade tolken ett par gånger att “ja men pappan ser ju inga problem”, “flickan och pappan ser ju inga problem” [...]” (R8)

Utifrån Berger och Luckmann (1966) kan man förklara tolkens ingripande utifrån att hen och pappan samt flickan i det här fallet delar samma uppfattning och gör samma tolkning om vad som är ett avvikande beteende då de delar vissa gemensamma förståelser utifrån vart de vuxit upp. I resultatet från Leanza et. al. (2015) studie framkommer det att respondenterna i deras studie upplever att tolken ibland kan agera som ett försvar för patienten i behandlingssituationen, när hen upplever att behandlaren inte riktigt förstår patienten eller dennes kultur. När tolken agerar på detta sättet kan det leda till att behandlaren känner sig motarbetad. Detta beskrivs då som en svårighet från behandlaren sida. Respondent 2 beskriver:

“... det som jag tycker har varit svårast det är ju när tolken själv har kommit med tips till föräldrarna hur de ska göra med sina barn, till exempel som skiljer sig från hur jag tänker [...] liksom värderingar kring det här med föräldraskapet och hur man ska bemöta barn som har ett utåtagerande beteende” (R2)

Nästan alla respondenter lyfter att en möjlighet i behandlingsarbetet med tolk kan vara när tolk och patient delar samma kultur eller förståelser av verkligheten. Om tolken delar kultur och språk med patienten och kan använda den kunskapen menar nästan alla respondenterna att det kan vara fördelaktigt. Respondent 1 beskriver hur det kan vara en tillgång med tolkar som hjälper till där det annars hade kunnat uppstå kulturella eller språkliga missförstånd:

“Jag sa en gång till en patient, för vi pratade om att plantera blommor, ja men då har du kanske gröna fingrar, och på svenska så är det ju något positivt ... men på hennes språk betydde det att man skulle stjäla [...] så den liknelsen hade ju blivit helt fel i översättningen om inte tolken hade fångat upp det...”
(R1)

Liknande resonemang för Respondent 5:

“...ibland så krävs det ju nästan att tolken har varit användbar som samtalspartner nästan ... det med att kunna säga till mig att “nu säger mamman såhär och såhär men hon menar egentligen det här och det här” [...]” (R5)

Att tolken hjälper till med att förklara kulturella skillnader för både patient och behandlare är något som framgår även av Becher och Wielings (2015) studie. De beskriver utifrån sitt resultat att tolken ibland agerar som en medlare och bygger en slags brygga mellan de olika kulturerna, så att behandlaren och patienten lättare skall nå fram till varandra i behandlingssituationen och för att undvika att missförstånd uppstår.

6. Diskussion

Syftet med denna studie har varit att undersöka hur behandlare uppfattar tolkens roll och tolkens påverkan på den terapeutiska alliansen i en behandling. Vi har sökt förståelse för de dilemman som kan uppstå i dessa möten. Detta har vi gjort med hjälp av frågeställningarna:

Hur beskriver behandlare tolkens roll i behandlingsarbetet? Vilka hinder och möjligheter beskriver behandlare att det finns i arbetet med tolk i behandling?

Utefter behandlaren perspektiv, hur påverkar användningen av tolk den terapeutiska alliansen mellan patient och behandlare? För att kunna besvara våra frågeställningar har vi använt oss av kvalitativ metod, där vi har intervjuat behandlare som är verksamma inom barn- och ungdomspsykiatri. Empirin har sedan analyserats utifrån en generell teori kring institutionaliseringsprocessen samt en mer specifik teori kring terapeutisk allians

Utifrån vårt resultat gällande den terapeutiska alliansen i behandlingen kan slutsatsen dras att det krävs parallella allianser mellan behandlare och tolk, behandlare och patient och tolk och patient. Många av respondenterna lyfter fram kommunikationen mellan tolk och behandlare som något centralt för att behandlingen skall bli så bra som möjligt. Då en allians skall etableras även mellan tolk och behandlare för att behandlingen skall fungera bra så är ett samtal mellan tolk och behandlare innan patienten kommer in i rummet något som möjliggör detta att ske. Detta eftersom ett fungerande samarbete och tillit mellan dem kan göra att mindre missförstånd och hinder uppstår i behandlingssituationen och därav att en större trygghet och stabilitet kan förmedlas till patienten. Om tolk och behandlare kan klargöra för sina förväntningar innan behandlingens start, blir det i sin tur alltså lättare att skapa en tillitsfull relation till patienten och etablera en allians. Kontinuiteten blir här viktig då de gemensamma förståelserna som skapas i institutionaliseringsprocessen mellan de tre i rummet samt alliansen som etablerats gör det lättare att komma framåt i behandlingen och därför är det fördelaktigt att återkommande ha samma tolk till samma patient.

Det framgår av resultatet att det finns skilda meningar kring hur en tolk skall vara och agera i tolksituationen. Förväntningarna på tolken är alltså inte samma hos alla behandlare, vilket påverkar både upplevelsen av arbetet med tolk i behandling samt hur man agerar i tolksituationen. Att behandlaren är öppen och flexibel kring tolkens roll i behandlingen är något som är fördelaktigt i arbetet. Det framgår av vårt resultat att tolkens bakgrund och gemensamma typifieringsscheman med patienten kan vara något fördelaktigt i behandlingssituationen i form av en brygga eller ett redskap för att ge trygghet för patienten. Det är av stor vikt att vara medveten om att patient och tolk inte behöver dela samma bakgrund för att de delar samma språk. Men trots att tolken och patienten talar samma språk, så kan

det finnas andra skillnader mellan dem som påverkar behandlingssituationen och som det kan vara svårt för behandlaren att vara medveten om. Kultur är ett begrepp som respondenterna samt författare av tidigare forskning gärna använder, men det kan handla om fler saker så som kön, klass eller ursprung, inte nödvändigtvis just kultur. De ser inte sig själva som kulturbärare men tänker kring patienten som kulturbärare. Föreställningar om “de andra” är något som blir centralt i mötet då den egna förförståelsen går emot någon annans.

Vidare visar vårt resultat att man som behandlare genom att vara öppen och låta tolken få en annan roll än vad hen kanske egentligen önskat kan vara något positivt för utvecklingen av terapeutisk allians och framsteg i behandlingen på lång sikt, om det upplevs som bäst för patienten. För tolken att vara en neutral mellanhand eller ett redskap är kanske inte alltid det bästa utifrån den specifika behandlingssituationen eller individen. En hög flexibilitet här i form av att försöka vara öppen för nya formationer i den terapeutiska alliansen, blir alltså betydelsefull för skapandet av en trygg behandlingssituation och en gemensam förståelse genom institutionaliseringsprocessen.

Med bakgrund av att vårt forskningsområde inte är särskilt utforskat i Sverige så upplever vi att vårt resultat är relevant. Att kunna bredda sin kunskap kring hur man på bästa sätt kan hjälpa personer som är i behov av hjälp är ständigt aktuellt för socialt arbete. Genom vår studie hoppas vi att vi bidrar med kunskap kring hur arbetet med tolk kan fungera på bästa sätt ur behandlarens perspektiv och hur man med hjälp av tolken kan leda patienten genom en lyckad behandling. Vi har sett att mycket i vårt resultat kan återfinnas i vad som presenterats i tidigare forskning. Då denna forskning i huvudsak är internationellt genomförd så anser vi att vårt resultat ändå bidrar med någonting nytt i och med den svenska kontexten. Sverige är ett mångkulturellt land idag och därför är just arbetet med tolk någonting som är väldigt aktuellt. Utifrån detta finner vi att vårt forskningsresultat kan bidra med att utveckla arbetet med tolk till det bättre, i form av en större medvetenhet kring vart brister och möjligheter i arbetet med tolk ligger.

6.1 Förslag till vidare forskning

Under våra intervjuer resonerade respondenterna kring arbetet med tolk i behandling och däribland vad en tolk har för inverkan på ett samtal eller en behandling med en patient. Då denna studie har haft ett fokus på behandlare och deras perspektiv så hade det varit intressant att intervjua tolkarna som arbetar med att tolka inom psykiatrin, detta för att få en djupare förståelse kring hur tolken resonerar kring sin egen roll i en tolkningssituation. Hur ser tolken på alliansen mellan tolk och patient, eller tolk och behandlare? Hur förbereds tolken på att tolka i känsloladdade och intensiva sammanhang? Vidare förslag till framtida forskning är att utföra en intervjustudie med både tolkar och behandlare som arbetar med behandlingsarbete. Genom att inkludera tolkens perspektiv på tolkarbete kan en djupare förståelse nås kring hur en förbättring kan ske för att skapa ett gott samarbete mellan tolk och behandlare och således arbeta mot att kunna erbjuda en rättvis och god vård för alla invånare.

Referenslista

- Ahrne, Göran & Peter Svensson (2015) Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen, I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*, Upplaga 2:1 Stockholm: Liber
- Becher, Emily & Elizabeth Wieling (2015) The intersections of culture and power in clinician and interpreter relationships: A qualitative study. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, Vol 21(3): 450-457
- Berger, Peter L. & Thomas Luckmann (1966) *The Social Construction of Reality*. Penguin Books
- Berger, Peter L. & Thomas Luckmann (1979) *Kunskapssociologi - Hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet*, Falun: ScandBook
- Bordin, Edward (1979) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and practice*. Vol 16 (3): 252-260
- Bordin, Edward (1994) Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance: New Directions I: Adam Horvath & Leslie Greenberg (red.) *The Working Alliance - Theory, Research and Practice*. John Wiley & Sons, Inc.
- Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Upplaga 2:5. Stockholm: Liber
- Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Upplaga 3. Stockholm: Liber
- Eriksson-Zetterquist, Ulla & Göran Ahrne (2015) Intervjuer. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*, Upplaga 2:1. Stockholm: Liber

- Fioretos, Ingrid, Kristina Gustafsson & Eva Norström (2014) *Tolkade möten - tolkningens betydelse för rättssäkerhet och integration*. Upplaga 1:2. Lund: Studentlitteratur
- Helman, Cecil G. (2000) *Culture, Health and Illness*. Upplaga 4. New York: Hodder Arnold
- Holmqvist, Rolf (2008) Behandlingsrelationens betydelse för utfallet. I: Björn Philips & Rolf Holmqvist (red.) *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber
- Johansson, Håkan (2006) *Therapeutic Alliance in General Psychiatric Care*. Lund University
- KAMFS 2004:1. *Kammarkollegiets tolkföreskrifter*
- Kåver, Anna (2011) *Allians - Den terapeutiska relationen i KBT*. Stockholm: Natur och kultur
- Leanza, Yvan, Isabelle Boivin, Marie-Rose Moro, Cécile Rousseau, Camille Brisset, Ellen Rosenberg & Ghayda Hassan (2015) Integration of interpreters in mental health interventions with children and adolescents: The need for a framework. *Transcultural Psychiatry*. Vol. 52 (3): 353–375
- Lidberg, Catherine (2001) *Tolk i psykoterapi - en studie ur terapeutperspektiv*. Åtvidaberg: Flyktingmedicinskt centrum, nr: 24
- Lincoln, Yvonna S. & Egon G. Guba (1985) *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage Publications
- Lind, Rolf (2014) *Vidga vetandet - en introduktion till samhällsvetenskaplig forskning*. Upplaga 1:1. Lund: Studentlitteratur

- Miller, Kenneth E., Zoe L. Martell, Linda Pazdirek, Melissa Caruth & Diana Lopez (2005). Role of Interpreters in Psychotherapy With Refugees: An Exploratory Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (1): 27-39
- Nyberg, Eva (2000) Att använda tolk, I: Carl Martin Allwood & Elsie Franzén (red.), *Tvärkulturella möten - grundbok för psykologer och socialarbetare*. Stockholm: Natur och Kultur
- Raval, Hitesh & Jonathan A. Smith (2003). Therapists' experiences of working with language interpreters. *International Journal of Mental Health*, 32 (2): 6-31
- Rennstam, Jens & David Wästerfors (2015a) Att analysera kvalitativt material, I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) (2015) *Handbok i kvalitativa metoder*. Upplaga 2:1. Stockholm: Liber
- Rennstam, Jens & David Wästerfors (2015b) *Från stoff till studie - om analysarbete i kvalitativ forskning*. Upplaga 1:3. Lund: Studentlitteratur
- Pugh, Matthew A. & Arlene Vetere (2010). Lost in translation: an interpretive phenomenological analysis of mental health professionals' experiences of empathy in clinical work with an interpreter. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82 (3): 305-321.
- Sander, Rikke, Henriette Laugesen, Signe Skammeritz, Erik Lykke Mortensen & Jessica Carlsson (2019). Interpreter-mediated psychotherapy with trauma-affected refugees – A retrospective cohort study. *Psychiatry Research*, 271: 684-692.
- SFS 1975:689. *Lagen om tystnadsplikt för vissa tolkar och översättare*
- SFS 1985:613. *Förordning om auktorisation av tolkar och översättare*
- SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*

SFS 2017:900. *Förvaltningslagen*

SOU 2018:83. *Att förstå och bli förstådd – ett reformerat regelverk för tolkar i talade språk*. Betänkande av Tolkutredningen

Språkföretagen (2019) *Tolkutredningen 2019*. Stockholm: Priority

Språkservice (2020) Tolkning [<https://www.sprakservice.se/se/tolkning>] Hämtat: 2020-04-08

Tolk- och översättarinstitutet (2015) *Tolkkunskap*. Upplaga 3:3. Stockholm: Fritzes

Vetenskapsrådet (1990) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Elanders Gotab

Wenneberg, Søren Barlebo (2001) *Socialkonstruktivism - positioner, problem och perspektiv*. Upplaga 2:1. Malmö: Liber

Westin, Charles (1995) *Invandringen till Sverige. I: Anders Hjern (red.) Diagnostik och behandling av traumatiserade flyktingar*. Lund: Studentlitteratur

Williams, Anna, Kate Oulton, Debbie Sell & Jo Wray (2018). Healthcare professional and interpreter perspectives on working with and caring for non-English speaking families in a tertiary paediatric healthcare setting. *Ethnicity & Health*. 23 (7): 767-780

Bilagor

Bilaga 1: Respondentbrev

Hej!

Vi är två studenter som läser vår sjätte termin på socionomprogrammet vid Lunds Universitet. Vi skriver just nu vår C-uppsats med syfte att undersöka verksamma kuratorer inom barn- och ungdomspsykiatrins syn på användning av tolk i behandling. Vi söker därför efter respondenter till vår studie.

Med tanke på rådande omständigheter så planerar vi att genomföra intervjuer via Skype eller telefon. Dessa intervjuer vill vi spela in, efter ditt samtycke.

Om du väljer att medverka i vår studie har du när som helst möjlighet att avbryta och ta tillbaka ditt deltagande. Dina uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt och dina svar kommer endast att användas till denna studie.

Vi behöver vara klara med insamling av empiri senast den 28 april 2020. Vi är flexibla och anpassar oss gärna utefter ditt schema med tid för intervju.

Har du några frågor? Kontaktuppgifter finns nedan.
Vi ser fram emot att höra ifrån dig.

Med vänliga hälsningar

Vanessa Persson och Frida Weman

Kontakt: XXX
XXX XXX

Handledare: Annika Capelán
XXX



LUNDS
UNIVERSITET

Bilaga 2: Intervjuguide

Intervjuguide

Dessa teman och frågor behandlades i samtliga intervjuer, men med en flexibilitet vilket ledde till att ordningen inte alltid varit densamma. Ett antal följdfrågor har också ställts och anpassats utefter intervjupersonens svar.

Inledande frågor

Forskarna inleder med kort introduktion till studien och presenterar syfte samt metod. Insamlar samtycke till medverkan samt inspelning.

- Kön?
- Vad heter du och var är du verksam?
- Hur gammal är du och hur länge har du varit verksam som kurator?
Behandlare
- Hur ofta träffar du patienter som har begränsningar i det svenska språket?
Hur ofta använder du tolk vid dessa behandlingstillfällen?

Arbete med tolk

- Beskriv hur det är generellt att arbeta med tolk i behandling
- Finns det något avtal som fastställer vad tolken ska och inte ska göra i mötet med klienter på BUP? (Skriftligt eller verbal, eller outtalat?)
- Hur går bokningen till av en tolk inför ett behandlande samtal?
Finns det möjlighet att välja tolk?
I så fall vilka är kriterierna för valet? Vem väljer? Varför?
Är det vissa tolkar som engageras återkommande? Hur blir det så?
- Vilka för- och nackdelar skulle du säga finns i arbetet med tolk i behandling?
Med telefontolk och platstolk?
- Vad kan vara särskilt utmanande i en situation där tolken är närvarande?
- Hur skulle du beskriva en bra tolk?

Har tolkens kön eller ålder någon inverkan? Hur så?

Exempel?

Finns det några specifika egenskaper hos tolken som är viktiga för dig?

- Är det skillnad beroende på vilket språk det handlar om? Hur så?
- Är det av betydelse vilken utbildning eller annan erfarenhet tolken har för hur tolksituationen blir?
- Ser du tolken som en mer eller mindre neutral mellanhand, eller ser du det som att hen har en annan roll i relationerna?

Hur skulle du beskriva rollen?

Bemötande

- Kan du beskriva hur du upplever själva mötet med en patient när en tolk är närvarande?

Skiljer det sig från mötet när en tolk inte är med?

- Hur brukar du göra för att bemöta patienten på bästa sätt när behandlingen tolkas?
- Upplever du att en lyckad behandling kan uppnås med hjälp av tolken?
- Kan du ge exempel på när missförstånd uppstår pga språkskillnader och på hur dessa hanterats?
- Finns det kulturella skillnaderna som t.ex. i fråga om värderingar som påverkar behandlingssituationen med tolk? Exempel?

Tillit

- Hur uppfattar du att relationen till patienten påverkas av att behandlingen tolkas?
- Kan du beskriva hur tilliten påverkas från patientens sida av att behandlingen tolkas?

Varför tror du att det blir så?

- I tidigare forskning framgår det att många kuratorer upplever att de inte riktigt kan lita på att tolken tolkar rätt. Känner du igen dig i det?
- Vad tror du skulle kunna göra att arbetet med tolk i behandling förbättras?
- I tidigare forskning lyfts det fram att relationen mellan kurator och tolk är viktig för en lyckad behandling. Hur ser du på det?

Avslut

- Finns det något annat som du skulle vilja tillägga när det kommer till din syn på arbetet med tolk i behandling?