



Att arbeta med tolk vid bedömningar - sjuksköterskors upplevelser av kvalitén

**Författare: Karin Bergqvist och
Anders Johansson
Handledare: Azar Hedemalm**

**Omvårdnad-Examensarbete, 15 hp
Magisternivå
VT 2015**

Arbetets titel: Att arbeta med tolk vid bedömningar - sjuksköterskors upplevelser av kvalitén

Engelsk titel: Working with an interpreter at assessments - nurses' perceptions of quality

Författare: Karin Bergqvist och Anders Johansson

Institution: Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Arbetets art: Omvårdnad – Examensarbete, 15 hp

Program: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning psykiatri, 60 hp

Termin/år: VT 2015

Antal sidor: 23

Abstract

Background: Studies show that when nurses are experiencing problems in the care of non-Swedish speaking patients, it is often due to obstacles in the communication. Studies also show that a prerequisite for adequate care is that there is a basis for a direct communication. Nurses perceive interpreters as an important link to the patient when they do not share a mutual language, the nurses perceive interpreters as a bridge in the conversation.

Aim: The purpose of the study is to describe nurses' experiences of the quality of assessments done with the help of an interpreter.

Method: The study was conducted through interviews with ten nurses, working at psychiatric clinics. Qualitative content analysis was used for the analysis, which resulted in five categories.

Results: The analysis resulted in one theme: "it's the interpreter who tells me and have not the feeling that the patient has" and five categories: "shades of the language", "conversation structure", "the interpreter's competence", "interpreting implementing" and "the interpreter's gender and origin". The nurses experience working with interpreters as a challenge. The difficulty of working with the help of an interpreter is that the nurse cannot see the spoken word in connection with the patient's body language. Communication through an interpreter also felt unnatural and the interpreter's participation is perceived as a filter.

Conclusion: The quality of the assessments were not perceived as good with the interpreter as without, however, there was no risk to patient safety.

Keywords: Assessment, experiences, interpretation, nurse, nursing

Innehåll

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Tolkservice	2
Tolkservice inom hälso- och sjukvård.....	2
Att arbeta med tolk.....	3
Teoretisk referensram	4
Kommunikation och kultur	5
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
ETISKA ASPEKTER	8
GENOMFÖRANDE	8
Datainsamling	9
Dataanalys	9
RESULTAT	10
Nyanser i språket.....	11
Samtalets struktur.....	12
Tolkens kompetens.....	13
Tolkningens genomförande	14
Tolkens kön och ursprung.....	15
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15
RESULTATDISKUSSION	18
KONKLUSION	20
IMPLIKATIONER FÖR PRAKTIK OCH FORSKNING	21
REFERENSER	22
Bilaga – Frågan till enhetschef	<i>i</i>
Bilaga - Förfrågan till sjuksköterskor	<i>ii</i>
Bilaga – Tolkförmedling Väst	<i>iii</i>

INLEDNING

Sverige har gått från att vara ett homogent land avseende befolkning, till att bli ett kosmopolit samhälle, rikt på nationaliteter, språk och religioner. Invandring till Sverige har skett av olika skäl, såsom politiska, sociala och ekonomiska (Ekblad & Roth, 2009). En god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskildes värdighet (SFS 1982:763), detta ställer krav på hälso – och sjukvården i ett mångkulturellt samhälle (Ekblad & Roth, 2009).

För en korrekt bedömning av patientens psykiska hälsa och vårdbehov är det viktigt att kunna förstå varandra. Språket och kommunikationen är de viktigaste faktorerna för att kunna förstå patientens beskrivning av sin hälsa och sitt vårdbehov inom psykiatrisk vård. Alla som söker vård ska kunna göra sig förstådda och ska kunna förstå, därför ska sjukvården i de fall det är nödvändigt använda sig av professionella språktolkar (Ekblad & Roth, 2009). Kommunikation via tolk kan innebära en viss inverkan på kvalitén av bedömningen beroende på olika faktorer när tre parter är inblandade i ett samtal. Som exempel kan nämnas att sjukvårdspersonal inte har tillräcklig träning i att använda sig av tolk i samtal med patienter (Hadziabdic & Hjelm, 2013). När mötet innefattar mer än två deltagare så utmanas dynamiken mellan sjukvårdspersonal och patient. Tolkens närvaro kan medföra att sjukvårdspersonal och patient inte spontant diskuterar eller utvecklar sitt samtal om egentligen irrelevanta småsaker. Ämnen som ibland kan behövas diskuteras för en djupare relation (Hsieh, 2006).

Mobila team inom psykiatrin möter ofta patienter som inte talar eller förstår det svenska språket. I och med detta så är mobila team ofta i behov av tolkar för att överbrygga språkbarriären.

BAKGRUND

När det gäller bedömning av vårdbehov inom psykiatrisk vård kan detta ske på olika ställen, till exempel psykiatriska mottagningar eller i patientens hem via ett mobilt team. Sjuksköterskor inom mobila team i delar av VG-regionen, träffar patienter i akuta skeden, som ofta mår så dåligt att risk för suicid föreligger. Patienten kan komma i kontakt med teamet på olika sätt, exempelvis genom sjuksköterskan på den öppenvårdspsykiatriska mottagningen, via den psykiatriska heldygnsvården, distriktssköterska i kommunen, vårdcentralen eller via anhöriga.

Mobila teamet träffar i möjligaste mån patienten samma dag som kontakt tagits, och om detta inte är möjligt så sker mötet så snart det går. Mötet mellan patienten och mobila teamet kan ske i patientens hem, på mobila teamets mottagning eller på annan plats som överenskommit mellan patienten och teamet. Mötet börjar med att en grundlig anamnes, vad patienten har för bakgrund med uppväxt, familj, arbete och så vidare samt hur patienten har mått under tid och hur patienten mår idag. Om patienten är känd sedan tidigare uppdateras endast anamnesen om vad som har förändrats sedan förra vårdtillfället. Ibland används det olika slags frågeformulär för att bedöma patientens mående och vårdbehov, exempelvis skalor för att bedöma graden av depression, ångest eller suicidrisk. I samråd med patienten kan kontakt etableras på den psykiatriska öppenvårdsmottagningen eller dagsjukvården. Det finns även fall där patienten lotsas till annan vårdgivare såsom primärvård, somatisk akutmottagning, socialpsykiatri eller psykiatrisk heldygnsvård. Mobila teamet har ibland fortsatt kontakt med patienten för uppföljning såsom exempelvis medicinuppföljning eller suicidriskbedömning.

I de fall där patient och sjuksköterska inte talar samma språk bokas professionell tolk via tolkförmedling. Beroende på tillgängligheten av tolk på det aktuella språket avgörs om det blir tolk på plats eller telefontolkning.

Tolkservice

Förvaltningslagen (1986:223) säger att myndigheter vid behov, bör anlita professionell tolk då en person inte behärskar svenska språket.

Utbildning till godkänd tolk sker via studieförbund eller folkhögskola alternativt via aktuell tolkförmedling, dessa lyder under utbildningsplanen från Myndigheten för Yrkeshögskolan (2014). Enligt Kammarkollegiet (2011) krävs ett prov via kammarkollegiet för att få arbeta som auktoriserad tolk. Enligt Kammarkollegiets författningssamling (2004), ska tolken för att godkännas i provet behärska både svenska och det aktuella språket, vara insatt i båda språken, ha ett brett ordförråd, ha en grammatisk kunskap, ha uttrycksmöjligheter, ha god läsförståelse och skrivkunnighet. Tolken ska också ha kunskap i sociala frågor, sjukvård, socialförsäkring, arbetsmarknad och vardagsjuridik samt vara orienterad i hur samhället är uppbyggt och fungerar.

Tolken ska enligt Kammarkollegiet (2011) under samtalet återge allt som sägs och all information så exakt som möjligt. Tolken får inte på något sätt låta sina egna värderingar eller åsikter påverka tolkningen. Tolken får heller inte företräda den ena parten framför den andra, eller utföra andra uppgifter än att tolka. Tolken är skyldig att överväga om hen är lämplig för uppdraget. Om tolken inte anser sig kompetent nog eller anser sig olämplig, skall hen avsäga sig uppdraget. Enligt Tolkförmedling Väst (2015) ska samtalet alltid oavsett om det är telefon-tolk eller tolk på plats börja med att tolken presenterar sig på båda språken.

Kammarkollegiet (2011) anger att tolkanvändarna alltid ska kunna förlita sig på tolkarnas opartiskhet och oberoende ställning. De säger vidare att alla nyanser i samtalet ska återges så korrekt som möjligt för att nå en fullgod tolkning. Termer och uttryck ska återges så långt som möjligt. Tolken bör inte tona ner kraftuttryck, emotionella uttryck eller kroppsspråk. Tolken ska be om en omskrivning av ett ord eller uttryck som hen inte förstår eller kan översätta. Allt som tolken översätter ska vara i första person (jag-form). Alla tolkar har tystnadsplikt.

Tolkservice inom hälso- och sjukvård

Västra Götalandsregionen samarbetar med Tolkförmedling Väst. Tolkförmedling Väst bildades för att stärka allas rätt till lika tillgänglig och rättssäker service och vård genom god tillgång på kvalificerade tolktjänster av hög kvalitet. Tolkförmedling Väst är uppdelad på fem tolkförmedlingskontor Borås, Göteborg, Mariestad, Trollhättan och Uddevalla. Den ägs och drivs av Västra Götalandsregionen tillsammans med ett kommunalförbund bestående av 26 kommuner i Västra Götalandsregionen. Tolk kan beställas via telefon eller webbsida med hjälp av en personlig inloggningskod på tolkförmedlingens hemsida. Enligt Tolkförmedling Väst (2015), finns det en prioriteringsordning vid tillsättning av tolkuppdrag beroende på tolkens utbildning och kompetens. I första hand tillsätts auktoriserad tolk med speciell kompetens inom sjukvårdstolkning, i andra hand auktoriserad tolk utan speciell kompetens och i tredje hand godkänd tolk (bilaga *iii*). Det är viktigt enligt Tolkförmedling Väst (2015) att beakta att samtal med hjälp av tolk generellt tar längre tid än ett samtal där parterna talar samma språk. Möjlighet finns att använda tolk på plats eller tolk per telefon.

När det gäller tolkservice i andra delar av Sverige ser det olika ut från län till län. Vissa län har samarbete och avtal med landstingsägda tolkförmedlingar medan andra län har avtal med privatägda tolkförmedlingar.

Tolkservicerådet (2014) bildades 1996 i och med att tolkförmedlingsverksamheten i Sverige avreglerades och konkurrensutsattes och består idag av 20 anslutna tolkförmedlingar, bland annat Tolkförmedling Väst. Tolkservicerådet bildades för att värna om en fortsatt kvalitetsutveckling även efter konkurrensutsättningen. Organisationen fungerar som ett samverkansforum för

språktolkservice, i första hand för de offentligt ägda förmedlingarna, men även privata tolkförmedlingar kan ansluta sig till organisationen.

Att arbeta med tolk

När sjuksköterskor upplever problem i vårdandet av en icke svensktalande patient handlar det oftast om hinder i verbal eller icke verbal kommunikation, dock i första hand på grund av språksvårigheter (Ozolins & Hjelm, 2003).

Vården ska använda sig av professionella tolkar (Eytan et al., 2002). Professionella tolkar ökar kvalitén på kommunikationen mellan sjuksköterska och patient och fler symtom på illabefinnande och traumatiska upplevelser upptäcks. Kommunikation är viktig för att patienten på så sätt ska kunna få den specifika hjälp hen behöver och för att sjuksköterskan ska kunna få fram all tillgänglig information som patienten har att ge om sitt psykiska illabefinnande. Detta för att inte förlänga tiden som går innan patienten får rätt stöd och behandling (Eytan et al., 2002).

Ett bra samarbete mellan sjuksköterska och tolk kan utvecklas när de får möjlighet att spendera tid tillsammans för att lära sig hur de ska nå gemensamma mål. Sjuksköterskorna behöver ha förståelse för det komplexa i en tolks roll, gentemot patienten. Tolkarna behöver ha förståelse för sjuksköterskans värderingar och arbetssätt (Labun, 1999).

Sjuksköterskor upplever det som mer positivt att ha med en professionell tolk på plats, ansiktesmot-ansikte i stället för telefon-tolk. Framförallt när tolken också har en god kunskap om den medicinska terminologin och översätter bokstavligt och objektivt (Hadziabdic, Albin, Heikkilä & Hjelm, 2010). Även professionella tolkar upplever att det är bättre med tolk på plats, speciellt när det gäller bedömningar som innefattar patientens bakgrund, mående och känslor. När samtalet rör sig om rak och tydlig information anser professionella tolkar att telefon-tolk fungerar lika bra (Leemann Price, Pérez-Stable, Nickleach, López & Karliner 2012). Sjuksköterskor upplever det positivt om omgivningen är lugn och det finns respekt för angivna tider och då tolkförmedlingen har god tillgänglighet och service (Hadziabdic et al., 2010).

Förutom när det gäller känsliga ämnen då patienter vill vara anonyma, föredrar de flesta ofta tolk på plats framför telefon-tolk. Detta på grund av att det är lättare att följa kroppsspråket hos tolken. Vid oplanerade besök finns det sällan tillgång till auktoriserad tolk därför får anhöriga ofta tolka vid dessa tillfällen (Hadziabdic, 2011). Resultatet av detta blir ofta att kvalitén på vården blir lidande. När anhöriga tolkar kan viktig information missas, exempelvis hur medicin ska tas, psykiskt stöd kan missuppfattas och sekretessen kan äventyras. Patienten kanske inte alltid förmedlar all information då hen inte vill att den anhörige ska få vetskap om allt. Personer med språkförobistringar har tendens att söka vård i mindre omfattning än invånare som kan och förstår språket (Gerrish, Chau, Sobowale & Birks, 2004). Detta kan leda till att kvalitén på vården blir lidande.

Teoretisk referensram

Begreppet patientens advokat är viktigt inom omvårdnad, och ett begrepp som ofta används när relationen mellan patient och sjuksköterska beskrivs. Målet med sjuksköterskors arbete inom omvårdnad att främja patienternas välbefinnande som patienternas advokat och främsta förespråkare (Gaylord & Grace, 1995). Att sjuksköterskan verkar som patientens advokat och förespråkare och ser till patientens behov anses vara en viktig del inom omvårdnaden (Cole, Wellard & Mummery, 2014) framförallt då patienten befinner sig i en sårbar situation, vilket denne ofta gör. Cole, Wellard och Mummery (2014) menar att patientens behov av hjälp och stöd

är relaterat till patientens egen förmåga och det är viktigt att sjuksköterskan hjälper patienten att hitta rätt nivå. Sjuksköterskan får inte ta över utan ska finnas vid patientens sida så att patientens autonomi bevaras.

Sjuksköterskor anser att de är den bäst lämpade professionen att se vilka behov av hjälp och stöd patienten behöver (Cole, Wellard & Mummery, 2014). Sjuksköterskor är de som träffar patienten kontinuerligt och träffar patienten när hen är som mest sårbar. Andra professioner träffar patienten mer sporadiskt. Sjuksköterskan är inblandad i allt som rör patienten, och är den som håller i de flesta trådar. Bara det att patienten vistas i en främmande miljö inom sjukvården gör att de hamnar i underläge gentemot sjukvårdspersonalen. Sjuksköterskorna känner till miljön och rutinerna, vilket ger dem en fördel. Vidare menar Cole, Wellard och Mummery (2014) att det inom vården finns en ojämnt fördelad maktbalans och att sjuksköterskan är utsedd av patienterna att kunna föra deras talan på ett effektivare sätt än vad de anser sig själv kan göra.

Personer som inte kan eller förstår det svenska språket kommer redan från början i underläge gentemot sjukvårdspersonalen på grund av språkförbistringarna. Dessutom kommer andra faktorer in såsom för patienten främmande miljöer och främmande rutiner. Här är patientlagen (2014:821) tydlig, den säger att all information ska anpassas efter patientens språkliga förmåga och individuella förutsättningar och även att den som ger informationen ska försäkra sig om att patienten förstått innehållet och innebörden i informationen.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är också tydlig med att patientens säkerhet i vården ska tillgodoses och att patienten ska vara trygg i vården. Sjuksköterskor har i sin profession enligt Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (2003) en särskild skyldighet att ta hand om människor som är synnerligen utsatta eller sårbara och som inte alltid kan ta hand om sig själva. Den grupp av patienter som har språksvårighet hör till en sårbar grupp av patienter som inte kan föra sin egen talan (nursing advocacy) av naturliga skäl. Av den anledningen är det viktigt att vårdpersonal i allmänhet och sjuksköterskan i synnerhet försvarar patientens rätt till lika vård med god kvalitet utifrån hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) intention. Att agera som patientens advokat då individer med språksvårigheter söker vård är att se till deras intressen så att kravet för en jämlik vård med god kvalitet för hela befolkningen uppfylls.

Kommunikation och kultur

Sjuksköterskor upplever tolkar som en mycket viktig länk i kommunikationen med patienter när de inte har ett gemensamt språk, de upplever då tolkarna som en bro i samtalet. Kvalitén på samtalet och på vården upplevs bli högre och risken för patientsäkerheten upplevs minska då sjuksköterskorna inser att patienten förstår när tolken översätter. Sjuksköterskorna anser att patienterna känner sig säkrare när patienterna förstår allt som sägs. Kvalitén på samtalen blir bättre enligt sjuksköterskorna om patienten och tolken är av samma kön (Fatahi, Mattson, Lundgren & Hellström, 2010).

Enligt Graham, Gilchrist och Rector (2011) upplever sjuksköterskor det som en utmaning när patientens och sjuksköterskans språk inte är gemensamt. De menar att det ibland är frustrerande och svårt att skapa en relation med patienten när språket inte delas. Vidare anser sjuksköterskorna att patienterna kan bli rädda då de inte förstår all information de får, vilket avsevärt försämrar kvalitén på samtalet.

Enligt Schyve (2007) finns det tre hinder för en effektiv kommunikation när patient och sjuksköterska inte har ett gemensamt språk. Det första är språkbarriären, det andra är den kulturella skillnaden och det tredje är bristfällig kunskap om hälsa hos patienten. Om patienten och sjuksköterskan inte delar samma språk kan det leda till att färre följdfrågor ställs och samtalet blir därmed inte uttömmande (Schyve, 2007). Språkbarriären gör det svårt att få en noggrann medicinsk anamnes samt att förklara och få fram källan till illabefinnande. Det blir komplicerat då

patienten ska få förklarat för sig om varför hen inte mår bra och eventuell behandling, samt att boka tid för återbesök (Taylor, Nicolle & Maguire, 2013).

En förutsättning för adekvat vård är att det finns underlag för en rak kommunikation mellan patienten och sjuksköterskan. Kvaliteten på kommunikationen kan försämrats och problem kan uppstå när patienten och sjuksköterskan kommer från olika kulturer (Hadziabdic, 2011). Enligt Giger och Davidhizar (2008) kan kvaliteten på kommunikationen bero på en mängd olika faktorer. Exempelvis psykisk hälsa och känslomässigt mående, vad som diskuteras och de närvarandes kommunikationsförmåga. Men även vilka känslor som finns emellan de som kommunicerar och i vilken miljö samtalet utspelar sig i.

Språket är centralt i kommunikationen och kommunikation och kultur är tätt sammanvävda. Kulturen påverkar hur känslor uttrycks och vilka verbala och icke-verbala uttryck som är lämpliga. Faktorer såsom psykiskt och känslomässigt mående och i vilket sammanhang mötet sker påverkar kommunikationen (Giger & Davidhizar, 2008). Enligt Ekblad och Roth (2009), är adekvat språk av yttersta vikt vid medicinska bedömningar och behandlingar, särskilt inom psykiatri där språket ligger till grund för undersökningen av patienten.

Kulturella skillnader kan ha betydelse för kommunikationen menar Schyve (2007). Det är inte samma sak att lära sig ett språk som att lära sig kulturen, inte ens de med samma modersmål har samma kultur. Därför finns det en risk att effekterna av de kulturella skillnaderna i underskattas. Men det kan också finnas risk för att de kulturella skillnaderna överskattas och en stereotyp bild av den kulturen patienten representerar framträder (Schyve, 2007).

Den kulturellt medvetna sjuksköterskan utvecklar en ödmjukhet och en känslighet gentemot olika värderingar, livsstilar, trosuppfattningar och problemlösningsmodeller. Sjuksköterskan bör också vara medveten om hur personliga värderingar och fördomar kan påverka vården (Labun, 1999). Det kan även vara så att sjuksköterskorna inte fått öva sig i att använda tolk vilket kan medföra att tolkarna inte används optimalt (Gerrish, Chau, Sobowale & Birks, 2004). Gester och ord kan uppfattas dubbeltidiga. Sjuksköterskorna kan känna sig osäkra på om det som sägs överförs på ett riktigt sätt av tolken. Ibland kan en tolk ha fel bakgrund, vilket kan leda till problem. Om en asylsökande kvinna tolkas av en man från den folkgrupp hon exempelvis blivit torterad eller våldtagen av, accepteras inte alltid detta av kvinnan eller hennes anhöriga (Ozolins & Hjelm, 2003).

Det är viktigt i vården när en patient kommer från en annan kultur än sjuksköterskan, att sjuksköterskan är medveten om och respekterar skillnaderna. Patienten kan annars få uppfattningen att sjuksköterskan är okänslig eller likgiltig, kanske till och med inkompetent. Sjuksköterskan ska vara uppmärksam och inte tro att alla som kommer från samma land eller ur samma kultur betar eller uppför sig på ett och samma sätt. Det vill säga, inte göra människor till stereotyper. För att undvika detta måste man se varje person som unik (Understanding Transcultural Nursing, 2005).

Under de senaste tre till fyra decennierna har vikten av kunskaper när det gäller kulturella skillnader i den dagliga vården uppmärksammas mer och mer. En människas kultur formas av trosuppfattningar, arv, värderingar, normer och av andra människors beteenden inom den egna kulturen. Kulturen ”guidar” oss i tanken, handling och i varandet. Sjuksköterskan bör därför vara öppen inför patienters olika kulturella värderingar (Giger & Davidhizar, 2008).

För att ett äkta samtal ska kunna ske måste personerna bejaka varandra i samtalet, acceptera varandra som partners i samtalet samt bidra med sig själva. Ett äkta samtal kan inte bestämmas i förväg utan kommer till under samtalets gång. Personerna som samtalar måste göra varandra verkliga, se varandra som unika personer som helheter och se varandra som de verkliga är (Buber, 2000).

PROBLEMFÖRMULERING

Det kan vara frustrerande för både sjuksköterska och patient när de inte förstår varandra på grund av språksvårigheter. Det kan finnas risk för patientsäkerheten och att vården inte blir optimal då kommunikationen inte fungerar. Viktig information för bedömning av vårdbehovet kan missas. Att få fram hur patienten mår och bedöma vårdbehovet är självklart viktigt i alla bedömningar men framförallt viktigt där feltolkningar kan få allvarliga följder till exempel vid suicidbedömningar. Vi anser också att sjuksköterskan ska agera som patientens advokat där denna själv inte kan försvara sina rättigheter inom hälso- och sjukvården. Därför vill vi undersöka sjuksköterskors upplevelser av kvalitén på bedömningar som sker med hjälp av tolk.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av kvalitén på bedömningar som sker med hjälp av tolk.

METOD

Kvalitativ metod fokuserar på fenomen såsom att förstå människors subjektiva upplevelser och erfarenheter ur ett holistiskt perspektiv, det vill säga helheten ska framträda. Syftet är att få fram underliggande mönster och teman i texterna som har samma budskap (Polit & Beck, 2012). Kvalitativ metod med en induktiv ansats passar därför syftet i denna studie som har fokus på sjuksköterskors upplevelser.

För datainsamlingen användes individuella intervjuer. För varje intervju ökar kunskapen i och med att den insamlade mängden data ökar. Att använda sig av intervjuer som källa för insamling av kvalitativ data är betraktad som välbeprövad (Polit & Beck, 2012).

Dataanalysen gjordes med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Metoden innebär att beskriva variationer genom att identifiera likheter och skillnader i textens innehåll. Enligt Polit och Beck (2012) innebär induktiv ansats att texter analyseras förutsättningslöst och är oftast grundade på människors upplevelser.

Graneheim och Lundman (2004) skriver att det latenta budskapet berör det som sägs mellan raderna, det underliggande budskapet i texten. Under analysprocessen läses all text igenom ett flertal gånger för att få en känsla för texten. Meningsbärande enheter plockas ut, exempelvis ord, meningar eller stycken som hör ihop. De meningsbärande enheterna kondenseras, texten förkortas och det centrala innehållet bevaras. Resultatet blir en kod, som även kan beskrivas som en etikett på en meningsbärande enhet. Koderna ska hjälpa forskaren att reflektera över sina data. Koderna kan eventuellt följas av subkategorier för att undvika att data faller bort eller för att inte uteslutas. Data som svarar på syftet får inte uteslutas bara för att det saknas en passande kategori. Kategorierna innehåller koder som har liknande karaktär och innehåll. Kategoriernas benämningar svara på frågan, Vad? Det latenta budskapet i kategorierna kan efter detta sammanlänkas i teman. Ett tema beskriver den ”röda tråden” av innebörd som kommer tillbaka i kategori efter kategori på en tolkande nivå (Graneheim & Lundman, 2004).

ETISKA ASPEKTER

Kvalitativa studier innebär personligare situationer och närmare relationer mellan forskaren och deltagarna än i kvantitativa studier, vilket ställer högre krav på de etiska aspekterna i denna typ av forskning (Polit och Beck, 2012). Alla människor har rätt till liv, värdighet och att behandlas med respekt. Forskningsdeltagare ska informeras när det gäller informationskravet, samtyckeskravet,

konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Omvårdnadsforskningen vägleds av 4 principer: autonomi, att göra gott, att inte skada och rättvisa (Northern Nurses Federation, 2003).

Forskningsetik har sin grund i samhällets värderingar och normer. De sammanfattas i åtta allmänna regler som även kan liknas vid generella levnadsregler. Exempel på dessa är: du ska tala sanning om din forskning, du ska öppet redovisa metoder och resultat samt du ska sträva efter att bedriva din forskning utan att skada människor, djur eller miljö (Vetenskapsrådet, 2011).

Vi har inga ekonomiska intentioner med vår studie som kan påverka vår objektivitet.

GENOMFÖRANDE

Fem olika vårdenheter kontaktades. Vid de aktuella vårdenheterna hade vi kännedom om att ett flertal av mötena mellan sjuksköterskor och patienter ägde rum då de inte talade samma språk. Denna kännedom hade vi i och med vår yrkesroll och vår kontakt med dem som vårdgrannar. Vi kontaktade först enhetscheferna vid de olika vårdenheterna och fick deras godkännande att skicka informationsbrev (bilaga *i*) till dem via mejl och där även informationsbrev (bilaga *ii*) till sjuksköterskorna skickades med för att sedan vidarebefordras av enhetscheferna. En tid efter detta kontaktades vårdenheterna per telefon för att efterhöra vilka sjuksköterskor som hade möjlighet att delta. När vi fått namnen på de som kunde medverka kontaktades de per telefon, de gav sitt personliga samtycke och tider för intervjuerna bokades. Samtliga sjuksköterskor fick innan medverkan, ett informationsbrev (bilaga *ii*) om studien och dess syfte. Där kunde de läsa om att det var frivilligt att delta i studien och att de när som helst under studiens gång kunde avbryta sin medverkan. Vid en av vårdenheterna tackade sjuksköterskorna nej till att delta, på grund av tidsbrist. Detta gjorde att vi åter kontaktade de övriga fyra enheterna för att efterhöra om några fler sjuksköterskor hade möjlighet att delta. Vi fick då namnen på ytterligare tre sjuksköterskor som kunde tänka sig att delta. Vi kontaktade dem per telefon och de gav sitt samtycke och tider bokades individuellt även med dem. Vårdenheterna som representerades var öppenvård, heldygnsvård samt privatägt psykiatriskt särskilt boende. Sjuksköterskorna som intervjuades representerades av tre män och sju kvinnor, i åldrarna 26 – 65 år.

Inklusionskriterierna var att sjuksköterskorna skulle ha arbetat inom psykiatrien sammanhängande minst ett år och bedöma sig ha erfarenhet av samtal med patient via tolk. Exklusionskriterierna var nyutexaminerade sjuksköterskor samt om de inte bedömde sig ha erfarenhet av samtal med patient via tolk.

Datainsamling

Datainsamling skedde med hjälp av individuella intervjuer som utfördes med tio stycken sjuksköterskor fördelat på fyra olika vårdenheter. Intervjuerna genomfördes på respektive sjuksköterskas arbetsplats och varade i genomsnitt 30 minuter. Vi hade en öppen övergripande intervjufråga som kompletterades med öppna följdfrågor såsom, kan du utveckla, kan du beskriva eller hur kände du då.

Innan varje intervju började informerade vi om syftet med studien och sjuksköterskornas frivilliga deltagande samt deras möjlighet att när som helst avbryta sitt deltagande. Vi deltog båda två under samtliga intervjuer. En av oss ledde intervjun och den andra observerade, intervjuerna fördelades jämnt, således genomförde vi fem intervjuer var. Dessa spelades in med hjälp av ljudupptagning. Den första intervjun var en pilotintervju med en sjuksköterska som vi visste hade mycket erfarenhet av samtal med patient via tolk samt lång erfarenhet inom psykiatrien. Denna intervju bedömde vi som innehållsrik och därför togs den med i studien.

Dataanalys

Dataanalysen gjordes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Samtliga intervjuer transkriberades och skrevs ut och lästes ett flertal gånger av båda för att få en känsla för innehållet, för att minska risken för feltolkningar av det som sades i intervjuerna. Efteråt tog vi ut de meningsbärande enheter som vi ansåg vara relevanta till syftet, kondenserade de meningsbärande enheterna för att kunna koda texterna. Efter det började vi sortera/gruppera dessa koder till subkategorier och kategorier ur alla de tio intervjuerna som data bestod av. Detta genomfördes med hänsyn till att inget betydande innehåll fick gå förlorat. När vi analyserat alla intervjuerna hade vi fått fram totalt 186 meningsbärande enheter som utmynnade i 22 kategorier. Dessa jämförde vi sedan och grupperade ytterligare vilket ledde till fem kategorier med varierande antal subkategorier, dock totalt nio stycken. Bild 1 visar samtliga kategorier och subkategorier. Bild 2 illustrerar tillvägagångssättet under analysprocessen.

Bild 1. Kategorier och subkategorier.

Kategorier (1:a kategorisering)	Subkategorier (2:a kategorisering)	Kategorier (3:e kategorisering)
Språkförbistringar Kommunikationsproblem Möjligheter till kommunikation Möjligheter Utmaning	Kultur Ord Känslor	Nyanser i språket
Sjuksköterskans osäkerhet Otrygghet Trygghet Samarbete tolk-sjuksköterska Kontinuitet Kulturella skillnader	Osäkerhet Trygghet	Samtalets struktur
Tolkens kompetens Tolkens medmänsklighet Tolkens roll Överflödigt Respekt Kvalité Svårigheter	Kunskap Förhållningssätt	Tolkens kompetens
Mindre äkta Onaturligt Samspel	Telefontolk Tolk på plats	Tolkningens genomförande
Relation tolk-patient		Tolkens kön och ursprung

Bild 2. Tillvägagångssättet under analysprocessen.

Meningsbärande Enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Mycket handlar om kvalitén på tolken hur det blir i samtalet med patienten	Kvalitén på tolken avgör hur samtalet blir	Tolkens kvalité avgörande för samtalets kvalité	Kunskap	Tolkens kompetens

RESULTAT

Analysen utmynnade i ett tema och fem kategorier.

Temat belyser den röda tråden som sammanlänkar de fem kategorierna.

- *”Det är ju tolken som berättar för mig och den har ju inte känslan som patienten har”.*

Det fem kategorierna handlar om de komponenter som sjuksköterskorna upplever har betydelse för kvalitén på bedömningen.

- Nyanser i språket
- Samtalets struktur
- Tolkens kompetens
- Tolkningens genomförande
- Tolkens kön och ursprung

Dessa kategorier används som rubriker för att presentera resultatet.

Nyanser i språket

Sjuksköterskorna upplevde att nyanser och det dolda kulturella språket samt avsaknaden av synonymer till vissa ord och begrepp i språket som översattes, var faktorer som ledde till att de tvekade på bedömningarnas kvalitet. Detta jämfört med när patienten själv kunde beskriva sina problem och känslor på svenska.

Att använda tolk i samtal med patienter upplevdes som en utmaning, på grund av att språket behövde användas på ett annat sätt för att frågorna skulle vara korta och tydliga. Sjuksköterskorna upplevde att det fanns olika uttryckssätt i olika kulturer för att visa hur dåligt personen mådde psykiskt. Vid tolk-samtal ställde sjuksköterskorna frågorna på ett speciellt sätt, frågorna förenklades och språket blev rakare och tydligare. Någon sjuksköterska gav som exempel att ord rörande känslor var svåra att översätta eller att ordet psykiatri inte fanns på patientens hemspråk. Någon sjuksköterska nämnde att hen upplevde hopplöshet och frustration över språkförbistringarna. När känslorna inte fanns med i och med olika språk, upplevdes bedömningarna svårare att genomföra. Då fick grunden för bedömningen ligga enbart i det sagda ordet.

”Det är ju tolken som berättar för mig och den har ju inte känslan som patienten har” (Sjuksköterska 8)

Ibland översatte tolkarna ordagrant som en översättningsmaskin utan känslor och nyanser, vilket upplevdes knapphändigt av sjuksköterskorna. Detta upplevdes också vid de tillfällen då tolkarna inte känslomässigt närvarade i situationerna, de var inte här och nu i samtalet. Som exempel uppgavs då tolkarna satt och knappade på sina telefoner eller vid något tillfälle till och med ursäktat sig och lämnat rummet för en stund.

”En del är för knapphändiga, de blir som en översättningsmaskin” (Sjuksköterska 4)

En upplevelse som nämndes var känslan av att tolkarna ibland bara kunde patientens språk men ingenting om dennes kultur, vilket försvårade bedömningen. Men tolkarna kunde också vara till stöd för sjuksköterskorna då de efter patientuttalande exempelvis kunde tillägga att på detta sätt uttryckte man sig i deras hemland. Ju större kulturskillnader det var mellan de inblandade, desto svårare var det att göra en rättvis bedömning. En sjuksköterska nämnde som exempel skillnaden mellan ett samtal med en patient från Skandinavien i förhållande till en patient ifrån Afrika.

”Sen har man tror jag olika sätt att uttrycka sig i olika kulturer, hur man mår, det kanske vi inte alltid kan göra en rättvis bedömning av när man använder sig utav tolk” (Sjuksköterska 2)

Sjuksköterskorna framför att språket är det de har att arbeta med och det används som ett redskap inom psykiatrin för att få fram patientens vårdbehov. Till skillnad från somatisk vård, där ett flertal olika metoder finns, såsom exempelvis blodprover och röntgen så har språket inom psykiatrin en central plats. När det saknas ett gemensamt språk saknas det arbetsverktyg. Bristen på ett gemensamt språk mellan patienten och sjuksköterskan gjorde att en del sjuksköterskor kände sig osäkra i mötet med patienten, viss information kunde missas. Det kunde skilja sig mycket i uttryckssätt i svenskan i förhållande till andra språk. Ett ord kunde ha många betydelser i svenska språket men kanske bara en betydelse i patientens hemspråk menade sjuksköterskorna.

Tolkarna bedömdes göra så gott de kunde men ändå upplevdes det som om budskapet i samtalet inte nådde ända fram, och tolken blev ett filter. Nyanserna i samtalen upplevdes bli fler om patienten kunde en del svenska. Hur bedömningarna utföll var också beroende av hur verbal patienten var. Vidare upplevde sjuksköterskorna att det missades mycket i tonfall och värdering av orden när samtalet genomfördes med hjälp av tolk.

Samtalets struktur

När sjuksköterskorna och patienterna inte hade ett gemensamt språk upplevde sjuksköterskorna en osäkerhet och en otillräcklighet i sin profession och i samtalen. Sjuksköterskorna visste inte om tolken översatte korrekt och detta gjorde att sjuksköterskorna hamnade i ett underläge och en beroendeställning i samtalet, vilket ledde till osäkerhet. När samtalen med patienterna skedde med hjälp av tolk visste sjuksköterskorna inte heller när patienten sa vad i samtalet. Sjuksköterskorna såg inte kombinationen mellan kroppsspråket och det sagda ordet. Samtalen upplevdes fattigare, med bara ord, när de kulturella uttryckssätten för att visa hur man mår psykiskt uteblev i översättningen. Kroppsspråket var svårt att översätta och därför tog psykiatriska bedömningar via tolk ofta längre tid, i och med att fler följdfrågor fick ställas.

Osäkerhet framträdde också när tolkens svar till sjuksköterskan blev mycket kortare än vad patienten svarat på sitt hemspråk. Då kände sjuksköterskorna osäkerhet inför om de fått exakt

vad som sagts, eller om tolken utelämnat något. Om tolken däremot gav sjuksköterskan mer information om patienten och situationen än vad som framkom i sjuksköterskans frågor upplevdes samtalet mer fylligt och sjuksköterskorna kände sig säkrare.

”svaret blir ibland mycket kortare än den utläggning tolken har i samband med frågan. Det kändes som jag missat något här, varför får inte jag veta vad ni pratar om?” (Sjuksköterska 3)

Att använda tolk vid psykiatriska bedömningar upplevdes lättare ju mer erfarenhet sjuksköterskan hade av det. Sjuksköterskorna var då tryggare i samtalet och i sin yrkesroll. Det kunde då bland annat handla om hur och på vilket sätt man ställde frågorna.

”Ju mer man använder tolk, ju mer lär man sig om hur man ska ställa frågorna” (Sjuksköterska 10)

Om sjuksköterskorna hade arbetat med tolkarna tidigare tyckte de att det var positivt, då de redan kände till varandra och hade en arbetsrelation. När möjlighet fanns till att få samma tolk till samma patient flera gånger var det en fördel både för patienten som blev tryggare i samtalet och för sjuksköterskan som kände sig säkrare i sin roll. Tolken hade då redan en kännedom om patientens historia.

Tolkens kompetens

När professionella tolkar användes vid bedömningarna blev det en högre kvalitet, i förhållande till när exempelvis vänner och anhöriga till patienten tolkade. Om utgångspunkten var att det som sades i samtalet översattes korrekt, bedömdes kvalitén tillräckligt bra. När tolken upplevdes kompetent uppfattades bedömningen lika tillförlitlig som en bedömning där språket är gemensamt.

”Vi ska ta våra tolkar som är utbildade för att det ska borga för en viss kvalitet i tolksamtalen” (Sjuksköterska 7)

Psykiatriska bedömningar med hjälp av tolk upplevdes tillförlitligare om tolken uppvisade en värme och en medmänsklighet för patienten och inte endast översatte ordagrant. Tolkens värme och medmänsklighet gjorde att sjuksköterskan upplevde att både patienten och sjuksköterskan själv kände sig tryggare i samtalet. Tolkarna upplevdes mestadels professionella och som att de höll sig väl till frågorna. Än bättre kändes det om sjuksköterskorna visste att tolkarna hade tidigare erfarenhet av bedömningar inom psykiatri.

”man vill att tolken ska vara medmänniska och tolk och inte bara korrekt översättare” (Sjuksköterska 1)

Sjuksköterskorna upplevde svårigheter när patienten endast vände sig till tolken i samtalet och såg förbi sjuksköterskan, det vill säga bara pratade med tolken. Det blev en diskussion mellan patient och tolk, vilket då innebar att syftet med samtalet försvann. Sjuksköterskan föredrog att patienten var vänd mot hen och pratade med sjuksköterskan som om inte tolken fanns.

”Sen är det ju det här med att behålla ögonkontakten med patienten när jag frågar, jag brukar säga till patienten att han/ hon får jättegärna titta på mig eftersom de oftast tittar på tolken, det är mig du ger svaret, tolken är bara översättare” (Sjuksköterska 9)

Ibland kunde det vara så att patienten försökte bli vän med tolken för att få någon att prata på sitt hemspråk med. Det kunde också vara så att patient och tolk kände varandra sedan tidigare vilket kunde innebära svårigheter i bedömningen. Detta då tolken kanske blev omhändertagande om patienten eller att patienten inte vågade tala om hur hen egentligen mådde, eller vad hen hade varit utsatt för.

Vid något tillfälle tyckte tolken att det var irrelevant att översätta patientens ord då patienten var psykotisk och pratade osammanhängande, vilket var ytterst relevant för sjuksköterska att få veta. Om inte sjuksköterskan fick rätt information om vad patienten sa då kunde utfallet i bedömningen bli helt fel och patienten kanske inte fick rätt vård och behandling.

Tolknings genomförande

Tolkningsmetoderna, det vill säga om tolken var närvarande i rummet vid samtalet eller samtalet skedde via telefon, hade också enligt sjuksköterskorna viss betydelse för kvalitén av bedömningarna som gjordes i samband med ett besök.

Flertalet av sjuksköterskorna ansåg att tolk på plats i förhållande till telefon-tolk gjorde samtalet fylligare och mera rikt på nyanser. Samspelet mellan individerna i gruppen upplevdes enklare med tolk på plats. Agerandet mellan tolk och patient framkom då tydligare samtidigt som sjuksköterskan kunde få kompletterande uppgifter av tolken vid behov.

Vissa sjuksköterskor uppgav att de kunde uppleva samtal med patient via tolk som konstlat och att det inte blev något naturligt samtal. Det kunde kännas tillgjort att sitta med patienten och inte kunna prata fritt, utan en tredje part inblandad.

Någon sjuksköterska upplevde att bedömningar via telefon-tolk var minst lika bra som tolk på plats, då det inte var ännu en person i rummet.

”tefontolk tycker jag fungerar väldigt bra, då har man ju inte ytterligare en person i rummet och då blir det mera neutralt” (Sjuksköterska 8)

Vid telefon-tolkning kunde det också vara så att både sjuksköterskan och patienten satt och tittade in i telefonen under samtalet istället för att titta på varandra.

”lite konstigt att sitta och prata in i en telefon så där..... det känns bättre på alla sätt att ha tolk på plats under bedömningarna” (Sjuksköterska 2)

Dålig ljudkvalité eller andra problem gällande det tekniska kunde vara en försvårande faktor när telefon-tolk användes. Andra uppgav att de upplevde telefon-tolkning som onaturligt då de satt och pratade in i en telefon och inte med varandra, ansikte mot ansikte.

Tolkens kön och ursprung

Sjuksköterskorna upplevde att tolkens kön och ursprung kunde leda till otillräckligt eller bristfälligt underlag för bedömningen. Tolkens kön upplevdes vara av stor betydelse för relationen mellan patient och sjuksköterska. Det hade hänt att kvinnliga patienter inte accepterade en manlig tolk och inte kunde vara sig själva under samtalet och i bedömningen. Till grund för detta kunde exempelvis misshandel eller våldtäkt i hemlandet ligga.

”Om patienten är en misshandlad kvinna är det inte så lämpligt med en manlig tolk” (Sjuksköterska 7)

Men det kunde också vara så att om det var en manlig patient kunde det vara svårt för honom att visa sig svag inför en manlig tolk. Den manliga patienten hade då svårt att öppna sig och berätta om sitt mående när tolken både var man och hade samma kultur och religion som patienten. Så det fanns tillfällen då en manlig patient föredrog en kvinnlig tolk.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av kvalitén på bedömningar av patienters vårdbehov vid psykisk ohälsa som skedde med hjälp av tolk. Därför valdes kvalitativ metod som belyser individers subjektiva upplevelser (Polit & Beck, 2012). En öppen övergripande fråga användes vid intervjuerna för att uppmuntra det fria ordet, då intervjuer med öppna frågor är samtalsbaserade (Polit & Beck, 2012). Vår strävan var att sjuksköterskorna skulle berätta öppet för oss om sina upplevelser, utan att styras av oss. Då det var specifikt upplevelser som skulle komma fram, tror vi oss ha valt en lämplig metod. Vi anser att vår öppna övergripande intervjufråga tillsammans med de öppna följdfrågorna svarade upp mot studiens syfte. Vår öppna intervjufråga löd - ”Hur upplever du kvalitén på psykiatriska bedömningar via tolk?” Exempel på följdfrågor var: kan du utveckla, hur menar du då eller berätta mer.

Informanterna tilläts berätta fritt om sina upplevelser och vi avbröt för följdfrågor så lite som möjligt för att få fram informanternas subjektiva upplevelser genom deras egna ord (Polit & Beck, 2012). Samtliga informanter började sitt svar med att säga att upplevelsen av kvalitén på bedömningar där samtal sker med hjälp av tolk var olika eller att det varierade. Vi upplevde att nästan alla efter detta till att börja med var avvaktande i sina svar och funderade på vad vi hade för åsikter i och med att vi arbetar inom samma område. När de förstätt att vi verkligen ville få veta om deras upplevelser utkristalliserade sig informanternas svar mer och mer och de mer detaljerade subjektiva upplevelserna framkom.

Vi ser det som positivt att vi till att börja med kontaktade enhetscheferna på respektive vårdenhet per telefon och inte mejl. Detta för att vi då fick en personligare kontakt i och med muntlig presentation av oss och vi kunde förklara vårt syfte och svara på deras eventuella frågor och funderingar direkt. På samtliga vårdenheter tackade enhetscheferna ja till att deras medarbetare kunde tillfrågas att delta. Efter detta översände vi informationsbrev (bilagor *i, ii*) på mejl och då hade enhetscheferna redan fått muntlig information, vilket vi upplevde som en trygghet för oss själva. På en av vårdenheterna tackade sedermera sjuksköterskorna själva nej på grund av tidsbrist. Detta förstod vi då vi själva arbetar inom samma område och känner till omständigheterna, gällande personaltäthet i förhållande till arbetsbördan. Vi kontaktade åter de andra vårdenheterna och fick möjlighet att intervjua ytterligare tre sjuksköterskor och således

löste det sig utan problem för studiens tidsplan. I och med att vi så lätt fick informanter att delta kunde intervjuerna genomföras under en relativt kort period under januari 2015. Intervjuerna varade i genomsnitt 30 minuter.

Valet av informanter styrdes av studiens frågeställning. Inklusionskriterierna och exklusionskriterierna för att välja ut informanter valdes för att få en så varierad grupp som möjligt (Polit & Beck, 2012).

I kvalitativa studier finns inga klara direktiv för mängden insamlad data. Detta ska styras av behovet att kunna svara på syftet (Polit & Beck, 2012). Vår intention var att få till stånd tio intervjuer, vilket vi också fick. Vi anser att den mängd material vi fick in var innehållsrikt och fylligt och att vi fick tillräckligt mycket relevant material för att svara på syftet. Om vårt insamlade material efter tio intervjuer upplevts innehållsfattigt och inte kunnat svara upp till vårt syfte hade vi genomfört ytterligare intervjuer.

Intervjuerna ligger till grund för analysen och sedermera resultatet. Vår första intervju var en pilotintervju, vilken vi bedömde innehållsrik och den kunde således inkluderas i resultatet.

Vi transkriberade fem intervjuer var, vilket kan ha gjort att vi missat någon information i förhållande till om vi gjort de tillsammans. Under transkriberingen kan omedvetet innebörden av viss data feltolkas i och med att ord kan uttalas på olika sätt eller att pauser, skratt eller känslouttryck misstolkas. Intervjuare och transkriberare kan också bli påverkade av extra känsloladdade berättelser och upplevelser som framträder (Polit & Beck, 2012). Vi tror inte att vi berördes av någon berättelse så att materialet feltolkades. Dock kan vår förförståelse för sjuksköterskornas upplevelser färgat de kategorier som växte fram på grund av vår egen erfarenhet som sjuksköterskor inom psykiatrin. Enligt Polit och Beck (2012) måste kvalitativa studiers resultat reflektera informanternas subjektiva åsikter och inte forskarnas motiv, perspektiv eller förförståelse. Detta kan dock vara svårt när ämnen studeras som ligger nära ens eget område.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) ska resultat från studier vara så trovärdiga som möjligt. Resultaten ska utvärderas i förhållande till på vilket sätt materialet samlats in för att komma fram till resultatet. Redan från början av en studie är det viktigt att fokusera på studiens trovärdighet. Således när studiens syfte formas, val av i vilket sammanhang studien ska genomföras, val av deltagare samt på vilket sätt material ska samlas in. Trovärdighet för denna studie anser vi relativt hög, då resultatet svarar på syftet och metoden som används passar frågeställningen. Vi har under hela arbetets gång haft syftet i fokus för att inte tappa trovärdigheten och för att få ett så tillförlitligt resultat som möjligt. Dock kan resultatet vilket vi belyste tidigare, färgats av vår förförståelse som sjuksköterskor inom psykiatrin och av flera års egen erfarenhet av bedömningar av patienters vårdbehov som sker med hjälp av tolk. Av denna anledning väljer vi att skriva relativt hög trovärdighet och inte hög. Vi anser att vi fått ett brett spektra av sjuksköterskor avseende yrkeserfarenhet, kön och ålder. Tiden de arbetat varierar från ett och ett halvt år till 40 år, båda könen är representerade (sju kvinnor, tre män) och åldern varierar från 26 till 65 år. Dessa faktorer tillsammans med att tre olika verksamheter (öppenvård, heldygnsvård samt privatägt psykiatriskt särskilt boende) medverkat, anser vi ökar studiens trovärdighet ytterligare.

Överförbarhet enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär i vilken utsträckning en studies resultat kan överföras till andra grupper och sammanhang. Vi menar att denna studies resultat kan överföras till andra grupper av sjuksköterskor som använder tolk, varför överförbarheten av denna studies resultat således är hög. Exempelvis allmänsjuksköterskor inom somatisk vård, där det också är vanligt att patienterna och sjuksköterskorna inte har ett gemensamt språk, och där

bedömningar av patienters vårdbehov sker dagligen. Det som kan skilja sig åt och som eventuellt kan sänka graden av överförbarhet, är att inom somatiken i jämförelse med psykiatrin kan svar fås på patientens vårdbehov genom olika typer av undersökningar. Där används inte till största delen det talade orden som inom psykiatrin.

Vi bedömde att en etisk ansökan inte behövdes för att i studien deltar endast sjuksköterskor och inga patienter. Vi inhämtade dock verksamhetens muntliga tillstånd via respektive vårdenhets enhetschef. Vi var heller inte intresserade av någon information som på något sätt kunde härledas till någon patient. Vårt insamlade datamaterial hanterades på ett etiskt riktigt sätt, det vill säga intervjuerna numrerades och namn avidentifierades. Datamaterialet förvaras på så sätt att ingen obehörig kan komma åt det, samt kommer att destrueras efter publicering av resultatet.

RESULTATDISKUSSION

Uttryckssätt och olika nyanser i svenska språket med ord som har många betydelser har ibland bara en betydelse på patientens språk och ord som rör känslor kan vara svåra att översätta. När patienten inte talar svenska ligger tyngdpunkten i samtalet mer på orden som sägs än på den samlade bilden av patienten, där det talade ordet och kroppsspråket samspelar. Språket används vid bedömningarna inom psykiatrin därför som ett verktyg för att få fram patienternas vårdbehov. När språket inte delas finns heller inga redskap att använda sig utav. Bedömningar via tolk tycks inte lika innehållsrika som då språket är gemensamt, på grund av språkbarriären, vilket försämrar kvalitén. Patienten kan också säga många och långa meningar som bara översätts kort av tolken, vilket upplevs negativt av sjuksköterskorna och således försämrar kvalitén. Bedömningar som genomförs med en av patientens anhöriga som tolk känns mindre bra då de har en känslomässig relation som kan hindra på vilket sätt, och vad patienten berättar om sitt mående. Könsroller kan också försvåra eller äventyra samtalet och därmed kvalitén på hela bedömningen.

Begreppet nursing advocacy som ligger till grund för denna uppsats teroetiska referensram innebär att sjuksköterskan ska arbeta för att främja patientens välbefinnande och verka som hens advokat och förste förespråkare. Sjuksköterskan ska se till patientens behov och hjälpa och stödja då patienten befinner sig i en sårbar situation (Gaylord & Grace, 1995) (Cole, Wellard & Mummery, 2014). Vi menar att resultatet i denna uppsats visar på att patienten i allmänhet befinner sig i sårbara situationer i vårdmöten och i synnerhet då de inte delar det svenska språket med sjuksköterskan. Sjuksköterskan har således en viktig uppgift i att säkerställa så patienten får framföra sina upplevelser och åsikter om sitt mående samt erhåller korrekt information från samtalet, när språket inte är gemensamt. Det är viktigt att patientens intressen tillgodoses i bedömningen och detta ansvar vilar på sjuksköterskan som patientens advokat i bedömningen. Konkret innebär det att sjuksköterskan bör se till att problem som uppstår vid tolkningar och som kan påverka kvalitén negativt lyfts upp och undanröjs. Detta inbegriper såväl individuell kompetensutveckling hos sjuksköterskan som organisatoriska hinder, vilket i slutändan gynnar patientens hälsa och välbefinnande.

Nyanser och uttryckssätt kan skilja sig åt i svenskan och i andra språk. Sjuksköterskorna pekar på att ett ord på svenska med många betydelser kanske bara har en betydelse på patientens modersmål, och att ord som rör känslor är svåra att översätta. Några sjuksköterskor uttrycker att bedömningarna blir mindre innehållsrika i och med att fokus i bedömningen är mer på de talade orden än på samspelet, vilket försvårar kommunikationen. Detta skriver Giger och Davidhizar (2008) om, att kulturen har stor påverkan på vilket sätt människor uttrycker känslomässigt mående. De menar att kulturen och kommunikationen är beroende av varandra. Enligt Schyve (2007) lär sig en människa inte ett annat lands kultur bara genom att lära sig dess språk. Inte ens de människor som kommer från samma land och har samma modersmål behöver ha samma kulturella värderingar.

Hadziabdic (2011) beskriver att fullgod vård är beroende av att det finns förutsättningar för en tydlig kommunikation mellan patient och sjuksköterska. Kvaliteten på bedömningen kan bli sämre och hinder kan uppkomma när patienten och sjuksköterskan inte pratar samma språk. Detta beskriver sjuksköterskorna under intervjuerna som att de inte har ”verktygen” som finns i bedömningen eftersom språket är ”redskapet” som ska hjälpa till att få fram patientens mående. Tolken blir ett filter som orden ska passera, vilket gör att språket inte alltid når ända fram.

Kvaliteten på psykiatriska bedömningar som sker med hjälp av tolk uppges bli något sämre än om både sjuksköterska och patient talar svenska. Även när sjuksköterskorna upplever att tolken gör sitt bästa blir samtalet inte lika innehållsrikt på grund av språkbarriären och därmed försämras kvaliteten på bedömningen. Detta stämmer överens med Gerrish, Chau, Sobowale och Birks (2004) som skriver att kvaliteten på omvårdnaden kan bli lidande när sjuksköterska och patient talar olika språk.

Enligt kammarkollegiet (2011) ska tolkarna översätta ordagrant utan värderingar. Tolken får heller inte förtydliga ord som någon av parterna inte förstår, det ska sjuksköterskan eller patienten be om. Detta talar vårt resultat till viss del emot då det framkommer att sjuksköterskorna vill ha med känslor och nyanser. Sjuksköterskorna vill att tolken ska vara en aktiv deltagare i samtalet och inte bara översätta ordagrant. De vill också att tolken ska ge mer sidoinformation om patienten och om situationen än det som framkommer med hjälp av sjuksköterskornas frågor.

Sjuksköterskorna säger å andra sidan att de upplever sig själva som osäkra i bedömningarna då de inte vet om tolken översätter ordagrant vid alla tillfällen. Ibland kan patienten säga en eller flera långa meningar i ett sammanhang som när det översätts bara blir en eller två meningar. Detta gör att sjuksköterskan ifrågasätter översättningens samstämmighet med vad som verkligen sägs. Detta överensstämmer med Ozolins och Hjelm (2003) som beskriver att sjuksköterskor kan känna en osäkerhet i riktigheten i det som översätts, att tolken inte alltid översätter korrekt. Vi anser att detta är en av de få tydliga exempel där sjuksköterskornas upplevelser talar emot varandra. Å ena sidan vill sjuksköterskorna att tolkarna ska vara aktiva deltagare i samtalen och ge sidoinformation med mer nyanser och känslor - å andra sidan vill de att tolkarna översätter ordagrant för att innehållet i samtalet ska kännas tillförlitligt.

Vid något tillfälle har någon tolk inte velat översätta allt som sägs då hen anser att patienten endast talar ”rappakalja”, och inget av betydelse. För sjuksköterskorna är det av yttersta vikt att få veta vad patienten säger även vid dessa bedömningar för att kunna bedöma om patienten eventuellt är psykotisk. Enligt kammarkollegiet (2011) ska tolken återge allt som sägs under samtalet utan att själv bedöma vad som är av intresse eller inte. Denna bedömning ska ligga hos tolkanvändaren. I den beskrivna situationen sker inte detta, vilket kan leda till riskabla konsekvenser för patienten.

Någon sjuksköterska tyckte att det blev bättre kvalité i bedömningen när telefon-tolk användes i förhållande till tolk på plats. Detta för att samtalet blev mer neutralt, utan ytterligare en person närvarande i rummet. Andra sjuksköterskor föredrog att arbeta med tolk på plats. Bland annat för att de upplevde en onaturlig känsla av att sitta och prata in i en telefon och att det blev mer dynamik i samtalet när tolken var på plats. Albin, Hadziabdic, Heikkilä och Hjelm (2010) menar att sjuksköterskor upplever kvaliteten på bedömningen bättre om tolken är på plats, då samtliga inblandade kan sitta ansikte mot ansikte.

Att genomföra en bedömning inom psykiatri med hjälp av anhörig eller nära vän ser sjuksköterskorna som mindre bra. Den känslomässiga relationen som finns mellan patienten och den som tolkar kan vara i vägen för ett öppet och äkta samtal. Gerrish, Chau, Sobowale och Birks (2004) styrker sjuksköterskornas åsikter. De menar att viktig information kan missas, exempelvis medicinordinationer eller psykologiskt stöd och sekretessen kan riskeras, när anhöriga tolkar. De menar att patienten kanske inte heller förmedlar all information om sitt mående då hen inte vill

att anhöriga ska få vetskap om allt. Upplevelsen av att använda anhöriga som tolk svarar inte direkt på studiens syfte, men då många av sjuksköterskorna beskrev detta under intervjuerna kändes det relevant att ta med.

Könsroller finner sjuksköterskorna svårt i vissa bedömningar. Det kan vara så att en kvinnlig patient inte genomför en bedömning om tolken är man. Sjuksköterskorna vet inte alltid anledningen, men det kan vara så att kvinnan i sitt hemland utsatts för misshandel eller våldtäkt och därför inte litar på okända män. Det kan även vara så att en manlig patient nekar till manlig tolk på grund av att han inte vill visa sig svag inför en annan man från samma land eller kultur. Ozolins och Hjelm (2003) beskriver att problem kan uppstå när tolk beställs utan att någon som helst hänsyn tagits till patientens kön eller kulturella värderingar. Vidare menar Ozolins och Hjelm (2003) att manliga patienter inte alltid accepterar en kvinnlig sjuksköterska, vilket ingen av de sjuksköterskor vi intervjuat nämner.

Således innebär begreppet nursing advocay inte bara att försvara patientens rättigheter utifrån sjuksköterskans omvårdnadsperspektiv. Grunden ligger i att främja patientens individuella välbefinnande utifrån hens perspektiv (Gaylord & Grace, 1995), så att hens autonomi bevaras i mesta möjliga mån (Cole, Wellard & Mummery, 2014). Det finns faktorer som gör att patienten kan känna sig i underläge i vårdmöten, såsom att hen befinner sig i en sårbar situation, den främmande miljön och de främmande rutinerna. Dessa faktorer i kombination med språkbarriären kan göra att patienten känner sig i underläge i dessa situationer. Vi drar slutsatsen att sjuksköterskan har en betydande roll som patientens advokat för att tillgodose patientens rätt till god vård med lika villkor för hela befolkningen. Då i synnerhet sårbara patientgrupper till exempel vid vården av dem med språksvårigheter.

KONKLUSION

Sammanfattningsvis visar studien att sjuksköterskor upplever att kvalitén på bedömningarna inte är lika bra med tolk som utan, dock föreligger ingen risk för patientsäkerheten. Sjuksköterskorna upplever arbetet med tolk som en utmaning, svårigheterna med att arbeta med hjälp av tolk ligger bland annat i att sjuksköterskan inte kan se det verbala i koppling med patientens kroppsspråk. Andra faktorer som kan ha negativ inverkan på kvalitén i patientsamtal via tolk är att bedömningarna kanske inte blir lika innehållsrika och information kommer eventuellt inte fram. Negativ inverkan på kvalitén har också betydelsen av att patienten och tolken inte är av samma kön eller att patienten inte vill visa sig svag inför en tolk som är landsman.

IMPLIKATIONER FÖR PRAKTIK OCH FORSKNING

Vårt resultat är till viss del motsägelsefullt, då en del av sjuksköterskorna menar att kvalitén på bedömningarna blir bättre och sjuksköterskorna känner sig säkrare då tolken inte bara verkar som en översättningsmaskin. Sjuksköterskor menar att de vill ha viss sidoinformation som kan vara utav värde, exempelvis gällande uttryck som bara finns på patientens hemspråk eller kulturskillnader. Tolkarna ska enligt sin arbetsbeskrivning ”God tolksed”, tolka ordagrant och varken lägga till eller dra ifrån, vilket vissa sjuksköterskor inte upplever sig trygga i. Är det så att många tolkanvändare är av samma åsikt bör kammarkollegiet eventuellt fundera över tolkarnas uppdrag för ett mer flexibelt arbetssätt. En större studie med fler informanter och med fokus på denna frågeställning tycker vi därför vore intressant för vidare forskning. En studie där förslagsvis både tolkar och tolkanvändare medverkar som informanter. Resultatet av en sådan studie skulle kunna leda till bättre kvalitét på samtal där tolk medverkar och förbättrat samarbete mellan tolkanvändare och tolk, vilket i sin tur leder till högre patientsäkerhet.

REFERENSER

- Buber, M. (2000). *Det mellanmännsliga*. (3:e upplagan) Ludvika: Dualis Förlag AB.
- Cole, C., Wellard, S. & Mummery, J. (2014). Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nursing ethics*, 21 (5), 576-582.
- Ekblad, S. & Roth, G. (2009). Transkulturell psykiatri och flyktingpsykiatri. I J. Herlofsson (Red.), *Psykiatri* (upplaga 1:1., s703-711). Lund: Studentlitteratur.
- Eytan, A., Bischopp, A., Rrustemi, I., Durieux, S., Loutan, L., Gilbert, M. & Bovier, P. (2002). Screening of mental disorders in asylum-seekers from Kosovo. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36 (4), 499-503.
- Fatahi, N., Mattsson, B., Lundgren, S. & Hellström, M. (2010). Nurse radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the native language. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (4), 774-783.
- Gaylord, N. & Grace, P. (1995). Nursing Advocacy: an ethic of practice. *Nursing Ethics*, 2 (1), 11-18.
- Gerrish, K., Chau, R., Sobowale, A. & Birks, E. (2004). Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health & Social Care in the Community*, 12 (5), 407-413.
- Giger, J.N. & Davidhizar, R. (2008). *Trans-Cultural Nursing Assessment and Intervention*. (5: e upplagan., s. XIII, 3 & 20-25). Mosby, London.
- Graham, A., Gilchrist, K. & Rector, C. (2011). The lived experiences of OB nurses communicating with non-english speaking OB clients with and without an interpreter. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 40, 116 (1).
- Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Hadziabdic, E. (2011). *The use of interpreter in healthcare* (Doktorsavhandling, 64) Växjö: Linnéuniversitetet.
- Hadziabdic, E., Albin, B., Heikkilä, K. & Hjelm, K. (2010). Healthcare staffs perceptions of using interpreters: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 11(3), 260-270.
- Hadziabdic, E. & Hjelm, K. (2013). Working with interpreters: practical advice for use of an interpreter in healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11, 69-76.
- Hsieh, E. (2006). Conflicts in how interpreters manage their roles in provider-patient interactions. *Social Science & Medicine*. 62, 721-730.
- Kammarkollegiet. (2011). *God tolksed – Vägledning för auktoriserade tolkar*. Hämtad 10 februari, 2015, från http://www.kammarkollegiet.se/sites/default/files/god_tolksed.pdf
- Kammarkollegiet. (2004). *Kammarkollegiets författningssamling 2004:1*. Hämtad 5 mars, 2015, från <http://www.kammarkollegiet.se/sites/default/files/kamfs20041.pdf>
- Labun, E. (1999). Shared brokering: The development of a Nurse/Interpreter Partnership. *Journal of Immigrant Health*, 1 (4), 215-222.
- Leemann Price, E., Pérez-Stable, E J., Nickleach, D., López, M. & Karliner, L S. (2012). Interpreter perspectives of in-person, telephonic, and videoconferencing medical interpretation in clinical encounters. *Patient education and counseling*, 87, 226-232.

Myndigheten för Yrkeshögskolan. (2014). *Vägledande utbildningsplan för sammanhållen grundutbildning till kontakttolk inom folkbildningen*. Hämtad 8 april, 2015, från <http://www.blitolk.nu/PageFiles/7401/Utbildningsplan%20kontakttolk%20antagen%205%20juni%202014.pdf>

Northern Nurses' Federation. (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. Hämtad 4 februari, 2015, från <http://old.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>

Ozolins, K. & Hjelm, K. (2003). Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 7(2), 84-93.

Polit, Denise F. & Beck, Cheryl Tatano (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9:e upplagan, s. 62 & 152). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1986:223. *Förvaltningslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Schuyve, P.M. (2007). Language differences as a barrier to quality and safety in health care: The joint commission perspective. *Journal of general internal medicine*, 22 (2), 360-361.

Taylor, SP., Nicolle, C. & Maguire, M. (2013). Cross-cultural communication barriers in health care. *Nursing Standard*, 27(31), 35-43.

Tolkförmedling Väst. (2015). *Handbok för beställare av tolk och översättning*. Hämtad 11 februari, 2015, från

<http://www.tolkformedlingvast.se/download/18.5c05a71e14ab178605216be/1425285375364/Handbok+f%C3%B6r+best%C3%A4llare%2C+Tolkf%C3%B6rmedling+V%C3%A4st.pdf>

Tolkservicerådet. (2014). Hämtad 22 mars, 2015, från <http://tolkservicradet.se>

Understanding Transcultural Nursing. *Nursing*, 35. 14-24. (2005).

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningsed*. Hämtad 4 februari, 2015, från <http://www.vr.se>

Bilaga – Frågan till enhetschef

Högskolan Väst Trollhättan 18 december 2014

Förfrågan om deltagande i intervjustudie

Hej!

Vi heter Anders Johansson och Karin Bergqvist och vi läser sista terminen av specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning psykiatri. Till vår D-uppsats har vi valt att skriva om sjuksköterskors upplevelser av psykiatriska bedömningar via tolk.

När patienten och sjuksköterskan inte talar samma språk och man använder sig av tolk i samtalet kan språkförbistringar, misstolkningar och missförstånd uppstå. Alla ord som finns i svenska språket finns kanske inte i det språket patienten talar, eller har en annan betydelse. Vi är därför intresserade av om språkbarriären påverkar den psykiatriska bedömningen när den genomförs med hjälp av tolk.

För att få material till vår undersökning vill vi intervjua ett antal sjuksköterskor på er arbetsplats. Vi skriver till dig i egenskap av enhetschef för att be om din hjälp att komma i kontakt med dina medarbetare. Vi skulle därför vilja skicka ett informationsbrev via mejl till sjuksköterskorna genom dig. Vårt önskemål är att intervjua minst två sjuksköterskor som ska ha arbetat inom psykiatrin sammanhängande minst ett år och har erfarenhet av att använda sig av tolk i sitt arbete.

Om ni önskar kommer vi till er vid ett tillfälle som passar er och informerar om studien innan sjuksköterskorna bestämmer sig för eventuellt deltagande. Efter detta kontakter vi dig via telefon för att efterhöra om det finns någon sjuksköterska som vill delta i studien.

Intervjun beräknas ta högst en timma, där vi båda samt sjuksköterskan deltar. Intervjun kommer att spelas in på band för att senare skrivas ut och analyseras.

Vi ber dig kontakta oss via mejl eller telefon så snart som möjligt om ni vill hjälpa oss. Våra kontaktuppgifter samt kontaktuppgifter till vår handledare hittar du längst ner i brevet.

Vänliga hälsningar:

Anders Johansson
anders.johansson.13@student.hv.se
0702-xxxxxx

Karin Bergqvist
karin.bergqvist.2@student.hv.se
0730-xxxxxx

Handledare: Azar Hedemalm, azar.hedemalm@hv.se 0520-229 88

Bilaga - Förfrågan till sjuksköterskor

Högskolan Väst Trollhättan 18 december 2014

Inbjudan att delta i undersökning

Hej!

Vi heter Anders Johansson och Karin Bergqvist och vi läser sista terminen av specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning psykiatri. Till vår D-uppsats har vi valt att skriva om sjuksköterskors upplevelser av psykiatriska bedömningar via tolk.

När patienten och sjuksköterskan inte talar samma språk och man använder sig av tolk i samtalet kan språkförbistringar, misstolkningar och missförstånd uppstå. Alla ord som finns i svenska språket finns kanske inte i det språket patienten talar, eller har en annan betydelse. Vi är därför intresserade av om språkbarriären påverkar den psykiatriska bedömningen när den genomförs med hjälp av tolk.

För att få material till vår undersökning vill vi intervjua ett antal sjuksköterskor på er arbetsplats. Vårt önskemål är att intervjua minst två sjuksköterskor som ska ha arbetat inom psykiatri sammanhängande minst ett år och har erfarenhet av att använda sig av tolk i sitt arbete.

Om ni önskar kommer vi till er vid ett tillfälle som passar er och informerar om studien innan ni bestämmer er för eventuellt deltagande.

Intervjun beräknas ta högst en timma, där vi båda samt du som sjuksköterska deltar. Intervjun kommer att spelas in på band för att efter det skrivas ut och analyseras.

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av psykiatriska bedömningar via tolk.

Självklart är det frivilligt att delta i studien och även om du tackat ja till att delta kan du när som helst avbryta ditt deltagande. Allt intervjumaterial kommer att behandlas och förvaras så att obehöriga inte kan ta del av det. Materialet sammanställs till ett resultat i D-uppsatsen. Det kommer att presenteras på ett sådant sätt att inga personer kan identifieras. Du som deltagare kan när examensarbetet är godkänt, begära ut en kopia på det så skickar vi det till dig.

Vi kommer inom kort kontakta avdelningen/mottagningen per telefon för att efterhöra om någon har möjlighet att delta. Har du några funderingar så hör av dig.

Vänliga hälsningar:

Anders Johansson
anders.johansson.13@student.hv.se
0702-xxxxxx

Karin Bergqvist
karin.bergqvist.2@student.hv.se
0730-xxxxxx

Handledare: Azar Hedemalm, azar.hedemalm@hv.se 0520-22988



Överenskommelse mellan Vision Rikstolk och Tolkförmedling Väst

Syfte och mål

Överenskommelsens syfte är att genom samverkan mellan Vision Rikstolk och Tolkförmedling Väst undanröja risker för tvister samt verka för kvalitet i utbudet av tolkar. Denna överenskommelse ska innefatta de tolkar som, i form av uppdragstagare, tar sina uppdrag via Tolkförmedling Väst.

Målet är att parterna tillsammans ska verka för en positiv utveckling av språktolkverksamheten, genom att arbeta för:

- ökad status på språktolkverksamheten
- ökat antal tolkar med högsta kompetens
- bättre tillgänglighet till tolkutbildning och auktorisationsprov för tolkar, samt kvalitetsutveckling av tolkförmedling.

Denna överenskommelse har inte kollektivavtalsstatus.

§ 1 Prioritering

Vid tillsättning av uppdrag ska de tolkar som äger högsta kompetens för uppdraget prioriteras. Prioriteringsordning innebär att följande ordning används vid tillsättning av uppdrag, högst prioriterade är nivå 4 och 3 där uppdragets art avgör rangordningen.

3. Auktoriserad tolk med speciell kompetens inom sjukvårdstolkning/4. Auktoriserad tolk med speciell kompetens inom rättstolkning.
2. Auktoriserad tolk.
- 1C. Godkänd tolk med utbildningsbevis från TÖIs/YH-myndighetens sammanhållna tolkutbildning, eller är godkänd i alla delar av Tolkservicerådets kunskapstester.
- 1B. Godkänd tolk med godkänt resultat i rekryteringstest samt klar med grundutbildning.
- 1A. Godkänd tolk, godkänt resultat i rekryteringstest samt påbörjad grundutbildning.

I denna överenskommelse är parterna överens om att Tolkförmedling Väst vid prioritering av tolk även tar hänsyn till

- Närhetsprincipen utan att eftersätta kompetensen
- Kundönskemål när specifika skäl anges
- Tolkens tillgänglighet för förmedlingen
- Avvikelser/allmänna kvalitetsbedömningar

Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se